

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNEE 2020

2020 TOU3 1085

2020 TOU3 1086

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Tom BAUDEIGNE et Jessie STOUVENEL

Le 24 septembre 2020

Le secret médical chez le mineur en Médecine Générale : le point de vue des parents

Étude qualitative auprès de parents d'adolescent(es) en Occitanie

Directrice de thèse : Docteur Virginie QUENTIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHAUMETTE

Assesseur

Madame le Docteur Virginie QUENTIN

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude

Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	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

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements communs

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,
Professeur des Universités, Médecine Générale

Nous vous remercions pour votre gentillesse et votre bienveillance.
Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.
Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous témoigner notre profond respect et
notre très haute gratitude.

À Monsieur le Professeur POUTRAIN Jean-Christophe,
Professeur Associé de Médecine Générale
À Monsieur le Professeur STILLMUNKES André,
Professeur Associé de Médecine Générale
À Monsieur le Docteur CHAUMETTE Bruno,
Médecin Généraliste, faculté de Médecine de Toulouse

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger notre travail. Soyez assurés de nos
sincères remerciements et de notre profonde reconnaissance

À notre directrice de thèse, Madame le Docteur Virginie Quentin,
Médecin Généraliste, maître de stage universitaire, faculté de Médecine de Toulouse

Merci de nous avoir donné l'idée de réaliser une thèse sur le secret médical chez les
parents d'adolescents. Nous te remercions d'avoir dirigé notre thèse.
Que ce travail soit le témoignage de notre gratitude, de notre respect et de notre
amitié.

Au DUMG et plus particulièrement à l'équipe en charge des ateliers qualitatifs,
Un grand merci pour votre aide et votre soutien méthodologique.

Aux parents qui ont acceptés de participer à notre étude,
Nous vous remercions pour votre disponibilité et vos confidences.

Remerciements de Tom

Pour tout ce que nous avons vécu et partagé, pour sa présence immuable, parce que c'était mon frère, je dédie ce travail à Marco.

Ce travail de thèse a été un long chemin, semé de moments d'enthousiasme et de doutes. Je remercie tous celles et ceux qui m'ont accompagné, soutenu et encouragé :

mes parents, Éric et Christine, et ma grand-mère Jacky ;

mes soeurs, Ambre et Lily ;

mes amis de toujours, Michael, Julien et Maxime ;

mes amis·es des bancs de la fac, Cyrille, Nicolas, Tristan, Marion, Margaux, Capet, Grégoire ;

mes compagnes et compagnons d'aventures, Julien, Alexandre, Sophie, Pierre ;

Jean-Luc, Françoise et Émilie, ma seconde famille ;

Lolo et Michèle.

Pour cette aventure partagée, notre soutien mutuel et sa motivation, je remercie Jessie.

Pour leurs relectures et leur aide dans l'élaboration de ce manuscrit, je remercie Éric, Michel et Diane.

Remerciements de Jessie

À Virginie et Jean-Michel, merci pour votre accueil lors de ce stage à Tournay et pour votre gentillesse.

À tous mes maîtres de stages, pour ce que vous m'avez apporté pour ma pratique future.

À Tom, pour cette aventure qualitative, pour ta motivation et ta minutie, je te remercie. On trouvera bien une autre étude pour mettre en avant la « théorie du verre d'eau » ! Ou pas...
Merci à Diane, pour ton aide précieuse apportée à ce travail.

À mon père, pour tes nombreuses relectures, pour ton aide et tes conseils avisés, pour m'avoir presque fait « maître » de Word, merci pour tout. Je t'aime. On n'oubliera pas Elvis Presley!

À ma mère, je sais que tu es là pour moi, merci pour ton soutien sans faille. Je t'aime.

À ma sœur, je suis fière de toi et fière d'être la (super) marraine de Charlie.

À Tsoura et Savina, mes grande et petite sœurs.

À Nathalie, où que tu sois, je pense à toi.

À ma Paupau, parce que sans toi je ne serais pas là !

À Anne-Marie et Tony, merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

À la Team Pignon, pour les très bons moments passés ensemble et ceux à venir !

À ma Vivi, qu'est-ce qu'on attend pour aller faire du SkaaaateeeePââârk ?? Huunhuun !!?? Tu me manques...

À Marine, merci d'être ce que tu es et d'être présente pour moi.

À Juju, tu es une belle personne et une belle rencontre (et une petite dédicace pour Tito !)

Aux Strasbourgeois(es), pour ces huit années intenses passées avec vous ! Vous me manquez !

A Sarah, crois en toi, tout est possible ! Tout !

À Johann, cette thèse prend fin, j'attends le : « Tu vois quand tu veux ! ». On en a passé des beaux instants (beaux comme nous je dirais) !

À Lisa et Guillaume, vous rendez la station plus rayonnante ! On fait une très belle équipe !

À Xavier, pour ces belles années passées à tes côtés. Tu es admirable, je tiens à toi.

Table des matières

INTRODUCTION	8
MATERIEL ET METHODE	10
I. LE CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE	10
II. PHASE EXPLORATOIRE	10
III. ÉLABORATION DE LA POPULATION CIBLE	10
IV. GUIDE D'ENTRETIEN	11
A. Réalisation	11
B. Thèmes abordés	12
V. RECUEIL DE DONNÉES	12
A. Recrutement des participants	12
B. Déroulement des entretiens	13
VI. ANALYSE DES DONNÉES	14
A. Retranscription des données	14
B. Codage des données	15
C. Triangulation des données	15
D. Saturation des données	15
VII. RÔLE DES CHERCHEURS	16
VIII. ÉTHIQUE	16
RÉSULTATS	17
I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	17
II. PERCEPTION PAR LE PARENT DU RÔLE DE CHACUN DANS LA RELATION DE SOIN	17
A. Le rôle du parent dans le parcours de soin de l'adolescent	17
1. Parent coordinateur de soin de l'adolescent	18

a.	<u>Un assistant médical : une “pré-consultation” à domicile</u>	18
b.	<u>Le parent intendant</u>	18
c.	<u>Le parent médiateur</u>	18
2.	<i>Parent moteur dans l'autonomisation de l'adolescent ?</i>	19
a.	<u>Quand l'adolescent consulte seul</u>	19
b.	<u>Quand le parent est présent en consultation</u>	20
B.	Le regard parental sur le médecin généraliste	20
1.	<i>Le médecin généraliste : source de confiance</i>	20
2.	<i>Le médecin généraliste plus somaticien que confident</i>	21
3.	<i>Le médecin généraliste au cœur de l'équilibre dans la relation de soin</i> .	21
4.	<i>Le médecin généraliste : médecin de famille</i>	22
C.	Le regard parental sur l'autonomie de l'adolescent dans ses soins	23
1.	<i>Une autonomie partielle</i>	23
2.	<i>Un adolescent dépendant par facilité ou du fait d'un parent (sur)protecteur ?</i>	23
III.	PERCEPTION ET ENJEUX D'UNE CONFIDENTIALITÉ POUR L'ADOLESCENT	24
A.	État des lieux : (mé)connaissances du cadre légal et des possibilités quant à une confidentialité pour l'adolescent	24
B.	Une confidentialité théorique	25
1.	<i>Y a-t-il un âge théorique pour consulter seul ?</i>	26
2.	<i>L'intérêt des parents pour une confidentialité</i>	27
a.	<u>Préserver l'espace d'intimité de l'adolescent</u>	27
b.	<u>Libérer la parole de l'adolescent</u>	28
3.	<i>Une rupture nécessaire de la confidentialité motif-dépendante</i>	29
C.	Derrière la confidentialité, l'enjeu de l'autonomie de l'adolescent	30

D.	Une confidentialité sous l'influence du vécu	31
1.	<i>L'adolescent renvoie le parent à sa propre adolescence</i>	<i>31</i>
2.	<i>La confidentialité : une réalité vécue chez un autre spécialiste</i>	<i>32</i>
3.	<i>L'influence du type de relation parent-adolescent.....</i>	<i>33</i>
IV.	LA CONFIDENTIALITÉ À L'ÉPREUVE DU CONCRET	34
A.	Qui doit décider d'une consultation confidentielle selon le parent ?	34
1.	<i>L'adolescent ?</i>	<i>34</i>
2.	<i>Les parents ?</i>	<i>34</i>
3.	<i>Le médecin ?</i>	<i>34</i>
B.	L'autonomie de l'adolescent compliquée par des « paramètres extérieurs »	35
1.	<i>Le transport</i>	<i>35</i>
2.	<i>« Le barrage des papiers » administratifs et financiers</i>	<i>35</i>
3.	<i>La configuration du cabinet médical et son ambiance</i>	<i>36</i>
4.	<i>La capacité de discernement des parents</i>	<i>36</i>
C.	Cas pratiques : dossier médical et contraception.....	36
1.	<i>Le dossier médical de l'adolescent : un cas particulier ?</i>	<i>36</i>
2.	<i>L'accès à la contraception : une situation particulière ?</i>	<i>37</i>
V.	AMÉLIORER LA CONFIDENTIALITÉ : PERSPECTIVES PARENTALES .	39
A.	Informé et sensibiliser sur le droit à la confidentialité.....	39
B.	Former les médecins généralistes à la médecine de l'adolescence.....	40
C.	Instaurer un forfait annuel pour l'adolescent.....	40
D.	Médiatiser la confidentialité.....	40

DISCUSSION	41
À PROPOS DE L'ÉTUDE	41
A. Les forces de l'étude	41
1. <i>Une enquête originale</i>	41
2. <i>Une méthode adaptée</i>	41
3. <i>En lien avec l'analyse des données et les résultats</i>	41
B. Les limites de l'étude	41
1. <i>En lien avec l'équipe de chercheurs</i>	41
2. <i>En lien avec la conception de l'étude</i>	42
À PROPOS DES RÉSULTATS	42
I. POURQUOI LES PARENTS ONT-ILS PEU CONSCIENCE D'UNE POSSIBLE CONFIDENTIALITÉ POUR L'ADOLESCENT ?	42
A. L'absence d'information dans la mise en pratique	42
B. Pourquoi le médecin ne communique pas ou peu sur la confidentialité ?	43
1. <i>Une non-nécessité devant des motifs somatiques</i>	43
2. <i>Du fait de l'immaturation de l'adolescent</i>	43
3. <i>Par crainte des réactions parentales</i>	43
4. <i>Par manque de temps</i>	43
5. <i>Défaut de connaissance du cadre légal ?</i>	43
C. Conséquences de ce défaut de communication	44
1. <i>Le parent maintenu dans un rôle qui ne favorise pas l'autonomie</i>	44
2. <i>Le médecin cantonné dans une image de somaticien</i>	44
3. <i>L'adolescent pris entre désir et réalité dans un conflit de loyauté</i>	44
D. L'information permet pourtant une prise de conscience parentale	45

II. UNE CONFIDENTIALITÉ EXPÉRIENCE PARENTALE DÉPENDANTE.....	45
A. Le vécu de leur propre adolescence.....	45
B. La relation de confiance avec le médecin.....	46
C. L'expérience d'une confidentialité "subie" par le parent.....	46
III. DERRIÈRE LA CONFIDENTIALITÉ : DES ENJEUX RELATIONNELS ET ÉMOTIONNELS	46
A. L'autonomie de l'adolescent : entre besoin, fantasme et résistance	47
B. Les enjeux relationnels et émotionnels lors de l'adolescence	48
1. <i>Difficile de lâcher prise.....</i>	48
2. <i>Double transfert de responsabilité.....</i>	48
COMMENT FAIRE EN PRATIQUE POUR INSTAURER/FACILITER UN ESPACE DE CONFIDENTIALITÉ ?.....	50
A. Des solutions concrètes.....	50
1. <i>Des consultations régulières en duo.....</i>	50
2. <i>(Re)Penser le système de soins pour l'adolescent.....</i>	50
3. <i>Une campagne d'information grand public.....</i>	51
4. <i>Former les médecins généralistes à la médecine de l'adolescence.....</i>	51
B. Le médecin doit redéfinir son rôle auprès du parent et de l'adolescent.....	52
1. <i>Rappeler son champ de compétences.....</i>	52
2. <i>Rappeler son rôle d'aidant pour le parent.....</i>	52
3. <i>Indiquer qu'être le médecin de famille n'exclut pas le secret de chacun.....</i>	52
C. Préparer l'enfant et le parent à l'adolescence dès l'enfance	52
1. <i>Considérer l'enfant dès le plus jeune âge.....</i>	53
2. <i>Préparer le parent en amont de l'adolescence.....</i>	53
D. Accompagner le parent durant l'adolescence.....	54

CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXES	65
Annexe n°1 : Guide d'entretien	65
Annexe n°2 : Tableau des caractéristiques de chaque participant	68
Annexe n°3 : Exemple illustrant le codage dans le logiciel Word	69
Annexe n°4 : Fiche d'information à l'attention des parents.....	70
Annexe n°5 : Consentement de participation aux entretiens	71
Annexe n°6 : Avis de la Commission Ethique	72
Annexe n°7 : Textes de loi en rapport avec le secret médical de l'adolescent	73

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

Vaccin DTP : Vaccin diphtérique, tétanique et poliomyélitique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Insee : L'Institut national de la statistique et des études économiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

INTRODUCTION

L'article 371-1 du Code civil stipule : « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne » (1).

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, accorde une plus grande autonomie et responsabilité aux mineurs dans le domaine de la santé. Elle autorise, pour la première fois dans l'histoire du droit français, le patient mineur à 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. Lorsqu'ils sont présents, les parents doivent associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Malgré un cadre légal de plus en plus précis concernant le secret médical chez l'adolescent, la consultation de ce dernier s'effectue le plus souvent en présence d'un tiers (2)(3). Dans une étude réalisée en 2010, interrogeant 60 médecins, 64% des consultations d'adolescents entre 12 et 20 ans se sont déroulées en présence de tiers, et seuls 4,4% des médecins ont fait sortir le tiers au cours de la consultation avec l'adolescent (4). Dans une thèse quantitative, réalisée en 2014, interrogeant 222 adolescents âgés de 15 à 18 ans, 77% d'entre eux consultaient accompagnés de leur parent (5).

La présence parentale lors de la consultation reste une des ressources principales pour l'adolescent, notamment quand la recherche de réponse ou de solution dépasse sa seule responsabilité (2)(6). Elle permet une information sur les antécédents personnels et familiaux, offrant au jeune l'opportunité de s'approprier une partie de son histoire passée, indispensable pour son autonomisation (7).

Cependant, l'Inpes rappelle la nécessité de recevoir l'adolescent seul en consultation, car les sujets abordés par les adolescents sont sensiblement différents selon la présence ou non d'un tiers lors de la consultation (2). La mise en place d'un espace de confidentialité pour l'adolescent en consultation l'aide à acquérir une certaine autonomie, indépendance et responsabilité pour sa vie future (4)(8)(9).

Si de nombreux travaux se sont intéressés à la place de l'adolescent dans la relation de soin, peu ont exploré spécifiquement le point de vue des parents concernant le secret médical pour le mineur en consultation.

La thèse de Y. Balay et L. Billion réalisée en 2017, analysant le point de vue des adolescents sur le secret médical, suggère que ces derniers n'échangent pas sur ce sujet avec leurs parents (10).

La thèse de C. De Madre et F. Blanchet menée en 2019, explorant le point de vue des parents autour de la consultation de leur adolescent chez le médecin généraliste, conclut que ce dernier doit prendre davantage d'initiatives pour autonomiser l'adolescent dans ses soins (11).

Dans notre pratique, nous avons fait l'expérience qu'instaurer un espace de confidentialité pour un adolescent accompagné d'un de ses parents peut présenter des difficultés. Bien que conscients de l'importance de cette confidentialité, préserver l'équilibre du trinôme dans la relation de soin reste délicat. Cela nous a amenés à nous intéresser à la représentation qu'ont les parents de cet espace de confidentialité et du secret médical chez le mineur.

Pour mener à bien notre enquête, la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de parents d'adolescents nous a semblé la plus adaptée.

L'objectif principal de notre travail a été de recueillir et d'analyser la conscience, la perception et l'intérêt du parent sur le secret médical chez le mineur en médecine générale.

L'objectif secondaire en découlant a été d'améliorer la prise en charge des adolescents en soins premiers, en comprenant de façon plus claire le comportement de leur(s) parent(s), facilitant ou non le respect de la confidentialité pour leur enfant.

MATERIEL ET METHODE

I. LE CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE

Afin de répondre à notre objectif principal, la méthode qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, nous a paru la plus adaptée.

Cette méthode permet, par des questions ouvertes préalablement établies autour de différents thèmes, de comprendre le point de vue des personnes interrogées, en allant puiser dans les registres du vécu, des ressentis et représentations. En cela, elle rend également possible l'émergence d'idées nouvelles et inattendues.

Pour se familiariser avec cette méthode nouvelle, les deux chercheurs ont assisté à trois formations proposées par la Faculté de Rangueil sur la méthodologie qualitative et ont complété leur initiation à l'aide de manuels explicitant l'analyse de données (12)(13)(14).

II. PHASE EXPLORATOIRE

Un travail de recherche bibliographique préalable a été effectué par les deux chercheurs, afin d'évaluer les travaux déjà réalisés traitant du sujet, permettant de préciser la question de recherche et les objectifs de l'étude.

Cette recherche bibliographique a été réalisée à partir de différentes bases de données : Google Scholar, Persée, Base de Données de Santé Publique, catalogue SUDOC, EM Premium, PubMed, CAIRN, Archipel, CISMEF, Cochrane library.

Différentes équations de recherche ont été effectuées en français et en anglais : secret médical OR confidentialité AND mineurs OR adolescents AND parents, secret médical OR confidentialité AND médecin AND parents, recherche qualitative AND secret médical.

III. ÉLABORATION DE LA POPULATION CIBLE

Nous avons pris pour population cible des parents d'adolescent(s) âgé(s) de 13 à 18 ans. Ce critère d'inclusion a été décidé en concertation avec notre directrice de thèse, car :

- **À 13 ans**, les filles comme les garçons ont débuté leur puberté, période de transformation physique et psychique qui caractérise l'adolescence (15)(16). Ils sont également rentrés dans « la période des opérations formelles » de Piaget : selon lui, à environ 12 ans, beaucoup

d'adolescents développent une pensée abstraite et sont capables de formuler des alternatives et d'en prédire les conséquences (17). La plupart des auteurs fixent approximativement l'âge de 14 ans comme celui où la capacité de discernement est acquise (18)(19)(20).

La législation ne fixe pas d'âge seuil concernant la capacité de discernement, devant la singularité de chaque individu (21)(22). **Nous avons choisi en conséquence l'âge médian de 13 ans comme limite seuil inférieure.**

- Dans les sociétés occidentales, les repères qui marquent la fin de l'adolescence sont essentiellement sociologiques (16)(23) et ne correspondent pas à un âge clairement défini (24). Malgré cela, l'âge de la majorité, et donc celui du statut légal d'adulte, y est fixé à 18 ans. C'est aussi et souvent à ce moment-là que l'adolescent quitte le domicile parental et termine un apprentissage. **L'âge de 18 ans a été ainsi choisi comme limite supérieure.**

IV. GUIDE D'ENTRETIEN (cf. annexe n°1)

A. Réalisation

Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré en concertation avec notre directrice de thèse à partir d'une revue de la littérature, d'un support méthodologique et des ateliers méthodologiques organisés par la faculté.

Il était composé d'une phrase d'introduction rappelant l'objectif de notre travail et de questions ouvertes suivies si nécessaire de questions de relance, utilisées dans le cas où certaines problématiques n'auraient pas été abordées par la personne interrogée. Les questions étaient à la fois ouvertes, permettant aux parents d'exprimer leurs opinions et sentiments ; et neutres pour que ni les connaissances, ni les opinions ou jugement de l'enquêteur ne transparaissent.

Au total, le guide comprenait cinq questions ouvertes, dont une question finale de synthèse où la notion de confidentialité était abordée directement.

Ce guide a été évolutif. Nous l'avons discrètement modifié, à deux reprises, après un pré-test auprès de notre entourage, en accord avec notre directrice de thèse, puis après analyse des cinq premiers entretiens. Certaines questions ont été reformulées pour plus de clarté. Enfin, une question a été rajoutée face à l'émergence d'un thème inattendu concernant la propre adolescence du parent.

B. Thèmes abordés

Les thèmes ont été organisés dans un ordre logique, en utilisant la technique de l'entonnoir. Les trois premiers n'abordent pas directement notre problématique, pour mettre à l'aise le parent tout en nous permettant de recueillir des informations pertinentes en lien avec notre sujet. Le terme "secret médical" n'a pas été prononcé volontairement, afin que cette problématique émerge d'elle-même, notamment à l'abord des quatrièmes et cinquièmes thèmes.

Voici dans l'ordre les thèmes abordés :

- I. Prise de rendez-vous : comprendre qui sollicite les soins, autonomie de l'adolescent, comprendre si le motif de consultation influence sur la présence parentale, influence sur la confidentialité du médecin de famille.
- II. Déroulement de la consultation : place des parents, raisons de l'accompagnement et freins à laisser seul l'adolescent, rôle du parent dans la santé de l'adolescent, existence d'un espace de confidentialité avec le médecin.
- III. Communication au domicile : relation parents-adolescent(s), personnes ressources de l'adolescent, confidentialité entre les différents membres de la famille, sujets de prévention et sujets sensibles.
- IV. Connaissance et perception du secret médical : accès au dossier médical et ses modalités, perception parentale du dossier médical, informations délivrées par le médecin sur la confidentialité, positionnement parental face à la confidentialité, connaissances légales et opinions sur l'accès à la contraception pour le mineur.
- V. Amélioration de la prise en charge des adolescents : Comment pourrait-on améliorer la confidentialité entre l'adolescent et le médecin traitant ?

V. RECUEIL DE DONNÉES

Le recueil des données a été effectué lors de 17 entretiens semi-dirigés menés de mars 2018 à novembre 2019.

A. Recrutement des participants

Le recrutement des participants pour cette étude s'est effectué en trois phases.

Dans un premier temps, de mars à juillet 2018, huit parents d'adolescent(s) ont été recrutés dans deux cabinets médicaux libéraux situés dans les Hautes-Pyrénées :

- cinq parents via un cabinet en milieu rural,
- trois parents via un cabinet en milieu urbain.

Dans un deuxième temps, en septembre 2019, afin d'améliorer la variabilité des profils, trois parents ont été recrutés dans un service de pédiatrie au sein de l'hôpital des enfants de Purpan à Toulouse, pour interroger des parents d'adolescents atteints de pathologie chronique. Nous avons également contacté un service de l'hôpital de Tarbes qui n'a pas donné suite.

Dans un troisième temps, en novembre 2019, nous avons élargi le recrutement à six autres parents :

- quatre via un cabinet en zone urbaine dans le Gers,
- deux en zone rurale en Haute-Garonne.

Les parents ont été informés de notre étude et recrutés par les médecins généralistes des cabinets choisis et par une des médecins du service de pédiatrie, à qui nous avons remis une fiche d'information (cf. annexe n°4) expliquant simplement notre projet de recherche.

Nous avons demandé aux médecins de nous présenter comme des chercheurs effectuant un travail sur le déroulement d'une consultation en médecine générale de l'adolescent. Ils ne devaient pas préciser la thématique du secret médical pour l'adolescent afin d'éviter une recherche parentale préalable sur le sujet.

Ils ont également eu pour consigne de ne pas sélectionner les parents. Le recrutement devait se faire à compter du début de la période d'inclusion, sur la base du volontariat, afin d'éviter un biais de sélection. Aucune équivalence entre père et mère n'a été recherchée, à mesure des réponses favorables, pour éviter un autre biais de sélection.

Les parents volontaires ont accepté que les médecins nous transmettent leurs coordonnées. Nous les avons contactés par téléphone, afin de définir une date et un lieu de rendez-vous, selon leurs disponibilités.

B. Déroulement des entretiens

En dehors des trois entretiens réalisés à l'hôpital de Purpan (au cours d'une hospitalisation de jour de l'adolescent), le lieu des autres entretiens a été laissé à la préférence du parent :

- au cabinet médical du médecin recruteur : six entretiens au total,
- au domicile du parent : huit entretiens au total.

Tous les entretiens se sont déroulés en présence des deux chercheurs, à l'exception de deux d'entre eux effectués par un seul des chercheurs.

En début d'entretien, une feuille de consentement (cf. annexe n°5) était signée par le parent et un talon sociologique était rempli par un des chercheurs, permettant de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des cas étudiés (cf. annexe n°2).

Nous précisions ensuite, rapidement l'objectif de notre travail, rappelant qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Il était demandé au parent s'il acceptait que l'entretien soit enregistré au moyen d'un dictaphone Olympus WS-853, testé préalablement. Il n'y avait pas de limite de temps.

L'enquêteur précisait que l'enregistrement était anonyme, serait détruit après la rédaction du travail et ne servait qu'à permettre une retranscription fidèle de leurs propos.

Parce que la prise de notes par l'intervieweur peut rompre le contact avec l'interviewé et interférer dans le processus de l'entretien, nous avons choisi de mettre l'un de nous en observateur. Après accord du parent, ce dernier restait focalisé sur le contexte, l'attitude et les réactions non verbales. L'observateur a pu, en fin d'entretien, revenir sur des points pertinents qui n'avaient pas été assez approfondis.

VI. ANALYSE DES DONNÉES

A. Retranscription des données

L'analyse a débuté dès la retranscription pour ne pas perdre le contexte d'énonciation.

Chaque enregistrement a été retranscrit en conservant intégralement les paroles des parents interrogés sur un fichier Word, au "mot pour mot", pour garder l'authenticité du langage spontané et constituer le verbatim. Les éléments du discours non verbal (silences, sourires, rires, pauses...) ont été notés entre parenthèses. Les entretiens ont été retranscrits le plus tôt possible, dans les jours suivant la rencontre.

Chaque entretien a été anonymisé en donnant un chiffre de 1 à 17 par ordre croissant de réalisation, précédé de la lettre E pour entretien.

Les noms des médecins traitants ont été remplacés par une lettre au hasard, ainsi que les prénoms et lieux parfois employés par les parents.

B. Codage des données

L'objet du codage est de constituer des séries d'unités de sens qui vont quadriller l'ensemble souvent très riche du matériau qualitatif. Dans ce type d'étude, parce qu'on ne sait pas exactement ce que l'on cherche, il est utile de créer une structure pour nos données au moyen du codage, qui se déroule en trois phases :

- **Codage ouvert** : l'ensemble de la retranscription de l'entretien est découpé en fragments de texte appelés unités de sens. On associe à chacune de ces unités de sens une phrase qui en explique l'essence, il s'agit là du coding (ou annotation). Puis on réduit cette phrase en un/des mot(s) simple(s) appelé(s) étiquette : il s'agit du naming (ou étiquetage).
- **Codage axial** : une fois ces étiquettes associées à des fragments de texte, le chercheur les compare entre elles et tente de les combiner pour faire émerger un certain nombre de catégories principales.
- **Codage sélectif** : ces catégories servent à construire un système global en établissant des connexions entre elles, tout en élaguant certains éléments marginaux par rapport à la question de recherche (13)(25).

L'annexe n°3 illustre un exemple de codage fait à l'aide du logiciel Word.

C. Triangulation des données

Un double codage a été réalisé de manière indépendante par les deux chercheurs. Ils ont ensuite mis en commun leur analyse respective pour chacun des entretiens, afin de réaliser une triangulation des données, qui désigne le croisement du point de vue de plusieurs chercheurs pour un même code. Lorsque l'analyse était divergente, les chercheurs se sont mis d'accord sur l'étiquette finale attribuée à l'unité de sens. Cette triangulation permet d'améliorer l'objectivité de l'analyse.

D. Saturation des données

L'analyse des données a permis de fixer la taille de l'échantillon et d'arrêter le recueil en utilisant la technique de saturation des données. Lorsqu'il n'y a plus eu de nouvelles données enrichissant les catégories principales sur deux entretiens successifs, nous avons supposé atteindre cette saturation. Un entretien supplémentaire a été réalisé afin de confirmer cette hypothèse.

VII. RÔLE DES CHERCHEURS

Ce travail a été mené par les deux chercheurs depuis la phase de recherche bibliographique et l'élaboration de la question de recherche, jusqu'à sa conclusion.

La présentation du projet dans les cabinets médicaux et la prise de contact avec les participants ont été réalisées par les deux chercheurs. La soumission du projet de recherche dans le service hospitalier de Toulouse a été réalisée par un seul des deux chercheurs.

Il a été décidé que chacun des chercheurs réalise à tour de rôle un entretien soit en tant qu'interviewer, soit en qu'observateur.

La retranscription de chaque entretien a été partagée à parts égales par les deux chercheurs.

Les différentes parties de l'étude ont été rédigées parallèlement avec une mise en commun régulière et ce grâce aux plateformes d'hébergement de fichiers en ligne Dropbox et Google Doc. La totalité du travail a été relue et discutée ensemble par les deux investigateurs afin d'obtenir un travail final commun.

VIII. ÉTHIQUE

Le comité éthique a émis une réponse favorable à la réalisation de ce travail le 22/05/2018 (cf. annexe n°6). Les entretiens ont été enregistrés après consentement et garantie de l'anonymat des participants.

RÉSULTATS

I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Comme dit précédemment, 17 entretiens individuels ont été réalisés entre mai 2018 et novembre 2019. Les chercheurs ont eu le sentiment d'arriver à saturation des données au bout du seizième entretien et en ont effectué un dix-septième pour confirmer leur hypothèse.

Les entretiens individuels ont duré en moyenne 36 minutes. L'entretien le plus court a duré 24 minutes, le plus long 66 minutes.

L'échantillon était composé de douze femmes et de cinq hommes. La moyenne d'âge était de 47 ans, le plus jeune participant avait 40 ans et le plus âgé avait 58 ans. L'âge moyen des adolescents concernés était de 15 ans [13-17,5].

La catégorie socioprofessionnelle des parents se déclinait comme suit (selon la nomenclature Insee) : 1 Agriculteur ; 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; 6 Cadres et professions intellectuelles supérieures ; 5 Employés ; 3 Personnes sans activité professionnelle. Le tableau récapitulatif des caractéristiques socio-épidémiologiques de l'échantillon est en annexe n°2.

II. PERCEPTION PAR LE PARENT DU RÔLE DE CHACUN DANS LA RELATION DE SOIN

Le secret médical implique deux individus : le patient et le médecin. Dans le cas de l'adolescent, il s'agit de tenir compte d'une troisième personne, le parent, induisant une relation triangulaire. Nos résultats montrent d'emblée combien l'appréhension parentale de la confidentialité est étroitement corrélée à la perception du rôle de chacun dans cette relation de soin triangulaire.

A. Le rôle du parent dans le parcours de soin de l'adolescent

Les parents expliquent leur présence en amont, pendant et en aval de la consultation. Leur perception de la confidentialité est en rapport avec ce rôle qu'ils considèrent indispensable pour l'adolescent.

1. Parent coordinateur de soin de l'adolescent

a. Un assistant médical : une "pré-consultation" à domicile

Au domicile, le parent est en "première ligne" devant la plainte de l'adolescent, le questionnant afin de comprendre le problème, quitte à entrer dans son intimité. Cette "pré-consultation" relève de l'« évidence » E5 dans la prise de décision de consulter : « Alors déjà c'est pas elle qui décide d'y aller (rires) c'est moi qui décide de l'envoyer » E13.

Certains parents interrogés ont affirmé juger de la gravité ou non-gravité de la situation pour consulter, ou au contraire différer la consultation : d'une part pour ne pas « y aller pour rien (Rires). [...] Je veux pas aller perdre mon temps et faire perdre le temps au médecin » E6 ; d'autre part, parce qu'ils se considèrent à même d'évaluer la situation de plainte, jusqu'à jouer un rôle de pré-médecin : « En ayant 54 ans, Monsieur, on commence à savoir ce que c'est les symptômes hein ! Et comme je suis le docteur M. aussi en femelle, non je rigole ! [...] Je sais si c'est grave ou pas » E2.

Pour autant, conscient de ses limites et dans les situations où il n'a pas de « solution » E7, le parent peut se tourner vers un autre « adulte responsable » E9, le généraliste « qui est un spécialiste beaucoup mieux placé que nous ! » E16.

b. Le parent intendant

Les contraintes matérielles, assurées par le parent, impliquent une présence indispensable dans la consultation de l'adolescent :

- En amont : la totalité prend systématiquement le rendez-vous médical pour l'adolescent et la majorité assure le transport jusqu'au cabinet médical.
- Durant la consultation : pour des raisons administratives, notamment la carte vitale E13, et des raisons financières, le règlement des honoraires E6.
- En aval : dans l'achat des médicaments E8.

c. Le parent médiateur

La présence du parent en consultation a été expliquée par différents facteurs, soulignant tous leur rôle d'aidant dans la communication avec le médecin :

- en rassurant : le parent vient en appui lorsque l'adolescent rencontre des difficultés à s'exprimer, notamment par timidité, en l'aidant à trouver ses mots et en le sécurisant E8 ;

- en traduisant : le parent peut jouer un rôle de double traducteur : d'une part en expliquant au médecin les propos de l'adolescent lorsqu'ils sont jugés « confus » E15 ; d'autre part en reformulant les propos du médecin jugés compliqués pour l'adolescent E14 ;

- en informant : voulant éviter une erreur diagnostique, il complète les informations de l'adolescent : « j'essaie d'intervenir le moins possible (rires), sauf si je vois [...] qu'elle oublie des détails dont elle m'a parlé, et qui, moi, me semblent importants » E1.

Une mère interrogée a justifié sa présence en consultation pour comprendre la démarche médicale, au regard des questions posées au domicile et des réponses à y apporter : « J'étais pas dans une écoute [...] malsaine quoi ! je m'intéresse [...] aux] questions que j'aurais pu ne pas penser me poser » E5.

Si le parent est présent dans toutes les étapes du parcours de soin de l'adolescent, il peut participer également à accompagner l'adolescent dans sa prise d'autonomie.

2. Parent moteur dans l'autonomisation de l'adolescent ?

a. Quand l'adolescent consulte seul

Certains ont déjà laissé leur adolescent consulter seul lorsqu'ils y étaient contraints :

- En cas de contraintes professionnelles induisant l'absence du parent lors de la consultation, l'adolescent est autonome par défaut : « de temps en temps parfois maintenant elle vient seule. Comme moi je suis tellement occupée » E3.

- Ou lorsque le sujet est jugé délicat pour l'adolescent : « J'lui dis “bah écoutes, tu m'en parles pas, on prend rendez-vous avec le médecin, et tu lui en parles” » E7.

En dehors de la contrainte, deux mères le laissent consulter seul quand le motif est considéré comme bénin E3 ou pour le renouvellement d'un traitement de fond E13, n'inquiétant pas le parent : « si elle n'a pas vraiment un souci majeur [...] pour ses vaccins, elle vient seule » E3.

On constate que cette prise d'autonomie est à chaque fois motif dépendant.

b. Quand le parent est présent en consultation

Au cours de la consultation, certains parents ont déclaré favoriser une prise d'autonomie de leur adolescent :

- En le préparant en salle d'attente : « je lui dis “pourquoi on est là ? [...] qu'est-ce t'as à dire ?” fin j'essaye de vraiment faire en sorte qu'elles s'approprient leur problème ! » E14.
- Pendant la consultation, en essayant de s'effacer, en l'encourageant à s'exprimer puisqu'étant le mieux placé pour expliquer ses maux E15 : « elle nous demande le motif de notre consultation, donc en général je me tourne vers C. pour qu'elle explique » E8.
- En veillant à sa compréhension du traitement : « On souhaite les inclure directement euh dans la prise de médicaments [...] où elles doivent être plus ou moins autonomes » E10.

B. Le regard parental sur le médecin généraliste

La perception parentale de la confidentialité est liée à la fois à l'image qu'ils ont du médecin traitant et à la relation qu'ils entretiennent avec lui.

1. Le médecin généraliste : source de confiance

Dans l'ensemble des cas étudiés, l'adolescent est suivi par le même médecin que ses parents. Ces derniers l'expliquent par la commodité à aller « au même endroit » E1, par la confiance envers ce médecin et la possibilité d'une prise en charge intégrant l'histoire familiale : « Un médecin de famille vous connaît mieux ! [...] connaît les problèmes depuis tout petit » E7.

Depuis sa naissance, le parent accompagne son enfant chez le médecin. Arrivé à l'adolescence, le laisser consulter seul ne lui est « jamais venu à l'esprit en fait » E10.

Peu de parents se sont questionnés, au moment de l'adolescence, sur une éventuelle problématique pour l'adolescent à aller chez un médecin assurant à la fois le suivi des parents et des enfants.

À notre question sur la possibilité que leur adolescent ait un médecin différent du leur, les réponses divergent :

- Certains ne l'envisageraient pas : « tant qu'il est sous ma coupe à moi [...] il ira chez ce médecin là » E11 ou « c'est vrai que je lui ai un peu imposé mais euh si elle aurait dit non [...] j'aurais ronflé parce que j'aurais dit elle est mineure ! » E6.

- D'autres pourraient le concéder : « j'aurais un petit pincement au cœur de... qu'elles changent » E10, ou l'accepter à condition d'avoir « validé » E14 le choix d'un autre médecin.

Une seule mère a reconnu a posteriori que son adolescent peut ne pas avoir le même "feeling" qu'elle à l'égard du médecin : « je suis pas sûre qu'ils aient les mêmes ressentis que nous en étant adulte quoi, les mêmes besoins » E16.

Pour la majorité des parents interrogés, la relation qu'ils ont avec leur médecin, et de fait la confiance qui en découle, les inciteraient à lui confier leur adolescent. Connaissant en tant que patients ses pratiques, ils considèrent son approche adaptée pour leur adolescent : « j'ai vraiment confiance dans sa façon d'être avec les enfants » E14, « Parce qu'il la conseillera comme moi je pourrais la conseiller, pour moi ! » E2.

Cette acceptation de laisser son adolescent consulter seul peut se confondre avec une certaine quiétude que le médecin en qui ils ont confiance E16 ou leur adolescent E7 les informeraient.

Pour certains, la qualité de la relation entre le médecin et le patient-parent se transférerait vers le patient-adolescent : « du coup cette proximité que j'avais moi avec elle j pense qu'elle s'est retranscrite sur L. » E17.

2. Le médecin généraliste plus somaticien que confident

Si tous les parents (à l'exception d'E12) ont confiance envers leur généraliste, ils ne le perçoivent pas tous pour autant comme un potentiel confident pour leur adolescent. Le médecin, en effet, est considéré souvent comme "simple" technicien.

De plus, pour des problèmes gynécologiques ou psychologiques, certains parents sont enclins à consulter des spécialistes : « Moi si jamais j'ai un souci pareil, autre que médical, j viens pas voir le docteur X. ! » E14, « Il y a d'autres ressources ailleurs que le médecin [...] pour des malaises psychologiques [...] un mal-être du moment ! » E17. Cette représentation réductrice peut influencer la vision de leur(s) adolescent(s), associant le médecin à « une réponse [...] médicament » E17 ou ne le considérant pas comme la personne adaptée : « [pour la contraception] elles n'iraient pas voir Mme X ! Mais elles iraient au planning familial » E14.

3. Le médecin généraliste au cœur de l'équilibre dans la relation de soin

Étant donné la vision qu'ils ont d'un médecin axé sur le somatique, une consultation individuelle pour leur adolescent susciterait des inquiétudes quant à leur santé, imaginant le

pire : « Ça doit être frustrant de savoir qu'il va parler à un docteur et pas à nous quoi ! [...] je vais m'inquiéter et me dire est-ce qu'il y a quelque chose de grave ! » E16.

Le parent n'envisage pas une exclusion totale de sa part par le médecin. Pour certain, cela irait contre leur droit d'accès à l'information : « elle est mineure, j pense qu'il est quand même obligé de nous le dire s'il y a un problème quoi ! » E13.

Les parents ont conscience du rôle complexe qu'a le médecin dans la gestion et l'implication de chacun dans la relation de soins. Ils ont confiance en son devoir d'appréciation pour décider d'une confidentialité : « le médecin est sûrement à même de trouver la limite [de] ce qui doit rester confidentiel [...] je lui fais confiance » E1.

Le niveau d'implication dans la prise en charge attendue varie selon les parents :

- être « un minimum informé » E9 pour se sentir rassuré E3 E10 E14 ;
- être averti de la situation s'il peut l'aider : « si je la voyais souffrir psychologiquement [...] y a peut-être un travail à faire tous les trois ensemble » E4 ;
- participer aux décisions le concernant : « on est encore dans la situation d'avoir des décisions à prendre. Parce qu'il est mineur » E12.

Pour la majorité des parents, c'est au médecin généraliste de maintenir l'équilibre de la relation triangulaire en favorisant la communication : « Faut avoir cette complicité qu'on a entre médecin-parents-enfant [...] c'est un tout » E7.

4. Le médecin généraliste : médecin de famille

La relation du parent avec le médecin de famille induit, dans un certain nombre de cas, des réactions potentiellement intrusives. Accepter de laisser son adolescent consulter seul n'empêche pas en aval certains parents de demander un rapport de la consultation au médecin, par téléphone E16 ou en profitant de sa propre consultation : soit par inquiétude E3, soit pour compléter les dires de l'adolescent, et s'assurer d'avoir un juste compte-rendu, car : « Ils ont pas la même façon de retranscrire les choses » E16.

Deux parents E2 E7 ont aussi témoigné avoir demandé une prescription de pilule à l'insu de leur adolescente, quand bien même l'une ne savait pas si elle avait déjà eu des rapports sexuels, outrepassant son désaccord, se considérant être plus clairvoyante : « J'ai parlé d'abord à ma fille [...] elle était pas trop d'accord, mais moi je vois les choses [...] c'est pour ça que j'ai pris les devants et j'ai demandé au docteur de me marquer la pilule » E2.

C. Le regard parental sur l'autonomie de l'adolescent dans ses soins

À la lecture des entretiens, on constate d'emblée que la notion de confidentialité pour le parent est indissociable du processus d'autonomisation de leur enfant. Du fait, entre autres, de sa posture d'accompagnant, il se considère juge des capacités d'autonomie de son adolescent en situation de soins.

1. Une autonomie partielle

Face à la prise d'autonomie de l'adolescent, deux mères E5 E17 interrogées ont pointé du doigt les contradictions entre les volontés de l'adolescent d'être autonome et ses réelles capacités en situation : « ce n'est pas un jeu ! Ça fait partie de cette relation parent-enfant où elle commence à être de plus en plus autonome, à vouloir s'affirmer, et du coup... cet entre-deux de se dire “j'suis capable de tout faire” et en même temps... c'est pas la réalité » E17.

Dans cette période d'entre-deux, la capacité de l'adolescent à être autonome est ciblée, circonscrite à certains domaines, variant selon les cas étudiés :

- communiquer seul avec le médecin : « Elle est capable d'expliquer [...] elle écoute ce qu'elle lui dit, les conseils qu'elle lui donne... Je pense qu'elle est en confiance » E4 ;
- comprendre une prise en charge : « Il comprend la situation... on doit pas lui traduire ou lui réexpliquer... il a un sens des responsabilités. Et il peut se débrouiller... » E12 ;
- savoir se préoccuper de son traitement : « Si elle a plus de traitement de fond [...] elle me dit “faut vite prendre rendez-vous avec le Dr X” » E17 et pouvoir discuter du traitement avec le médecin : « pas refuser mais être pas d'accord par antilogie » E12 ;
- savoir trouver de l'aide : « Il s'était mis en relation avec euh, je sais pas si c'était SOS adolescents de T. ou le R., donc il avait déjà lui par lui-même contacté ces gens » E9 ;
- consulter certains spécialistes : « Après sur des domaines elles sont très autonomes, le kiné par exemple je m'en occupe pas du tout » E14.

2. Un adolescent dépendant par facilité ou du fait d'un parent (sur)protecteur ?

La relation de dépendance qu'entretiennent certains adolescents avec leurs parents peut compliquer le processus d'autonomisation.

Un adolescent jugé « passif » E8 donne l'impression au parent de se désintéresser de sa santé E14 : « on se demande des fois s'ils se préoccupent de grand-chose [...] c'est assez dans le

carpe diem du moment » E5 ; « C'est nous [...] qui leur disons qu'il faut aller consulter. [...] Elles nous sollicitent pas » E10.

L'adolescent, habitué depuis l'enfance à l'intendance parentale, ne sort pas si aisément de cette posture dépendante par confort E2 E6 : « Ils sont habitués à ce que ce soit géré » E9. Cela n'est pas facilité dans le cas d'un parent (sur)protecteur. Une mère avoue retarder l'autonomie de son adolescent : « Je suis une maman collante oui. (Rires) [...] parce qu'effectivement je les rends pas très autonome je pense par rapport à leur santé » E14.

Une autre mère, quant à elle, sous-évalue l'autonomie de son adolescente : elle raconte « c'est moi qui lui donne (la pilule) parce que je pense que T. n'est pas assez autonome », tout en précisant ensuite : « Si un jour j'oublie elle va me dire "maman la pilule !" » E2.

Il ressort de l'analyse que, même si le parent perçoit des preuves de maturité et considère son adolescent partiellement autonome, il continue de l'accompagner en consultation, attendant une autonomie "à venir" comme nous allons le voir plus loin.

III. PERCEPTION ET ENJEUX D'UNE CONFIDENTIALITÉ POUR L'ADOLESCENT

La définition par les parents du rôle de chacun dans la relation de soins triangulaire, ainsi posée, nous offre un cadre pour questionner ces derniers sur la conscience, la perception et l'intérêt qu'ils ont de la confidentialité pour leur adolescent.

A. État des lieux : (mé)connaissances du cadre légal et des possibilités quant à une confidentialité pour l'adolescent

Les parents ont une notion plus ou moins claire du secret médical chez le mineur, selon leur expérience personnelle et l'information qu'ils en ont reçue.

Tous les parents interrogés savent qu'un médecin est tenu par le secret médical : « Ils ne divulguent pas... les problèmes des patients [...] Je sais que c'est interdit » E3. Pour autant, la législation sur la confidentialité du mineur reste méconnue pour beaucoup ; certains même se demandant si « ça existe ? » E1.

Au sujet du droit à un espace de confidentialité entre l'adolescent et le médecin, les avis ont été divergents quant à ses limites :

- pour certains, l'adolescent a le droit de se confier sans que le contenu ne soit divulgué E7, le secret médical existant pour les adolescents, à l'instar des adultes : « y a pas de raison qu'il n'y ait pas de confidentialité [...] Elle y est entre un parent, enfin un adulte et un docteur, donc du coup elle doit y être entre un enfant et un docteur » E16.

- pour d'autres, cet espace n'a pas lieu d'être : « Tant qu'elles sont pas majeures, je sais pas en quelle mesure... ça doit rester, entre le médecin et mes enfants ! » E10.

Dans la majorité des cas, le médecin n'a jamais abordé la possibilité d'une confidentialité, ni proposé de voir l'adolescent seul en consultation. Cela a été expliqué au regard d'une non-nécessité devant des motifs somatiques E16 ou du fait de l'immaturation de l'adolescent E11.

Certains parents sont persuadés que le médecin saurait en parler au moment opportun : « Si elle sentait un terrain [...] le médecin saurait l'amener » E5 et progressivement E3.

Les parents dont les adolescents ont été suivis par des spécialistes (psychiatre E9 et psychologue E5) ont déjà fait l'expérience d'une consultation en duo et sont donc apparus plus sensibles à la notion de secret médical. Bien qu'une certaine confusion persiste sur la source d'information : « j'aurais tendance à confondre, dans quel contexte... le spécialiste ou le généraliste [...] mais ça a été sûrement abordé » E5.

Malgré ce défaut de connaissance ne favorisant pas l'existence d'un espace de confidentialité, les parents peuvent penser la confidentialité pour leur adolescent dans un cadre "en théorie".

B. Une confidentialité théorique

Quand bien même ils n'en ont jamais fait l'expérience ou très rarement, les parents interrogés ont pu exprimer un intérêt que nous appellerons "théorique" à laisser leur adolescent consulter seul. Ils peuvent comprendre la nécessité d'une confidentialité, mais il existe des situations, en lien avec la perception de leur responsabilité parentale, où la confidentialité ne peut pas être garantie.

1. *Y a-t-il un âge théorique pour consulter seul ?*

Nous avons demandé aux parents à partir de quel âge un adolescent pouvait consulter seul. Pour beaucoup, l'espace de confidentialité pour leur adolescent et son intérêt s'inscrit dans un projet futur : « pour l'instant non, mais en grandissant certainement » E13.

Certains d'entre eux envisagent une confidentialité "à venir" corrélée à une fourchette d'âge fluctuante, selon leurs expériences, leur perception et le genre de l'adolescent.

Une mère y voit un intérêt à partir des premières relations : « À partir de la puberté, (réflexion) je sais pas 12-13 ans, 14 je sais pas. Les premiers flirts ! » E2.

Pour d'autres, cet âge-limite est en lien avec la capacité de discernement de l'adolescent : à sa faculté d'apprécier une situation et ses conséquences et à celle de prendre une décision en connaissance de cause E5 E11 E12 E13. Ces quatre parents s'accordent sur une fourchette de 14 à 17 ans pour l'acquisition de ces facultés : « quand je le sens plus sérieux sur... l'acquisition qu'il fait des infos et comment il nous les retransmet, à partir de là bon j' pense qu'on lâche la bride un peu » E5.

Certains parents, en dehors de l'âge, attendent des preuves de maturité de la part de leur(s) adolescent(s), notamment à l'école ou dans l'organisation de ses temps libres E5, avant de le laisser consulter seul : « Quand je sens que l'enfant, il a une capacité d'autonomie par rapport à l'adulte dans l'échange [...] ça peut me rassurer pour le laisser seul avec un adulte » E8.

Deux pères E12 E15 font une différence selon le genre de l'adolescent, considérant les filles matures plus tôt : « 14 ans pour les filles, 16 ans pour [...] les garçons » E12.

Cet âge-seuil, fluctuant selon les cas étudiés, marque le début d'une acceptation des parents d'un espace de confidentialité pour leur enfant : « Normalement à 16 ans, les parents ils sont dans la possibilité de comprendre les exigences de l'enfant » E12.

A contrario, d'autres parents invoquent plutôt la nécessité ou l'envie de l'enfant d'être vu seul E6, dans le cas par exemple où « il a des difficultés avec les parents, peut-être qu'il n'a pas les moments dédiés pour s'exprimer » E12. La demande plus ou moins explicite de l'adolescent semble primer sur un âge défini E7 : « dès qu'un enfant exprime, d'une façon ou une autre, pas nécessairement verbalement [...] le besoin de confidentialité » E8.

Au final, la singularité des personnalités et des expériences de l'adolescent rend cet âge-limite mouvant : « ça me semble toujours un peu compliqué parce qu'un enfant n'est pas égal à un autre, une situation n'est pas égale à une autre » E8.

2. L'intérêt des parents pour une confidentialité

Les résultats montrent que les parents considèrent l'espace de confidentialité pour leur adolescent nécessaire dans certaines situations et pour certains motifs.

a. Préserver l'espace d'intimité de l'adolescent

Pour la majorité, l'adolescent a le droit à un « jardin secret » E8, comprenant qu'il puisse vouloir garder des choses pour lui E13 ou qu'il puisse avoir besoin de se confier à d'autres personnes que ses parents E9 E11.

Deux parents ont fait le lien entre l'espace à soi et le développement de la personnalité, posant comme fondamental leur respect : « sinon c'est une violation de vie privée... parce qu'on fait pas un enfant pour le modeler comme de la pâte à modeler... il y a des choses à respecter » E7, cela dans la construction identitaire de l'adolescent : « Moi ce qui me rassure aussi c'est qu'il ait son espace à lui, c'est que voilà c'est son individualité » E5.

L'intime apparaît comme relevant d'un jugement parental, le parent définissant quel(s) motif(s) nécessiterai(en)t une confidentialité :

- Vie/prévention sexuelle

La sexualité est posée comme le premier motif en lien avec la confidentialité dans les cas étudiés. Certains parents ont affirmé que « la vie sexuelle se partage pas forcément avec les parents » E5. Face à des difficultés d'échange ou lorsque le sujet est tabou E2 E14 E16, le médecin est perçu comme un recours à la fois pour ses connaissances et sa neutralité et peut : « expliquer les choses plus concrètement sur les conséquences... et l'enfant sera plus à l'aise avec une personne étrangère, neutre, qui n'est pas le papa ou la maman » E16.

Que le médecin soit le confident de l'adolescent au sujet de la sexualité permet à une mère interrogée de se protéger de cette intimité qu'elle ne veut pas connaître : « Le contenu je veux pas le savoir dans le sens je pense que ça me ferait mal ! [...] Si elle dit "j'ai eu un rapport hier" [...] je veux pas l'entendre » E2.

Que le parent soit ouvert ou fermé à discuter sexualité, peu d'adolescents semblent échanger avec eux sur le sujet : « c'est vraiment silence radio (rires), je crois qu'on n'y arrivera pas

pour l'instant [...] elle coupe court à la conversation » E1 ; certains regrettant l'absence de réciprocité dans la confiance E3 ou la non-perception par l'adolescent de son ouverture E13.

Quatre parents ont pu profiter d'un contexte pour enclencher le dialogue, suite à une séance d'éducation affective et sexuelle au collège E1 ou lors de la vaccination contre le HPV E13. De même, consulter des « bouquins [...] des BD » E11 ou des sites internet E7 leur a permis d'amorcer plus facilement la discussion.

Même si l'ouverture parentale est perçue à sens unique, un père espère avoir fait passer le message à ses adolescentes : « on a toujours essayé d'instaurer le dialogue et j'espère que maintenant qu'elles sont dans le vif du sujet de l'adolescence ça portera ses fruits ! » E10.

- Intimité corporelle

Face à la nudité de l'adolescent, notamment lors d'un examen gynécologique ou urologique, la confidentialité est considérée comme « normale » E6, de même que le respect de la pudeur de l'adolescent : « Ils lui ont touché les testicules, je peux comprendre qu'il n'ait pas envie, que papa et maman soient là à côté lors de ça ! » E11.

- Intimité psychologique

L'intérêt d'une confidentialité a aussi été évoqué par sept parents dans le cas de problèmes « d'ordre psychologique ou relationnel » E1 : « un adolescent [...] qui se sent pas très bien ou voilà qui aurait plus envie d'avoir une relation, une discussion en duo avec le médecin, je pense que c'est bien aussi qu'il soit seul à ce moment-là » E4. De même, protéger l'enfant dans un espace privé allait de soi en cas de maltraitance parentale E5 E7.

b. Libérer la parole de l'adolescent

Certains parents ont évoqué le fait que leur présence en consultation pouvait s'avérer importune ou susciter un embarras de l'adolescent E16 :

- en interférant dans le dialogue : « j'ai eu le réflexe de répondre, et le docteur c'est là où elle a su me replacer le contexte et me dire qu'elle s'adressait à mon fils et qu'on avait pas besoin de savoir ce que j'avais à dire ! (air gêné) » E5 ;

- en constatant que leur seule présence pouvait bloquer l'expression de leur adolescent : « Quand je suis là, elle a un blocus ! ». En son absence, d'après le médecin : « elle était

vraiment délogée [...] c'est peut-être parce que je n'étais pas là ; peut-être c'est moi sa frustration » E3 ;

- en voyant que leur anxiété incitait le médecin à privilégier la discussion avec lui : « le docteur il me connaît assez [...] je suis quand même assez inquiète si j'amène mon enfant [...] il va s'adresser à moi » E2.

À la question sur les avantages qu'aurait l'adolescent à consulter seul, la moitié des parents ont répondu que cela permettrait une « neutralité » E14 de l'échange : l'adolescent serait ainsi « plus libéré de dire les choses » E15 et s'exprimerait de manière plus « vraie » E14.

De plus, cela permettrait que « les parents [...] n'influencent pas [...] l'adolescent ! » dans le « choix d'une éventuelle décision... par l'avis que le parent peut donner ! » E10, et que la perception du praticien « puisse être plus juste. Qu'il puisse travailler mieux » E14.

Le parent, qu'il intervienne ou pas dans la discussion, peut gêner simplement par sa présence, à la fois l'adolescent et le médecin. Son absence permettrait une consultation « peut-être plus efficace » E13.

Que l'adolescent soit moins libre pour s'exprimer est expliqué par le fait qu'il puisse :

- vouloir protéger le parent : « peut-être qu'elles veulent pas me blesser [...] si elles disaient "j'ai tenté de me suicider" moi je serais à côté [...] je serais complètement démunie ! [...] je sais qu'elles préféreraient ne pas le dire » E14 ;

- se dispenser d'une remontrance parentale : « elle peut parler... peut-être de sexualité avec le médecin alors qu'elle n'ose pas en parler de ça avec moi ! Parce qu'elle a peur, [...] elle se dit que peut être maman va mal réagir » E3 ;

- ou s'épargner une discussion au domicile : « j'dirais rien sur le moment [...] après j'essaierais d'en parler un peu plus en détail avec lui à la sortie [...] si je suis surprise lors de la consultation [...] lui dire "t'aurais pu m'en parler !", j'vais essayer de savoir ! » E16 ;

Malgré cet intérêt ciblé, les parents établissent une frontière au-delà de laquelle ils doivent être informés de la situation.

3. Une rupture nécessaire de la confidentialité motif-dépendante

À l'unanimité, le médecin est à priori dans l'obligation légale d'informer les parents en cas de danger pour l'adolescent : « j'estime que... je veux que le médecin il m'en parle quoi ! [...] elle est mineure j'pense qu'il est quand même obligé de nous le dire ! » E13.

Le parent estime qu'il doit y avoir rupture du secret par le médecin en cas de :

- cancer E10 E11,
- grossesse non désirée et IVG E10 E13,
- addictions E11 ou comportement ayant un impact sur avenir E16,
- harcèlement scolaire E9 ou idées suicidaires E14,
- maltraitance E5, de nature physique, psychologique ou sexuelle E7.

Nous avons interrogé les parents sur l'éventualité que leur adolescent veuille que certaines informations restent confidentielles. Dans ce cas, ils attendraient du médecin de faire figure d'autorité, voire d'être moralisateur :

- en cherchant préalablement l'accord de l'adolescent avant de les informer : « Est-ce que je peux en parler à tes parents ? Parce que faut pas que ça devienne une obligation ! » E7, « au médecin à aller rechercher l'adhésion du jeune quoi ! » E4 ;

- en se concertant avec lui sur ce qu'il peut révéler au parent E14 ;

- en revêtant un rôle de médiateur apaisant la réaction parentale, modérant les propos en faveur de l'adolescent : « on voit ensemble [...] ils vont pas te menacer... » E3 ;

En cas de maintien du refus de l'adolescent, le médecin pourrait faire preuve de persuasion en lui expliquant les conséquences imputables à sa décision, et pourrait l'inciter à se diriger vers un tiers : « ils ont des astuces que nous autres n'avons pas pour convaincre quelqu'un qui peut prendre une mauvaise voie côté santé » E3.

Trois parents E9 E11 E17 pointent du doigt le fait que rompre le secret à l'insu de l'adolescent pourrait entraîner une rupture de soin : « c'est le moyen idéal... pour rompre le lien qu'il y a eu entre l'enfant et le corps médical ! » E17.

Un père estime que c'est plus à l'adolescent d'en parler : « c'est plutôt à lui de m'en parler, et surtout pas mon médecin quoi ! Du coup le secret médical (rires) » E11.

C. Derrière la confidentialité, l'enjeu de l'autonomie de l'adolescent

Pour tous les parents interrogés, l'autonomisation de leur enfant, passant notamment par une non-présence lors de la consultation, implique un détachement qui ne va pas de soi, voire qui peut être douloureux. L'acceptation de la prise d'autonomie apparaît comme un long processus afin de "couper le cordon" : « je pense qu'on est un peu en décalé [...] on a toujours

un peu de mal à les lâcher euh ou à les voir grandir » E1, tout en demandant un changement de perception « je la vois encore pour mon petit bébé » E2.

La démarche de « lâcher-prise » E10 est vécue comme un passage difficile E5 E10 E12 demandant à la fois une volonté d'acceptation E5 et un réel effort d'apprentissage E10. Pour autant, ce processus d'autonomisation, perçu comme un processus de séparation, se révèle, chez la plupart des cas étudiés, nécessaire E10 E11 : « si elle me dit “bah non maman tu ne rentres pas” et bah maman tu rentres pas ! Tu prends une gifle au passage (Rires) [...] tu te dis que c'est pour elle [...] faut respecter » E6.

Plus encore, certains parents, sans taire les difficultés qu'ils rencontraient quant au processus de détachement, ont exprimé qu'ils seraient rassurés par la prise d'indépendance médicale de leur adolescent. Un des pères interrogés a laissé entendre qu'il se place à l'origine de leur potentielle prise d'autonomie, en ayant préparé ses adolescentes à assumer la responsabilité de leur propre santé : « C'est quand même... la bonne initiative... ça veut dire que tout ce qu'on leur a inculqué comme valeurs, ça a porté ses fruits, elles se posent les bonnes questions, au bon moment, elles font pas n'importe quoi, toutes seules, et qu'elles demandent l'avis d'un... professionnel de santé. Même si... elles auraient pu nous en parler ! » E10.

Le comportement parental quant à l'autonomisation de leur adolescent révèle une ambivalence de positionnement, un tiraillement entre la difficulté à lâcher-prise et leur souhait d'autonomiser. Certains ont adopté ainsi une position intermédiaire, dans une forme de présence absente : « Moi je reste sagement dans mon coin, avec ma p'tite carte vitale (rires) et voilà ! » E7.

D. Une confidentialité sous l'influence du vécu

L'appréhension par les parents d'un espace de confidentialité pour leur adolescent apparaît étroitement liée à une situation singulière influencée par le vécu antérieur du parent, le vécu de la confidentialité chez un autre spécialiste ou le schéma familial.

1. L'adolescent renvoie le parent à sa propre adolescence

En écho à leur adolescence, certains ont décrit leur comportement soit dans la continuité de leur propre schéma familial, soit en opposition volontaire à l'éducation qu'ils ont reçue.

Certains parents ont ainsi affirmé comprendre la nécessité d'un espace de confidentialité : « quand j'avais son âge j'ai gardé des secrets pour moi, ou des questions que je posais pas à mes parents, peut-être que ce sera la même pour lui » E12. L'accompagnement parental a

été décrit par une mère comme inopportun lorsque la consultation avait un motif gynécologique : « C'est sûr que si elle [sa mère] m'avait dit "je viens avec toi chez le gynéco" ça m'aurait fait moins rire ! » E13. De même, un père a adressé son adolescente au planning familial, ne voulant pas reproduire son propre vécu : « y a 50 ans en arrière, vous auriez dit ça à mon père, je crois que waouh ! Il y avait plus de portes, plus de murs, plus rien ! » E7.

A contrario, un père reproduisait le fonctionnement qu'il avait eu avec ses propres parents : « J'ai commencé à aller chez mon médecin quand j'étais mec à 19-20 ans, seul. [...] Alors c'est pour ça. C'est un peu le mode de vie familial qu'on va transmettre à nos enfants » E12.

2. La confidentialité : une réalité vécue chez un autre spécialiste

Sur l'ensemble des cas étudiés, deux mères ont fait l'expérience de consultations strictement confidentielles chez un autre spécialiste. La singularité de la situation, notamment la privation d'information couplée à une impression de mise à l'écart, les a amenées à se questionner sur cette expérience de confidentialité "imposée".

L'une a témoigné de l'effort que cela représentait pour elle : « faut avoir envie, c'est particulier comme démarche » E5.

L'autre, plus encore, a exprimé se sentir « frustrée » d'être exclue de la relation de soin : « je rentre uniquement pour payer parce qu'elle ne me parle pas ». Elle s'est sentie impuissante dans la prise en charge, notamment par l'absence de dialogue : « si elle m'avait prévenue [...] dit « ça fait quinze jours que je le sens pas bien », bah j'aurais été plus vigilante », et n'a pas cautionné une mise en responsabilité totale de l'adolescent : « elle s'est permise de dire à L. "faut voir avec les antidépresseurs, si on peut les diminuer ou pas". Euh... non ! » E9.

Malgré la frustration de cette mise à l'écart dans la prise en charge, ces deux mères perçoivent aussi la confidentialité sous un autre angle : en ayant confiance dans le corps médical E5 dont la disponibilité dans l'accompagnement est appréciée E9, elles l'ont acceptée dans l'intérêt de l'adolescent :

- le contentement de l'adolescent sur le respect d'une stricte confidentialité invite à la confiance : « il cautionne la façon dont ça s'opère, il se sent mieux d'ailleurs [...] il est moins réticent à y aller » E9 ;

- l'espace de confiance est une étape dans l'autonomisation : « ça le met en confiance », « ça l'aide à avancer » E9 ;

- l'espace de confiance entre le médecin et l'adolescent prime sur la curiosité parentale : « si elle [la psychothérapeute] me disait tout, il voudrait pas y revenir ! » E9 ;

Ces mêmes parents, malgré cette expérience de la confidentialité, se comportent différemment chez le généraliste, appréciant la transparence dans la prise en charge :

- la mère E5 accompagne toujours son adolescent, n'ayant jamais abordé la possibilité d'une consultation en duo également chez le généraliste : « je n'aurais pas pensé à lui préciser par rapport à un parcours médecin généraliste » E5 ;

- la mère E9 laisse son adolescent consulter seul, mais apprécie d'être intégrée dans la prise en charge à la fin de la consultation, tout en ayant conscience du surplus de temps pour le médecin : « le docteur W. c'est différent parce qu'on fait un point [...] certaines choses elle les dit devant moi, en accord avec lui. [...] j'ai l'impression d'être plus active en fait » E9.

3. L'influence du type de relation parent-adolescent

L'analyse des entretiens montre que le type de relation parent-adolescent influence la vision parentale de la confidentialité. Lorsque le parent estime être dans une relation ouverte et le confident principal de l'adolescent, il ne voit pas ce que ce dernier pourrait lui cacher E3 E13 et n'éprouve pas de gêne à participer à la consultation : « c'est tellement ouvert entre nous que je n'ai jamais ressenti ce malaise » E17.

Pour une mère estimant être dans une relation fusionnelle, la difficulté à se séparer est justifiée par le fait que « elle et moi on fait un quoi, on fait pas deux » E6.

De même, une autre a expliqué ne pas comprendre ce qui peut relever du confidentiel puisqu'elle veut être « présente à toutes les choses, les démarches qu'elle veut faire » E2.

Pour un père (sur)protecteur, se disant « toujours inquiet » de la santé de son enfant, accompagner son adolescent, qu'il entre ou pas en consultation, permet de se tranquilliser en maintenant « une sorte de cocon [pour] les protéger de tout ce qui est à l'extérieur » E7.

Deux mères interrogées ont exprimé une plus grande difficulté à accepter l'intimité du premier enfant, considérant que cela devient plus évident avec les suivants après une première "expérience-fusible" E13 : « on est souvent maladroits parents [...] quand on a eu peut-être un premier parcours, pour les enfants suivants, ça peut être plus évident » E5.

Le parent est tiraillé entre respecter l'intimité de l'adolescent et laisser l'adolescent s'autonomiser, impliquant potentiellement une absence d'informations le concernant. On voit combien cette ambivalence est influencée par un ensemble de facteurs.

IV. LA CONFIDENTIALITÉ À L'ÉPREUVE DU CONCRET

Que cela ait été amené par nos questions ou bien évoqué spontanément, il ressort de l'analyse des résultats des éléments concrets facilitateurs ou freins à la confidentialité.

A. Qui doit décider d'une consultation confidentielle selon le parent ?

Les avis divergent quant à qui décide de la présence parentale en consultation.

1. L'adolescent ?

Lorsque le parent E6 E8 E12 ou le médecin E1 E7 demande à l'adolescent s'il souhaite la présence de ses parents, ce dernier les accepte toujours en consultation. Une mère, pensant que ses adolescents n'ont pas osé, considère de ce fait que cela n'est pas une nécessité pour eux : « c'est assez cool parce qu'apparemment mes enfants... ma présence ne fait pas écran, ne les dérange pas (sourire) » E8. Un père, quant à lui, l'explique par la crainte de l'adolescent d'une mise à l'écart de son parent et la volonté de préserver sa relation avec lui : « il sent l'exclusion qu'on sent » E12.

Symboliquement, certains entendent plus « que la démarche vienne du gamin » E5, plutôt que du médecin : « à la limite je comprendrais encore plus ! Parce que ça viendrait d'elles [...] ça signifierait qu'elles... évoluent » E10. Cette demande de l'adolescent serait respectée : « si demain elle veut pas que je vienne je ne viendrais pas » E13.

2. Les parents ?

Si pour la majorité la décision revient à l'adolescent, deux pères E7 E11, comprenant le besoin d'intimité, ont pu sortir spontanément : « Quand je sens que la question est un peu dure à répondre... j'me lève automatiquement à la salle d'attente [...] je pose même pas de questions » E7. Pour le père E7, le parent ne devrait pas imposer sa présence : « Les parents n'ont pas le droit de se donner le droit de dire "non je veux être présent" », quitte à intérioriser ses inquiétudes.

3. Le médecin ?

Certains parents déclarent que c'est au médecin de juger de la situation afin d'accorder ou non la confidentialité au mineur, affirmant qu'ils n'iraient pas à son rencontre : « je fais entièrement confiance au docteur si elle estime que c'est nécessaire que nous sortions » E10.

Il peut, en ce sens, aider autant le parent que l'adolescent dans cette décision, après en avoir évalué le besoin : « d'abord est-ce que l'adolescent le voudrait vraiment ? Est-ce que les parents le voudraient vraiment ?! (Grimace) » E11.

Si la confidentialité n'est pas perçue comme une obligation, une mère considère qu'il faut, dans l'intérêt de l'adolescent, la lui proposer au début de chaque consultation : « en évaluant les situations au cas par cas... parce que la confidentialité c'est pas [...] une fin en soi [...] c'est un moyen de respecter l'enfant [...] C'est important [...] de le demander à l'adolescent systématiquement » E8.

Une mère met en avant la potentielle difficulté pour le médecin à instaurer une confidentialité, au regard de la relation parent-médecin E1. Pour un autre parent, dans cette relation triangulaire, chaque protagoniste semble avoir du mal à assumer son rôle dans ce processus d'autonomisation : « Dans la mesure où lui ne me demande pas de sortir et que le médecin non plus, euh... on reste ! » E11.

En somme, la prise de décision par le médecin apparaît comme une aide pour le parent tiraillé entre la conscience d'un intérêt pour l'autonomisation et la difficulté à s'en détacher.

B. L'autonomie de l'adolescent compliquée par des « paramètres extérieurs » E17

Concrètement, l'espace de confidentialité pour l'adolescent peut être compromis par :

1. Le transport

- La distance du cabinet ou du planning familial fait de l'accompagnement parental une évidence : « le problème, c'est le transport. Vu l'endroit où nous habitons » E10.

- La nécessité d'exams complémentaires fait « qu'on sera forcément au courant (rire) pour l'amener » E11.

- L'heure du rendez-vous médical inadaptée : « si l'heure est vraiment trop éloignée de ces heures de lycée c'est moi qui l'amène » E17.

2. « Le barrage des papiers » E16 administratifs et financiers

- Les comptes-rendus médicaux : « ils les envoient à la maison, donc [...] à nous » E11.

- L'administration scolaire "parent-requérant" : « parce qu'enfin... on sort du collège, on n'a pas toujours la sortie autorisée » E17.

- La carte vitale : « Elle ne vient pas sans me dire puisque c'est moi qui détiens la carte vitale » E3. Et même à partir de 16 ans, avec sa propre carte, « ça fait "une trace" » E4 sur les relevés, informant inéluctablement le parent.

- Pour un adolescent qui n'a « pas d'autonomie financière » E8, « Le règlement... c'est sûr que ça pose un problème de confidentialité » E10.

3. La configuration du cabinet médical et son ambiance

- Une salle d'examen sans séparation peut embarrasser l'adolescent en présence parentale, en ne donnant « pas d'intimité » E5.

- Le handicap exige « d'être bien sûr accompagné pour l'instant [...] mon fils il est en fauteuil roulant ». Et « la salle d'attente pfff, c'est pas l'ambiance qui le mette à l'aise » E12.

- Un bureau impersonnel peut ne pas mettre à l'aise l'adolescent et ainsi ne pas faciliter un climat de confiance : « c'est chaleureux [...] quand ils rentrent dans le bureau ils voient les photos des enfants [...] des choses qui sont familiales [...] ils se sentent plus à l'aise » E14.

4. La capacité de discernement des parents

- Même s'il consultait seul, l'adolescent aurait du mal à dissimuler un problème au regard de ses parents capables de discernement : « on connaît nos enfants, et on voit qu'il y a quelque chose qui cloche, forcément on va aller la voir pour lui demander [...] ce qui va pas » E10.

- Concernant l'obtention d'une contraception sans l'autorisation parentale, ce même père affirmait : « j'vois pas mal comment euh... on ne... s'en rendrait pas compte ! » E10.

C. Cas pratiques : dossier médical et contraception

Nous avons voulu confronter les parents interrogés à deux cas concrets qui soulèvent particulièrement la question du secret médical.

1. Le dossier médical de l'adolescent : un cas particulier ?

Il nous a paru intéressant d'évaluer les connaissances parentales, quant à leur possibilité d'accéder au dossier médical de leur adolescent.

Pour le parent, le dossier médical constitue l'« aide-mémoire » E4 du médecin, lui permettant de collecter toutes les informations de sa patientèle (dont il ne peut se souvenir) E1.

Cette trace écrite a pour intérêt de suivre l'évolution de l'adolescent depuis sa naissance E9, et prévient le risque « de ne pas passer à côté de quelque chose » E11.

Son contenu n'intéresse pas certains : « J'ai jamais ressenti le besoin d'y avoir accès parce que c'était des choses pour moi anodines et banales » E8 ; ou n'est pas considéré à leur portée : « ils ont des termes techniques qui sont incompréhensibles pour nous quoi » E16.

L'accessibilité au dossier médical ne s'est jamais posée pour la plupart, car il s'agit du domaine du généraliste. La confiance à son égard limite le besoin d'y accéder E8.

Une certaine « transparence » E17 lors de la consultation dispense également le besoin d'y avoir accès : « comme on discute ouvertement de la situation, du diagnostic, des investigations éventuelles [...] et du traitement, je n'en ai jamais ressenti le besoin » E8.

Lorsqu'ils y réfléchissent, pour beaucoup le dossier de leur enfant est consultable si besoin, et ce dernier ne peut s'y opposer : « au dossier de mon ado en tant que représentant légal oui ! je peux en faire la demande (rires) tant qu'elle est mineure » E4.

Pour une mère, la partie communicable serait partielle : « ce serait pas forcément toutes les notes que se marque Mme X » E14.

Lorsque l'adolescent a bénéficié de soins confidentiels, un seul parent conçoit qu'il est délicat d'avoir accès à des informations pour des consultations auxquelles le parent n'aurait pas assisté : « À céder des informations peut-être très personnelles [...] dont lesquelles il n'a pas parlé avec nous... et peut-être un peu une situation limite » E12. Ce père est conscient que l'adolescent peut « spécifier de garder des informations » E12 entre lui et le médecin.

Entre banalité et intelligibilité de l'information, mais surtout au vu de sa confiance envers le médecin traitant, le parent ne voit pas l'intérêt d'accéder au dossier médical de son adolescent, n'envisageant pas, à l'exception du père E12, un contenu plus personnel.

2. L'accès à la contraception : une situation particulière ?

Lors des entretiens, la sexualité a été très fréquemment abordée comme le sujet délicat associé directement à l'idée d'une confidentialité. De plus, il nous a paru intéressant de recueillir le ressenti des parents sur une situation exemptant légalement le praticien de leur consentement préalable : l'accès à la contraception par le/la mineur(e).

Sur le plan légal, trois mères ont connaissance que l'adolescent peut bénéficier d'une contraception sans leur accord : via le généraliste E10, « via l'infirmerie scolaire » E17 ou par le « planning familial » E1.

A contrario, une mère supposait un accord parental préalable E3. La majorité des parents a reconnu ne pas connaître la législation en vigueur et ne s'être pas posé la question, n'ayant pas été sollicités par leur adolescent E13.

La plupart ont fait le lien spontanément avec le planning familial, la maison des adolescents ou le gynécologue. Selon certains, les adolescents pourraient préférer le planning familial où ils se sentiraient plus à l'aise, dans un cadre sortant de « l'étiquette familiale », du « quotidien » E14 chez le médecin traitant. Ils ont mis en avant la possibilité de consulter « gratuitement » E4, « sous le coup de l'anonymat » E7, et « sans rendez-vous » E14.

Il apparaît que l'accès à la contraception sans l'accord parental E1 E2 E13 est ou serait intéressant, voire nécessaire, pour l'adolescent lorsque la situation est compliquée au domicile : « quand il n'y a pas de dialogue au domicile ça peut...protéger d'autres choses » E17.

Le médecin traitant comme personne ressource pour l'accès à la contraception ne semble pas faire partie des recours envisagés en première intention. Pourtant, certains préféreraient le généraliste en qui ils ont confiance et dont ils connaissent l'approche, plutôt que le planning familial qui inspire une plus grande méfiance, à la fois par méconnaissance du fonctionnement de la structure : « Est-ce qu'il y a un suivi médical là-bas ? Je n'en sais rien [...] donc je pense que c'est mieux d'aller voir un médecin » E2, mais aussi par l'absence d'information directe qu'implique une consultation de l'adolescent en totale autonomie E7.

Cependant, dans le cas où l'adolescent consulterait le généraliste à leur insu pour obtenir une contraception, leurs opinions rejoignent celles sur le planning familial :

- Le médecin traitant peut agir précipitamment : « il y a plein de façons d'avoir des contraceptions pouvant être plus adaptées [...] J'sais pas si le médecin fera l'effort de savoir [...] si on leur prescrivait de suite la pilule [...] j'essaierais d'en discuter avec elle » E14.

- Une mère souhaite être informée au regard des effets secondaires d'une contraception hormonale pouvant dérouter son adolescente : « c'est quand même quelque chose qui change le corps [...] que la mère soit au courant qu'elle a une contraception [...] On peut la supporter, ne pas la supporter » E16.

Que leur adolescent consulte au planning familial ou chez le généraliste, les parents expriment, pour la plupart, la crainte de manquer d'information dans un domaine à la fois délicat, mais pouvant également demander de prendre des décisions complexes.

Le sujet de la contraception amène souvent à évoquer celui d'une grossesse non désirée : « ça peut se terminer en grossesse et ça moi je l'accepterais pas » E2. Dans le cas d'une IVG, certains parents se considèrent comme une personne ressource, dont l'accompagnement nécessite un accès à l'information : « C'est une décision très lourde [...] fondée au moment sur des émotions très fortes, normalement les parents sont ceux qui dans la situation, dans la tempête, gardent un peu la direction » E12.

V. AMÉLIORER LA CONFIDENTIALITÉ : PERSPECTIVES PARENTALES

À la fin des entretiens, nous avons demandé aux parents ce qui, selon eux, permettrait d'améliorer la confidentialité entre le médecin traitant et l'adolescent.

A. Informer et sensibiliser sur le droit à la confidentialité

Certains parents envisagent différentes possibilités selon l'âge de l'adolescent :

- À partir de 12 ans : une mère, quant bien même consciente de la difficile applicabilité, propose une partie de la consultation en duo avec l'adolescent, pour le sensibiliser et évaluer ses prérequis à la confidentialité à l'aide d'un « p'tit questionnaire » E5.
- Entre 13-14 ans : un père propose d'instaurer des créneaux de consultations (non obligatoires) tous les 6 mois à disposition de l'adolescent pour consulter seul E10.
- À 15-16 ans : imposer, si cela n'a pas été déjà fait, « un passage obligé de l'enfant seul chez le médecin [...] pour établir un lien. Sans ce lien là c'est impossible qu'il demande à parler à 16 ans avec un médecin » s'il en ressentait le besoin dans l'avenir E12.

Pour éviter l'ambivalence parentale, une mère E6 fusionnelle, pense qu'il est préférable « que les parents ils rentrent pas du tout », et ce à la demande du médecin.

Pour d'autres personnes interrogées, le médecin devrait sensibiliser, à la fois le parent et l'adolescent, à cet espace de confidentialité le plus tôt possible, afin « que l'enfant entende qu'il est possible... qu'il y ait cette confidentialité mise en place » E17, permettant « un début de la conscience des droits qu'il a ! » E5. Tout en attirant l'attention des parents sur l'importance d'un « espace de discussion » E1 pour l'adolescent, certains pointent du doigt la nécessité de clarifier les limites de la confidentialité E14.

B. Former les médecins généralistes à la médecine de l'adolescence

Une mère suggère « un temps de formation dédié pendant le cursus » pour pallier aux difficultés relationnelles dans cette « période un peu à part où... autant la réaction des ados que celle des parents ne sont pas forcément facile à appréhender, ou à gérer, en tout cas en tant que professionnel... ça peut être important de bien le maîtriser » E1.

C. Instaurer un forfait annuel pour l'adolescent

Certains parents avancent des solutions pour déjouer les “freins” à la confidentialité. Le « barrage administratif » E16 et financier de la consultation peut être facilement dépassé en « donnant la carte » E12, « l'argent au moment » E10 ou en le mettant sur leur compte bancaire E7. Cela implique que le parent soit informé de la consultation.

Si l'adolescent veut consulter sans que la facture transparaisse aux ayants droit, il lui faudrait « payer lui-même sa consultation et pas faire passer la vitale dans le lecteur » E9.

Pour une mère, une solution serait de dématérialiser la consultation avec un « forfait annuel... qu'il puisse y aller sans avoir à payer [...] à donner la carte de sécu » E4.

D. Médiatiser la confidentialité

Notamment pour les cas de grossesse non désirée E7 ou de difficultés en cas de maltraitance E17, deux parents proposent de sensibiliser à la confidentialité par :

- les médias annonçant « Y a tel numéro ou tel endroit où vous pouvez parler... » E7.
- des affiches en salle d'attente : « faire passer l'info à l'enfant, sans que les parents soient au courant c'est compliqué hein ! Ou alors des affiches ! [...] Toutes simples... imagées [...] Assez parlantes [...] J'pense notamment aux personnes ne maîtrisant pas la langue ! » E17.

DISCUSSION

À PROPOS DE L'ÉTUDE

A. Les forces de l'étude

1. Une enquête originale

Une des forces de notre étude réside dans son originalité. Peu de travaux sur le sujet ont été réalisés auparavant.

2. Une méthode adaptée

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs. Nous souhaitons évaluer les ressentis et le vécu de la confidentialité de parents d'adolescent ; cette méthode nous a paru la plus adaptée.

3. En lien avec l'analyse des données et les résultats

La triangulation permet, au cours d'études qualitatives, d'assurer la validité interne de la recherche. Un double codage des données a été réalisé de manière indépendante par les deux chercheurs afin de limiter les biais d'analyse. La mise en commun a été enrichissante, par la confrontation de discordances notables dans le codage. C'est grâce au non-recouvrement des deux codages que nous avons établi des thèmes pertinents plutôt que par les confirmations de codage entre codeurs indépendants.

B. Les limites de l'étude

1. En lien avec l'équipe de chercheurs

Il s'agit de notre première étude qualitative. Notre manque d'expérience quant à cette méthode a pu avoir des incidences sur le recueil et l'analyse des données.

De plus, si nous nous présentions comme chercheurs (en sciences humaines), trois parents ont compris notre statut de médecin généraliste. Les réponses ont pu être influencées en ce sens.

2. En lien avec la conception de l'étude

- Égarement de méthode :

Le recueil de terrain a été suspendu après un total de 5 entretiens, pour une durée de 3 mois environ, en raison d'une réelle difficulté dans le codage des données rencontrée par les deux chercheurs. Après concertation avec notre directrice de thèse, nous avons réalisé que nous effectuions de la micro-analyse, méthode inadaptée pour notre travail. À l'aide du manuel de C. Lejeune abordant la méthode qualitative de manière pratique (13), nous sommes repartis sur le terrain avec une méthodologie plus appropriée pour notre étude.

- Biais de sélection (double) :

Pour le recrutement, nous avons choisi de contacter des médecins chez qui nous avons effectué un stage. Nous leur avons demandé de recruter les parents sur leurs consultations à venir. Toutefois, leur choix a peut-être pu se porter sur certains parents plutôt que d'autres.

- Biais de volontariat :

Les parents ayant accepté de participer à notre étude étaient donc disposés à nous parler de ce sujet. Nous pouvons supposer que les parents ayant refusé de participer ou ayant des horaires de travail incompatibles auraient amené autre chose.

Les critères de variabilité ont bien été représentés dans notre étude, en dehors du genre des parents interrogés, puisque cinq pères seulement ont participé à l'étude.

À PROPOS DES RÉSULTATS

I. POURQUOI LES PARENTS ONT-ILS PEU CONSCIENCE D'UNE POSSIBLE CONFIDENTIALITÉ POUR L'ADOLESCENT ?

A. L'absence d'information dans la mise en pratique

Nos résultats montrent que les parents sont peu, voire pas, informés par le généraliste sur un possible espace de confidentialité et ses modalités pour leur adolescent ; ce qui peut expliquer (pour la majorité) une certaine incompréhension quant à une potentielle mise à l'écart. Cela a pour conséquence aussi une méconnaissance de l'existence du secret médical, certains pensent avoir accès sans limites aux informations concernant leur adolescent, et notamment à celles de son dossier médical.

B. Pourquoi le médecin ne communique pas ou peu sur la confidentialité ?

Appuyées par la littérature, les principales raisons évoquées par les parents sont :

1. Une non-nécessité devant des motifs somatiques E16

Plusieurs travaux attestent qu'un motif somatique freine les médecins à faire sortir l'accompagnant (26)(27). Les médecins n'élargissent pas toujours la consultation au-delà du motif initial (26)(27)(28). De ce fait les questions liées à la sexualité sont relativement peu abordées de manière systématique (29).

2. Du fait de l'immaturation de l'adolescent E2 E11

Dans le travail de Tsai-Yan Jary, le jeune âge de l'adolescent, son mutisme, son besoin des parents pour affronter les questions du médecin sont mis en avant comme des freins à faire sortir le tiers (27).

3. Par crainte des réactions parentales E1 E2 E16

Lors de l'accompagnement parental, le médecin peut être confronté à un problème de rapport à l'autorité de l'un et à l'autonomie de l'autre (28), il ressent parfois une pression de la part des parents, peut appréhender leurs réactions et ne pas oser leur demander de sortir (30)(31)(32).

4. Par manque de temps E5 E10 E12

Dans plusieurs travaux, le temps est le principal facteur limitant la confidentialité accordée à l'adolescent (7)(27)(33)(34). Le médecin n'a pas le temps, mais il a la durée pour organiser un suivi régulier dans l'intérêt de l'adolescent (35).

5. Défaut de connaissance du cadre légal ?

Cette communication de la part du médecin à propos de la confidentialité et des lois l'encadrant suppose que celui-ci maîtrise le cadre légal. Mais certains travaux suggèrent que les médecins sont eux-mêmes mal informés sur le droit au secret des patients mineurs et ignorent l'étendue de son champ d'application (30)(32).

Un manque de formation et d'expérience est un frein à recevoir l'adolescent seul en consultation (8)(27)(36).

C. Conséquences de ce défaut de communication

En dehors de la non-mise en place d'un espace pour l'adolescent, ce défaut de communication a pour conséquence une faible conscience parentale du besoin d'une confidentialité.

1. Le parent maintenu dans un rôle qui ne favorise pas l'autonomie

Ce défaut de communication maintient le parent dans un rôle de "premier acteur" dans le parcours de soin de l'adolescent : ce rôle ne peut évoluer vers celui d'accompagnant dans la prise d'autonomie de l'adolescent qu'en posant les avantages et les limites d'un espace de confidentialité pour l'enfant.

Le parent questionne l'intérêt d'une mise à l'écart de la consultation à partir du moment où il occupe un rôle essentiel en tant que coordinateur de soins de son adolescent, à la fois assistant, intendant et médiateur. Ce que la littérature souligne, les parents y sont décrits comme une aide pour l'adolescent pour s'exprimer, un soutien moral et une aide à la décision, à la compréhension du diagnostic et du traitement (4)(6)(11).

De plus, la confidentialité relève d'un non-sens lorsqu'ils s'estiment être le confident principal de leur adolescent (37) « je me dis que je connais tout » E3 ; ou qu'il existe un libre parler au sein de la famille (7).

Parce que le parent est impliqué dans la santé de son enfant depuis la petite enfance, le laisser seul avec le médecin peut soulever des incompréhensions dans le fait de modifier le cadre habituel de la consultation arrivé à l'adolescence (38).

2. Le médecin cantonné dans une image de somaticien

Comme nous l'avons vu, le parent a une vision réduite du champ d'action du généraliste, cantonné principalement au domaine somatique. La consultation chez le médecin traitant n'apparaît donc pas en premier lieu comme un espace de confiance pour son adolescent.

Le parent ne voit pas le médecin généraliste étendre la consultation au-delà de la résolution du motif initial. Cela rejoint certains travaux où la prévention auprès de l'adolescent n'apparaît pas comme une attente parentale envers le médecin généraliste (7)(11).

3. L'adolescent pris entre désir et réalité dans un conflit de loyauté

Les adolescents des parents interrogés ne refusent pas la présence parentale si on leur laisse le choix. Selon certains parents, ils peuvent vouloir préserver leur relation avec eux E8 E12,

ou éviter une réaction négative de leur part E3 E14 E16. Demander au jeune s'il désire ou non lors de la consultation la présence de ses parents risque de le mettre dans un conflit de loyauté (39). Ces mêmes parents, même s'ils en ont conscience, restent en consultation.

D'après la thèse de Y. Balay et L. Billion, lorsque les adolescents sont demandeurs d'être vus seuls par leur médecin généraliste, il leur est difficile de demander au parent de sortir. Ils attendent que ce soit au médecin d'effectuer cette démarche (10).

D. L'information permet pourtant une prise de conscience parentale

Bien que ce ne fut pas notre but, nous avons réalisé au cours des entretiens que nos questions à propos de la confidentialité (sans même donner d'informations claires) ont éveillé l'intérêt de neuf parents sur ce sujet. Certains n'avaient jamais envisagé le besoin de confidentialité E5 E13 E16 E17, d'autres ne l'ont pas formulé assez clairement E10 E11 E14 ou pensent l'avoir demandé sans certitude E6 E8. Quatre parents E5 E11 E13 E17 ont dit vouloir remédier à ce manque de communication dans la relation.

« Vu qu'on n'en a pas parlé... de manière aussi claire que la question [...] j' pense qu'il le sait mais ça peut valoir le coup de... de lui dire plus clairement » E11.

Cela rejoint la thèse de Y. Balay et L. Billion (2017) qui avance que les adolescents n'échangent pas, peu ou mal sur ce sujet avec leurs parents (10).

II. UNE CONFIDENTIALITÉ EXPÉRIENCE PARENTALE DÉPENDANTE

La perception parentale d'un espace de confidentialité apparaît influencée par différents facteurs.

A. Le vécu de leur propre adolescence

L'influence du vécu, et notamment celui de la propre adolescence du parent, est un thème émergent que nous n'avions pas envisagé à l'élaboration initiale de notre questionnaire. Certains parents sont renvoyés à leur propre adolescence, notamment lorsqu'ils se questionnent sur le besoin d'intimité de leur adolescent.

Cela rejoint d'autres travaux montrant que l'influence du vécu a un impact sur l'ajustement parental face à l'autonomisation de son adolescent (11)(40).

B. La relation de confiance avec le médecin

Nos résultats suggèrent, à l'instar d'autres études (27)(41), que la confiance parentale envers le médecin de famille est à la fois un facteur favorisant le lâcher-prise de leur adolescent pour une consultation seul(e), mais aussi un facteur de risque d'immixtion parentale (27)(32).

L'acceptation du parent d'un espace de confidentialité pour l'adolescent tend, pour la plupart, à se confondre avec une certaine quiétude d'être informé par le médecin si besoin. En effet, une consultation de l'adolescent face-à-face seul avec le médecin ne signifie pas pour eux une consultation strictement confidentielle.

Il apparaît que le risque principal n'est pas tant dans le sens médecin-parent mais plutôt à l'inverse. Le parent serait plus à même de solliciter le médecin à l'insu de l'adolescent :

- Ce qui rejoint la crainte des adolescents : deux tiers d'entre eux souhaitant consulter seuls un médecin y renoncent par crainte que leurs parents ne le sachent (42).
- De leur côté, les médecins expriment qu'il leur est plus difficile de soigner à la fois les parents et leurs enfants, tout en respectant le secret médical du mineur (32).

C. L'expérience d'une confidentialité "subie" par le parent

Les parents à qui la confidentialité a été imposée chez un spécialiste, malgré la frustration d'être écartés de la relation de soin, ont accepté cet espace parce qu'ils en ont perçu l'intérêt pour l'adolescent. Cela a permis un meilleur vécu de la confidentialité.

Cela rejoint une étude qualitative menée en 2019 en Suisse auprès de parents et de leur adolescent qui souligne que, lorsque le parent perçoit la confidentialité comme un moyen d'assurer une aide médicale adéquate, cela favorise un ajustement positif du vécu des consultations confidentielles (40).

III. DERRIÈRE LA CONFIDENTIALITÉ : DES ENJEUX RELATIONNELS ET ÉMOTIONNELS

Il apparaît dans l'analyse des entretiens que la perception parentale d'une confidentialité pour leur adolescent est étroitement intriquée à l'appréhension de cette situation nouvelle qu'est l'adolescence, entraînant des modifications profondes dans la relation parent-enfant.

A. L'autonomie de l'adolescent : entre besoin, fantasme et résistance

Dans notre travail, la perception parentale d'une confidentialité pour l'adolescent est étroitement corrélée au processus d'autonomisation que cela implique.

La plupart des parents interrogés s'accordent sur l'intérêt d'un espace d'intimité pour l'adolescent, qu'ils circonscrivent à certains domaines : sexualité, vie affective ou problème psychologique, sujets où il est difficile d'échanger avec eux ou d'en parler en consultation lorsqu'ils sont présents. En cela, ils conceptualisent en théorie l'intérêt d'un espace de confidentialité, ce qu'attestent d'autres travaux (18)(40)(43).

Nous n'avons pas eu de différence de perception parentale sur la confidentialité selon le genre du parent. Seulement, entre un père et son adolescente E7, une mère et son adolescent E16, la différence de genre peut avoir un impact sur le niveau de confidences.

Si la plupart des parents ont identifié théoriquement comme essentielle la prise d'autonomie de leur adolescent, on constate qu'un tiers seulement des cas étudiés y participe activement.

L'autonomie de l'adolescent est le plus souvent perçue comme partielle ou "à venir".

La majorité des parents interrogés attendent un adolescent jugé mature, autonome ou capable de discernement avant de le laisser consulter seul. Pourtant, les études s'accordent à montrer que l'instauration d'un espace de confidentialité favorise l'autonomie, l'indépendance et le sens des responsabilités dans les soins (4)(9)(40).

L'âge minimal de 14 ans qu'avancent les parents E5 E11 E12 E13 pour un adolescent capable de discernement rejoint les données de la littérature (18)(44)(45). La majorité des adolescents de notre enquête, dont l'âge moyen était de 15 ans, n'ont cependant jamais consulté seuls.

Nous pouvons avancer, comme dans l'étude qualitative de Baptiste van Riel, que malgré une posture théorique favorable des parents vis-à-vis de la confidentialité, le vécu en situation clinique concrète peut être plus complexe, voire ambivalent (40). L'autonomisation progressive de l'adolescent est inversement proportionnelle à sa dépendance vis-à-vis-du parent (46) et renvoie ce dernier à la redéfinition de son rôle, mobilisant des enjeux relationnels et émotionnels.

B. Les enjeux relationnels et émotionnels lors de l'adolescence

L'autonomisation de l'adolescent confronte le parent à une situation nouvelle, qui implique à la fois un processus de lâcher-prise et un double transfert de responsabilité dans les soins.

1. Difficile de lâcher prise

Nos résultats montrent que pour le parent, laisser son adolescent consulter seul impose d'accepter de ne pas tout savoir. Ce manque d'informations est vécu par les parents que nous avons interrogés comme un difficile lâcher-prise.

Une des préoccupations parentales est de ne pas prendre part à des décisions importantes affectant la santé de leur adolescent, estimant qu'ils devraient être informés (33)(34). Si les parents comprennent le besoin d'intimité de l'adolescent, ils n'acceptent pas un maintien de la confidentialité lorsque cela touche à la santé au regard de leur mission parentale.

L'un d'entre eux aurait le sentiment d'être dépossédé de son rôle parental s'il n'était pas inclus dans la prise en charge : « je serais frustré [...] ça prouverait quelque part que j'ai pas rempli mon rôle de père » E7. Cela se retrouve dans une étude par focus groupe analysant les points de vue mère/fils sur le secret, où les mères auraient le sentiment d'être usurpées dans leur rôle de protectrice (47).

Si son adolescente consultait seule à son insu, une mère le vivrait comme une perte de confiance de sa fille à son égard : « Ça veut dire que la fille elle a pas confiance en ses parents ! [...] ça me perturberait ! » E16.

2. Double transfert de responsabilité

L'autonomisation de l'adolescent exige de céder une part de responsabilité :

- **À l'adolescent** : Or, dans notre enquête, la majorité ne juge pas leur adolescent assez autonome et responsable pour le laisser consulter seul. Certains, tout ayant conscience de ne pas les rendre autonomes dans les soins, ne modifient cependant pas leur comportement de "parent-poule" E7.

- **Au médecin** : La confiance totale quasi unanime des parents de notre étude envers le médecin de famille serait un facteur favorisant pour laisser l'adolescent consulter seul (41). Pourtant si cette confiance induit un lâcher-prise théorique, en pratique, il existe une discordance entre la conscience qu'a le parent de l'importance d'une confidentialité et la difficulté qu'il a à céder le contrôle à un professionnel de santé (43).

Si les entretiens révèlent que cela s'explique par la crainte de manquer d'informations essentielles, nous avançons que cela serait également en lien avec le processus de deuil qu'implique cette période charnière. Selon Marie-Rose Moro, pédopsychiatre, le parent est confronté, à l'entrée dans l'adolescence de son enfant, à trois deuils psychologiques (48) :

- douloureusement celui de son "petit" E2,
- celui d'être "tout" pour son enfant E7,
- celui de sa propre jeunesse, l'adolescent réactivant celle du parent E3 E7 E9 E12 E13.

Nous avons vu que certains parents E1 E8 E10 E14 E15 prennent des initiatives dans l'autonomisation de leur adolescent tout en restant en consultation. D'après la littérature, cela permettrait au parent de faire le deuil de son enfant plus facilement sans remettre en cause leur fonction parentale (2).

En somme, la perception de la confidentialité par le parent est conditionnée par un ensemble de facteurs, expliquant leur tiraillement entre l'acceptation d'une confidentialité et des formes de résistance lors de sa mise en pratique, comme l'avancent d'autres travaux (40)(41)(49).

COMMENT FAIRE EN PRATIQUE POUR INSTAURER/FACILITER UN ESPACE DE CONFIDENTIALITÉ ?

À partir du recueil et de l'analyse du point de vue des parents, nous proposons des pistes destinées au médecin pour faciliter à la fois la mise en place d'un espace de consultation seul avec l'adolescent et un meilleur vécu parental de la confidentialité, cela dans l'optique d'améliorer la prise en charge de l'adolescent.

A. Des solutions concrètes

1. Des consultations régulières en duo

Certains parents ont proposé, comme solution concrète, des consultations dédiées, où l'adolescent serait seul avec le médecin, obligatoires ou non en fonction de l'âge, pour le sensibiliser à la confidentialité.

Ce type de consultation pourrait être instauré :

- lors des trois examens proposés et conseillés par l'HAS depuis le 1er mars 2019, **entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans**. Ils sont pris en charge à 100% et sans avance de frais (50).
- lors des consultations rattachées au **calendrier vaccinal** (DTP + HPV).
- en proposant au parent des consultations dédiées à la prévention de conduites à risque à des **périodes charnières** (entrée au collège, au lycée...) pour aborder avec l'adolescent des problématiques de son choix.

2. (Re)Penser le système de soins pour l'adolescent

Pour les parents, le transport, le paiement de la consultation, l'attestation de remboursement des soins et les résultats d'examens reçus sont autant de barrières pour l'adolescent à consulter seul et confidentiellement.

- Pour le transport : afin de permettre à l'adolescent d'être autonome dans le déplacement jusqu'au cabinet médical, des **créneaux de consultations adaptés** aux horaires des temps scolaires pourraient être réservés dans l'emploi du temps de leur médecin. L'adolescent en serait informé et aurait la possibilité de consulter en seul lors de cette plage horaire hebdomadaire dédiée : lors d'une pause déjeuner, en début d'après-midi le mercredi, avant le passage des bus scolaires par exemple.

- Pour le paiement de la consultation et la feuille de soin : l'adolescent peut payer la consultation sans être remboursé. Certains médecins, pour éviter cela, adressent les patients mineurs à l'hôpital ou au planning familial, où ils ne paieront pas. D'autres, encore, ne facturent pas la consultation (31)(51).

Depuis le 24 décembre 2019, **le tiers payant et l'anonymisation des feuilles de soins sont étendus à l'ensemble des adolescents pour la contraception, quel que soit leur âge** (52). Cette anonymisation et l'instauration d'un forfait pourraient être étendues dans le cas où l'adolescent consulte seul et souhaite l'anonymat.

- Pour les comptes-rendus d'examens complémentaires adressés aux parents, il pourrait être possible, à la demande de l'adolescent, que ceux-ci lui soient **adressés personnellement** (par mail ou donnés en mains propres...).

Que les parents accordent ou non un intérêt à la confidentialité, force est de constater que le système de soins n'est pas réellement adapté à la consultation de l'adolescent en autonomie et au respect de la confidentialité.

3. Une campagne d'information grand public

Une manière simple de sensibiliser parents et adolescents serait une campagne d'information :

- au cabinet, dans la salle d'attente, avec des **affiches** E7 E17 ou des brochures ;
- dans les **médias** E7, avec des messages de sensibilisation à la télévision, une information claire sur certains sites internet, un numéro de téléphone.

Ces informations viendraient en complément de celles dispensées par le médecin, notamment via le **carnet de santé**. Des explications y sont données, à partir de l'examen des 11 ans, concernant la prise d'autonomie progressive de l'adolescent. À l'âge de 15 et 16 ans, il est noté qu'il est important qu'au moins une partie de la consultation ait lieu sans la présence des parents. Le médecin pourrait sensibiliser la dyade à lire ces pages du carnet de santé et profiter de ce support pour parler de la confidentialité.

4. Former les médecins généralistes à la médecine de l'adolescence

Une mère E1 a souligné la nécessité d'être formé à la médecine de l'adolescence dans le cursus médical. Dans la thèse de Dalem interrogeant 116 médecins, les connaissances des généralistes en médecine de l'adolescent sont majoritairement le fait de leur formation

personnelle (36). En participant à une formation spécifique, le médecin pourrait de fait mieux appréhender les relations complexes entre le parent et l'adolescent (53).

B. Le médecin doit redéfinir son rôle auprès du parent et de l'adolescent

Le médecin a tout intérêt à (re)définir son rôle auprès du parent et de l'adolescent dans un souci d'information et d'une meilleure communication dans la relation de soin.

1. Rappeler son champ de compétences

Rappeler que la santé est à la fois physique, mentale et sociale et qu'il peut également être sollicité en cas de mal-être psychologique ou de difficultés relationnelles (38). Cela permettrait de "déconstruire" son image de simple technicien d'organes nuisant à la confidentialité.

Préciser aussi qu'une consultation pour un motif somatique peut être élargie hors de ce motif initial et être l'occasion d'aborder des problématiques liées à la période de l'adolescence.

2. Rappeler son rôle d'aidant pour le parent

À mesure que leur adolescent grandit, gagne en maturité et en autonomie, le parent redéfinit son rôle et vit, à l'instar de l'enfant, une période de transition. Dans ce processus de détachement, difficile pour certains, le médecin peut rappeler son rôle d'aidant pour le parent (40)(41)(54).

3. Indiquer qu'être le médecin de famille n'exclut pas le secret de chacun

En rappelant le respect du secret de chacun, le médecin de famille limite l'immixtion parentale à l'insu de l'adolescent et favorise la confiance de ce dernier, qui sait ainsi qu'il peut « se confier et avoir confiance en la personne qui ne dévoile pas ses secrets » E9.

C. Préparer l'enfant et le parent à l'adolescence dès l'enfance

Le médecin accompagne le parent et l'enfant dans le processus d'autonomisation sur un temps long. Il est primordial d'introduire fréquemment le concept de confidentialité dès le début de la puberté, à un âge où l'enfant ne ressent pas le besoin de confidentialité (49).

Cela laisse le temps aux parents :

- d'**intégrer l'existence de ce droit au secret** médical pour l'adolescent (38) ;
- de **modifier la perception** qu'ils ont au sujet des consultations confidentielles pour faciliter leur mise en place (33) et éviter les situations conflictuelles au moment de l'adolescence.

Sensibiliser précocement, autant le parent que l'enfant, à la confidentialité permettrait un meilleur vécu parental ainsi qu'une meilleure prise en charge durant l'adolescence (43).

1. Considérer l'enfant dès le plus jeune âge

Plusieurs parents interrogés pensent qu'il est important que le médecin considère l'enfant dès le plus jeune âge. S'adresser directement à lui, lui demander son consentement dans les soins cela permettrait à l'enfant :

- de se sentir plus respecté E14 ;
- d'établir une relation de confiance avec le médecin, E12 essentielle pour l'avenir, notamment s'il souhaite se confier ;
- de s'autonomiser progressivement et favoriser leur responsabilité dans les soins (8) ;
- d'avoir « un début de conscience de [ses] droits » E5 ;
- de s'approprier la notion de consentement ;
- et au parent de prendre conscience progressivement des capacités de son enfant dans cette relation de soin, ce qui favoriserait un détachement progressif.

Cela va de pair avec une implication de l'enfant dans la relation triangulaire, dès 6-7 ans, voire plus tôt, autour de sujets simples et qui le concernent directement : activité physique, alimentation équilibrée, écrans, relations, vaccins. Ce dernier devient alors un interlocuteur privilégié participant à un partenariat efficace favorisant la transition vers les soins à l'adolescence (8).

2. Préparer le parent en amont de l'adolescence

Lors des consultations du parent, au moment de la préadolescence de leur enfant, le médecin généraliste peut en profiter pour :

- **Consolider une relation de confiance** avec lui : prérequis essentiel pour faciliter l'acceptation parentale de soins confidentiels (40)(41)(43).
- **Aborder ses ressentis** sur la période de l'adolescence.
- **Déconstruire le fantasme parental de l'autonomie** dans l'intérêt de leur enfant.

L'adolescent a besoin d'un espace de discussion pour s'autonomiser et non l'inverse. D'après plusieurs travaux, il est nécessaire pour les parents de comprendre les avantages mutuels de la confidentialité comme un atout transitionnel pour le développement de l'autosuffisance, de la responsabilité et de l'indépendance individuelle des adolescents (34)(40).

L'accompagnement par le médecin, dès le plus jeune âge, et la sensibilisation à l'autonomisation progressive de l'enfant doivent trouver une continuité dans l'accompagnement du parent durant l'adolescence.

D. Accompagner le parent durant l'adolescence

De nombreuses études s'accordent pour affirmer l'importance de l'accompagnement de l'adolescent par le médecin dans cette période charnière, à l'instar de la thèse de C. De Madre et F. Blanchet (11). Notre recherche révèle combien il est indispensable d'accompagner aussi le parent. Cet accompagnement ne peut être que dynamique, s'ajustant aux besoins et à la demande de chacun et à la diversité des situations rencontrées. Il ne s'agit pas de proposer ici un modèle à suivre, mais plus, à l'appui de l'analyse de nos données, de mettre en avant des pistes concernant précisément le parent, à disposition du médecin généraliste.

- **Aborder le positionnement et les ressentis** du parent dans son nouveau rôle :
 - aborder son **vécu** et les possibles **difficultés ressenties dans son nouveau rôle** de parent d'adolescent ;
 - évaluer le **positionnement parental dans l'autonomisation** ;
 - **comprendre les enjeux** relationnels et émotionnels liés à la prise d'autonomie de l'enfant ;
- **Évaluer les connaissances et écouter les craintes** des parents à propos de la confidentialité

Cela permet d'en **comprendre les enjeux cachés** (influence du vécu antérieur des soins, vécu face au transfert de responsabilité, niveau d'exigence parental d'implication dans la prise en charge) pour faire baisser les possibles résistances, dans l'optique de promouvoir un ajustement parental positif face à l'autonomisation (40).

Il convient d'accepter l'inquiétude parentale comme toujours légitime et justifiée : nous devons l'entendre, la comprendre, sans jugement, en la restituant dans l'ensemble de

l'histoire médicale et familiale de l'individu. Pour cela, il est souvent nécessaire de recevoir les parents seuls (55).

- **Aider le parent dans la déconstruction de ses craintes :**

- En **évoquant les avantages** pour l'adolescent : la confidentialité est nécessaire au processus d'autonomisation des adolescents dans les soins (40), en favorisant la responsabilisation et en offrant un espace de confiance à l'adolescent pouvant permettre la confiance et un meilleur suivi des soins (par exemple dans le dépistage de conduites à risque).

- En le **valorisant dans son rôle parental** : l'autonomisation est une mission parentale dans l'intérêt de l'adolescent et non un manquement à ses responsabilités. Le médecin a un rôle à jouer pour déculpabiliser certains parents et faire en sorte qu'ils ne se sentent pas dépossédés de leur rôle.

- En le **rassurant quant à son intégration** dans la prise en charge par un rappel des limites à la confidentialité.

- **(Re)discuter de la confidentialité** avec le parent, puis avec l'adolescent

Durant l'adolescence, (re)discuter **du but et des limites de la confidentialité** avec les parents (et les adolescents) conduirait à un plus grand confort parental avec les soins confidentiels (43)(47). L'adolescent ne doit pas être oublié dans ce processus d'information, notamment en ce qui concerne ses droits en matière de confidentialité (si cela n'a pas déjà été abordé).

Une mère E14 juge primordial d'expliquer la démarche d'une consultation en deux temps à l'adolescent. Être médecin de famille requiert un positionnement avec chaque membre de la famille qui ne va pas de soi. La compréhension par l'accompagnant d'une consultation confidentielle est vite acquise par **l'explication de la démarche** (35).

- **Ajuster les consultations en duo ou en trio**

L'implication du parent dans le parcours de soins permet une situation plus confortable pour chacun, ou l'affectif et le lien restent présents. Il ne s'agit pas d'accepter ou de refuser la présence d'un parent à la consultation de l'adolescent, mais de travailler dans le lien et la confidentialité avec l'accord de chacun (56).

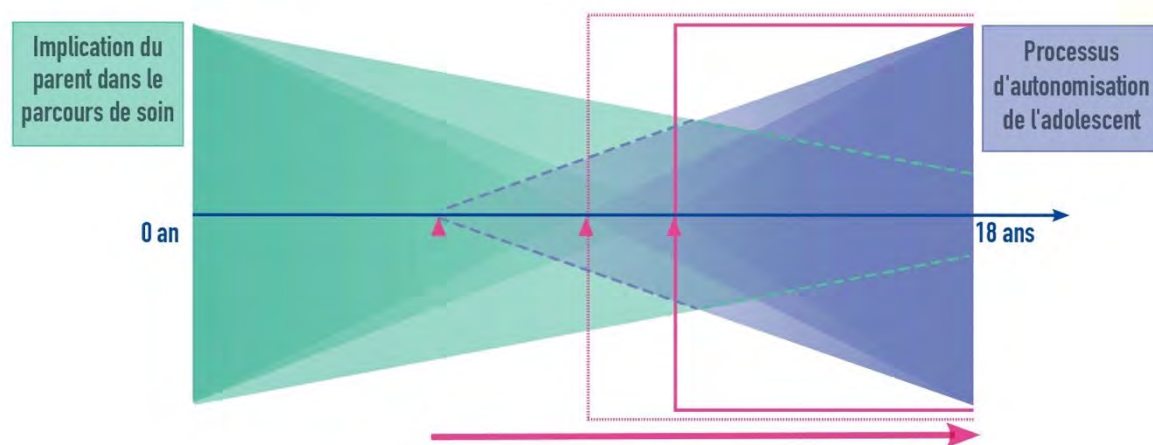
Selon les situations, en fonction de la maturité de l'adolescent et de son positionnement dans le processus de séparation-individuation, une partie de la consultation peut être proposée seul avec l'adolescent. Dans ce cas, il apparaît important de répondre aux attentes de chacun :

- **Évaluer** avec l'adolescent **ce qui peut être dit au parent**.
- **Intégrer le parent dans la prise en charge** en accord avec l'adolescent tout en prenant en compte les attentes parentales variables.

L'analyse des résultats révèle combien le médecin est une personne ressource dans la mise en place d'un espace de confidentialité. C'est à lui de comprendre jusqu'où va la confidentialité qu'il doit à l'adolescent. Il ne doit pas se positionner comme allié du parent, ou de l'adolescent, mais en tiers bienveillant (57).

Cette position de tiers bienveillant, sensible à la plasticité relationnelle intrafamiliale (51), permet des ajustements dynamiques dans la relation de soin triangulaire, tel que nous avons voulu le modéliser avec le schéma ci-dessous.

Ajustements dynamiques dans la relation de soin triangulaire médecin-parent-adolescent



Ajustements dynamiques du médecin dans le parcours de soin de l'adolescent

- ▲ Curseurs dynamiques du médecin
- Implication croissante de l'enfant
- Information précoce et réitérée sur la confidentialité
- Accompagnement du parent pendant l'adolescence

Le médecin ne doit en aucun cas s'imposer dans la relation parent-adolescent. En respectant et en valorisant le rôle des parents, en préparant le parent et l'enfant à une confidentialité progressive, il œuvre comme trait d'union dans le processus d'autonomisation de l'adolescent, notamment dans le parcours de soins (39)(56).

In fine, il s'agit de maintenir l'équilibre dans la relation triangulaire de soins, afin de préserver l'objectif premier : l'intérêt supérieur de l'adolescent.

CONCLUSION

Améliorer la prise en charge des adolescents en soins premiers réclame la mise en place d'un espace de confidentialité ; pourtant peu instauré en pratique, du fait, entre autres, de la présence du parent dans le parcours de soin. Afin de mieux comprendre cette difficile applicabilité, nous avons analysé à travers une étude qualitative, le point de vue qu'ont les parents sur le secret médical pour leur(s) adolescent(es).

Cette recherche est originale puisque peu de travaux ont interrogé les parents à ce sujet.

Il résulte de notre étude que les parents se disent peu ou pas informés (par le médecin) d'une possible confidentialité pour leur(s) adolescent(es) et de leur droit au secret médical. Cela maintient le parent dans un rôle qu'il juge indispensable dans le parcours de soin de son enfant, et le médecin dans un rôle plus somaticien que confident. Le parent attendrait un adolescent jugé plus autonome avant de le laisser consulter seul.

Il apparaît ensuite que les parents sont tiraillés : ils comprennent théoriquement les avantages d'un espace de confidentialité pour l'adolescent, mais n'accepteraient pas une exclusion totale de la prise en charge, pouvant remettre en cause leur responsabilité parentale et/ou être source de crainte.

Cette notion de confidentialité pour le parent est indissociable du processus d'autonomisation de leur enfant, impliquant des enjeux relationnels lors de cette période de double transition (pour l'adolescent et pour le parent), dans un contexte de difficile lâcher-prise.

De cette recherche qualitative, nous retenons que l'information sur le secret médical, passant en premier lieu par le médecin (et par des campagnes d'information grand public), doit être précoce et réitérée, en veillant à expliquer avantages et limites. Cette information anticipée, en parallèle d'une implication croissante de l'enfant, encouragerait la communication entre les membres de cette relation triangulaire, favoriserait un meilleur vécu (parental) de la confidentialité à l'arrivée de l'adolescence, et faciliterait ainsi la mise en place de ces consultations « en duo ».

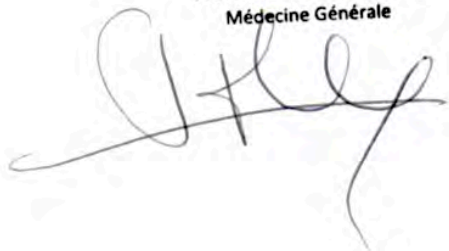
Il est également essentiel d'accompagner le parent durant cette période charnière : le médecin œuvre comme une personne ressource et doit permettre, par des ajustements dans cette relation de soin triangulaire, la mise en place d'une confidentialité concertée, dynamique et évolutive.

Analyser spécifiquement le point de vue des médecins sur cet espace de confidentialité, où il apparaît difficile de communiquer sur le secret médical dans ce contexte complexe de l'adolescence, permettrait : d'une part de faire lien avec les travaux déjà réalisés, d'autre part de cerner les difficultés rencontrées dans la pratique afin de cibler leurs besoins en formation, et d'imaginer des outils à mettre à leur disposition.

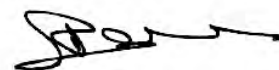
Vu

Toulouse le 29/08/2020

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale



Toulouse le 1er septembre 2020
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan,
Didier CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. Code civil - Article 371-1. Code civil.
2. Entre nous - Guide d'intervention pour les professionnels de santé - Entre-Nous-Brochure.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
3. Villars H, Salvy Liger M. Consultation de l'adolescent en médecine générale: seul ou accompagné? (étude transversale en Haute-Garonne en 2005) [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2005.
4. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Fam Pract.* 1 oct 2010;27(5):556- 62.
5. Renée V, Boulet P. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale [Internet]. [France]; 2014. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/1073814/filename/Renee_Virginie.pdf
6. Brown JB, Brett P, Stewart M, Marshall JN. Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Can Fam Physician Med Fam Can.* août 1998;44:1644- 50.
7. Millet C. La Relation soignante entre le médecin généraliste et l'adolescent: ressenti et attentes des parents [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
8. Meynard-Colomb A, Bideau Sar M, Jacquier C, Klauser P. Du pédiatre au généraliste : apporter une continuité aux soins de premier recours de l'enfance à l'âge adulte. *Rev Médicale Suisse.* 2018;14(606):966- 70.
9. Mirabaud M, Barbe R, Narring F. Les adolescents sont-ils capables de discernement ? Une question délicate pour le médecin. *Rev Médicale Suisse.* 2013;9:415- 9.
10. Balay Y. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.

11. Madre C de, Blanchet F. Point de vue des parents autour de la consultation de leur adolescent chez le médecin généraliste dans les deux Savoies: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2019.
12. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 3e éd. Colin A; 2016. 126 p. (128).
13. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. 149 p.
14. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative - Les 10 questions clés de la démarche compréhensive. Paris: VUIBERT; 2013. 240 p.
15. Rochebrochard L, De É. Les âges à la puberté des filles et des garçons en France. Mesures à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents. Population. 1999;54(6):933- 62.
16. Cannard C. Le développement de l'adolescent L'adolescent à la recherche de son identité [Internet]. 2e édition. 2015 [cité 11 juill 2020]. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a8282069/Christine-Cannard-Le-developpement-de-l-adolescent>
17. Piaget J. L'Équilibration des structures cognitives: problème central du développement. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 1975; 1975. 188 p.
18. Henninger S, Michaud P-A, Akre C. Capacité de discernement des adolescents mineurs : étude qualitative sur les représentations en Suisse romande. Rev Med Suisse. 2010;6(253):1253- 7.
19. Maumaha Nouné R, Monzée J. Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé. Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv. 10 déc 2009;(vol. 11, n° 2):147- 66.
20. Martin J. Adolescents: capacité de discernement et/vs. autorité de décider. Bull Médecins Suisses. 15 mars 2017;98(11):356- 356.
21. Pally Hofmann U. Mon patient est-il capable de discernement? Bull Médecins Suisses. 21 août 2019;100(34):1102- 3.
22. Sirvent N, Bérard E. Cadre juridique de la prise de décision chez le mineur. Arch Pédiatrie. 1 févr 2010;17:S3- 6.
23. Devernay M, Viaux-Savelon S,. Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître [Internet]. Réalités Pédiatriques. 2014 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.realites-pediatriques.com/developpement-neuropsychique->

24. Bertrand A, Bedu C. Quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.
25. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? *Libellio AEGIS*. 2011;7(2-Eté):33- 46.
26. Mulard H. Freins et facteurs favorisant pour le médecin généraliste à la sortie de l'accompagnant lors d'une consultation avec un adolescent: étude qualitative auprès de 23 médecins généralistes en Aquitaine [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01581506/document>
27. Jary T-Y. Pourquoi les médecins généralistes reçoivent un adolescent seul ou accompagné en consultation ? : recherche qualitative par focus groupes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/0c8058b4-d0f1-491d-a085-85cff261c6b2>
28. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Suivi psychologique de l'adolescent. *Rev Prat*. 2005;55(10):1073- 7.
29. Poirier M, Lacaille-Urien J. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? : à partir d'un focus group de médecins généralistes. France; 2010.
30. Berlan ED, Bravender T. Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient. *Curr Opin Pediatr*. août 2009;21(4):450- 6.
31. Dominguez CR. Le secret médical chez les patients mineurs. *J Droit Jeunes*. 2012;N° 313(3):25- 9.
32. Roche C. Difficultés de respecter le secret médical chez les mineurs par les médecins: évaluation d'un document d'information [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
33. Mckee MD, Rubin SE, Campos G, O'Sullivan LF. Challenges of providing confidential care to adolescents in urban primary care: clinician perspectives. *Ann Fam Med*. 2011;9(1):37- 43.
34. Duncan RE, Jekel M, O'Connell MA, Sanci LA, Sawyer SM. Balancing parental involvement with adolescent friendly health care in teenagers with diabetes: are we getting

it right? J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. juill 2014;55(1):59- 64.

35. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. Exercer. 2018;142:169- 81.

36. Dalem L. La consultation de l'adolescent en médecine générale: d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73) [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2003.

37. Marteaux A. « Soi est un autre » : construction et déconstruction identitaires à l'adolescence. Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux. 8 juill 2008;n° 40(1):183- 98.

38. Wojtarkowski A. Le secret médical de l'adolescent en médecine générale : représentations, expériences et opinions des mineurs de 14 à 18 ans ; étude qualitative par focus group auprès de 6 établissements scolaires en Gironde. 4 nov 2016;154.

39. Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Med Suisse. 2008;4(161):1456- 8.

40. Baptiste van Riel. La confidentialité dans les soins aux adolescents ? Le point de vue des adolescents et de leurs parents. Pédiatrie Suisse [Internet]. 16 déc 2019 [cité 23 août 2020]; Disponible sur: <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/la-confidentialite-dans-les-soins-aux-adolescents-le-point-de-vue-des-adolescents-et-de-leurs-parents/>

41. Sasse RA, Aroni RA, Sawyer SM, Duncan RE. Confidential Consultations With Adolescents: An Exploration of Australian Parents' Perspectives. J Adolesc Health. juin 2013;52(6):786- 91.

42. Abdel-Ahad P, Scheuer M, Richa S. La relation de soin avec l'adolescent en psychiatrie. Laennec. 18 janv 2013;Tome 61(1):28- 39.

43. Tebb K, Hernandez LK, Shafer M-A, Chang F, Eyre SL, Otero-Sabogal R. Understanding the attitudes of Latino parents toward confidential health services for teens. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. juin 2012;50(6):572- 7.

44. Piaget J. L'Équilibration des structures cognitives: problème central du développement. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 1975; 1975. 188 p.

45. Maradiegue A. Minor's Rights Versus Parental Rights: Review of Legal Issues in Adolescent Health Care. J Midwifery Womens Health. 6 mai 2003;48(3):170- 7.

46. Manai-Wehrli D. Pouvoir parental et droit médical. Prat Droit Fam.

2002;3(2):197- 222.

47. Rubin SE, McKee MD, Campos G, O'Sullivan LF. Delivery of Confidential Care to Adolescent Males. *J Am Board Fam Med.* 1 nov 2010;23(6):728- 35.

48. Moro MR. Osons être parents ! Avec nos adolescents [Internet]. Bayer; 2016 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/osons-etre-parents-avec-nos-adoslescents-9782227489202.html>

49. Dempsey AF, Singer DD, Clark SJ, Davis MM. Adolescent Preventive Health Care: What Do Parents Want? *J Pediatr.* nov 2009;155(5):689-694.e1.

50. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>

51. Gerardin P, Boudailliez B, Duverger P. Médecine et Santé de l'Adolescent: Pour une approche globale et interdisciplinaire. Elsevier Health Sciences; 2019. 628 p.

52. Code de la sécurité sociale - Article L162-4-5. Code de la sécurité sociale.

53. Meynard A, Haller DM, Navarro C, Narring F. Are young people really always taking risks? Screening and counselling strategies for primary care professionals. *Rev Med Suisse.* 2008;4(161):1451- 5.

54. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent [Internet]. Paris, France; 2005. xiii+453. Disponible sur: <http://archipel.univ-toulouse.fr/ipac20/ipac.jsp?full=3100001~!879818~!0#focus>

55. Jacquin P. Les parents de l'adolescent en consultation de pédiatrie : « deux temps, trois mouvements ». *Arch Pédiatrie.* juin 2006;13(6):743- 5.

56. Peyrebrune C. De la cacophonie à la polyphonie, le travail du généraliste avec l'adolescent et un tiers. *Arch Pédiatrie.* juin 2006;13(6):741- 3.

57. Stheneur C, Alvin P, Boudailliez B, Gronnier P, Jacquin P, PICHEROT G, et al. La première consultation avec un adolescent. *Arch Pediatr.* 2009;16(9):1309- 12.

ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Phase d'ouverture :

Nous vouvoyons les parents. Nous rappelons l'objectif du travail.
Tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera absolument confidentiel et anonyme.
Si nous l'enregistrons, c'est pour faciliter notre discussion et éviter des erreurs dans notre prise de notes. Il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, toutes les réponses sont importantes.

I. Prise de rendez-vous

Comment consulte votre adolescent ?

Questions de relance :

- Qui prend le rendez-vous ?
- Comment y va-t-il ?
- Combien de fois par mois va-t-il en consultation ?
- Savez-vous pour quel motif il va en consultation ?
Si non, lui demandez-vous ? Est-ce nécessaire pour vous qu'il vous en parle ?
Si oui, est-ce nécessaire pour vous de le savoir ? Pourquoi ?
- Comment votre ado pourrait aller en consultation sans vous en parler ?
- Pensez-vous que votre ado peut être embarrassé que le médecin soit le même que le vôtre ?

Objectifs : Comprendre qui sollicite les soins, Autonomie de l'adolescent, Comprendre si les motifs de consultation influent sur la présence du parent, Influence du médecin de famille sur la confidentialité

II. La consultation et la présence du tiers

Comment se passe une consultation pour votre adolescent dans la majorité des cas ?

Objectifs : Place des parents en consultation, Comprendre les raisons pour lesquelles le parent accompagne l'adolescent en consultation, Comprendre les freins à laisser seul l'adolescent, Existence d'un espace de confidentialité avec le médecin, Rôle du parent dans la santé de l'adolescent

Cette question débouche sur 2 possibilités

1. POSSIBILITÉ 1 : Présence des parents en consultation

Objectifs : Comportement de l'adolescent en consultation, Comportement du médecin et du parent en consultation, Notion de confidentialité, Informations données par le médecin sur la confidentialité, Comprendre les freins à laisser seul l'adolescent en consultation

Questions de relance :

- À qui s'adresse le médecin pendant la consultation ?
- Comment se comporte votre enfant avec le médecin ?
- Accompagnez-vous votre adolescent pendant toute la consultation ?
- Imaginez-vous certaines consultations comme gênantes en votre présence ? (Votre présence peut-elle influencer l'ado ?)
Avez-vous un exemple de situation gênante ? Comment ça s'est passé ?
- Y a-t-il des sujets auxquels vous n'aimeriez pas assister ?
- Le médecin vous a-t-il déjà proposé de voir seul votre adolescent ?
- A qui l'ordonnance est-elle expliquée ?

2. POSSIBILITÉ 2 : Absence des parents

- Non accompagné jusqu'au cabinet ou attente des parents dans la voiture
- Attente dans salle d'attente

Objectifs : Comprendre l'échange d'informations entre les parents et l'adolescent, Choix de laisser seul l'ado, Intérêt du parent pour la santé de son adolescent, Autonomie de l'adolescent, Rémunération de la consultation, Concordance ou différence entre ce que dit l'adolescent et ce qu'il veut

a. Adolescent non accompagné jusqu'au cabinet ou attente des parents dans la voiture

Questions de relance :

- Savez-vous pour quel motif il y va ?
Si oui, vous l'a-t-il dit ou lui avez-vous demandé ?
Si non, pourquoi ? Est-ce nécessaire pour vous qu'il vous en parle ? Lui demandez-vous ?
- Y a-t-il un échange entre vous après la consultation ? Pourquoi ?
- Qui va chercher les médicaments à la pharmacie ? Regardez-vous l'ordonnance ?
- Pensez-vous que ce soit primordial que votre adolescent vous raconte tout ?
- Pensez-vous que certaines informations pourraient rester entre le médecin et votre adolescent ? Cela vous gêne-t-il ?

b. Attente des parents dans la salle d'attente

Questions de relance :

- À la fin de la consultation vous entretenez-vous avec le médecin traitant ?
Seul ? Avec l'adolescent ?
- Est-ce primordial que le médecin vous expose tout ce qui a été dit lors de la consultation ?
- Pensez-vous que le médecin garde certaines informations confidentielles ?
Si oui, est-ce que ça pourrait être à la demande de l'adolescent ? Pour quelles raisons ? Est-ce important ?
- Comment la consultation est-elle payée ?

III. Communication à domicile

À la maison, vers qui se tourne votre adolescent lorsqu'il se pose des questions sur sa santé ?

1. Vers le parent interrogé :

Questions de relance :

- - Quels sont les sujets abordés ? Pensez-vous parler de tout ?
- - Lui posez-vous des questions (sans qu'il ne vous le demande) ?
- - Aimerez-vous connaître l'ensemble des sujets qui le préoccupent au sujet de sa santé ?
- - Avez-vous un exemple concret où votre adolescent s'est posé une question particulière ?
Si oui, comment ça s'est passé ?
Si non, est-ce que ça pourrait arriver ? dans quelles situations ?
- - Si quelque chose le préoccupe, en parlez-vous devant le reste de la famille, en particulier ses frères et soeurs ? (À table, dans le salon...)
- - Y a-t-il des sujets dont vous ne voudriez pas discuter avec votre ado ? Où vous n'êtes pas à l'aise... Vers qui votre ado pourrait-il se tourner alors ?

2. Vers une autre personne :

Questions de relance :

- Pensez-vous que votre adolescent lui parle de tout ? (Sexualité, problème de cœur, santé mentale, toxiques...)
- Savez-vous ce qu'il lui dit ? Pensez-vous devoir tout savoir ? Pour quelles raisons ?
- Que ressentez-vous qu'il se confie à une tierce personne ?

3. Dans les 2 cas :

Questions de relance :

- Pour vous, le médecin pourrait-il être une personne ressource ? Pourquoi ? Comment ?
Si oui, est-ce primordial que le médecin vous raconte tout ? Que pourrait-il omettre de vous dire ?
- Si plusieurs ados : établissez-vous un espace de confidentialité pour chaque enfant ?
- Si parent malade : Discutez-vous de vos problèmes de santé avec votre adolescent ?

Objectifs : Relation parents/adolescents, échange d'informations, Personnes ressources, Confidentialité entre les différents membres de la famille, Sujets de prévention et sujets sensibles

IV. Perception et connaissance du secret médical

A votre avis, qu'écrit le médecin généraliste dans le dossier médical ?

Questions de relance :

- Savez-vous ce qu'il écrit ? Est-ce accessible ? Dans quelles conditions ?
- Pensez-vous que le médecin doit vous dire ce qu'il écrit ? Si oui, est-ce une obligation ? Pour quelles raisons ?
- Pensez-vous que votre adolescent a le droit à un espace de confidentialité avec le médecin traitant ? en parlez-vous avec votre ado ? lui proposez-vous ?
- Jusqu'à quelles limites acceptez-vous cet espace de confidentialité ?
- Savez-vous s'il existe un cadre légal/déontologique concernant la confidentialité ? Si oui, par quel moyen en avez-vous pris connaissance ? Le médecin en a-t-il déjà parlé ?
- Pensez-vous qu'il y a un âge où votre enfant peut être vu seul ?
- Connaissez-vous la législation concernant la contraception et la possibilité d'anonymat pour une mineure ? Si oui, qu'en pensez-vous ? Y avez-vous été confronté ? En avez-vous déjà parlé avec votre ado ?

Objectifs : Accès au dossier médical et modalités, Ressenti du parent sur le dossier médical, Connaissance et perception du secret médical, Informations données par le médecin traitant à l'ado et aux parents sur la confidentialité, Perception du secret médical par le parent et acceptation, Importance de l'anonymat dans certaines situations, Etat des connaissances concernant la législation sur la contraception et l'anonymisation des données

V. Amélioration de la prise en charge des adolescents

Selon vous, comment pourrait-on améliorer la confidentialité entre l'adolescent et le médecin traitant ?

Annexe n°2 : Tableau des caractéristiques de chaque participant

Parent	Parent interrogé	Âge du parent	Profession du parent	Statut marital du parent	Nombre d'enfants	Genre des adolescents	Âge des ados	Adolescent suivi pour une maladie chronique	Lieu d'exercice du médecin	Genre du médecin	Distance domicile/ cabinet médical	Durée de suivi par médecin
E1	Mère	44	Indépendante	Mariée	2 (1 ado)	F	14	Non	Rural	F	20 min	2 ans
E2	Mère	54	Auxiliaire de vie	Veuve	3 (1 ado)	F	15	Non	Urbain	M	5 min	Sup 30 ans
E3	Mère	44	Aide à domicile	Séparée	2 (1 ado)	F	15	Non	Urbain	M	5 min	3 ans
E4	Mère	48	Cadre	Mariée	3 (1 ado)	F	15	Non	Rural	F	20 min	2 ans
E5	Mère	42	Sans profession	Pacsée	3 (1 ado)	M	15	Non	Rural	F	10 min	6 ans
E6	Mère	51	Sans profession	Séparée	2 (1 ado)	F	16	Oui	Urbain	M	2 min	31 ans
E7	Père	58	Invalidité	Séparé	9 (2 ados)	M F	17,5 16	Non Non	Rural	F	40 min	5 ans
E8	Mère	54	Aide maraîchère	Divorcée	4 (2 ados)	F M	13 14	Non Non	Rural	F	1 min	7 mois
E9	Mère	49	Aide-soignante	Mariée	2 (1 ado)	M	17,5	Oui	Urbain	F	15 min	30 ans
E10	Père	46	Enseignant	Marié	2	F F	14 16	Non Non	Urbain	F	20 min	16 ans
E11	Père	44	Programmeur spectacle	Marié	2 (1 ado)	M	13	Oui	Urbain	F	30 min	25 ans
E12	Père	44	Hôtellerie	Marié	4 (1 ado)	M	17	Oui	Urbain	M	5 min	3 ans
E13	Mère	40	Responsable coordinateur Airbus	Concubin	3 (2 ados)	F M	16 13	Oui Non	Rural	M	10 min	9 ans
E14	Mère	49	Artiste	Concubin	2	F F	16 13	Oui Non	Urbain	F	10 min	49 ans
E15	Père	45	Menuisier	Concubin	2	F M	16,5 14	Non Non	Urbain	F	10 min	Sup 10 ans
E16	Mère	44	Comptable	Séparée	1	M	14	Non	Urbain	F	5 min	20 ans
E17	Mère	42	CIAS administration / accueil	Concubin	2 (1 ado)	F	15	Non	Urbain	F	15 min	25 ans

Annexe n° 3 : Exemple illustrant le codage dans le logiciel Word

THÈME	CATÉGORIE	SOUS CATÉGORIE	CODE	VERBATIM
Le rôle du parent dans le parcours de soin de l'adolescent	Parent coordinateur de soin de l'adolescent	Un assistant médical	Juge le besoin de consulter	« Moi je juge qu'elle a besoin » E6 « Alors déjà c'est pas elle qui décide d'y aller (rires) c'est moi qui décide de l'envoyer » E13
			Juge la gravité	« Je sais si c'est grave ou pas » E2
			Un médecin de premier recours	« En ayant 54 ans, monsieur, on commence à savoir ce que c'est les symptômes hein ! Et comme je suis le docteur M. aussi en femelle, non je rigole ! [...] » E2
		Le parent intendant	Parent à l'initiative du rendez-vous	« Il m' parle du souci qu'il a et ensuite euh c'est moi qui... donne la décision de prendre rendez-vous » E4
			Aide pour le déplacement	« Je les véhicule » E10
			Règle les honoraires	« Je règle » E7 « Je suis là pour mettre la carte » E13
		Le parent médiateur	Achat des médicaments	« Il marque et après avec l'ordonnance je vais à la pharmacie » E2
			Mère laisse répondre l'ado en consultation pour qu'il vaine sa timidité Parent incite l'ado à parler en consultation	« En général je me tourne vers C., pour qu'elle s'explique, si elle y arrive elle le fait (sourire) et après je complète, parce que elle s'exprime pas aussi facilement avec une personne qu'elle connaît pas... que avec moi » E8 « Il faut malgré euh malgré tout [...] qu'on les pousse à dire ce qui va, ce qui va pas et d'essayer de dialoguer » E10
			Complète les informations si besoin	« Je rajoute des éléments pour le médecin pour que, elle ait vraiment toute l'info » E1
			Traduit les propos de l'ado	« Parce que des fois ils... ils parlent euh ils parlent de trucs, des fois c'est un peu... c'est un peu confus quoi ! Il vaut mieux préciser exactement » E15
			Traduit les propos du médecin	« Dès que c'est des mots un peu compliqués ou que du coup euh, en fait euh elle elle va dire « j'comprends rien » E14
		Parent moteur dans l'autonomisation de l'adolescent ?	Quand l'adolescent consulte seul	Parent préoccupé par l'éventualité d'une erreur diagnostique
	L'accompagnement est fonction des disponibilités			« De temps en temps parfois maintenant elle vient seule. Comme moi je suis tellement occupée » E3 « Comme j'avais pas le temps euh j'suis partie après bosser et la grande elle était restée toute seule » E15
	Pour sujets délicats			« J'lui dis « bah écoutes, tu m'en parles pas, on prend rendez-vous avec le médecin, et tu lui en parles » » E7
	Quand le parent est présent en consultation		Pour motifs bénins	« Si elle n'a pas vraiment un souci majeur [...] pour ses vaccins, elle vient seule » E3
			Prépare la consultation avec l'ado	« Je leur dis « pourquoi on est là ? [...] qu'est ce que t'as à dire ? » fin j'essaye de vraiment faire en sorte qu'elles s'approprient leur problème ! » E14
			Essaye de s'effacer	« Elle nous demande le motif de notre consultation, donc en général je me tourne vers C. pour qu'elle explique » E8 « J'essaye d'intervenir le moins possible » E1 « J'essaye de ne pas trop parler et de laisser euhh, de laisser euh les filles présenter leur problème » E14
		Parent souhaite inclure ado dans la gestion du traitement pour autonomisation	« On souhaite les inclure directement euh dans la prise de médicaments [...] où elles doivent être plus ou moins autonomes » E10	

Annexe n°4 : Fiche d'information à l'attention des parents

La consultation entre l'adolescent et le médecin généraliste : le point de vue des parents

Madame, Monsieur,

Étudiants à l'université Paul Sabatier de Toulouse, nous réalisons actuellement un travail de recherche sur le déroulement d'une consultation en médecine générale pour les adolescents âgés de 13 à 18 ans.

Le but de notre travail est de vous donner la parole sur le déroulement de cette consultation et sur votre ressenti de cette dernière, afin d'améliorer la prise en charge de votre/vos ados chez le généraliste.

Pour ce faire, nous vous proposons une rencontre (enregistrée par dictaphone) d'environ trente minutes, au cours de laquelle nous échangerons à ce sujet. Tout ce que vous nous direz restera confidentiel et anonyme.

Les enregistrements ne seront accessibles qu'aux deux chercheurs de l'étude, Jessie Stouvenel et Tom Baudeigne et seront détruits une fois la recherche terminée.

La date, l'heure et le lieu de l'entretien seront choisis en fonction de vos disponibilités.

Pour participer ,vous pouvez :

- vous inscrire au secrétariat ,
- ou bien autoriser simplement votre médecin à nous transmettre vos coordonnées .
- ou nous joindre par mail à l'adresse suivante en nous transmettant vos coordonnées et vos disponibilités : jessie.stouvenel@gmail.com ou tbaudeigne@gmail.com

Merci de nous permettre de réaliser ce travail de recherche.

Dans l'attente de vos réponses que nous espérons positives, nous restons à votre disposition pour vos questions.

En vous remerciant.

STOUVENEL Jessie, BAUDEIGNE Tom

Annexe n°5 : Consentement de participation aux entretiens

Je soussigné,

Madame / Monsieur.....

donne par la présente mon consentement à ce que mes propos soient enregistrés afin de fournir des données à un travail de recherche.

J'ai noté que les données recueillies lors de ce travail demeureront strictement confidentielles et seront rendues anonymes.


J'ai compris que je pourrai retirer mon consentement à tout moment sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à ce travail.

Fait à _____, le _____

Signature (précédée de la mention : lu et approuvé) :

Annexe n°6 : Avis de la Commission Ethique



**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 les demandeurs :
Nom , Baudeigne Tom
Qualité,Interne
Adresse, 5 rue stalingrad 31000 Toulouse
Courriel tbaudeigne@gmail.com
Numéro de téléphone 0645175855

Nom, Stouvenel Jessie
Qualité,Interne
Adresse, Le village 31110 Cazeaux-de-Larboust
Courriel jessie.stouvenel@gmail.com
Numéro de téléphone 0689148738

Renseignements concernant le promoteur :
Nom Dr QUENTIN Virginie
Qualité Docteur en médecine
Numéro de téléphone 0562352592

Titre complet de la recherche : Le secret médical chez le mineur en médecine générale : point de vue des parents

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2018 - 022

LE 22/5/2018



Dr Motoko Delahaye

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

Codes Articles	Textes de loi
<p>Article L1110-4</p> <p>Code de la 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 <u>L. 312-1</u> 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 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 L1111-2</p> <p>Code de la 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 <u>L. 1111-5</u> et <u>L. 1111-5-1</u>. 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>Article 371-1</p> <p>Code Civil</p>	<p>« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité »</p>
<p>Article L1111-4</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. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur</p>

Code de santé publique	risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables »
Article L1111-5 Code de santé publique	« Par dérogation à l' <u>article 371-1</u> du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix »
Article L1111-7 Code de santé publique	« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation [...]. Sous réserve de l'opposition prévue aux articles <u>L. 1111-5</u> et <u>L. 1111-5-1</u> , 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 »
Article R1111-6 Code de santé publique	« La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin fait mention écrite de cette opposition. Tout médecin saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées à l'alinéa ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue »

<p>Art. L. 5134-1</p> <p>Code de la santé publique</p>	<p>« Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures »</p> <p>« La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical »</p>
<p>Article 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>Code pénal</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>

AUTEURS : STOUVENEL Jessie et BAUDEIGNE Tom

TITRE : **Le secret médical du mineur en Médecine Générale : le point de vue des parents
Étude qualitative auprès de parents d'adolescent(s) en Occitanie**

DIRECTRICE DE THÈSE : Madame le Docteur QUENTIN Virginie

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 24 septembre 2020

Résumé en français

Introduction : Si la loi du 4 mars 2002 reconnaît à l'adolescent un droit au secret médical, ce dernier est le plus souvent accompagné d'un parent en consultation. L'objectif de notre étude a été d'analyser le point de vue des parents sur le secret médical pour leur(s) adolescent(s), afin d'en comprendre les enjeux et d'améliorer leur prise en charge.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude qualitative par 17 entretiens individuels semi-dirigés auprès de parents d'adolescents en milieu ambulatoire et hospitalier de mai 2018 à novembre 2019 en Occitanie.

Résultats : Les parents ont une vague notion du secret médical et des champs d'action du généraliste. Cela les maintient dans un rôle qu'ils jugent indispensable en consultation, avec une vision du médecin plus somaticien que confident. La notion de confidentialité, indissociable du processus d'autonomisation de l'adolescent, renvoie le parent à des enjeux relationnels et émotionnels. S'ils acceptent théoriquement une confidentialité dans l'intérêt de l'adolescent, elle reste limitée à certaines situations.

Discussion : La mise en place d'un espace de confidentialité nécessite de la part du médecin, formé et sensibilisé à la question, une meilleure communication sur le sujet, et davantage d'initiatives, dans un système de soins aménagé pour l'adolescent. Le médecin a un rôle important à jouer d'une part en amont de l'adolescence, en préparant le parent comme l'adolescent à la notion de confidentialité ; d'autre part durant l'adolescence, en accompagnant le parent afin de faciliter l'autonomisation de l'adolescent dans ses soins et un meilleur vécu parental.

Mots-clés : *secret médical adolescent, confidentialité adolescent, confidences médecin généraliste, relation adolescent-médecin, relation parents-adolescents*

Titre et résumé en anglais

The minor's medical confidentiality in general practice : parent's point of view Qualitative study with parents of adolescent(s) in Occitania

Introduction: If the March 4, 2002 law recognizes the adolescent's right to medical confidentiality, the latter is most often accompanied by a parent in consultation.

The objective of our study was to analyze parent's point of view on medical confidentiality for their teenager(s), to understand the issues and improve their care.

Material and methods: We conducted a qualitative study using 17 semi-structured individual interviews with parents of adolescents in outpatient and hospital settings from May 2018 to November 2019 in Occitania.

Results: Parents have a vague notion of medical confidentiality and the areas for action of the general practitioner. This keeps them in a role considered essential in consultation, with a vision of the doctor as more somaticien than confident. The notion of confidentiality, inseparable from the adolescent autonomy process, puts the parent in play concerning relational and emotional issues. While theoretically they accept confidentiality in the interest of the adolescent, it remains limited to certain situations.

Discussion: To establish a sense of confidentiality, it's necessary for the doctor, trained and aware of the issue, to better communicate concerning the subject, and propose more initiatives, in a designed health care system for the "adolescent" patient.

The doctor has an important role, firstly, before adolescence, by preparing both parents and pre-adolescents for the concept of confidentiality; and secondly, during adolescence, by accompanying the parent to facilitate the adolescent's autonomy in his care, and allow for a better parenting experience.

Keywords : *doctor-adolescent patient confidentiality, confide in GP, adolescent-GP relationship, adolescent-parent relationship*

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
