

Outils

Marie Quibel, Rodolphe Charles,
Josette Vallée

Département de médecine générale, Faculté
de médecine Jacques Lisfranc, Université
Jean Monnet, Campus Santé Innovations,
42270 Saint-Priest-en-Jarez

josette.vallee@univ-st-etienne.fr

Tirés à part : J. Vallée

Résumé

La prise en charge de l'adolescente lors d'une première demande de contraception fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Différentes études ont montré que l'implication maternelle auprès de l'adolescente serait bénéfique pour l'observance et la moindre prise de risques sexuels. Cependant, la présence de la mère en consultation pourrait engendrer une moindre qualité de la relation entre médecin généraliste (MG) et adolescente. Cette enquête qualitative réalisée en 2015 tente de mettre en évidence les typologies des mères et les habiletés relationnelles des MG imposées par cette configuration tripartite.

• Mots clés

contraception ; médecine générale ;
adolescente ; parents.

Abstract. The role of mothers during the first consultation for contraception of a female teenager at the GP's

The HAS (Haute Autorité de Santé), French equivalent for the NHS, gives a series of recommendations for the care of female teenagers at the time of their first request for contraception. Various studies showed that mothers' support of teenagers has a positive effect on observance and tends to limit risk-taking in their sexual life. However, the presence of the mother during consultation seems to lessen the quality of the relationship between the GP and the teenager. This qualitative study conducted in 2015 aims at highlighting the typologies of the mothers and the GPs' relational abilities generated by this tripartite relationship.

• Key words

contraception; general medicine;
teenager; parents.

DOI: 10.1684/med.2018.318

Première consultation de contraception de l'adolescente chez le médecin généraliste : la place des mères

La contraception constitue un motif fréquent de consultation chez le médecin généraliste (MG) qui l'initierait chez une femme sur deux selon l'enquête EPILULE 2003 [1]. Pourtant en 2013 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) s'élevait, en France, à 229000 dont 217000 en métropole ; en légère diminution pour les moins de 20 ans, malgré un recours répété d'autant plus fréquent que l'âge à la première grossesse était bas [2, 3].

Les deux tiers des grossesses non prévues, dont la moitié aboutira à une IVG, surviennent chez des femmes sous contraceptif, souvent après un souci d'observance [4]. Ces échecs s'avèrent plus fréquents chez l'adolescente en raison d'une absence de contraception médicalisée, d'un usage moins bien maîtrisé du préservatif et/ou de la prise quotidienne d'une contraception hormonale orale (CHO) dans un contexte de sexualité irrégulière [5].

Les MG consultés par une adolescente reçue seule, pour une première demande de contraception, semblaient préférentiellement proposer une CHO [4, 6]. Le modèle contraceptif reste figé en France : le préservatif (associé ou non à la CHO) en début d'activité sexuelle, puis la CHO seule quand les rapports deviennent plus réguliers et enfin le dispositif intra-utérin (DIU) quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient. Cette norme contraceptive a légèrement évolué depuis 2013 avec la crise des pilules de troisième génération [7, 8].

La contraception de l'adolescente constitue une question majeure de santé publique en lien avec l'éducation à la santé. Les pays où la question sexuelle des adolescents est taboue rencontrent un taux d'IVG important [9]. La HAS a préconisé une prise en charge spécifique de l'adolescente : tout ou partie de la consultation effectuée en tête à tête, sans la présence des parents, basée sur l'écoute et l'empathie en évitant les préjugés, sans examen gynécologique ou biologique immédiat sauf nécessité. L'enjeu de cette première consultation, souvent demandée dans l'urgence, vise à instaurer une relation de confiance permettant un suivi régulier et rapproché [10, 11].

Une étude a montré que la recommandation d'accueillir l'adolescente seule se confrontait à la présence de sa mère, qu'elle soit complice ou directive. Parfois rassurante pour l'adolescente, cette présence limite de facto l'autonomisation [12]. Cependant, les familles dans lesquelles la sexualité est abordée ouvertement sont celles où statistiquement la gestion de la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) des adolescents sont les meilleures [9, 13, 14]. Une adolescente accompagnée de sa mère lors de sa première consultation gèrera mieux sa contraception [15]. Les adolescentes seraient accompagnées d'un parent plus d'une fois sur deux et trois quarts d'entre elles ne tiendraient pas à être reçues seules [16]. Le MG régulièrement confronté à la présence de la mère pour une demande contraceptive de l'adolescente pourrait se trouver partagé entre son souci de confidentialité et l'intérêt de l'implication du parent. Cette enquête tente de

mettre en évidence les typologies maternelles et les habiletés relationnelles des généralistes imposées par cette configuration relationnelle tripartite.

Sujets et méthode

Étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, menée de juin à juillet 2015 auprès d'un échantillonnage raisonné de MG avec recherche de variation maximale selon les critères : genre, âge, ancienneté d'installation, lieu d'exercice (urbain, semi-rural ou rural), formation initiale ou continue en gynécologie, pratique ou non de l'IVG, activité en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) (tableau 1).

Un guide d'entretien comprenait le relevé des données socioprofessionnelles, l'exposé d'une situation clinique inspirée de celle utilisée dans l'étude de Garnier *et al.* [6] : « Une adolescente de 17 ans vient accompagnée de sa mère et l'un des motifs est une demande de contraception » et l'exploration de la représentation de cette

consultation tripartite : la place de la mère, son rôle facilitateur ou le contraire et la gestion de cette consultation. Les entretiens, réalisés au cabinet des MG, ont été conduits jusqu'à saturation théorique des données. Ils ont été enregistrés, sous couvert d'anonymat, après accord des participants puis intégralement retranscrits. Une analyse du contenu a été effectuée à l'aide du logiciel Xmind6 séparément par deux investigateurs, suivie d'une mise en commun afin de dégager les axes composant les résultats. Une déclaration simplifiée a été enregistrée à la CNIL le 13/05/2015, via le correspondant de l'Université Jean Monnet.

La première prescription contraceptive

Parmi les 21 MG inclus, 4 ont refusé l'entretien par manque de temps ; 17 participants ont été rencontrés : 9 femmes, 8 hommes, âgés de 48 ans en moyenne (32-65). Ils ont tous accepté l'enregistrement, d'une durée

• **Tableau 1.** Caractéristiques des participants et durée des entretiens.

M	Âge	G	Année d'installation	Lieu d'exercice	Formation en gynécologie	Pratique IVG	Activité en CPEF	Durées entretiens	
1	49	F	1996	Rural	Stage d'interne	Non	Non	31 min	
2	62	F	1999	Semi-rural	Stage	Non	Non	12 min	
3	45	F	2003	Semi-rural	DIU, FMC avec groupe de pair	Non	Non	21 min	
4	50	M	1995	Urbain	FMC ancienne	Non	Non	30 min	
5	40	F	2005	Urbain	FMC, pas de stage	Non	Non	23 min	
6	49	F	1995	Rural	FMC, 1 mois en tant qu'interne	Non	Non	30 min	
7	65	M	1982	Urbain	Formation courte pour IVG	Oui	2-3 ans	31 min	
8	62	M	1980	Urbain	Formation IVG av médecin qui les pratiquait avant lui	Oui	Non	55 min	
9	53	M	1999	Rural	Stage sur les urgences gynéco dans le cadre du DESC d'urgences	Non	Non	57 min	
10	35	M	2012	Semi-rural	Stage d'interne, 1 FMC	Non	Non	23 min	
11	57	M	1984	Urbain	Quelques FMC, stage d'un mois en gynéco pendant internat	Non	Non	29 min	
12	44	F	2001	Semi-rural	DIU gynéco, congrès, FMC	Non	Non	41 min	
13	38	M	2005	Rural	Stage d'interne, topo par labo pour pose d'implant	Non	Non	26 min	
14	43	M	2006	Rural	Stage d'externe	Non	Non	24 min	
15	32	F	2011	Urbain	Salariée CPEF + rempla MG	En cours de formation pour les IVG par aspiration, stages d'interne au CPEF et gyn	Oui	Oui	29 min
16	52	F	1992	Urbain	Stage d'interne, FMC	Non	Non	27 min	
17	45	F	2004	Urbain	Stage d'externe, FMC	Non	Non	28 min	

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale.

moyenne de 30 minutes (12-57). La transcription a été soumise à 4 MG qui n'ont pas fait d'observations. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le [tableau 1](#).

La situation clinique exposée semblait usuelle, les MG soulignant qu'il s'agissait d'une consultation chronophage, revalorisée depuis l'enquête (2017). La grande majorité a indiqué ne jamais pratiquer d'examen gynécologique, en accord avec les recommandations ; quelques-uns le proposeraient pourtant dans la première année. Plusieurs examineraient les seins (hors recommandation). Un dosage du cholestérol, des triglycérides et de la glycémie serait prescrit par la plupart, contrairement aux recommandations qui permettent de les différer ; quelques-uns demanderaient des sérologies de dépistage des IST.

Cette demande aboutirait à la prescription en première intention d'une CHO, jugée plus adaptée, plus responsabilisante, essentiellement pour répondre à une demande quasi exclusive, introduite par la mère, et ils ne suggéraient d'autres contraceptifs qu'en seconde intention par crainte de mauvaise acceptation : « *L'implant, j'en pose moins. Il faut qu'il y ait une vraie motivation ou des oublis, un risque important de grossesse avec la pilule pour que je le pose.* » ; « *le stérilet, c'est plus compliqué. Dans les esprits, ça fait peur* » ; « *je propose moins le patch ou l'anneau vaginal chez les plus jeunes où j'ai l'impression qu'elles l'acceptent assez peu* ». Comme dans d'autres études [6], le quick-start qui consiste à débiter la CHO sans attendre les prochaines règles n'a été évoqué qu'une fois malgré le sentiment d'urgence contraceptive perçu par certains MG.

Ils informaient toutefois sur les différentes contraceptions, mettant en avant leur remboursement et recommandaient parfois le site choisirsacontraception.fr qu'ils estimaient être bien conçu.

Quelques-uns, considérant le tabagisme comme une contre-indication relative, voire absolue, à une CHO œstroprogestative indépendamment de l'âge ou, ne l'acceptant pas, orientaient leur choix vers une CHO microprogestative non remboursée : « *je me dis que si elle peut se payer ses cigarettes, elle peut se payer la pilule !* » Certaines sont pourtant remboursées ! Toutefois selon la HAS, le tabagisme est une contre-indication à partir de l'âge de 35 ans ou en présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire. Cette addiction touche plus fréquemment les milieux défavorisés ce qui pourrait pénaliser les jeunes femmes concernées pour qui l'achat d'une CHO non remboursée peut devenir un obstacle [17]. Par ailleurs, les CHO de troisième génération augmentent légèrement le risque thromboembolique veineux sans diminuer le risque cardiovasculaire [11].

Certains MG ne répondaient pas à la demande et justifiaient leur décision par le besoin de l'adolescente de mûrir son choix contraceptif, d'être prête, stigmatisant une demande de la mère ou l'absence de couple stable. Dans ce dernier cas, le préservatif, indispensable à leurs yeux, annihilait, la nécessité d'un moyen contraceptif médicalisé jugé « *inutile, voire dangereux* » : arrêt de l'usage du préservatif ou effets indésirables de la

CHO : « *je leur dis que c'est un vrai médicament. Ce n'est pas juste pour "au cas où". C'est-à-dire que si elle ne connaît pas son copain depuis très longtemps, je pense qu'on peut essayer de surseoir pour la contraception* ». Cette attitude pourrait laisser à penser que la sexualité à l'adolescence serait figée dans le temps et que le médecin admettrait l'usage du préservatif comme suffisamment fiable et maniable pour promouvoir son utilisation à visée contraceptive sur le long terme à l'instar de la CHO. Néanmoins, la plupart des MG pensaient que l'adolescente n'évoquait sa contraception avec sa mère qu'après plusieurs mois de relations sexuelles ou qu'elle n'était pas obligée de dévoiler sa sexualité devant sa mère ou le médecin de famille. Finalement et en général, ni le tabagisme ni la vie sexuelle des adolescentes ne semblaient gêner la prescription de CHO par les MG.

Faut-il faire sortir la mère au cours de la consultation ?

Le rapport de l'OMS sur la santé génésique affirme les risques liés à l'entourage en fonction de son empreinte socio culturelle [18]. Par ailleurs, Nisand [5] a souligné le frein que pouvait représenter le fait que le MG soit le médecin de la famille, comme certains de nos participants masculins qui conseillaient de consulter une consœur ou au planning familial en raison de leur genre. Dans notre étude, comme dans celle de Mounier [12], les recommandations de la HAS de 2013 [10] n'étaient pas toujours suivies en ce qui concerne l'entretien individuel avec l'adolescente. Les participants évoquaient : « *la minorité de l'adolescente, une relation correcte mère-fille, une aide apportée par la mère, la difficulté pour l'adolescente à aborder sa sexualité et crainte de type juridique pour certains MG hommes* ». Quelques-uns ont souligné que parfois les mères quittaient d'elles-mêmes le bureau après avoir exprimé le motif de consultation de leur fille. La plupart ont constaté que l'accompagnement n'avait lieu que lors de la première consultation. Pour la collecte des antécédents familiaux, nombre de MG appréciaient qu'elle puisse les aider quand ils ne connaissaient pas l'adolescente. Un participant a souligné que cette consultation tripartite permettait de mieux cerner la relation mère-fille, de comprendre les représentations de la mère et aider l'adolescente à se positionner : « *tu as entendu ta mère, qu'est-ce que tu en penses, toi ?* » « *On reprend les thématiques, la vision de la mère avec la fille* ». En présence de la mère, il paraissait difficile ou illusoire d'aborder les conduites à risques de l'adolescente : « *on ne peut pas dire : Est-ce que tu fumes ? Est-ce que tu te drogues ?* »

Pour la majorité, la mère restait tout le long de la consultation, examen clinique inclus. Cette présence semblait naturelle et son exclusion leur paraissait compliquée ou choquante : « *comment peut-on oser dire à une maman qu'elle n'a rien à faire avec sa fille ?* ». D'autres ont dit « *ignorer la mère* » malgré sa présence ou lui demandaient de bien vouloir sortir au moment de l'examen clinique. Quelques-uns, quand la configuration

du cabinet le permettait, profitaient de l'examen clinique seul à seul avec l'adolescente pour poser des questions plus confidentielles. Pour une minorité, la sortie de la mère était presque systématique, imposée par le MG sans difficulté particulière, les parents y étant généralement habitués : « *C'est un petit peu subjectif, mais dès 14 ans, je propose : Est-ce qu'on garde ta maman lors de l'examen clinique ? Donc, les parents le savent et restent dans la salle d'attente* ».

Dans d'autres cas, l'accord était demandé à l'adolescente, ou à la mère, pour ne pas mettre l'adolescente dans une situation inconfortable et/ou discréditer l'autorité parentale jugée légitime. Les motifs invoqués pour justifier cette sortie ont été une impression de non-dit entre mère et fille, de mère trop fusionnelle ou trop interventionniste ou de situation familiale semblant compliquée. Certains ont alors souligné l'intérêt d'être « le médecin de famille », qui permettait une appréhension plus exacte des relations mère-fille.

Évoquer la sexualité de l'adolescente en présence de la mère

Une majorité de MG s'enquérissait du motif de la demande de contraception et pour quelques-uns de l'ancienneté des rapports sexuels. Ils considéraient qu'une demande de contraception résultait d'une sexualité en cours. L'occasion d'une discussion préalable à la consultation et de l'acceptation de la sexualité de la fille par la mère semblait fréquente et facilitait l'abord de la sexualité avec l'adolescente en présence de sa mère : « *celles qui viennent avec leurs mères, elles abordent le sujet avant de venir* » ; « *je pense que ça les rassure malgré tout que maman soit là, parce qu'elles ne sont en général pas très à l'aise sur le démarrage de la consultation* ».

Toutefois, les MG ont estimé que certains prétextes permettaient de demander la CHO sans évoquer sa sexualité : « *parfois les jeunes vont dire à leur mère : j'ai de l'acné, on m'a dit qu'il me fallait une pilule. Puis à moi, elles me disent qu'elles ont des rapports réguliers depuis six mois !* »

Un malaise mutuel

Le malaise ressenti par les MG sur la prise d'information sur la sexualité de l'adolescente en présence de la mère était partagé. Pour la plupart, il s'agissait d'un tabou et même si personne n'osait employer le terme « d'incertitude » [19]. « *Moi, ça me met mal à l'aise qu'il y ait un parent à côté* » ; « *pour moi ce n'est pas vraiment plus compliqué d'aborder, mais je sens bien qu'en face de moi ce n'est pas toujours aussi simple* ». L'abord de la sexualité ou la délivrance d'informations sur ce thème n'avaient jamais cours, mère présente ou pas. Ils

estimaient d'une part que l'adolescente en serait gênée et d'autre part que de la présence de la mère légitimait de facto un droit de regard sur la sexualité de sa fille.

En tant que parents, la plupart des MG n'envisageaient pas de s'immiscer dans la sexualité de leur propre fille alors qu'ils abordaient la contraception et le risque d'IST en leur fournissant des préservatifs. Quelques-uns se sont positionnés en tant que prescripteurs potentiels de première contraception et ont assuré « *l'urgence de la première prescription* » puis transmis le dossier à un confrère. La plupart ont délégué ou laisseraient la possibilité à son enfant d'aller consulter un confrère, souvent une femme, sans participer à la consultation. Cette attitude contraste avec leur posture médicale qui les conduisait à s'enquérir du motif de la demande de contraception, le plus souvent devant la mère et parfois, de la vie sexuelle de l'adolescente. Tous nos participants avaient l'a priori d'une discussion mère-fille préalable à la consultation. Ils ont aussi souligné l'aide que pouvait apporter la mère pour une gestion optimale de la contraception de leur fille tout comme les mères l'avaient indiqué dans l'enquête de Mounier.

Selon Nisand [5], la sphère familiale est le premier lieu d'éducation à la sexualité ; l'abord de la sexualité semblait plus facile du fait d'une part, d'une reconnaissance de la sexualité des adolescents et d'autre part, d'une plus grande « complicité mère-fille ».

Profil des mères et habiletés relationnelles des MG

Les profils maternels sont similaires à ceux décrits par Mounier [12] et détaillés dans l'encadré 1. Seul le profil « indifférent » se distingue peut-être, car notre enquête s'attache aussi aux difficultés et pas seulement aux mères investies).

L'adolescente mineure, tension entre contrôle social et autonomisation

La présence de la mère est légitimée en raison de l'âge de sa fille : « *La mère peut répondre qu'elle est mineure et qu'elle a le droit d'être là !* ». Ainsi très peu de MG ont indiqué qu'une adolescente-mineure pouvait se voir prescrire une contraception sans autorisation parentale et certains fixaient une limite d'âge à son activité sexuelle. Se référant au cas clinique proposé, un MG estimait l'adolescente de 17 ans insuffisamment mature pour assumer correctement sa contraception et sa vie sexuelle seule. Cependant, la plupart la considérait comme « presque majeure » et prônait son autonomisation : « *je donne l'ordonnance à la fille pas à la maman* » ; « *14-15 ans, si elles viennent toutes seules je dis : non tu reviens avec ta maman. Mais 17 ans, ça ne pose pas de souci* » ;

Encadré 1



Profil des mères et habiletés relationnelles des MG

La mère favorisant l'autonomie, cas le plus fréquent, était appréciée des MG. L'entente mère-fille rendait cette consultation « *sympathique et agréable* ». Cette mère épaulait sa fille en se limitant à un soutien. Elle l'accompagnait dans sa réflexion et pouvait être sollicitée en cas de besoin : « *sa présence initiale répond à la fonction maternelle. C'est l'essentiel, c'est sécurisant* » ; « *Ça lui permettra d'avoir entendu la même information...* ». Elles gardaient un rôle pour prévenir les IST, pouvaient renforcer les dires du MG et faciliter l'observance.

La mère peu investie, détachée ou en difficulté banalise le motif de consultation, s'inquiète peu des risques d'IST, laissant l'adolescente « *sans personne de confiance avec qui partager ces questions-là* ».

La « mère-copine » mettait mal à l'aise certains MG qui pensaient qu'elle ne respectait pas l'intimité de leur fille : « *tu n'as pas à rentrer dans la sexualité de tes enfants* » ; « *je ne trouve pas très sain que la contraception soit une histoire familiale* ».

Des mères envahissantes, intrusives, « *compliquées, ingérables, étouffantes* » prenant la place de l'adolescente et lui laissant peu d'espace d'expression, posaient un souci. Cette attitude s'expliquait par une inquiétude maternelle face à la contraception et ses conséquences sur la santé de leur fille ou par peur exacerbée d'une grossesse : « *dites-lui que ce n'est pas bien de prendre la pilule trop tôt. Elle va avoir des cancers, il ne faut pas prendre d'hormones, elle est trop jeune...* » ; « *Il faut rester neutre, et se placer du côté du point de vue de la jeune fille, de son attente et de sa demande à elle* » ; « *l'emprise psychologique des parents est tellement forte que même en l'absence de la mère la fille peut avoir les paroles de sa mère, sans s'autoriser elle-même à se poser des questions* ». Ce comportement pouvait aussi témoigner selon les MG d'une relation fusionnelle qui rendait parfois encore plus impératif l'entretien en tête à tête avec l'adolescente afin de l'aider à s'autonomiser : « *tu la mets de côté, tu la laisses parler et après tu recadres sur la jeune fille* ».

La mère anticipatrice qui envisageait la contraception avant sa fille suscitait une réaction ambivalente « *c'est une mère moderne, qui fait un projet anticipé* » ou « *la fille va subir une contraception imposée par sa mère* ». Quand la demande était exclusivement maternelle, il apparaissait primordial à certains MG d'insister sur l'importance de l'autonomisation de l'adolescente. Alors, soit il n'y avait pas de prescription, soit les MG rédigeaient l'ordonnance et ils informaient l'adolescente qu'elle était libre de l'utiliser ou non.

« *On parle quand même d'une fille de 17 ans, pas d'une petite jeunette qui veut aller s'amuser à 14-15 ans où j'aurais quand même beaucoup plus de mal à la laisser partir aussi facilement* ». Ce sentiment d'immaturité et de précocité sexuelle des adolescentes « *de 14-15 ans* », qui rend les MG parfois réticents à la prescription d'une contraception médicalisée, vient se heurter au constat de Kaminski : une grossesse précoce est un facteur de risque de répétition des IVG [4]. Accompagner, écouter l'adolescente sans préjuger devrait devenir la priorité des soignants !

Plusieurs MG attribuaient à cette consultation un « *caractère solennel, initiatique* » au cours de la vie de l'adolescente : « *Si elle en arrive à la contraception, c'est un peu comme la première carte vitale, le premier droit de vote. Ça fait partie des moments clés de la vie !* ». Ce souhait de responsabilisation entraînait pour certains MG le choix d'une pilule en première intention « *l'idéal c'est quand même la pilule ; c'est à la fois la liberté et puis l'apprentissage d'une certaine rigueur* » ; « *toutes les gamines qui ont un implant dans le bras, ça me met en colère parce que ça ne responsabilise pas l'enfant* ». Cette position représente un frein à la prescription d'une contraception de longue durée peut-être plus adaptée à la vie de l'adolescente [8]....

Secret médical, secret de famille

« *Le fait de venir toute seule, d'être obligée de cacher sa contraception, ce n'est pas simple pour les ados* ». Selon les MG, la présence maternelle leur permettait de se sentir moins en porte à faux vis-à-vis des parents et rendait la situation plus simple pour elles et pour eux : « *Il n'y a plus de cachotteries. On a partagé à trois. Sinon après on ne sait plus ce qu'on a dit, ce qu'on a fait* » ; « *la mère est là pour dire : je suis d'accord. Donc c'est plus confortable pour moi* ».

La place des hommes

Plusieurs MG avaient l'impression que les adolescentes s'adressaient plus facilement à des médecins femmes pour parler contraception : « *j'ai le bonheur de travailler avec deux collègues filles ; généralement après 15 ans les filles passent chez les filles* ». Quelques MG hommes constatent qu'ils n'avaient pas été confrontés à des demandes récentes. D'autres examinaient en présence de la mère



Pour la pratique

- La première demande de contraception de l'adolescente auprès du médecin généraliste a souvent lieu en présence au moins partielle de sa mère, très rarement de son père.
- Les MG adaptent leur consultation au profil de l'adolescente et de sa mère. Ils prescrivent principalement une contraception hormonale orale.
- L'abord de la sexualité avec l'adolescente est complexe du fait de son âge et de la présence de la mère.

pensant ainsi limiter le risque de dénonciation abusive de la part de l'adolescente. « *Je dis plus facilement devant la mère que sans la mère. Parce que sans la mère, si la fille est mineure, je fais très attention* » ; « *on n'est pas à l'abri d'une tuile, de tomber sur quelqu'un un peu...* ».

Plusieurs MG hommes étaient au contraire mal à l'aise pour évoquer la sexualité et la contraception avec leur

propre fille et ont laissé le soin à la mère d'aborder le sujet : « *J'étais bien plus à l'aise en tant que médecin qu'en tant que père* ». La contraception reste encore une histoire de femmes... Le père, même si sa présence est exceptionnelle, s'avérait potentiellement plus compliqué à gérer, soit à l'inverse laissait facilement un espace d'intimité : « *partir de la consultation, c'est très simple pour eux. Ils sont plus distants et sentent plus vite qu'ils peuvent gêner* » ; « *J'aimerais mieux qu'elles viennent avec leur petit copain d'ailleurs. Un des problèmes que je ne vois pas évoluer, c'est que la contraception, ça reste une histoire de fille. Pour les garçons c'est acquis, que la fille s'occupe de la contraception* ». Comme certains participants le souhaitent et comme le souligne la HAS, il semble important d'impliquer davantage les hommes dans la contraception. L'étude de l'ORS de Haute-Normandie a relevé la difficulté pour les adolescentes d'aborder le sujet avec leur partenaire [20].

~ **Remerciements** Nos remerciements vont aux médecins qui ont participé à cette étude.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Cogneau J. Réseau EPI-SFMG, Rapport EPILULE. 2003.
2. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Études et Résultats, DREES, n° 824 2015.
3. Kaminski M, Crost M, Gareil M. Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG. *ContraceptFertiliSex* 1997 ; 25 : 152-8.
4. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*. Rapport IGAS 2009. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049/0000.pdf>.(consulté le 13/02/2018).
5. Nisand I, Toulemon L, Fontanel M. *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*. Haut conseil de la population et de la famille. Paris : Documentation française ; 2006/12, 26p.
6. Garnier F, Bilgorajski C, Vallée J. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. *Exercer* 2014 ; 111 : 12-9.
7. Bajos N, Moreau C, Bohet A, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques. *Population et sociétés* 2012 ; 09 n° 492.
8. Bajos N, Rouzeau-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif. *Population et sociétés* 2014 ; 5 : 511.
9. Amsellem-Mainguy Y. Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. *Informations sociales* 2011 ; 3 (165-166) : 156-63.
10. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013 MAJ 2017. 247p https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf.(consulté le 13/02/2018).
11. Collectif. La consultation de première contraception. *Bibliomed* 2011 ; 635.
12. Mounier MC, Vallée J. Première demande de contraception : vision des mères qui accompagnent leurs filles. *Exercer* 2014 ; 116 : 267-74.
13. Parera N, Suris JC. Having a good relationship with their mother: a protective factor against sexual risk behavior among adolescent females? *J PediatrAdolesc Gynecol* 2004 ; 17 (4) : 267-71.
14. Miller KS, Levin ML, Whitaker DJ, Xu X. Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *Am J Public Health* 1998 ; 88 (10) : 1542-4.
15. Harper C, Callegari L, Raine T, et al. Adolescent clinic visits for contraception: Support from mothers, male partners and friends. *Perspect Sex Reprod Health* 2004 ; 38 : 20-6.
16. Bernard P, Lartigue S. L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste. *Exercer* 2009 ; 86 : 41-4.
17. INPES La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Évolution* 2015 ; 31.
18. OMS Santé génésique, rapport du secrétariat 57ème assemblée mondiale de la santé, 2004, p.9-10. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_13-fr.pdf.(consulté le 13/02/2018).
19. Defantaines J. L'incestualité dans les familles. *Revue Française de Psychanalyse* 2002 ; 1 (66) ; 179-96.DOI :10.3917/rfp.661.0179.
20. ORS Haute-Normandie Contraception et IVG chez les jeunes de 15-18 ans en Haute-Normandie, 2009. https://www.parents-atout-eure.org/IMG/pdf/etude_ORIS_15-18_ans.pdf.(consulté le 13/02/2018).