

Comment aborder l'adolescent en médecine générale ?

La consultation de l'adolescent ne va pas de soi. Pour qu'elle ne soit pas un rendez-vous manqué, il est nécessaire d'en élargir le contenu par des allusions simples, de renforcer le lien de confiance en situant le rôle de l'accompagnateur et en commentant l'examen clinique et, par des questions simples, de dépister un éventuel mal-être ou des éléments suicidaires.

Philippe Binder *

L'adolescence est une période de transformations physiques et psychiques constantes. Le rapport à autrui y est bouleversé avec une influence de l'environnement d'autant plus déterminante que l'étayage interne a été fragilisé. La relation au médecin généraliste n'y échappe pas. C'est pourquoi la consultation de l'adolescent doit être abordée avec une attention particulière, tant sur les éléments relationnels qui s'invitent que sur les symptômes qui sont apportés. Mais ces consultations ont un autre enjeu dans la mesure où elles peuvent être une occasion de dépistage et d'étayage dans une période où les jeunes consultent peu et se démarquent de la sécurité parentale.

UNE RENCONTRE SPÉCIFIQUE

Les données épidémiologiques et l'expérience montrent que la rencontre médecin généraliste-adolescent est pourtant fréquente. Si chacun consulte peu souvent : 2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 pour les filles, ce sont 75 % des adolescents qui ont vu un médecin dans l'année.¹

Presque tous consultent un médecin de connaissance qu'ils appellent « leur médecin de famille ». Ces consultations sont très liées à des préoccupations parentales. Même à 18 ans, les 2 tiers des rendez-vous sont sollicités par les parents. Ils viennent d'ailleurs accompagnés (encore 51 % des filles et 61 % des garçons à 18 ans) avec un motif discuté préalablement avec les parents.^{2,3} Celui-ci est essentiellement somatique (75 %), mais aussi administratif ou préventif (19 %) et rarement psychologique (6%)^{4,6} alors que la « dépressivité » touche environ 32 % des jeunes.¹ Si les trois quarts des adolescents disent ressentir une bonne compréhension de la part du médecin, un tiers avouent cependant n'avoir pu se confier. Cette insatisfaction diminue avec l'âge et semble curieusement plus liée à l'absence de l'accompagnant qu'à leur présence.

Vue du côté du généraliste, cette consultation n'est pas expéditive : plus de la moitié durent au moins 10 minutes, et 3 fois sur 4 une discussion s'engage, surtout avec les garçons les plus âgés. Enfin, 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.²

* 17430 Lussant. Coordonnateur du groupe ADOC : groupe de cliniciens libéraux de la Charente-Maritime associant 17 généralistes (Drs Barrier, Binder, Caron, Cavaro, Clauzet, Dezeix, Lebigre, Lecroart, Masse, Michonneau, Morillon, Prieur, Rechart, Reynaud, Sorbe, Valette, Vandier, et 2 psychiatres : Drs Arbitre et Cornuault). courriel : phibin@wanadoo.fr

UNE CONSULTATION QUI NE VA PAS DE SOI

Ces données épidémiologiques introduisent une situation en réalité plus complexe.

La demande de l'adolescent est imprécise, voire ambivalente ; il est à la fois rassuré et gêné par la présence du tiers dont il veut se démarquer, même s'il s'en défend quand on l'interroge. Déjà naturellement peu explicite sur ses symptômes, son expression se dégrade en cas de problèmes relationnels.

Cette situation se complique d'une représentation assez floue du champ d'action du généraliste qu'il cantonne le plus souvent au soin somatique. Si 92 % pensent que ces praticiens peuvent 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.⁷

L'adolescent montre cependant une avidité relationnelle projetée sur ce soignant plutôt idéalisé, mais en méfiance vis-à-vis de l'adulte qui l'impressionne. Dès le début de la consultation, il étudie le médecin en étant très sensible au contexte, à l'attitude et à son comportement. Désirant que le médecin devine ce qu'il ressent, et s'intéresse à lui personnellement, il reste en général timide dans ses réponses et pudique lors de l'examen. C'est un âge où la représentation corporelle est confuse, où les symptômes portent atteinte à une autonomie naissante, une normalité supposée ; aussi, ce dont il a besoin devient une menace.⁸

Dans ce contexte, l'adolescent vit une alternance rapide entre indépendance insolente et dépendance régressive, ou les deux simultanément. C'est pourquoi, en fin de consultation, les adolescents peuvent avouer un sentiment de frustration, déclarant n'avoir pas dit tout ce qu'ils souhaitaient dans 30 % des cas, et jusqu'à 45 % dans les groupes à risques.

Cet ensemble de limites explique que les adolescents, quel que soit le type de jeunes interrogés et le profil de leur médecin, se tournent fort peu spontanément vers leur généraliste pour évoquer leurs conduites à risque.⁷

Face à lui, le praticien consulté est avant tout un adulte avec un vécu personnel de l'adolescence qui ne manque pas d'interférer sur son rôle professionnel.

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. Selon la situation, son histoire ou ses affects, le généraliste s'en détourne ou s'y aventure comme ami, conseiller, tuteur, ou superviseur. Qui pourrait l'en critiquer ? L'étude du rôle et des possibilités du généraliste dans le système familial n'est pas encore écrite.⁹

Le quotidien du médecin généraliste est de répondre à des demandes. Il s'en acquitte sans vraiment s'écarter de la symptomatologie alléguée. Quand le motif de l'adolescent est administratif ou préventif, le médecin élargit le contenu de consultation moins d'une fois sur deux, et lorsque le

motif est somatique une fois sur trois. Mais cette ouverture n'aborde les questions psychologiques que dans 4 % des consultations à motif somatique ou préventif.⁶

Sous-estimant la symptomatologie, le praticien rencontre une difficulté particulière à identifier les conduites à risque ou à gérer ces situations.¹⁰ Le généraliste, par exemple, attend un état dépressif pour évoquer un risque suicidaire.¹¹ Or, la moitié des suicides mortels ont lieu hors d'un état dépressif caractérisé.¹² Ainsi, l'abord de la question du risque suicidaire est quasiment toujours occulté.

UN ENJEU QUI DÉPASSE LE MOTIF

Cette rencontre, quotidienne pour le généraliste, est ponctuelle dans la vie de l'adolescent, mais plus fréquente chez ceux qui ont un mal-être.¹ Trop souvent cependant, c'est un rendez-vous manqué entre deux personnes qui ont aperçu les possibilités de l'autre mais qui n'osent pas entrer en relation. Pourtant, cette rencontre est pour l'adolescent potentiellement mobilisatrice. Elle peut lui donner l'occasion de s'aventurer à une expression personnelle hors de la parole maternelle qui sait, et qui sait dire. C'est le moment où l'enfant qu'il était peut découvrir en sécurité l'expérience d'être sujet parlant de soi dans une expression confiée à un adulte hors du champ familial.

Du côté du médecin, cette consultation ne manque pas de mettre en scène le théâtre de la famille et de mettre à jour son système relationnel. C'est, en outre, l'occasion de faire comprendre à l'adolescent ce qu'il peut attendre d'un médecin. C'est, enfin, un temps d'explication où peuvent s'introduire des éléments de prévention et de dépistage, qu'ils soient somatiques ou psychiques.

Cette préoccupation doit être constante, car l'adolescent consulte rarement l'hôpital ou le médecin libéral lors d'une crise aiguë dépressive ou suicidaire.^{1,13} Survenant moins d'une fois par an dans une clientèle moyenne, ces situations dramatiques ont presque toujours été précédées d'éléments d'alerte inaperçus.¹⁴ Le praticien doit aller les chercher.

DES OBJECTIFS D'INTERVENTION

Pour intervenir, le médecin généraliste a des atouts spécifiques qu'il met en œuvre avec tact et mesure. Il est le confident des corps, et dans cette période d'intrication bio-psycho-sociale, tout ce qui touche au corps est mobilisateur et porteur de question. Par ailleurs, même s'il a peu de temps, le généraliste bénéficie de la durée pour instaurer la confiance. On sait que l'ancienneté du suivi et la fréquence des consultations sont des facteurs de protection.⁸ C'est la motivation du praticien qui semble plus déterminante que sa formation. Les généralistes ont davantage besoin de diminuer leur résistance que d'augmenter leur savoir, car ils ont des ressources, mais ils hésitent à les mettre en œuvre. Aucune investigation médicale n'est

CE QUI EST NOUVEAU

- Lors de l'exposé du motif de consultation d'un adolescent en médecine générale, dire « à part ça, oui mais encore ? » multiplie par 4 la fréquence d'ouverture à des éléments psychologiques.
- Le dépistage du mal-être ou des éléments suicidaires est possible en consultation courante avec un test simple à 4 questions.
- Fixer un rendez-vous à un adolescent qui va mal le fait revenir.

indiscret si le contexte du questionnement reste apaisant et respectueux. Le médecin est donc invité en toutes circonstances à une habileté de contact, de constat et de contrat. Pour concrétiser ses possibilités, un groupe de cliniciens* a élaboré une série de propositions autour de 4 objectifs fondamentaux.

Favoriser l'expression en aménageant plus de liberté de parole et d'action : il s'agit d'être attentif aux différents codes, attitudes, tenues et langages, sans pour autant singer ceux du jeune. En cas d'incompréhension, la relation bénéficie d'une demande d'explications qui ne manque pas de valoriser l'interlocuteur.

Établir une relation de soin où l'adolescent trouve plus d'autonomie, de confort et de sécurité : c'est une atmosphère à l'opposé de la familiarité qui angoisse ou du jugement qui « casse ». À cet égard, le choix du tutoiement ou du vouvoiement n'est jamais anodin. Son intérêt est de rester un moyen pour garder la bonne distance. La seule règle impérative est d'en convenir avec l'intéressé.

Améliorer la représentation du corps et l'estime de soi : c'est favoriser chez l'adolescent l'approbation et l'appropriation de son corps, puis l'intérêt d'en prendre soin. Il s'agit de rassurer sur la « normalité » ou la compréhension du symptôme avant d'aborder l'éventuel mal-être sous-jacent.

Susciter une diversité de solutions possibles à la mesure de ses capacités : devant les difficultés, l'adolescent réagit avec des conceptions binaires qui conduisent à des impasses. L'aider, c'est augmenter ses choix possibles.

EN TOUTES CIRCONSTANCES

L'application pragmatique de ces objectifs se décline en deux séries de propositions.

La première vise à saisir les occasions pour élargir le contenu de toute consultation, et 4 moments y sont particulièrement adaptés : l'exposé du motif, la présence du tiers, l'examen clinique et les questions de l'entretien.

Lors de l'exposé du motif, il s'agit de proposer une ouverture par une allusion du type : « à part ça », « oui, mais encore ». Cette simple évocation multiplie par 4 la fréquence d'abord psychologique au cours de toute consultation (groupe ADOC, en cours de publication).

À propos de l'accompagnant, il suffit d'intégrer le sens de sa présence ou de son absence et de se positionner avec 2 questions : « Qui demande quoi et pour qui ? » puis : « Que dire à qui, comment et pourquoi ? ». Faire sortir ou entrer les accompagnateurs ne relève d'aucune règle universelle tant les situations sont variées. L'important est de penser ces 2 questions en aménageant une autonomie et une confidentialité progressives entre 12 et 18 ans. Intervenir activement introduit un changement relationnel qui peut avoir valeur de rite de passage. C'est, soit matérialiser un premier entretien duel, soit clarifier la place de l'adolescent vis-à-vis de l'accompagnant par une valorisation de sa parole. Mais cette vigilance peut aussi se manifester en l'absence du tiers, surtout chez les plus jeunes, auprès de qui il sera opportun de recueillir le vécu de cette absence, fuite ou confiance. L'important est d'établir un acte professionnel qui ne laisse pas le praticien soumis à un système familial délétère.

Lors de l'examen clinique, il s'agit d'en faire le commentaire en suscitant un échange.

Quatre-vingt-onze pour cent des consultations d'adolescents font l'objet d'un examen clinique. Ce moment privilégié peut dépasser le simple recueil de données pour contribuer à familiariser l'adolescent avec son corps et son évolution. Même avec un adolescent très pudique, cette approche corporelle participe à l'augmentation de l'estime de soi.

Lors des questions d'investigations, il est indispensable d'effectuer un test rapide d'exploration du mal-être. Le « TSTS » a été validé en consultation courante pour approcher le risque d'antécédents suicidaires.⁶ 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 ⇔ **Aggression :** « As-tu été victime d'une Aggression 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.

QUAND UN MAL-ÊTRE EST DÉPISTÉ

Objectif : passer un cap

Lorsqu'un tel problème est ainsi dépiaté (environ chaque semaine pour une clientèle moyenne) le médecin se doit d'intervenir mais avec un objectif limité et raisonnable : aider l'adolescent à passer un cap. En effet, il ne s'agit pas d'entreprendre une psychothérapie réglée mais d'assumer un rôle de passeur dans une période de vulnérabilité maximale. Cette attitude engage davantage le savoir-être du médecin que son savoir analytique ou savoir-faire de prescription. C'est la deuxième série de propositions.

Confronter les points de vue

Tout d'abord, le généraliste doit s'engager en donnant son point de vue sur la situation, puis le confronter à celui de l'adolescent, en sachant reformuler.

Chez un adolescent incertain de sa personne et pauvre en expression, entendre l'avis d'un « docteur » à son sujet retient toute son attention et peut libérer une expression hésitante à décrire un malaise intérieur. Cette démarche est utile, même si le mal-être est nié ou si le suivi ne se concrétise pas. Le patient aura repéré inévitablement un interlocuteur potentiel, un recours.

À l'inverse, un excès de préoccupation du médecin envers un adolescent qui va bien ne porte pas à conséquence.

Fixer un autre rendez-vous

Après avoir échangé, et si le mal-être est confirmé, il est important de consolider le lien en fixant concrètement un rendez-vous pour le revoir, sans attendre une demande de sa part et dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation.

Si cette démarche est inhabituelle dans l'exercice du généraliste qui redoute un forçage intrusif, l'expérience montre que cette proposition est quasiment toujours acceptée sans problème. Le frein est davantage du côté du médecin qui craint le début de la consultation suivante où les positions habituelles seront inversées : « Je vous écoute docteur... ».

Cette attitude transmet une sollicitude remarquée par l'adolescent, sort de la réponse immédiate et introduit la durée dans la relation, tout en évitant d'allonger le temps de consultation.

S'appuyer sur des outils relationnels

La gestion de ce rendez-vous s'appuie sur différents outils relationnels. L'objectif se limitant à gagner du temps

sur la crise, il n'est pas nécessaire d'avoir une stratégie d'exploration psychique complète, profonde ou pertinente. Quelques moyens ont été repérés comme étant particulièrement pratiques.

Reprendre les champs ouverts par le TSTS permet d'aborder une exploration sur plusieurs consultations :

- la petite traumatologie introduit aux antécédents organiques ;
- le sommeil ouvre naturellement à l'abord des rêves, des désirs, de la vie psychique, des croyances ;
- le tabac introduit aux habitus, aux sources de plaisir et à la vie sexuelle ; en effet entre 14 et 17 ans, la consommation de tabac est très corrélée à la précocité de l'expérience sexuelle¹⁵ ;
- l'évocation du stress scolaire amène au champ du travail, des satisfactions, de la projection dans l'avenir et des relations avec les copains.

Enfin, parler de la famille permet de recueillir ses représentations de territoires et les changements opérés.

Une évaluation des ressources personnelles et environnementales de l'adolescent est un premier étayage. Il est pour cela assez simple de réaliser avec le patient (ou de lui demander de rapporter) son génogramme (arbre généalogique) avec ses commentaires en insistant sur ceux de son quotidien et les personnes ressources qui ont sa confiance. Cela peut se prolonger par une demande de rédaction de sa biographie chez lui.

C'est encore aborder plus précisément la question des territoires et de ses représentations par la question : « Dans ta chambre, es-tu chez toi, ou chez tes parents ? ». Posée de même au parent présent, elle met en lumière brutalement les écarts de représentation de chacun qui n'ont en général jamais été clarifiés.

C'est encore utiliser des outils relationnels sous la forme d'autoquestionnaires^{8,16} ou de diverses fiches (d'injonctions, de frustrations, etc.), qui doivent rester à portée de main.

Ce temps passé sur des prétextes divers introduit à la découverte d'une posture possible d'expression de soi. Il prépare le jeune à poursuivre éventuellement chez un psychologue ou un psychiatre selon la gravité de la situation.

Lorsqu'un recours spécialisé est nécessaire

Il faut en effet parfois envisager de joindre le dispositif spécialisé. Certaines situations nécessitent un complément diagnostique ou un retrait urgent du milieu ambiant. Mais cette démarche se heurte à deux écueils majeurs. L'un est contextuel : le manque actuel de structures et de professionnels disponibles. L'autre est inhérent aux personnalités : le lien construit entre un adolescent et son généraliste ne se transmet pas comme un paquet à un confrère, fût-il le plus pertinent. C'est pourquoi ce type de proposition doit s'accompagner d'une assurance de maintien du suivi commencé, pour éviter un vécu de trahison ou d'abandon.

POUR LA PRATIQUE

→ LORS DE TOUTE CONSULTATION AVEC UN ADOLESCENT :

- proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion : « oui, mais encore... ? » ;
- intégrer le rôle du tiers : « qui demande quoi et pour qui ? », puis « que dire à qui, comment et pourquoi ? » ;
- commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange ;
- dépister le mal-être avec le test « TSTS ».

→ LORSQU'UN MAL-ÊTRE EST DÉPISTÉ :

- confronter les points de vue et savoir reformuler ;
- renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels ;
- fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation ;
- orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé.

CONCLUSION

La consultation de l'adolescent ne va pas de soi, mais elle peut être une occasion de maturation.

Son abord par le médecin relève plus d'une complexité relationnelle que médicale. Elle fait davantage appel à des qualités du comportement que du savoir pour établir une relation de confiance en sécurité. Le généraliste doit privilégier au quotidien des attitudes de vigilance, d'attention et d'ouverture. Lors d'un dépistage de mal-être, il n'hésite pas à intervenir de manière active et soutenante pour accompagner l'adolescent à passer un cap. Cette attention est à développer pour tous les adolescents sans être réservée à ceux que l'épidémiologie désigne « à risques ». ■

SUMMARY How to tackle the teenager in general practice ?

Meeting a teenager as a general practitioner is not straightforward. Such a consultation has its own specific characteristics, and what is at stake goes beyond the apparent reason for the consultation. In order to avoid missing something by adopting a "wait and see" attitude in front of the uninsured teenagers, the author suggests the simplest ways of sticking to the four major objectives: ensuring self-expression, easing the relationship, improving body image and self esteem and increasing the range of possible solutions. A first series aims to expand the contents of all the consultations starting from the alleged reasons, the presence of a third party, the clinical examination and the investigable questions. A second series aims to create the conditions that help to get over a hurdle when a malaise has been diagnosed: confronting points of view, setting an appointment, strengthening the links thanks to relational tools and possibly directing towards the relevant health system.

Rev Prat 2005 ; 55 : 1073-7

RÉSUMÉ Comment aborder l'adolescent en médecine générale ?

Rencontrer un adolescent en médecine générale ne va pas de soi. Cette consultation a des caractéristiques propres et un enjeu qui dépasse largement le motif évoqué. Pour éviter qu'elle soit un rendez-vous manqué entre un adolescent incertain et un praticien attentiste, l'auteur propose, avec des moyens simples, de se tenir à 4 objectifs fondamentaux : favoriser l'expression, détendre la relation, améliorer la représentation du corps et l'estime de soi, et augmenter les choix possibles. Une première série vise à élargir le contenu de toute consultation, à l'occasion de l'exposé du motif, de la présence du tiers, de l'examen clinique et des questions d'investigation. Une seconde série a pour objet de créer les conditions d'un accompagnement pour passer un cap lorsqu'un mal-être est dépisté : confronter les points de vue, fixer un rendez-vous, renforcer le lien par des outils relationnels, et orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé.

L'auteur n'a pas déclaré de conflits d'intérêts

RÉFÉRENCES

1. Choquet M, Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Paris : Inserm, 1998.
2. 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 : CNERHI, 1990:121-35.
3. Choquet M, Askevis M, Manfredi R, Ledoux S, Fraisse F. Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation. Paris : Inserm, 1992:1-76.
4. Auvray L, Le Fur Ph. Adolescent : état de santé et recours au soin. Bulletin d'information en économie de la santé 2002;49.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Michaut F. De qui souffrez-vous ? Paris : Éditions de santé, 1992.
10. Appleby L, Amos T, Doyle A *et al.* General practitioners and young suicides : a preventive role. British journal of psychiatry 1996;168:330-3.
11. Vegas R, Crampe J. Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psycho-pathologiques du suicide en Mayenne. BEH 2000 ; 22.
12. Martunnen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnquist JK. Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I et II. Diagnosis in suicide among 13 to 19 years olds in Finland. Arch Gen Psychiatry 1991;48(9):834-9.
13. 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.
14. Links PS, Balchand K, Dawe I, Watson WJ. Preventing recurrent suicidal behaviour. Can Fam Physician 1999;45:2656-60.
15. 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.
16. 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.