

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 19

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Hélène BOULESTREAU - GRASSET

Née le 21 Novembre 1978 à Parthenay

Présentée et soutenue publiquement le 2 Juin 2009 à 13h30

**LE POINT DE VUE DES ADOLESCENTS
SUR LEUR RELATION
AVEC LE MEDECIN GENERALISTE**

Président du Jury : Monsieur Le Professeur Amar
Membre du Jury : Monsieur Le Professeur Senand
Monsieur Le Professeur Le Mauff
Monsieur Le Docteur Picherot
Monsieur Le Docteur Juchereau

Directeur de thèse : Monsieur Juchereau

TABLE DES MATIERES

1^{ERE} PARTIE : INTRODUCTION	4
2^{EME} PARTIE : METHODES	6
A- CHOIX DES POPULATIONS.	7
B- QUESTIONNAIRE.....	7
C- DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES.....	9
D- CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.	9
3^{EME} PARTIE : RESULTATS	10
A- TAUX DE REPONSE CONTRIBUTIVE.	11
B- CARACTERES GENERAUX.	11
1- Age.....	11
2- Sexe.....	12
3- Niveau d'étude.....	14
C- MODALITES DE CONSULTATION.....	15
1- Médecin traitant.	15
2- Durée de suivi.....	15
3- Fréquentation en 2 ans.	16
4- Sexe du médecin.	16
5- Médecin des parents.	16
6- Présence des parents à la consultation.	17
7- Désir d'être seul à la consultation.....	17
8- Tutoiement et vouvoiement.....	18
9- Motifs de consultation.....	19
a) En fonction de l'âge.....	19
b) En fonction du sexe.	20
D- LES MAUX DES ADOLESCENTS.....	21
1- Taux général et en fonction de chaque problème.	21
2- En fonction de l'âge.....	22
3- En fonction du sexe.....	23
4- Discussion avec le médecin en fonction de chaque problème.	24
5- Aide efficace du médecin en fonction de chaque problème discuté ?.....	25
6- Moyens d'aide utilisés par le médecin.	26
7- Souhait d'une discussion en fonction de chaque problème non-discuté ?.....	27
E- LA NON-DISCUSSION AVEC LE MEDECIN.	28
1- Les raisons.	28
2- Autres interlocuteurs.....	29
F- UNE CONSULTATION ANNUELLE GRATUITE AIDERAIT-ELLE ?.....	30
4^{EME} PARTIE : ANALYSE-DISCUSSION.	31
A- BIAIS DE L'ETUDE, VALIDITE ET QUALITE DES RESULTATS.....	32
1- Choix des populations.....	32
2- Choix du questionnaire.	32
a) Choix de la modalité du recueil de données.	32
b) Contenu du questionnaire.....	33
3- Distribution des questionnaires.....	34
4- Taux de réponse.....	34
B- SUIVI MEDICAL DES ADOLESCENTS ET MODALITES DE CONSULTATION.....	35
1- Le suivi médical.....	35
2- Les parents.	35
3- Tutoiement-Vouvoiement.....	36
4- Motifs de consultation.....	37
C- LES MAUX DES ADOS.	37
1-Discussion des résultats.....	37
a) Les troubles du sommeil.	37
b) Les troubles psychosomatiques.	38
c) Les troubles affectifs.....	38
d) Les consommations de produits.	38
e) Les idées suicidaires.	40
2- Aides apportées par le médecin.....	41
D- DISCUSSION MEDECIN GENERALISTE-ADOLESCENT.....	42

1- <i>Efficacité de la discussion</i>	42
2- <i>Raisons de la non-discussion</i>	42
E- CONFIDENTIALITE ET SECRET PROFESSIONNEL.....	44
1- <i>Paradoxe de l'adolescence</i>	44
2- <i>Secret médical : application légale au cas particuliers de l'adolescent</i>	44
a) Statut légal de l'adolescent mineur.....	44
b) Dispositions légales du secret médical.....	45
c) Difficulté du cas de l'adolescent.....	46
F- PREVENTION.....	47
1- <i>Autres interlocuteurs</i>	47
2- <i>Consultation annuelle obligatoire</i>	47
3- <i>Les adolescents sans symptômes</i>	48
SEME PARTIE : CONCLUSION	49
ANNEXES	51
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ADOLESCENTS.....	52
ANNEXE 2 : GRILLE MARCELLI GERVAIS.....	55
BIBLIOGRAPHIE	57
SERMENT MEDICAL	63

1^{ère} PARTIE :

INTRODUCTION

L'adolescence peut se définir de multiples façons en fonction des divers points de vue. Pour certains, l'adolescence se caractérise par un âge allant de 13 à 25 ans avec des variations en fonction du sexe ; pour d'autres, il s'agit d'une période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté, cette dernière étant parfois totalement confondue avec l'adolescence ; pour d'autres encore, elle est stéréotypée comme une période de crise, suscitant toute la connotation péjorative et le sous-entendu fataliste « il faut attendre que cela passe... ». Si l'adolescence est si difficile à définir, c'est peut-être tout simplement parce qu'il n'existe pas d'« adolescent-type », de prototype universel. Chaque adolescent vivra sa propre adolescence de façon unique ; ainsi pour le médecin généraliste, il faut sans cesse s'adapter afin d'aborder et de comprendre au mieux un adolescent, surtout si celui-ci traverse une période difficile.

La bibliographie nous révèle que le médecin généraliste se considère et est considéré comme l'interlocuteur privilégié des adolescents en ce qui concerne les problèmes de mal-être de l'adolescence. Ce point de vue est-il partagé par les adolescents ? Comment les adolescents jugent-ils leur relation avec le médecin généraliste ? Selon les adolescents, quels sont les facteurs favorisant le dialogue avec leur médecin ?

Nos hypothèses sont les suivantes : le médecin généraliste n'est pas le premier interlocuteur auquel ils s'adressent en cas de mal-être, principalement en raison de la proximité éventuelle du trio parents-médecin-adolescent. Les facteurs favorisant le dialogue pourraient être entre autre ceux-ci : le vouvoiement de l'adolescent, une longue durée de suivi par le même médecin, une fréquentation supérieure à la moyenne, le sexe du médecin, l'absence des parents lors des consultations, le fait de provoquer des questions en lien avec un symptôme éventuel du mal-être.

2ème PARTIE :

METHODES

A- CHOIX DES POPULATIONS.

Nous nous sommes intéressés aux adolescents scolarisés en classe de 4^e, 3^e, 2^e et 1^e dans les établissements de Fontenay-Le Comte (Vendée) suivants :

- Collège Tiraqueau (enseignement public)
- Collège Viète (enseignement public)
- Collège Saint-Joseph (enseignement privé)
- Lycée Rabelais (enseignement public)
- Lycée Notre-Dame (enseignement privé)

Les classes de la 4^e à la 1^e ont été retenues car elles regroupaient des jeunes âgés de 14 à 18 ans, âges compris dans la période de l'adolescence.

B- QUESTIONNAIRE (Annexe 1).

Le questionnaire comprend différentes parties :

■ 1^e partie : des questions d'ordre général concernant l'adolescent (sexe, âge et classe), son médecin traitant et les modalités de consultation avec son médecin.

■ 2^e partie : motifs de consultation durant ces 2 dernières années.

■ 3^e partie : 8 groupes de questions inspirés des 8 familles de symptômes de la grille d'analyse des symptômes des adolescents établie par MARCELLI et GERVAIS (Annexe 2) :

- les troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, insomnies, réveils en milieu de nuit, cauchemars, somnolence la journée)
- les troubles alimentaires (anorexie, boulimie, vomissement, contrôle du poids)
- les troubles psychosomatiques ou fonctionnels (mal de tête, migraine, spasmophilie, tétanie, fatigue importante, scarification)
- les troubles affectifs (sensations d'excitation-turbulence, de tristesse, crises de pleurs, d'angoisse ou de peurs excessives, d'envie de s'isoler pour être seul)

- les problèmes scolaires (absences fréquentes, refus d'aller à l'école, phobie scolaire, retard scolaire de + 2 ans)
- les troubles du comportement (bagarre, violence, vol, racket, fugue, conduites à risque, accidents de mobylette ou scooter)
- des consommations régulières de tabac, alcool, drogues (shit, cannabis, ecstasy...)
- des idées de mort, des envies d'en finir avec la vie, des tentatives de suicide

■ 4^e partie : moyen le plus efficace utilisé par le médecin pour venir en aide à l'adolescent en cas de présence d'un ou des symptômes précités.

■ 5^e partie : causes de la non-discussion d'un problème avec son médecin et autres interlocuteurs privilégiés.

■ 6^e partie : question d'actualité se rapportant au projet de loi « Plan Santé des Jeunes » lancé par le gouvernement en février 2008 qui prévoit entre autre, à partir de janvier 2009, une consultation de prévention annuelle et gratuite (tiers-payant) des jeunes de 16 à 25 ans chez le médecin généraliste de leur choix. L'enjeu de cette consultation serait le repérage et la prise en charge des conduites à risque et des souffrances psychiques, ainsi que l'information sur la contraception et les IST.

C- DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES.

Après accord des chefs d'établissement, les questionnaires ont été distribués selon plusieurs modalités en fonction des établissements durant une quinzaine de jours du mois de juin 2008 :

- pour les 3 collèges et un lycée, les questionnaires ont été distribués, sur la base du volontariat, lors d'un temps scolaire en classe soit par un professeur, soit par un Conseiller Pédagogique d'Education, donc en présence d'un adulte.

- pour l'autre lycée, les questionnaires ont été remis aux délégués élèves qui eux-mêmes ont proposé aux élèves de leur classe de le remplir de façon facultative sur la base du volontariat. Cette modalité de distribution a été choisie par le chef d'établissement parce que son lycée était centre d'examen pour le baccalauréat, ce qui suscitait une réorganisation de l'emploi du temps à la fois des élèves et des professeurs.

D- CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.

Les questionnaires présentant un ou plusieurs des critères suivants ont été exclus :

- réponses illisibles ou ininterprétables
- questionnaire incomplet (une seule des 2 pages complétée)
- réponses inadéquates et/ou farfelues (blagues, dessins...)
- questionnaire vierge
- âge >18 ans

3ème PARTIE :

RESULTATS

A- TAUX DE REPONSE CONTRIBUTIVE.

Le taux de réponse contributive est de 93,84%.

Sur 1202 questionnaires distribués, 1128 ont été retenus. Il y avait 8 questionnaires à réponses illisibles ou ininterprétables, 13 questionnaires incomplets (une seule des 2 pages complétée), 37 questionnaires vierges et 16 questionnaires répondus par des adolescents de plus de 18 ans.

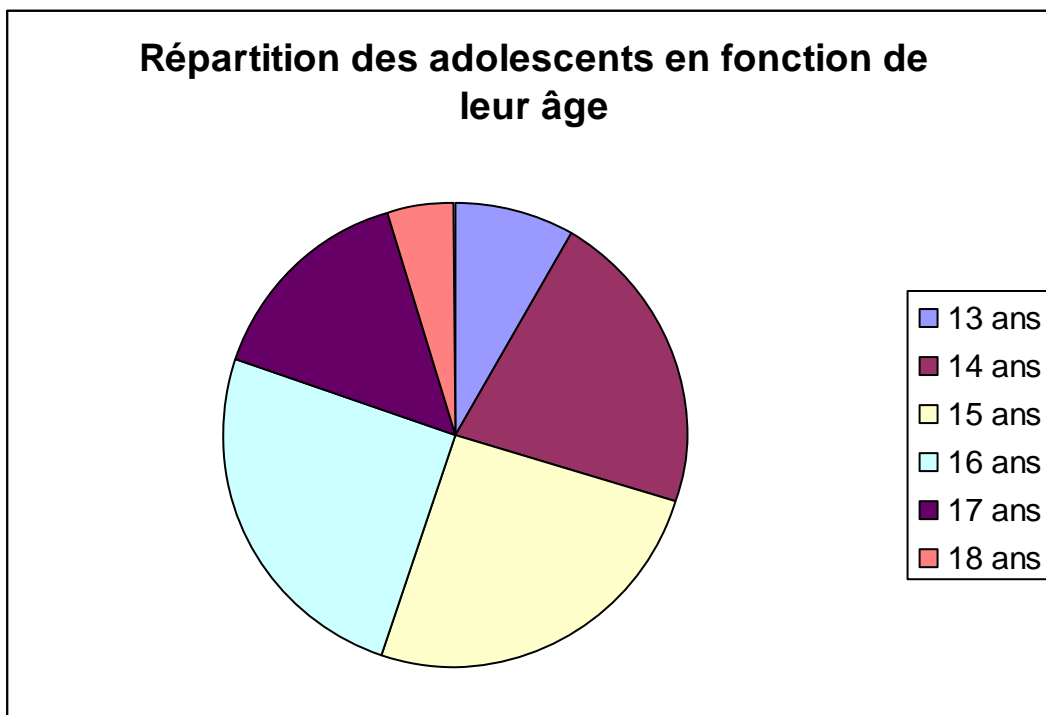
B- CARACTERES GENERAUX.

1- Age.

L'âge des adolescents questionnés est compris entre 13 et 18 ans inclus. L'âge moyen est de 15 ans et 4 mois.

Tableau n°1 : Age de la population interrogée.

Age	Nombre	Taux %
13	95	8,4
14	239	21,2
15	287	25,4
16	283	25,1
17	170	15,1
18	54	4,8
TOTAL	1128	100



Graphique n°1

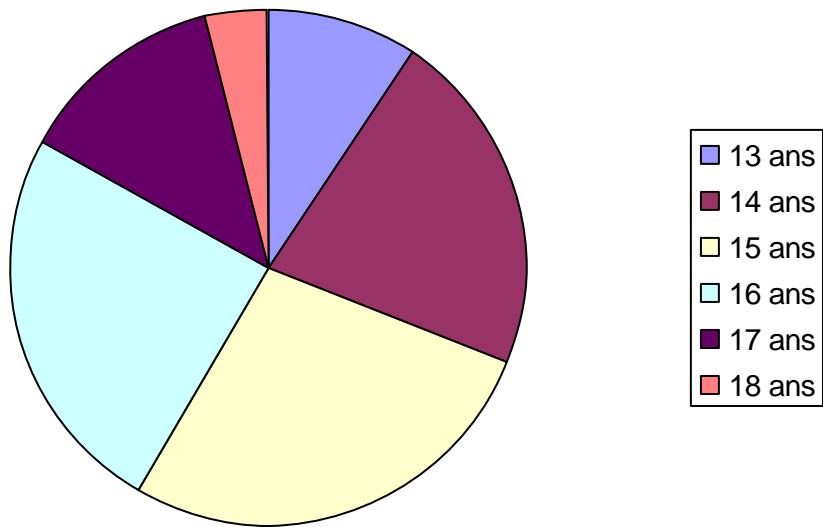
2- Sexe.

Les questionnaires ont été remplis par 539 garçons et 589 filles.

Tableau n°2 : Répartition de la population interrogée en fonction de l'âge et du sexe.

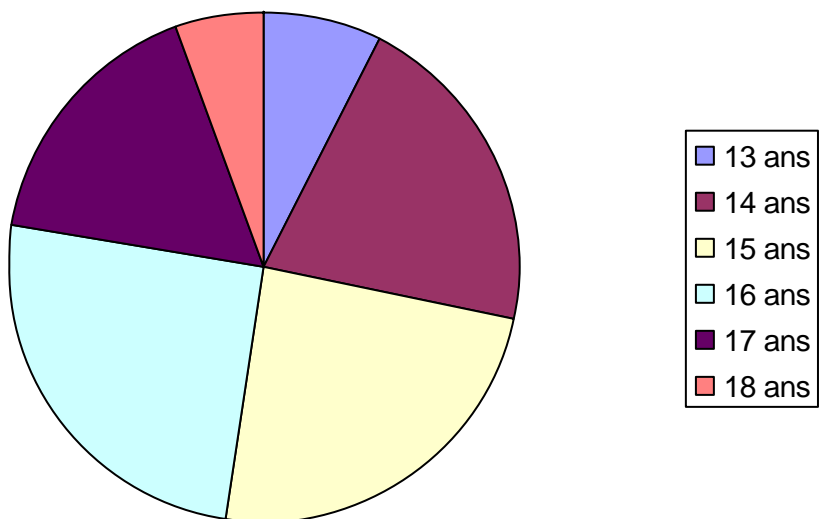
Age	Garçons	Filles	Nombre
13	51	44	95
14	116	123	239
15	147	140	287
16	133	150	283
17	71	99	170
18	21	33	54
TOTAL	539	589	1128

Répartition des garçons en fonction de l'âge



Graphique n°2

Répartition des filles en fonction de l'âge



Graphique n° 3

3- Niveau d'étude.

Les questionnaires ont été distribués à des adolescents de 4^e, 3^e, 2^e et 1^e en filière générale et technologique, ainsi que les classes d'insertion et de remise à niveau.

Tableau n° 3 : Répartition des jeunes interrogés en fonction du niveau d'étude et du sexe.

Classe	Garçons	Filles	Nombre
4e	154	132	286
3e	150	147	297
2e	129	183	312
1e	106	127	233
TOTAL	539	589	1128

C- MODALITES DE CONSULTATION.

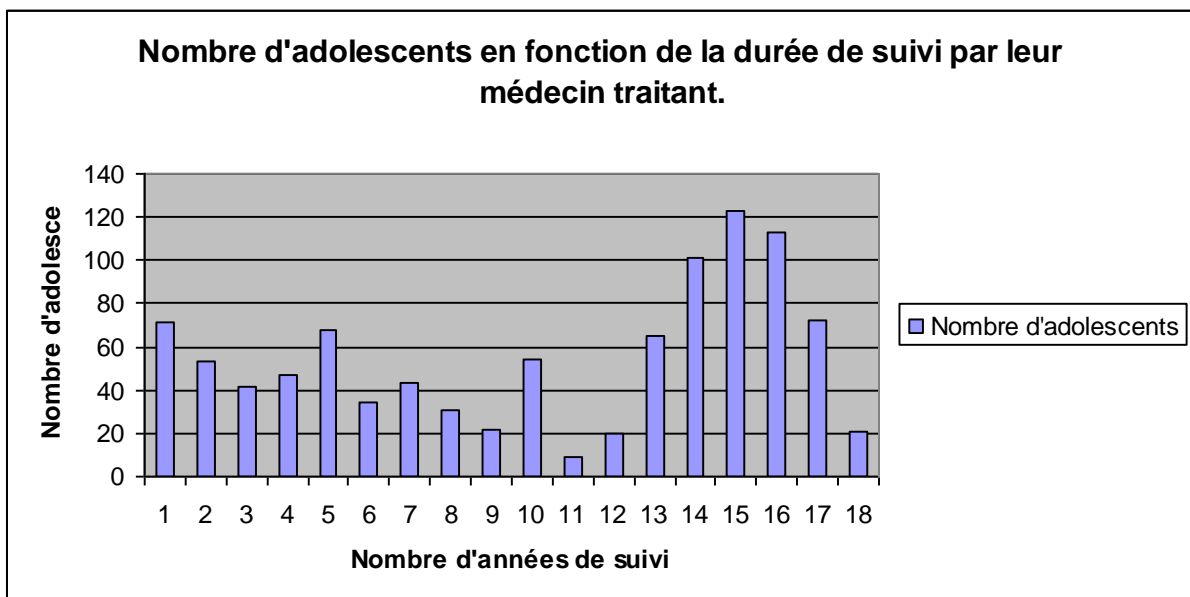
1- Médecin traitant.

Près de 98,5% des adolescents ayant répondu de façon contributive au questionnaire ont un médecin traitant. En effet, seuls 17 adolescents sur 1128 ont répondu ne pas avoir de médecin traitant.

Parmi ces adolescents n'ayant pas de médecin traitant, il n'y a pas de différence significative en fonction de l'âge et du niveau d'étude. Par contre, il y a une différence en fonction du sexe : 2/3 des adolescents n'ayant pas de médecin traitant sont des garçons.

Nombre de non-réponse : 5.

2- Durée de suivi.



Graphique n°4

Nombre de non-réponse : 139

La durée moyenne de suivi par un médecin traitant est de 10 ans et 3 mois. La moitié des adolescents sont suivis par leur médecin traitant depuis leur naissance.

Il n'y a pas de variation significative de la durée moyenne de suivi en fonction du sexe.

3- Fréquentation en 2 ans.

La fréquentation moyenne en 2 ans est de 6 consultations.

En fonction du sexe, la fréquentation moyenne en 2 ans est de 6,4 consultations pour les filles et 5,6 consultations pour les garçons.

Il n'y a pas de variation significative de la fréquentation en fonction de l'âge.

Nombre de non-réponse : 182.

4- Sexe du médecin.

Tableau n°4 : Répartition de la population interrogée en fonction du sexe des jeunes et du médecin traitant.

	Médecin Traitant Femme	Médecin Traitant Homme	Total
Ado Garçons	117	409	526
Ado Filles	179	401	580
Total	296	810	1106

Parmi les adolescents, 22% ont un médecin traitant Femme et 78% ont un médecin traitant Homme.

Parmi les adolescentes, 31% ont un médecin traitant Femme et 69% ont un médecin traitant Homme.

Un médecin traitant Femme a 40% de garçons et 60% de filles parmi ses patients adolescents.

Un médecin traitant Homme a 50% de garçons et de filles parmi ses patients adolescents.

Nombre de non-réponse : 22

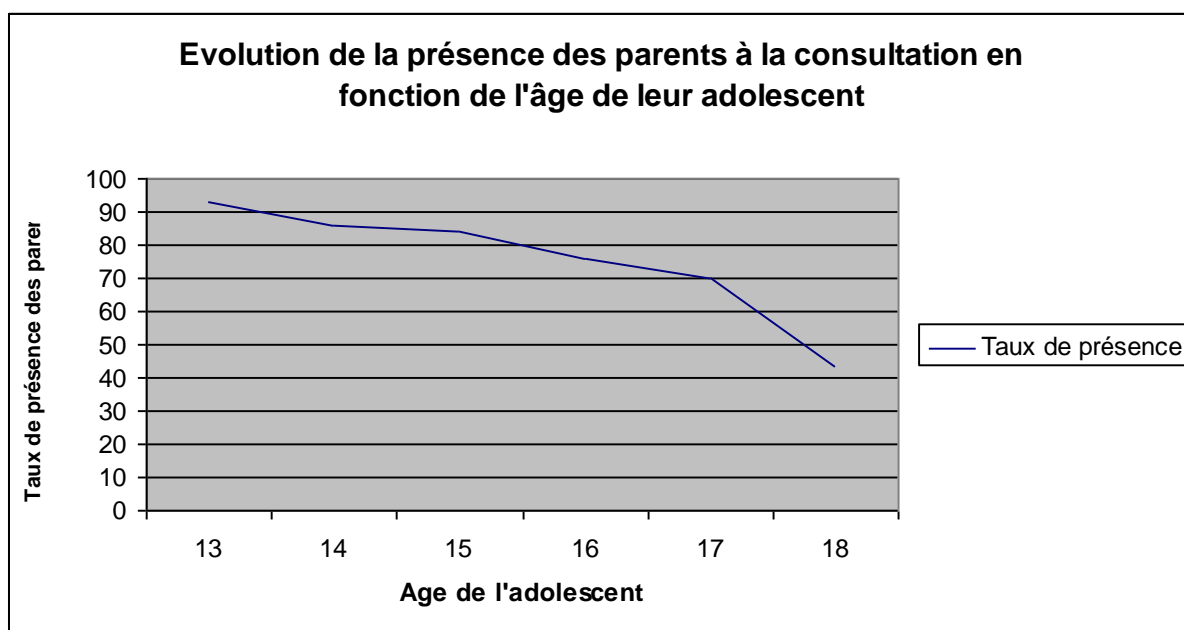
5- Médecin des parents.

90% des jeunes ont le même médecin traitant que leur(s) parent(s).

Les adolescents qui n'ont pas le même médecin traitant que leur(s) parent(s) ont tous au moins 16 ans.

Nombre de non-réponse : 21

6- Présence des parents à la consultation.



Graphique n°5

Nombre de non-réponse : 25

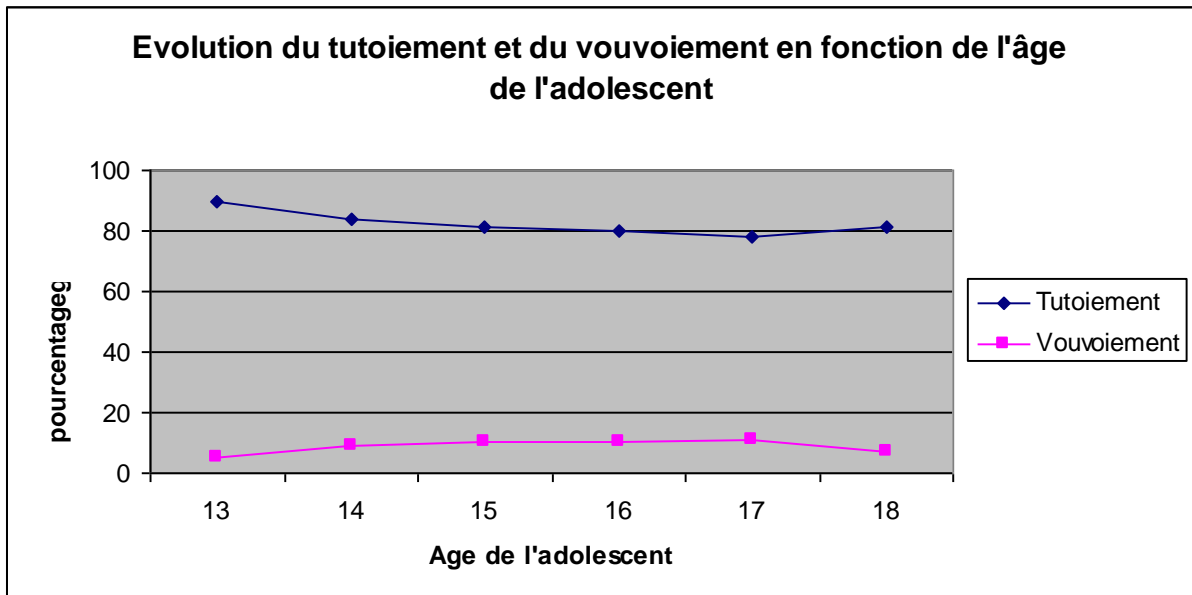
En moyenne, 78,7% des parents assistent à la consultation de leur enfant. Mais la présence des parents varient avec l'âge de l'adolescent : plus l'adolescent vieillit, moins le(s) parent(s) assistent à la consultation.

7- Désir d'être seul à la consultation.

34% des adolescents dont le(s) parent(s) assiste(nt) à la consultation souhaiteraient être seul avec leur médecin traitant.

Nombre de non-réponse : 314.

8- Tutoiement et vouvoiement.



Graphique n°6

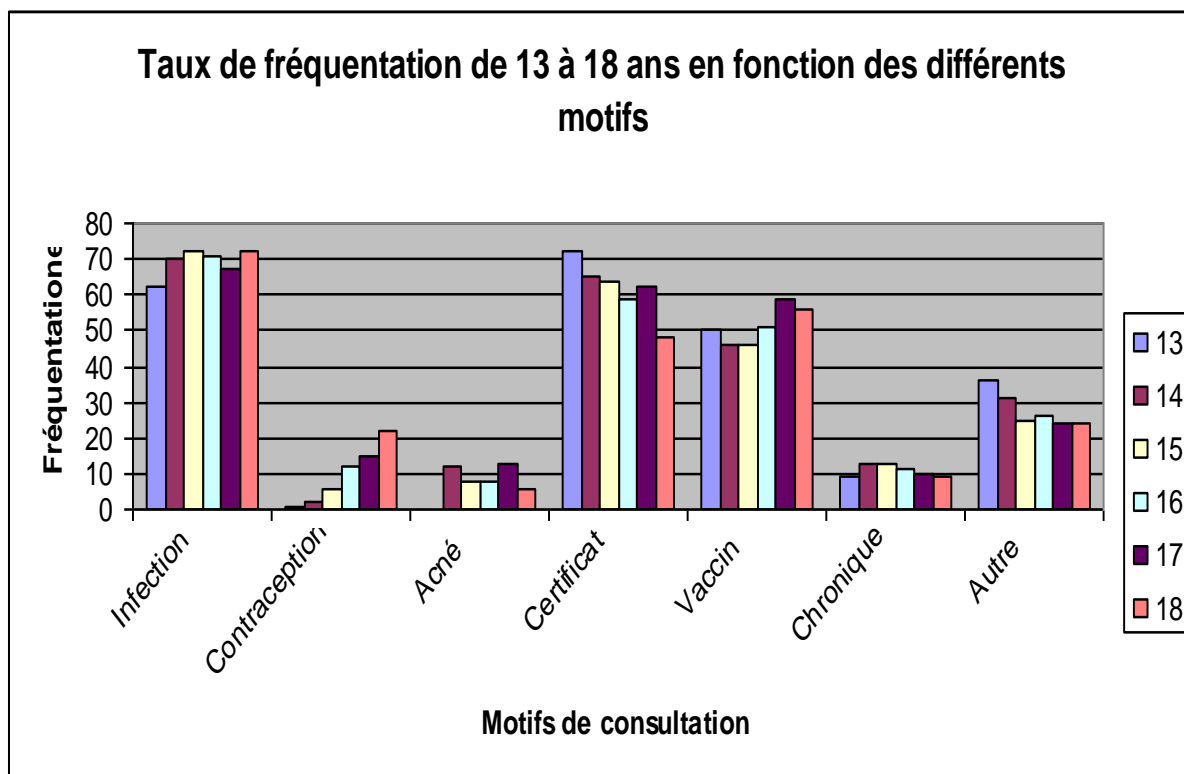
Nombre de non-réponse : 96

En moyenne, 82% des adolescents préfèrent être tutoyés par leur médecin traitant. On note une très légère variation en fonction de l'âge de 13 à 17 ans : plus l'adolescent vieillit, plus il souhaite être vouvoyé. Puis à 18 ans, on note une très légère inversion de la courbe.

Il n'y a pas de lien avec la durée de suivi par le médecin traitant.

9- Motifs de consultation.

a) En fonction de l'âge.

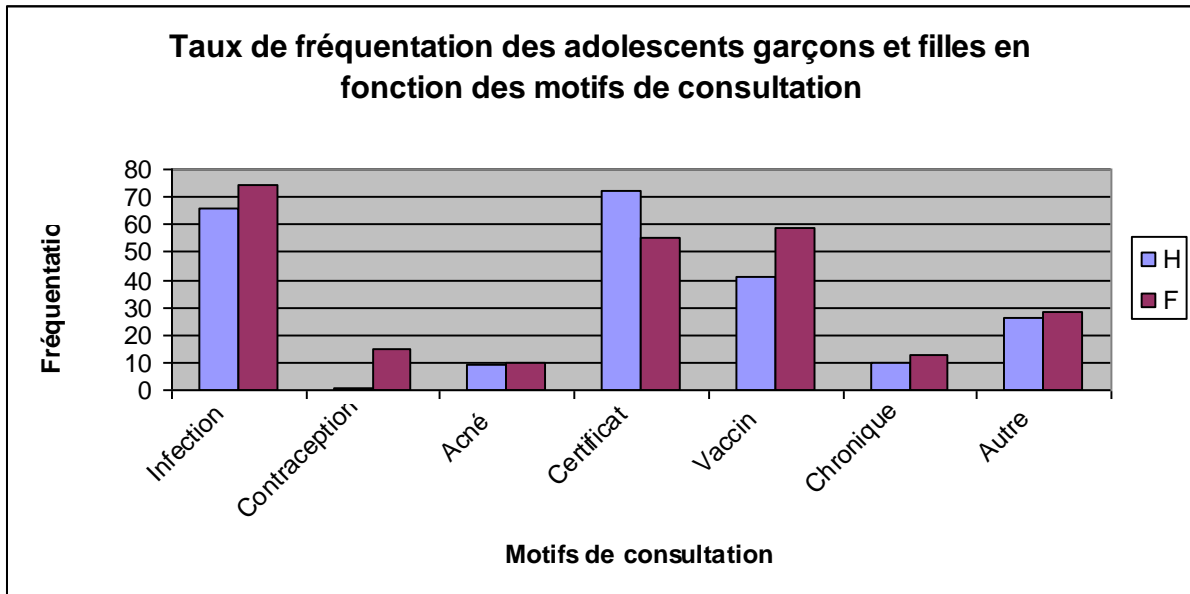


Graphique n°7

Les 3 principaux motifs de consultation sont les infections, les certificats et les vaccins : en fonction de l'âge, 46 à 59% des adolescents ont consulté pour un vaccin, 48 à 72% pour un certificat, 62 à 72% pour une infection.

Le taux de fréquentation en rapport avec la contraception augmente très nettement avec l'âge, ce qui est corrélé au fait que l'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel est de 17 ans.

b) En fonction du sexe.



Graphique n°8

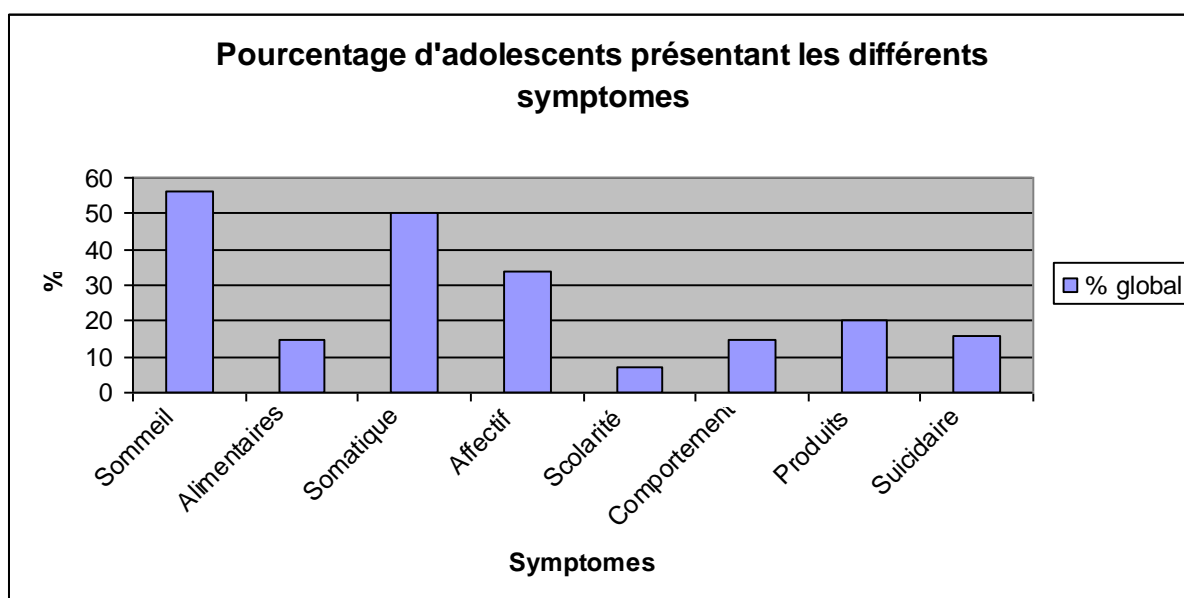
Les 3 principaux motifs de consultation sont les infections, les certificats et les vaccins : en fonction du sexe, 41% des garçons contre 59% des filles ont consulté pour un vaccin, 72% des garçons contre 55% des filles ont consulté pour un certificat, 66% des garçons contre 73% des filles ont consulté pour une infection.

D- LES MAUX DES ADOLESCENTS.

1- Taux général et en fonction de chaque problème.

81,5 % des adolescents ayant répondu ont déjà rencontré au moins 1 des 8 problèmes suivants :

- les troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, insomnies, réveils en milieu de nuit, cauchemars, somnolence la journée)
- les troubles alimentaires (anorexie, boulimie, vomissement, contrôle du poids)
- les troubles psychosomatiques ou fonctionnels (mal de tête, migraine, spasmophilie, tétanie, fatigue importante, scarification)
- les troubles affectifs (sensations d'excitation-turbulence, de tristesse, crises de pleurs, d'angoisse ou de peurs excessives, d'envie de s'isoler pour être seul)
- les problèmes scolaires (absences fréquentes, refus d'aller à l'école, phobie scolaire, retard scolaire de + 2 ans)
- les troubles du comportement (bagarre, violence, vol, racket, fugue, conduites à risque, accidents de mobylette ou scooter)
- des consommations régulières de tabac, alcool, drogues (shit, cannabis, ecstasy...)
- des idées de mort, des envies d'en finir avec la vie, des tentatives de suicide.



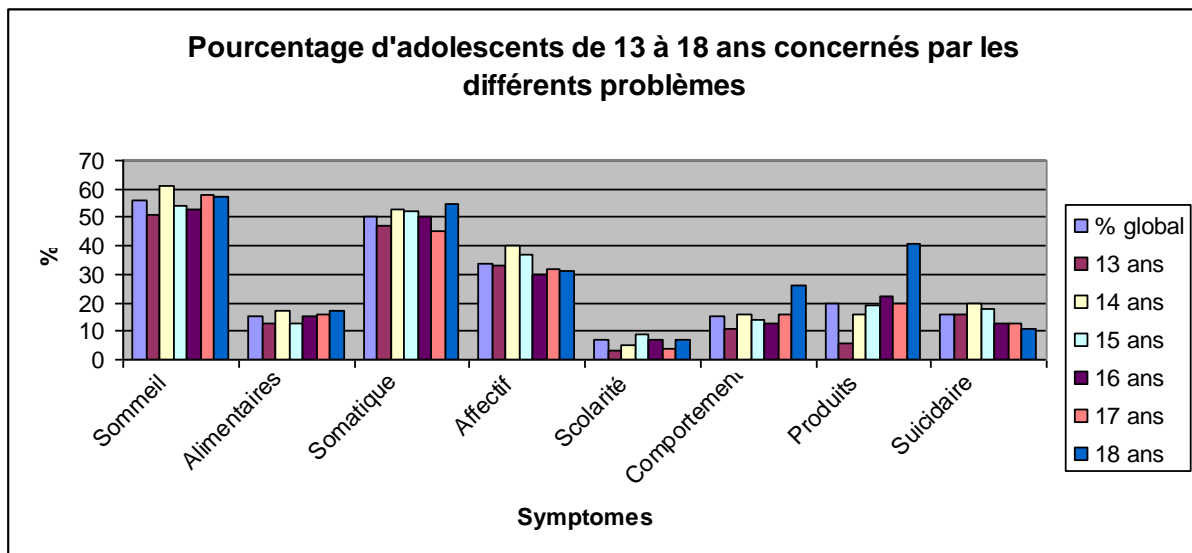
Graphique n°9

Les 3 symptômes les plus souvent rencontrés chez les adolescents de 13 à 18 ans sont :

- les troubles du sommeil
- les troubles psychosomatiques
- les troubles affectifs.

Quelques annotations relevées : « *la scarification est une maladie ?* »

2- En fonction de l'âge.

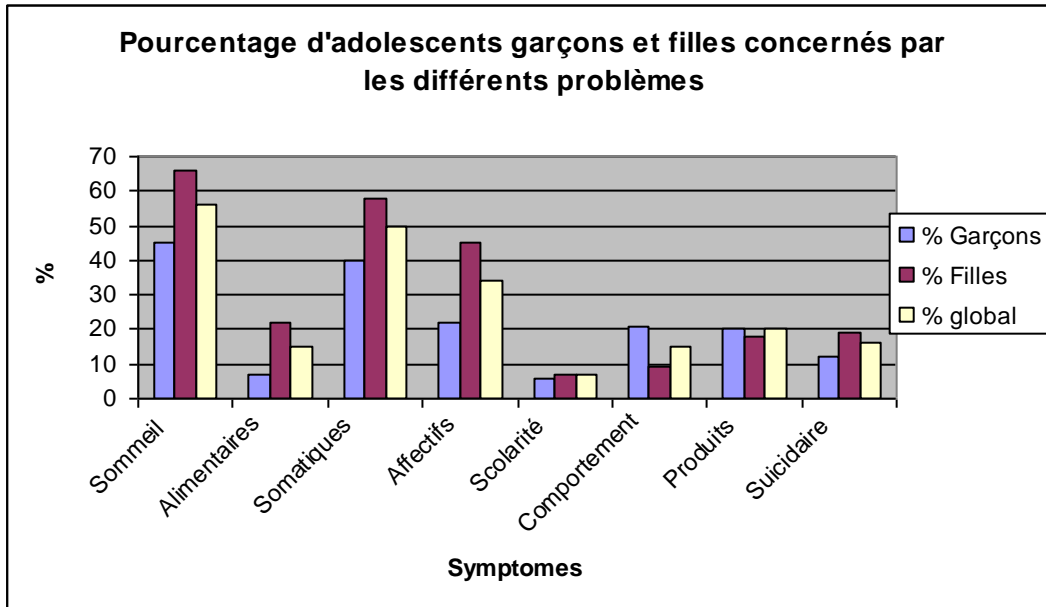


Graphique n°10

Les 3 symptômes les plus souvent rencontrés ne diffèrent pas en fonction de l'âge de 13 à 17 ans : les troubles du sommeil, les troubles psychosomatiques et les troubles affectifs.

Par contre, à l'âge de 18 ans, 42% des adolescents déclarent avoir déjà eu des consommations de produits, amenant ce symptôme au 3^e rang des problèmes les plus souvent rencontrés chez les adolescents de 18ans, derrière les troubles du sommeil et les troubles psychosomatiques.

3- En fonction du sexe.



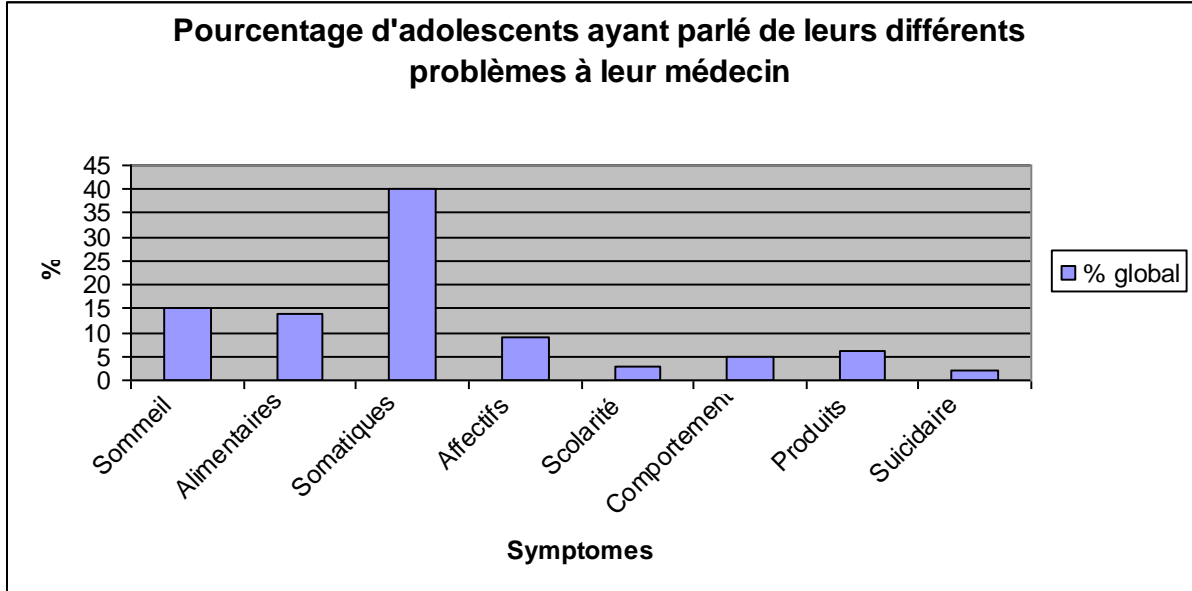
Graphique n°11

Les filles sont d'avantage concernées par les troubles du sommeil (66% contre 45% pour les garçons), les troubles alimentaires (22% contre 7%), les troubles psychosomatiques (58% contre 40%), les troubles affectifs (45% contre 22%) et les idées suicidaires (19% contre 12%) par rapport aux garçons.

Les garçons sont d'avantage concernés par les problèmes de comportement (21% contre 9% pour les filles).

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe concernant les problèmes de scolarité et de consommation de produits.

4- Discussion avec le médecin en fonction de chaque problème.



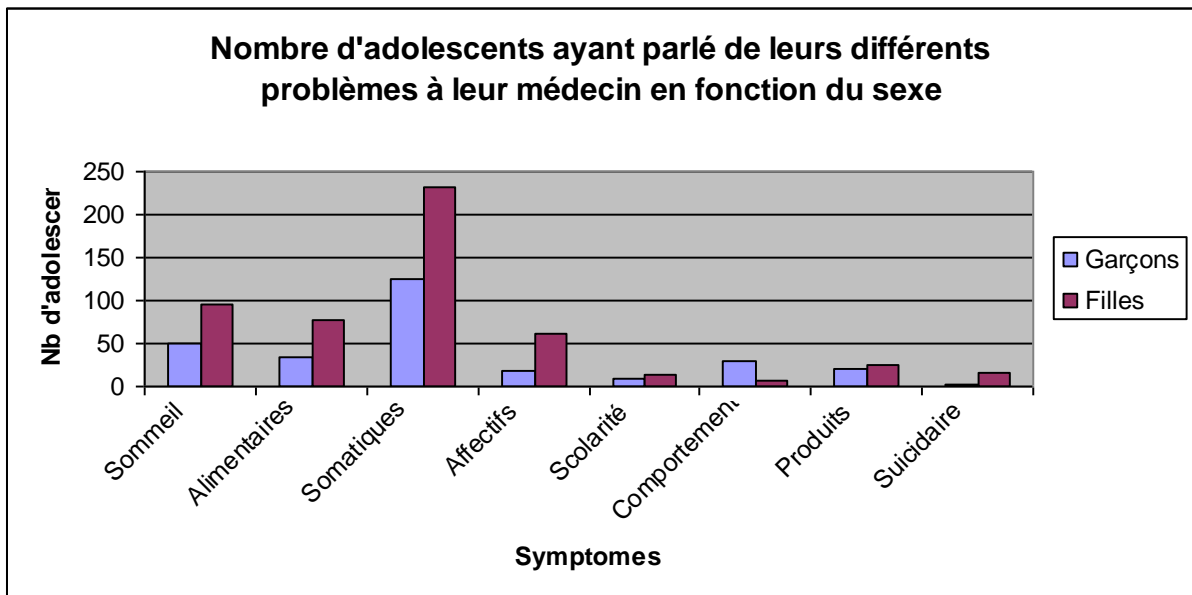
Graphique n°12

Les adolescents parlent facilement (40% d'entre eux) des problèmes psychosomatiques avec leur médecin.

Pour les autres symptômes, la discussion reste difficile puisque, en fonction des différents symptômes, seuls 3 à 15% des adolescents ont eu une discussion avec leur médecin concernant ces problèmes.

Il n'y a pas de différence en fonction de l'âge des adolescents.

A noter qu'un très faible pourcentage (moins de 1%) des adolescents a déclaré avoir discuté avec leur médecin de certains problèmes alors qu'ils n'étaient pas concernés.

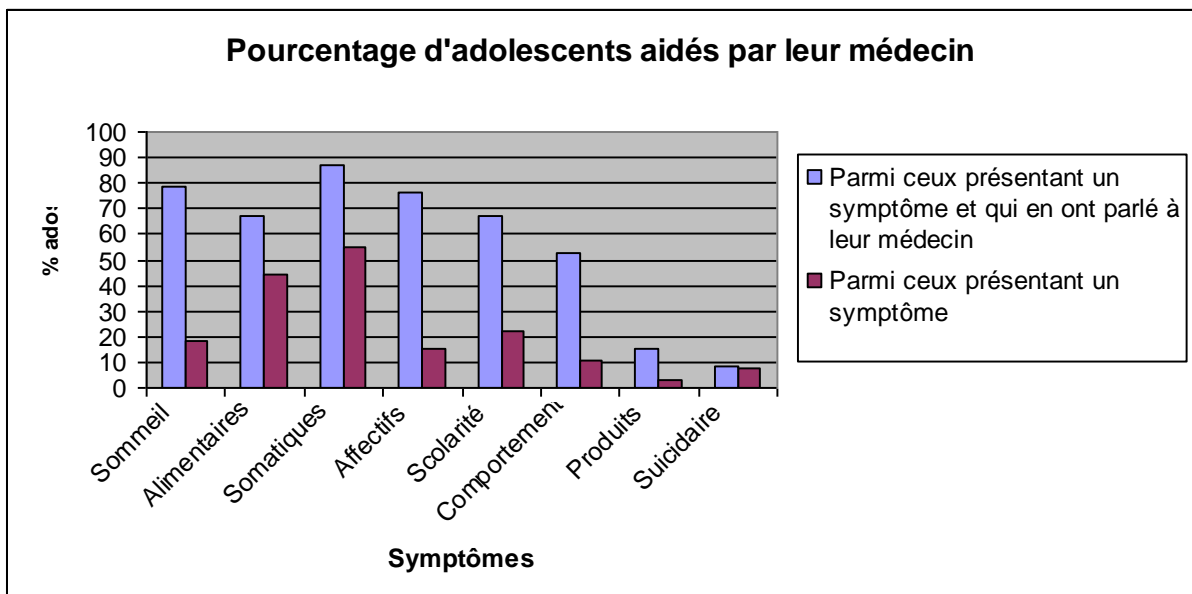


Graphique n° 13

En fonction du sexe, les filles parlent beaucoup plus facilement de leurs symptômes que les garçons pour les troubles du sommeil, alimentaires, psychosomatiques et affectifs.

Il n'y a pas de différence en fonction du sexe du médecin traitant.

5- Aide efficace du médecin en fonction de chaque problème discuté ?



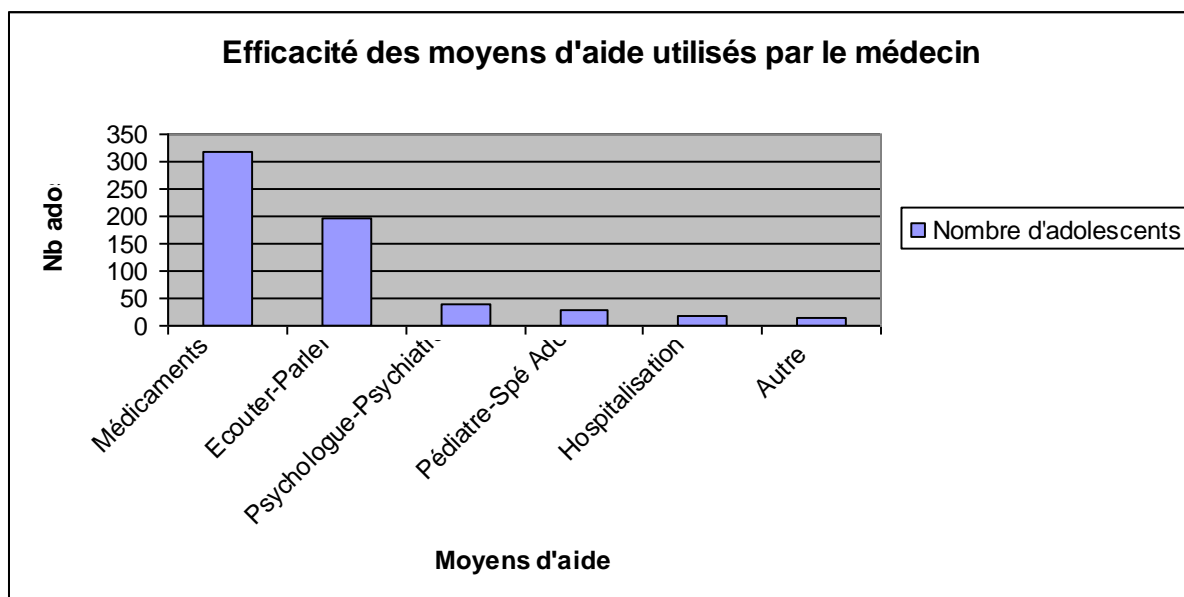
Graphique n° 14

Exemple des troubles du sommeil : parmi les 145 adolescents concernés par les troubles du sommeil ET qui ont évoqué ce problème avec leur médecin, 115 se déclarent aidés, soit 79% d'adolescents soulagés grâce à leur médecin. Mais si l'on rapporte ces 115 adolescents

soulagés aux 630 adolescents présentant des troubles du sommeil, seulement 18% d'entre eux déclarent avoir été aidés par leur médecin traitant.

L'aide apportée par le médecin traitant apparaît que trop rarement efficace pour les problèmes de consommation de produits (15%) et les idées suicidaires (8,5%).

6- Moyens d'aide utilisés par le médecin.



Graphique n°15

Selon les adolescents, les moyens utilisés par leur médecin les plus efficaces sont les médicaments et l'« écouter-parler ».

Les médicaments sont les plus efficaces pour les problèmes psychosomatiques surtout, ainsi que pour les troubles du sommeil. Pour les autres symptômes, l'« écouter-parler » semble être plus efficace.

Parmi les autres moyens efficaces utilisés par le médecin, on note : l'information sur un sujet, le repos, se tourner vers ses amis et copains.

7- Souhait d'une discussion en fonction de chaque problème non-discuté ?

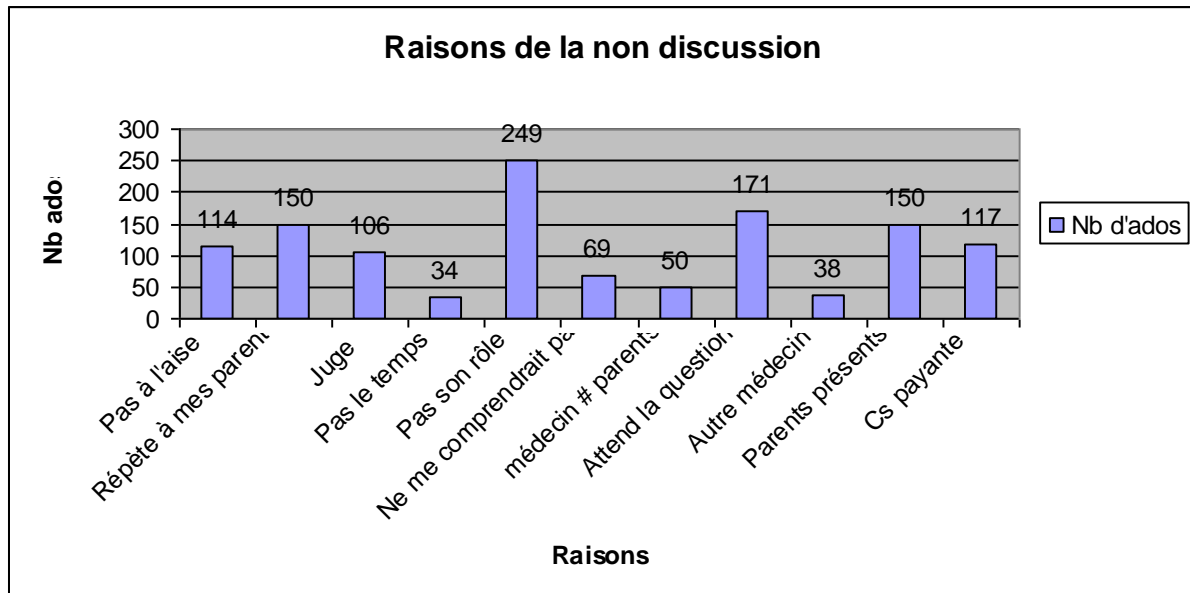
Tableau n°5

% d'ados qui aimeraient parler d'un symptôme avec leur médecin	Parmi ceux présentant le symptôme	Parmi ceux ne présentant pas le symptôme
Troubles du Sommeil	18,8	9,9
Troubles Alimentaires	18,9	7,9
Troubles Psychosomatiques	16,5	9,3
Troubles Affectifs	14,5	7,1
Scolarité	9,3	4,5
Comportement	3,8	5,6
Consommation de Produits	3,8	8,1
Idées suicidaires	4,3	6,4

En moyenne, 11,2% des adolescents présentant un symptôme auraient aimé parler de leur problème à leur médecin, et 7,35% des adolescents ne présentant pas de symptôme auraient aimé en parler à leur médecin.

E- LA NON-DISCUSSION AVEC LE MEDECIN.

1- Les raisons.



Graphique n° 16

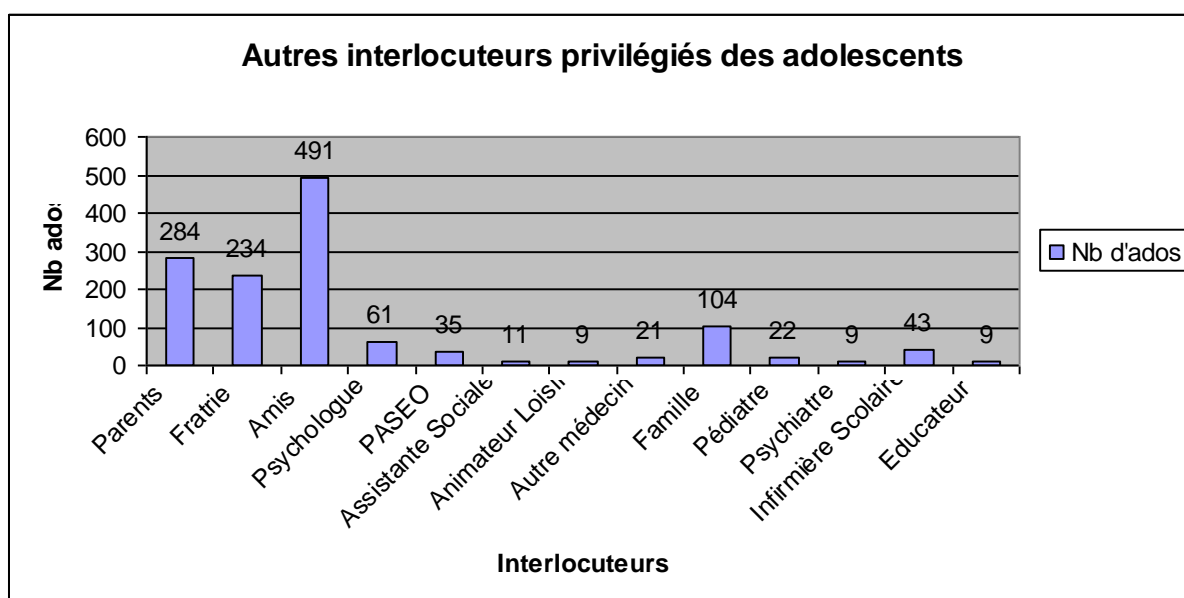
La 1^{ère} raison évoquée de façon nettement majoritaire par les adolescents est le fait que ce n'est pas le rôle du médecin de s'occuper de ces problèmes-là.

D'autres raisons ont été notées sur les questionnaires :

- « je n'ai pas envie » (8 fois)
- « je ne pense pas que cela soit important » (3 fois)
- « je n'en vois pas l'utilité » (2 fois)
- « je n'en ressens pas le besoin » (2 fois)
- « cela ne me gêne pas » (2 fois)
- « cela ne me paraît pas nécessaire » (2 fois)
- « mes problèmes se sont résolus tout seul sans que l'on m'aide »
- « aucune nécessité »
- « je veux en parler à personne sauf à mes ami(e)s »
- « ce n'est pas un problème grave, cela ne me cause aucun souci »
- « ce serait trop dur d'en parler »
- « pas besoin de lui »

- « mes problèmes ne sont pas importants »
- « ce n'est pas utile car mes problèmes ne sont pas assez violents »
- « ce n'est pas utile pour l'instant »
- « il n'y a pas vraiment de raison »
- « c'est personnel »
- « je n'en ai pas ressenti le besoin car je savais ce que j'avais »
- « je n'ai pas de gros problèmes »
- « mon médecin n'a pas à savoir ça, j'ai pas envie de lui en parler »
- « je n'ai pas ressenti le besoin d'en parler »
- « je préfère régler mes problèmes seule, ce que j'ai réussi à faire »
- « mon médecin est nul »
- « ça servirait à rien »
- « je n'aime pas en parler »
- « je m'en fous complètement »
- « mes réflexions personnelles le resteront »

2- Autres interlocuteurs.



Graphique n° 17

Les adolescents parlent de façon privilégiée avec leur(s) ami(e)(s), puis avec leur famille (parents, frères et sœurs, autre membre de la famille).

Un autre interlocuteur a été proposé : le prêtre (à 2 reprises).

Une autre réponse a également été notée à 2 reprises : « je suis gothique ».

F- UNE CONSULTATION ANNUELLE GRATUITE AIDERAIT-ELLE ?

Le taux de réponse à cette question est de 93%.

Que les adolescents présentent un des symptômes de mal-être ou non, 46% d'entre eux pensent qu'une consultation de prévention annuelle gratuite les aiderait à parler de leurs problèmes.

Parmi ces adolescents favorables à cette consultation de prévention, près des 2/3 (63%) sont des filles contre seulement 37% de garçons favorables.

Cette question a suscité différentes annotations :

- « *ce n'est pas parce que c'est gratuit que l'on parlera plus* »
- « *oui à condition que mes parents ne soient pas présents* »
- « *oui à condition que ce ne soit pas le même médecin que l'on voit régulièrement* »
- « *une fois par an, ce n'est pas suffisant pour instaurer une confiance et amener à parler* »

4ème PARTIE :

ANALYSE-

DISCUSSION.

A- BIAIS DE L'ETUDE, VALIDITE ET QUALITE DES RESULTATS.

1- Choix des populations.

Les jeunes collégiens ont été recrutés sur des établissements d'enseignement général et technologique, ainsi que les classes d'insertion et de remise à niveau. Les jeunes lycéens sur des établissements à la fois d'enseignement général et technologique.

Pour que l'échantillon soit vraiment représentatif de la population des adolescents, il aurait fallu interroger des jeunes en établissement professionnel, agricole, ou exclus de tout système scolaire ou milieu d'apprentissage (foyer de jeunes travailleurs, jeunes chômeurs, mission locale etc...).

2- Choix du questionnaire.

a) Choix de la modalité du recueil de données.

L'idée première était de réaliser le recueil de données sur forme d'entretiens avec des adolescents en mal-être, mais le choix du questionnaire s'est imposé pour plusieurs raisons :

- les jeunes en souffrance auraient été recrutés par l'intermédiaire des infirmières scolaires, d'ailleurs très enthousiastes de ce projet ; le problème principal était que les adolescents étaient quasiment tous mineurs, ce qui contraignait les chefs d'établissement à demander une autorisation des parents pour nos entretiens, et ainsi la confidentialité du problème évoqué par l'adolescent était remise en question vis-à-vis de ses parents, ce qu'il n'aurait pas nécessairement souhaité.

- certains chefs d'établissement ont fait remarquer que choisir un(e) adolescent(e) parmi un groupe d'adolescents était quelque peu discriminatoire, et cela aurait pu d'autant plus fragiliser cet adolescent parfois déjà mis à l'écart.

- certains chefs d'établissement ont demandé une autorisation du rectorat, dont la réponse pouvait prendre un certain temps.

- le choix du questionnaire était aussi un gain de temps et une plus grande facilité d'organisation et de réalisation par rapport aux entretiens : nous étions début mai et certains établissements allaient voir certains de leurs élèves partir dès début juin. Aussi, les emplois de temps des différents acteurs étaient difficiles à faire coïncider.

b) Contenu du questionnaire.

Concernant la forme proprement dite du questionnaire, les adultes présents lors du remplissage ont parfois noté quelques difficultés sur la compréhension des questions, principalement chez les élèves les plus jeunes (classe de 4^e). De plus, le questionnaire semble avoir été parfois un peu fastidieux par rapport au nombre relativement important de questions. Ceci aurait pu être modifié par la réalisation d'un pré-questionnaire auprès d'une dizaine de jeunes.

La grille de MARCELLI-GERVAIS a été choisie d'une part, parce qu'elle a l'avantage d'être très complète : elle interroge sur tous les symptômes des adolescents. Une cotation de la fréquence et de la durée des symptômes aurait pu être relatée dans le questionnaire, comme dans l'originale de la grille MARCELLI-GERVAIS (annexe 2 – 2^e partie), ce qui aurait permis de graduer l'importance des problèmes ; mais cela aurait probablement encore plus compliqué la compréhension et rendu le questionnaire d'autant plus fastidieux. D'autre part, le choix s'est porté sur cette grille car elle est très utilisée par le service de Pédiatrie et Adolescents de Fontenay-Le-Comte, lieu de stage des internes de médecine générale.

D'autres grilles d'évaluation des troubles des adolescents sont disponibles : par exemple, le « TSTS », un test rapide de dépistage du mal-être qui a été validé en consultation courante de médecine générale pour approcher le risque suicidaire des adolescents. Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant au cours de l'entretien les questions d'ouverture suivantes :

- **Traumatologie** : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
- **Sommeil** : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
- **Tabac** : « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »
- **Stress** : « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces 4 thèmes forment le sigle **TSTS**.

À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés » :

- sommeil → **Cauchemars** : « Fais-tu souvent des Cauchemars ? »
- traumatologie → **Agression** : « As-tu été victime d'une Agression physique ? »
- tabac → **Fumeur quotidien** : « Fumes-tu tous les jours du tabac ? »
- stress scolaire → **Absentéisme** : « Es-tu souvent Absent ou en Retard à l'école ? »

– stress familial → **Ressenti Désagréable** familial « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

Ces 5 mots-clés forment l'acronyme **CAFARD**.

Deux réponses positives à deux questions différentes concernent la moitié des adolescents ayant eu des idées suicidaires et légitiment le médecin à s'enquérir de problèmes de mal-être actuel ou passé. Trois réponses positives au «cafard» concernent la moitié des adolescents ayant fait une tentative de suicide.

3- Distribution des questionnaires.

Les conditions de remplissage ont varié en fonction des établissements :

- dans 4 établissements, le remplissage des questionnaires se sont faits sur la base du volontariat, lors d'un temps scolaire et en présence d'un adulte, donc de façon très encadrée. Ceci a pu, d'une part, biaiser le volontariat : les élèves se sont peut-être senti obligés de répondre ; et d'autre part, entraver la liberté des réponses : par exemple, à la question « *avez-vous des consommations régulières de tabac, alcool, drogues (shit, cannabis, ecstasy...) ?* », plusieurs absences de réponse ont été notées alors que la suite de la question était complétée. L'absence de réponse peut s'expliquer par une crainte de réflexions sur ce sujet de la part de l'adulte présent ou de l'encadrement de l'établissement. Par contre, l'avantage net de cet « encadrement » par un adulte a permis le fait qu'il y eut très peu de questionnaires répondus de façon farfelue ou avec des sottises ou autre.

- dans 1 établissement, le remplissage des questionnaires s'est fait sur la base du volontariat par l'intermédiaire des délégués-élèves, hors temps scolaire et en l'absence d'un adulte. On note d'avantage d'erreurs dans la logique des réponses probablement liées à quelques difficultés de compréhension, mais aussi d'avantage d'annotations, pour la plupart constructives par ailleurs.

4- Taux de réponse.

La validité et la qualité des résultats résident par le fait d'un échantillon important avec 1202 questionnaires distribués et 1128 questionnaires contributifs. L'échantillon d'adolescents était homogène tant sur le plan de l'âge que du sexe.

A noter que parmi les enfants de médecin, certains se sont clairement identifiés pour 8 d'entre eux, d'autres ont répondu de façon plus anonyme.

B- SUIVI MEDICAL DES ADOLESCENTS ET MODALITES DE CONSULTATION.

1- Le suivi médical.

Un point important de cette étude est le fait que plus de 98% des adolescents ont un médecin traitant, et pour la moitié d'entre eux ils sont suivis par le même médecin depuis leur enfance. Est-ce rassurant pour autant ? Le médecin suivant un adolescent depuis aussi longtemps peut-il avoir toujours un regard aussi « critique » que s'il le voyait pour la première fois ?

Dans cette étude, la fréquence moyenne des consultations de 3 fois par an, 2,8 fois par an pour les garçons et 3,2 fois par an pour les filles. Les données épidémiologiques et l'expérience sont légèrement moindres : 2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 pour les filles, mais ce sont 75 % des adolescents qui ont vu un médecin dans l'année ; presque tous consultent un médecin de connaissance, de proximité, qu'ils appellent « leur médecin de famille ». Cette légère différence peut s'expliquer par le fait que le questionnaire s'est adressé à des jeunes provenant de milieu rural-semi-rural et de milieu citadin (ville moyenne de 13 800 habitants), alors que la fréquentation moyenne s'est calculée sur le plan national incluant en plus des jeunes issus à la fois des grandes agglomérations ou de zones rurales enclavées, qui n'ont peut-être pas la même accessibilité médicale.

2- Les parents.

Cette étude montre également que les adolescents ont le même médecin traitant que leur(s) parent(s) dans la très grande majorité des cas (90%). D'ailleurs, les données bibliographiques montrent que même à 18 ans, les 2/3 des rendez-vous sont sollicités par les parents. Ceci peut s'expliquer par le simple fait de connaissance et de proximité du médecin.

L'étude montre aussi que les parents assistent à la consultation de leur adolescent dans plus de $\frac{3}{4}$ des cas en moyenne, avec une nette diminution à l'âge de 18 ans : environ 45% des cas quelque soit le sexe. Les données statistiques épidémiologiques rappellent qu'à 18 ans, les adolescents viennent encore accompagnés de leur(s) parent(s) pour 51 % des filles et 61 %

des garçons, avec un motif discuté préalablement avec les parents. Ces consultations sont très liées à des préoccupations parentales.

À propos de la présence des parents lors de la consultation de leur adolescent, l'étude montre que 34% des adolescents souhaiteraient être seul, avec une progression en vieillissant. Dans la bibliographie, on note que faire sortir ou entrer les parents ne relève d'aucune règle universelle tant les situations sont variées. L'important est d'apporter une autonomie et une confidentialité progressives entre 12 et 18 ans. Certes pour certains motifs de consultation purement somatiques (infections ponctuelles banales de type grippe ou angine etc...), la présence des parents ne dérange pas nécessairement, mais il est déjà important de clarifier la place de l'adolescent en s'adressant directement à lui, et non à ses parents. Par contre, dès qu'un problème de souffrance ou mal-être de l'adolescent est suspecté, il semble tout à fait indispensable (sauf cas rarissimes) que la consultation se passe en tête-à-tête entre l'adolescent et son médecin. En effet, en présence des parents, il est très peu probable que quoi que soit de significatif, d'important, et surtout de grave puisse se dire ou même être évoqué. C'est un point paradoxal de notre étude : la quasi-totalité des adolescents ayant discuté de leur problème avec leur médecin étaient accompagnés de leur(s) parent(s). Du point de vue des parents, il est en générale assez facile de leur faire comprendre ce choix en les rassurant qu'ils seront vus et entendus ensemble dans un second temps.

3- Tutoiement-Vouvoiement.

Concernant le choix entre le tutoiement et le vouvoiement, l'étude montre une nette préférence du tutoiement à 82%, avec peu de variation en fonction de l'âge. Ce taux est corrélé à la notion du suivi depuis plusieurs années par le même médecin. Les adolescents se sentent plus à l'aise d'être tutoyé par « leur médecin de famille » qu'ils connaissent depuis plusieurs années. Selon les références bibliographiques, le choix du vouvoiement semble être privilégié car il a pour intérêt d'être un moyen de garder la bonne distance. La seule règle impérative est d'en convenir avec l'intéressé. En effet, il est compréhensible que le vouvoiement soit difficile à mettre en place pour un adolescent suivi par son médecin depuis son enfance, aussi bien pour l'un que pour l'autre. Mais cela peut marquer une forme de transition de l'enfance à l'âge adulte, comme le signe d'un changement relationnel, d'une forme de respect d'adulte à adulte. A l'inverse, lors d'une première consultation avec un adolescent, il est certainement plus aisé d'instaurer le vouvoiement, toujours avec l'accord de l'intéressé.

4- Motifs de consultation.

L'étude retrouve les principaux motifs de consultation habituellement cités : les infections, les vaccins et les certificats. Les références statistiques donnent en effet que la répartition des motifs de consultation des adolescents est la suivante : essentiellement les problèmes somatiques (75 %), mais aussi administratif ou préventif (19 %) et rarement psychologique (6%), alors que la « dépressivité » touche environ 32% des jeunes.

C- LES MAUX DES ADOS.

1-Discussion des résultats.

L'étude montre un chiffre qui doit être pris en considération : plus de 8 adolescents sur 10 ont été confrontés à l'un des troubles mentionnés dans le questionnaire. Il faut cependant relativiser ce résultat : étant donné que l'étude ne mentionnait ni de durée, ni fréquence ou intensité des symptômes, il est difficile de quantifier la gêne occasionnée par ces différents troubles. En effet, parmi ces 81,5% d'adolescents, il y a aussi bien ceux qui ont réellement des symptômes de dépression avérée que ceux qui ont eu un léger « ras-le-bol » ponctuel et succinct ; ainsi, tous ces adolescents ne sont pas tous gênés par ces symptômes, et par conséquent, ils ne nécessitaient pas tous un avis médical.

a) Les troubles du sommeil.

Concernant les troubles du sommeil, le taux de 56% d'adolescents concernés semble en concordance avec les différentes sources statistiques : par exemple, 34 à 60% des adolescents déclarent souffrir de somnolence diurne (contre 15% des adultes). Lorsqu'il s'agit d'évoquer ce problème à leur médecin, seuls 10% des garçons et 20% des filles se plaignent de mal dormir. Dans cette période tourmentée de l'adolescence, les troubles du sommeil sont parfois liés à l'anxiété et la dépression sous-jacentes.

b) Les troubles psychosomatiques.

Selon l'étude, les troubles psychosomatiques touchent 50% des adolescents, avec 58% des filles et 40% des garçons. Ces taux semblent inclure une partie des problèmes purement organiques en raison de l'intitulé de la question sur les troubles psychosomatiques : par exemple, l'intitulé « *mal de tête* » pouvaient correspondre à une vraie migraine ou une céphalée liée à la fièvre lors d'un grippe etc...

c) Les troubles affectifs.

Les troubles affectifs arrivent en 3^e position des troubles rencontrés par les adolescents. Ceci peut s'expliquer par le fait que les symptômes des troubles affectifs peuvent être rattachés à la notion de dépressivité, que l'on peut définir comme un état intermédiaire qui ne relève pas du domaine de la dépression au sens strict mais qui montre tout de même une certaine souffrance psychique, une difficulté à vivre.

d) Les consommations de produits.

Dans cette étude, les consommations de produits arrivent en 4^e position des troubles rencontrés par les adolescents. En moyenne, 20% des adolescents de 13 à 18 ans seraient donc concernés par l'une ou l'autre ou plusieurs de ces consommations, sans différence significative en fonction du sexe. On peut regretter le fait que ce chiffre englobe à la fois la consommation de tabac et/ou d'alcool et/ou de drogues (cannabis, héroïne, cocaïne, ecstasy etc...); ainsi on peut difficilement comparer ces résultats aux données de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies).

Ces données de l'OFDT méritent pourtant d'être rappelées :

En ce qui concerne le tabac, les adolescents tendent à réduire leur consommation. Entre 2000 et 2005, les 12-15ans sont passés de 14,4% de fumeurs à 8,6%, et les 16-19ans de 43,9% à 34,2%. La baisse des fumeurs est particulièrement significative chez les filles entre 14 et 19 ans, ce qui diminue d'autant les problèmes cardiovasculaires liées à la prescription de la pilule.

En revanche, la consommation de cannabis a fortement augmenté au cours de la décennie 1993-2003, notamment jusqu'en 1999. En effet, la très grande majorité des jeunes a expérimenté les substances psycho actives : 49,5% des jeunes de 17 ans déclarent avoir

expérimenté le cannabis (données 2005) et 10,8% des jeunes de 17 ans en ont un usage régulier (au moins 10 fois par mois). Les garçons sont, d'une manière générale, plus nombreux que les filles à faire l'expérience des substances psycho actives (15% des garçons de 17 ans contre 6,8% des filles). Le milieu de l'adolescence apparaît comme une période charnière du point de vue des expérimentations et de l'entrée dans les consommations régulières : l'âge moyen de la première expérimentation se situe à 15 ans. Les élèves les plus jeunes sont surtout expérimentateurs de substances licites, l'expérimentation de cannabis augmente principalement après 14 ans. Quant aux consommations régulières, elles restent rares avant 14 ans et se développent nettement à partir de 15 ans. A 17-18 ans, la moitié des usagers réguliers sont considérés comme problématiques. Ainsi, la France figure parmi les plus importants consommateurs en Europe chez les adolescents. Le cannabis est donc le 1^{er} produit stupéfiant saisi sur le territoire. Le prix moyen d'un gramme de cannabis se situe aujourd'hui autour de 4 euros (-30% en dix ans). Si l'âge de l'expérimentation de cannabis a atteint un seuil chez les plus jeunes, l'augmentation récente de la consommation de cocaïne chez les mineurs reste très préoccupante.

Le niveau de consommation d'alcool semble avoir légèrement augmenté ou en tout cas s'être stabilisé entre 2005 et 2006, pour tous types d'alcool, après avoir connu une baisse sur 7 ans, même parmi les moins de 25 ans. Les jeunes sont peu nombreux à consommer quotidiennement de l'alcool, mais les ivresses alcooliques apparaissent en hausse entre 2003 et 2005 chez les adolescents de 17 ans. En effet, on observe une augmentation de cette modalité d'intoxication alcoolique aiguë, appelée « binge drinking », comportement délibéré visant à se soûler. Ces intoxications alcooliques aiguës peuvent notamment entraîner des comas éthyliques parfois mortels qui ont été signalés dès l'âge de 12 ans. Ainsi, 20% des garçons de 15 ans et 12% des filles de 15 ans déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours du mois écoulé. L'excès d'alcool chez les jeunes est responsable de décès par intoxication, d'accidents de la route, d'actes de violence avec blessures, séquelles et handicaps, de conséquences sociales (absentéisme et démotivation, tentatives de suicides, rapports sexuels non protégés imprévus).

On observe en 2003 une grande proximité des niveaux de consommation régulière entre cannabis et alcool à partir de l'âge de 16 ans, et ce tant pour les garçons que pour les filles. L'usage dit « récréatif » de l'alcool et du cannabis masque parfois des souffrances.

e) Les idées suicidaires.

L'étude retrouve un taux de 16% d'adolescents ayant des idées suicidaires avec ou sans passage à l'acte. Selon les statistiques INSERM, la dépression touche 8% des adolescents et peut conduire au suicide, deuxième cause de mortalité chez les 15-25 ans, même si les chiffres sont en baisse : 1100 jeunes suicidés dans les années 1980 à moins de 600 actuellement. Par contre, les tentatives de suicide ne baissent guère ; elles ont même tendance à augmenter chez les filles. S'il y a moins de mortalité alors que le nombre de tentatives de suicide ne diminue pas, c'est peut-être dû à une meilleure prise en compte, à un meilleur accompagnement grâce à des moyens nouveaux mis en place tels que les Maisons d'Adolescents et autres structures d'accueil spécialisé.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont les suivantes : *« une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Elle ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité. Mis à part les complications somatiques (parfois mortelles) immédiates, le risque principal est la prolongation d'une souffrance psychique qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire. Environ un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent au cours de la première année, et 1 à 2 % des suicidants décèdent par suicide dans ce délai. Dans 20 à 30 % des tentatives de suicide, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente (dépression, troubles sévères de la personnalité) qui favorise le passage à l'acte. Il faut systématiquement la rechercher, l'identifier et la traiter. Dans les autres cas, la tentative de suicide est sous-tendue par des facteurs de risque et par des situations de conflit ou de rupture qui n'ont pu trouver d'autre voie de résolution que l'atteinte corporelle. Il faut reconnaître la souffrance exprimée au travers de ce comportement et trouver, à un rythme adapté à chaque situation individuelle, les modalités d'intervention qui vont permettre la résolution de la crise et la prévention de la récurrence. Une tentative de suicide est aussi un événement permettant la mise en route d'une prise en charge et de soins. »*

2- Aides apportées par le médecin.

Selon l'étude, l'aide la plus efficace selon les adolescents est celle des médicaments prescrits par le médecin, surtout pour les troubles du sommeil et les troubles psychosomatiques. En effet, il est aisé pour le médecin généraliste de prescrire des somnifères pour les troubles du sommeil et des antalgiques pour des douleurs quelconque sans gravité organique. Lorsque le motif de la consultation est d'ordre psychologique, 86 % des médecins généralistes prescrivent un traitement médicamenteux qui est suivi par 82 % des adolescents.

La méthode écouter-parler-conseiller reste pourtant l'aide à privilégier ; cependant, il faut reconnaître que cela prend du temps : un généraliste qui reçoit un adolescent pour un problème de mal-être ne peut faire moins que de le garder 20 à 30 minutes. De plus, certains médecins généralistes estiment qu'ils n'ont pas assez de compétences et de savoir pour ces problèmes d'adolescence ; il est vrai que la « Médecine de l'Adolescence » reste survolée lors du cursus universitaire des études de médecine, mais aborder un adolescent relève parfois plus d'une réelle motivation et d'un savoir-être que de compétences ou savoir-faire de prescription. Enfin, tous les médecins généralistes ne peuvent se sentir à l'aise avec les adolescents : certains ne les supportent pas et il faut savoir passer la main à un confrère généraliste et si besoin faire appel aux professionnels médicaux et paramédicaux (psychologue etc...).

Adresser un adolescent à un spécialiste (psychiatre) n'est donc pas du tout systématiquement nécessaire ; en fait, très peu d'entre eux nécessitent une structure psychiatriquée. Or, l'accueil dans les Maisons d'Adolescents est principalement pris en charge par les psychologues et psychiatres. Fait-il y incérer un peu de médecine générale ?

D- DISCUSSION MEDECIN GENERALISTE-ADOLESCENT.

1-Efficacité de la discussion.

L'étude montre que seuls 3 à 15% des adolescents ont une discussion de leur(s) symptôme(s) avec leur médecin, sauf pour les problèmes psychosomatiques car il est plus aisé d'aborder une difficulté par une symptomatologie apparemment organique. L'instauration de cette discussion est proportionnelle à la fréquence des rencontres lors des consultations : plus l'adolescent est vu souvent en consultation, plus le dialogue a des chances d'être instaurer et donc d'aboutir à un mieux-être de l'adolescent.

L'étude montre également que le simple fait de discuter des problèmes ressentis permet de soulager l'adolescent au moins partiellement. « Déballer son sac », verbaliser son mal-être, mettre des mots sur des maux, être rassurer de la bénignité de certains symptômes, se sentir soutenu et pris en charge, sont autant de sentiments permettant d'instaurer un climat de confiance envers son médecin généraliste afin de passer un cap. Encore faut-il que les adolescents en mal-être soient convaincus qu'ils peuvent être aidés par leur médecin généraliste...

Enfin, le souhait d'une discussion ne représente que 11,2% en moyenne des adolescents présentant un symptôme, avec une variation de 4 à 19% en fonction des différents signes.

2- Raisons de la non-discussion.

Selon les adolescents interrogés dans cette étude, ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de s'occuper de ces problèmes, sous-entendus de la crise de l'adolescence. En effet, les adolescents ont une représentation assez floue du champ d'action du généraliste qu'il cantonne le plus souvent au soin somatique, d'où la facilité de discuter des symptômes psychosomatiques. Ainsi, si 92 % des adolescents pensent que leur médecin peut les aider sur la santé physique, ils ne sont que 55 % à le penser pour leurs problèmes sexuels, et seulement 32 % pour une éventuelle dépression.

La 2^e raison évoquée clairement par les adolescents est le fait qu'ils attendent la question en rapport avec leur symptôme de la part de leur médecin. En effet, c'est trop souvent un rendez-vous manqué entre deux personnes qui ont aperçu les possibilités de l'autre mais qui n'osent pas entrer en relation. L'adolescent peut, dans cette situation, avouer un sentiment de frustration, car n'ayant pas dit tout ce qu'il souhaitait dans 30 % des cas, et jusqu'à 45 % dans les groupes à risques. Pourtant, cette rencontre est pour l'adolescent potentiellement mobilisatrice. Du côté du médecin, toute consultation doit être l'occasion de faire comprendre à l'adolescent ce qu'il peut attendre de lui. C'est au médecin d'aller chercher les éventuels éléments d'alerte inaperçus à priori.

La proximité des parents, avec dans son sillage la notion de confidentialité, semble être la 3^e raison évoquée par les adolescents pour ne pas discuter de leur problème à leur médecin. D'une part, la proximité physique des parents, c'est-à-dire la présence physique des parents lors des consultations, est en elle-même une gêne pour l'adolescent, puisqu'il ne peut avoir sa propre expression personnelle à côté de la parole des parents (surtout celle de la mère). Lors de l'accompagnement parental, le médecin est vite confronté à un problème de rapport à l'autorité de l'un et à l'autonomie de l'autre. D'autre part, en l'absence physique des parents à la consultation, les adolescents ont peur que le médecin répète aux parents ce qui a été dit lors de la consultation, et cela d'autant plus que les parents et leur adolescent ont le même médecin (ce qui est la grande majorité des cas). Cela renvoie à la complexe question du secret médical, avec sa confidentialité, associé au statut juridique du mineur sous l'autorité parentale.

D'autres raisons sont encore évoquées à moindre degré d'importance : le fait que la consultation soit payante, le fait de ne pas se sentir à l'aise et la peur du jugement associée à l'incompréhension du médecin.

E- CONFIDENTIALITE ET SECRET PROFESSIONNEL.

1-Paradoxe de l'adolescence.

Un paradoxe flagrant de cette étude est le fait que d'un côté, les adolescents se sentent bien sous les ailes des parents : les parents et leur adolescent ont le même médecin, 8 adolescents sur 10 sont accompagnés de leur(s) parent(s) lors de la consultation chez le médecin, seuls 1/3 d'entre eux souhaiteraient être seul en consultation, comme si leurs parents étaient une forme de protection contre d'éventuelles questions embarrassantes pour eux ; enfin, les parents sont les 2^e interlocuteurs privilégiés auxquels s'adressent les adolescents. D'un autre côté, la proximité des parents les gêne, voire parfois les étouffe, et les empêche trop souvent d'entrer en contact de façon constructive avec leur médecin.

Ainsi, la demande de l'adolescent est imprécise, voire ambivalente : il est à la fois rassuré et gêné par la présence du parent dont il veut se démarquer, même s'il s'en défend quand on l'interroge.

En fait, ce paradoxe reflète parfaitement l'adolescence en elle-même : période de transition où le jeune est tiraillé entre l'envie de rester enfant sous la protection des parents et le désir de devenir adulte avec toute l'appréhension qu'il suscite.

2- Secret médical : application légale au cas particuliers de l'adolescent.

a) Statut légal de l'adolescent mineur.

Du point de vue juridique, l'adolescent mineur est un « incapable », c'est-à-dire qu'il est soumis à l'autorité parentale (sauf émancipation). Selon le Code Civil, l'autorité parentale se définit comme un ensemble de droits et de devoirs exercés par les parents dans l'intérêt du mineur jusqu'à sa majorité ou son émancipation. En matière de santé, les parents ont le devoir d'assurer un suivi médical par un accès régulier aux soins, et le droit de contrôler la plupart des décisions médicales à prendre. Cela ne signifie pas que les parents ont un pouvoir absolu sur leur enfant ; d'ailleurs, le Code Civil (article 9) reconnaît au mineur le statut de personne, ayant droit en tant que telle à une vie privée et à une intimité. De plus, tout patient, même mineur, a le droit de consulter le médecin de son choix.

b) Dispositions légales du secret médical.

Depuis le Ve siècle avant J-C, l'obligation du secret professionnel ou secret médical était écrite dans le serment d'Hippocrate (traduction de Littré) : « *Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.* »

Dans l'article 4 du Code de Déontologie (article R.4127-4 du Code de la Santé Publique), le secret professionnel, « *institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. 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.* »

La violation du secret médical est fortement sanctionnée dans le code pénal, article 226-13 : « *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 15000 euros d'amende.* »

Ainsi, les informations recueillies par le médecin ne doivent être communiquées à qui que ce soit d'autre qu'au patient lui-même, sauf si ce dernier en donne clairement l'autorisation.

Cependant, la loi autorise ou impose, dans certaines situations clairement définies, la révélation du secret médical ; ainsi, l'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable « *au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. 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 ; Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.* »

c) Difficulté du cas de l'adolescent.

Avec cette confrontation entre le principe de l'autorité parentale, le droit du mineur et les obligations du médecin, ce dernier est autorisé à respecter le secret médical vis-à-vis des parents, afin de respecter « le droit du mineur à des soins confidentiels » (article 6 du Code de Déontologie Médicale ; article L710-1, alinéa 1 du Code de Santé Publique).

Comme l'a montré notre étude, la crainte de la non-confidentialité reste une des raisons majeures expliquant l'absence de dialogue et de confiance de la part des adolescents envers leur médecin, probablement par méconnaissance de ces protections légales. En effet, les résultats de différentes enquêtes suggèrent que les jeunes connaissent assez mal leurs droits et identifient difficilement les structures susceptibles de répondre à leurs attentes en matière de santé au moment même où ils peuvent avoir besoin de bénéficier, sans l'accord parental, des conseils d'un professionnel et d'un suivi adapté aux problèmes de leur âge. Peut-être que rappeler aux adolescents LEUR droit à des soins confidentiels permettrait au médecin de fonder les bases d'une confiance.

F- PREVENTION.

1- Autres interlocuteurs.

Comme le montre notre étude, les adolescents parlent énormément entre eux de leurs problèmes, leurs idées, leurs angoisses. Dans certains cas, on peut considérer cela comme une forme de prévention à minima, puisque la verbalisation de petits soucis permet de désamorcer certaines angoisses et ainsi d'éviter la survenue de problèmes plus complexes. A l'inverse, dans d'autres cas, cela peut faire effet « boule de neige » : en effet, certains adolescents peuvent être trop réceptifs et trop sensibles aux problèmes évoqués par leur(s) ami(e)(s), suscitant à leur tour une forme de mal-être.

La famille au sens large du terme (parents, fratrie, et autre membre de la famille recomposée ou non d'ailleurs) reste une valeur sûre de confiance pour faire ses confidences. Ce dialogue permet très probablement d'éviter un grand nombre d'avis médicaux qui seraient peu utiles. Le problème de s'adresser à sa famille pour des problèmes d'adolescence est le fait que les membres de sa famille n'ont pas toujours assez de recul vis-à-vis des idées de l'adolescent.

Ainsi, parler de ses problèmes semble être un moyen de prévention, même si l'interlocuteur n'est pas son médecin généraliste.

2- Consultation annuelle obligatoire.

Le Plan « Santé des Jeunes » prévoit entre autre des mesures visant à faciliter l'accès des jeunes de 16 à 25 ans au système de santé en leur faisant bénéficier d'une consultation de prévention annuelle et gratuite chez le médecin généraliste de leur choix. Ils recevront en outre, à l'occasion de la réception de leur première carte vitale (à 16 ans), un « passeport » individuel, comprenant un récapitulatif de leurs droits en matière de santé, des informations sur les structures de soins les plus proches de chez eux à même de répondre gratuitement et sans l'accord parental à leurs attentes ainsi qu'un tableau de bord comprenant quelques grands indicateurs de santé. La mise en vigueur de cette mesure était prévue pour Janvier 2009 ; nous n'avons pas la confirmation de cette mise en place officielle pour le moment.

L'étude conforte ce projet puisque 46% des adolescents ont répondu favorablement à la question : « Pensez-vous qu'une consultation gratuite annuelle « spéciale ado » vous aiderait à parler de vos problèmes à votre médecin ? », avec beaucoup d'annotations du style « *oui si c'est avec un autre médecin* ». On retrouve là encore la notion de secret de l'adolescence.

3- Les adolescents sans symptômes.

Un dernier point qu'il est important de rappeler est qu'il existe une prévention primaire : celle qui s'adresse aux adolescents qui ne présentent pas de problèmes ou symptômes. La meilleure prévention primaire existant actuellement est, là encore, l'information et la discussion. Malheureusement, cette étude montre que trop peu d'adolescents ont eu droit à cette prévention (moins de 1% selon leurs réponses). Plus de 7% des adolescents ne présentant pas de symptômes ont déclaré avoir souhaité discuter de certains problèmes avec leur médecin même s'ils n'étaient pas concernés. Il est vrai que c'est un faible pourcentage, mais il faut souligner que le questionnaire était surtout dirigé vers les adolescents présentant un ou plusieurs symptômes.

5ème PARTIE :

CONCLUSION

De cette étude, on peut conclure que selon les adolescents, le médecin généraliste n'est pas leur interlocuteur privilégié pour leur problème de mal-être, principalement parce qu'il considère que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de s'occuper de ces troubles. Ils le cantonnent à soigner les pathologies organiques. De plus, il existe une méconnaissance de leur droit à des soins confidentiels même en tant que mineur, associée à une ambiguïté entre secret médical et confidentialité face à l'autorité parentale.

Certains facteurs favorisent le dialogue entre l'adolescent et son médecin traitant, et d'autres n'interfèrent pas dans cette relation : le sexe du médecin, notamment par rapport à celui de l'adolescent, l'ancienneté du suivi par un même médecin.

Les facteurs favorisant le dialogue sont :

- le sexe de l'adolescent : les filles arrivent plus facilement à se confier à leur médecin.
- le fait de tutoyer l'adolescent semble être préféré au vouvoiement
- s'appuyer sur la famille car d'une part, c'est un des interlocuteurs privilégiés des adolescents, et d'autre part, cela permet de comprendre le fonctionnement des relations familiales ; ainsi, les parents sont invités à être présents une partie de la consultation.
- informer les adolescents de leur droit à des soins confidentiels, et par conséquent, préserver un temps de consultation avec l'adolescent seul.
- évoquer un symptôme lié à la somatisation permet d'introduire la notion d'autres problèmes de l'adolescence au sens large.
- provoquer la question, ne pas attendre que l'adolescent évoque de lui-même un souci ; au moindre doute, ne pas hésiter à utiliser des tests de dépistage tel que le TSTS.
- la fréquence des consultations : plus l'adolescent est vu régulièrement, plus il a de chances de se confier ; ainsi, il est conseillé de reprogrammer un rendez-vous systématiquement en fonction du besoin.
- un regard neuf et neutre permettrait d'instaurer un dialogue plus facilement (par exemple en consultant un autre médecin).

Afin de compléter cette étude sur le ressenti des adolescents envers leur médecin généraliste, il serait intéressant de recueillir leur point de vue sur la mise en place du « passeport jeunes » prévu dans le Plan « Santé des Jeunes » et notamment savoir si ces mesures ont amélioré leur prise en charge.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ADOLESCENTS

Questionnaire strictement anonyme adressé aux élèves de 4^e, 3^e, 2^e, 1^e dans le cadre d'une thèse de médecine. Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Age : Sexe : Classe :

Avez-vous un médecin traitant ? oui non

Si oui - Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin ?ans

- Combien de fois avez-vous consulté votre médecin durant ces 2 dernières années ?fois

- Est-ce un médecin homme ou femme ?

- Est-ce le même médecin que celui de votre père ou mère ? oui non

Vos parents assistent-ils à la consultation dans le cabinet ? oui non

Si oui, souhaiteriez-vous être seul avec votre médecin lors de la consultation ? oui non

Lorsque vous consultez votre médecin, vous préférez être tutoyé ou vouvoyé ?

Pour quel motif avez-vous consulté votre médecin durant ces 2 dernières années ?
(maximum 3 réponses)

- infection (grippe, bronchite, pharyngite, laryngite, trachéite, angine, rhinite etc...)
- contraception
- acné
- certificat (sport ou autre)
- vaccination
- maladie chronique (diabète, asthme, insuffisance rénale, mucoviscidose, scoliose)
- autre(s)

Avez-vous déjà eu :

1) des troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, insomnies, réveils en milieu de nuit, cauchemars, somnolence la journée) ? oui non

 En avez-vous discuté avec votre médecin ? oui non

 Si oui, vous a-t-il aidé pour ce problème ? oui non

 Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui ? oui non

2) des troubles alimentaires (anorexie, boulimie, vomissement, contrôle du poids) ? oui non

 En avez-vous discuté avec votre médecin ? oui non

 Si oui, vous a-t-il aidé pour ce problème ? oui non

 Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui ? oui non

3) des maladies du type mal de tête, migraine, spasmophilie, tétanie, fatigue importante, scarification ? oui non

En avez-vous discuté avec votre médecin ? oui non

Si oui, vous a-t-il aidé pour ce problème ? oui non

Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui ? oui non

4) des sensations d'excitation-turbulence, de tristesse (crises de pleurs), d'angoisse ou de peurs excessives, d'envie de s'isoler pour être seul ? oui non

En avez-vous discuté avec votre médecin ? oui non

Si oui, vous a-t-il aidé pour ce problème ? oui non

Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui ? oui non

5) des problèmes scolaires à type d'absences fréquentes, refus d'aller à l'école, phobie scolaire, retard scolaire de + 2 ans ? oui non

En avez-vous discuté avec votre médecin ? oui non

Si oui, vous a-t-il aidé pour ce problème ? oui non

Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui ? oui non

6) des comportements à type de bagarre, violence, vol, racket, fugue, conduites à risque, accidents de mobylette ou scooter ? oui non

En avez-vous discuté avec votre médecin ? oui non

Si oui, vous a-t-il aidé pour ce problème ? oui non

Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui ? oui non

7) des consommations régulières de tabac, alcool, drogues (shit, cannabis, ecstasy ..) ? oui non

En avez-vous discuté avec votre médecin ? oui non

Si oui, vous a-t-il aidé pour ce problème ? oui non

Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui ? oui non

8) des idées de mort, des envies d'en finir avec la vie, des tentatives de suicide ? oui non

En avez-vous discuté avec votre médecin ? oui non

Si oui, vous a-t-il aidé pour ce problème ? oui non

Si non, aimeriez-vous en discuter avec lui ? oui non

Si votre médecin vous a aidé à résoudre l'un des problèmes 1) à 8), quel moyen a été le plus efficace pour vous ? (1 réponse)

médicaments

écouter-parler-conseiller

vous diriger vers le psychologue ou psychiatre

vous diriger vers le pédiatre ou spécialiste pour adolescent

- hospitalisation
- autre :

Si vous n'avez pas discuté de l'un des problèmes 1) à 8) avec votre médecin, pourquoi ?

(maximum 3 réponses)

- je ne me sens pas à l'aise avec lui
- je ne veux pas qu'il répète ce que je dis à mes parents
- j'ai peur qu'il me juge
- mon médecin n'a pas le temps
- ce n'est pas son rôle de s'occuper de ces problèmes-là
- mon médecin ne me comprendrait pas
- je voudrais avoir un médecin différent de mes parents pour faciliter le dialogue
- je ne veux pas en parler d'emblée, j'attends qu'il me pose des questions en rapport avec mon problème
- je préférerais parler de ces problèmes à un autre médecin qui me connaît moins
- mes parents assistent à la consultation
- la consultation est payante

En avez-vous parlé à quelqu'un d'autre ? oui non

- si oui, à qui ? (maximum 3 réponses)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> parents | <input type="checkbox"/> autre médecin que votre médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> frère, sœur | <input type="checkbox"/> autre membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> copains, amis | <input type="checkbox"/> pédiatre |
| <input type="checkbox"/> psychologue | <input type="checkbox"/> psychiatre |
| <input type="checkbox"/> PASEO | <input type="checkbox"/> infirmière scolaire |
| <input type="checkbox"/> assistante sociale | <input type="checkbox"/> éducateur |
| <input type="checkbox"/> animateur loisir | |

Pensez-vous qu'une consultation gratuite annuelle « spéciale ado » vous aiderait à parler de vos problèmes à votre médecin ? oui non

ANNEXE 2 : GRILLE MARCELLI GERVAIS

GRILLE D'ANALYSE DES SYMPTOMES (Indice de difficulté)

NOM Prénom
 Date de naissance Sexe M F Données recueillies le

	FAMILLES DE SYMPTOMES	SYMPTOMES	FREQUENCE				DUREE	
			Jusqu'à 1 semaine	1 à 2 semaines	3 à 4 semaines	Plus de 4 semaines	1 à 2 mois	Plus de 2 mois
de 11/12 ans à 15/16 ans S Y p M i P u T i P O s R M i E C S O C E S	SOMMEIL	Problèmes d'endormissement, insomnies						
		Réveils nocturnes, cauchemars						
		Hypersomnies, somnolence diurne						
	ALIMENTATION	Conduites anorectiques						
		Conduites Boulimiques, hyperphagie						
		Vomissements, contrôle du poids						
	PSYCHOSOMATIQUES ET HYPOCONDRIAQUES	Maux de tête, céphalées, migraines						
		Spasmodicité, tétanie						
	AFFECTIFS	Fatigue importante						
		Autres : <i>sautes d'humeur</i>						
Excitation, turbulence								
Triste, dépressif, crise de larmes								
SCOLARITE	Angoisses, peurs excessives							
	Isolément, mutisme, repliement							
	Vécu négatif (dysmorphophobies)							
	Absentéisme, retards fréquents							
Après 15 ans S Y p M i P u T i T O s A M i R E D S I F S	COMPORTEMENT	* Instabilité, bagarre, violence						
		* Vol, recel						
		* Conduites à risques, accidents, sports violents						
		* Fugue						
		* Autres :						
	CONSOMMATION DE PRODUITS	* Tabac						
		* Alcool : consommation régulière, ivresses						
		Médicaments psychotropes :						
		* Haschisch (shif, herbe)						
	SUICIDE	* Autres :						
Idées de mort, idées suicidaires								
Discours suicidaires								
		* Tentatives de suicide effectuées						

Score Global :

COTATION STANDARD

Cotation fréquence	0 = Jamais	Cotation durée	Coter la durée si la fréquence indique "souvent ou toujours"
	1 = Rarement (1 fois par mois au maximum)		1 = moins de 3 mois
	2 = Parfois (entre 1 fois par mois et 1 à 2 fois par semaine)		3 = plus de 3 mois
	3 = Souvent (3 à 4 fois par semaine)		
	4 = Toujours (tous les jours ou presque)		
Les symptômes avec astérisque bénéficient d'une cotation "fréquence" spécifique (voir glossaire)			

GLOSSAIRE

SOMMEIL

Problèmes d'endormissement : Met plus d'une demi-heure pour s'endormir, rallume la lumière, traite le soir
Insomnies : Ne s'endort pas avant minuit ou 1 heure du matin, ou se réveille le matin très tôt sans pouvoir se rendormir
Réveils nocturnes : Se réveille la nuit plusieurs fois avec parfois ou souvent des causes particulières = fume, boit (à coter en plus)
Caschemars : Réve avec angoisse (si réveil prolongé, coter en plus)
Hypersomnies : Dort plus de 10 à 12 heures par 24 heures
Somnolences diurnes : Fait la sieste ou des quasi-siestes, est dans un état de somnolence proche du sommeil (avec insomnies, à coter en plus)

ALIMENTATION

Conduites anorexiques : Réduit notablement son alimentation, fait régulièrement attention à certains aliments (féculents, graisse, sucre) régime non surveillé par un médecin
Conduites boulimiques, hyperphagie : Absorbe de grandes quantités de nourriture avec sensation de perte de contrôle de soi
Vomissements : Provoqués ou spontanés après un épisode boulimique, après une hyperphagie
Contrôle de poids : Idée obsédante du poids avec vérifications régulières, prise d'anorexigène, de laxatif

PSYCHOSOMATIQUES et HYPOCONDRIQUES

Maux de tête, céphalées : A régulièrement mal à la tête
Migraines : Mal de tête intense, souvent unilatéral avec éventuellement nausée, état nauséux, vomissements
Spasmodie (tétanie) : Difficultés respiratoires, pâleur du teint avec éventuellement contraction des extrémités, mutation voire palpitation cardiaque (doit être confirmé par diagnostic médical)
Fatigue importante : Se dit fatigué toute la journée ou une grande partie de la journée
Autres : Douleurs somatiques diverses, crainte de la maladie, onychophagie, énarépie, plaques asthmatiformes, etc... (à préciser dans la grille)

AFFECTIFS

Excitation : Se sent tendu, nerveux, crie facilement, a du mal à se contrôler
Turbulence : A besoin de bouger, d'attirer l'attention, de faire le pitre, conduite provocatrice avec les adultes ("le bordelisateur des enseignants")
Triste : Se sent triste, s'ennuie constamment, ne sait pas quoi faire
Dépressif : Sentiment de faute, de culpabilité, impression de ne pas y arriver. Vécu de souffrance psychique supérieure à la tristesse
Crises de larmes : Pleure sans raison apparente ou pour un rien, en particulier le soir, seul(e). A constamment envie de pleurer
Angoisse : Impression de catastrophe, crainte de "croquer" et de ne pas tenir le coup
Peurs excessives : Peur des examens, peur de perdre ses parents, ses frères et sœurs, ses copains, peur de sortir, ce qui limite la vie sociale (sans phobies scolaires cotées ailleurs)
Isolement : Pas de copain ou arrêt des relations avec les pairs, reste seul(e) chez lui (elle) presque toujours
Repliement : Changement net dans les habitudes, isolé(e) dans la classe, pas d'ami, reste souvent seul(e) y compris en famille, reste dans un chambre
Vécu négatif : Sentiment d'être nul, de ne pas y arriver, vécu dynamorphophobique global ou localisé

SCOLARITE

Absentéisme : Absent du collège ou du lycée avec ou sans autorisation, pendant un cours, une demi-journée, une journée
Retards fréquents : Arrive après le début des cours
*** Flâchement scolaire :** Baisse des résultats scolaires. Coter selon les disciplines : [une seule discipline = 1] [deux à trois disciplines = 2] [la moitié des disciplines = 3] [toutes ou presque toutes les disciplines = 4]
*** Refus scolaire :** Refuse la poursuite de la scolarité sans volonté de s'engager dans des formations équivalentes (apprentissage)
*** Rupture scolaire :** En situation d'exclusion, arrêt brutal de la scolarité
*** Phobie scolaire :** Angoisse irrésistible dans la classe ou l'établissement scolaire obligeant l'adolescent(e) à quitter le collège ou le lycée
*** Echec scolaire :** Retard scolaire supérieur à 2 ans par rapport à la norme, avec résultats actuels insuffisants

COMPORTEMENT

cotation "des troubles du comportement" : [une fois par mois = 1] [deux fois par mois = 2] [une fois par semaine = 3] [2 fois par semaine = 4]
*** Instabilité :** Difficulté ou incapacité à se tenir à une activité (intellectuelle, ludique, sportive), difficulté de concentration
*** Bagarre :** S'emporte facilement, altercation avec échange de coups
*** Violence :** Conduite destructive ou dangereuse à l'égard des personnes et/ou des objets. Occasionne des blessures aux pairs
*** Vol :** Vol ses parents, ses amis, les enseignants, les commerçants, etc...
*** Recel :** Trafic d'objets volés, le plus souvent cassettes "audio ou vidéo", CD, vêtements, alcool, médicaments. Avec ces deux derniers items, le recel et le trafic de produits sont des conduites identiques
*** Conduites à risques :** Prise de risques importante avec des engins à moteur sur la voie publique, pratique de jeux dangereux
*** Accidents :** Entorses, fractures, contusions avec plaie, accidents de sport et de la circulation
*** Sports violents :** Pratique d'un sport de combat (boxe, karaté...) en dehors des cours ou des compétitions officielles
*** Pugne :** Disparition prolongée avec au moins une nuit à l'extérieur du lieu habituel de vie à l'insu des adultes responsables
*** Autres :** Vandalisme, racket, tagage non autorisé, conduites sexuelles particulières... (à préciser dans la grille)

PRODUITS

*** Tabac :** Cotation : [quelques cigarettes de temps en temps = 1] [- de 5 cigarettes tous les jours = 2] [+ de 5 et - de 15 cigarettes par jour = 3] [plus de 15 cigarettes par jour = 4]
*** Alcool/hachisch :** [Alcool avec famille ou pairs, hachisch avec les pairs, une fois par mois = 1] [Ne sait pas refuser un verre ou un joint une à deux fois par semaine = 2] [Boit ou fume du hachisch trois ou quatre fois par semaine = 3] [Boit ou fume tous les jours ou presque, ou ivresse alcoolique ou cannabisique plusieurs fois par semaine = 4]
Médicaments : Prise de médicaments psychotropes, en particulier somnifère et tranquillisant (benzodiazépine), avec ou sans prescription médicale (Préciser le nom du ou des médicaments dans la grille)
*** Autres :** Solvants volatils, héroïne, codéine, crack, cocaïne, LSD, amphétamine, ecstasy, (à préciser dans la grille). Cotation comme alcool et hachisch

SUICIDE

Idees de mort : Pense régulièrement à la mort, le plus souvent la sieste, pense à mourir sans définir les moyens d'y parvenir.
Discours suicidaires : Pense à se tuer, évoque les moyens d'y arriver.
*** Tentatives de suicide effectuées :** coter 4 par tentative de suicide

Indicateur de cotation globale

[de 0 à 20/25 = adolescent normal = Ecoute] [de 20/25 à 40/45 = adolescent en difficulté = Aide]
 [de 40/45 à 60/65 = adolescent en grande difficulté = Soins] [+ de 60/65 = adolescent en très grande difficulté = Soins urgents]

BIBLIOGRAPHIE

Alvin P, Marcelli D.

La relation de soin avec l'adolescent.

In : Alvin P, Marcelli D, eds. Médecine de l'adolescent.

Paris : Masson, 2005: 41-7 et 270-1.

Choquet M, Ledoux S.

Attentes et comportements des adolescents.

Paris : Inserm, 1998.

Choquet M, Ledoux S, Menke H.

Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin. In : « Les adolescents et leur santé ».

Vanves : CNTERHI, 1990:121-35.

Choquet M, Askevis M, Manfredi R, Ledoux S, Fraisse F.

Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation.

Paris : Inserm, 1992:1-76.

Rufo M, Choquet M

Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité.

Editions Anne Carrière. 2007

Haute Autorité de Santé

Suicide chez l'adolescent – Recommandations 1998

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)

Enquêtes sur l'évolution de la consommation de cannabis chez les jeunes de 17 ans

Code de Santé publique - Code de Déontologie Médicale

Code pénal

Code Civil

Le médecin généraliste et l'adolescent en difficulté en 1998 : essai d'écologie relationnelle
médecin généraliste-adolescent

Vivant, Patrick Pascal (1965-...) // 1998

Contraception-sexualité-MST [Texte imprimé] : comment les adolescents entrent en dialogue avec le médecin généraliste. Enquête auprès de 125 adolescents de la région parisienne

Amaoua, Yaël (1974-....) / [s.n.] / 2001

La prise en charge des troubles psychiques de l'adolescent par le psychiatre, le psychologue et le médecin généraliste [Texte imprimé]

Badi, Sihem (1967-....) / [s.n.] / 2006

La relation soignante avec les adolescents, le ressenti du médecin généraliste [Texte imprimé] : enquête qualitative auprès de généralistes de Côtes d'Armor

Rouxel, Tiphaine (1974-....) / [s.n.] / 2005

L'adolescent malade, ce qu'il faut savoir : violence des secrets, secret des violences

Courtecuisse, Victor / A. Colin / impr. 2005

La prise en charge des mineurs en médecine générale : situations et réflexions

Bardot-Pecqueux, Isabelle (1975-....) / [s.n.] / 2007

Lacotte-Marly E.

Les jeunes et leur médecin traitant, pour une meilleure prise en charge des conduites à risque.
Thèse Paris V. 24/06/2004.

Binder Ph.

Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ?
Enquête auprès de 3 800 adolescents.
Rev Prat Med Gen 2001;15(545):1507-12.

Binder Ph.

Tabac, cannabis et investissements relationnels à l'adolescence.
Enquête épidémiologique sur 3 800 adolescents.
Rev Prat Med Gen 2003;17(607):428-34.

Moula H, Mercier Nicoux F, Velin J.

Un questionnaire, amorce de dialogue, peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ?

Rev Prat Med Gen 2001;15(533):741-6.

Paulus D, Doumenc M, Pestiaux D.

Adolescents : quelles portes d'entrées dans la consultation ?

Centre Universitaire de médecine générale

UCL Bruxelles. Rev Prat Med Gen 2003;17:1048.

Binder Ph. Dépister les conduites suicidaires des adolescents.

Conception d'un test et validation de son usage (I) et (II).

Rev Prat Med Gen 2004;18(650/651):576-80 et

Rev Prat Med Gen 2004;18(652/653):641-5.

Links PS, Balchand K, Dawe I, Watson WJ.

Preventig recurrent suicidal behaviour.

Can Fam Physician 1999;45:2656-60.

Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ.

When and how do young people seek professional help for mental health problems?

Med J Aust. 2007 Oct 1;187(7 Suppl):S35-9. Review.

Spender Q.

Talking to children.

Br J Gen Pract. 2007 Nov;57(544):861-3. No abstract available.

Pérez-Cárceles MD, Pereñiguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A.

Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction?

J Med Ethics. 2006 Jun;32(6):329-34.

Appleby L, Amos T, Doyle A et al.

General practitioners and young suicides : a preventive role.

British journal of psychiatry 1996;168:330-3.

A Gilbert, B Maheux, JY Frappier, and N Haley

Part 1: are family physicians caring for adolescents' mental health?

Can Fam Physician, 2006 Nov; 52: 1440 - 1441.

B Maheux, A Gilbert, N Haley, and JY Frappier

Part 2: communication and referral practices of family physicians caring for adolescents with mental health problems

Can Fam Physician, 2006 Nov; 52: 1442 - 1443.

Klein D, Wild TC, Cave A.

Understanding why adolescents decide to visit family physicians: qualitative study.

Can Fam Physician. 2005 Dec;51:1660-1.

Adams KE.

Mandatory parental notification: the importance of confidential health care for adolescents.

J Am Med Womens Assoc. 2004 Spring;59(2):87-90.

Jacobson LD, Mellanby AR, Donovan C, Taylor B, Tripp JH.

Teenagers' views on general practice consultations and other medical advice.

Fam Pract 2000; 17: 156–158.

Klostermann BK, Slap GB, Nebrig DM, Tivorsak TL, Britto MT.

Earning trust and losing it: adolescents' views on trusting physicians.

J Fam Pract. 2005 Aug;54(8):679-87.

Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR.

Linking primary care performance to outcomes of care.

J Fam Pract 1998;47:213–220.

Thom DH.

Stanford Trust Study Physicians.

Physician behaviors that predict patient trust.

J Fam Pract 2001;50:323–328.

Rosser WW, Kasperski J.

The benefits of a trusting physician-patient relationship.

J Fam Pract 2001;50:329–330.

Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D.

Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study.

Br J Gen Pract. 2006 Dec;56(533):924-31.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

RESUME

Selon les adolescents, le médecin généraliste n'est pas leur interlocuteur privilégié pour leur problème de mal-être, principalement parce qu'il considère que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de s'occuper de ces troubles. Ils le cantonnent à soigner les pathologies organiques. De plus, il existe une méconnaissance de leur droit à des soins confidentiels même en tant que mineur, associée à une ambiguïté entre secret médical et confidentialité face à l'autorité parentale.

Certains facteurs favorisent le dialogue entre l'adolescent et son médecin traitant, et d'autres n'interfèrent pas dans cette relation : le sexe du médecin, notamment par rapport à celui de l'adolescent, l'ancienneté du suivi par un même médecin.

Les facteurs favorisant le dialogue sont :

- le sexe de l'adolescent : les filles arrivent plus facilement à se confier à leur médecin.
- le fait de tutoyer l'adolescent semble être préféré au vouvoiement
- s'appuyer sur la famille car d'une part, c'est un des interlocuteurs privilégiés des adolescents, et d'autre part, cela permet de comprendre le fonctionnement des relations familiales ; ainsi, les parents sont invités à être présents une partie de la consultation.
- informer les adolescents de leur droit à des soins confidentiels, et par conséquent, préserver un temps de consultation avec l'adolescent seul.
- évoquer un symptôme lié à la somatisation permet d'introduire la notion d'autres problèmes de l'adolescence au sens large.
- provoquer la question, ne pas attendre que l'adolescent évoque de lui-même un souci ; au moindre doute, ne pas hésiter à utiliser des tests de dépistage tel que le TSTS.
- la fréquence des consultations : plus l'adolescent est vu régulièrement, plus il a de chances de se confier ; ainsi, il est conseillé de reprogrammer un rendez-vous systématiquement en fonction du besoin.
- un regard neuf et neutre permettrait d'instaurer un dialogue plus facilement (par exemple en consultant un autre médecin).

MOTS CLES : relation adolescents-médecin, mal-être, facteurs favorisant, dialogue.