

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1163

2017 TOU3 1162

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2017

par

Yoanna BALAY et Lorane BILLION

Le secret médical chez le mineur en Médecine Générale :

le point de vue des adolescents

Étude qualitative auprès de Collégiens et de Lycéens en Haute-Garonne

DIRECTRICE DE THÈSE: Docteur QUENTIN Virginie

Jury :

Monsieur le Professeur MESTHE Pierre	Président de jury
Madame le Professeur TAUBER Maïté	Assesseur
Madame le Docteur LATROUS Leïla	Assesseur
Madame le Docteur MARCHAND-HERISSOU Geneviève	Assesseur
Madame le Docteur QUENTIN Virginie	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTNES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTNES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTNES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
 Dr CHICOULAA Bruno
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
 Dr ANE Serge
 Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS COMMUNS

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Professeur des Universités, Médecine Générale.

Nous vous remercions pour votre compréhension, votre gentillesse et votre bienveillance.

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de Thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre directrice de thèse, Madame le Docteur Virginie Quentin,

Médecin Généraliste, maître de stage universitaire, faculté de Médecine de Toulouse.

Nous t'adressons notre gratitude pour nous avoir donné l'idée et le désir de réaliser une

thèse sur le secret médical chez les adolescents. Nous te remercions d'avoir dirigé notre

thèse avec beaucoup de patience, de pertinence et pour ta grande disponibilité. Tes conseils

avisés et tes critiques constructives ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

A Madame le Professeur Maïté TAUBER,

Professeur des universités, Pédiatrie.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant avec

enthousiasme de juger notre travail. Que ce soit pour nous l'occasion de vous témoigner

notre vive reconnaissance.

A Madame le Docteur Leila LATROUS,

Médecin Généraliste, Maître de conférence Associé de Médecine Générale, faculté de Médecine de Toulouse.

Nous vous remercions pour votre présence dans ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

A Madame le Docteur Geneviève MARCHAND-HERISSOU,

Praticien Hospitalier, Pédopsychiatre.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Nous en sommes honorées et nous vous exprimons toute notre profonde reconnaissance.

Au DUMG et plus particulièrement à l'équipe en charge des ateliers qualitatifs et des forums de questions ouvertes.

Un Grand merci pour votre aide et votre soutien méthodologique.

Aux proviseurs et aux infirmières scolaires,

Nous vous remercions de votre aide sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

Aux adolescents qui ont acceptés de participer à notre étude.

Nous vous remercions pour votre présence, votre sincérité et vos confidences.

REMERCIEMENTS DE YOANNA

A mes parents.

A ma sœur Rozenn.

A toute ma famille de Bretagne et d'ailleurs.

Aux vieilles branches qui ne craquent pas: Louise, Alizée & Audrey.

Aux racines Nantaises et en particulier la fameuse troupe : Clémence, Adrien, Bruno, Manu, Mathilde, Clémentine, Klervi, Pierre François, Marion, Audrey, Timothée, Max, Thibaut, Thomas, Juju, Chloé.

A Lorane, à cette aventure inédite et à notre tchin éternel devant Hippocrate.

A mes rencontres Toulousaines, Tarnaises, Luchonnaises: Laure, Muriel, Myriam, Magali, Aymeric, Julie, Guillaume, Samuel, Sylvain, Philippe, et les autres que je n'oublie pas.

A mes rencontres Finistariégeoises : Thomas, Erell, Yuna .

A mes co-internes d'Albi, de Castres et de Saint Girons, à la Barousse.

Aux soignants rencontrés lors de mes stages tout au long de l'internat, à l'équipe d'addictologie pour ce dernier stage: Josiane, Dominique, Julie, Juliette.

A mes maîtres de stage pour leur compagnonnage : Dr Montlouis, Dr Côme, Dr Plantade, Dr Canel, Dr Fievet.

REMERCIEMENTS DE LORANE

Je remercie toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont permis de réaliser mes études de médecine.

A Virginie et Jean-Michel, j'ai eu une chance folle quand j'ai choisi d'aller découvrir la bourgade de Tournay. Vous rencontrer a été un tournant dans ma formation et dans ma vie. Je vous remercie pour m'avoir appris autant et pour cet accueil incroyable au sein de votre famille Grâce à vous, je serais un meilleur médecin.

Je remercie l'hôpital de Villefranche-de-Rouergue, l'équipe d'addictologie de Purpan et les UCSA de Muret et de Seysses pour cette expérience auprès d'équipes qui m'ont permis de grandir.

Je souhaite également remercier mes maîtres de stage : le Dr Rastrelli, le Dr Couzinet, le Dr Villiers, le Dr Sicard. Merci pour nos échanges sur ce beau métier.

Je remercie tout particulièrement mes proches et mes ami(e)s.

A ma Mère adorée, sans qui je n'aurais jamais pu devenir ce que je suis. Merci pour ta patience, ton écoute et ton amour sans faille. Merci pour tout ce temps que tu as passé à prendre soin de moi.

A mon Bô-Papa qui sait tout ce que je lui dois. Merci Dany.

A ma Sœur et à mon Frère, merci à vous deux pour votre aide, votre amour et tout ce que vous m'avez transmis, j'espère que vous continuerez.

A ma Grand-mère pour sa force.

A ma Mamie pour sa curiosité inextinguible.

A mon Tonton Pierre, je pense à toi.

A la famille David, merci pour votre accueil et tous ces bons moments passés ensemble.

A Pierre-François, merci pour ta présence, ton humour, bref ton amitié qui dure encore.

A mes amis imaginaires : Lucie, Cloélia, Nanou, Laura, Olivier, Tristan, Alexis, etc.

A mes amies du Mali : Mathilde, Klervi, Clémence, Anne-so, Laure, Adeline et Ciloo.

Merci pour cette incroyable expérience de partage et d'amitié que vous m'offrez.

Aux Martines : Adrien, Audrey, Clémentine, Marion, Thibaut, Timothé. Merci pour ces histoires vécues. Je suis impatiente de vivre les autres aventures des Martines.

Aux corporatistes : Arthur, Diane, PA, Pierre-Em, Champion.

Oups, j'ai failli t'oublier Maxime...

Particulièrement à José, où que tu sois, je pense à toi !

Que d'aventures folles vécues ensemble.

Aux Gronzesses : Camille, Momo, Loan, Val. Vivement les prochains week-end !

Aux Toulousains, merci pour votre accueil, votre accent et votre cidre : Polo, Elodie, Myriam, Juliette, Guillaume, Bastien, Zac, Pierrick et tous les autres...

A Damien, merci pour cette jeunesse que tu m'as aidée à remplir de souvenirs inoubliables.

Et encore plein d'autres : Ines, Couhault, Neyme, Constance, Ouvrard, Muriel, etc...

A Yoanna, merci pour cette folle randonnée en ta compagnie le long de cette crête. Voici venir le dernier jour du reste de notre thèse et le premier du reste de notre vie !

A mon Manu, tu es mon cadeau, mon bonheur passé, présent et futur.

Merci d'être ce que tu es et de me laisser en profiter. Je t'aime !

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	8
1. Le choix de la méthode qualitative.....	8
2. Phase exploratoire.....	8
3. La population cible et ses caractéristiques.....	8
4. Recrutement des participants.....	9
5. Méthode de recueil.....	10
6. La réalisation du guide d'entretien.....	11
6.a. Structuration du guide.....	11
6.b. Les thèmes abordés.....	12
7. Rôle des chercheuses.....	13
8. Analyse.....	13
10. Éthique.....	14
RÉSULTATS.....	15
I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	15
II. LA PERCEPTION DE LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	16
II.1) Le statut du médecin généraliste pour les adolescents.....	16
<i>II.1.a Médecin généraliste : une autorité savante.....</i>	<i>16</i>
<i>II.1.b La confiance envers le médecin facilite la confiance</i>	<i>16</i>
<i>II.1.c Le médecin est aussi celui des proches.....</i>	<i>17</i>
II.2) Leurs attentes vis à vis de l'attitude du médecin en consultation.....	18
II.3) Secret inhérent au métier de médecin.....	19
II.4) L'espace de parole et de confiance existe avec le médecin, en théorie.....	19
<i>II.4.a Le médecin ne juge pas.....</i>	<i>20</i>
<i>II.4.b Le médecin médiateur.....</i>	<i>20</i>
<i>II.4.c Le médecin n'est pas perçu comme un confident.....</i>	<i>21</i>
<i>II.4.d Le médecin est perçu comme un technicien.....</i>	<i>21</i>
II.5) Particularités de la perception du médecin des adolescents suivis par des spécialistes.....	22
II.6) Le médecin généraliste n'est pas proche.....	22
III. LA PERCEPTION DE LEURS PARENTS.....	23

III.1) Les parents perçus comme une aide.....	23
<i>III.1.a Pour communiquer avec le médecin.....</i>	<i>23</i>
<i>III.1.b Pour gérer les contraintes matérielles.....</i>	<i>24</i>
III.2) Les parents perçus comme rassurants et bienveillants.....	24
III.3) Les parents perçus comme gênants.....	25
III.4) Les adolescents identifient des bénéfices à se retrouver seuls avec le médecin	25
III.5) Place de la relation parents-enfants dans la confiance.....	26
III.6) Lorsque l'adolescent craint d'exclure ses parents de la confiance.....	27
IV. LA PERCEPTION DE LEUR MATURITÉ.....	27
IV.1) Sentiment de maturité.....	27
IV.2) Sentiment d'immaturité.....	28
V. LEUR PERCEPTION DU SECRET MÉDICAL.....	29
V.1) Un intérêt variable pour le secret médical.....	30
V.2) Informations sur le secret médical.....	31
<i>V.2.a Défaut de connaissance.....</i>	<i>31</i>
<i>V.2.b Quand le médecin n'a pas délivré d'information sur le secret médical.....</i>	<i>31</i>
<i>V.2.c Quand le médecin a délivré une information sur le secret médical.....</i>	<i>32</i>
<i>V.2.d Autres sources d'informations sur le secret médical.....</i>	<i>33</i>
V.3) Ressenti après information sur la confidentialité.....	33
V.4) Perception d'arguments en faveur du secret médical.....	34
V.5) Le dossier médical est-il un frein ?.....	35
VI. LES FREINS À LA CONFIDENTIALITÉ.....	36
VI.1) Les éléments indépendants du Médecin.....	36
VI.2) La problématique du médecin de famille.....	36
VI.3) Leur perception d'une consultation dans le cadre de l'anonymat.....	37
VII. RUPTURE DU SECRET MÉDICAL EN CAS DE SITUATION GRAVE.....	38
VII.1) Le médecin est dans l'obligation d'informer les parents si la vie de l'adolescent est en danger.....	39
VII.2) Le médecin doit essayer de convaincre l'adolescent qui s'y oppose.....	39
VII.3) Informer les parents de la situation ne doit pas exclure l'adolescent.....	39
 DISCUSSION.....	 41
<u>A PROPOS DE L'ÉTUDE.....</u>	<u>41</u>

1. Limites liées aux enquêteurs.....	41
2. Limites liées au sujet de la recherche.....	41
3. Limites liées au recrutement.....	42
<u>A PROPOS DES RÉSULTATS.....</u>	<u>42</u>
I. POURQUOI DES ADOLESCENTS DÉCLARENT-ILS N'ACCORDER AUCUN INTÉRÊT AU SECRET MÉDICAL?.....	42
I.1) Un secret médical vis à vis des “Autres” ne présente pas d’intérêt.....	43
I.2) Un secret médical vis à vis des parents confidents ne présente pas d’intérêt.....	43
I.3) La place du médecin n’est pas celle d’un confident.....	44
<i>I.3.a Le médecin est un adulte.....</i>	<i>44</i>
<i>I.3.b L’adolescent ne se sent pas assez en confiance et ou en sécurité avec le médecin.....</i>	<i>44</i>
I.4) L’incapacité à conceptualiser l’intérêt du secret médical.....	44
II. POURQUOI DES ADOLESCENTS DÉCLARENT-ILS ACCORDER UN INTÉRÊT AU SECRET MÉDICAL ?.....	45
II.1) La place des parents dans l’autonomisation et l’accès à une intimité.....	45
<i>II.1.a La prise d’autonomie est favorisée par le comportement des parents.....</i>	<i>45</i>
<i>II.1.b Héritage familial de la confiance envers le médecin.....</i>	<i>46</i>
<i>II.1.c Attrait pour un médecin confident en opposition avec l’image parentale.....</i>	<i>47</i>
II.2) La conception d’un médecin confident.....	47
<i>II.2.a Place de la confiance dans la confiance.....</i>	<i>47</i>
<i>II.2.b La neutralité du médecin.....</i>	<i>48</i>
II.3) Leur intérêt pour le secret est lié à leur maturité et à leur vécu.....	48
<i>II.3.a L’acquisition d’aptitudes permet d’aboutir à un espace de confidences.....</i>	<i>48</i>
<i>II.3.b La pensée formelle et les projections dans des situations médicales plus complexes.....</i>	<i>49</i>
<i>II.3.c Sentiment d’être mineur et responsable.....</i>	<i>49</i>
<i>II.3.d Du sentiment d’intimité naît le besoin de confidentialité.....</i>	<i>50</i>
III. LES DIFFICULTÉS À PRENDRE EN COMPTE DANS LA MISE EN PLACE D’UN ESPACE DE CONFIDENTIALITÉ.....	50
III.1) Les contraintes liées à l’organisation des soins.....	50
III.2) Les difficultés des adolescents à concevoir un médecin « confident ».....	51
III.3) Médecin de famille : risque de maladresse et reflet du regard des parents.....	52
III.4) La place des parents controversée.....	53

III.5) La crainte de briser le lien parent-enfant.....	53
III.6) Placer l'adolescent au centre de la consultation.....	54
IV. QUE PEUT-ON EN RETENIR EN TERME DE PRATIQUE ?.....	55
IV.1) Défaut de communication autour du secret médical pour les patients mineurs	55
IV.2) Pistes pour faciliter la création d'un espace de confidentialité.....	56
<i>IV.2.a Redéfinir son statut de médecin auprès de l'adolescent.....</i>	<i>56</i>
<i>IV.2.b Analyser l'individuation de l'adolescent dans son contexte familial.....</i>	<i>56</i>
<i>IV.2.c A quel moment aborder la problématique du secret médical ?.....</i>	<i>56</i>
<i>IV.2.d Quelles informations délivrer?.....</i>	<i>57</i>
 CONCLUSION.....	58
 Bibliographie.....	60
 ANNEXES.....	63
Annexe n°1 : Tableau des caractéristiques de chaque participant.....	63
Annexe n°2 : Guide d'Entretien.....	64
Annexe n°3 : Exemple illustrant le logiciel NVIVO.....	66
Annexe n°4 : Exemple d'Analyse longitudinale, entretien E2.....	67
Annexe n°5 : Lettre d'information et autorisation parentale.....	69
Annexe n°6 : Avis de la Commission Éthique.....	70
Annexe n°7 : Textes de loi en rapport avec le secret médical de l'adolescent.....	72

INTRODUCTION

L'adolescence est une période de « mutations corporelles et psychologiques aboutissant à l'acquisition de l'autonomie adulte » (1).

Les réflexions qui ont accompagné l'émergence de la médecine de l'adolescent ont fait naître la conviction qu'il est une personne à part entière avec sa singularité et son libre arbitre. La consultation médicale s'adresse en priorité à l'adolescent et non plus quasi exclusivement à ses parents.

De nombreux travaux ont mis en évidence, que pour l'adolescent, la crainte du non respect de la confidentialité est non seulement un obstacle à se confier (2) (3) mais aussi à consulter (4). L'assurance d'une confidentialité augmente les chances d'aborder des thèmes délicats (5) (6) et améliore l'accès aux soins.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 reconnaît l'autonomie grandissante des adolescents. Un patient mineur peut désormais disposer d'un espace de confidentialité avec le médecin et recevoir des soins sans le consentement de ses responsables légaux s'il en fait la demande (7).

Comme tout individu, l'enfant a le droit de recevoir une information adaptée à son degré de maturité et son consentement doit être systématiquement recherché (8).

Si le mineur refuse expressément que les responsables légaux soient informés, le médecin a la possibilité de se dispenser du consentement des parents afin de garder le secret sur l'état de santé de ce mineur, et lorsque cela s'impose, pour sauvegarder sa santé (9). Cette possibilité dépend du degré de maturité et de la capacité des mineurs à participer à la prise de décisions les concernant (10).

L'adolescent doit alors, être accompagné d'un majeur de son choix pour recevoir les soins nécessaires. Toutefois, le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre l'adolescent d'informer ses parents.

Les recommandations des organismes internationaux (11) ou nationaux (12) de promotion de la santé sont en accord avec la loi : il faut assurer une confidentialité à l'adolescent en consultation.

Au cours de nos stages en ambulatoire, l'initiation par le médecin d'un espace de secret avec les adolescents nous a paru être délicate à mettre en œuvre. Les aspirations des adolescents à un espace de confidentialité nous semblaient en effet difficiles à percevoir.

Nous avons alors cherché dans la littérature s'il existe en France depuis 2002 des études qui s'intéressent à l'opinion des adolescents sur le secret médical afin d'adapter la confidentialité à cette population particulière.

Cette étude bibliographique a montré que de nombreuses études quantitatives ont été réalisées sur les adolescents et leurs médecins généralistes ces dernières années en France. Elles s'intéressent surtout à la relation du médecin et de l'adolescent et n'abordent pas de manière approfondie le secret médical.

Il apparaît que l'information, telle qu'elle est délivrée par les médecins sur la problématique du secret médical, est rarement entendue par les patients mineurs.

Dans une thèse menée en 2004 auprès de jeunes de 15 à 20 ans et de leurs médecins en Île-de-France, 95% des médecins disent avoir informé les jeunes de l'existence du secret médical. Mais seuls 29% de ces jeunes déclarent en avoir été informés par le médecin (13).

Dans une enquête menée en Seine-Maritime en 2013 auprès des adolescents de 15 à 18 ans, la notion de confidentialité était connue pour 50 % d'entre eux, malgré le fait que le médecin généraliste n'aborde la notion du secret que dans 20 % des cas (14).

Les adolescents disposent de connaissances sur le secret médical qui ne viennent pas de leur médecin.

Ces deux études suggèrent l'existence d'un défaut de communication entre les médecins et les adolescents sur la question de la confidentialité des patients mineurs.

Les adolescents ne peuvent donc pas faire prévaloir leurs droits au secret et accéder plus facilement aux soins.

Explorer la perception du secret médical à travers le vécu et les attentes des mineurs permettrait aux médecins de comprendre leurs besoins de confidentialité et de pouvoir adapter leur communication à cette problématique.

L'objectif principal de notre thèse est de recueillir et d'analyser la conscience, la perception et l'intérêt du secret médical en consultation de médecine générale du point de vue de l'adolescent.

L'objectif secondaire est d'améliorer la prise en charge des adolescents en soins premiers, en facilitant la création d'un espace de parole confidentiel pour le mineur.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Le choix de la méthode qualitative

Pour répondre à notre objectif principal, nous avons choisi la méthode qualitative en réalisant des entretiens semi-dirigés. Cette méthode permet d'explorer les émotions et les sentiments des personnes, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles.

2. Phase exploratoire

La phase exploratoire permettait de définir la question de recherche et les objectifs de notre travail.

Un travail de recherche bibliographique a été mené sur les thèmes du secret médical chez les mineurs, de la confidentialité entre les adolescents et leur médecin, de l'adolescence, de la relation triangulaire adolescent-parent-médecin.

Ce travail a été effectué en utilisant les bases de données: PubMed, Sudoc, EM Premium, Google scholar et CAIRN.

Plusieurs équations de recherche ont été effectuées, en anglais et en français : confidentialité AND adolescent OR Mineur, secret médical AND médecin AND adolescent OR parent, recherche qualitative AND secret médical.

3. La population cible et ses caractéristiques

D'après la loi, le secret médical chez le patient mineur n'est mis en œuvre qu'en cas de capacité de discernement suffisante chez ce mineur (10). C'est pourquoi nous nous sommes appuyées sur le modèle de développement de Piaget (15) pour déterminer notre population cible. Celui-ci détermine qu'« à partir de 14 ans, la plupart des adolescents sont capables de faire des choix rationnels et vers 15 ans de donner leur consentement à un traitement sans qu'ils soient influencés par l'opinion d'autres personnes» (16).

Nous avons donc interviewé une population de 14 à 16 ans, soit des élèves en classes de Troisième et de Seconde afin d'obtenir une variabilité dans leur degré de maturité.

Les critères suivants nous ont permis d'orienter notre recrutement vers une variabilité maximale des profils: l'âge, le niveau scolaire, le sexe, le lieu de vie (urbain ou rural), la profession de la mère et du père, un antécédent personnel de maladie chronique.

Il s'agissait donc d'un échantillonnage diversifié et raisonné.

Les caractéristiques de chaque participant sont détaillées en annexe n°1.

Pour les premiers entretiens, nous avons fait remplir une « fiche informative » aux élèves interviewés mais a posteriori nous avons trouvé cette technique trop stéréotypée.

Nous avons donc ensuite récolté ces caractéristiques en début d'entretien, en discutant de manière informelle avec le sujet.

4. Recrutement des participants

Nous avons, dans un premier temps, sélectionné une population via les établissements scolaires afin que notre rapport avec les participants durant l'entretien soit décorrélé du soin.

Dans un deuxième temps, nous avons modifié notre lieu de recrutement afin d'améliorer la variabilité de nos profils en interrogeant des adolescents atteints de pathologie chronique. Nous avons donc recruté dans les salles d'attentes du service d'endocrinologie de l'Hôpital de Toulouse et au sein des Maisons des Jeunes et de la Culture (MJC).

Pour rencontrer des jeunes en classes de Troisième et de Seconde : nous avons contacté par mail puis par téléphone les directeurs d'établissements puis les infirmières scolaires.

Pour recruter des patients d'endocrinologie, nous avons utilisé une méthode d'approche par face à face dans la salle d'attente des médecins dont nous avons l'accord.

Nous avons contacté 9 lycées sur la région toulousaine, 7 lycées en zone rurale, 7 collèges et 7 M.J.C.

La présentation du projet aux participants se faisait en face à face dans les classes.

Nous nous sommes présentées en tant qu'étudiantes-chercheuses et non médecins en formation, afin de limiter les biais liés au statut de l'enquêteur.

Sur les 19 entretiens, une infirmière scolaire a révélé notre statut d'étudiantes en médecine à 4 adolescents.

Le sujet de recherche était présenté comme une étude de la relation des adolescents avec leur médecin généraliste. Il n'était donc pas connu de façon précise des participants.

La participation des mineurs à ces entretiens nécessitait l'accord des structures d'accueil, la volonté des mineurs, l'accord des parents et leur consentement signé.

Le recrutement s'est révélé difficile et chronophage.

Nous avons eu de nombreux refus de la part des établissements scolaires : ils considéraient notre demande de coopération comme une charge de travail supplémentaire.

Au sein des M.J.C., les adolescents ne rentraient pas dans nos critères ou alors le planning des jeunes était difficilement compatible avec une rencontre. Dans d'autres cas, ou nous n'avons pas eu de réponses à nos mails, ou les refus restaient inexpliqués.

Nous avons tenté de nous entretenir avec des adolescents en situation de précarité socio-économique. Malheureusement aucun adolescent n'a accepté de participer à notre étude après notre présentation dans un lycée E.R.E.A. en Ariège (Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté).

Concernant l'absence de retour des autorisations parentales signées : nous n'avons pas su si cela signifiait un refus de la part des adolescents ou un défaut de communication adolescents-parents ou un refus de la part des parents.

Cependant, les discussions lors de nos présentations et lors de nos entretiens avec les adolescents nous ont permis de mieux définir les origines des refus : l'absence d'intérêt des adolescents concernant le sujet de notre étude, leur timidité, la perte de temps que cela peut représenter pour eux, le fait qu'ils n'aient pas de relation habituelle avec leur médecin généraliste et l'impression qu'ils n'auraient rien à nous dire.

5. Méthode de recueil

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés.

Cette méthodologie nous permettait d'aborder plus facilement qu'en focus groupes, des sujets intimes en rapport avec la confidentialité. De plus, la dynamique des entretiens individuels était plus adaptée à notre savoir faire que le travail de groupe.

Dans le but de maîtriser l'approche de neutralité et d'ouverture de nos questions, nous avons simulé des entretiens individuels avec nos proches et des connaissances.

Puis nous avons réalisé un entretien pré-test avec une adolescente en milieu scolaire (une chercheuse dans le rôle de l'interviewer et l'autre dans celui d'observatrice).

Les entretiens se sont déroulés durant la période de Mai 2016 à Juin 2017.

Un premier pool de 15 entretiens s'est déroulé dans les établissements scolaires :

- 8 entretiens ont été menés au sein d'un collège du Comminges (31), zone rurale.
- 4 entretiens ont été menés au sein d'un lycée de Toulouse.
- 3 entretiens ont été menés au sein d'un collège de Toulouse.

Confrontées à l'absence d'adolescents présentant une maladie chronique, nous avons recruté un deuxième pool de 4 entretiens qui se sont déroulés sur la période de Mai-juin 2017 :

- 1 au sein d'une CAJ (Centre d'accueil Jeune) en zone rurale.
- 2 au sein de l'hôpital des enfants de Purpan à Toulouse (consultations d'endocrinologie pour les patients diabétiques).
- 1 au domicile d'un des patients diabétiques rencontré à l'hôpital Purpan.

Les entretiens se déroulaient en présence d'une chercheuse et d'un adolescent excepté pour deux entretiens réalisés en présence des deux chercheuses.

Les lieux d'entretien étaient variés : salles de classe, bureaux (au sein de l'établissement scolaire, à l'hôpital ou dans les structures de la maison des jeunes), un seul entretien a été réalisé au domicile de l'interviewé. Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone.

A la fin de chaque entretien, l'interviewer, imprégné par l'ambiance de l'échange avec l'adolescent, rédigeait le contexte d'énonciation et son ressenti de l'entretien.

Nous avons arrêté le recueil de matériel une fois la saturation des données atteinte, c'est-à-dire lorsque les données recueillies à l'issue de deux entretiens successifs et leur analyse ne fournissaient plus d'éléments nouveaux en rapport avec notre question de recherche.

6. La réalisation du guide d'entretien

6.a. Structuration du guide

L'élaboration du guide a été réalisée à partir de la recherche bibliographique.

Le guide est à retrouver en annexe n°2.

Le guide d'entretien comprenait six questions générales, ouvertes sur les thèmes à explorer et des questions de relance (stratégies pour maximiser l'information obtenue sur chaque thème).

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés. Cette méthode nous permettait d'une part de rythmer l'entretien afin d'aider l'adolescent à s'exprimer et d'autre part, de ne pas le soumettre à un interrogatoire « policier ». Le guide a été évolutif. Nous l'avons modifié après le pré-test et le premier entretien en accord avec notre directrice de thèse. Nous avons introduit un nouveau thème concernant l'autonomie des adolescents par la question n°4 et une question de synthèse sur la confidentialité avec le médecin.

6.b. Les thèmes abordés

Les thèmes abordés s'articulaient dans un ordre prédéfini. La première question, peu intrusive, évitait de mettre mal à l'aise l'adolescent. Le but était d'établir un lien de confiance avant d'aborder des thèmes plus personnels.

C'était un choix délibéré de ne pas prononcer le mot « secret médical » ou « confidentialité » dans les questions du guide pour que la problématique, au travers des thèmes autour de la consultation, émerge d'elle-même.

Le guide a été élaboré à partir de cinq thèmes principaux avec une question de synthèse de conclusion :

I. Le dossier médical : ressenti de l'adolescent sur le dossier médical et sa confidentialité.

II. L'attention et communication du médecin : considération et communication du médecin envers l'adolescent et ses parents en consultation, existence d'un espace de confidentialité avec le médecin.

III. La place des parents : rôle des parents dans la santé de l'adolescent, intérêt du secret médical envers les parents.

IV. L'autonomie en consultation : perception de l'adolescence, capacité à être seul en consultation avec le médecin, limites de la confidentialité.

V. La confiance et la confidentialité avec le médecin : médecin de la famille et médecin de l'individu, importance de l'anonymat dans certaines situations.

VI. Conclusion : comment le médecin pourrait être quelqu'un avec qui partager des confidences, preuve d'une confidentialité et information autour du secret médical.

7. Rôle des chercheuses

Cette recherche a été menée par les deux chercheuses depuis la recherche bibliographique, la constitution de la question de recherche jusqu'à la conclusion de ce travail.

La recherche de participants et la présentation du projet dans les établissements ont été réalisées par les deux chercheuses.

Chaque chercheuse réalisait une retranscription intégrale et le codage des entretiens qu'elle avait menés puis évaluait le codage des entretiens réalisés par l'autre.

L'analyse thématique était réalisée par les deux chercheuses.

Nous avons échangé sur nos expériences personnelles dans un principe de réflexivité concernant le secret médical lors de notre adolescence et dans l'exercice actuel de notre profession. Par ailleurs, nous rediscutions des impressions que nous inspirait chaque entretien.

Nous avons ainsi eu la possibilité d'adapter notre attitude et de prendre conscience de l'influence de nos expériences personnelles sur notre interprétation des verbatims.

8. Analyse

Les données recueillies ont fait l'objet de deux types d'analyse.

Nous avons réalisé une analyse de type thématique (ou verticale), en s'aidant de l'analyse du contexte d'énonciation. Cette analyse débutait par la codification des données grâce à un découpage de l'entretien en unités de sens.

L'ensemble de ces codes a été organisé par catégories ce qui a permis l'émergence de thèmes principaux et secondaires en fonction de l'idée qu'ils illustraient lors d'une mise en commun de la recherche.

Nous avons travaillé avec le logiciel Nvivo Starter, facilitant l'organisation et l'articulation des données entre elles, ainsi que la mise en évidence de contenus perspicaces (cf annexe n° 3).

Nous avons également réalisé une analyse longitudinale (ou horizontale) pour chaque entretien, c'est-à-dire une analyse du contenu du discours. Une analyse longitudinale type est

disponible en annexe n°4. Cela nous a aidées à soutenir une cohérence dans la typologie des adolescents.

En cas de désaccord et à chaque nouvelle étape nous demandions l'avis de notre directrice de thèse.

Ce travail en binôme, soutenu par notre directrice de thèse, a permis davantage d'objectivité scientifique grâce à la triangulation des données aux différents stades de la recherche.

10. Éthique

Sur le plan éthique, le comité d'éthique a émis une réponse favorable à la réalisation de ce travail (cf annexe n°5). La population cible était mineure, l'autorisation parentale (cf annexe n° 6) était donc indispensable à la réalisation des entretiens. Toutes les données ont été anonymisées.

RÉSULTATS

I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Comme précisé précédemment, 19 entretiens ont été réalisés pour cette étude, la moyenne d'âge était de 15 ans et 6 mois.

La population étudiée se répartit en fonction de différents critères:

- ▶ Le genre : 7 garçons et 12 filles.
- ▶ L'âge : 5 adolescents âgés de 14 ans, 10 de 15 ans, 4 de 16 ans
- ▶ Le niveau scolaire : 11 en troisième, 7 en seconde générale et 1 en seconde professionnelle.
- ▶ La catégorie socio-professionnelle des deux parents :

Selon la nomenclature INSEE des Professions et Catégories Socio-professionnelles (17) :
2 Agriculteurs ; 4 Artisans, commerçants, chefs d'entreprises ; 9 Cadres et professions intellectuelles supérieures ; 8 Professions intermédiaires ; 8 Employés ; 2 Ouvriers ; 2 Retraités ; 3 Parents en reconversion professionnelle.

- ▶ Le recours à un médecin traitant habituel ou non : tous les interviewés avaient un médecin traitant. Ils partageaient leur médecin avec au moins un des deux parents excepté E10.
- ▶ L'existence d'une pathologie chronique ou non: 3 diabétiques (suivis par des endocrinologues), 1 adolescente ayant été suivie pendant quelques années par plusieurs spécialistes (puberté précoce). Sans que la question soit posée de manière systématique certains adolescents nous ont raconté avoir déjà été suivis par un psychologue. (EF, EB, E7, E11)

Les caractéristiques de chaque participant sont détaillées en annexe n° 1.

La saturation des données a été atteinte à partir du 18^{ème} entretien. Un dernier entretien a confirmé cette saturation.

La durée des entretiens allait de 14 à 48 minutes, la durée moyenne est de 25 minutes.

L'analyse de ces 19 entretiens nous a fait émerger cinq grands thèmes dans la perception des adolescents : leur perception du médecin généraliste, leur perception des parents, la

perception de leur maturité, leur perception du secret médical et leur perception de la rupture du secret médical en cas de situation grave.

II. LA PERCEPTION DE LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE

II.1) Le statut du médecin généraliste pour les adolescents

II.1.a Médecin généraliste : une autorité savante

Le médecin a fait des études, il est crédible et sérieux « Un médecin, c'est enfin... ça a déjà fait beaucoup d'études [...] C'est quelqu'un de sérieux quand même » E7. Il doit donc donner des directives aux patients « C'est lui le docteur, c'est à lui de me conseiller, c'est à lui de me dire ce que je dois faire » E11.

Vis-à-vis des autres, il doit savoir gérer les informations personnelles qui concernent l'adolescent « Il est censé voir ce qu'il est pas obligé de dire... » E7.

Les adolescents pensent que le médecin détient le savoir, dès lors il peut cacher certaines informations « Comme des fois le médecin il ne donne pas trop des explications pour tout, il parle que du meilleur ben... ça cache souvent des trucs » E9.

II.1.b La confiance envers le médecin facilite la confiance

La confiance est primordiale, au point d'être plus importante que la compétence du médecin « Ça peut être le meilleur médecin de toute la France si t'as pas confiance en lui euh... euh moi personnellement je changerais de médecin » E3.

La confiance se construit avec le temps. L'adolescent ressent alors plus de confiance envers le médecin connu depuis la petite enfance. « Si c'est le même docteur qui nous suit depuis qu'on est tout petit, on va beaucoup plus être en confiance » E11, « C'est bien d'avoir un médecin qu'on a depuis petit » E7.

Ce lien avec ce médecin favorise la confiance « Moi j'ai besoin d'avoir un lien parce que sinon je me confie pas » EF.

Cette connaissance du médecin permet alors de savoir s'il respectera ou non la confidentialité.

Pour d'autres, cela relève davantage de l'ordre de "l'instinct" « Je sens quand une personne elle va dire quelque chose ou pas »EB. De l'ordre du "feeling" « C'est un peu au feeling » E7.

La relation de confiance avec le médecin se fonde sur celle des parents « Moi j'ai toujours eu confiance au médecin parce que bah ma mère me disait d'avoir confiance au médecin [...] Ma mère elle dit tout au médecin donc elle m'a dit : "tu dois tout dire au médecin parce que c'est le mé-de-cin !" » E10.

Certains adolescents estiment qu'ils ne voient pas assez souvent leur médecin généraliste pour instaurer une relation de confiance « Chez le médecin [la confiance] met plus de temps parce que forcément on n'y va pas... on y va quoi, peut-être trois fois dans l'année » E7.

C'est la raison pour laquelle l'adolescente EG se confierait plus facilement à sa diabétologue qui la suit de manière plus rapprochée que son médecin traitant « Moi je préférerais plus me confier au médecin qui est ici plutôt que à mon médecin du village [...] déjà je la vois tous les trois mois donc je la vois plus que mon médecin » EG.

II.1.c Le médecin est aussi celui des proches

La majorité des adolescents avance qu'avoir le même médecin que sa famille ou ses proches est un gage de qualité du médecin « Ça me rassure qu'il y a d'autres gens qui comme mes copines, qui vont le voir » E3 ; « Si mes parents y vont c'est qu'ils doivent quand même savoir ce qu'ils font, c'est qu'il a quand même certaines qualités » E1. En effet l'avis de l'entourage sur le médecin est important « Souvent les médecins, ils ont aussi la popularité de bouche à oreille comme on dit » E7.

Le médecin de famille adapte son soin en fonction de l'histoire familiale de l'adolescent:

- selon les antécédents génétiques « [Un médecin de passage] ne pourrait pas savoir que moi j'ai un gène de cancer par exemple et donc ça pourrait retarder le diagnostic » E5.

- selon les événements familiaux « Mon grand-père est mort il y a pas longtemps [...] [Mon médecin] était un peu plus enfin, sa voix a... elle a changé, elle était plus douce » E5.

II.2) Leurs attentes vis à vis de l'attitude du médecin en consultation

Le médecin favorise la confiance de l'adolescent en lui montrant de la considération

- En étant attentif « Il nous écoute attentivement [...] Il fait rien d'autre quoi. Et je pense que justement, ça aide à la confiance, de voir qu'il s'en fi... enfin, qu'il s'en fiche pas un peu de nous, qu'il por... Porte attention à nous ! » E10.
- En s'intéressant au quotidien de l'adolescent « Il me demande comment ça va [...] ça me met à l'aise et du coup on parle aussi » EE
- En le « prenant au sérieux » « Il me prend au sérieux déjà et c'est important » E5.
- En lui proposant un temps seul en consultation comme l'a fait l'endocrinologue pour une des adolescentes après ses 16 ans « Elle m'avait dit que si je voulais je pouvais y aller toute seule [...] A 16 ans ils commencent à nous voir tout seul » EG.
- En lui portant une attention spéciale, l'individualisant de ses parents « [Le médecin] qui vient vers moi, je vois très bien que c'est entre lui et moi que ça se passe le rendez-vous. Pas euh... Moi je suis pas dans la décoration quoi » E1.

Certains adolescents attendent du médecin qu'il s'adresse à eux en particulier car ils ont souvent l'impression que le médecin a plus de considération pour leurs parents « Le médecin, il va plutôt écouter ma mère et pas moi » E3.

Ils regrettent cet état de fait « Je pense que c'est pas forcément bien (...) je pense qu'il devrait m'écouter » E3. Ce sont logiquement eux les principaux concernés « Je sais quand même mieux où j'ai mal que mes parents » E1 ; « C'est mieux de parler à moi parce que c'est moi qui le ressens » ED.

E1 émet l'hypothèse que si elle est en marge de la discussion, c'est parce que le médecin a plus de facilité à communiquer avec des adultes qu'avec des adolescents « Le fait que ce soit d'adultes à adultes p'têt que pour eux, euh... C'est plus simple. » E1.

Cette attitude de la part du médecin n'incite pas l'adolescent à croire en une confidentialité « Le médecin qui va plus vers mes parents, j'irais pas forcément me confier à lui parce que je me dis, tout le temps il va voir mes parents » E1.

II.3) Secret inhérent au métier de médecin

Pour la plupart des adolescents interviewés, le secret médical fait partie du métier de médecin « C'est son métier aussi de pas en parler » EB. C'est une image répandue « On a une image du médecin [...] On sait déjà qu'il y a cette règle du secret médical » E7.

Le secret s'applique également en dehors du cabinet :

- lorsque le médecin rencontre les parents « Ils parlent jamais de quand je vais chez le médecin ou le médecin parle jamais de quand je suis venu » EA.
- lorsque le médecin est avec ses proches, il peut parler des patients mais ne doit pas donner l'identité des personnes « Dire ce qu'il a vu à sa famille mais sans dire le nom [des patients] » E7.

Le médecin n'a pas d'intérêt à divulguer les informations personnelles de ses patients « Je vois pas qu'est ce que ça pourrait leur rapporter d'aller raconter à tout le monde » EF. Cela nuirait même à sa réputation « Même pour lui sa dignité [...] les gens ils voudront plus venir chez lui » EC.

Il n'a pas pour objectif de participer aux commérages « C'est pas pour dire [...] "t'sais qu'il a fait ci, il a fait ça !"'. C'est pas son but » E11; « Ils doivent le garder pour eux et euh... Pour travailler plutôt » ED.

II.4) L'espace de parole et de confiance existe avec le médecin, en théorie

Certains adolescents expriment qu'il est possible de disposer d'un espace de parole avec le médecin:

- sans limite : « On peut tout lui dire ... ouais c'est important » EB.
- sur des questions de l'ordre de l'intime : « C'est un docteur! Enfin ! C'est... limite! C'est la seule personne à qui on peut dire des choses un peu... discrètes ! » E10.
- sur des sujets tels que la sexualité qu'ils ne peuvent aborder avec la famille : « Mais après pour des gens qui ont... Qui aiment vraiment pas parler de ça avec les parents c'est vrai que c'est mieux avec un médecin » EC.

Le médecin apparaît, parfois compatible et parfois incompatible avec un espace de confiance. Les adolescents, au fil de leur discours, vont même jusqu'à se contredire eux-mêmes.

II.4.a Le médecin ne juge pas

A l'inverse des parents, le médecin ne va pas juger « Quand je vais lui raconter un truc, il va pas me juger » E11; « Il sait comment prendre la chose [...] Il a pas à juger » EA et ne va pas les sermonner « Il a pas à m'engueuler ou... je sais pas... à trop juger » E3.

C'est important dans les situations où le comportement de l'adolescent serait désapprouvé par les parents : E7 donne l'exemple d'« un ado qui a bu trop ». L'adolescent attend du médecin qu'il soit compréhensif « Il peut comprendre. Déjà c'est bien qu'il soit allé chez le médecin » E7.

L'adolescent ressent moins de pudeur à s'exposer au regard du médecin « Alors que mes parents je serais gêné de faire ça devant eux » EA. Et si la confiance est à l'origine d'un sentiment de honte cela ne le poursuivra pas en dehors du cabinet car le médecin ne fait pas partie de son quotidien « Si tu lui parles de choses un peu honteuses, tu te dis bon bah tous les jours il ne va pas me le rappeler » E10.

II.4.b Le médecin médiateur

Dans une situation de crise, où le comportement de l'adolescent serait désapprouvé par les parents, le médecin peut se positionner en tant que médiateur, représentant l'adolescent.

Si l'on revient sur l'exemple de « l'ado qui a bu trop » E7, face aux parents, le médecin conciliateur peut modérer ses propos en faveur de l'adolescent « Après il faut pas leur mentir aux parents mais il peut... On atténue la chose » E7.

Autre exemple; E11 imagine parler à son médecin de sa relation conflictuelle avec ses parents. Le médecin pourra, après avoir écouté l'adolescent, aider ses parents à mieux le comprendre: « Leur dire “Voilà faudra p'tet essayer de lâcher un peu la prise, être plus gentil. De...” parce que [l'adolescent] se sent p'tet pas forcément écouté » E11.

II.4.c Le médecin n'est pas perçu comme un confident

Toutefois ce n'est pas au cabinet que les adolescents vont aborder ce qui concerne leur vie privée. « Je lui raconte pas toute ma vie non plus » E11 ; «Après je me confierai jamais à mon médecin traitant » EF.

Ils estiment que le médecin ne doit pas être intrusif « Il a pas trop, non plus, quand même, à s'immiscer dans notre vie personnelle »E6; « Il a pas à savoir ce que je fais de ma vie » EF.

Si c'est le cas, l'adolescent répondra systématiquement par des banalités « Je vais dire que tout va bien, que ça va » EF.

II.4.d Le médecin est perçu comme un technicien

Le rôle du médecin est de soigner le corps humain « Je viens pas le voir pour mes problèmes, je viens juste le voir si je suis malade » E4.

Son travail est motivé par l'objectif de résoudre les problèmes somatiques « Toujours dans le cadre de comprendre pourquoi j'ai ça » E6.

Le patient est ainsi plus ou moins intéressant en fonction de l'intrigue médicale qu'il suscite « Si on dit on a de la fièvre avec patati patata, ça l'intéressera un peu plus » E9.

Il n'est donc pas utile au médecin de recevoir les confidences de l'adolescent pour le prendre en charge « Le fait de savoir ma vie, qu'est ce que ça pourrait l'aider à me soigner en fait ?» EF.

Par conséquent, le médecin ne connaît pas l'adolescent sur le plan psychologique « Il me connaît pas psychologiquement » E6 ; « Elle me connaît plus euh on va dire plus physiquement, que euh, que intérieurement » E4.

Certains estiment même que les motifs d'ordre psychologique ne sont pas justifiés pour consulter son médecin généraliste. « Si tu dis c'est juste pour parler, p'têt qu'il va pas te prendre [en rendez-vous]» E7.

Car cela relève du domaine de compétence du psychologue « C'est un truc de stress pas vraiment un truc pour aller chez le médecin » E7; « Si j'ai envie de parler avec quelqu'un, j'vais plus aller voir un psychiatre ou un psychologue » EF.

Les adolescents qui ont été suivis par un psychologue remarquent que le médecin, à l'inverse, n'a pas le temps d'approfondir les préoccupations des patients « Un psychologue on prend rendez-vous à l'avance pour, par exemple une heure ou une demi-heure pour dire vraiment ce que nous on ressent [...] On parle quoi, c'est beaucoup de communication! » E11.

II.5) Particularités de la perception du médecin des adolescents suivis par des spécialistes

Les adolescents suivis ou ayant été suivis par des spécialistes n'échangent pas davantage avec leur médecin généraliste.

Chez ces adolescents, il ressort que de par leur prise en charge ancrée dans la scission ville-hôpital, la spécialité du médecin définit sa compétence. Ainsi, par exemple les motifs de consultations gynécologiques sont réservés aux gynécologues « J pense que c'est bien d'en parler à la gynéco parce que elle, elle est spécialisée là dedans » EF et les motifs de consultations psychologiques aux psychologues « Si je... me sens mal dans ma tête, j'irais plus voir un, quelqu'un qui est spécialisé là dedans » EF.

Le diabète de E11 l'amène à consulter au moins une fois par trimestre. Il banalise la consultation médicale qui devient alors une « perte de temps » « Je vais bousiller mon après-midi tranquille pour pouvoir aller parler de mes problèmes » E11.

E11 va même plus loin avec une conception de la consultation en trois temps: une plainte, un examen, une prescription « On dit quel est le problème, il nous fait faire le truc, il nous renvoie chez nous et... voilà » E11. L'échange n'est pas perçu comme aidant en soi.

Le médecin reste donc perçu comme un technicien « Il est juste là pour me soigner » EF.

II.6) Le médecin généraliste n'est pas proche

Les adolescents évoquent une distance avec le médecin. Il n'est pas considéré comme une personne proche. C'est parfois même un inconnu « Même si c'est ton médecin ça reste quand même un inconnu » E1 ; « Un mec que je connais à peine quoi » E11.

Les adolescents préfèrent se confier à leurs proches « Avant on a la famille, ses amis » E8; « Si jamais j'ai le moindre souci [...] pour ça j'ai des potes » E11 ; « Je pense que je me confierais plus facilement à mes ami(e)s » E4.

Certains ont besoin d'affectivité pour se confier « Faudrait que ce soit un ami à moi je pense parce que sinon c'est difficile de partager des choses » E5 ; « proche-proche » E4.

Ainsi les adolescents n'envisagent pas d'inclure le médecin « inconnu » dans leur cercle de confiance « Je vais pas raconter ma vie au premier venu dans la rue, et, 'fin, pour le médecin c'est pareil » EF ; « Parce que si j'avais besoin d'en parler j'en parlerais à quelqu'un que je connais super bien [...] plutôt que à... un médecin » E11.

III. LA PERCEPTION DE LEURS PARENTS

Quand les adolescents ne se confient pas à leur médecin, la présence de leurs parents n'est pas une gêne « Le médecin c'est pas quelqu'un à qui je me confie [...] donc ça me dérange pas qu'il y ait ma mère » EF.

Nous allons voir qu'en parallèle leur relation avec leurs parents influence la possibilité de faire des confidences au médecin.

III.1) Les parents perçus comme une aide

III.1.a Pour communiquer avec le médecin

Les parents connaissent mieux que l'adolescent ses antécédents médicaux « Ils connaissent mieux mon dossier » E1; « [ma mère] sait un peu plus de choses sur... De nous que nous » E2.

Et ils apportent un autre point de vue au médecin ce qui permet une consultation plus approfondie « C'est un peu plus approfondi quand il y a nos parents quand même parce qu'il y a une vision extérieure qui peut aider aussi » E6.

Par ailleurs, les adolescents ne se sentent pas toujours aptes pour s'exprimer correctement face au médecin.

Les parents sont donc un soutien pour l'adolescent dans l'expression de ses symptômes « Quand je sais pas trop expliquer ce que j'ai eu » EB.

Parfois, certains éprouvent une timidité gênante pour communiquer avec le médecin « Je suis assez timide, donc j'aime pas vraiment parler aux gens... » ED. Leurs parents peuvent alors les aider en prenant la parole à leur place « [Ma mère] peut dire pour moi donc c'est bien » E3

Cela permet également à l'adolescent de ne pas fournir trop d'efforts « Ma mère expose et moi je complète [...] Bah oui ça m'économise une partie du travail (ton suffisant) » E10.

Les parents permettent de comprendre les propos du médecin « C'étaient des mots plus complexes que je ne comprends pas forcément ou quelque chose comme ça » EB, voire de comprendre l'intérêt de la consultation « Je sais pas vraiment ce qu'on va faire au docteur. Moi j'suis là on m'ausculte et bon c'est fini » ED.

III.1.b Pour gérer les contraintes matérielles

Les parents sont indispensables pour assurer les contraintes matérielles de la consultation:

- La prise de rendez-vous « Ma mère elle m'a dit : « c'est bon va chez le médecin parce que ça fait trop longtemps » EC.
- Les déplacements au cabinet médical pour certains « Ici on peut pas se déplacer tout seul chez le médecin » E1.
- La gestion de « La carte vitale » E10.
- Les honoraires « Comme c'est ma famille, c'est elle qui paye la consultation » E5.
- La délivrance des médicaments à la pharmacie « Moi je pouvais pas aller les chercher les médicaments » EE.

Sans eux, ils seraient en difficulté « Les parents ils font tous les papiers, les cartes tout ça, je saurais pas quoi faire » ED.

III.2) Les parents perçus comme rassurants et bienveillants.

Les parents se préoccupent de la santé de leur enfant au quotidien « C'est pas pendant la consultation qu'ils vont devoir assurer, ça c'est le médecin qui assure mais, dans la maison » E7 ; « Ils me demandent quand je suis pas bien, des fois ils le voient » EB.

Ils ont confiance en leurs parents qu'ils savent être bienveillants « On dit que [les responsables légaux] font ça pour nous. Donc euh... On fait confiance » E9.

La plupart pense qu'ils ont tout intérêt à ce que les parents soient intégrés à la prise en charge des adolescents car ils peuvent être vecteurs de solutions « [Ma mère] m'a dit qu'on pouvait essayer de trouver d'autres solutions... Qu'on pouvait voir avec le médecin traitant du diabète quels... Quels genres de solutions seraient plus faciles » E11.

La présence des parents semble nécessaire en consultation lorsque l'adolescent ressent le besoin d'être rassuré « Pour me rassurer » E3 ; « S'il y a quelque chose qui m'angoisse, car avoir quelqu'un en qui tu as confiance à côté c'est toujours aidant » E1

- Lors de situations nouvelles « Faudra qu'ils soient là au moins pour la première fois. »EF ; « Si c'est la première fois, je préférerais que ma mère vienne » EG.

- Lors d'une maladie lorsqu'ils se sentent vulnérables « J'ai peur de tout le monde quand je suis malade [...] j'aime bien que mes parents soient là » EF.

Être accompagné en consultation permet également plus d'aisance avec le médecin « Je serais plus à l'aise d'y aller avec quelqu'un. Enfin avec les parents. » EG ; « J'aurais pas aimé être toute seule » E3.

Leur présence devient incontournable en cas de situation grave telle qu'une hospitalisation, une maladie grave ou son annonce (ex : cancer).

« Si on a une maladie un peu plus grave » E6 ; « Quand on nous apprend un cancer c'est quand même mieux d'être avec quelqu'un qui pourra nous reconforter » EC.

III.3) Les parents perçus comme gênants

Cette présence parentale peut devenir inopportune et empêcher l'adolescent de s'exprimer « Quand c'est des questions à poser. [...] Quand il y a notre mère à côté c'est pas forcément très facile de les poser » E2.

Parfois les adolescents ressentent en effet que les parents envahissent l'espace de parole « Quand il y a ma mère, c'est elle qui parle, enfin c'est elle qui lui dit »E8 ; « Souvent ben ma mère elle intervient pour parler aussi » E2.

Dévoiler son corps devant ses parents est un moment gênant pour certains adolescents « J'suis pas proche de mes parents. [...] Quand le médecin il nous dit de nous déshabiller, enfin. Là je préférerais euh, ne pas être avec mes parents » E4.

III.4) Les adolescents identifient des bénéfices à se retrouver seuls avec le médecin

Lorsque le médecin et l'adolescent se retrouvent en tête à tête, sans les parents, la nature de l'échange peut se modifier.

Le médecin dialogue davantage avec l'adolescent « [Mon médecin] vient plus vers moi » E1; « [Le médecin] serait un peu plus interactif » E3.

L'adolescent peut plus facilement aborder son ressenti propre « Je pourrais plus vraiment parler de ce que je ressens moi » E2 et aborder plus profondément ses problématiques personnelles « La contraception des trucs comme ça, quand il y a notre mère à côté ça peut être difficile d'en parler vraiment comme on aurait envie » E2.

III.5) Place de la relation parents-enfants dans la confiance

Le degré de confiance accordée aux parents dépend de la nature de la relation entre l'adolescent et ses parents.

Pour certains adolescents les parents occupent le rôle de confident :

- Dans une relation où l'adolescent partage tout avec sa famille

« Je leur cache rien[...] Du moment que ça me touche à moi, ma famille est aussi concernée [...] J'ai toujours tout dit à ma famille » E5 ; « Quand je reviens du médecin [...] je dis tout à mes parents » EB ; « C'est mieux de le dire aux parents d'abord » E8.

- Dans une relation fusionnelle entre la mère et la fille

« Ma mère je lui confie beaucoup de trucs donc en fait elle est au courant de tout ce qui m'arrive. [...] C'est mon pilier, j'lui dis tout » EE.

Le partage de confiance avec le médecin n'est alors plus nécessaire.

D'autres, au contraire, éprouvent une pudeur vis à vis de leurs parents et de leur jugement quand il s'agit d'éléments qui touchent à leur intimité « Quand je parle aussi un peu de mes problèmes ou que je dois montrer certaines choses aussi » EA.

La confidentialité est alors importante « J'aimerais pas qu'ils le savent » EA.

C'est parfois les parents qui accordent la place de confident au médecin. Ainsi certains parents approuvent l'existence d'un espace de confidentialité entre leur enfant et le médecin « Elle a dit "oui oui si tu as besoin de... de lui en parler, tu peux" » E8 ; « Elle le prend bien, c'est plus pour m'habituer à le gérer toute seule qu'elle le fait » EG.

Certains adolescents témoignent même que leurs parents observent une confidentialité des consultations médicales entre les membres d'une même fratrie « Parce que ma mère

pense que j'ai pas à savoir ce qu'a mon frère et mon frère n'a pas à savoir ce que j'ai moi » E10.

III.6) Lorsque l'adolescent craint d'exclure ses parents de la confiance

Les adolescents ont peur d'être une source d'inquiétude pour leurs parents « Si jamais la personne elle veut pas avoir ... faire peur à ses parents » EC et pensent que leurs parents sont rassurés d'être présents en consultation « Je pense que pour elle c'est important d'être là, pour qu'elle soit elle-même rassurée que je n'ai rien de grave » E10.

C'est inconfortable pour les adolescents de demander eux-mêmes à leurs parents de sortir de la consultation « Quand c'est nous qui demandons à notre mère de sortir c'est un peu délicat donc ça pourrait être le médecin qui le demande » E2. Ils ont peur que leurs parents se sentent rejetés « Peut-être ils vont se sentir rejetés par leur enfant » E4.

Ne pas informer leurs parents est pénible pour les adolescents car cela revient à « leur cacher des choses » « C'est dur de garder quelque chose, de choisir entre... De dire vraiment la vérité ou de garder pour soi » E8.

Ainsi, posséder un espace de confidentialité dont les parents sont exclus est embarrassant « C'est gênant en fait, de savoir que le médecin il sait quelque chose, qu'on lui demande certaines choses et tout, qu'on parle pas à nos parents » E2.

Au point que certains préféreraient cacher leur besoin de confiance avec le médecin « J'me débrouillerais pour que ma mère me laisse sur la ville, j'irais toute seule » EE.

IV. LA PERCEPTION DE LEUR MATURITÉ

IV.1) Sentiment de maturité

Certains adolescents sont conscients que l'adolescence est une période de leur vie où ils changent « Parce que j'ai grandi, j'ai plus de maturité » EC.

D'autres se considèrent comme déjà adultes sur le plan psychologique « Dans ma tête je me sens pas mineure en fait » EF et responsables de leurs actes « Je serais toujours dans le "faire attention" » EF.

Même s'ils sont limités dans plusieurs aspects de leur vie « Quand je vais dans les boutiques, acheter de l'alcool, là je le ressens, j'sais que je suis mineure » EF.

Ils pensent être en capacité de gérer la consultation « Quand on a mon âge, là on peut aller chez le médecin tout seul, on a plus besoin de ses parents » E7.

Ils pensent également être en capacité de gérer leurs rapports sexuels et que cela suffira pour ne pas avoir de problème « [Concernant le risque de grossesse] On fait attention donc il y'a pas de problème... » E11.

Leur aisance en consultation est associée aux connaissances et à la faculté de s'exprimer, aptitudes qu'ils pensent devoir acquérir pour être autonomes « Les connaissances pourraient p'têt m'aider [...] Ça serait peut être une relation un peu plus structurée, parce que avant, bah j'parlais mais sans plus alors que là, on peut vraiment avoir des arguments » EC.

Les adolescents estiment devoir rassurer leurs parents « Nous faut qu'on la [mère] rassure dans l'autre sens. » EF.

IV.2) Sentiment d'immatunité

Ils pondèrent leurs propos en reconnaissant que cette maturité est fluctuante.

« Dans des situations où il faut être mature, j'peux l'être. Mais après en dehors, c'est comme un peu tout le monde » EC.

Parallèlement, ils reconnaissent être immatures « [les adolescents] ne connaissent pas trop la vie [...] Vu que je suis une ado et que je me rends pas compte si c'est grave ou pas grave. » E9 et insouciants « ils sont un peu dans leur bulle les ados » E9.

Le secret médical n'est pas une préoccupation, cela ne leur est jamais venu à l'esprit « Je me suis jamais trop posé cette question » E6.

Car ils n'ont jamais vécu de situation où cela leur aurait été utile « J'ai jamais trop eu de problème comme ça » E6; « J'vois pas trop dans quelles situations on pourrait être pour un truc que j'voudrais pas que mes parents sachent. [...] J'ai jamais eu cette situation » EC.

Les adolescents ne sont pas prêts à être indépendants « Je pense que c'est quand même bien qu'il y ait quelqu'un derrière jusqu'à nos 18 ans. [...] On n'est quand même pas trop indépendant » E6.

Ils attendent donc que leurs parents prennent le relais « C'est bien que [l'adolescente] prenne les devants et en parle, parce que, 'fin... Être enceinte à 16 ans, il y'a beaucoup de responsabilités à 16 ans, on n'est pas assez mature » EF.

Ils acceptent également l'idée que le médecin prévienne leurs parents pour qu'ils viennent en aide à leur enfant quitte à être mis à l'écart de la prise de décision « S'ils parlent face à face avec le médecin et qu'ils me laissent un peu à côté, je sais que d'un autre sens c'est quand même pour mon bien » E11.

Et qu'ils les protègent d'eux-mêmes « J'pense c'est quand même un peu mieux s'il y a les parents [...] Parce que nous en tant que jeunes surtout on fait un peu... n'importe quoi » E11.

En cas de mise en jeu du pronostic vital, une des adolescentes anticipe qu'elle souhaiterait rester dans l'ignorance. Ainsi, le diagnostic resterait confidentiel entre ses parents et le médecin. « Il dirait la vérité à mes parents... Je pense. Mais... Si je demande à mes parents de pas le dire, ce que le médecin il leur a dit, j'pense que mes parents ils diront pas » EF.

V. LEUR PERCEPTION DU SECRET MÉDICAL

Nous avons vu que le cabinet n'est pas toujours considéré comme un espace de partage pouvant apporter du réconfort « Si, si j'avais quelque chose à y gagner en termes de confort et tout, ouais j'y serais allé » E11.

Le médecin est vu comme un technicien établissant une distance avec le patient « Elle me connaît pas assez pour peut-être m'aider dans ce que j'ai » E4 et ne communiquant pas toujours directement avec l'adolescent.

Les adolescents ont une notion plus ou moins claire du secret professionnel.

« On entend parler de secret médical » E5 ; « Y a pas un droit au secret ou un truc dans le genre » E10; « Ils ont le secret médi...; le secret du travail, 'fin j'sais plus comment on dit ! » ED.

Certains adolescents évoquent l'existence d'une loi encadrant le secret médical « Il y a une loi qui interdit qu'il le dise » EA; « Une loi qui dit que les médecins ils sont tenus, justement au secret médical » E1.

V.1) Un intérêt variable pour le secret médical

Il apparaît que deux types de propos se distinguent, les adolescents qui n'accordent pas d'intérêt à la problématique du secret médical et les adolescents qui lui accordent un intérêt.

Certains adolescents estiment n'avoir rien à cacher « Ça me dérange pas. J'ai rien à leur cacher » E9 ; « Moi j'ai rien à cacher » E10 ; « J'ai rien à cacher. Si quelqu'un veut savoir quelque chose sur moi, si quelqu'un veut penser quelque chose sur moi, il fait ce qu'il veut! Il y a pas de problème » E11.

La rupture de la confidentialité ne les dérange pas « Même qu'il le montrerait à ses amis, à part rien, je vois pas ce que ça me ferait. Bah lui, il a une grippe, bah ouais ça te change la vie, c'est bien » E5.

D'autant plus qu'ils ne vont pas souvent chez le médecin « J'm'en fous 'fin vu que je le vois pas souvent, j'le vois une à deux fois par an » E11.

Sous cette indifférence apparente vis à vis du secret médical transparaît le souci réel de préserver une part de secret « Je me confie pas beaucoup » EF, une aspiration à préserver leur vie privée « J'suis sous la responsabilité de mes parents légalement mais après... C'est pas pour autant que mes parents savent tout, que... Qu'ils sont au courant de mes moindres faits et gestes » E11.

Pour d'autres, le secret médical présente un intérêt pour préserver leur intimité « Tout le monde n'a pas besoin de savoir » E9.

Notamment pour se protéger d'un jugement malavisé « Mes parents prennent ça pour quelque chose de mal » EA.

Les sujets concernant la sexualité suscitent leur intérêt pour l'existence d'un secret avec leur médecin. Voici les exemples qu'ils nous ont donnés:

- la prescription de la pilule « Si on est chez le médecin pour se faire prescrire la pilule ou quoi que ce soit, si on veut pas que nos parents ou quelqu'un le sache, que lui il va le dévoiler ça peut être dérangeant » E1.

- si une jeune est enceinte « Si par exemple à mon âge on tombe enceinte, si on veut pas en parler, on en parle à notre docteur » E8.

- des questionnements autour de la masturbation « Est-ce que c'est normal de... euh, je sais pas, d'éjaculer par exemple, je sais pas ! ça je veux pas trop qu'il en parle à ma mère » E10.

C'est également important lorsque les adolescents traversent des événements de vie difficiles, que cela soit des problèmes sentimentaux « Si jamais on a des problèmes de cœur » EC ou le décès d'un proche « J'ai perdu quelqu'un dans ma famille, j'ai pas envie que... J'ai pas forcément envie qu'elle le dise à Pierre, Paul ou Jacques » EF.

Le secret est d'autant plus important lorsqu'ils ont conscience que la confiance peut provoquer une libération « Dès qu'on l'a dit on se dit qu'il valait mieux le dire, quoi, que ça libère » E7.

Ainsi l'intérêt des adolescents varie selon leurs relations avec leurs parents et avec leur médecin.

V.2) Informations sur le secret médical

V.2.a Défaut de connaissance

Certains adolescents se demandent s'ils ont le droit de demander au médecin de garder certaines informations confidentielles « Je sais pas, si je lui dis je veux pas ? [...] Je sais pas... j'ai le droit de lui dire ça ?? » E3.

Ils ne savent pas dans quelle mesure le médecin va prendre en compte leur demande de secret « Si je lui dis que je veux pas , il ne le fera pas, parce que c'est ce que je souhaite (rire gêné). Et puis je sais pas... » E3 ; « Peut-être que ça resterait pas entre lui et moi mais franchement ça dépend je pense » E6.

C'est pourquoi s'informer via Internet est souvent plus facile « Si j'ai peur d'être en danger de quelque chose, j'irais plus voir dans des forums » EF.

V.2.b Quand le médecin n'a pas délivré d'information sur le secret médical

Pour la plupart d'entre eux, le médecin généraliste ne leur en a pas parlé. Ainsi, quand nous demandons à EA, EE, EF et EG si le médecin leur a parlé du secret médical, la réponse est « Non ».

Certains adolescents pensent que les médecins aborderaient le secret médical en cas de problème conséquent « Mais après je pense que si du jour au lendemain je devrais avoir un problème, je pense qu'ils m'en parleront quand même » EG.

V.2.c Quand le médecin a délivré une information sur le secret médical

Lorsque nous abordons la question du dialogue avec leur médecin autour du secret médical, seules E3, E8 et E9 témoignent d'un échange sur ce sujet.

Le médecin de l'adolescente E8 a abordé spontanément le secret médical « Il m'a déjà dit que si un jour je voulais lui en parler ben... Que tout ce que je lui dirais ça restera entre nous deux » E8.

Elle a en particulier retenu son application lors de situations graves « Je te dis que si un jour t'as besoin de parler d'un truc de grave, moi, je serais toujours là pour t'écouter et ça restera que entre nous » E8.

Cette même adolescente se rappelle que l'information lui a été délivrée lorsqu'elle rentrait au collège, il y a 4 ans « C'était il y a, quand je commençais à rentrer au collège j'crois. Il y a, il y a 4 ans à peu près ». Sa mère était présente à ses côtés : « Il y avait ma mère à côté » E8.

L'adolescente E3 a directement posé la question à son médecin « Parce que je lui avais demandé ».

Le souvenir de cette information n'est pas très précis :

- ils hésitent sur les dires du médecin « On me l'a appris.... et on me l'a dit, je sais pas... (*rire gêné*) »E9 ; « Bah il m'avait dit... Je sais pas mais... » E8.
- l'information n'a pas été réitérée « Pas non plus répétée » E9, ni approfondie « On me l'a juste dit » E9.
- E3 semble pouvoir facilement douter de la réalité du secret médical « Je devrais pas penser ça? (*petite voix hésitante*) ».

V.2.d Autres sources d'informations sur le secret médical

1. Les autres soignants

Les adolescents connaissent le secret médical grâce au psychologue qui les a suivis « La psychologue] m'avait dit que c'était la plupart des médecins euh... qui qui étaient tenus au secret médical » EF ; « Ça reste entre toi et moi, j'suis sous le secret de la confidentialité » E11.

E11 connaît l'existence du secret médical pour les psychologues mais n'est sûre de rien pour les médecins « Pour le médecin généraliste j'en sais rien parce que... » E11.

2. Les séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire

Les adolescentes évoquent des séances d'éducation « Il y a eu de la prévention sur ça, et puis déjà depuis le collège » EG qui les ont sensibilisées au secret médical en cas de grossesse « Chez une fille de mon âge qui tombe enceinte tout ça, ils disaient [...] qu'on n'était pas forcément obligé de venir avec nos parents » EF.

Dans le cadre des séances d'éducation menées par le planning familial, une des adolescentes a retenu que c'est aux adolescentes d'annoncer la survenue d'une grossesse à leurs parents et non aux soignants « C'était à la personne, à la fille enceinte de pas... De prendre ses responsabilités et de le dire à ses parents » EF.

3. La Culture audiovisuelle

Certains adolescents disent avoir découvert la notion de secret médical dans des séries « Dr House [...] Ça vient de là en tout cas » EC ; « Grey's anatomy » EG et/ou des films « En général dans les films on voit » EG.

V.3) Ressenti après information sur la confidentialité

L'assurance d'une confidentialité rassure les adolescents sur la confiance qu'ils peuvent accorder au médecin « J'étais rassurée et puis... Je sais pas c'était bien de savoir que je pouvais lui en parler sans que tout le monde le sache » E3 ; « Ça met beaucoup plus en confiance le fait de savoir que ça reste entre lui et moi, et que ça reste entre les quatre murs du bureau quoi » E11.

E8 ajoute que si l'assurance d'une confidentialité lui a donné confiance en son médecin généraliste, cela n'a pas modifié le contenu de la consultation « Je sais juste que je peux lui faire confiance mais sinon ça a rien changé » E8.

Les adolescents accordent plus de crédit à la proposition de secret du médecin lorsque le médecin se met d'accord avec l'adolescent sur ce qui est confidentiel et ce qui ne l'est pas « Ils peuvent voir ce qui... Ce qui va être dit aux parents, ce qu'il n'est pas obligé d'être dit... » E7.

Le corollaire étant que si le médecin ne respecte pas sa promesse de secret, l'adolescent se sentira trahi et ne se confiera plus au médecin « A part si c'est un cas de danger, vraiment faut vraiment le dire. Sinon c'est trahir la personne » EG ; « Si ça m'arrivait à moi, je sais que je lui referai plus confiance » E8.

V.4) Perception d'arguments en faveur du secret médical

Tout d'abord il existe, nous l'avons déjà développé, une confiance inhérente au métier de médecin « Non parce que je sais que c'est son rôle de médecin de garder privé en quelque sorte ce qu'on s'est dit durant la consultation » E12.

Mais faire confiance à quelqu'un, c'est aussi prendre un risque « J' préfère me dire que ça reste entre lui et moi parce que si on commence à se méfier de tout le monde, après on n'avance plus » E11.

Car l'adolescent n'a pas la possibilité de s'assurer de la réalité du secret « Je peux pas savoir, c'est juste la confiance » E9.

Cette absence de preuve entraîne des doutes concernant la possibilité d'un secret médical avec le médecin « Mais est-ce qu'il s'y tient, ça on n'en a pas la preuve, mais bon. J'en n'ai pas de preuve donc je peux pas en être sûre » E1 ; « Honnêtement moi je suis pas non plus sûre à 100% qu'il sera gardé » EG.

D'autant plus que les contournements de la loi sont de plus en plus fréquents dans notre société « Quand on voit à la télé, il y a toutes les lois qui sont contournées et ça m'étonnerait pas que même dans ce milieu quelquefois, ils passent un peu à côté » E5.

Ainsi en l'absence d'une communication claire sur la confidentialité, les adolescents s'appuient sur leurs expériences personnelles.

- Le médecin ne parle pas des proches de l'adolescent durant la consultation « Et puis même lui il fait pas de référence à ma famille devant moi » EE.
- Si le médecin fait référence à d'autres patients, il ne les nomme pas « Sans dire le nom » E7.
- Les adolescents pensent que le médecin ne parle pas d'eux devant un proche à eux car sinon, ils l'auraient su « J'ai pas de retour, donc forcément. S'il arrive un truc comme ça, je pense que je le saurais » E1 ; « Ma mère elle m'en aurait parlé sûr et certain » EF ; « [Mes grand-parents] m'ont jamais dit "oh, le médecin il m'a dit ça, ça, ça, sur toi" » EE.
- Ils ont également dans leur entourage des médecins ou leur médecin traitant qui, par leur attitude, renforcent la confiance en la déontologie médicale « [Mon Beau-père, cardiologue] sur son ordi il a tous les noms de ses patients, il veut pas que je vois » E7 ; « Je sais qu'il est pas comme ça.[...] Il fait vraiment la différence entre travail et vie » EA.

V.5) Le dossier médical est-il un frein ?

Les adolescents sont également conscients que le médecin ne peut pas se souvenir de toutes les informations concernant ses patients « Il va pas se souvenir de tous les patients » E7. Il est donc dans l'intérêt de tous de conserver une trace écrite des informations dans le dossier médical.

Le dossier médical permet au médecin de suivre l'évolution du patient « C'est pour voir l'évolution, c'est pour noter s'il y a un problème quelque part » E10, de constater « des changements sur mon corps » E11.

Ce dossier est perçu comme personnel et confidentiel « Ça reste personnel quand même. » E1 ; « C'est confidentiel. » E11.

Pour certains, le dossier n'est consultable que par le médecin « Si c'est des notes personnelles pour aider à comprendre le problème, j pense pas que d'autres personnes le voient » EA ou par la famille « A part ma famille bien sûr » E5 et pour d'autres, il peut le partager avec d'autres professionnels de santé « Ça reste dans le domaine médical » E10 ; « Tant que ça reste dans un cadre médical [...] s'il a besoin d'un conseil par exemple s'il a un problème » E5.

VI. LES FREINS À LA CONFIDENTIALITÉ

VI.1) Les éléments indépendants du Médecin

Concrètement, l'espace de confiance n'est pas toujours possible.

1. Les transports

La dépendance des adolescents concernant le déplacement jusqu'au cabinet ou jusqu'aux lieux de soins anonymes et gratuits implique la présence des parents « Quand j'aurai ma voiture, je pourrais y aller seule et j'aurai pas ma mère qui m'accompagne [...] Il y a le planning familial, enfin c'est pareil, je peux pas y aller sans ma mère ! » E2.

2. Capacité de discernement des parents

De plus, les parents peuvent deviner les problèmes de l'adolescent par déduction « [Exemple d'un adolescent souffrant de veisalgie] Après les parents s'ils sont pas bêtes, ils peuvent s'en rendre compte eux-mêmes » E7.

3. Examens et Compte-rendus médicaux

Les traces écrites sont une limite du secret médical « On reçoit un papier de toute façon (rire) on reçoit un courrier qui fait le bilan du rdv et... il y a... Avec l'hémoglobine glyquée. Ils seraient au courant un jour ou l'autre » E12.

VI.2) La problématique du médecin de famille

Le médecin de famille est parfois proche de la famille de l'adolescent soit parce qu'il est leur médecin depuis longtemps « [Mon médecin] fait partie de la famille un peu parce que c'est un médecin familial » EC, soit parce que le médecin et les parents se côtoient en dehors du cabinet « C'est aussi ma voisine [...] ils se voient quand même hors des consultations » E2.

La plupart des adolescents ne voient pas d'inconvénients à partager leur médecin avec leur famille « Ça change rien [...] c'est un médecin. » EF ; « Après ça a pas de répercussions » EB.

- Soit ils ont toute confiance dans le professionnalisme de leur médecin, garant d'une confidentialité intra-familiale « Je pense que s'il est vraiment professionnel, tout ce que moi je pourrais dire pendant les consultations, il ira pas répéter à ma famille » E1 ; « Je sais que ce que je lui dis ça reste euh, ça reste bien gardé avec lui » EE.

- Soit ils répètent n'avoir rien à cacher à leur famille ou ne partager aucune confiance avec leur médecin.

Les autres adolescents insistent, avoir un médecin différent présente des avantages « J'aime bien que ce ne soit pas celui de mes parents, ça peut arranger dans certaines situations ! » E10.

En effet, ce lien de proximité entre le médecin et les parents induit deux conséquences :

- le médecin risque davantage de commettre une maladresse et de trahir les confidences de l'adolescent sans le vouloir « Certaines fois, ils parlent de moi du coup, elle peut, sans faire exprès parler un peu trop » E2 ; « Sans faire exprès elle peut... Elle peut sortir quelque chose de confidentiel » EC.

- Le regard du médecin peut être assimilé à celui de ses parents, d'où la crainte de son jugement. Notamment sur les sujets délicats comme la sexualité, qui portent atteinte à leur pudeur .

« Ça m'gênerait p'têt un peu de lui parler à ce médecin [...] parce que toute ma famille y va, du coup j'aurais peur... bah p'têt son regard à lui aussi » EC.

VI.3) Leur perception d'une consultation dans le cadre de l'anonymat

La question sur l'intérêt des consultations dans un cadre anonyme était dévolue à mettre en évidence les avantages à se confier à un médecin qui ne serait pas connu de la famille de l'adolescent. La plupart des adolescents n'avançaient pas de francs bénéfices à consulter dans un cadre anonyme.

Certains auraient toutefois moins de préjugés envers ce médecin « Une personne que je connais pas du tout » EC et seraient moins soucieux du jugement d'un médecin inconnu « S'il nous connaît pas, il peut nous juger, mais vraiment que sur le moment parce que ça va pas suivre après » E2.

Ils pourraient alors s'exprimer plus facilement avec un médecin « Complètement neutre » EC; « On pourrait vraiment se livrer et se confier et tout ça » E2.

En particulier pour les problématiques en rapport avec la sexualité « [Un ami] a cru qu'il avait le SIDA. [...] Il est allé dans un hôpital qui faisait le dépistage anonymement » EF.

Néanmoins, le sentiment de confiance pour considérer un médecin comme un confident ou un soignant compétent nécessite du temps et de la proximité « Peut-être qu'il serait moins convivial à mes yeux [...] si je connais pas du tout le médecin, je ne sais pas s'il est bon » E10.

C'est pourquoi certains adolescents préfèrent une personne qu'ils savent bienveillante plutôt qu'une personne désinvestie de leurs problèmes « Parce que moi j'aime bien cette relation où je peux parler, d'être à l'aise quoi » EE.

Comme pour le secret médical certains adolescents se désintéressent de la question « Du moment que c'est un médecin qui fait son travail [...] je pense pas que ça changerait grand-chose » E5 ; « Non je pense que ça changerait rien » E6.

VII. RUPTURE DU SECRET MÉDICAL EN CAS DE SITUATION GRAVE

Le discours des interviewés est unanime sur la nécessité d'informer les parents s'ils se retrouvent dans une situation qualifiée de grave.

« Par exemple j'lui raconte un secret par rapport à ma vie, et qu'il trouve ça grave, il trouve ça tellement grave qu'il va le dire à mes parents » E11 ;

« Si ce que je veux pas qu'ils sachent, c'est important vraiment, vraiment... Si c'est vraiment trop important là, je pense qu'elle leur dirait mais... Sinon non » E4.

Ce qu'ils considèrent comme des situations graves, ce sont les situations qui mettent leur vie en danger « Quand c'est un danger à ma vie » EE.

Dans ces situations, les adolescents conçoivent une rupture du secret :

- En cas de grossesse « Si la fille elle tombe enceinte par exemple, ou elle a le SIDA, bah je pense que là il leur dirait » E8.
- En cas d'envie suicidaire « Si j'ai envie de me suicider [...] Je sais que ça restera pas dans le secret professionnel » EE.
- En cas de cancer « Si c'est le cancer, c'est mieux de le dire aux responsables légaux » E9.
- En cas de crime « Si c'est vraiment très très grave et qu'on a atteint un meurtre, oui là c'est sûr qu'il faut le dire... » E7.

VII.1) Le médecin est dans l'obligation d'informer les parents si la vie de l'adolescent est en danger

L'adolescent accepte que, s'il est en danger, ses parents soient mis au courant car il reconnaît être sous la responsabilité de ses parents « Je pense que mes parents doivent être au courant » E1. Le médecin est donc obligé de leur dire « Il va être un peu obligé de leur dire vu que c'est C'est mes tuteurs... Il va devoir leur dire à un moment... » E9; « J'espère qu'il sera obligé d'en parler à mes parents bah parce que je suis encore mineur » EF.

Car les parents pourront être un soutien et une aide salvatrice pour l'adolescent « S'il montre et que c'est grave, c'est euh... C'est une bonne chose pour... Pour la personne parce qu'après bah on peut l'aider » E8 ; « T'es obligé de lui dire. Pour le sauver » EE.

VII.2) Le médecin doit essayer de convaincre l'adolescent qui s'y oppose

Le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre « La personne elle veut vraiment pas que ses parents soient au courant ou quoi, j'espère il faut quand même essayer de le convaincre mais sans insister trop » E11.

En cas d'opposition, l'objectif du médecin doit être d'obtenir l'aide des parents, de se positionner du point de vue de l'adolescent « Gentiment, tout dans l'esprit de l'aider, de le renseigner, et pas de le prendre en traître quoi » E11.

Les adolescents attendent que le médecin généraliste se positionne en médiateur et les aide à faire face aux peurs qu'ils doivent affronter dans l'annonce aux parents « Ce genre de chose... C'est pas trahir le patient, c'est juste l'aider » E11.

Sinon l'adolescent vivra cette rupture de secret comme une trahison et il y aura rupture de soin « C'est compliqué avec le jeune et le médecin, il y a peut-être un truc qui se casse quoi... » E7.

VII.3) Informer les parents de la situation ne doit pas exclure l'adolescent

Les adolescents pensent qu'ils resteront en accord avec le soin si le médecin leur prouve sa considération à chaque étape de la prise en charge. Plusieurs conditions participeraient à ce ressenti :

- Le médecin doit laisser du temps à l'adolescent pour réfléchir à sa décision

« La prochaine fois, sur le rendez vous d'après par exemple, faut lui dire « comment ça va machin, par rapport à ce que tu m'avais parlé la dernière fois machin, ça va un peu mieux ? » E11.

- Le médecin doit informer l'adolescent avant d'informer leurs parents

« Au lieu de faire ça dans son dos. 'Fin j'trouve ça pas correct envers la fille » EF.

- Le médecin doit privilégier que l'annonce soit réalisée par les adolescents

« Si jamais il devait m'arriver un problème, je préférerais que ça soit moi qui le dise à mes parents » EG.

- Ou au moins réaliser l'annonce en la présence de l'adolescent

« Je préférerais que je sois là plutôt qu'il le dise à mes parents et que je sois pas là » EG.

Au final, quelle que soit la position de l'adolescent concernant l'information de ses parents, nos interviewés dont les parents sont décrits comme bienveillants et non déficients estiment que le médecin a le devoir moral d'informer leurs parents lorsque leur vie est en danger, et ce, même si l'adolescent refuse

« Si jamais il veut qu'on aille mieux même si on lui dit “ ouais, non, le dites pas, le dites pas...” . Moi personnellement, à sa place, j'le dirais » EC.

DISCUSSION

A PROPOS DE L'ÉTUDE

1. Limites liées aux enquêteurs

Il s'agissait du premier travail de recherche qualitative que nous réalisions. Nous n'avions initialement aucune expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Malgré la rigueur appliquée tout au long du travail, ceci a pu altérer la qualité des données recueillies et leur analyse.

Nous nous présentions en tant que chercheuses mais quatre adolescents ont été informés de notre statut d'étudiantes en médecine révélé par une infirmière scolaire malgré nos recommandations.

Nous avons veillé à rester neutres dans notre attitude et dans la reformulation des propos (18) mais nous ne pouvons garantir que nous n'avons pas influencé les réponses de certains des adolescents interrogés.

Dans notre analyse, nous avons pris en compte le biais de désirabilité qui les incitait à adopter un comportement les valorisant vis à vis des adultes que nous représentions.

2. Limites liées au sujet de la recherche

Interviewer les adolescents sur leur perception du secret médical nous a amenées à aborder des sujets d'ordre intime. Certains adolescents, par pudeur, ne nous ont peut-être pas livré certaines informations les concernant.

La confidentialité autour de la consultation de l'adolescent reflète toute l'ambivalence de ce sujet en quête d'individualité. Malgré la triangulation des données entre chercheuses et la recherche d'une bibliographie pertinente sur la période de l'adolescence, un certain biais d'interprétation des attitudes liées à l'adolescence peut exister. Nous avons dû ajuster notre travail d'analyse au mieux pour traduire leurs propos imprégnés d'ambivalence.

La plupart des entretiens ont été réalisés au sein d'établissements scolaires. Nous avons considéré ce lieu comme étant le plus neutre pour aborder la notion de confidentialité avec les parents et leur médecin. Néanmoins, ce lieu les cantonnait dans leur statut d'élèves. Nous les rassurons sur le fait qu'il n'existe pas « de bonne ou de mauvaise réponse » mais nous ne pouvons assurer que cela n'ait pas influencé leur réponse.

3. Limites liées au recrutement

Le recrutement était basé sur le volontariat. Les sujets ayant accepté de participer à notre étude étaient donc disposés à nous parler de la relation avec leur médecin. Nous pouvons donc supposer que les adolescents méfiants vis à vis de leur médecin ou n'ayant pas de médecin attitré ne se sont pas sentis concernés par notre travail.

Dans les écoles, le recrutement était influencé par la manière dont l'étude était présentée aux élèves avant que nous nous présentions en classe et par l'accent qui était mis sur le rappel de l'autorisation parentale.

De plus, les contraintes en lien avec l'obtention des autorisations parentales signées nécessaires à la réalisation des entretiens ont peut-être entraîné une perte de données.

Bien que la saturation des données nous semble avoir été atteinte, nous ne pouvons pas prétendre avoir un échantillon représentatif de la population étudiée.

Par exemple, nous ne sommes pas parvenues à interviewer des adolescents en situation de précarité socio-économique ou d'isolement familial.

A PROPOS DES RÉSULTATS

Lors des entretiens réalisés, nous avons pu observer deux types d'adolescents :

- Les adolescents qui déclaraient n'accorder aucun intérêt au secret médical.
- Les adolescents qui déclaraient accorder un intérêt à cette problématique.

Nous allons voir quels sont les différents facteurs influençant les adolescents dans leur perception d'un espace de secret et le partage ou non de cet espace avec le médecin.

I. POURQUOI DES ADOLESCENTS DÉCLARENT-ILS N'ACCORDER AUCUN INTÉRÊT AU SECRET MÉDICAL?

Le secret médical comporte deux dimensions :

- Le secret médical vis à vis des autres personnes qui n'appartiennent pas à leur famille ou leurs proches : "les Autres".
- Le secret médical vis à vis des proches ou de la famille du patient mineur.

I.1) Un secret médical vis à vis des “Autres” ne présente pas d’intérêt

Ces adolescents ne se sont jamais inquiétés du fait que leurs informations médicales personnelles puissent être dévoilées à d’autres personnes qu’eux-mêmes ou leurs parents. A cela, ils nous donnent deux explications.

Premièrement, les adolescents considèrent qu’il n’y a rien de personnel dans les informations médicales les concernant d’autant plus qu’ils n’ont « rien à cacher ». Il n’y aurait donc aucune conséquence pour eux que d’autres personnes soient au courant

« À part rien, je vois pas ce que ça me ferait. » E5.

Cette constatation reflète-t-elle leur naïveté concernant les conséquences potentielles de la diffusion d’informations personnelles ?

Deuxièmement, au vu de la nature banale des informations énoncées, quel intérêt pourraient représenter ces informations pour autrui ?

C’est aussi le manque d’expérience qui peut expliquer que ces adolescents ne se sentent pas concernés par le secret médical. En effet, ils n’ont jamais été confrontés à une situation relevant du secret « J’ai jamais eu cette situation » EC.

I.2) Un secret médical vis à vis des parents confidents ne présente pas d’intérêt

Le secret médical n’existe pas vis à vis des parents, ils savent déjà tout ! C’est à eux que l’adolescent se confie. Alors, pourquoi souhaiter un espace de secret lorsque les parents ont déjà reçu toutes leurs confidences ?

Les parents sont leurs personnes ressources et leurs confidents, face à des problèmes que les adolescents ne parviennent ou ne souhaitent pas appréhender seuls.

Lorsque leurs parents sont leurs principales sources de sécurité, la confiance est alors absolue « On fait confiance aux responsables légaux » E9. Les adolescents perçoivent leurs parents comme partie intégrante de ce qui les structure « C’est mon pilier, j’lui dis tout » EE.

I.3) La place du médecin n'est pas celle d'un confident

I.3.a Le médecin est un adulte

« La différence d'âge place l'adulte dans un rôle éducatif [...] Aucun adulte ne peut échapper à cet impact éducationnel » (19). L'adolescent perçoit le médecin comme un éducateur et attend de lui qu'il se conduise en tant que tel. Cette perception induit un regard critique envers le médecin et la nécessité pour l'adolescent de se plier à cette relation du plus jeune à l'égard du plus âgé, détenteur du savoir, le médecin érudit.

Pourquoi parler avec un médecin lorsque l'on peut partager ses problèmes avec ses camarades ? Ces derniers ne seront pas dans le jugement et n'auront pas ce rapport d'autorité.

I.3.b L'adolescent ne se sent pas assez en confiance et ou en sécurité avec le médecin

Une relation rendant possible la confiance au médecin dépend de la confiance des adolescents envers ce médecin mais également du sentiment de sécurité que le médecin leur renvoie.

Ce sentiment de confiance et de sécurité que les adolescents décrivent avec leur médecin s'appuie sur l'histoire que l'adolescent a vécu avec son médecin. Si l'histoire n'est pas inscrite dans le temps et dans la fréquence, le lien avec le médecin sera inexistant. Le soignant sera un étranger et ils n'auront pas le réflexe de le consulter en cas de problème. Ce sera uniquement un technicien de la maladie « Il est juste là pour me soigner » EF.

I.4) L'incapacité à conceptualiser l'intérêt du secret médical

Lorsque nous avons interrogé les adolescents sur leurs réactions ou leurs ressentis hypothétiques dans certaines situations, certains n'arrivaient pas à nous donner de réponse. Ils riaient, déclaraient ne pas savoir et hésitaient longuement. Ils étaient dans l'incapacité de se projeter dans des situations encore non vécues et d'envisager, de discuter alors, l'intérêt du secret médical « J'ai jamais trop eu de problème comme ça » E6.

On peut éclairer cette incapacité à se projeter dans des situations hypothétiques à la lumière des stades du développement cognitif de J.Piaget (15) et plus particulièrement à l'acquisition de la pensée formelle. Il s'agit d'un stade de l'intelligence qui survient à partir

de douze ans avec un équilibre autour de quinze ans. L'adolescent est alors capable d'accéder à un raisonnement hypothético-déductif (20).

Ce stade de développement cognitif chez l'adolescent pourrait être mis en lien avec la notion de degré de maturité évoqué dans la loi du 4 mars 2002. En effet, le degré de maturité est un des éléments qui permet ou non la mise en place d'un secret pour les mineurs en consultation selon l'article 4 du code de déontologie et l'article L 1111-2 du code de santé publique.

II. POURQUOI DES ADOLESCENTS DÉCLARENT-ILS ACCORDER UN INTÉRÊT AU SECRET MÉDICAL ?

L'adolescence est une période de la vie où survient un deuxième processus de séparation-individuation (21) après celui qui survient dans la petite enfance. L'adolescent acquiert progressivement une identité stable en se différenciant des autres et en particulier des autres membres de sa famille auxquels il est pourtant lié (22).

Nous avons remarqué que les adolescents qui expriment un intérêt pour le secret médical ont atteint un stade plus avancé dans ce processus d'autonomisation.

Nous allons aborder les éléments marquants dans le discours des adolescents qui se déclarent intéressés par la confidentialité.

II.1) La place des parents dans l'autonomisation et l'accès à une intimité

Nous allons traiter de l'influence parentale sur la confidentialité avec le médecin.

II.1.a La prise d'autonomie est favorisée par le comportement des parents

Le souhait d'une autonomie en consultation est teinté d'ambivalence chez l'adolescent : il oscille entre la capacité à maintenir la relation et la capacité à se séparer et vivre la séparation (22).

Nous avons compris que certaines postures des parents peuvent encourager l'adolescent vers une autonomie sereine en consultation notamment en mettant l'adolescent au centre de la consultation :

1. Laisser l'adolescent prendre la parole en consultation
2. Proposer un entretien entre le médecin et l'adolescent sans la présence d'un tiers
3. Rassurer l'adolescent sur ses capacités à s'exprimer avec le médecin

Ainsi les parents favorisent « la conquête progressive de l'autonomie qui conduit à pouvoir se séparer de ses parents sans les perdre » (12).

En conclusion les parents favorisent le vécu de la séparation en approuvant un espace de partage avec le médecin sans que cela ne les offusque dans leur qualité parentale.

II.1.b Héritage familial de la confiance envers le médecin

Dans notre étude, certains adolescents ont décrit leur rapport de confiance et leurs attitudes de confidentialité envers le médecin en se référant au discours ou à l'avis de leurs parents. Ainsi, E10 nous décrit une forme de transmission familiale de la confiance envers le corps médical « Ma mère elle dit tout au médecin donc elle m'a dit : “ tu dois tout dire au médecin parce que c'est le mé-de-cin !” » E10.

Il existe également une forme de transmission familiale de la confiance envers un médecin en particulier.

De même l'éducation parentale colore l'importance portée au secret. Dans certaines familles, les parents vont jusqu'à respecter une confidentialité entre les membres d'une même fratrie (E10).

On remarque que la relation avec le médecin est, en partie du moins, un héritage familial que le parent inculque consciemment ou non à son enfant.

« L'être humain naît dans une famille qui lui transmet un héritage conscient et inconscient » (23).

Ainsi, un parent qui ne croit pas à l'utilité des soins proposés et qui adopte d'emblée une attitude méfiante ou opposante vis-à-vis du médecin, ne va pas faciliter l'instauration d'une dynamique favorable entre le médecin et son patient (24).

II.1.c Attrait pour un médecin confident en opposition avec l'image parentale

A partir des analyses longitudinales, nous avons observé que les adolescents recherchent chez le médecin une relation complémentaire de celle de leurs parents.

Ainsi, EA a insisté sur la neutralité du regard de son médecin dans un contexte où il craignait le jugement de ses parents envers certains de ses comportements « Il sait comment prendre la chose [...] Mes parents prennent ça pour quelque chose de mal » EA. De même, E4 a insisté sur l'attente d'une proximité relationnelle dans un contexte où la relation parent-enfant est décrite comme distante.

Les adolescents auraient donc un attrait pour le médecin, particulièrement quand cet adulte entre en contradiction avec certaines valeurs parentales. Ceci s'inscrit dans les conduites d'opposition des adolescents vis à vis des parents. Ce sont des « attitudes par lesquelles ils manifestent la recherche de nouvelles distances vis à vis des personnes qu'ils ont auparavant investies » (25).

Cela fait partie du processus identitaire de l'adolescence.

On peut donc supposer que l'adolescent se confiera plus facilement à un médecin qui lui renvoie une image différente de celle de ses parents.

II.2) La conception d'un médecin confident

II.2.a Place de la confiance dans la confiance

À l'inverse des adolescents désintéressés, les adolescents se sentant concernés ont décrit un vécu avec leur médecin suffisant pour établir une relation de confiance et de sécurité.

Ils ont pu en observant le médecin relever des postures les incitant à croire qu'il respecte le secret médical.

Lorsqu'ils sont suivis par le même soignant sur une durée prolongée, la confiance est plus aisée comme le confirme la littérature (13).

« Si c'est le même docteur qui nous suit depuis qu'on est tout petit, on va beaucoup plus être en confiance » E11.

Ils ont plus de facilités à aborder leurs prises de risques et donc à accéder aux soins.

II.2.b La neutralité du médecin

Le regard des autres joue un rôle déterminant dans le processus de construction identitaire des adolescents, « le foyer de l'estime de soi est déplacé vers le regard des autres les plus proches, non plus les parents dont l'amour est acquis, mais celui, impitoyable et toujours remis en question, des pairs » (26).

Le secret médical est envisagé avec le médecin lorsque l'adolescent le perçoit comme une personne neutre, qui ne jugera pas leurs dires ou leurs actes mais dont l'intervention sera bienveillante.

Cette neutralité leur offre un espace dénué du jugement « inquisiteur » de leurs parents parfois inutilement « envahissant » dont les adolescents cherchent à se détacher afin de construire leur identité propre.

Les adolescents investissent donc le médecin d'un rôle de médiateur, sa neutralité permet d'être un relais dans la communication des adolescents avec leurs parents « Gentiment, tout dans l'esprit de l'aider, de le renseigner » E11.

D'autant plus que son statut de détenteur du savoir lui offre une image qui peut faire figure d'autorité auprès des parents.

II.3) Leur intérêt pour le secret est lié à leur maturité et à leur vécu

II.3.a L'acquisition d'aptitudes permet d'aboutir à un espace de confidences

La possibilité de se confier en toute légitimité au médecin est intimement liée à la perception qu'ont les adolescents de leurs facultés d'autonomie en consultation avec le médecin.

Ainsi, les adolescents se jugent capables de gérer les éléments qui auparavant nécessitaient la présence de leurs parents.

Ils identifient alors facilement l'intérêt de faire sortir leurs parents de la consultation : un meilleur espace d'expression avec en plus, un médecin davantage centré sur eux (en particulier pour EA, E2 et E4).

II.3.b La pensée formelle et les projections dans des situations médicales plus complexes

Les adolescents concernés ont pu développer durant les entretiens leurs ressentis sur la problématique du secret médical.

Ils parvenaient à se projeter dans des situations hypothétiques, des situations inconfortables vis à vis de leur intimité. Certains, comme E11 et E7 élaboraient même les discussions qu'ils auraient eues alors avec leur médecin dans ces situations.

On peut à nouveau mettre en lien cette capacité avec l'accomplissement de la pensée formelle chez ces adolescents intéressés par le secret: la pensée se libère du concret, l'adolescent devient capable de raisonner de façon formellement correcte sur des données abstraites et des hypothèses (27).

II.3.c Sentiment d'être mineur et responsable

Toujours dans l'ambivalence par rapport à leur statut, les adolescents ont le sentiment d'être responsables de leurs actes, tout en restant sous la responsabilité de leurs parents.

L'appropriation d'un espace de confidentialité participe à la mise en responsabilité de l'adolescent et met le parent un peu plus à distance de la consultation (28).

Il ressort du discours des adolescents que malgré tout, ils reconnaissent être sous la responsabilité de leurs parents « Parce que je suis encore mineur » EF.

Ces derniers seront mis au courant s'ils sont exposés à une situation grave. Les adolescents peuvent décider de lever le secret par eux-mêmes. Surtout lorsqu'ils ressentent le besoin de retrouver la sécurité d'être l'enfant de leurs parents.

La loi ne définit pas les conditions de rupture du secret chez les patients mineurs même dans une situation pouvant mettre la vie des adolescents en danger. Notre étude peut rassurer les praticiens. En effet, il ressort que les interviewés sont unanimes : le médecin a le devoir de prévenir les parents lorsque la vie de leur enfant est mise en jeu, que ce dernier s'oppose ou non à la délivrance de cette information.

II.3.d Du sentiment d'intimité naît le besoin de confidentialité

Les adolescents concernés par la confidentialité en consultation, revendiquent un espace d'intimité « Tout le monde n'a pas besoin de savoir » E9.

Or l'intimité est en lien avec la maturité de l'adolescent : « L'intimité se construit, elle n'est pas innée. Elle est liée de façon indissoluble à la capacité de chaque individu à investir son corps comme sien, différencié, individualisé, séparé du corps de l'autre. C'est donc toute la question de la construction identitaire qui est contenue dans cette réflexion autour de l'intime. [...] Elle est fondamentalement liée à la maturité affective de l'enfant » (29).

L'intérêt envers le respect de leurs confidences émerge parallèlement à la prise de conscience d'avoir à protéger leur intimité corporelle ou psychologique.

III. LES DIFFICULTÉS À PRENDRE EN COMPTE DANS LA MISE EN PLACE D'UN ESPACE DE CONFIDENTIALITÉ

Nous allons développer les difficultés relatées par les adolescents concernant la mise en place d'un espace de confidentialité adapté. Ces difficultés étaient énoncées, que les adolescents accordent ou non un intérêt au secret médical. Des solutions sur les moyens d'améliorer l'espace de confidentialité seront envisagées.

III.1) Les contraintes liées à l'organisation des soins

Si l'adolescent ne veut pas que ses parents soient informés de sa visite chez le médecin, être dépendant de ses parents pour accéder au cabinet serait un obstacle à l'accès à une confidentialité, en particulier lorsque l'adolescent vit en milieu rural comme par exemple E1 et E2.

Dans ce cas, il existe également d'autres difficultés pratiques : l'attestation de remboursement reçue par les ayants droit, les frais médicaux engagés et, ainsi que le décrit E12, l'accès aux examens complémentaires par les parents.

Par ailleurs, les médecins se sentent en difficulté pour respecter le secret médical du mineur quand les parents retrouvent les comptes-rendus d'hospitalisation ou les résultats d'examens complémentaires dans leurs boîtes aux lettres (30). Pourrait-on alors envisager

deux types de courriers en accord avec les souhaits des adolescents? Ceux destinés aux professionnels de santé et ceux destinés aux parents.

Concernant l'accès aux soins, le tiers payant est, depuis 2016, possible en ambulatoire pour les consultations concernant la contraception, les examens complémentaires en rapport pour les patientes mineures d'au moins 15 ans et les IVG pour toutes les mineures qui en font la demande (31).

La mise en œuvre concrète et égalitaire du droit au secret médical du mineur se heurte donc à des problèmes d'organisation des soins.

Il faudrait pouvoir étendre le tiers payant et l'anonymisation des feuilles de soin à l'ensemble des consultations de l'adolescent.

III.2) Les difficultés des adolescents à concevoir un médecin « confident »

Le secret médical perd tout intérêt lorsque les adolescents ne parviennent pas à se confier à leur médecin.

Comme nous l'avons vu dans notre étude, notamment à travers les propos de EF, le médecin est un technicien axé sur les problématiques somatiques.

Il a déjà été décrit que les adolescents ne perçoivent pas leurs médecins généralistes comme une ressource en cas de problèmes psychologiques (13). Bien que 10 à 25% des adolescents aient des problèmes psychologiques (32).

Les auteurs en déduisent que les adolescents ont une représentation floue du champ d'action du médecin généraliste (33) (34) (13).

Notre étude suggère qu'au-delà d'une méconnaissance du domaine de compétence du médecin, les adolescents considèrent que la dynamique de la consultation en médecine générale est peu propice à la mise en place d'un dialogue qui ne concerne pas le corps.

Cette notion est retrouvée dans la littérature : « Quand le motif de l'adolescent est administratif ou préventif, le médecin élargit le contenu de consultation moins d'une fois sur deux et lorsque le motif est somatique une fois sur trois. Mais cette ouverture n'aborde les questions psychologiques que dans 4 % des consultations à motif somatique ou préventif » (33).

De plus, pour les adolescents, pouvoir se confier sous-entend un lien d'affectivité avec la personne qui reçoit leurs confidences « Faudrait que ce soit un ami à moi je pense parce

que sinon c'est difficile de partager des choses » E5. On retrouve dans la littérature que la relation de soin avec l'adolescent est empreinte d'une tonalité affective (12). La question posée alors par la relation avec un adolescent est celle de « la juste distance relationnelle thérapeutique ».

En conclusion, ils apprécient un médecin qui entretient une certaine proximité, qui efface la distance d'adulte à enfant et qui montre de l'intérêt pour l'ensemble des problématiques qui les concerne.

III.3) Médecin de famille : risque de maladresse et reflet du regard des parents

La relation avec le médecin de famille pourrait tendre vers plus de proximité mais cela implique d'autres difficultés. En effet, les adolescents exprimaient deux contraintes en lien avec le fait de partager leur médecin avec leur famille.

D'une part, certains adolescents, E2 et EC, doutaient de la fermeté du médecin quant à observer le secret médical en dehors du cabinet, surtout quand le médecin connaissait personnellement les parents.

Le médecin aurait alors tout intérêt à rassurer l'adolescent en l'informant sur son devoir de confidentialité. Dans la littérature, les médecins généralistes expriment qu'il leur est également plus difficile de soigner, à la fois les parents et leurs enfants, tout en respectant le secret médical du mineur (30). Il semble donc nécessaire pour le médecin de définir un espace de confidentialité avec les adolescents en l'absence mais aussi en présence de leurs parents.

D'autre part, il apparaît également que le regard du médecin de famille parfois apparenté à celui des parents peut freiner les adolescents pour aborder les sujets qui les préoccupent.

Les adolescents attendent du médecin qu'il ne les juge pas et qu'il n'ait pas de discours moralisateur (EA, E1, E3, E7 et E10). Ces précautions sont importantes, en particulier quand il s'agit d'aborder avec l'adolescent le sujet de la sexualité (35).

Le vécu des patients-adolescents fait souvent écho au propre vécu du médecin (12). Le médecin doit alors opérer un travail de réflexivité dans la relation à son patient adolescent.

III.4) La place des parents controversée

Les parents peuvent être indispensables lors de certaines étapes de la consultation mais néanmoins indésirables lorsque l'adolescent n'est pas en mesure de partager ce qui est de l'ordre de l'intime en présence de ses parents.

Cela relève du rôle du médecin de permettre à l'adolescent d'avoir un temps d'expression qui lui appartient tout en lui assurant la confidentialité de ses propos. Les adolescents apprécient être accompagnés et la présence de l'accompagnant pendant une partie de la consultation ne semble pas empêcher l'adolescent d'exprimer ses problèmes (32).

Dans notre étude, certains adolescents (dont E2 et E8) témoignent de parents envahissants. On peut supposer que ces parents ne parviennent pas à prendre conscience du besoin d'intimité de leur enfant et donc à remettre en question la dynamique de la consultation.

Pour permettre une organisation des temps de consultation qui corresponde aux besoins des adolescents, il est important que le médecin s'adapte à la relation de l'adolescent avec ses parents et comprenne où en est l'adolescent dans l'accomplissement de son processus de séparation-individuation.

III.5) La crainte de briser le lien parent-enfant

L'indépendance de l'adolescent s'affirme en testant les liens d'attachement avec ses parents. Les adolescents prennent parfois conscience du retentissement que cela peut entraîner chez leurs parents.

Ils ont peur de perdre leur statut d'enfant aux yeux de leurs parents et de les décevoir si ces derniers réalisent qu'ils prennent de la distance vis à vis d'eux. Cette distanciation s'accompagne du devoir de rassurer leurs parents « Nous faut qu'on la [mère] rassure dans l'autre sens » EF.

« Si l'adolescence est marquée par le deuil de l'enfance, pour les parents il s'agit de faire le deuil de son enfant » (36).

Une étude australienne montre que l'opinion des parents sur la confidentialité est sous-tendue par la façon dont ils perçoivent leur rôle de parent (37).

Il est probable que si les adolescents craignent la réaction de leurs parents envers l'existence d'un espace de confidentialité qui les exclut, c'est qu'ils n'ont pas communiqué

entre eux sur ce sujet. Les parents auraient pu alors rassurer leur enfant sur le fait qu'ils seraient restés présents et investis dans la prise en charge de leur enfant.

Il serait alors intéressant de réaliser une étude sur la perception des parents concernant la problématique du secret médical pour leur enfant, ce qui n'a pas été étudié en France.

Le médecin peut se positionner en médiateur en informant les deux parties sur le secret médical et en les incitant à communiquer sur leurs ressentis. Ainsi le médecin participera à mettre les besoins de l'adolescent au centre de la consultation.

III.6) Placer l'adolescent au centre de la consultation

A travers l'analyse de nos entretiens, nous retenons le souhait des adolescents d'être placés au centre de la consultation. Ainsi, le médecin doit observer certaines attentions envers l'adolescent :

- S'adresser à lui directement, avant ses parents
- S'intéresser à son environnement quotidien
- Lui montrer qu'il le prend au sérieux

Ceci est largement en accord avec les recommandations actuelles sur les conditions d'accueil des adolescents en consultation de médecine générale (33). « Il a besoin qu'on le respecte en tant qu'être humain construisant sa personnalité, son identité, c'est-à-dire comme un sujet et non pas comme un objet de mesures et de soins, si attentifs soient-ils » (38).

Ces attitudes du médecin en consultation étaient pour les adolescents de notre étude autant de preuves en faveur du respect de confidentialité « [Le médecin] qui vient vers moi, je vois très bien que c'est entre lui et moi que ça se passe le rendez-vous. Pas euh... Moi je suis pas dans la décoration quoi » E1.

Les adolescents sont avides de considération de la part du médecin, traduction d'une quête de reconnaissance en tant qu'individu à part entière.

IV. QUE PEUT-ON EN RETENIR EN TERME DE PRATIQUE ?

IV.1) Défaut de communication autour du secret médical pour les patients mineurs

Notre étude confirme un défaut de communication des médecins avec leurs patients adolescents sur leurs droits à la confidentialité.

Dire que les adolescents ne connaissent pas l'existence du secret médical serait inexact. En réalité ils savent que le médecin est soumis à une forme de secret mais il y a très peu d'adolescents informés directement par leur médecin.

Leur notion du secret médical provient de sources diverses déjà citées :

Connaissance implicite : L'image du médecin est indéniablement liée au secret médical, au secret « professionnel ». Aux yeux des adolescents, c'est un lieu commun, « allant de soi », connu de tous « le maintien de la confidentialité est une des promesses implicites » (39) dans la relation médecin-patient « On sait déjà qu'il y a cette règle du secret médical » E7.

Connaissance par le biais de l'audiovisuel : Dans cette génération connectée, les adolescents ont entendu parler du secret médical par le biais de séries télévisées médicales (40) type « Dr House » et « Grey's Anatomy ». En tant que professionnel de santé, nous ne pouvons pas considérer ces sources comme de qualité.

Connaissance institutionnelle : De manière détournée par les séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Malheureusement, informer les adolescents sur leurs droits au secret au cabinet de médecine générale ne fait pas partie des missions de santé scolaire concernant l'éducation à la santé dans les écoles (41).

Connaissance par l'information d'autres soignants : Les adolescents, qui nous ont dit avoir été suivis par un psychologue, avaient été systématiquement informés de leur droit au secret par celui-ci.

Mais pour un espace de confidentialité entre un patient adolescent et son médecin, la réputation du statut de médecin ne suffit pas d'autant plus que notre société est de plus en plus permissive en terme de diffusion des informations personnelles. Il faut nécessairement

établir un « pacte de confiance et de sécurité » grâce à une information claire, loyale, appropriée et surtout répétée, sur le droit au secret médical des patients mineurs.

IV.2) Pistes pour faciliter la création d'un espace de confidentialité

Ayant recueilli et analysé le point de vue des adolescents, nous proposons des pistes destinées au médecin en vue d'informer les adolescents sur leur droit au secret.

L'objectif est d'améliorer la prise en charge des adolescents en soins premiers grâce à la création d'un espace de parole confidentiel pour le mineur.

IV.2.a Redéfinir son statut de médecin auprès de l'adolescent

Il revient au médecin d'exprimer que :

- Il n'est **pas uniquement un somaticien**, un soignant du corps.
- Il n'est **pas là pour le juger** mais pour l'aider.
- Il fait attention à ne pas transgresser le secret à tout moment et en tout lieu, **à ne pas commettre d'impairs**.
- Il peut se positionner en **médiateur** entre les parents et l'adolescent si besoin.

IV.2.b Analyser l'individuation de l'adolescent dans son contexte familial

- Analyser **la relation** des adolescents avec leurs parents :
 - *Quelle est la place du parent en consultation ?*
 - *Où en est l'adolescent dans son processus d'individuation?*
- Appréhender **le degré de maturité** des adolescents.
- Imposer aux parents de **sortir de la consultation** pour mieux cerner les besoins et les objectifs de consultation de l'adolescent (33).

IV.2.c A quel moment aborder la problématique du secret médical ?

- Aborder la problématique du secret médical à des **périodes « clefs »** de la vie de l'adolescent (entrée au collège, au lycée...).
- **Réitérer l'information** lors de plusieurs consultations.
- A des **temps de consultation différents**, en présence et en l'absence des parents.

IV.2.d Quelles informations délivrer?

- Évaluer les **connaissances** de l'adolescent sur le sujet : « Que sais-tu/savez-vous concernant le secret médical? ».

- Informer du **contenu de la loi** de manière adaptée à son degré de maturité (cf annexe n°7) :

Le secret médical est un droit pour tous les patients et un devoir pour le médecin.

- Informer l'adolescent du fait que le **secret médical concerne tout ce qui est vu, entendu ou compris** durant l'exercice de sa profession (42) (43).

Et préciser que cela concerne les informations « ordinaires » mais aussi les informations gênantes ou délicates.

- En donnant des **exemples d'application du secret** pour sensibiliser les adolescents notamment ceux qui n'arrivent pas à se projeter dans des situations où le secret médical pourrait leur être utile.

- Informer l'adolescent sur les situations où le médecin sera dans **l'obligation d'avertir ses parents ou ses responsables légaux** :

- Lorsque l'adolescent risque de mettre sa vie en danger.

- Lorsque le médecin estime que l'adolescent n'est plus en capacité de gérer la situation sans l'aide de ses parents.

- Informer l'adolescent sur les situations où le médecin sera dans l'obligation d'avertir les autorités compétentes, lorsque le mineur a été **victime de privations ou de sévices (44)**.

- Si la rupture du secret s'impose, **le médecin en discutera au préalable** avec l'adolescent et lui proposera d'informer lui-même ses parents.

Ces conseils sur les modalités d'information aux adolescents supposent que les médecins connaissent les dispositions légales à l'égard du secret médical du patient mineur.

La thèse du Dr Roche Dominguez suggère que les médecins sont eux-mêmes mal informés sur le droit au secret des patients mineurs (30) et ignorent l'étendue du champ d'application du secret médical chez le mineur.

CONCLUSION

Afin d'améliorer l'accès aux soins des adolescents en facilitant la création d'un espace confidentiel pour le mineur, nous avons réalisé une étude qualitative pour recueillir et analyser le point de vue des adolescents sur le secret médical.

Ce travail est original puisqu'il donne la parole aux adolescents sur le secret médical.

Il en résulte que les adolescents ont une notion floue de l'existence d'un secret médical, cette information n'est que rarement délivrée par leur médecin.-

Si l'assurance du secret médical sécurise l'adolescent quant aux confidences faites aux médecins, c'est bien la qualité de la relation singulière médecin-adolescent qui est la base de la confiance.

Bien que le médecin soit perçu comme un professionnel bienveillant et intègre, il n'est pourtant pas considéré comme un confident.

Par ailleurs, nous avons constaté que les adolescents accordent un intérêt variable au secret médical.

L'analyse des résultats et la littérature nous ont permis de comprendre que cet intérêt est lié au développement affectif et cognitif de l'adolescent. C'est en particulier ses capacités de projection dans des situations complexes et le chemin parcouru dans son processus de séparation-individuation qui lui permettent d'acquérir de l'autonomie et d'affirmer son intimité.

Cela est cohérent avec les travaux déjà réalisés sur les adolescents et avec la loi du 4 mars 2002 qui spécifie que le médecin doit s'adapter à leur degré de maturité.

De cette recherche qualitative nous avons retenu que l'information du secret médical devrait être délivrée à plusieurs reprises et de manière approfondie.

Non seulement cela permettrait de renforcer la relation de confiance avec le médecin mais en plus, l'adolescent pourrait revendiquer son droit au secret. Il est également nécessaire

que le médecin accompagne l'adolescent dans cette situation nouvelle qui entraîne des modifications dans les schémas relationnels de l'adolescent, notamment avec ses parents.

Notre analyse suggère que les adolescents n'échangent pas sur ce sujet avec leurs parents. Explorer le point de vue des parents sur le secret médical de leur enfant en soins premiers pourrait aider le médecin à comprendre les enjeux relationnels liés à cette problématique dans le but d'améliorer l'espace de confidentialité des adolescents avec le médecin.

Vu

Toulon le 17/10/2017


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulon, le 16/10/17
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. Benghozi P. Adolescence et sexualité, liens et maillage-réseau. *Agora Débats jeunesses*. 1999;18(1):148-148.
2. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278(12):1029-34.
3. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Thèse de doctorat en médecine générale] Université de Nantes. 2009.
4. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, et al. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 1999;25(2):120-30.
5. McKee MD, Fletcher J, Schechter CB. Predictors of timely initiation of gynecologic care among urban adolescent girls. *J Adolesc Health*. 2006;39(2):183–191.
6. O'Sullivan LF, McKee MD, Rubin SE, Campos G. Primary care providers' reports of time alone and the provision of sexual health services to urban adolescent patients: results of a prospective card study. *J Adolesc Health*. 2010;47(1):110–112.
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Code de santé publique.
8. Article E1111-4. Code de la santé publique.
9. Article E1111-5. Code de la santé publique.
10. Article E1111-2. Code de la santé publique.
11. OMS Making health services adolescent friendly. [Internet]. 2012. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf?ua=1
12. INPES. Entre nous- Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? [Internet]. 2009 [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
13. Lacotte Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université paris V Necker. 2004,126 p.
14. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale [Thèse de doctorat en médecine générale]. 2014.
15. Piaget J. L'équilibration des structures cognitives: problème central du développement. Presses universitaires de France. 1975 ;Vol. 33. 188p.

16. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. L'adolescent et son médecin. Des attentes très spécifiques. *Médecine*. 2010;6(3):111–117.
17. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles. Insee [Internet]. 2016. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>
18. Jeammet P. Pour nos ados, soyons adultes. Odile Jacob. 2008. 324 p.
19. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. Paris Armand Colin. 2010;978.
20. Piaget J, Inhelder B. L'évolution intellectuelle entre l'adolescence et l'âge adulte. Fonème. 1970.
21. Bernateau I. La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence. *Psychiatr Enfant*. 2008;51(2):425–455.
22. Delage M. L'attachement à l'adolescence. Abstract. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2008;(40):79-97.
23. Schützenberger AA. Secrets, secrets de famille et transmissions invisibles, Abstract. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2005;33(2):35-54.
24. Abadie I. Grandir et se soigner : accompagner l'adolescent vers une autonomie dans les soins. *Revue de l'enfant et de l'adolescent*. 2016;96:159-168.
25. Jeammet P, Sarthou-Lajus N. Les contradictions de l'adolescence. *Études*. 2008;409(7):30-40.
26. Le Breton D. La scène adolescente: les signes d'identité. *Adolescence*. 2005; (3):587–602.
27. Atger F. L'attachement à l'adolescence. *Dialogue*. 2007;(1):73–86.
28. Berlan ED, Bravender T. Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient: *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(4):450-6.
29. Baranes CP. Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi. *Enfances Psy*. 2008; (2):106–118.
30. Roche-Dominguez C. Difficultés de respecter le secret médical chez les mineurs par les médecins, évaluation d'un document d'information. [Thèse de doctorat en médecin générale]. Université Paris Bichat. 2013.
31. Article E162-1-18-1. Code de la sécurité sociale.
32. Binder P., Caron.C., Jouhet V., et al. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Family Practice*. 2010;27(5): 556-562
33. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Rev Prat* 2005;55:1073-7.

34. Chevrollier R-M. La relation médecin généraliste-adolescents: vécu, attente et ressenti des adolescents [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université européenne de Bretagne. 2014.
35. Waline M. Aborder la sexualité avec un adolescent en médecine générale [Thèse de doctorat en médecine générale] Université de Dijon. 2016.
36. Marteaux A. « Soi est un autre » : construction et déconstruction identitaires à l'adolescence., Abstract. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2008;(40):183-98.
37. Sasse RA, Aroni RA, Sawyer SM, Duncan RE. Confidential Consultations With Adolescents: An Exploration of Australian Parents' Perspectives. J Adolesc Health. 2013;52(6):786-91.
38. Caflisch M., Chappuis-Bretton B. A propos de l'adolescence : quelques réflexions éthiques. Rev Med Suisse 2003;volume-1.22819
39. Mauron A., Confidentialité [Internet]. Université de Genève. 2004. [cité 20 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/medecine/ieh2/files/6714/3472/9170/Confidentialite.pdf>
40. Tytell P. « Is there a Doctor in the HOUSE ? » : les séries télévisées médicales face au monde réel. TV/Series [Internet]. 2012 [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: <https://tvseries.revues.org/1551>
41. Gaudemar JP. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
42. Article R4127-4. Code de la santé publique.
43. Article 4. Secret professionnel. Code de déontologie.
44. Article 226-14. Code pénal.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Tableau des caractéristiques de chaque participant

Cas	Âge (ans)	Sexe	Médecin Traitant	Maladie chronique	Zone	Niveau Scolaire
EA	14 - 15	M	Oui	Non	Rural	Troisième
E1	14 - 15	F	Oui	Non	Rural	Troisième
EB	15 - 16	F	Oui	Non	Rural	Troisième
E2	15 - 16	F	Oui	Non	Rural	Troisième
EC	14 - 15	M	Oui	Non	Rural	Troisième
E3	15 - 16	F	Oui	Non	Rural	Troisième
ED	15 - 16	F	Oui	Non	Rural	Troisième
EE	14 - 15	F	Oui	Non	Rural	Troisième
E4	16 - 17	F	Oui	Non	Urbain	Seconde
E5	15 - 16	M	Oui	Non	Urbain	Troisième
E6	14 - 15	M	Oui	Non	Urbain	Troisième
E7	15 - 16	F	Oui	Non	Urbain	Seconde
E8	15 - 16	M	Oui	Non	Urbain	Seconde
E9	15 - 16	F	Non	Non	Urbain	Seconde
E10	15 - 16	M	Oui	Non	Urbain	Troisième
EF	15 - 16	F	Oui	Oui	Rural	Seconde
E11	16 - 17	M	Oui	Oui	Urbain	Seconde
EG	16 - 17	F	Oui	Oui	Urbain	Seconde
E12	16 - 17	F	Oui	Oui	Rural	Seconde

Cas	Profession Mère	Profession Père
EA	(1) Agriculteur	(1) Agriculteur
E1	(2) Artisans, commer., chefs d'entrep.	(5) Employé
EB	(4) Prof. Intermédiaire	(3) Cadres et prof. Intellect. sup
E2	(5) Employés	(7) Retraités
EC	(4) Prof. Intermédiaire	(4) Prof. Intermédiaire
E3	(8) Autres personnes sans activité prof.	(6) Ouvriers
ED	(5) Employés	(2) Artisans, commer., chefs d'entrep.
EE	(5) Employés	(7) Retraités
E4	(8) Autres personnes sans activité prof.	(5) Employé
E5	(4) Prof. Intermédiaire	(3) Cadres et prof. Intellect. sup
E6	(2) Artisans, commer., chefs d'entrep.	(2) Artisans, commer., chefs d'entrep.
E7	(4) Prof. Intermédiaire	(4) Prof. Intermédiaire
E8	(3) Cadres et prof. Intellect. sup	(5) Employé
E9	(5) Employés	(3) Cadres et prof. Intellect. sup
E10	(4) Prof. Intermédiaire	(3) Cadres et prof. Intellect. sup
EF	(5) Employés	(3) Cadres et prof. Intellect. sup
E11	(4) Prof. Intermédiaire	(3) Cadres et prof. Intellect. sup
EG	(8) Autres personnes sans activité prof.	(6) Ouvriers
E12	(3) Cadres et prof. Intellect. sup	(3) Cadres et prof. Intellect. sup

Annexe n°2 : Guide d'Entretien

Phrases d'ouverture:

Nous demandons à l'adolescent s'il préférerait être tutoyé ou vouvoyé et nous lui laissons le choix de nous tutoyer ou de nous vouvoyer.

Nous rappelions l'anonymat et la confidentialité encadrant la recherche.

Nous précisions: " Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses, ce qui m'intéresse c'est votre/ton avis".

Informations générales:

« Quel âge as-tu ? En quelle classe es-tu ? Où habites-tu? Quels métiers font tes parents ? As tu un médecin traitant? Es-tu suivi pour une maladie ?"

I Dossier médical

Pour toi, que note ou écrit à l'ordinateur ton médecin pendant la consultation ?

Relances :

A quoi ça sert de garder les choses écrites dans ton dossier médical?

Est-ce que cela te gêne que le médecin note quelque chose dans ton dossier ?

Crains-tu que les informations de ton dossier médical ne restent pas confidentielles ?

Objectif: ressenti de l'adolescent sur le dossier médical et sa confidentialité.

II Attention du médecin, communication

Quand tu vas en consultation comment est-ce que ton médecin t'écoute ?

Relances :

Comment s'intéresse-t-il à ton quotidien ? À tes problèmes personnels ?

Est-ce que tu crois que ce que tu dis à ton médecin restera entre lui et toi ?

Objectif: considération et communication du médecin envers l'adolescent et ses parents en consultation, existence d'un espace de confidentialité avec le médecin

III La place des parents

Dans quelles situations penses-tu que c'est important que tes parents soient là ?

Relances :

Quel est le rôle de la personne qui t'accompagne lors de la consultation ?

Qu'est ce que cela change si tu vas en consultation seul avec le médecin?

S'il y a des choses que tu ne veux pas que tes parents sachent, est-ce que tu crois que le médecin leur dirait ?

Objectif: rôle des parents dans la santé de l'adolescent, intérêt du secret médical envers les parents

IV Autonomie:

Qu'est-ce que tu ressens si on te demande de choisir par toi même ?

Relances :

Si tu es seul(e) en consultation, serais-tu capable de te débrouiller tout(e) seul(e) avec le médecin?
Maintenant que tu vas seul(e) en consultation, qu'est-ce qui a changé pour toi ?
Comment ça pourrait se passer en cas de situation grave?

Objectif: Perception de l'adolescence, capacité à être seul en consultation avec le médecin.

V Confidentialité :

Qu'est-ce que cela change pour toi que le médecin soit le même que celui des gens que tu connais?

Relance:

Cadre de l'anonymat : Cela changerait-il quelque chose que le médecin ne sache pas qui tu es?
Comment savoir si le médecin respecte la confidentialité (envers les autres) ?

Objectif: médecin de la famille et médecin de l'individu, importance de l'anonymat dans certaines situations

VI Conclusion

Comment le médecin pourrait être quelqu'un, une personne avec qui tu peux partager des choses que tu n'arrives pas ou ne souhaites pas partager avec tes parents?

Relances:

Est-ce possible?

En as-tu discuté avec lui ? T'a-t-il donné des informations sur le secret médical ?

Objectif: preuves d'une confidentialité et information autour du secret médical

Annexe n°3 : Exemple illustrant le logiciel NVIVO

The screenshot displays the NVivo software interface. At the top, a menu bar includes options like 'FICHIER', 'DÉBUT', 'CRÉER', 'DONNÉES', 'ANALYSER', 'REQUÊTE', 'EXPLORER', 'DISPOSITION', and 'AFFICHAGE'. Below this, a toolbar contains icons for file operations and search. The main window is divided into several panes:

- Left Pane:** Shows a tree view of nodes under 'Noeuds communs'. The selected node is '1) Le statut de médecin = une preuve du secret'.
- Top Pane:** Displays the selected node's details, including its name, a list of references (Références), and a list of related nodes (Noeuds communs).
- Right Pane:** Shows the content of the selected node, which is a list of references and their associated text excerpts.
- Bottom Pane:** Displays a list of sources and other nodes.

The detailed view of the selected node shows the following references and their associated text:

- Référence 2 - Couverture 0.11%**
J'ai confiance Oui !!
- Référence 3 - Couverture 0.45%**
Je pense que justement enfin, le médecin, comme je disais, enfin, il est quelqu'un de confiance.
- Références 4-5 - Couverture 1.41%**
Parce que quand t'es médecin, enfin, ça fait un peu ... Puisque le médecin, c'est un peu un confident de tes maladies du coup tu peux... enfin il les garde pour lui quoi ! Enfin il va pas. Il y a pas un droit au secret ou un truc dans le genre en plus ? Si ! Voilà ! du coup, je pense que c'est bien !?

The interface also shows a search bar at the top right with the text '5. Secret inhérent au métier de médecin' and a status bar at the bottom indicating 'YB 1284 éléments'.

Annexe n°4 : Exemple d'Analyse longitudinale, entretien E2

1) Description de l'interviewé et contexte

E2 est en 3^{ème}, elle a 15 ans et 1 mois. Elle vit en campagne et a le même médecin que ses parents. Son médecin connaît personnellement sa mère car elles sont voisines.

Sa mère travaille comme aide de vie scolaire et son père est retraité.

Ses parents sont séparés. Elle ne voit son père qu'un week-end sur deux et s'entend bien avec sa belle-mère. Elle a trois demi-sœurs dont une qu'elle ne voit jamais.

Elle n'a pas de maladie chronique.

Impressions : Elle semble enthousiaste à l'idée de participer à notre étude. Sa mère est un peu « mère poule » dans un contexte de ruptures familiales (sœurs qu'elle ne voit plus etc...). Elle semble un peu timide au début de l'entretien mais parvient finalement à parler facilement.

2) Points remarquables dans le contenu du discours:

Elle exprime qu'il lui serait possible de partager avec son médecin :

« Je pense vraiment que je peux parler avec mon médecin »

Sa mère, « envahissante » en consultation, gêne le dialogue avec le médecin :

« Le médecin il me pose souvent la question à moi mais c'est plus ma mère qui répond donc c'est pas vraiment la faute de... (du médecin)»

«J'ai pas trop de voix du coup »

«Quand on y va juste pour un rhume et tout ça, ça va mais quand on a, quand on voudrait lui poser des questions plus personnelles et tout ça, quand il y a notre mère à côté c'est pas forcément très facile de les poser »

Ne pas être avec sa mère en consultation lui permettrait de mieux exprimer ce qu'elle ressent :

« Admettons qu'un jour le médecin fasse sortir ta maman, qu'est-ce que ça changerait ?

Ben..., je pense que j'aurais moins de mal à parler, enfin, je pourrais plus vraiment parler de ce que je ressens moi ».

La contraception est difficile à aborder en consultation en présence des parents :

« Quand on voudrait parler, par exemple, de la contraception des trucs comme ça, quand il y a notre mère à côté ça peut être difficile d'en parler vraiment comme on aurait envie. »

Or il existe une dépendance vis à vis des parents pour se rendre au cabinet :

« En grandissant, plus tard... plus tard, hein ! Quand j'aurai ma voiture, je pourrai y aller seule et j'aurai pas ma mère qui m'accompagne et tout ça tout ça »

Il serait gênant de demander elle-même à sa mère de sortir de la salle de consultation :

« Ben en fait quand c'est nous qui demandons à notre mère de sortir c'est un peu délicat donc ça pourrait être le médecin qui le demande si jamais.... »

Partager quelque chose qu'elle n'a pas dit à ses parents avec son médecin peut être embarrassant car s'ils l'apprennent, ils risquent d'être déçus :

« C'est... C'est gênant en fait, de savoir que le médecin il sait quelque chose, qu'on lui demande certaines choses et tout. Qu'on parle pas à nos parents, même si on sait qu'il y a le secret médical.»

Ses parents sont proches du médecin, le risque que ce dernier rompt la confidentialité est alors plus élevé :

« Oui, enfin, certaines fois, ils parlent de moi du coup, elle peut, sans faire exprès parler un peu trop »

« Bah avec mon médecin à moi, euh... Non, pas trop, bah après c'est aussi ma voisine. Donc du coup... [...] Vu que mes parents se connaissent et tout ça, ça peut être un peu euh... »

Profil : Elle déclare accorder un intérêt au secret médical mais il est difficile de le mettre en place. Elle attribue cela à une mère « envahissante » et un médecin qui est une connaissance proche de ses parents. Elle craint de décevoir ses parents si ces derniers s'aperçoivent de son besoin de secret.

Annexe n° 5 : Lettre d'information et autorisation parentale

Madame, Monsieur,

Étudiantes de la faculté de Rangueil à Toulouse, nous réalisons un travail de recherche sur la relation de l'adolescent avec le médecin généraliste. Le but de notre étude est d'améliorer la communication médecin-adolescent, en comprenant mieux le point de vue des adolescents vis-à-vis de leur médecin.

Pour effectuer ce travail de recherche, nous souhaiterions organiser des rencontres individuelles (d'environ trente minutes) avec des jeunes en classes de troisième et/ou de seconde [au Lycée/Collège X]. Ce qui nous intéresse c'est de recueillir le point de vue des jeunes.

[Cette enquête se déroule sous la direction de nos professeurs de faculté, avec l'accord de le ou la Proviseur du Lycée Mme ou Mr (X) et le Professeur Mme ou Mr (X)]

Les témoignages recueillis seront enregistrés avec un dictaphone et resteront tous anonymes.

A aucun moment le nom des personnes interviewées ne sera cité ou inclus dans notre travail. Aucune information ne sera transmise aux parents des participants, entre les participants de l'étude ou à toute personne autre que les chercheuses.

Les bandes de témoignages resteront confidentielles, anonymes et ne seront accessibles qu'aux chercheuses de cette étude, Lorane Billion et Yoanna Balay. Ces bandes seront détruites une fois la recherche terminée.

Chaque participant est libre de se retirer de l'étude à n'importe quel moment.

En vous remerciant et en insistant sur le caractère strictement anonyme de cette enquête, nous sommes à votre écoute pour d'éventuelles questions .

Yoanna Balay (numéro de téléphone + mail)

Lorane Billion (numéro de téléphone + mail)

Dans le cadre de cette enquête nous vous prions de bien vouloir nous fournir le coupon réponse ci-dessous :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur Nom : _____ Prénom : _____ titulaire de l'autorité parentale de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Autorise mon enfant à participer à un entretien dans le cadre de cette enquête.

N'autorise pas mon enfant à participer à un entretien dans le cadre de cette enquête.

Signature :

Date :

Annexe n°6 : Avis de la Commission Éthique



**Commission Ethique du Département de
Médecine Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

**Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE**

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :
Nom : Yoanna Balay
Qualité : Interne en médecine Générale
Adresse : 17 rue Calvet 31500 Toulouse
Courriel : yoannabalay@hotmail.com
Numéro de téléphone : 06.79.75.28.62

Nom : Lorane Billion
Qualité : Interne en médecine Générale
Adresse : 17 rue Calvet 31500 Toulouse
Courriel : lorane.lb@gmail.com
Numéro de téléphone: 06.10.82.83.38

Renseignements concernant le promoteur : **Nom Dr Virginie Quentin**

Titre complet de la recherche : Le secret médical chez le mineur en soin primaire: Le point de vue des adolescents

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2017-023

LE 25/8/2017



Dr Motoko Delahaye



Département
Universitaire
Médecine
Généraliste

Faculté de Médecine de Toulouse
135 route de Narbonne
31062 Toulouse Cedex

Université Paul Sabatier
Toulouse III

Commission Ethique du Département de Médecine Généraliste de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*

59 rue de la Providence – 31500 Toulouse

Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Président : Mme
Laurencine VIEU

AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

Renseignements concernant le demandeur :

Nom : Yoanna Balay

Qualité : Interne en médecine Générale

Adresse : 17 rue Calvet 31500 Toulouse

Courriel : yoannabalay@hotmail.com

Numéro de téléphone : 06.79.75.28.62

Nom : Lorane Billion

Qualité : Interne en médecine Générale

Adresse : 17 rue Calvet 31500 Toulouse

Courriel : lorane.lb@gmail.com

Numéro de téléphone: 06.10.82.83.38

Renseignements concernant le promoteur :

Nom Dr Virginie Quentin

Titre complet de la recherche : Le secret médical chez le mineur en soin primaire: Le point de vue des adolescents

Caractéristiques de la recherche : soins primaires OUI

Avis de la Commission

Avis favorable le 02/06/2016 sous réserve de l'envoi d'une bibliographie de minimum 5 articles

Le secrétaire Dr Serge BISMUTH

Serge Bismuth

Annexe n° 7 : Textes de loi en rapport avec le secret médical de l'adolescent

Code - article	Textes de loi
<p>Article L 1110-4</p> <p>Code de santé publique</p>	<p>« Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »</p>
<p>Article L 1111-2</p> <p>Code de santé publique</p>	<p>« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. »</p> <p>« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. »</p>
<p>l'article 4</p> <p>Code de déontologie</p>	<p>« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi »</p> <p>« Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »</p>
<p>Article L. 1111-4</p> <p>Code de santé publique</p>	<p>Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.</p> <p>Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.</p>
<p>Article L 1111-5</p> <p>Code de santé publique</p>	<p>« Sous réserve de l'opposition prévue aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. »</p> <p>« Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.</p> <p>Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.</p> <p>Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. »</p>

<p>Article L 1111-7</p> <p>Code de santé publique</p>	<p>Sous réserve de l'opposition prévue aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.</p>
<p>Art 226-13</p> <p>Code pénal -</p>	<p>«La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »</p>
<p>Article 226-14</p>	<p>L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :</p> <p>1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;</p> <p>2° [...] Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;</p> <p>Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.</p>

Résumé

Introduction : La loi reconnaît au mineur un droit au secret médical. Des études suggèrent un défaut de communication entre les médecins et les adolescents sur ce sujet.

L'objectif de notre recherche est d'analyser le point de vue des adolescents sur le secret médical, afin d'améliorer leur prise en charge.

Méthode : Pour y parvenir, une étude qualitative par 19 entretiens individuels semi-dirigés de mai 2016 à juin 2017 a été réalisée.

Résultats : Les adolescents ont une notion floue du secret médical, cette information n'a pas été délivrée par le médecin et ce dernier n'est d'ailleurs pas considéré comme un confident.

Les adolescents accordent un intérêt très variable au secret médical. Cet intérêt est lié à leur développement affectif et cognitif.

Conclusion : Le médecin doit accompagner l'adolescent dans cette situation nouvelle qui entraîne des modifications dans ses schémas relationnels, notamment avec ses parents. Nous avons listé quatre thèmes afin de mieux communiquer avec l'adolescent sur le secret médical : redéfinir le rôle du médecin, analyser l'individuation de l'adolescent dans son contexte familial, expliciter la loi de manière adaptée à la maturité et réitérer l'information avec et sans les parents.

Mots clés : *secret médical mineur; secret médical adolescent; confidentialité adolescent; confidentialité mineur; confidences médecin généraliste; adolescent-relation de soin; relation adolescent-médecin.*

Abstract

Introduction: Doctor-patient confidentiality is a legal right for minors. Some studies point out a communication issue between doctors and adolescents on this topic. Our research purpose is to analyse adolescent point of view on doctor-patient confidentiality in order to improve their care.

Method: To that end, a qualitative study was carried out using 19 semi-structured interviews from May 2016 to June 2017.

Results: The concept of doctor-patient confidentiality is a fuzzy one for adolescents. The general practitioner (GP) does not explain this information, and isn't anyhow regarded as someone they can confide in. The interest the adolescents show for doctor-patient confidentiality can differ widely, depending on their own emotional and cognitive development.

Conclusion: the GP has to guide the adolescents in their new role, which induces changes in their relationship patterns, especially with their parents. We listed four themes to enhance communication on doctor-patient confidentiality with the adolescents: redefine the GP role, analyse the adolescent individuation within family background, explain the law in keeping with the maturity, and repeat the explanations with and without the parents.

Keyword : *doctor-minor patient confidentiality, doctor-adolescent patient confidentiality, confide in GP, adolescent care relationship, adolescent-GP relationship.*

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil - Route de Narbonne - TOULOUSE

Directrice de thèse : Madame le Docteur QUENTIN Virginie

Président de jury : Monsieur le Professeur MESTHE Pierre