

Délégation aux droits des femmes et à l'égalité
entre les hommes et les femmes.

Contribution pour la mission d'information sur la contraception des adolescents

Audition du 9 décembre 2010

***Contraceptions des adolescents :
Places et leviers spécifiques de la Médecine générale***

Dr Jean Luc Gallais
Spécialiste en médecine générale et en santé publique
Directeur du Conseil Scientifique SFMG

Dr Anne Malouli
Chef de Clinique de Médecine Générale
Université de Reims
Secrétaire générale de la SFMG

Membre Fondateur du Collège de la Médecine Générale

Contraceptions des adolescents : Places et leviers spécifiques de la Médecine générale

Dr Jean Luc Gallais et Dr Anne Malouli

La demande d'audition faite à la Société Française de Médecine Générale (SFMG) sur la contraception des adolescents impose en préambule le rappel de quelques caractéristiques sur **la place actuelle en France de la médecine générale en tant que dispositif d'offre de soins à la population et aux adolescents en particulier.**

En effet, la visibilité médicale et sociale de l'activité des médecins généralistes est parcellaire et suffisamment méconnue pour que la sociologue Anne Vega ait qualifié le médecin généraliste de "*maillon invisible*" du système de soins du fait des représentations liées à la forte hiérarchisation dans la chaîne des soins (DREES 2005).

Pourtant les données récentes d'IMS Health 2009 [1] sur les demandes de soins ambulatoires sont sans équivoque. 3/4 des demandes sont prises en charge par les médecins généralistes, Le quart restant regroupe ensemble toutes les autres spécialités médicales : 4.2 % par la gynécologie, 2.5 % pour la pédiatrie, 2.7 % la cardiologie, 5.1 % l'ophtalmologie ou 2.5 % par la dermatologie.

Par rapport au thème de la contraception, il faut préciser que la patientèle de médecin générale est majoritairement constituée de femmes : 58 % contre 42 % pour les hommes.

Si on s'interroge spécifiquement sur la place des adolescents, les données disponibles posent un problème de définition des bornes d'âge selon les études. Les chercheurs comme les acteurs de la santé publique sont ainsi confrontés aux limites des données disponibles mais aussi à la définition même de l'adolescence limitant la comparabilité. S'agit-il du "teen agers" de 13 à 19 ans, du jeune de 10 à 19 ans de l'OMS, les 11 - 20 ans de l'enquête du CREDES qui représentaient en 2002 13 % de la population, sans oublier les jeunes adultes majeurs qui sont concernés par ce thème.

La place du généraliste en 2010 dans une offre de proximité et de continuité des soins pour ces âges est confirmée comme elle l'était déjà dans l'étude INSERM sur les demandes de soins des adolescents. Chez les [11-19 ans], 80 % avaient recours aux médecins généralistes [2]. L'infirmière scolaire était le deuxième professionnel de la santé dans 40 % de cas pointant là la place des établissements scolaires.

Cette prépondérance du dispositif de médecine générale est dans la continuité de la tranche d'âge de la petite enfance et l'enfance. L'âge de 15 ans marque administrativement la fin de l'entrée dans les services de pédiatrie pour les services hospitaliers pour adultes.

Dans l'analyse de l'échantillon permanent des assurés sociaux de la CNAMTS on notait en 2000 et 2002 pour les moins de 15 ans le MG comme soignant pour 92 % des enfants. Avec un MG libéral exclusif pour 78 % des enfants ; pour 16 % le MG et le pédiatre intervenaient simultanément ; et seuls 6 % des enfants de [0 -15ans] avaient un recours exclusif au pédiatre. La fameuse "invisibilité" sociale des MG se retrouve d'ailleurs ici au travers de la question récurrente posée aux généralistes "Avez-vous le droit de soigner les enfants ?" ...

Si on met le projecteur au-delà des 15 ans, les enquêtes spécifiques chez les étudiants via leurs mutuelles USEM et LMDE, il y a encore confirmation de la place prépondérante des médecins généralistes. L'enquête USEM 2005 [3] montre la répartition suivante des professionnels consultés les six derniers mois : pour près de 80 % des étudiants un médecin généraliste, pour 1/3 un dentiste, ¼ un gynécologue (soit 43 % pour les femmes), 22 % un ophtalmologiste, ou 18 % un dermatologue. L'enquête USEM de 2007 montre même la croissance des recours au MG de 80 % à 84 %, avec un recours moindre en Ile de France par rapport aux autres régions françaises.

L'enquête LMDE 2006 [4] retrouve des chiffres voisins avec 90 % de consultations d'un médecin généraliste les derniers 12 mois, si l'étudiant a une mutuelle et plus de 80 % s'il n'en dispose pas. On voit dans la population étudiante et dans la tranche d'âge des [18 – 25 ans] émerger plus nettement des besoins et demandes de contraception et de soins dermatologiques, mais aussi d'aide et de soins en santé mentale.

Il faut souligner que les critères principaux de choix d'un médecin généraliste chez les étudiants [5] étaient la proximité géographique du domicile (65 %), le fait qu'il soit le médecin habituel (55 %), une bonne entente (25 %) et un accès rapide avec ou sans rendez-vous (20 %). La logique de proximité, d'accessibilité et continuité de soins personnalisés est clairement au premier plan.

Cette place de la médecine générale et des soins primaires est renforcée par la loi de réforme de l'Assurance-maladie d'Août 2004 instaurant le dispositif du médecin traitant pour les plus de 16 ans. La loi HPST, en définissant mieux les missions des médecins généralistes a renforcé cette approche dans les parcours de soins.

Dans le dispositif du médecin traitant, 85 % des assurés de plus de 16 ans ont désigné un médecin traitant qui est à 98 % un médecin généraliste (CNAMTS 2009). Pour la tranche des 16 - 20 ans, 60 % des jeunes femmes ont déjà choisi un médecin traitant, ce taux passe ensuite à 69 % pour les 20-30 ans, à 80 % pour les 31-40 ; et croît jusqu'à 95 % pour les femmes de 71-80 ans.

La classe consultation de l'adolescent à une place spécifique dans la typologie des actes effectués en médecine générale [6] et elle représente 10 % des actes réalisés pour les 15-25 ans. Ces patients sont dans 60 % déjà connus et suivis par le médecin et sont majoritairement des femmes (62 %)

À ces données générales, il faut ajouter celles sur le contenu des soins pour ces adolescents. Les médecins de l'Observatoire de la Médecine Générale de la SFMG recueillent en continu depuis plus 15 ans les problèmes de santé pris en charge.

Dans le TOP 50 en 2007 [7] de l'ensemble des problèmes de santé pris en charge chez des femmes de 10 à 19 ans, la contraception est au 5e rang. Pour les femmes de 20 à 29 ans, la contraception est au 1er rang, la grossesse au 6e, les problèmes de vulvo-vaginite au 16e et les troubles des règles au 20e rang.

Si on se limite à la tranche d'âge supérieure de l'adolescence, en 2004 avant la mise en place du dispositif du médecin traitant, le rang des questions gynécologiques est déjà très important traduisant la multiplication des opportunités de contacts pour des raisons curatives ou préventives.

OMG-SFMG 2004 : consultantes de sexe féminin de 18 ans à 25 ans

1 ^{er}	Contraception
2e	Examens systématiques et prévention
4e	Réaction a situation éprouvante
5e	Fatigue
6e	Rhinite
9e	Vaccination
10e	Vulvite - vaginite
11e	Asthme
12e	Troubles des règles

Cette implication forte dans l'activité gynécologique, dont la prescription de contraception, est retrouvée au travers d'autres indicateurs des pratiques en médecine générale :

- En 2003, l'étude EPILULE [9] précise les interventions successives ou simultanées des généralistes et gynécologues chez les femmes de 16 à 54 ans. 44 % des femmes consultant en médecine générale déclarent confier leur contraception principalement à un MG, 42,5 % à un gynécologue et 13,2 % aux deux.
- En 2005, en matière d'équipement des cabinets de médecine générale le taux de possession de matériel pour pose de stérilet ou de frottis est de 84 %, celui du calendrier papier ou électronique de suivi de grossesse de 92.7 % et de 45 % pour le doppler fœtal. (Etude B2R ADESA) [8]. Ces taux étaient significativement plus élevés chez les femmes médecins et moins élevés dans les espaces urbains.
- En 2008 et 2009, on constate la place croissante des MG libéraux (de 29 % à 32 %) dans les IVG médicamenteuses facturées à l'Assurance-maladie. (SNIIRAM CNAMTS)
- En 2009, plus de 50 % des contraceptifs remboursés par la sécurité sociale sont issus de prescriptions de médecins généralistes (Données SNIIRAM CNAMTS)

Ces activités sont le reflet de la place des questions de contraception en soins primaires et en médecine générale.

En matière de formation initiale universitaire, *"la contraception de l'adolescente"* fait d'ailleurs partie des 16 situations cliniques exemplaires retenues pour établir le "Référentiel métier et compétences des médecins généralistes" publié en juin 2009 [10] par la Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé (Ministère de la santé) et le Collège National des Généralistes Enseignants.

Les compétences et la légitimité des médecins généralistes à s'investir dans ce champ de la planification familiale sont retrouvées dans les études européennes sur le rôle du médecin généraliste dans les soins primaires (OMS Europe 1998). 99 % des médecins généralistes irlandais, hollandais, anglais ou danois considèrent que cette activité est constitutive du cœur de leur métier, contre 83 % en France [11]. Ces différences traduisent d'abord des facteurs structurels sur les choix de formation et de politique de santé centrés sur les soins primaires.

Le maillage national du territoire par le dispositif de médecine générale permet encore un accès simple sur le plan géographique. Le fait que les MG soient essentiellement des médecins en secteur 1 en tarifs opposables (92 %) et sans dépassement garantit le niveau de prise en charge. Ces mêmes médecins sont aussi ceux pour lesquels le taux de refus des patients bénéficiant de la CMU est limité (<5% secteur 1 et 2 confondus). Cette question est de toute autre importance pour les autres spécialités médicales et notamment la gynécologie médicale libérale. Ces éléments participent à la question très actuelle de la croissance du reste à charge (RAC) et des renoncements aux soins.

Les besoins de santé des adolescents sont indissociables de leur statut socio-économique dans la société, de leur degré d'autonomie et leur capacité limitée de contribution aux dépenses de santé. Si après 16 ans, la carte Sésame Vitale devient personnelle, les conditions de l'anonymat et de l'accès aux professionnels de la santé ne sont pas réglées pour autant. Les modalités d'intervention sont distinctes avant ou après la majorité même si les questions relatives à l'autorité parentale sont maintenant réglées. Les dispositifs spécifiques pour les mineures avec anonymat et une gratuité restent limités en terme d'offre effective au plan national (PMI, CPEF) et ceux permettant ou favorisant une dispense d'avance de frais sont largement perfectibles. La carte sésame Vitale (des parents en tant qu'assurés, puis des adolescents eux-mêmes après 16 ans) serait le support le plus simple et le moins coûteux pour organiser la dispense totale d'avance de frais chez les professionnels de la santé pour les coûts liés à la contraception et son suivi (médecins, pharmaciens, laboratoires). Une telle approche serait nationale et éviterait les inégalités territoriales en matière d'offre. Cette question conduit par ailleurs à aborder la

notion plus générale de tiers payant pour le régime obligatoire et les régimes complémentaires facilitant l'accès aux soins

C'est donc au travers des caractéristiques du dispositif national de médecine générale et notamment du cadre du médecin traitant qu'il est indispensable de revisiter les problématiques de contraception de l'adolescence tant pour les jeunes femmes que les jeunes hommes.

Ce thème n'est pas isolé mais transversal et intriqué aux autres demandes de soins explicites et implicites de cette tranche d'âge.

L'optimisation et le bon usage des ressources actuelles et futures passent par la hiérarchisation des problèmes et la plausibilité effective de la mise en œuvre de solutions coordonnées.

Il s'agit de mieux rendre lisible et faciliter le travail des acteurs impliqués. Les axes à définir se fondent sur les constats récurrents faits dans des rapports nombreux sur le thème des conditions et de l'âge des premiers rapports sexuels, sur la contraception planifiée, sur la contraception d'urgence, sur la recrudescence des IVG, sur les infections sexuellement transmissibles et sur l'usage des préservatifs, sur l'éducation à la sexualité à l'école, sur l'usage des nouveaux outils Internet dans ce champ ou celui de la téléphonie sociale.

La position soignante spécifique du médecin généraliste lui offre des opportunités multiples d'adopter notamment une attitude proactive et vigilante à tous les stades de l'adolescence avant les premiers rapports sexuels comme après. Cette approche de prévention dite pragmatique et opportuniste vient en synergie de celle liée à la communication sociale et institutionnelle existante ou à mettre en œuvre.

La composante familiale de la médecine générale et le suivi longitudinal des familles (sous leurs différentes formes actuelles) donnent accès non seulement à des informations de nature intime, mais l'action médicale peut aussi s'appuyer sur le capital de confiance constitué dans le temps. Cette confiance des jeunes de [11 ans à 25 ans] en leur médecin est confirmée par l'étude menée par le Fil Santé en 2004 [12].

Au-delà de l'aspect éducatif et préventif dans le cadre de la relation duelle des soins, la place de médecins généralistes volontaires intervenant dans les cadres scolaire ou universitaire est à développer. L'application des textes relatifs à l'information sur la sexualité et la contraception reste partielle pour des raisons multiples dont les moyens limités de la médecine scolaire actuelle.

Parmi les dizaines de milliers de médecins généralistes existants et expérimentés dans ces domaines, un dispositif de médecins volontaires (dont ceux exerçant déjà dans les dispositifs ad hoc) pourrait être la base d'une ressource territoriale de proximité intervenant dans les cadres scolaire et universitaire.

II - Quelles priorités retenir pour des actions ciblées ?

Compte tenu des informations et indicateurs disponibles il est possible de dégager quelques axes d'actions pour améliorer les constats actuels en interprétant correctement la notion de moyenne d'âge des premiers rapports sexuels chez les adolescents (17.6 ans pour les femmes et 17.2 ans chez les hommes) et en tenant compte des 20 % de garçons et 10 % de filles ayant eu leur rapport à 15 ans mais aussi des 5 % d'adolescents débutant leur vie affective et sexuelle avant cet âge.

Parmi chacun des indicateurs et thèmes non exhaustifs suivants, des stratégies adaptées aux soins primaires doivent être précisées voire protocolisées.

1. Les modalités de l'entretien médical des adolescents pour la contraception avec ou sans entourage et les circonstances permettent de « commencer la conversation ». (Avec rappel explicite aux adolescents comme aux parents de l'indispensable confidentialité liée au secret professionnel). Le passage du "Tu" au "Vous" souligne les changements et l'adultisation en cours.
2. La prise en compte de l'adolescence dans sa complexité [13] et dans la diversité pour chacun des adolescents.
3. L'utilisation de la vaccination HPV comme levier de communication pour aborder les questions de puberté et de sexualité avec les adolescentes et leur entourage. C'est l'occasion d'exercer les fonctions habituelles de négociations, de médiations, ou même celle d'avocat des adolescents face à leur entourage familial.
4. Les conditions du bon usage du préservatifs (taux d'usage lors des premiers rapports sexuels (75 % chez les hommes et 80 % chez les femmes).
5. La planification secondaire de l'examen gynécologique après démarrage d'une contraception orale.
6. La diversité des modes de contraception et le choix éclairé des jeunes femmes en tenant compte de la fréquence de leur besoin.
7. Le taux d'usage de la contraception orale lors du premier rapport (30 à 38 %)
8. Le taux d'usage respectif de la CO et du préservatif chez les 15-29 ans et 20-24 ans en 2005 (78 % et 21 %) et (88 % et 10 %).
9. Le taux d'usage de la CO d'urgence pour ces mêmes âges dans les derniers douze mois (31 % dans les deux groupes)
10. La fréquence des oublis dans la contraception orale (près de 40 % dans le dernier trimestre).
11. Les informations opérationnelles sur la contraception d'urgence et la gestion ultérieure.
12. La gestion des IVG dans les délais légaux et en particulier les IVG médicamenteuses.
13. La post-vention après un accident de non-contraception ou de rupture de contraception.
14. Les stratégies de réduction des risques d'IVG en fonction des populations concernées
15. L'identification des adolescents fragiles ou socialement précaires à risques accrus
16. Les modes de facilitation de l'accès (dont la gratuité) aux professionnels de la santé et aux différentes modalités de contraception (cf. taux élevé de refus de pharmaciens de délivrance gratuite de CO urgente).
17. Les vérifications périodiques de la situation affective et relationnelle et des conditions du moment des moyens de contraception en tenant compte du caractère souvent sporadique des relations sexuelles.
18. Les questions émergentes lors de grossesses volontaires précoces.
19. L'usage adapté des ressources médico-sociales de l'environnement professionnel des médecins généralistes.
20. Les stratégies d'intervention éducatives et informatives en dehors des cabinets médicaux dans le champ scolaire et social et la place des supports électroniques via la cyberculture accompagnant le développement de l'Internet.
21. La formation initiale et continue sur ces thèmes tant sur les modalités de l'entretien sur ces thèmes que sur la maîtrise de gestes techniques par les médecins généralistes (pose de stérilet, implant, frottis)
22. La coordination et les échanges d'informations négociés avec les adolescentes notamment entre médecin généraliste et un autre prescripteur médecin gynécologue lors de suivi conjoint.

La prise de conscience de la multiplicité de ces divers aspects et impliquant plus de médecins généralistes fait partie de l'évolution des représentations de tous sur ces aspects de la contraception des adolescents : adolescents, familles, médecins généralistes eux-mêmes, gestionnaires et élus à tous niveaux (locaux, régionaux, nationaux).

Les éléments de réponse à chacun des points évoqués renvoient quasi systématiquement à des choix organisationnels dans lesquels la responsabilité et la capacité à agir sont multidimensionnelles. Un facteur limitant structurel ou conjoncturel suffit à ralentir ou empêcher d'atteindre un objectif pertinent mais inatteignable en son absence.

Les rapports successifs [14] [15] [16] [17] [sur le thème de la contraception (ou de la santé publique) ont abouti au fil des années à des recommandations pertinentes, mais sans qu'elles soient systématiquement ou complètement mises en œuvre. La non adéquation entre les objectifs et les moyens conduit donc à la persistance du ou des problèmes.

| III - Quelques pistes souhaitables.

Du point de vue de la médecine générale et compte tenu des données précédentes, le renforcement des actions des médecins généralistes implique une cohérence d'ensemble. Le fait de privilégier ici ces pistes ne signifie pas pour autant la méconnaissance des autres acteurs et institutions également impliqués notamment les cadres liés à l'enseignement.

1. Une communication politique et sociale claire en terme d'organisation du système de santé et d'offre de soins permettant de nouvelles représentations adaptées aux besoins individuels et collectifs.

- a) Celle du choix des responsabilités soignantes et préventives respectives et synergiques des différents acteurs intervenant sur ce thème.
- b) Celle de conforter le parcours du médecin traitant en particulier dans les forfaits et dispenses d'avance de frais.
- c) Celle de la communication sociale et médicale claire et sans ambiguïté sur les compétences des acteurs généralistes.

Pour la première fois en 2010 une recommandation de l'HAS sur le dépistage du cancer du col désigne le généraliste comme acteur clé alors que les discours antérieurs avaient abouti au fait que seul 1/4 de la population situait les MG comme en capacité à faire des frottis et 50 % seulement comme compétents pour les dépistages des cancers (IFOP 2002). On connaît les résultats de ces logiques dans les dépistages organisés selon l'implication officielle ou non des médecins généralistes. Les exemples européens ne manquent pas.

2. Une facilitation à l'accès aux professionnels de la santé et à la contraception pour les adolescents

a) La facilitation des soins préventifs par une consultation ou un entretien annuel gratuit pour les mineurs. Les travaux de la Société Française de Santé Publique, comme les organisations professionnelles, ont demandé cette mise en place effective dans le cadre d'une stratégie globale. [19] La conférence de la famille consacrée à l'adolescence avait proposé un entretien de santé pour les filles de 12 ans et les garçons de 13 ans.

La notion de consultation de prévention programmée avec un tarif adapté n'a en fait jamais abouti. Les examens prévus dans le carnet de santé par la loi sur la protection de l'enfance en 2007 ne répondent pas à la simplicité du cadre nécessaire

b) Pour faciliter la contraception des mineurs la gratuité et la possibilité d'anonymat a été mise en œuvre (cf. PMI et CPEF historiquement avec un carnet à souches de prescription pour les délivrances gratuites par les pharmaciens). Une telle possibilité doit être envisagée dans le cadre de la médecine générale. La dispense d'avance de frais totale fait partie des modalités utilisables notamment via la carte vitale comme évoqué précédemment. Ces conditions participent à l'indispensable politique de réduction des inégalités sociales de santé.

3. Une facilitation de l'acquisition et de l'actualisation des compétences dans le cadre de la formation initiale universitaire et de la formation permanente incluse dans le développement professionnel continu (DPC)

Le renforcement de la formation aux gestes techniques dans le cadre de la FMI dans divers lieux de soins (notamment dans le cadre du SASPAS).

À côté des médecins déjà largement investis sur ces questions, des dispositifs et des politiques de formation nationales ou régionales sont envisageables pour les médecins généralistes. Ces formations seraient aussi une des modalités pour une levée des inhibitions et des changements d'habitudes pour des médecins ayant jusqu'alors délégué ces tâches à d'autres confrères ou pairs pour des raisons variées.

4. Une utilisation et valorisation des compétences des professionnels et notamment de l'offre de soins et des plateaux techniques des maisons pluri professionnelles actuellement en cours de développement.

Les regroupements médicaux et la féminisation du corps des généralistes s'accompagnent d'un investissement plus fort des femmes dans les questions de santé de femmes. Leur clientèle est plus féminisée et ces médecins servent souvent de référent au sein des cabinets médicaux pour ces aspects de la pratique. La continuité informationnelle et l'optimisation du suivi sont alors assurées via le dossier médical partagé.

À côté des pratiques de médecine générale antérieures déjà évoquées, cette tendance constitue une réponse et une alternative de la décroissance démographique des gynécologues médicaux. Il faut souligner que dans les dispositifs spécifiques de type PMI et CPEF ou centre d'orthogénie, ce sont de plus en plus de médecins généralistes qui sont officiellement recrutés sur ces postes. Que le cadre soit public ou libéral, ce sont les compétences de médecins généralistes qui sont à nouveau mobilisées. Ces exercices professionnels sur plusieurs sites avec des statuts différents constituent une des modalités des liens et articulations fonctionnelles entre les divers niveaux de soins, primaires, secondaires et tertiaires

Ces mêmes professionnels dans, ou à côté, leur cadre habituel de pratique peuvent pour certains d'entre eux être désignés, dans des conditions à définir, comme des référents locaux en matière de contraception pouvant être mobilisés notamment dans des actions relevant d'initiatives locales de régions, villes ou communes.

5. Une utilisation pertinente du thème de la contraception comme axe transversal pour les autres besoins de prévention et de santé des adolescents.

Le débat sur la prévention générale et la prévention thématique est ancien comme celui de l'intrication des soins "curatifs-préventifs". Les rapports IGAS 2003 sur « la prévention sanitaire en direction des enfants et adolescents » comme celui sur « Santé, pour une politique de prévention durable » soulignent les difficultés structurelles rencontrées. L'opposition entre approche curative et préventive n'est pas pertinente [20]. C'est la porte d'entrée des soins qui offre l'opportunité de rencontrer la majorité des populations. Si sur le plan déclaratif, nombreux sont les demandeurs par principe d'une consultation de prévention, beaucoup plus rares sont ceux qui effectuent cette démarche.

Ces consultations visant à un meilleur choix des adolescents sur ces thèmes imposent la prise en compte de nombreux facteurs de risques médicaux et socio-familiaux.

La position de personnalisation et de continuité des soins en médecine générale sert de base à de nombreuses problématiques émergentes à ces âges (risque psychique, risque d'addiction notamment).

Ce type de consultation est donc une opportunité de repérage plus précoce et d'interventions tant dans le registre de la santé mentale et de la souffrance psychique ou pour d'autres pathologies ou facteurs de risque personnels ou familiaux déjà présents [21].

6. Les besoins de systèmes d'information adaptés selon les territoires.

Les insuffisances de systèmes d'information permanents sur les soins primaires, dans ces domaines, comme dans d'autres thématiques participent à la difficulté de décrire, dans une logique d'état des lieux, mais aussi d'aide à la décision et à l'évaluation des politiques de santé. La mise en place des ARS et l'analyse des besoins locaux-régionaux sont indispensables pour des négociations et arbitrages entre les soins ambulatoires et les soins en institutions hospitalières publiques comme privées. L'utilisation du dispositif du médecin traitant offre des possibilités nouvelles en la matière [22]

IV - En guise de conclusion

Le thème de la contraception des adolescents permet de retrouver de nombreuses problématiques de notre système de santé et de ses défauts structurels connus et anciens, mais pour lesquels des réponses organisationnelles effectives sont toujours en attente.

Les crises intriquées de la démographie des professions de santé, du financement de la protection sociale, de l'accès et de la régulation des soins sont naturellement retrouvées. Compte tenu de la multiplicité, sur plus de deux décennies, des rapports, missions, colloques, états généraux successifs sur le système de santé et la médecine ambulatoire, malgré la répétition des "diagnostics", la mise en œuvre des mesures "thérapeutiques" reste partielle...

Dans tous les cas, l'usage optimisé des ressources disponibles ou prévisibles fondées sur la médecine générale de proximité et le dispositif du médecin traitant en dispense d'avance de frais doit être au premier plan constituant là une réponse à la question initialement posée au niveau du territoire national favorisant la réduction des inégalités sociales de santé. **Cet axe prioritaire fait du médecin généraliste traitant l'interface personnalisée, accessible et opérationnelle d'une approche coordonnée avec les autres acteurs concernés notamment les dispositifs spécifiques, les gynécologues libéraux, les infirmières scolaires et les pharmaciens d'officine.**

Les visions du système et de son mode d'emploi sont les résultantes d'une construction politique et sociale. Dans un pays qui fonctionne fortement sur une logique de statuts et non de compétence à faire, l'action des médias et les logiques de lobbying sont trop souvent les déterminants essentiels. Entre invisibilité fréquente et soupçons d'incompétence supposée, le dispositif de soins de proximité fondé sur la médecine générale assume néanmoins ses missions dans des conditions perfectibles.

Le thème de la contraception des adolescentes mineures n'est qu'une partie des besoins spécifiques de la santé des femmes dans une approche de santé publique.

Pour conclure, il est utile de rappeler les propos Michèle UZAN, Professeur de gynécologie-obstétrique *"Ce sont les médecins généralistes, qui pour l'instant et pour longtemps encore, peuvent assurer la totalité des besoins de santé publique. Les acteurs d'une campagne de santé publique concernant les femmes ne peuvent être que les généralistes, car eux seuls touchent une fraction suffisante de la population"*

| V. Quelques éléments de Bibliographie

- [1] Hardre JM. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la demande de soins. IMS Congrès MGF, Lille mars 2010.
- [2] Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Paris . INSERM 1994
- [3] USEM FNORS La santé des étudiants en 2005 ». 4e enquête.
- [4] LMDE enquête sante étudiants 2006
- [5] ORS-IDF SMEREP, Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la SMEREP. Septembre 2002, 172 pages
- [6] Kandel.O et Col .Existe-il une typologie des actes effectués en médecine générale. Rev Prat Med Gen, 2004 ;18; 656/657: 781-84;

- [7] Site Observatoire de la Médecine générale. www.sfmfg.org
- [8] Gallais JL et Col. Étude B2R. ADESA 2007
- [9] Cogneau J. Étude EPILULE. Journée.Communications SFMG. 2004.
- [10] Référentiel métier et compétence des médecins généralistes. Ministère de la santé, Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé CNGE, juin 2009
- [11] WGB.W Boerma, DM Douglas The role of general practice in primary care.OMS Europe 1998
- [12] Fil santé jeunes Enquête « Vivre avec une maladie » 2004.
- [13] Le Breton D. Le passage adolescent, l'adolescent en souffrance. Médecine, 2008, 10 : 376-380
- [14] Polletti B. Rapport d'information Assemblée Nationale sur l'application de la loi du 4 juillet relative à l'IVG et à la contraception 2008
- [15] Aubin C, Jourdain-Menninger. IGAS Rapport sur la prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Octobre 2009
- [16] IGAS Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence 2009
- [17] Le Corre M, Thomson E. Les IVG en 1998. DRESS Etudes et Résultats N°69, juin 2000
- [18] Aubin C, Jourdain-Menninger. IGAS Rapport sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de la prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001. Octobre 2009
- [19] Bourdillon F, Mosnier A, Godard J, le comité de pilotage et le collectif. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique, 2008 ; 5:489-500.
- [20] Stratégies Nouvelles de Prévention. Rapport JF.Toussaint. Septembre 2006. Ministère de la Santé.
- [21] Rousseau C, Clerc P, Gallais JL. Adolescents seen in general practice. 12th Conference of Wonca Europe, Florence, Italy . 2006..
- [22] Gallais JL, Capron V, Lombrail P. Les listes Médecin traitant, un nouveau levier d'aide à l'activité soignante et à la production de connaissances indispensables en soins primaires ? Sante Publique 2010 ; 22, 5: 489-491.

Contact ; JL.Gallais
<mailto:jl.Gallais@sfmg.org>

Ce texte peut-être utilisé et cité avec la mention suivante :

Référence . Gallais.JL, Malouli.A. Contraceptions des adolescents : places et leviers spécifiques de la médecine générale. Contribution pour la mission parlementaire d'information sur la contraception des adolescents. Documentation SFMG ; Décembre 2010
