



HAL
open science

**La consultation de l'adolescent en médecine générale :
d'après une enquête menée auprès de 116 médecins
généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains
(Savoie, 73)**

Laurence Dalem

► **To cite this version:**

Laurence Dalem. La consultation de l'adolescent en médecine générale: d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73). Médecine humaine et pathologie. 2003. dumas-00793715

HAL Id: dumas-00793715

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00793715>

Submitted on 28 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2^e exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

JUN 2003

N°: 5040

**LA CONSULTATION DE L'ADOLESCENT
EN MEDECINE GENERALE,**

**d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes
de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73).**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Thèse présentée par : DALEM Laurence,
née le 25 Juillet 1976 à Paris

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble le 3 Juin 2003

devant le jury composé de : Monsieur le Professeur D. Plantaz, président de jury
Monsieur le Professeur T. Bougerol
Monsieur le Professeur C. Massot
Madame le Docteur C. Faure, directeur de thèse
Monsieur le Docteur P. Imbert



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE
 Domaine de la Merci 38700 La Tronche

Doyen de la Faculté
 Vice-Doyen
 Assesseurs

M. le Professeur J.L. DEBRU
 M. le Professeur J.P. CHIROSSEL
 M. le Professeur J. LEBEAU
 M. le Professeur J.P. ROMANET
 M. le Professeur B. SELE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIER

AMBLARD	Pierre	DERMATO VENEROLOGIE	MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU
AMBROISE-THOMAS	Pierre	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE CHU	MOULLON	Michel	OPHTALMOLOGIE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED. FACULTE	MOUSSEAU	Mireille	CANCEROLOGIE
BARGE	Michel	NEUROCHIRURGIE CHU	MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE CHU	PASQUIER	Basile	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE CHU	PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE CHU	PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIOLOGIE
BENABID	Alim Louis	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE CHU	PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE
BENSA	Jean Claude	CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE	PHILIP	Xavier	RHUMATOLOGIE
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE CHU	PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
BERNARD	Pierre	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE CHU	PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE CHU
BESSARD	Germain	PHARMACOLOGIE FACULTE	POLACK	Benoît	HEMATOLOGIE
BLIN	Dominique	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC. CHU	POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
BOLLA	Michel	RADIOTHERAPIE CHU	PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE CHU	RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
BOST	Michel	PEDIATRIE CHU	RAPHAEL	Bernard	STOMATOLOGIE ET CHIR. MAXILLO FACIALE O.R.L.
BOUCHARLAT	Jacques	PEDO PSYCHIATRIE	REYT	Emile	OPHTALMOLOGIE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES HOPITAL SUD	ROMANET	J. Paul	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
BRAMBILLA	Elisabeth	PATHOLOGIE CELLULAIRE CHU	SARAGAGLIA	Dominique	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE CHU	SEIGNEURIN	Jean-Marie	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE CHU	SELE	Daniel	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE CHU	SOTTO	Bernard	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CARPENTIER	Françoise	THERAPEUTIQUE CHU	STAHL	Jean-Jacques	MALADIES INFECTIEUSES
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE FACULTE	VANZETTO	Jean-Paul	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE CHU	VIALTEL	Gérald	NEPHROLOGIE
CHIROSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE FACULTE	VUILLEZ	Paul	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
CINQUIN	Philippe	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE INSTITUT ALBERT BONNIOT	ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE CHU
COHEN	Olivier	GENETIQUE CHU	ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
COLOMB	Marianne	IMMUNOLOGIE			
COULOMB	Max	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE CHU			
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE DU TRAVAIL CHU			
DEBRU	Jean-Luc	MEDECINE INTERNE CHU			
DEMONGEOT	Jacques	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE FACULTE			
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE CHU			
DUPRE	Alain	CHIRURGIE GENERALE CHU			
DYON	J.François	CHIRURGIE INFANTILE CHU			
FAGRET	Daniel	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE			
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIR. GENERALE, CHIR. DIGESTIVE CHU			
FAURE	Claude	ANATOMIE FACULTE			
FAVROT	Marie C.	CANCEROLOGIE CHU			
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE CENTRALE CHU			
FEUERSTEIN	Claude	PHYSIOLOGIE			
FOURNET	Jacques	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE CHU			
FRANCO	Alain	GERIATRIE E. CHATIN CHU			
FRANCOIS	Patrice	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION			
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE CHU			
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE CHU			
GIRARDET	Pierre	ANESTHESIOLOGIE CHU			
GUIDICELLI	Henri	CHIRURGIE VASCULAIRE CHU			
GUIGNIER	Michel	REANIMATION MEDICALE CHU			
HADJIAN	Arthur	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU			
HALIMI	Serge	NUTRITION CHU			
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE CHU			
JOUK	Pierre-Simon	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION CHU			
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE CHU			
LAVIELLE	Jean-Pierre	O.R.L. CHU			
LE BAS	Jean-François	UNITE IRM CHU			
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE CHU			
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE CHU			
LEROUX	Dominique	GENETIQUE CHU			
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE CHU			
LEVERVE	Xavier	THERAPEUTIQUE			
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE FACULTE			
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN			
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE CHU			
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE CHU			
MALLION	J. Michel	MEDECINE DU TRAVAIL ET RISQUES PROFESSIONNELS CHU			
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE D. VILLARS			
MAURIN	Max	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU			
MERLOZ	Philippe	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU			

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

JUIN 2003

N° :

**LA CONSULTATION DE L'ADOLESCENT
EN MEDECINE GENERALE,**

**d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes
de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73).**

**THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

Thèse présentée par : DALEM Laurence,
née le 25 Juillet 1976 à Paris

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble le 3 Juin 2003

devant le jury composé de : Monsieur le Professeur D. Plantaz, président de jury
Monsieur le Professeur T. Bougerol
Monsieur le Professeur C. Massot
Madame le Docteur C. Faure, directeur de thèse
Monsieur le Docteur P. Imbert



A Monsieur le Professeur D. Plantaz,
Cancérologie pédiatrique, Service de Pédiatrie du CHU de Grenoble,

A Monsieur le Professeur T. Bougerol,
Chef du Service de Psychiatrie du CHU de Grenoble

A Monsieur le Professeur C. Massot,
Chef du Service de Médecine Interne du CHU de Grenoble

En remerciements de l'intérêt que vous avez porté à mon travail en acceptant d'être membre de mon jury de thèse.

A Madame le Docteur C. Faure,
Pédiatre au CH de Chambéry,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse,
Merci pour vos conseils et votre disponibilité.
Je vous suis reconnaissante de l'intérêt et l'attention que vous avez portés à mon travail.

A Monsieur le Docteur P. Imbert,
Médecin généraliste à Vizille (38),

Merci pour tes conseils et ta disponibilité,
Merci pour ta gentillesse et ton soutien.
Je t'exprime toute ma gratitude et mon respect.

A Madame le Docteur P. Louveau,
Médecin généraliste au Viviers-du-Lac (73)

A Madame le Docteur C. Schelstraete,
Médecin généraliste à Chambéry (73)

A Monsieur le Docteur J-L. Voyron,
Médecin généraliste à Mouxy (73)

Mes maîtres de stage,

Merci,
Pour m'avoir accueillie et formée à la médecine générale.

A Madame le Docteur B. Georges,
Médecin généraliste à Chambéry (73)

A Madame le Docteur A. Laurent,
Pédopsychiatre au CHU de Grenoble

A Monsieur le Dr J.L. Bosson,
Service d'Information et d'Informatique Médicales du CHU de Grenoble

Merci,
Pour leur contribution active.

A tous les médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire d'enquête.

A Monsieur le Docteur P. Alvin,
Chef du Service de Médecine pour Adolescents du CHU de Bicêtre,

En souvenirs de vos soins et de cette relation de soins qui me furent si salutaires,

En remerciements de l'exemple que vous m'avez donné, à l'origine de ma vocation.

A Papa,

A Maman,

A Alexis et Henri.

A Paul.

INTRODUCTION

L'adolescence, période charnière de la vie, entre l'enfance et l'âge adulte, aboutit à l'édification d'un être doté d'une identité propre. Chaque adolescent est potentiellement fragile, parce que son individuation le confronte à des pertes et le somme de chercher sa propre personnalité. Devenir adulte, c'est inévitablement faire le deuil du statut d'enfant et avec lui de la sécurité, tant affective que matérielle, apportée par les parents ; mais c'est également affirmer son individualité et acquérir une autonomie nouvelle. Même si toutes les adolescences ne sont pas douloureuses, une certaine vulnérabilité psychique caractérise l'adolescence et menace la santé de l'adolescent : risque immédiat des passages à l'acte, risque à long terme de l'installation de troubles psychiatriques.

Depuis une vingtaine d'années, la médecine de l'adolescent s'est développée en France grâce à des pédiatres et pédo-psychiatres qui ont pris conscience des carences du système de santé en matière de soins aux adolescents. Certains d'entre eux sont devenus des « spécialistes de l'adolescent ». Leurs travaux nous apprennent que la médecine de l'adolescent est une discipline médico-psycho-sociale, différente de la pédiatrie et de la médecine adulte. L'abord de l'adolescent est spécifique, en terme de conduite de l'interrogatoire et de déroulement de l'examen physique. La prise en charge de l'adolescent est particulière, devant intégrer tous les éléments de son cadre de vie.

En France, les soins aux adolescents sont assurés en majorité par les médecins généralistes. Leur rôle auprès des jeunes est donc majeur. La médecine générale comporte en elle-même la dimension de globalité requise par la prise en charge des adolescents. Mais, la connaissance de la dynamique de l'adolescence et des spécificités de la consultation de l'adolescent sont indispensables à l'établissement d'une relation de soins utile. Or, la médecine de l'adolescent n'était pas jusqu'à présent un des sujets les plus développés dans le cursus universitaire médical ; et nombreux sont les médecins qui devenus parents « d'ado » s'interrogent encore.

C'est en adaptant sa pratique aux spécificités de l'adolescence que le praticien instaure un dialogue avec l'adolescent. Grâce au lien privilégié tissé au fil de consultations, souvent motivées par des motifs banals, le médecin généraliste accompagne le jeune patient au long de

son adolescence. Il devient auprès de lui un acteur de santé efficace, l'aidant à affronter ces changements corporels et psychologiques qui le déstabilisent et assurant ainsi une action de prévention des diverses difficultés et pathologies de l'adolescence.

Qu'en est-il en pratique courante ?

Le décalage semble majeur entre les principes développés par les spécialistes de la médecine de l'adolescence dans les ouvrages les plus récents et l'absence quasi-totale d'enseignement universitaire sur ce thème. Bien sûr, les spécialistes s'occupent majoritairement d'adolescents à problèmes, dont les troubles imposent un abord spécifique. Or, la plupart des adolescents vont bien. Cependant, pour bien assurer le suivi d'un adolescent, que ce soit un adolescent qui aille bien, un adolescent perturbé par le grand chambardement de l'adolescence ou un adolescent à la dérive, le médecin généraliste doit être conscient de la spécificité des besoins de santé à cet âge, il doit savoir quels soins prodiguer et comment les prodiguer.

Cette thèse traite de la consultation de l'adolescent en médecine générale et repose sur une enquête réalisée auprès des omnipraticiens du bassin de Chambéry et d'Aix-les-Bains.

La compréhension des enjeux de la consultation de l'adolescent nécessitant une bonne connaissance de l'adolescence et des spécificités de la médecine de l'adolescent, ce travail commence par exposer des notions fondamentales : la définition de l'adolescence est étayée par un panorama du développement biologique, psychologique et social de l'adolescent. Une brève présentation des statistiques de santé des jeunes prouve la spécificité de leurs besoins de santé. Le développement des concepts de la médecine de l'adolescence conduit à analyser le rôle possible du médecin généraliste auprès des jeunes. Une dernière partie théorique décrit le déroulement d'une consultation d'adolescent selon les principes des spécialistes de l'adolescence.

L'enquête a été réalisée par courrier au moyen d'un questionnaire. Les différents items interrogent les médecins sur leur pratique en matière de consultation de l'adolescent : interrogatoire, examen physique, dialogue, propositions thérapeutiques.

L'analyse des réponses à l'enquête décrit le déroulement de la consultation de l'adolescent en médecine générale, l'objectif de cette thèse étant de dresser un état des lieux de la pratique des médecins généralistes dans leur prise en charge des adolescents.

CHAPITRE I : L'ADOLESCENCE, LES ADOLESCENTS

1. DEFINITION

L'adolescence est un concept imprécis, qui ne connaît pas de définition consensuelle. En effet, l'adolescence ne correspond pas à une entité mais à un ensemble complexe de phénomènes. Cependant, l'étude des différentes définitions permet de dégager une notion fondamentale qui présente l'adolescence comme une période de transition, celle du passage entre le monde de l'enfance et celui des adultes.

Adolescent vient du latin « adolescere » qui signifie grandir, croître. Etymologiquement, adolescent dérive du mot « adulescens » : celui qui est en train de croître.

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : « est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans » paraît restrictive. Elle se base sur les classes d'âge par commodité statistique et a l'avantage de simplifier les études épidémiologiques (35).

Pour donner une définition plus large de l'adolescence, ne reposant pas uniquement sur des limites d'âges, il est nécessaire de prendre en compte de nombreux critères : biologiques, psychologiques, sociaux, culturels (35).

Le début de l'adolescence est avant tout un phénomène somatique correspondant aux transformations physiques qui accompagnent la puberté et marquent la fin de l'enfance. En revanche, la limite supérieure de l'adolescence, celle du passage à l'âge adulte, est plus difficile à déterminer. La fin de l'adolescence ne coïncide pas avec la fin de la puberté. En effet, l'adolescence comme étape du développement de l'homme est un événement à la fois physique et psychologique, alors que la puberté est un phénomène uniquement physiologique. Si ce sont les modifications physiques de la puberté qui l'introduisent, l'adolescence proprement dite comprend un volet psychologique et social essentiel. Ainsi, la fin de l'adolescence correspond à l'affirmation des assises affectives et sociales qui permettent l'autonomisation de l'individu et lui confèrent un statut d'adulte (35).

C. Casenave résume la complexité de la notion d'adolescence : « c'est dans ce temps de bouleversement pubertaire visible, défini par l'apparition des caractères sexuels

secondaires, que va s'élaborer un travail psychique interne de deuil et d'individualisation, à l'articulation de deux générations ; moment fécond dans la destinée de l'homme centré sur l'interrogation sur son identité, qui suis-je ? et confronté dans son émancipation à une périphérie sociale. » (22).

L'adolescence est donc une période d'élaboration et de construction caractérisée par une maturation psychophysiologique liée au processus d'autonomisation et de socialisation avant le passage à l'âge adulte (25).

Grandir : l'adolescent est un être en profonde mutation, il traverse une période de bouleversements dont l'intensité explique à la fois sa fragilité, à la limite de la vulnérabilité, et son formidable dynamisme.

2. HISTORIQUE

L'adolescence est une notion récente apparue au milieu du XIX^e siècle.

Durant l'Antiquité, le terme « adulescens » était employé par les romains pour désigner les jeunes hommes en formation de 17 à 30 ans. Il s'agissait d'adultes qui avaient acquis leur citoyenneté à 17 ans et le droit de mariage à la puberté.

Au cours du Moyen Age, la population était divisée en enfants et adultes à partir de l'âge de la puberté. Pendant longtemps, il a existé une correspondance entre statut physiologique et statut juridique : la puberté s'accompagnait de l'engagement conjugal et de l'entrée dans la vie active qui marquaient le passage à l'âge adulte. A partir du XIII^e siècle et jusqu'à la Révolution Française, l'âge de la majorité, âge légal d'entrée des jeunes dans la vie adulte, a été alternativement retardé et avancé pour des besoins économiques et politiques. Au XVII^e siècle, le mot adolescent appartenait au registre de la raillerie ; il désignait, avec une connotation de moquerie, un novice un peu niais.

L'adolescent moderne a fait son apparition à la fin du XVIII^e siècle dans la littérature. Jean-Jacques Rousseau voyait dans cet « âge intermédiaire » une étape dangereuse pour la société et a proposé dans l'*Emile*, paru en 1762, de canaliser les pulsions désordonnées de la jeunesse par une éducation conforme à la nature. Les auteurs romantiques ont dressé le portrait d'un être profondément indéterminé, insatisfait du monde dans lequel il vit, en opposition avec l'univers des adultes. Les héros souffrant de ce « mal du siècle » se retrouvent

dans la production romanesque du début du XIX^e siècle, René de Chateaubriand, *Delphine* de Mme de Staël, *Oberman* de Senancour.

Le mot adolescent est apparu dans le vocabulaire à partir du XIX^e siècle : il est entré dans le dictionnaire en 1850. Initialement, il s'agissait d'un nombre restreint d'individus : les jeunes gens de la bourgeoisie en cours d'études et financièrement dépendants. Ce n'est que plus tard avec la généralisation de la scolarisation que le terme adolescence a désigné toute une classe d'âge, comprenant aussi bien les filles que les garçons (25).

Remarquons que dans les sociétés traditionnelles, la situation confuse entre deux âges qui caractérise l'adolescence n'existe pas. Le passage du statut d'enfant à celui d'adulte se fait sans transition, grâce à des rites d'initiation qui symbolisent l'acquisition d'un nouveau statut social.

D'un point de vue scientifique, l'utilisation du terme « adolescent » est également tardive. Les premiers travaux sur la psychologie de l'adolescence sont dus à l'américain W.H. Burnham (*The Study of Adolescence*, 1891). En Europe, c'est Pierre Mendousse qui publie les premiers ouvrages traitant de la psychologie de l'adolescent (*L'Ame de l'adolescent*, 1909 et *L'Ame de l'Adolescente*, 1928). Freud, qui a travaillé sur les mutations psychologiques de la puberté (*Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, 1905), ne mentionne pas la notion d'adolescence. C'est en 1922, avec l'ouvrage *Quelques problèmes de l'adolescence* de E.Jones que le terme apparaît dans les travaux de psychanalyse et remplace celui de puberté (25).

En fait, le concept d'adolescence est étroitement lié à l'histoire des sociétés. Il fallait un terme pour désigner cet âge d'entre deux et de transformation des jeunes gens, qui ne sont plus des enfants sans être déjà des adultes. Pourquoi le terme qui désigne cet individu en quête d'identité sexuelle et sociale est-il apparu si tardivement ? Le phénomène pubertaire est un processus toujours plus ou moins identique dans toutes les sociétés et à toutes les époques (25). Par contre, l'acquisition de la maturité procède de la nécessité pour l'adolescent de devenir autonome par rapport à ses parents. Cette autonomie nouvelle représente un changement psychologique important et dépend fortement de l'environnement socio-culturel. Pour P. Jeammet, l'adolescence n'est pas la création d'une époque de l'histoire d'une société donnée, puisqu'elle correspond à un travail psychique inhérent au développement de tout être humain. L'adolescence est donc une étape développementale universelle, mais ses

manifestations et sa résolution varient considérablement d'une époque et d'une culture à l'autre (31).

Le contexte social des dernières décennies a beaucoup changé et a contribué à donner aux adolescents une place de plus en plus importante. Tout d'abord, on a assisté à une véritable explosion démographique correspondant à l'adolescence des enfants du baby-boom de l'après guerre. Plusieurs facteurs ont, par ailleurs, contribué à individualiser cette classe de jeunes comme un groupe social à part : la généralisation de la scolarisation, l'allongement de la durée des études, l'entrée de plus en plus tardive dans la vie professionnelle et maritale, l'indétermination du mode de vie future des jeunes. Il se produit également une dissociation entre le temps physiologique de la puberté et la durée de l'adolescence, c'est-à-dire le temps qui sépare la fin de l'enfance de l'acquisition du statut d'adulte. C'est surtout ce décalage qui a contribué à structurer l'adolescence comme une classe d'âge à part (25).

L'adolescence est désormais une étape de la vie bien reconnue. Les adolescents revendiquent ce statut : ni enfant, ni adulte ; tout en souhaitant être enfant et adulte à la fois, ils ne manquent pas de nous interpeller par cette ambiguïté.

3. LA PUBERTE

3.1. DEFINITION

La puberté est un ensemble de phénomènes de maturation physiologique et somatique, elle se traduit par l'apparition des caractères sexuels secondaires qui transforment le corps infantile en un corps adulte.

Le début, la durée et le tempo de la puberté connaissent des grandes variations interindividuelles (voir annexe 1):

- l'âge de début de la puberté se situe dans des fourchettes différentes pour les filles et les garçons: 8-13 ans chez les premières, 10-14 ans chez les seconds.
- la durée moyenne de la puberté est de 3 ans
- l'évolution du développement pubertaire n'est pas parfaitement similaire selon les individus.

3.2. PHYSIOLOGIE DE LA PUBERTE

Au plan biologique, la puberté est le résultat des sécrétions neuro-hormonales qui ont pour cible les gonades.

Au début de la puberté, l'hypothalamus produit une sécrétion pulsatile de GnRH. Ce pulse de GnRH stimule l'hypophyse antérieure qui sécrète les gonadostimulines LH et FSH (avec un ratio LH/FSH différent selon le sexe). Les gonadostimulines, dont la sécrétion est également pulsatile, ont pour organes-cible : les testicules chez le garçon et les ovaires chez la fille. En réponse à cette stimulation, les gonades augmentent leur production de stéroïdes sexuels : testostérone chez le garçon et oestradiol chez la fille. C'est cette augmentation des taux circulants des stéroïdes sexuels et leurs actions sur leurs tissus cibles périphériques qui permettent à la puberté d'apparaître sur le plan clinique (25).

Les facteurs à l'origine du déclenchement de la sécrétion pulsatile de GnRH par l'hypothalamus restent mal connus. L'activité hypothalamique est contrôlée par de nombreuses substances activatrices et inhibitrices, qui sont toujours l'objet de recherche.

Les études les plus récentes sur la physiologie pubertaire ont démontré que le développement pubertaire ne débutait pas brusquement après une phase de quiescence. Elles ont introduit une conception évolutive de la puberté selon laquelle la puberté représente la dernière phase du programme de maturation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique, qui a débuté in utero (35).

3.3. LE DEVELOPPEMENT PUBERTAIRE NORMAL

3.3.1. LES CARACTERES SEXUELS SECONDAIRES

L'acquisition des caractères sexuels secondaires est le phénomène essentiel de la puberté.

La méthode d'évaluation du développement des caractères sexuels secondaires à la puberté est une technique d'inspection : la méthode de cotation de Tanner, qui distingue cinq

stades pubertaires. Le stade I représente l'état infantile, le stade V l'état adulte, les trois stades intermédiaires sont ceux du développement pubertaire. La cotation s'effectue, pour le garçon sur la pilosité pubienne (P) et les organes génitaux externes : pénis et scrotum (G) ; chez la fille, sur la pilosité pubienne (P) et le développement mammaire (M). (Voir annexe 2)

3.3.2. LA MENARCHE ET LA SPERMARCHE

- Chez la fille :

Les premières règles sont un repère tardif de la puberté. Elles surviennent en général 2 ans après l'apparition des premiers signes pubertaires, l'âge moyen de la ménarche se situant entre 12,5 et 13 ans. Les premiers cycles sont souvent anovulatoires et irréguliers, plusieurs mois pouvant s'écouler entre la ménarche et les règles suivantes (35).

- Chez le garçon :

L'apparition des spermatozoïdes dans l'urine du matin ou spermarche se produit entre 13,5 et 14,5 ans. La spermarche est précédée par la survenue des premières éjaculations qui se produisent vers 14 ans.

3.3.3. LES CHANGEMENTS MORPHOLOGIQUES

La puberté est une phase d'anabolisme intense sous l'influence des hormones sexuelles, de l'hormone de croissance (GH) et la somatomédine C (IGF1).

- La taille :

La puberté correspond à une phase de croissance accélérée qui dure de 3 à 5 ans. La poussée de croissance est plus précoce chez les filles, le pic de vitesse de croissance y est légèrement plus faible que chez les garçons.

	FILLE	GARCON
Age moyen du début de la poussée de croissance	9	11
Age moyen du pic de vitesse de croissance	12,5	14,5
Pic de vitesse de croissance (cm/an)	9	10
Age moyen de la fin de la croissance	15	17

- La composition corporelle :

Chez la fille, l'augmentation de poids est le résultat d'une augmentation modérée de la masse musculaire et surtout d'un accroissement de la masse grasse. La masse grasse atteint 25% du poids corporel, avec une répartition prédominante au niveau des bras, des seins, des hanches et des fesses.

Chez le garçon, l'augmentation du poids est le fait quasi-exclusif de l'augmentation de la masse musculaire avec une perte relative de 10% de la masse grasse.

- La morphologie :

Le processus de croissance, outre la différenciation sexuelle proprement dite, s'accompagne de modifications morphologiques. Les différences fille-garçon s'expriment au niveau de la masse musculaire, de la masse grasseuse et du squelette. Chez le garçon, le diamètre osseux des épaules s'élargit alors que chez la fille, on assiste à un élargissement de la structure osseuse du bassin. Ces modifications osseuses au niveau des ceintures et les différences de la composition corporelle en proportion et en répartition sont à l'origine des morphologies androïde chez le garçon et gynoïde chez la fille.

3.4. LE TRAVAIL PSYCHIQUE A LA PUBERTE

L'adolescence est une période de changements qui représente une phase charnière pour la constitution de la personnalité. Le travail psychique de la puberté peut être compris comme une tentative de s'approprier son corps et son fonctionnement psychique (34).

L'aboutissement de ce travail permet à l'adolescent de devenir un adulte ; être adulte, ce n'est pas seulement être majeur, mais c'est également pouvoir s'assumer dans les domaines affectif, sexuel, socio-économique, civique (22). A. Braconnier et P. Jeammet individualisent les quatre objectifs que ce travail psychique doit s'efforcer d'atteindre (29) :

- assumer un corps sexué et définir une identité sexuelle
- rompre les liens de dépendance vis-à-vis des parents et achever un processus d'individualisation conduisant le sujet à la constitution d'un sentiment d'identité le différenciant d'autrui
- se projeter dans l'avenir et s'efforcer de tendre vers un compromis entre ce qu'on croit être et ce qu'on souhaite être
- faire face aux émotions et aux affects qui surgissent dans les situations difficiles.

Une adolescence réussie est donc synonyme de stabilité et d'équilibre à l'âge adulte. A l'inverse, si la maturation psychique est entravée, l'adolescent n'accomplit pas le travail nécessaire à son autonomisation au risque de devenir un adulte « handicapé ».

Pour décrire la complexité de la dynamique psychologique de l'adolescence, nous reprendrons l'analyse de D. Marcelli et P. Alvin dans leur ouvrage « *La Médecine de l'adolescent* » (1). L'adolescence y est présentée comme une période de bouleversements provoqués par trois cercles de perturbations : le cercle du corps, le cercle de la famille et le cercle de la société.

3.4.1. LE CERCLE DU CORPS

Les transformations physiques qui surviennent à la puberté constituent l'élément le plus visible de la maturation adolescente. Il s'agit d'une véritable métamorphose (27). Ces modifications corporelles sont généralement attendues des adolescents bien informés ; cependant, elles sont toujours vécues comme quelque chose d'imposé, subi et venant de l'extérieur. L'adolescent voit son corps se métamorphoser sans pouvoir exercer aucune maîtrise sur ce processus et il se trouve en devoir de s'approprier ce nouveau physique.

Le corps est l'élément pivot de l'adolescence ; en effet, les transformations corporelles liées aux modifications hormonales agissent comme une amorce, ils sont un des éléments initiateurs de l'adolescence et des changements psychiques qui la caractérisent. Ainsi, le corps participe intimement à la vie psychique ; il en est le médiateur et un des moyens d'expression privilégié (29).

Ces transformations corporelles ont un double enjeu psychique : la nécessité de maintenir un sentiment de continuité d'existence dans un corps en changement et la nécessité d'intégrer cette transformation pubertaire dans le fonctionnement psychique.

Le premier enjeu confronte l'adolescent au paradoxe de changer tout en restant le même. Cette apparente contradiction est source de questions identitaires et d'affects anxieux d'allure dysmorphobique. Le deuxième enjeu, celui de l'intégration de la transformation pubertaire, soulève la problématique de l'identité sexuée. La puberté impose à l'adolescent un sexe spécifique.

3.4.2. LE CERCLE DE LA FAMILLE

Un des enjeux psychiques majeurs de l'adolescence est de se séparer de ses parents, il s'agit du processus d'individuation-séparation dont l'objet est une prise de distance et la recherche de la bonne distance relationnelle avec les parents. Cette quête d'autonomie expose l'adolescent à deux menaces :

- celle de la confusion d'identité, qui procède de la nécessité pour l'adolescent de s'identifier aux autres et notamment aux images parentales
- celle du sentiment d'abandon, qui résulte du besoin pour l'adolescent de s'éloigner et de se différencier de ses parents mais l'expose à la dépression.

L'adolescent doit progressivement renoncer à la relation infantile qu'il avait avec ses parents ; il s'agit bien là d'une perte qui peut engendrer une souffrance dépressive.

Dans le cercle familial, les objectifs de la maturation psychique sont « de rompre les liens de dépendance vis-à-vis des parents et d'achever une processus d'individuation conduisant le sujet à la constitution d'un sentiment d'identité le différenciant clairement d'autrui », comme l'énonce P. Jeammet (29).

Les changements d'attitude dans le domaine familial font parti des stéréotypes de l'adolescence. Les conduites d'opposition qui comprennent toute une gamme de comportements allant de la bouderie à la fugue sont des tentatives d'aménagement de l'espace familial que l'adolescent ressent volontiers comme réduit et omniprésent, du fait même de son besoin aigu d'individualité (29, 30). Les conflits sont inévitables en dehors de toute pathologie. Ce ne sont ni les contenus des conflits, ni leur violence apparente qui importent le plus, mais plutôt la possibilité ou non pour l'adolescent de les supporter, de les dépasser et des les utiliser au mieux dans ses besoins développementaux (35).

X. Pommereau rappelle que dans ce processus d'émancipation, il y a deux protagonistes : l'adolescent d'un côté et les parents de l'autre côté. Si l'adolescent essaie de se détacher de ses parents, il faut que ses parents acceptent de le laisser partir. « La chosification de l'enfant en tant qu' « objet d'amour » oblige ce dernier, devenu adolescent, à continuer à épouser les désirs de ses parents pour garder leur amour, tandis que sa propre métamorphose le conduit, au contraire, vers la voie naturelle de l'émancipation et de l'exploration. L'écartèlement qui en résulte est d'autant plus critique que les parents se révèlent dans l'impossibilité de reconnaître l'enfant comme un sujet à part entière et d'accepter la nécessaire distance du « ni trop près, ni trop loin » qui doit présider aux réaménagements relationnels imposés par l'adolescence » (44).

3.4.3. LE CERCLE SOCIAL

L'adolescent ne trouve plus dans le cercle familial la totalité des satisfactions qu'il pouvait y recevoir du temps de son enfance. Il déplace ses besoins insatisfaits et impossibles sur des liens de socialisation et des investissements sublimés.

L'adolescent, en s'éloignant de ses parents, est amené à rencontrer l'Autre et à nouer des relations sociales. Ces liens de socialisation sont diversifiés vers les adultes et vers les pairs.

La relation aux pairs repose sur un triptyque :

- le temps de la bande, groupe de pairs auquel l'appartenance tient un rôle de réassurance en raison de l'homogénéité de ses membres
- le temps de l'ami, ami de même sexe, qui constitue une relation de projection narcissique
- le temps du petit ami ou de la petite amie, c'est-à-dire de l'état amoureux.

Par ailleurs, l'ouverture au champ social comporte la formation intellectuelle et la découverte des activités artistiques, sportives et culturelles. Ces investissements, tout en ouvrant le monde à l'adolescent, lui permettent d'affirmer sa personnalité, car ils représentent un travail de subjectivation et témoignent de sa capacité à faire un choix.

4. LA NOTION DE CRISE DE L'ADOLESCENCE

L'adolescence correspond à un processus d'individuation qui permet d'accéder au statut d'adulte. Les différents domaines du développement adolescent sont très vastes, à tel point que les écrits récents sur l'adolescence parlent du : « travail psychique de l'adolescence » (1).

En effet, devenir adulte implique pour l'individu d'accepter son corps sexué, de rompre ses liens de dépendance infantile vis-à-vis de ses parents, de s'assumer dans les domaines socio-économique et civique. Cette autonomisation se construit progressivement, au prix d'un intense travail psychologique.

Pour grandir, l'adolescent doit changer ; ces changements, parfois des bouleversements, sont possibles grâce à la prise de conscience par l'individu de sa propre subjectivité et à la résolution de conflits interne ou externe, relatifs à la notion d'identité. L'adolescent est en proie à des doutes et à des angoisses, inhérents aux remaniements

psychologiques dont il est l'objet. Impulsivité, dépression, exubérance, anxiété, les fluctuations thymiques témoignent du potentiel dépressogène lié au flottement identitaire adolescent. Par ailleurs, l'ouverture de l'individu à des investissements sublimés l'amène à faire des expériences. Expérimenter, découvrir sont une motivation puissante qui implique une certaine prise de risque et permet au sujet de rencontrer des limites : les siennes propres et celles de la société.

Les comportements originaux propres à l'adolescence, liés au processus de maturation psychique, ont longtemps été décrits sous le terme de « crise d'adolescence » qui gardait une connotation pathologique. Le caractère inéluctable des changements physiques et psychologiques, la pression psychique qui en découle donnent à l'adolescence ce caractère de crise. Par ailleurs, la référence au deuil et à la dépression est omniprésente quand on parle de psychopathologie de l'adolescence. Qu'elles soient fantasmatiques ou réelles, les pertes auxquelles l'adolescent se trouve confronté, ont justifié l'analogie avec le processus de deuil. La perte de la stabilité de l'image du corps, la perte de la bisexualité potentielle infantile et la séparation du lien oedipien sont autant d'éléments dépressogènes (1).

Mais crise ne veut pas dire nécessairement manifestations bruyantes spectaculaires ou violentes, ni même situations de conflit répétées. Actuellement, l'expression « travail psychique » semble plus appropriée. En effet, l'adolescence est laborieuse et les tâches adolescentes ne peuvent s'accomplir sans une confrontation à des questions identitaires et sans un sentiment d'incertitude concernant l'avenir. Mais, ces mutations physiques et psychologiques ne sont pas synonymes de souffrance inévitable et le changement n'est pas forcément douloureux.

En effet, il existe une importante majorité de jeunes gens bien dans leur peau, heureux de vivre et à l'aise dans leur famille (37). Les enquêtes, effectuées par l'Inserm (M. Choquet et coll., 1988 ; 1992 ; 1993 ; 1994 ; S. Ledoux et M. Choquet, 1991), cherchant à évaluer la fréquence des conduites à problèmes sans les relier nécessairement à une pathologie mentale définie, concluent que la majorité des jeunes vont bien. Elles ont étudié la vie des adolescents sous différentes facettes : relations familiales, événements de vie, intérêts, loisirs, plaintes somatiques, état affectif, perception du corps, maladie somatique, accidents, troubles de conduite, consommation de produit, qualité de la scolarisation (25). Elles définissent 3 groupes d'adolescents : un groupe sans problème apparent, un groupe à problèmes multiples et un groupe intermédiaire (1).

Entre 16 et 18 ans, 26% des jeunes (garçons : 32%, filles : 19%) n'ont présenté aucun trouble. Ces adolescents sans problème apparent se disent bien dans leur peau, satisfaits de leur vie familiale et scolaire.

Entre 16 et 18 ans, 10% des jeunes (garçons : 6%, filles : 14%) ont présenté au moins quatre problèmes parmi les aspects de leur vie qui ont été étudiés. Le cumul de problèmes est l'expression de difficultés développementales, qui préfigurent souvent l'installation d'une pathologie psychiatrique ou du moins une certaine fragilité psychique à l'âge adulte.

Un troisième groupe constitue la majorité des adolescents : 63% des jeunes de 16 à 18 ans (65% de filles et 60% de garçons), il s'agit d'adolescents qui ont présenté un à trois problèmes. Ces manifestations sont l'expression du travail psychique de l'adolescence et de la vulnérabilité individuelle des adolescents. Elles ne sont en aucun cas les signes d'une santé mentale défaillante. Cependant, elles témoignent de la vulnérabilité de certains adolescents, nous rappelant que la survenue de difficultés familiales ou environnementales peut aisément aboutir à une situation pathologique franche.

Sans chercher à normaliser les conduites les plus atypiques, la position actuelle est de considérer que les troubles du comportement de l'adolescent ne portent pas à conséquence. Selon P. Jeammet, ils sont la rançon du travail psychique, qu'il faut assimiler à une désorganisation temporaire, au moment où le jeune quitte les appuis de l'enfance sans avoir encore trouvé ceux de l'âge adulte (29).

Cependant, comme le souligne D. Marcelli : « il est important de repérer, parmi les manifestations inhérentes au travail psychique de l'adolescence, ce qui est du domaine propre à ces transformations et ce qui, à l'inverse, témoigne de certains traits pathologiques qui menacent de se fixer et surtout entravent le travail de transformation. Il s'agit donc de trouver, sinon une frontière, du moins une différenciation entre ce qui est propre au bouleversement normal de tout adolescent et ce qui est déjà signe de l'enclenchement d'un processus psychopathologique » (1).

CHAPITRE II : LA SANTE DES ADOLESCENTS

1. EPIDEMIOLOGIE GENERALE

1.1. MORTALITE

En 1993, en France, 6027 jeunes de 15 à 24 ans sont morts, d'après l'annuaire des statistiques sanitaires mondiales (Genève, 1995). Ce chiffre est en diminution depuis 1990, année durant laquelle le nombre de décès parmi les jeunes était de 6545. Toutefois, la mortalité à l'adolescence reste préoccupante parce qu'elle est essentiellement le fait de morts violentes surtout accidentelles, le poids des maladies étant en proportion relativement faible. La répartition de la mortalité est inégale selon les sexes, la probabilité de décès est trois fois plus élevée pour les garçons que pour les filles.

Les morts violentes représentent plus de 70% des décès à l'adolescence, 74.5% des décès masculins et 59.1% des décès féminins. Parmi les morts violentes, les accidents (accidents de la route et accidents de sport) sont la première cause de mortalité à l'adolescence : ils représentent presque la moitié de la mortalité à cet âge, et concernent beaucoup plus les garçons (78%) que les filles (22%). Le suicide est la deuxième cause de mortalité parmi les jeunes : 16% des décès. Là encore, cette mortalité concerne surtout les garçons (78% des suicidés).

A l'adolescence, les décès dus à des maladies ne représentent que le quart de la mortalité. Les cancers viennent en premier (6% des décès), suivis des maladies du système nerveux et des sens (5% des décès) et des maladies cardio-vasculaires (3% des décès) (1).

1.2. LA MORBIDITE

1.2.1. LA MORBIDITE HOSPITALIERE

D'après les données du Sesi, 1994 (Service des statistiques des études et des systèmes d'information), l'analyse de la morbidité hospitalière montre, en cohérence, avec les données de la mortalité, une prépondérance des lésions traumatiques et des empoisonnements, à

l'origine du tiers des hospitalisations entre 10-20 ans. Contrairement à la mortalité, la morbidité hospitalière concerne surtout les filles. D'abord parce que la tentative de suicide est surtout le fait des adolescentes (trois suicidants sur quatre sont de sexes féminins), ainsi que les maladies de l'appareil digestifs qui représentent entre 10 et 12% des hospitalisations. Ensuite, parce que les grossesses, les accouchements, les problèmes obstétricaux occupent une place de plus en plus importante et concernent 9% des hospitalisations des 15-19 ans et 32% des 20-24 ans (1).

L'Enquête Adolescent menée en 1993 sous la direction de M. Choquet révèle que 12% des jeunes ont été hospitalisés au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête (25).

1.2.2. LA MORBIDITE RESSENTIE

La majorité des jeunes se dit en bonne santé. D'après le Baromètre Santé-Jeunes 97/98 (13), 94.7% des jeunes considèrent leur état de santé comme satisfaisant ; plus de neuf adolescents sur dix se déclarent bien portants.

L'enquête Adolescent de 1993 (25) retrouve que 8 à 10% des jeunes souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap physique sans différence entre les sexes : maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire dans un tiers des cas, atteinte du système ostéo-articulaire dans un tiers des cas.

D'après l'enquête sus-citée, les troubles somatiques les plus fréquemment retrouvés sont les troubles de la vue, les problèmes dentaires, les troubles de la statique rachidienne et les accidents. 38% des jeunes ont des problèmes de vue (corrigés dans 85% des cas), 78% ont des problèmes de dents (soignés dans 94% des cas), 16% ont une scoliose, 43% ont été victime d'un accident. Les troubles visuels, dentaires et statiques sont plus fréquents parmi les filles, alors que les accidents sont plus typiques des garçons (51% des garçons contre 36% des filles ont eu au moins un accident dans l'année, 14% contre 6% plusieurs).

Les troubles fonctionnels sont très fréquents à l'adolescence. L'Enquête Adolescent 1993 (25) révèle que parmi les 11-19 ans, 31.3% ne présentent jamais ou rarement les sept symptômes : céphalées, gastralgies, nausées, dorsalgies, fatigue, cauchemars, réveils nocturnes ; 48.9% en ont fréquemment un ou deux ; 19.9% en totalisent au moins trois ; 3.2% en cumulent cinq et plus. Dans le Baromètre Santé Jeunes 97/98 (13), plus du tiers des adolescents déclarent avoir eu des problèmes de sommeil lors des huit nuits qui ont précédé l'enquête.

Les symptômes dépressifs et les problèmes liés à l'apparence physique, en particulier le poids et l'acné, sont les troubles dont les adolescents se plaignent le plus. Dans l'enquête nationale de 1993 (25), les filles sont plus nombreuses que les garçons à atteindre un score élevé sur une échelle qui mesure l'humeur dépressive (incluant les troubles du sommeil, la nervosité, l'inquiétude, le manque d'énergie, le désespoir face à l'avenir).

1.3. LE RECOURS AU SYSTEME DE SOINS

La consultation médicale annuelle n'est pas négligeable. D'après l'Enquête Adolescent 1993 (25), 94.2% des jeunes ont consulté au moins une fois un professionnel de la santé dans l'année. Le médecin généraliste est l'interlocuteur le plus rencontré par les jeunes, 74.8% d'entre eux ont vu un généraliste dans l'année ; par contre, 6.5% seulement ont rencontré un pédiatre. Les jeunes rencontrent également d'autres interlocuteurs : 18.1% ont vu le médecin scolaire, 43.4% l'infirmière scolaire, 4% un psychologue ou un psychiatre, 6.7% l'assistante sociale.

1.4. LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

(Données issus du Baromètre Santé-Jeunes 97/98 (13))

Près de la moitié des jeunes des 15-19ans (41.6% des garçons et 48.7% des filles) ont un petit ami ou une petite amie au moment de l'enquête et ces pourcentages augmentent avec l'âge.

Une majorité des jeunes déclare avoir déjà eu des rapports sexuels, les garçons sont plus nombreux (50.7%) que les filles (46.1%). Ce pourcentage progresse rapidement avec l'âge quel que soit le sexe : de 51.3% chez les 17 ans à 80.1% chez les 19 ans. L'âge médian du premier rapport sexuel est situé à 17 ans, pour les filles comme pour les garçons, sans modification depuis plusieurs décennies.

87.1% des jeunes (garçons et filles) sexuellement actifs déclarent avoir utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel. Lors de la dernière relation sexuelle évoquée, le préservatif était nettement moins utilisé que lors de la première fois. La pilule est globalement peu employée lors des premiers rapports, par moins d'un tiers des jeunes (l'adolescente ou la partenaire de l'adolescent). La pilule a été beaucoup plus employée lors du dernier rapport

(57.2%). 9.1% des jeunes n'ont utilisé aucune des deux méthodes contraceptives (préservatif ou pilule) pour le premier rapport et 7.2% pour le dernier.

Plus d'une jeune fille sexuellement active sur dix (13.6%) a utilisé la pilule du lendemain. 6.2% des ces jeunes filles sexuellement actives ont déjà été enceintes, soit 2.8% de l'ensemble des filles de 15-19 ans. Parmi les adolescentes qui ont déjà été enceintes, 20% ont mené la grossesse à terme (soit 0.5% des filles de 15-19 ans). Ainsi, quatre jeunes filles enceintes sur cinq (80%) ont, soit effectué une IVG, soit vécu une interruption spontanée de grossesse.

2. LES INDICATEURS DE SANTE A L'ADOLESCENCE

Est-il possible de présenter un modèle de normalité à l'adolescence ? Il semble plus juste de définir différents items, chacun dans des champs de développement différents, pour évaluer la bonne évolution du processus adolescent.

L'adolescence est avant tout une période de grande vulnérabilité, du fait même de l'intensité des bouleversements qui la caractérisent et de l'extrême sensibilité des adolescents aux qualités affectives et éducatives de leur environnement. Ces constatations et la prise de conscience de la spécificité de la clinique à l'adolescence nous obligent selon P. Alvin à repenser les concepts habituels de la santé (3).

A l'adolescence, la définition de la santé est très large. J.P. Arsenault l'exprime très bien : « un adolescent en bonne santé fréquente assidûment l'école, crée des liens, s'engage dans des activités extra-scolaires, artistiques ou autres, s'amuse, fait de l'exercice, participe à la vie familiale, vide le frigo, dort bien, sait faire appel aux autres dans les difficultés qu'il ne peut résoudre seul et dispose de plusieurs cordes à son arc pour composer avec la fatigue, la douleur, ses peines et ses frustrations » (15).

Il est intéressant de noter que cette définition correspond à la perception que les adolescents ont de la santé. En effet, à la question « c'est quoi, la santé ? », les jeunes ne répondent pas « c'est être exempt de maladie », mais « c'est être bien dans sa peau, bien dans sa tête » (45).

L'adolescence, que nous avons définie comme une période d'élaboration et de construction, doit aboutir à l'autonomisation de l'individu. Ainsi, un adolescent en bonne

santé est certes un adolescent sans pathologie organique, mais surtout un adolescent qui grandit et s'autonomise. Le développement morphologique et physiologique justifie pour l'adolescent un réajustement de sa propre image corporelle et un important travail d'adaptation pour assimiler les changements auxquels il est confronté tant sur le plan biologique que psychologique et sociologique. L'ensemble de ces transformations est en résonance étroite avec la dynamique familiale et le contexte social. Cela conduit à intégrer la santé dans le cadre plus vaste de ces différentes préoccupations. Pour apprécier la qualité de ce développement psycho-social, le praticien doit s'assurer que l'adolescent effectue bien son travail d'individualisation dans les domaines familial, professionnel et social.

U. Buhlmann et P-A. Michaud parlent des tâches de l'adolescence (35):

- se sentir à l'aise avec son propre corps
- établir une identité sexuelle
- acquérir une autonomie affective par rapport à ses parents et aux adultes
- s'engager dans une filière professionnelle satisfaisante
- adopter un système de valeurs et de croyances
- confirmer son identité.

Ces différents items constituent des véritables indicateurs de santé et permettent d'évaluer la qualité du développement de l'adolescent en estimant son état de bien être et son intégration familiale et scolaire. En effet, comme nous l'avons expliqué, à l'adolescence, le climat familial et les éléments du contexte psychosocial influent sur la santé, ils doivent donc être évalués lors de la rencontre avec l'adolescent, au même titre que les constantes standards : mensurations et tension artérielle, par exemple.

C. Rey énumère un certain nombre d'indicateurs qui permettent de situer l'adolescent. Une anamnèse soigneuse devrait permettre d'interroger l'adolescent sur ces différents thèmes afin de l'évaluer globalement (46) :

- santé physique, développement staturo-pondéral et pubertaire, image corporelle
- scolarité, projet professionnel
- activités sportives, artistiques et de loisirs
- habitudes de vie : alimentation, sommeil, prise de médicaments
- conduites à risque : accidents, tabac, alcool, prise de toxiques
- relations familiales
- relations sociales : amis, groupe de pairs, sexualité
- éléments dépressifs, anxiété, idées et conduites suicidaires, estime de soi.

L'acronyme anglophone HEADS permet de se souvenir des différents domaines qu'il est utile d'aborder avec un adolescent dans le cadre d'un bilan de santé (49) :

H : home - maison

E : education - éducation

A : activity – activités

D : drugs – drogue

S : sexuality – sexualité

S : security – sécurité

S : suicide – suicide.

Cependant, apprécier ces différentes tâches adolescentes reste délicat ; les adolescents se livrant parfois difficilement ou ayant du mal à cerner leur plainte. A l'adolescence, les difficultés développementales, synonymes de mal-être, peuvent aussi se manifester sous la forme de troubles fonctionnels ou symptômes flous. Ces troubles fonctionnels constituent en eux-mêmes des indicateurs de santé à l'adolescence, ils témoignent de l'importance du langage du corps à cet âge. Ainsi, au-delà des éléments recueillis lors de l'interrogatoire et des symptômes allégués, il faut également décrypter ce que le corps mis à nu au cours de l'examen physique nous donne à voir. Tatouage, piercing, cicatrices de phlébotomie, marque de coups ou de brûlures, extravagance d'un accoutrement ou négligence d'une tenue, autant de signes qu'il faut savoir décoder pour aider l'adolescent à verbaliser ce qu'ils signifient.

Il faut également rappeler que l'adolescent est sujet aux fluctuations thymiques, tout comme il est adepte de la provocation et des comportements originaux. Devant un symptôme ou une conduite alarmante, il est souvent difficile de différencier des manifestations inhérentes au processus adolescent de signes de morbidité. L'analyse des différents indicateurs de santé est une aide pour faire la part entre le développemental et la pathologique, ce qui constitue à l'adolescence une mission de première importance, aussi bien pour les acteurs de terrain que pour les spécialistes.

CHAPITRE III : LA PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT

1. LA MEDECINE DE L'ADOLESCENT

Les adolescents ont des besoins de santé spécifiques, qui ne sont plus ceux d'un enfant mais qui ne sont pas pour autant ceux d'un adulte. La connaissance de la dynamique de l'adolescence, la perception de la fragilité des adolescents, liée à leur état d'être en transformation sont des pré-requis indispensables à leur prise en charge.

Les besoins de santé à l'adolescence sont singuliers par leur étendue ; en effet, la médecine de l'adolescent n'a pas pour objectif la prise en charge de pathologies spécifiques, elle réside plutôt en une approche globale des jeunes intégrant la dimension de leur développement physique et psychosocial et l'analyse de leur cadre de vie (6). Notons que la médecine de l'adolescent s'apparente à la médecine générale dans le sens où elle s'intéresse plus à un être humain dans son ensemble qu'à un organe en particulier.

La médecine de l'adolescent n'est pas une spécialité au sens habituel du terme. P. Alvin en donne une définition : « il s'agit d'une approche médicale particulière, fondée sur la connaissance des multiples aspects du développement biologique, psychologique et social unique à cette deuxième décennie de la vie, et sur la reconnaissance – dans un contexte socio-culturel donné – de l'ensemble des facteurs pouvant en favoriser, gêner ou altérer la progression » (9). Une remarque fondamentale s'impose dès maintenant, celle relative à l'évolutivité des concepts en médecine de l'adolescent. En effet, les problèmes de santé des adolescents proviennent directement ou indirectement de leur style de vie et sont en relation avec certains phénomènes sociaux et culturels. Ainsi, en ce qui concerne la santé des adolescents, ce qui est vrai aujourd'hui peut ne plus l'être dans quelques années. La médecine des adolescents est donc une discipline en évolution et remise en question constante.

Les besoins de santé des adolescents sont complexes et s'inscrivent dans le processus dynamique de leur développement. Toutes les actions de santé doivent donc être orientées vers la promotion de la santé et participer d'une approche globale. « S'agissant d'un adolescent, tout acte de santé est préventif et a une dimension éthique » (35).

En médecine de l'adolescent, plus que dans toutes les autres branches de la médecine, l'impératif est de : « s'occuper du patient dans sa globalité ». Pour le médecin, cette notion de

globalité des soins a deux implications : tout d'abord d'assurer sa fonction de professionnel de la santé dans une optique triple : investigatrice, curatrice et préventive ; ensuite de mener systématiquement une évaluation médico-psychosociale de son jeune patient.

Les réponses à apporter aux adolescents ne sauraient se limiter à des soins médicaux au sens strict : prescription médicamenteuse, conseil hygiéno-diététique, acte de chirurgie. En médecine de l'adolescent, la pathologie somatique ne peut pas s'opposer aux problèmes psycho-comportementaux ou psycho-sociaux. La solution, souvent délicate, est de trouver un équilibre entre ce qui relève du besoin des pathologies somatiques et ce qui relève des difficultés d'adaptation des adolescents en interaction avec leur milieu (9). Ainsi, pour rendre possible cette approche multidisciplinaire, les structures les plus adaptées à répondre aux difficultés des adolescents sont celles des réseaux de soins, dans lesquels le professionnel de la santé peut faire appel à des psychologues, à des éducateurs, à des assistantes sociales, à des conseillers d'éducation.

Cependant, comme nous l'avons remarqué, la majorité des adolescents vont bien. Ainsi, nombre des interventions auprès des jeunes sans problème somatique et psycho-affectif important consistent en une réassurance, en une écoute attentive et en un étayage ponctuel ; le travail de prévention restant fondamental quelque soit le contexte.

Notons finalement que l'adolescence apporte par essence un fort potentiel de croissance et de changement. La mobilisation de cette énergie peut permettre à des situations paraissant désespérées sur le plan médical ou psychosocial de se transformer radicalement et d'aboutir à d'heureuses issues (28).

Pour bien dégager les particularités de la médecine de l'adolescence, nous exposerons, après un rappel historique, les spécificités de la demande de soins et de la relation de soins à l'adolescence ; puis nous soulignerons l'importance du travail en réseau et des actions de prévention auprès des jeunes. Finalement, nous envisagerons le rôle du médecin généraliste auprès des adolescents.

2. HISTORIQUE

En quelques décennies, un groupe a émergé au sein de la société, celui des adolescents. Enfants et adultes sont classiquement suivis par un généraliste, qui délègue volontiers à un spécialiste en cas de difficultés : spécialiste d'organe pour les adultes, pédiatre pour les enfants. Quels soins fallait-il offrir aux adolescents ? La médecine de l'adolescent est née de la prise de conscience de cette carence du système de santé. Son essor est le résultat de médecins, essentiellement des pédiatres et des pédopsychiatres, qui ont conceptualisé la notion de médecine de l'adolescent, créé des services d'hospitalisation pour adolescents, organisé l'enseignement de la médecine de l'adolescent.

Le premier service de consultation médicale pour adolescents a vu le jour en 1951 au Children's Medical Center de Boston grâce au Dr JR Gallagher. Cet exemple a été suivi par l'apparition d'autres unités de médecine pour adolescents aux Etats-Unis, au Canada et en Amérique du Sud dès 1960. En 1968, l'Académie américaine de pédiatrie fonde la Society for Adolescent Medicine (SAM) et en 1974, le Journal of Pediatrics ouvre une section de médecine de l'Adolescent (9).

En France, depuis 1980, des aménagements spécifiques d'hospitalisation pour les adolescents se sont progressivement développés. Un service précurseur en la matière est le service de médecine pour adolescents du département de pédiatrie de l'hôpital de Bicêtre, fondé par le Pr V. Courtecuisse, actuellement dirigé par le Dr P. Alvin. Les services entièrement dévolus à la médecine de l'adolescent sont encore rares, mais la grande majorité des services de pédiatrie reçoivent des adolescents de plus de 15 ans et ont développé une politique d'ouverture dans ce domaine. Il s'agit soit d'un aménagement d'organisation interne soit d'un dispositif spécifique pour adolescents. Ces dispositifs d'hospitalisation fonctionnent généralement en parallèle d'une consultation pour adolescents (8).

Dans le secteur de la psychiatrie, des services entièrement consacrés à la prise en charge des adolescents ont également vu le jour ; citons pour exemples : l'espace Arthur à l'hôpital Sainte-Marguerite de Marseille (Pr M. Rufo), et l'Unité Médico-Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte du centre Abadie à Bordeaux (Pr X. Pommereau).

Depuis 2000, il existe sur Internet une revue de la médecine et de la santé des adolescents : Revadosante. Com.

Un enseignement spécifique s'est également développé. Voici les différents DU et DIU traitant de l'adolescence recensés en 2001 par le Quotidien du Médecin :

- DIU Croissance et Puberté, Bordeaux II, Pr Battin
- DU L'adolescence, aspects médicaux, psychologiques et sociaux, Montpellier I, Pr Visier
- DIU L'adolescent délinquant, Aix-Marseille II, Pr Rufo
- DIU Médecine de l'adolescent, Poitiers, Pr Marcelli
- DIU Médecine et Santé de l'adolescent, Tours, Pr Degiovanni
- DU Psychopathologie des processus cognitifs chez l'enfant et l'adolescent, Paris VI Pierre et Marie Curie, Pr Basquin
- DU L'enfant, l'adolescent, la famille : clinique et psychodynamique, Toulouse III, Pr Raynaud
- DU Les adolescents difficiles : approche éducative et psychopathologique, Paris VI Pierre et Marie Curie, Pr Jeammet
- DU Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Reims, Pr Schmit
- DU Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent malade chronique et handicapé, Nancy I, Pr Vidailhet
- DIU Psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, Bordeaux II, Pr Bouvard

Par ailleurs, pour répondre aux besoins très vastes des jeunes, non seulement médico-psychologiques mais également socio-professionnels, de nombreux organismes voient le jour : centres d'information et d'écoute, numéro d'appel téléphonique, sites internet, missions locales. L'ensemble de ces services, parrainés par la Fondation de France, assurent une mission sanitaire auprès des jeunes en mettant à leur disposition des lieux d'accueil où ils peuvent trouver informations, soutiens et aides dans des domaines variés : alcool, tabac, drogues, sida, sexualité, contraception, exclusion, dépression, orientation professionnelle. (Voir annexe 5)

3. LA DEMANDE DE SOINS A L'ADOLESCENCE

La demande de soins à l'adolescence présente plusieurs particularités, qui peuvent compliquer la prise en charge des patients (6).

Premièrement, la demande de soins n'est pas univoque. La consultation est souvent à l'initiative de l'entourage : la mère le plus souvent, mais non à la demande de l'adolescent. Cette situation est source de confusion et nécessite de s'enquérir de : « qui veut quoi » (1).

Deuxièmement, le jeune patient a souvent du mal à expliciter sa demande de soins. L'adolescent éprouve fréquemment une certaine difficulté à situer sa plainte ou à l'exprimer (10). La formulation exacte d'une demande de soins est une démarche complexe pour tout patient, elle suppose que le trouble dont il souffre est déjà organisé et qu'il en a déjà perçu les liens logiques ; cette mise en pensée du vécu intérieur est difficile à l'adolescence. Le motif de la consultation est volontiers confus, et c'est au médecin d'aider son jeune patient à s'exprimer par des questions choisies pour cerner l'objet de soins.

Troisièmement, cette demande de soins, souvent floue, n'est pas forcément une demande de traitement médical. Or, l'adolescent a non seulement du mal à exprimer sa demande, il est également loin de savoir ce qu'il peut attendre du médecin. La thérapeutique adéquate est souvent l'écoute et la réassurance, plutôt qu'une chimiothérapie (37). Les adolescents apprécient peu certaines pratiques médicales et demandent surtout au médecin un dialogue, une relation et une capacité d'écoute (26).

Quatrièmement, la plainte initiale peut être un faux-ami. Le motif de la consultation, cette fois énoncé clairement, peut alors être assimilé à un leurre qu'il convient de démasquer. Le praticien doit savoir décoder les raisons latentes de la consultation, ce travail n'est possible que si le praticien a conscience que l'adolescent parle avec son corps et que sa souffrance reste souvent muette.

4. LA RELATION DE SOINS A L'ADOLESCENCE

A l'adolescence, la relation de soins est particulièrement instable et fragile ; en effet, l'adolescent qui traverse une période de remise en cause générale est à la fois extrêmement exigeant et très sensible à ce que peut lui apporter l'adulte. Le contrat thérapeutique et le suivi dépendent de la qualité de la communication que le médecin établit avec l'adolescent. Si le jeune patient ne perçoit pas le climat de respect, de confiance et de compétence sur lequel il compte, il n'hésite pas à rompre la relation (28). Pour remédier à la précarité de cette situation, le praticien doit gagner la confiance de l'adolescent en respectant certaines règles de valeur générale.

L'adolescent doit être considéré comme un interlocuteur à part entière (2). Cette démarche implique de « reconnaître l'adolescent », ni comme un enfant, ni comme un adulte ; c'est-à-dire que son suivi nécessite une méthode différente de celle utilisée habituellement en pédiatrie ou en médecine adulte. Il est aussi indispensable d'intégrer le jeune patient dans la démarche de soins pour qu'il se sente actif dans son projet thérapeutique.

La communication avec l'adolescent, verbale et gestuelle, est en elle-même particulière. Des propos qui semblent banals peuvent avoir une résonance particulière à l'adolescence. Certaines expressions ou certaines attitudes qui n'éveilleraient pas la susceptibilité d'un adulte et seraient sans conséquence avec un enfant peuvent être mal interprétées par un adolescent. Le médecin n'est jamais trop mesuré dans son discours ; il n'est jamais trop généreux en explications sur ce qu'il fait et ce qu'il cherche.

L'établissement d'une relation de soins profitable est facilité par une atmosphère d'intimité et de confidentialité au cours de la consultation (27). Il est souvent nécessaire de spécifier à l'adolescent que le contenu de la consultation lui appartient en propre. L'adolescent ressent cette confidentialité à un niveau qu'il est possible de qualifier de symbolique, elle lui témoigne son entrée dans une existence autonome. L'adolescent est également rassuré que lui soit reconnu le droit à l'intimité et au secret professionnel.

Bien sûr, le temps accordé au patient est élément important de la relation de soins (14). Le facteur temps comprend deux dimensions : la durée de la consultation en elle-même, malheureusement souvent limitée en médecine de ville, et le suivi, c'est-à-dire l'établissement

d'une relation de soin qui s'inscrit dans la continuité pour accompagner le jeune au long de son adolescence. Lors de la consultation et au fil des différents entretiens, le jeune doit avoir la possibilité d'aborder les problèmes qui le préoccupent. La mise en évidence de ces problèmes nécessite une anamnèse approfondie et la répétition des consultations pour établir le climat de confiance qui permet un dialogue utile (41). Notons également que si le rôle du médecin est d'interroger et d'examiner son patient, l'adolescent a aussi besoin d'évaluer son médecin (4). Cette appréciation se fonde en partie sur la disponibilité du praticien, et évidemment sur son attitude et sa disposition générale.

La qualité de la relation de soins est également fondée sur le respect, qu'il faut souhaiter mutuel. Or, pour que l'adolescent témoigne des marques de respect, il doit d'abord se sentir respecté lui-même. Il revient au praticien, par son discours et ses gestes, de témoigner son attention et son empathie à son jeune patient, sans tomber dans les écueils du copinage.

La notion de confidentialité pose la question de la place accordée aux parents. Les parents doivent être intégrés dans la relation de soins. Respecter l'intimité de l'adolescent ne doit pas être synonyme d'exclusion des parents. Les parents apportent souvent des informations précieuses sur les antécédents médicaux de leur enfant. Leur exposé des problèmes peut différer du récit de l'adolescent ; l'analyse de ces divergences ou convergences est riche en informations, notamment sur les difficultés relationnelles au niveau familial. Les parents ont habituellement des requêtes spécifiques : interrogation sur la normalité de leur enfant, demande de recettes éducatives. La réponse n'est pas forcément de fournir des solutions, il s'agit plutôt pour le praticien d'écouter les parents pour les aider à mieux comprendre leur enfant, à présent adolescent (1).

Il faut finalement souligner la place majeure occupée par les questions relatives aux transformations corporelles au cours de la rencontre avec l'adolescent. L'examen physique est source d'une appréhension importante pour le jeune patient. En effet, l'interrogation sur la normalité du développement est un point central du processus pubertaire. L'examen physique est une occasion d'échange au sujet du fonctionnement du corps et de la croissance. Un examen physique expliqué et commenté est source de réassurance pour l'adolescent.

5. LE SECRET PROFESSIONNEL

Bien que l'adolescent reste soumis à l'autorité de ses parents, il lui est reconnu le droit à une vie privée et à une intimité (Code civil, art. 9). L'adolescent est donc libre de consulter le médecin de son choix ; une fois engagé dans une relation de soins, le praticien doit appliquer la règle du secret. Ainsi, s'agissant d'adolescent, le médecin peut être amené à observer le secret vis-à-vis des titulaires de l'autorité parentale (29).

Le Code pénal précise que cette règle de la confidentialité n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise une révélation : les professionnels sont autorisés à révéler les sévices infligés à un mineur de 15 ans et à toute personne « qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique » (Code pénal, art. 226.13 et art. 226.1) (35).

6. L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE A L'ADOLESCENCE

Pour Haynes, « l'observance thérapeutique est le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prise médicamenteuse, suivi de régime ou exécution de changement dans le style de vie) et la prescription clinique » (5). Il s'agit donc de la rigueur et de la fidélité avec lesquelles le patient se conforme à la prescription médicale.

L'adolescent, qui traverse une période réputée pour ses comportements de rébellion, souffre du préjugé d'être habituellement considéré comme un patient peu observant. Cependant, il faut d'emblée souligner deux points importants. Tout d'abord, la mauvaise observance n'est pas l'exclusivité des adolescents ; les études récentes estiment que 30 à 50% des adolescents ne sont pas observants, chiffre identique à ce qui est observé parmi une population d'adultes (28). Par ailleurs, la place des parents dans le projet thérapeutique n'est pas la même avec un enfant en bas âge qu'avec un adolescent. En pédiatrie, l'observance reflète essentiellement celle des parents. En médecine d'adolescent, l'implication des parents dans les soins est souhaitable et souvent nécessaire ; néanmoins les parents ne sont plus au premier plan : l'observance est celle de l'adolescent lui-même (12).

L'observance thérapeutique sous-entend une acceptation du rôle de malade et surtout un certain degré de dépendance à la maladie et aux soins. Elle induit donc une notion de

soumission, en opposition complète avec les exigences développementales de l'adolescence. P. Alvin remarque que « ce dont les adolescents ont besoin de la part du monde des adultes comme de la médecine peut être ressenti comme une menace à l'autonomie » (5). En effet, la relation d'aide qui induit une connotation de dominance de la part de celui qui aide peut être mal tolérée par l'adolescent.

Pour D. Marcelli, la non observance apparaît comme normale dans le contexte de l'adolescence. En effet, elle ne doit pas être interprétée comme une manœuvre volontairement subversive. « La non observance de l'adolescent doit être comprise comme une tentative, certes maladroitement, de prise de distance aussi bien envers les parents qu'à l'égard du corps malade et des médecins qui le soignent. Cette tentative fait partie inhérente d'un mouvement psychique normal de l'adolescence. » (35)

Dans les formes mineures, les comportements de non observance doivent être interprétés comme une tentative d'échapper au poids de la réalité de la maladie, mouvement somme toute légitime sous réserve que l'essentiel des soins soit préservé. Par contre, dans les formes majeures, la non observance traduit angoisse et déni de la maladie ainsi que révolte vis-à-vis des soins. Ceci témoigne alors de la profonde insécurité ressentie par certains adolescents malades, la soumission requise par les exigences thérapeutiques venant à l'encontre de leur développement psychique.

Tout médecin qui suit un adolescent est donc amené à être confronté au problème de l'observance. Il est nécessaire de faire preuve d'anticipation et d'aborder le sujet de l'observance dès l'énoncé de la prescription. Cette attitude démontre au consultant que le praticien reconnaît la difficulté de suivre les prescriptions et est ouvert à une discussion non moralisatrice sur ce sujet. Cette démarche, loin d'être source de résistance ouvre un espace privilégié de dialogue. Ce climat d'authenticité et de réciprocité permet de beaucoup mieux ajuster les interventions en fonction du vécu, des difficultés et des attentes du patient, tout en améliorant la relation thérapeutique (6).

L'hypothèse de la non observance doit être incluse dans la relation de soins avec les jeunes. La difficulté est de trouver un équilibre entre la non observance, signe d'autonomisation et l'excès de soumission, signe d'enfermement. L'espace est tenu, il faut constamment le rechercher, afin de préserver la liberté indispensable à tout adolescent qui tente de s'approprier sa vie, y compris les limites que lui impose sa maladie.

7. LE TRAVAIL EN RESEAU

A l'adolescence, la qualité de tous les aspects de la vie quotidienne est importante pour permettre un développement harmonieux. Une maladie chronique est parfois incompatible avec une formation professionnelle ce qui influe défavorablement sur l'opinion que le jeune se fait de ses propres compétences ; à l'inverse, une insatisfaction socio-professionnelle ou des difficultés dans la vie familiale peuvent retentir sur la santé physique de l'adolescent en terme de « symptômes flous ».

Ainsi, on ne peut dissocier les activités purement médicales, le travail psychothérapeutique et les actions sociales (38). L'intervention de plusieurs professionnels dans des domaines aussi variés est souvent nécessaire pour résoudre les problèmes d'un adolescent. On comprend que le travail en réseau qui permet de rechercher des solutions médico-psycho-sociales est fondamental.

Le recours à différents intervenants est souvent nécessaire. De nombreux acteurs qui sont susceptibles d'intervenir auprès d'un adolescent :

- dans le domaine médical : pédiatre, médecin spécialiste
- dans le domaine psychologique : psychologue, psychiatre en ville, à l'hôpital ou dans les centres médico-psychologiques ou dans des centres médico-psycho-pédagogiques.
- dans le domaine scolaire : médecin scolaire, infirmière scolaire, conseiller d'éducation, professeur
- dans le domaine social : éducateur, assistante sociale
- dans le domaine juridique : juge pour enfant.

Le médecin occupe une position de relais, véritable pivot permettant la coordination d'actions variées en vue d'une adéquation entre l'environnement scolaire, les moyens pédagogiques, les objectifs de santé et d'insertion professionnelle (35).

8. LE ROLE DE PREVENTION

Tout évènement à l'adolescence s'imprime comme une marque pour le futur et notamment les évènements de santé qui s'inscrivent durablement dans l'histoire de la santé. En effet, c'est souvent entre 10-20 ans, au cours de l'adolescence, que l'individu adopte pour toute sa vie des habitudes qui peuvent influencer sa santé (49). La plupart des études suggèrent que les conduites à l'origine des maladies les plus fréquentes débutent à

l'adolescence ; il en est ainsi de la consommation d'alcool et de tabac en cause dans l'étiologie des cancers, des maladies cardio-vasculaires et de la cirrhose. Les premiers symptômes des troubles mentaux débutent le plus souvent avant 20 ans (23). On comprend aisément qu'à l'adolescence tout acte de santé est préventif, et ceci à long terme. Ainsi, à l'adolescence, les aspects préventifs et curatifs d'une démarche de soins sont indissolublement liés (39).

Cependant, le praticien doit savoir aller au devant des demandes de son jeune patient. L'enquête de JP. Deschamps sur la médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville révèle que très peu d'adolescents (22% chez le généraliste et 2% chez le pédiatre) posent des questions et demandent des conseils indépendamment du premier motif de consultation, alors même que l'adolescent attend du médecin la possibilité d'une écoute et d'un dialogue, pas nécessairement centrés sur la maladie (21). Le praticien doit avoir conscience de cette réserve de l'adolescent et aller au devant de sa demande muette en abordant lui-même les sujets qui semblent pertinents pour son patient.

Malheureusement, les problèmes comme la contraception, les maladies sexuellement transmissibles, la consommation de drogues licites (tabac, alcool) ou illicites, le suicide, les comportements à risque sont rarement abordés en consultation (41). Le dépistage de ces problèmes demande une approche particulière : une écoute attentive et des questions ciblées de la part du médecin. Or, les généralistes ne sont pas toujours sensibilisés à ces sujets, ils ne se sentent pas à l'aise pour les aborder et leur formation, sur le plan théorique comme sur le plan pratique, ne les prépare pas suffisamment à discuter de ces questions avec les adolescents qu'ils reçoivent.

Des documents d'informations représentent un moyen d'aide et permettent d'aborder des sujets sensibles avec les adolescents. Ces supports comportent généralement une partie explicative permettant au jeune de s'informer sur le sujet qui l'intéresse. La plupart d'entre eux se terminent par une grille d'auto-évaluation ; ce questionnaire que l'adolescent remplit toujours volontiers est un moyen pour le praticien de situer son patient dans ses conduites à risque.

Le travail de prévention comporte plusieurs aspects comme l'énumère P.A Michaud dans l'article sur l'adolescence et la prévention (39).

La prévention primaire comprend les actes de vaccination et le dépistage de pathologies comme l'hypertension artérielle, les scoliose et des déficits sensoriels. La

prévention secondaire est le travail d'information et d'éducation effectué par le médecin auprès de ces patients souffrant de maladie chronique. Mais, auprès des adolescents, les actions de prévention dépassent les deux mesures précédemment citées.

Il convient de s'enquérir des habitudes et du mode de vie de l'adolescent ainsi que de leurs conséquences sur sa santé. Comme nous l'avons déjà souligné, le praticien devrait, au moyen de questions non moralisatrices, engager le dialogue sur l'activité sexuelle, la consommation de toxiques, la sécurité routière pour éveiller l'attention de son patient sur un éventuel comportement à risque.

La recherche de ces comportements à risque est un acte de prévention en lui-même. En effet, les mises en risque à l'adolescence sont souvent l'expression d'un mal-être et de difficultés psychologiques, que le praticien ne pourra appréhender que s'il repère ces comportements à risque et en décode le sens.

Le dernier aspect de l'activité de prévention en cabinet est celui du travail en réseau. C'est en effet en agissant sur le cadre de vie de l'adolescent, sans se limiter au seul secteur de la santé ou à un seul lieu d'intervention, que les différents professionnels mobilisés autour du patient permettront à des solutions de voir le jour (49).

Deux remarques s'imposent.

Tout d'abord, il faut savoir que ce n'est pas parce qu'une action de prévention a été menée auprès d'un jeune qu'elle a été entendue. Il est illusoire de penser qu'une rencontre ponctuelle est suffisante pour réaliser une éducation à la santé ; devant des situations à risque, il est indispensable de reconvoquer l'adolescent pour s'assurer d'une évolution satisfaisante. En effet, il faut avoir pleinement conscience des difficultés d'intégration des attitudes de prévention à un âge où se projeter dans l'avenir n'est pas simple (17) : pour le jeune, l'instant présent est plein de soucis et de contradiction, l'avenir appartient plus à un monde virtuel qu'à la réalité du moment (38). La notion de « capital santé » reste, à cet âge, un concept vague et lointain (45).

Il convient également de noter que si le travail de prévention est indispensable et souvent salvateur, de nombreux auteurs ont mis en garde les professionnels de la santé sur le risque de normaliser l'adolescence. En effet, certains comportements volontiers considérés comme déviants sont nécessaires à l'aboutissement du processus d'autonomisation. A l'inverse, comme nous l'avons déjà souligné, certains comportements à risque sont pour les adolescents des moyens d'aborder des situations difficiles ou des réactions à un mal-être général ou des conduites d'adaptation (39). Ainsi, sans vouloir légitimer certains

comportements dissidents ni faire preuve d'attentisme devant d'autres attitudes paradoxales, il faut savoir tolérer la provocation, la fantaisie, et les fluctuations thymiques. L'adolescent se découvre et cherche des limites, vouloir à tout prix prévenir certains débordements, c'est entraver son processus identitaire et finalement l'handicaper.

9. LE MEDECIN GENERALISTE ET L'ADOLESCENT

Il ressort de l'énumération des aspects particuliers de la relation de soins à l'adolescence que la prise en charge d'un adolescent ne peut se faire que dans une optique de globalité. La médecine générale, médecine de famille, comporte dans ces mêmes termes, la notion de globalité, de généralité et d'environnement (17). Rappelons ici les cinq fonctions du médecin généraliste : être le praticien de premier recours, garantir une prise en charge globale, assurer la continuité des soins, coordonner les diverses actions de santé menées pour ses patients, participer à la prévention. Le médecin généraliste semble donc être l'interlocuteur le plus approprié pour répondre aux besoins de santé de l'adolescent.

Le médecin généraliste est, en effet, le premier interlocuteur des adolescents en matière de santé. D'après les données de l'Enquête Adolescents 1993 (25), 75% des adolescents rencontrent un médecin généraliste au moins une fois dans l'année ; en moyenne, ils consultent 2,5 fois par an auprès de lui. Notons également que les généralistes reçoivent plus d'adolescents que les pédiatres (2, 26). Cependant, si les adolescents rencontrent en priorité un omnipraticien, ils consultent peu et pour des motifs banals : vaccin, certificat, traumatologie, dermatologie, infections ORL et pulmonaires (40). Ces demandes ponctuelles doivent toujours être l'occasion de revoir le jeune dans sa globalité. Elles devraient idéalement permettre le suivi du patient en réalisant des bilans périodiques, cette attitude débouchant sur l'établissement d'une relation de soins stable et utile car menée sur le long terme. Un adolescent devrait pouvoir identifier un médecin référent : un praticien en mesure de répondre à ses demandes épisodiques et de jouer un rôle curatif et préventif de conseil médical et psycho-social. Cet aspect global de la prise en charge est fondamental, notamment auprès des jeunes en difficultés. Ces derniers sont souvent dans une absence totale de sécurité et de ressources internes, cet état les rend d'une extrême sensibilité et vulnérabilité aux attitudes et aux comportements des adultes qui les entourent. Leur avenir dépend plus de la capacité de cet environnement de les aider à prendre soin d'eux, que de leurs capacités propres.

Par rapport à d'autres acteurs de santé, le médecin généraliste possède deux atouts : sa disponibilité et son accessibilité. La facilité de prise de rendez-vous le jour même sans attendre et sans avoir à se rendre dans un centre hospitalier rend l'omnipraticien plus accessible que le spécialiste. Cette disponibilité temporelle, et parfois géographique, est un avantage indéniable auprès des adolescents. A cet âge, l'expression d'affects, d'angoisses, de troubles fonctionnels semble ne pas pouvoir attendre. Il est vain de penser que l'adolescent puisse se plier facilement à un système de rendez-vous planifiés longtemps à l'avance.

Cependant, le choix d'un praticien référent n'est pas aisé. Pour un problème de santé aigu, le médecin de famille apporte les thérapeutiques ponctuelles nécessaires. Mais, ce mode de recours aux soins, qui ne permet généralement pas de dépasser le cadre de l'examen clinique et de la thérapeutique, ne laisse pas de place à l'expression du questionnement adolescent. Par ailleurs, les adolescents peuvent être réticents à évoquer des questions nouvelles auprès de ce médecin qui les a connus bébé ou qui suit le reste de la famille et surtout les parents. Le concept de médecin de famille est en lui-même un problème pour l'adolescent. Alors qu'à son âge, l'adolescent veut devenir le sujet de sa propre histoire et s'autonomiser, il se retrouve face au médecin de sa famille. Son mouvement va vers la prise de distance avec sa famille, mais le médecin généraliste semble représenter l'inverse.

La réponse est évidemment du côté du praticien qui doit savoir aller au devant des besoins de son patient et faire preuve d'anticipation (4). Le médecin peut éprouver des difficultés à déchiffrer la demande et les réticences d'un jeune instable, énigmatique, familier des conduites incohérentes et qui a du mal à situer sa plainte ou à l'exprimer (40). A l'aide de questions pertinentes ou d'un questionnaire, il doit inviter l'adolescent à aborder les sujets importants en matière de santé à son âge, alors même que le jeune n'osera pas le faire lui-même (19). Ce travail n'est pas aisé et certains professionnels éprouvent parfois des difficultés à évoquer des sujets qu'ils jugent « sensibles » : consommation d'alcool ou de drogues, maladies sexuellement transmissibles, contraception. Comme nous l'avons déjà mentionné ces thèmes ne sont pas toujours abordés par manque de temps, par pudeur ou par manque de connaissance (40). Le médecin doit également savoir évaluer le bien-être psychosocial de son patient. S'assurer de l'équilibre psychique et de la qualité de l'intégration sociale correspond à surveiller la bonne marche du processus d'individuation de l'adolescent. Cette autonomisation étant l'enjeu principal à l'adolescence, son évaluation est fondamentale : pour

soulager les difficultés transitoires dans le cheminement de l'adolescence et dépister précocement des troubles psychiatriques qui s'installent volontiers à cet âge de la vie.

Pour le médecin omnipraticien qui souhaite avoir une vision globale de son patient, suivre un adolescent est l'occasion d'exercer La Médecine Générale. La relation médecin/malade y est ici intense ; sa qualité dépend du savoir-faire du praticien et la connaissance qu'il a de l'adolescence. Ce dernier point soulève évidemment le problème de la formation.

Dans son rapport de Février 2000 (50), sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, le Haut Comité de la Santé Publique remarque que la consultation des adolescents est généralement rapide, centrée sur un problème somatique et que la part la plus importante de la thérapeutique est réservée à la prescription. Ce type de prise en charge ne semble pas correspondre aux problèmes de santé des jeunes qui sont de plus en plus mêlés à des problèmes de vie. Le rapport conclut que les médecins généralistes, interlocuteurs de proximité, devraient savoir offrir aux adolescents ce qui est nécessaire : le temps, la patience, la permanence, l'information, la liaison avec les autres soignants et la prévention.

Les constatations de X. Pommereau dans son rapport « Santé des jeunes » d'Avril 2002 (45) vont dans le même sens. X. Pommereau rappelle que le médecin généraliste est considéré comme un référent essentiel qui peut avoir la confiance du jeune et de ses parents. Il conclut que la nécessité d'améliorer la formation (initiale et continue) à la relation avec les adolescents apparaît indispensable.

CHAPITRE IV : LA MEDECINE DE L'ADOLESCENT

1. INTRODUCTION

Parler de médecine de l'adolescent revient-il à dire que l'adolescence est une maladie ? La confusion est facile, ou du moins, le rapprochement est vite fait. La médecine de l'adolescent diffère des autres spécialités médicales ; elle consiste en une approche médico-psycho-sociale dont l'objectif principal est d'évaluer le processus adolescent et de dépister la souffrance d'un jeune en faisant la part entre le développemental et le pathologique.

Le rôle du médecin de premier recours est ici fondamental. Les entretiens d'évaluation clinique ont pour but de chercher à distinguer, d'une part un symptôme constituant la trace du travail psychique de l'adolescence ce qui nécessite certes l'attention bienveillante des adultes, sans pour autant signaler un fonctionnement pathologique, et d'autre part, un ou plusieurs symptômes devant faire craindre un malaise plus profond, pour lequel l'avis d'un spécialiste de l'adolescence sera nécessaire (50). Ce travail s'apparente à de la prévention, conçue comme un repérage précoce des difficultés.

Les indicateurs de santé que nous avons décrits permettent d'évaluer le bien-être d'un adolescent. Les manifestations fonctionnelles représentent une forme d'expression de malaise psychique. Certains comportements : les conduites à risque, la consommation de produits, les conduites de déscolarisation, les tentatives de suicides, les troubles du comportements alimentaires sont des indicateurs de souffrance psychologique. Mais, ces conduites à problèmes n'ont pas toutes le même degré de révélation du mal-être.

Pour le généraliste, l'enjeu est de reconnaître les comportements pathologiques, d'évaluer s'il est compétent pour s'occuper de cet adolescent en difficultés et de savoir à quel moment il doit passer la main en faisant appel à un spécialiste. Quelques points fondamentaux permettent l'évaluation de ces conduites à problèmes. Il convient d'analyser le contexte de survenue et la durée du symptôme. Les indicateurs de gravité les plus précieux sont, d'une part, le cumul des conduites, parce qu'il témoigne d'une souffrance profonde et, d'autre part, la répétition des conduites, parce qu'elle représente une menace de fixation.

2. LES SYMPTOMES FLOUS

Les plaintes somatiques sont fréquentes à l'adolescence ; ceci témoigne de l'importance du langage du corps à cet âge.

Les troubles fonctionnels ou symptômes flous constituent une véritable médiation somatique que le praticien doit savoir comprendre. Un adolescent qui somatise vit une tension qu'il ressent et communique sous forme de malaise physique (15). La plainte somatique doit alors être comprise comme le langage codé d'un adolescent en difficulté et qui essaie d'exprimer son mal-être (19, 21). La somatisation est un mode d'expression et constitue une manifestation de souffrance psychique (15).

Les troubles somatoformes peuvent se manifester sous forme de symptômes touchant tous les systèmes ; par ordre de fréquence : locomoteur, nerveux, digestif, cardiovasculaire, respiratoire (15). Les symptômes les plus fréquents sont :

- fatigue
- troubles du sommeil : difficulté d'endormissement, réveil nocturne
- céphalées, migraine
- douleurs abdominales
- nausées, vomissements, peur de vomir
- lipothymie, perte de conscience, étourdissement, vertige
- dorsalgies, douleurs musculaires
- hyperventilation, troubles respiratoires

Pour le praticien, devant toute plainte physique, il faut impérativement éliminer l'organicité. La nature de la plainte en elle-même n'étant pas un argument en faveur d'un trouble fonctionnel, le praticien doit baser son analyse sur différents critères qui permettent de déceler un problème de somatisation. La première caractéristique des manifestations fonctionnelles est la normalité de l'examen physique et des examens complémentaires. Les troubles somatoformes suivent des cycles aberrants et gardent une intensité constante. La plainte est persistante, souvent multiple revêtant volontiers un aspect de polypathologie, sans pour autant entraîner de retentissement fonctionnel. Pourtant, les activités normales de l'adolescent sont toujours modifiées, mais les bénéfices secondaires sont inconstants (15). La

plainte, volontiers ancienne, a déjà fait l'objet d'explorations complémentaires répétitives et de nombreuses consultations auprès de spécialistes sans aboutissement. Le contexte familial ainsi que l'attitude du patient et de ses parents sont également évocatrices : absence de conflit apparent, recherche d'explication organique, demande d'aide centrée sur le symptôme.

A l'inverse, une plainte de cause organique est précise, elle suit une histoire claire et répond à une cohérence anatomique. Le symptôme est isolé, d'intensité variable et respecte les cycles biologiques.

Une fois affirmée l'absence de pathologie somatique, il s'agit de décoder la plainte (46). Un adolescent qui présente des troubles fonctionnels est un sujet en souffrance. Se contenter d'une réponse symptomatique n'est d'aucun bénéfice et contribue au contraire à cristalliser les difficultés développementales sous jacentes. Si en écho des troubles, le praticien se limite à un traitement symptomatique visant à étouffer ce qui fait du bruit, la consultation est un échec. L'attitude utile est bien sûr de rechercher la signification de cette plainte, mais aussi de faire comprendre à l'adolescent que son symptôme n'a pas de cause organique, mais est lié à un malaise plus profond, dont il n'a peut-être pas encore conscience.

Les études relatives aux manifestations fonctionnelles à l'adolescence ont montré que les plaintes somatiques sont plus fréquentes chez les jeunes en difficultés psychologiques ou en difficultés relationnelles familiales ou scolaires et en contexte social incertain (19, 23). Schématiquement, les symptômes flous surviennent dans trois contextes différents : en réaction transitoire à un évènement pénible, lors de difficultés psychologiques et en situation socio-familiale difficile (15). Il s'agit toujours de situations de mal-être que l'adolescent ne sait exprimer qu'à travers son corps.

Le rôle du praticien et l'attitude thérapeutique adéquate sont d'aider l'adolescent à mettre des mots sur son malaise. Le suivi en consultation constitue alors un travail d'élaboration pour aider l'adolescent à mieux comprendre les liens existant entre sa douleur physique, son mal-être psychique et son histoire personnelle. Le praticien essaie avec l'adolescent de traduire le langage parlé par son corps (20).

3. LES CONDUITES A RISQUE

3.1. LES ACCIDENTS

A l'adolescence, la majorité des décès (plus de 70%) sont des morts violentes. Parmi ces morts violentes, les accidents, essentiellement les accidents de la circulation mais également les accidents de sport, viennent en tête et représentent presque la moitié de la mortalité à l'adolescence. Les accidents constituent la première cause de décès à l'adolescence. La pathologie accidentelle constitue la première cause d'hospitalisation parmi les jeunes. Dans le Baromètre Santé Jeunes 97/98 (13), plus d'un adolescent sur cinq (21%) déclare avoir été victime d'au moins un accident ayant nécessité une intervention médicale au cours des douze derniers mois. Ce sont les accidents de sport et de loisirs (en dehors du vélo) qui constituent la moitié des traumatismes (52.5%). Ensuite viennent les accidents de deux-roues à moteur (12.1%), puis les accidents domestiques (7.6%), les accidents scolaires arrivant en quatrième position (7.4%), juste avant le vélo (7.0%). Doit-on conclure que les adolescents sont essentiellement menacés par leurs propres comportements, comportements très fréquemment assimilables à des conduites à risque.

Il n'y a pas d'adolescence sans risque : les impératifs du développement somment l'adolescent de se risquer et l'impliquent dans l'agir. Dans le Baromètre Santé Jeunes 97/98 (13), 15.1% des jeunes déclarent avoir fait quelque chose de risqué par plaisir ou par défi au cours des douze derniers mois. Les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à déclarer avoir pris des risques (19.4% vs 10.7%). Cette envie de prendre des risques est particulièrement active à l'adolescence, en regard d'au moins trois besoins qui se déclinent au sens propre et au figuré : se distinguer des adultes, se mettre à l'épreuve, faire corps avec le groupe de pairs (45). Au travers de la prise de risque, l'adolescent cherche ses limites : « tout adolescent est à la recherche de ses limites, c'est en les rencontrant qu'il se constitue par rapport à lui-même et se définit par rapport à autrui » (48). A l'adolescence, les conduites d'essai sont nécessaires à la constitution de la personnalité. Cependant, si le cadre dans lequel évolue l'adolescent est défaillant, cette recherche de limites n'est plus structurante, elle peut prendre un aspect compulsif, répétitif qui pousse le jeune à l'escalade.

L'étude de D. Marcelli et F. Mézange de 1999 : « Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites à risques associés. » conclut que la répétition des accidents chez les jeunes n'est pas le fait du hasard. Elle survient sur des profils psychologiques particuliers et traduit une situation de souffrance psychique. Un risque peut

être pris ou encouru afin d'échapper à une menace ou à un danger réels ou perçus comme tels, pouvant provenir autant de la réalité extérieure que du vécu intérieur. Pour les adolescents, adopter des comportements nocifs pour leur santé ou se mettre en situation de risque, sont, dans certaines situations de mal-être ou de détresse, des processus réactionnels, des façons de répondre à une impression d'échec, de dépréciation ou de manque de perspective (11). La répétition des conduites à risque a pour sens principal la recherche de l'affirmation d'une éventuelle toute puissance, ce besoin d'affirmation masquant habituellement des faiblesses profondes dans le narcissisme et l'estime de soi (1). Les adolescents qui prennent des risques sont à la recherche de limites externes car leurs limites internes sont défailtantes, et ils ne s'arrêteront pas avant de les avoir trouvées. L'attitude de l'environnement social et familial face à leurs transgressions répétées est donc déterminante pour leur avenir (35).

La répétition des conduites à risque doit donc interpeler les professionnels sur les difficultés développementales de l'adolescent, mais aussi sur les éventuelles défaillances familiales et sociales de son environnement. Le médecin intervenant auprès de l'adolescent qui prend des risques se doit d'une prise en charge très globale. Outre le soin somatique, son rôle est de rechercher des signes de mal-être pour aider l'adolescent à s'exprimer. Par ailleurs, il ne doit pas ignorer la possibilité d'un contexte socio-familial défavorable et élargir son évaluation au delà de la conduite incriminée.

3.2. LA VIOLENCE

Il faut traiter de la question de la violence en abordant conjointement chacune de ses deux facettes ; c'est-à-dire en considérant les problèmes soulevés par l'adolescent victime de violence et ceux posés par l'adolescent acteur de violence. En effet, les liens entre violences subies et violences agies sont particulièrement étroits à l'adolescence (1).

Les situations de violences subies se retrouvent dans différentes circonstances. En France, parmi les adolescents de 11 à 19 ans scolarisés, 15% ont déclaré avoir été victime de violences physiques et 3.8% de violences sexuelles (25). Mais la violence n'est pas forcément physique et peut procéder d'une maltraitance qui regroupe la négligence affective et éducative, les menaces verbales et les punitions.

L'exposition à un milieu familial violent est lourde de conséquences pour un adolescent : la violence peut devenir à son tour un moyen de gestion des conflits. C'est

pourquoi la première démarche devant un adolescent présenté comme violent est de toujours s'interroger sur les éventuelles violences dont il aurait pu être lui-même victime.

Un médecin confronté à une situation de sévices sur mineur, qu'elle soit objectivée ou seulement suspectée, ne peut rester isolé. La prise en charge est transdisciplinaire. D'un côté, les mesures judiciaires, engagées par un signalement issu d'un professionnel ou une plainte déposée par l'entourage ou l'adolescent lui-même, conduisent à une enquête et un éventuel procès. D'un autre côté, la prise en charge médico-psychologique se fait sur le long terme, elle comporte des gestes immédiats spécifiques, fonctions du sévices subi et un soutien psychologique prolongé. Finalement, des mesures sociales sont fréquemment nécessaires.

Dans le Baromètre Santé Jeunes 97/98 (13), la proportion de jeunes qui déclarent avoir été violents dans les douze derniers mois est la même que celles qui a subi des violences, soit 8%. Les conduites violentes regroupent les agressions contre les biens ou les objets (vandalisme, saccage, destruction) et les agressions contre les personnes (racket, coups et blessures, agressions sexuelles, meurtres).

Il existe une forte corrélation entre la survenue de comportements violents et des facteurs de risque touchant tantôt à une organisation familiale perturbée, tantôt à une situation sociale défavorable, tantôt à une histoire individuelle difficile. Au plan psychopathologique, les adolescents violents présentent pratiquement tous des troubles de la personnalité, des traits impulsifs avec tendance au passage à l'acte et intolérance à la frustration (1). On comprend qu'un adolescent ne devient acteur de violence que dans un contexte particulier.

Les spécialistes relèvent également que l'adolescence semble une période propice à l'émergence de comportements violents (1). La scène pubertaire porte en elle-même une violence spécifique avec un potentiel d'excès et de désorganisation. Le jeune éprouve une pulsionnalité envahissante et un état de manque dans l'attente qu'il est de se trouver. Quand l'adolescent a vécu des situations de carence dans son enfance, que son expérience ne lui a pas permis d'acquérir des règles et des limites, son adolescence éveille en lui une violence interne qu'il faut faire cesser en passant à l'acte.

La prise en charge des adolescents violents est indispensable, le risque pour eux étant de tomber vraiment dans la délinquance et la marginalisation. Les mesures sont pour l'essentiel socio-éducatives.

3.3. LES CONDUITES DE DESCOLARISATION (1, 35)

D'après le Baromètre Santé Jeunes 97/98 (13), 92.7% des 12-19 ans sont dans le circuit scolaire ou universitaire. 35.9% d'entre eux déclarent aimer « beaucoup » l'école et 52.3% « un peu ».

Au plan développemental, la scolarisation repose sur deux principes fondamentaux : la séparation du milieu familial qui se fait en parallèle de l'intégration au groupe de pairs et l'acquisition d'apprentissages non immédiatement utilisables qui correspond à un travail de sublimation et développe la capacité à différer. Lorsque l'adolescent ne supporte pas les exigences développementales imposées par l'école, cette dernière devient un lieu de souffrance dont il essaie de se protéger par des conduites d'adaptation : la protection par interposition d'un parent en cas de manque d'autonomie, l'évitement dans la phobie scolaire, l'attaque lors des troubles du comportement et l'annulation dans le décrochage scolaire (1).

En marge des ces quatre situations qui représentent de véritables pathologies liées à la scolarité, il existe des difficultés scolaires transitoires, qu'il faut considérer comme le retentissement du travail psychique de l'adolescence sur l'investissement scolaire.

Il peut survenir un fléchissement scolaire. Il suppose une scolarité antérieure satisfaisante et ne s'accompagne pas d'autre conduite pathologique, notamment d'absentéisme. Le fléchissement scolaire traduit un désinvestissement transitoire de l'activité de connaissance sublimée au profit de sensations et d'affects procurés par les modifications pubertaires. L'évolution est généralement favorable ; l'enjeu est la durée de cette baisse d'investissement scolaire qui peut, à terme, retentir sur les études.

A l'opposé, un comportement d'hyperinvestissement scolaire peut être observé. Cet hyperinvestissement doit être compris comme un moyen de défense contre l'envahissement pulsionnel dû à l'érotisation du corps pubère. Il constitue un signe préoccupant ; en effet, conserver l'investissement infantile de la scolarité qui consiste à travailler pour satisfaire les professeurs et les parents peut se révéler dommageable pour l'équilibre psychique. Certains signes doivent faire redouter un hyperinvestissement pathologique : le renoncement aux activités de détente et de loisirs, la raréfaction voire la disparition des relations aux pairs et la crainte constante de l'échec. Les risques évolutifs ne sont pas négligeables : chez les filles, apparition d'anorexie mentale, chez les garçons, constitution de névroses, dans les deux sexes, effondrement dépressif.

Les adolescents présentant des difficultés scolaires par manque d'autonomie sont des jeunes incapables de travailler seuls. Enfants, ils ont été soutenus dans le primaire par un de leurs parents. Au moment où la poursuite de la scolarité s'inscrit dans le processus d'individuation de l'adolescence, ces adolescents se révèlent dans l'incapacité de s'assumer seul. Sous jacente à cette pathologie scolaire est la difficulté du jeune à se séparer sans angoisse de ses parents.

On désigne sous le nom de phobies scolaires « des enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer » (AM Johnson et coll, 1941). La phobie scolaire risque d'évoluer très vite vers le désinvestissement scolaire et la marginalisation. Le rôle du médecin traitant est d'orienter très rapidement le patient vers une prise en charge psychiatrique pour éviter que la situation ne se fixe.

Les troubles du comportement en milieu scolaire sont des comportements perturbant la vie scolaire. On distingue des troubles réactionnels et des troubles durables.

Les troubles réactionnels, repérables par une rupture dans le fonctionnement relationnel de l'adolescent, s'installent secondairement à un stress personnel ou familial. Il convient de rechercher l'origine du trouble. Il est également nécessaire d'analyser les capacités de résilience de l'adolescent ; en effet, cette manière de répondre aux difficultés par des troubles comportementaux témoigne d'une certaine fragilité qui doit interpeler les professionnels.

Les troubles durables des conduites sont des comportements anti-sociaux comme des bagarres et des agressions ou un absentéisme important. Il s'agit de tableaux d'installation progressive qui succèdent à des difficultés dans le primaire et concernent des adolescents qui ont connu des carences éducatives et affectives. L'inadaptation scolaire et les violences doivent être attribuées aux habitudes relationnelles prises au contact d'un milieu familial violent. Schématiquement, la fragilité de ces adolescents est liée à leur vécu abandonnique. Ils vivent dans l'instant présent et dans l'action ; toute situation d'attente les renvoie à une frustration intolérable qu'ils cherchent à soulager en rendant l'autre responsable de ce malaise et en attaquant le cadre scolaire.

Le décrochage scolaire est le refus de la scolarité dans ses dimensions d'apprentissage et de socialisation. La rupture scolaire peut revêtir deux aspects : le maintien de la scolarisation sans aucun investissement ou l'arrêt de la fréquentation scolaire. Les jeunes en décrochage scolaire ont généralement traversé une sommation d'évènements de vie négatifs dont l'impact a provoqué un affaiblissement de l'estime de soi. Les conséquences immédiates de la déscolarisation sont les difficultés dans le monde du travail et la marginalisation avec un risque majeur d'évolution dépressive.

3.4. LES CONSOMMATIONS DE PRODUITS

Les consommations des produits concernent les usages de substances licites : alcool, tabac et de drogues illicites : cannabis, héroïne, cocaïne, hallucinogènes, psychotropes.

Les chiffres présentés sont issus du Baromètre Santé-Jeunes 97/98 (13) et de l'enquête Adolescents conduite par M. Choquet en 1994 (25).

- Au sujet de l'alcool :

75% des adolescents ont déjà expérimentés l'alcool. 10 à 20% sont des buveurs réguliers, 23% des jeunes déclarent avoir pris de l'alcool au moins une fois par semaine, 1,2% quotidiennement au cours de la dernière année. Un peu plus du quart des 15-19 ans ont déjà été ivres au cours de leur vie, les garçons plus que les filles (34.2% vs 21.6%).

- Au sujet du tabac :

28.8% des 12-19 ans fument, 23.6% de manière régulière (au moins une cigarette par jour) et 5.2% occasionnellement (moins de 1 cigarette par jour). Ce pourcentage ne varie pas de façon significative selon le sexe, mais progresse beaucoup avec l'âge pour atteindre 50% de fumeurs à 19 ans. 54.3% des adolescents fumeurs sont désireux de s'arrêter de fumer. Une très grande majorité des jeunes (82.4%) pense que les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue.

- Au sujet des substances illicites :

Près de la moitié des 15-19 ans (49.0%) déclarent qu'on leur a déjà proposé de la drogue, 48.0% du cannabis et 7.1% une autre drogue. Plus de la moitié des jeunes qui se sont vu offrir de la drogue (54.9%) en ont consommé au cours de leur vie. Ainsi, 28% des jeunes ont expérimenté une drogue au moins une fois : le cannabis dans 99% des cas et une autre drogue dans 1% des cas. La consommation de cannabis est fortement lié au sexe : 32.7% des garçons

contre 23.5% des filles ont expérimenté ce produit au cours de leur vie. L'âge est également un facteur discriminant : 11.5% des jeunes à 15 ans contre 41.8% à 19 ans ont consommé du cannabis. La consommation de cannabis survient après l'essai de l'alcool et du tabac : aucun des jeunes de l'échantillon de l'enquête Baromètre ne dit avoir essayé le cannabis sans avoir une fois dans sa vie fumé une cigarette ou bu un verre d'alcool. Parmi les expérimentateurs du cannabis, 74.7% déclarent fumer régulièrement du tabac, 57.7% déclarent avoir bu au moins une fois par semaine au cours de la dernière année.

- Au sujet de la polyconsommation :

Parmi les jeunes de 15-19 ans, seuls 8.9% déclarent n'avoir expérimenté aucun des trois produits : alcool, tabac, cannabis. Un jeune de 15 à 19 ans sur cinq (21.6%) consomme régulièrement un ou plusieurs de ces produits.

Quelques remarques concernant la consommation de produits à l'adolescence sont nécessaires. « Faire une expérience » est le premier motif donné par les jeunes pour rendre compte du début de la consommation ; et expérimenter est une attitude normale à l'adolescence. Il faut savoir tolérer ces conduites d'essai, d'autant que la consommation de produit ne suit pas un chemin tracé vers la toxicomanie, la majorité des jeunes abandonnant rapidement leurs habitudes de consommation (1). Cependant, il est vrai que l'immense majorité des toxicomanes avérés ont commencé leur consommation à l'adolescence : c'est à cet âge que se mettent en place les habitudes de consommation et que se pose la question de la dépendance (31). Ainsi, pour les professionnels, il s'agit de faire preuve de vigilance, en se gardant d'attentisme ou de complaisance.

L'abord thérapeutique d'un jeune faisant usage de drogues doit prendre en compte un ensemble très vaste de paramètres : le produit consommé, le mode de consommation, le retentissement somatique et social de la consommation, l'équilibre psychique, le cadre familial et social. Les points les plus importants sont la définition du mode consommation et l'analyse des attitudes parentales. L'investigation de l'usage de drogue est difficile pour un praticien qui y est peu familiarisé ; il est souvent souhaitable de faire appel à un psychiatre ou à une institution spécialisée.

Un des enjeux principaux est de définir le mode de consommation. L'investigation doit permettre de déterminer dans quelle mesure l'usage de drogue s'inscrit dans une perspective récréative, dans un processus de découverte et d'expérimentation propre à

l'adolescence, ou, au contraire, s'il s'ancre dans une conduite signant une psychopathologie : une conduite addictive. Il faut différencier trois modes de consommation.

La consommation occasionnelle, récréative, exploratoire s'inscrit dans l'ensemble des conduites d'essai inhérentes à l'adolescence. Cette consommation est sans retentissement social ni scolaire. Elle ne doit pas être banalisée car elle présente un risque de passage à un usage régulier. Le professionnel de la santé a un rôle de prévention : il doit informer le jeune sur le produit consommé, rétablir le dialogue autour de la drogue avec les parents et assurer un suivi par des évaluations régulières.

La consommation addictive débutante s'apparente à de la toxicophilie. L'usage de la drogue est alors autothérapeutique, tentant de porter remède à des difficultés personnelles. Une prise en charge spécialisée est nécessaire.

La consommation toxicomaniaque s'observe en cas de dépendance avérée ; elle est rare à l'adolescence. La prise en charge est spécialisée avec nécessité de sevrage.

Le professionnel doit également s'enquérir des réactions des parents devant la consommation de drogue de leur enfant. Les attitudes parentales revêtent un large éventail : complicité et banalisation, négation, anxiété et incapacité d'aborder le sujet. Le rôle du médecin est de permettre de rétablir le dialogue entre parents et enfant au sujet de la consommation du produit.

4. LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

4.1. LES TENTATIVES DE SUICIDE

Les conduites suicidaires sont un des comportements pathologiques les plus fréquents à l'adolescence. Dans le Baromètre Santé Jeunes 97/98 (48), 10.5% des jeunes déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois (7.5% des garçons et 13.7% des filles). Seulement 45.1% de ces jeunes ont parlé de leurs difficultés avec quelqu'un. L'enquête Adolescent de M. Choquet et S. Ledoux (25) évalue que 6.5% des adolescents auraient fait une tentative de suicide au cours de leur vie; il est estimé que 50% de ces tentatives de suicide passent inaperçues, et que 20% seulement des adolescents suicidaires ont bénéficié d'une hospitalisation pour ce motif. Le suicide est la deuxième cause de mortalité parmi les jeunes, juste après les accidents, il représente 16% des décès.

La remarquable fréquence des comportements suicidaires à l'adolescence provient, d'une part, de la souffrance dépressive liée au travail psychique de l'adolescence et, d'autre part, des liens étroits entre dépression et tentative de suicide. Cependant, si les comportements suicidaires de l'adolescent s'inscrivent, comme chez l'adulte, dans des situations de dépressivité, les analogies s'arrêtent là. En effet, la tentative de suicide de l'adolescent est différente de celle de l'adulte. Le passage à l'acte a un caractère impulsif non mentalisé. La ligne de partage entre désir de mort et appel au secours est difficile à définir. Le désir de mort est en fait rarement présent ; lorsqu'un adolescent effectue une tentative de suicide, c'est presque toujours parce qu'il veut vivre, mais autrement (35). Ainsi, la tentative de suicide signe plutôt l'absolue nécessité que ressent l'adolescent de fuir une tension insupportable à laquelle il ne peut plus faire face, avec le désir inconscient de renaître différent.

Néanmoins, une tentative de suicide ne doit jamais être banalisée. Les facteurs déclenchants d'une tentative de suicide sont très souvent minorés par l'adolescent et sa famille : dispute familiale, fatigue, surmenage, rupture sentimentale. En réalité, le passage à l'acte est toujours sous-tendu par des souffrances très profondément ancrées dans l'histoire du jeune et dans son environnement affectif. Une tentative de suicide est toujours grave, cette gravité tient surtout au fait que la tentative de suicide témoigne d'une rupture révélatrice d'une défaillance des capacités d'adaptation et de protection de l'adolescent (1). Les ressources défensives du jeune sont dépassées et ne lui permettent plus de faire face aux contraintes externes ou internes qui pèsent sur lui. En raison de cette capacité de résilience insuffisante, le passage à l'acte devient le seul moyen de rompre avec une réalité interne ou externe intolérable.

Pour le généraliste, le travail relatif aux comportements suicidaires se situe à différents niveaux. En amont du passage à l'acte, le praticien se doit d'un rôle de prévention. Aborder la question du suicide n'est pas une incitation au suicide ; au contraire, c'est permettre à l'adolescent de parler de son mal-être et de verbaliser son projet suicidaire (35). Après la tentative de suicide, l'action du médecin traitant est souvent fondamentale, il doit s'assurer de la qualité de la prise en charge. Du fait de la confiance que lui accordent les parents, il a un rôle clé dans la négociation de l'hospitalisation, qui est indispensable après une tentative de suicide et malheureusement souvent refusée par les familles. Par sa connaissance de l'histoire et de l'économie familiales, il apporte des éléments nécessaires à une évaluation de qualité et participe à la mise en place du suivi ultérieur. A distance de l'acte suicidaire, le principal

risque est la récurrence et le suivi sur le long terme est primordial. Un certain nombre de jeunes ne parviennent pas à honorer les rendez-vous prévus à l'issue de leur séjour hospitalier avec leur médecin référent ou leur psychothérapeute. Le médecin généraliste reste alors parfois le seul interlocuteur. La qualité de son alliance thérapeutique avec l'adolescent constitue un atout lui permettant de rediscuter les modalités du suivi, voire de procéder à certains aménagements afin de redynamiser l'adhésion à un programme de soins (46).

4.2. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les troubles du comportement alimentaire regroupent l'anorexie mentale et la boulimie. Il s'agit de deux entités pathologiques distinctes, possédant des critères diagnostiques bien définis, mais ayant cependant des points communs et des formes de passage. L'anorexie mentale et la boulimie, ont pour similitude, sous-jacent aux perturbations alimentaires, un trouble de la perception de l'image du corps.

L'anorexie mentale touche essentiellement les jeunes femmes, avec deux pics de survenue : le premier au début de la puberté, vers 12-13 ans, le second vers 18-20 ans. La prédominance féminine est nette : dix filles pour un garçon. La fréquence de l'anorexie mentale a été estimée à environ 1% parmi les adolescentes (J. Pellet et coll., 1993). La boulimie, comme l'anorexie, touche essentiellement les jeunes femmes, mais avec un sex-ratio compris entre 5 et 10. L'âge de début, en moyenne plus tardif, se situe entre 18 et 21 ans. La prévalence a été évaluée à 1.1% chez les filles et à 0.2% chez les garçons selon les critères diagnostiques du DSM-IV (C. Devaud et coll., 1995) (35).

Ces deux pathologies nécessitent un suivi somatique au long cours et une prise en charge psychiatrique du patient et de ses parents, d'autant plus efficace qu'elle intervient précocement. Le rôle du généraliste est essentiellement de savoir évoquer le diagnostic, et de faire accepter à l'adolescent et à ses parents une consultation rapide auprès d'un spécialiste. Dans le cas de l'anorexie mentale, bien que le diagnostic soit souvent flagrant, il existe très fréquemment un retard de prise en charge en raison de l'attitude de déni ou du refus de reconnaître l'origine psychique des difficultés par la patiente et/ou sa famille. Pour la boulimie, le diagnostic est souvent tardif, car les crises sont longtemps dissimulées et non avouées par l'adolescent(e). Ces retards de diagnostic et de prise en charge sont gravissimes quand on connaît le potentiel de fixation redoutable de ces deux pathologies, notamment pour l'anorexie mentale.

Une fois la prise en charge spécialisée assurée et le travail psychothérapeutique engagé, le rôle du médecin somaticien s'inscrit dans un travail en réseau, en assurant une surveillance régulière de l'état physique. Dans l'anorexie mentale, la fréquence est fonction du degré d'amaigrissement. Mais, le praticien ne doit pas limiter son intervention à la surveillance pondérale et à l'évolution de la conduite alimentaire ; il doit savoir évaluer l'état de bien-être et prodiguer à son patient et à sa famille un soutien moral empathique. Il est fondamental que le médecin traitant énonce la place déterminante du psychisme dans le trouble de conduite alimentaire (1).

A côté de l'anorexie mentale et de la boulimie caractérisées, il existe des conduites alimentaires perturbées. Le Baromètre Santé Jeunes 97/98 (13) s'est attaché à étudier des indicateurs de troubles du comportement alimentaire. 12.7% des jeunes interrogés déclarent avoir fait un régime pour maigrir au cours des douze derniers mois. Une fille sur cinq (21,8%) est concernée, seulement 4.0% des garçons déclarent en avoir fait un. 12.4% des jeunes ont été dans la situation de manger énormément avec de la peine à s'arrêter au cours de la dernière année. 16.5% des jeunes avouent manger en cachette. 95.5% des jeunes répondent négativement à la question « vous êtes vous déjà fait vomir volontairement », c'est arrivé rarement pour 3.7% adolescents et souvent pour 0.8% d'entre eux. Ces anomalies du comportement alimentaire : suivi de régime, usage de moyens pour perdre du poids, crises de fringale, comportements hyperphagiques ne sont pas anodines et doivent être évaluées régulièrement. Ces perturbations peuvent en effet précéder de quelques mois la constitution d'un trouble du comportement alimentaire avéré (1).

5. LA MALADIE CHRONIQUE

Grâce aux progrès de la médecine, un nombre croissant d'enfants porteurs de maladies chroniques arrive à l'adolescence. Il se pose pour ces patients le problème de la transition du modèle de soins pédiatriques au modèle de soins adultes. Le généraliste peut être amené à suivre un jeune, porteur d'une maladie chronique, héritée de l'enfance ou développée à l'adolescence. Ce travail d'accompagnement implique une bonne connaissance des particularités somatiques propres à chaque maladie, mais, en général, l'adolescent malade chronique est également suivi par un spécialiste auquel le généraliste aura recours en cas de difficulté. La prise en charge des adolescents malades demande surtout une reconnaissance

des enjeux et des besoins développementaux à cet âge, en raison des impacts croisés entre la maladie chronique et le processus adolescent.

La maladie prend le contre-pied des exigences développementales (35).

L'adolescence, à partir de la transformation pubertaire, vient stimuler les conduites d'essai, les relations avec le monde extérieur, l'expression de la sexualité, la démarche émancipatrice ; la maladie du fait de ses répercussions sur le développement personnel et les attitudes de l'entourage est une résistance à cette dynamique. Au niveau du corps, l'adolescent malade chronique est également confronté à une contradiction : il doit intégrer un corps lésé dans l'investissement de sa personne. Ainsi, les jeunes malades ont souvent une estime altérée d'eux mêmes, ce qui représente un risque pour l'établissement d'assises narcissiques stables. Par ailleurs, la maladie chronique renforce les liens de dépendance entre l'enfant et les parents et l'enfant et l'équipe médicale ; ces liens sont une entrave au processus d'individuation. Cependant, à l'adolescence, il est important que le patient devienne le sujet des soins et que les parents ne soient plus au premier plan dans le projet thérapeutique. Cette responsabilisation de l'adolescent peut être une aide à l'autonomisation.

Au sujet d'un adolescent malade chronique, une bonne prise en charge de la pathologie somatique est fondamentale, il s'agit de préserver un capital santé pour l'avenir. Mais, le praticien doit avoir conscience que la maladie chronique est une entrave au processus adolescent, le suivi des jeunes malades demande donc une évaluation rigoureuse de leur état psychique.

CHAPITRE V : LA CONSULTATION DE L'ADOLESCENT

1. L'APPROCHE GENERALE DE L'ADOLESCENT

1.1. GENERALITES

Nous avons expliqué que le lien médical à l'adolescence est particulier. Pour répondre aux spécificités de cette relation de soins, l'approche de l'adolescent doit s'efforcer de répondre à certaines particularités du point de vue du cadre général, de l'anamnèse et de l'examen physique. Toute investigation de la santé à l'adolescence nécessite un minimum de méthode, distincte de celle habituellement utilisée pour le jeune enfant ou l'adulte (4).

L'attitude du praticien doit répondre à la fragilité de l'adolescent et à son besoin de sécurité intérieure. Le sentiment d'insécurité inhérent à l'adolescence explique que le jeune patient puisse percevoir comme une agression voir comme une persécution les questions de l'interrogatoire ou le contact physique de l'examen somatique. Lors de la consultation avec l'adolescent, il est crucial de savoir choisir le mot juste et adopter la bonne attitude. Il s'agit pour le praticien d'adapter son discours et son comportement de manière à ne pas heurter le narcissisme instable de l'adolescent.

1.2. LE CADRE GENERAL

Le cadre général de la consultation importe peu ; en médecine générale, il est d'ailleurs le plus fréquemment celui du cabinet. Par contre, l'adolescent est très sensible à la qualité de l'accueil qui lui est réservé : le premier contact qui comporte les salutations et présentations d'usage marquent en effet le début de la relation de soins.

Pour témoigner au consultant qu'il est reconnu comme adolescent dans ses besoins et son style de vie, il est peut être utile de disposer dans la salle d'attente de revues et périodiques destinés aux 12-18 ans.

1.3. LE TUTOIEMENT OU LE VOUVOIEMENT

Le choix du pronom personnel pose la question de la bonne distance relationnelle à établir avec le consultant. Habituellement, au cours de la consultation, l'enfant est tutoyé et l'adulte vouvoyé, mais en médecine de l'adolescent, l'alternative est possible. Le choix est fonction de nombreux critères : âge et sexe du patient, habitude du praticien, contexte de la rencontre médicale.

Aucune règle n'existe en la matière. Le professionnel doit avoir conscience que le pronom qu'il choisit n'est pas neutre. La meilleure solution est parfois de demander à l'adolescent s'il préfère être vouvoyé ou tutoyé, ceci lui laisse en effet la liberté de fixer la distance relationnelle qu'il juge la plus souhaitable.

Le « tu » est un pronom familier par définition. Il induit un rapprochement qui s'il est attendu par l'adolescent est perçu comme bienveillant. Par contre, cette connotation de familiarité peut être ressentie comme intrusive et désinvolte.

Le « vous » induit immédiatement une mise à distance et une certaine déférence. Si ces deux critères correspondent à l'attente du patient, le vouvoiement sera ressenti comme une marque de respect et de considération. A l'inverse, l'utilisation du « vous » peut être perçue comme trop impersonnelle et interprétée comme une mise à distance.

1.4. LA PLACE DES PARENTS

Tous les professionnels sont unanimes sur la question de la présence des parents au cours de la consultation de l'adolescent : l'adolescent doit être vu et examiné seul. Nous avons déjà expliqué que les parents devaient être intégrés à la relation de soins et que le respect du secret professionnel ne devait pas impliquer d'exclusion de la consultation médicale des parents qui ont souvent une demande propre. L'enquête de H. Moula sur l'utilisation d'un questionnaire lors de la consultation de l'adolescent conclut que la présence d'une tierce personne, notamment les parents, est une gêne au dialogue (40).

Ainsi, la consultation peut se dérouler en trois temps. Dans un premier temps, l'adolescent est reçu brièvement avec ses parents. La deuxième partie de la consultation se fait avec l'adolescent seul, pour permettre une anamnèse et un examen clinique dans une

atmosphère d'intimité et de confidentialité. La fin de l'entretien a lieu en présence des parents ; cependant, sauf cas particuliers, les problèmes relevés au cours de la consultation ne seront évoqués devant les parents qu'avec l'accord de l'adolescent.

En séparant la consultation en trois temps pour ménager un entretien avec l'adolescent seul, le praticien assure à son patient son droit au secret professionnel et lui signifie que le contenu de l'entretien lui appartient en propre.

2. L'ANAMNESE

2.1. REGLES GENERALES

L'interrogatoire de l'adolescent doit obéir à certaines règles pratiques quels que soient le motif et le contexte de la consultation (2) :

- distinguer d'emblée la demande de l'adolescent de celles de ces parents ou de ses accompagnateurs
- s'intéresser d'abord à la demande propre de l'adolescent, c'est à dire, à ce que l'adolescent perçoit comme le plus important ou le plus urgent
- faire un inventaire aussi complet que possible pour évaluer le fonctionnement global de l'adolescent dans les domaines : médical, familial, scolaire, professionnel, social, psychologue, sexuel.

Il faut d'emblée signaler que l'interrogatoire de l'adolescent est souvent imprécis. Le motif même de la consultation est parfois difficile à comprendre, l'adolescent ayant volontiers des difficultés à cerner sa plainte et s'exprimant de manière confuse. Quand une réponse est trop imprécise, il faut savoir reformuler la question dans un autre temps. Le recueil des antécédents est également imprécis, nécessitant de s'aider du carnet de santé et d'interroger les parents à la fin de la consultation.

Pour être le plus exhaustif possible au cours de son interrogatoire, le praticien doit être pertinent et faire preuve de tact : ni trop intrusif par ses questions pour éviter que l'adolescent ne se referme sur lui-même, ni trop distant dans son attente silencieuse qui pourrait être interpréter comme du désintérêt. Répétons à nouveau que le médecin doit faire preuve d'anticipation et savoir aller au devant de l'adolescent qui a du mal à s'exprimer.

2.2. L'INTERROGATOIRE

Nous suivrons le schéma indiqué par P. Alvin dans l'article l'examen de l'adolescent paru au concours médical (2).

1. Précision de la ou des raisons de la consultation

2. Histoire de la maladie actuelle

3. Antécédents généraux

- antécédents médicaux et hospitalisations préalables
- antécédents chirurgicaux
- allergie
- antécédents familiaux

4. Traitement actuel

5. Revue complète des systèmes

- Sphère ORL : antécédents d'otite, acuité auditive, obstructions nasales, manifestations allergiques
- Stomatologie : dernier contrôle dentaire, hygiène dentaire, appareillage
- Ophtalmologie : symptômes de lectures, port de verres correcteurs, dernier contrôle
- Système respiratoire : asthme connu ou manifestations évocatrices à l'effort, toux chronique, douleurs intercostales
- Système cardiovasculaire : souffle cardiaque connu, palpitations, précordialgies
- Appareil digestif : douleurs abdominales, pyrosis, transit
- Appareil urinaire : énurésie, symptômes fonctionnels urinaires
- Gynécologie : date des premières règles, longueur et régularité des cycles, type d'hygiène menstruelle, dysménorrhées, leucorrhées, prurit vulvaire, activité sexuelle, contraception
- Appareil locomoteur : douleurs ostéo-articulaires, problèmes de statique rachidienne, symptômes à l'exercice physique
- Neurologie : céphalées, troubles du sommeil, lipothymies, malaises, crampes

6. Habitudes de vie

- Famille : intégration et investissement dans la vie familiale, vie quotidienne, conflit ou vie hors du domicile en foyer
- Collège ou lycée : type d'établissement et de filière, niveau et résultats, problèmes scolaires, motivations et projets
- Travail : qualification, horaires, adaptation, risques, recherche d'emploi

- Loisirs et sport : types, niveau, temps passé, vie associative
- Amis : groupe d'amis, place et investissement dans ce groupe de pairs, existence d'un ami privilégié
- Alimentation : habitudes, lieux de restauration extérieurs au domicile, expériences de régime, conduites alimentaires : repas sauté, grignotages, épisodes de boulimie ou d'anorexie
- Consommation de produits : quel produit : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments ; usage : mode récréationnel ou toxicophilique, effets recherchés, importance du vécu, impact financier, avis des parents
- Sexualité : image du corps, expériences passées ou actuelles, petit(e) ami(e), moyen de protection
- Violence : intrafamiliale, extrafamiliale, agression sexuelle, inceste

7. Personnalité et équilibre psychologique

- Humeur : confiance, méfiance ou inhibitions, estime de soi, ouverture, investissement, opposition, impulsivité, réactions violentes
- Dépression et tendance suicidaire, crises de larmes

2.3. LE QUESTIONNAIRE

L'interrogatoire est donc un exercice délicat, il se doit d'être exhaustif et demande pour cette raison savoir-faire et disponibilité.

Pour faciliter cet inventaire médical, premier temps de la consultation de l'adolescent, de nombreux praticiens, dont les spécialistes de médecine de l'adolescence, utilisent un questionnaire d'investigation préalable (voir annexe 3). Ce questionnaire, généralement rempli par l'adolescent en salle d'attente avant la consultation est un intermédiaire utile pour entrer en contact avec l'adolescent et faire sa connaissance.

Une étude de 1997 a évalué ce type de questionnaire, dénommé questionnaire amorce de dialogue, pour améliorer la communication entre adolescent et médecin généraliste. Au cours de l'enquête, tous les adolescents ont accepté de remplir le questionnaire. L'étude conclut que l'utilisation d'un questionnaire semble modifier de façon positive le déroulement de la consultation (40).

L'utilisation d'un questionnaire rempli par l'adolescent avant la consultation présente plusieurs avantages (4). Sa fonction essentielle est de rechercher des signes prédictifs de

morbidité, mais il se montre un soutien important en terme de communication. Il rassure tout d'abord l'adolescent sur le caractère confidentiel de la consultation en lui stipulant que les réponses au questionnaire ne seront connues que de lui et de son médecin. Il permet également au consultant de percevoir le climat général de la consultation et la disponibilité du médecin en lui présentant le large éventail de sujets qu'il pourra aborder. Pour le praticien, c'est un gain de temps et d'informations. Le questionnaire améliore en effet la communication et permet au médecin d'orienter son interrogatoire, dont le questionnaire ne dispense nullement.

3. L'EXAMEN PHYSIQUE

A l'adolescence, l'examen physique dépasse sa simple fonction technique. Il est l'occasion pour l'adolescent d'apprendre à connaître son corps en transformation et de se rassurer au sujet de la normalité de son développement corporel (2).

L'examen physique éveille chez l'adolescent à la fois appréhension et curiosité. Nous avons déjà présenté cet aspect particulier de la relation de soins : les adolescents n'aiment pas se découvrir et montrer leur corps. Ces réticences sont sous-tendues par les interrogations et les craintes au sujet du corps, toujours très présentes à l'adolescence. Ces questions portent sur le développement du corps et surtout sur le normalité de ce développement : évolutions staturale et pondérale, maturation pubertaire, apparition des caractères sexuels secondaires. En effet, les adolescents ont une connaissance très incomplète de leur corps ou cultivent à son sujet des fausses idées. La perception de son corps par l'adolescent passe souvent par le regard des autres et notamment par celui du médecin. Il ne faut jamais oublier que le jeune a besoin de savoir s'il est normal, même si cette question n'est pas posée comme telle, elle est omniprésente pour l'adolescent (19).

Pour répondre à cette double fonction : être informatif pour le médecin et didactique pour le patient, l'examen physique doit se pratiquer selon certaines règles de valeur générale.

Il est préférable de réaliser l'examen physique en deuxième partie de consultation, l'étape de l'interrogatoire ayant souvent permis de détendre et d'informer l'adolescent. La règle veut que l'examen physique se pratique sur un patient totalement dévêtu ; cet acte, volontiers ressenti comme une atteinte à l'intimité, est souvent mal vécu. Il est parfois plus

aisé de demander à l'adolescent de se déshabiller progressivement ; l'examen commençant par les parties « neutres » comme les organes des sens et la tête, pour se poursuivre par le système cardio-pulmonaire et l'abdomen puis se terminer par les caractères sexuels secondaires.

Enfin, pour répondre aux préoccupations du patient sur son corps et surtout pour lui permettre de s'exprimer à ce sujet, l'examen somatique doit être interactif. Il est l'occasion d'un échange sur le corps que le praticien doit saisir pour discuter du processus pubertaire. Le praticien doit avoir le souci constant de commenter tout son examen somatique : il importe d'expliquer à l'adolescent la raison de chaque geste et de chaque interprétation.

L'examen physique doit bien sur être complet. La plupart du temps, l'examen des appareils cardiaque, pulmonaire, digestif et neurologique est normal. L'exploration des différents appareils est bien sûr orientée par le motif de la consultation.

Nous reprendrons les points à ne pas omettre décrits par P. Alvin dans son article traitant de l'examen de l'adolescent (2).

1. Mensurations

- poids
- taille
- BMI
- courbe de croissance avec percentiles

2. Maturation pubertaire

- utilisation de la cotation de Tanner
- chez le garçon : inspection de la pilosité pubienne et des organes génitaux externes, palpation des testicules, recherche de gynécomastie
- chez la fille : inspection de la pilosité pubienne et de la vulve, palpation des seins

3. Rachis et statique vertébrale

- dépistage de scoliose
- attitude cypho-scoliotique

4. Tension artérielle (valeur normale à rapporter à la taille plutôt qu'à l'âge)

5. Aires ganglionnaires et thyroïde

6. Téguments

- acné
- naevus

7. Etat dentaire

4. SYNTHÈSE DE LA CONSULTATION

Au terme de la consultation, le praticien expose à son patient les problèmes qu'il a relevés et lui propose une prise en charge. Cette synthèse de l'examen doit se faire sous la forme d'une conversation qui permet d'obtenir la coopération de l'adolescent. Pour que ce dernier adhère à la démarche de soins : suivi, examens complémentaires, consultations spécialisées, traitement, il doit se sentir acteur de son projet thérapeutique. Cependant, devant des hésitations de la part de l'adolescent, le médecin doit savoir se positionner et être directif ; rappelons que l'adolescent est souvent désireux de ce qu'il déclare refuser ou que, sans l'avouer, il ressent le besoin d'être dirigé et accompagné (1).

Par ailleurs, il est recommandé de réserver un dernier temps à la fin de la consultation pour un entretien avec les parents, généralement en présence de l'adolescent. Les conclusions de l'examen seront exposées aux parents. Pour respecter la confidentialité de la consultation, les éléments ne seront communiqués aux parents qu'avec l'assentiment de l'adolescent, ce qui aura fait l'objet d'une discussion préalable entre le praticien et son patient. Cependant, certaines situations peuvent nécessiter la levée du secret médical, le médecin doit alors expliquer à son jeune patient que les circonstances lui imposent de rompre la confidentialité et d'avertir ses parents.

5. LE SUIVI

La fréquence des consultations est bien sur fonction des problèmes en jeu.

Si la consultation était un premier contact, et que le temps a manqué au praticien pour faire un inventaire suffisamment complet de la santé de l'adolescent, il est utile de reconvoquer le patient à brève échéance (37). Le deuxième rendez-vous permettra d'approfondir les problèmes décelés initialement, alors que la communication sera facilitée par la connaissance mutuelle du médecin et du patient.

L'adolescent doit pouvoir trouver chez le médecin qu'il a consulté un interlocuteur personnel en qui il peut avoir confiance et dont le rôle sera de coordonner le suivi médical et les actions diverses le concernant (2).

Il n'existe pas de recommandations officielles en terme d'examens périodiques.

U. Buhlmann et P.A. Michaud donnent un schéma global concernant les sujets en bonne santé, c'est-à-dire en dehors de toute pathologie ou de toute symptomatologie particulière (35).

- Anamnèse : tous les 2 ans une anamnèse médicale et psychosociale détaillée
- Poids et taille : à effectuer chaque année entre 10 et 16 ans
- Développement pubertaire : à évaluer régulièrement
- Pression artérielle : à contrôler tous les 2 ans
- Vue : à contrôler tous les 2 ans
- Ouïe : tous les 4 ans
- Examen et frottis gynécologique : non requis chez les adolescentes non actives sexuellement ; chez les adolescentes actives sexuellement, examen gynécologique annuel et premier frottis cervico-vaginal dans les mois suivants le premier rapport, puis 3 frottis en 3 ans puis surveillance tous les 3 ans si les 3 premiers frottis sont normaux
- Vaccinations selon les recommandations (Calendrier vaccinal, voir annexe 4)

6. EN MEDECINE GENERALE

Une consultation menée suivant le plan présenté ci-dessus permet certes une approche globale et complète de l'adolescent, mais est-elle réalisable en médecine générale ? Il s'agit là de la méthode appliquée par les pédiatres hospitaliers spécialisés en médecine de l'adolescent, et rencontrant les adolescents à problèmes au cours d'une consultation durant de trente à quarante-cinq minutes.

En médecine générale, le contexte semble différent. Tout d'abord, le motif de consultation est souvent banal ; ensuite, la durée de la consultation généralement limitée à 15 minutes ne permet pas un entretien et un examen exhaustifs. Cependant, le médecin généraliste rencontre habituellement le même patient plusieurs fois dans l'année ce qui lui permet de différer certaines questions et d'étaler ses investigations dans le temps.

La consultation de l'adolescent est bien médico-psycho-sociale. En médecine générale, l'orientation de la consultation doit être adaptée au patient. A l'adolescence, les enjeux sont triples, bien sûr médicaux mais essentiellement psychologiques et sociaux. Faisons quelques

parallèles, s'enquérir de la qualité du développement psycho-social chez un adolescent est probablement aussi nécessaire que de dépister des troubles auditifs ou un strabisme chez le nourrisson lors des visites systématiques des premières années ; aborder le sujet de la contraception est sûrement aussi important que donner des conseils de régime au diabétique.

Il ne s'agit pas de se substituer aux parents ou de mener un entretien policier et autoritaire. L'objectif du médecin généraliste est une connaissance globale de son patient permettant une prise en charge adaptée pour assurer sa bonne santé. Rappelons ici la définition de la santé de l'OMS : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

CHAPITRE VI : ENQUETE

1. OBJECTIFS

L'objectif de ce travail est de décrire la consultation de l'adolescent en médecine générale, grâce à une enquête réalisée auprès des médecins généralistes du bassin de Chambéry et d'Aix-les-Bains.

L'analyse des statistiques nationales révèle que la plupart des adolescents ne présentent pas de problèmes de santé majeurs et consultent en priorité un généraliste pour des demandes ponctuelles. Les spécialistes de la médecine de l'adolescent soulignent le champ très vaste, médico-psycho-social, de la santé à l'adolescence. Ils insistent par ailleurs sur les spécificités de la relation de soins et de la consultation à l'adolescence : l'approche des jeunes devant être globale et intégrer la dimension de leur développement physique et psychosocial et l'analyse de leur cadre de vie. Ces spécialistes ne rencontrent que la faible proportion des jeunes « à problèmes », dont l'approche justifie des méthodes particulières. Cependant, ils rappellent que tout adolescent est un être potentiellement fragile du fait de l'intensité des bouleversements qu'il traverse.

Cette vulnérabilité semble justifier que les médecins de premier recours, les généralistes, s'occupent des adolescents en reconnaissant les spécificités de leur âge et en exerçant auprès d'eux une prise en charge investigatrice, curative et préventive. C'est seulement en abordant les jeunes au moyen de méthodes qui leur correspondent que les médecins généralistes peuvent établir un dialogue avec eux et les aider à traverser leur adolescence. En effet, s'agissant d'un adolescent, le but de l'omnipraticien est, certes de lui prodiguer des soins médicaux, mais aussi et surtout de contribuer à en faire un adulte sain, autonome, bien dans sa peau et inséré dans la société. Dans cet objectif, la consultation de l'adolescent devrait, certes, permettre un bilan somatique, mais aussi une évaluation du bien-être psychique et une discussion orientée vers la prévention des conduites à risques.

Devant un adolescent qui va bien, quelle est l'attitude du généraliste ? La prise en charge relève-t-elle encore de la pédiatrie, s'apparente-t-elle déjà à la médecine adulte ou est-elle spécifique de l'adolescence ? L'enquête sur laquelle est fondée cette thèse a pour objectif

de décrire le déroulement de la consultation de l'adolescent en médecine générale pour déterminer les pratiques des médecins généralistes en matière de prise en charge des adolescents.

2. METHODE

2.1. CRITERES D'INCLUSION

La population de médecins pouvant participer à l'enquête a été déterminée selon deux critères : le mode et le lieu d'exercice.

Les praticiens étaient exclusivement des médecins généralistes à exercice libéral. Le lieu d'exercice était le bassin de Chambéry et d'Aix-les-Bains, secteur proche de l'hôpital de Chambéry où est organisée une prise en charge spécialisée des adolescents de la région, avec comme médecin référent principal Madame le Dr Faure, directeur de cette thèse.

La liste des médecins répondant à ces deux critères a été établie au moyen de l'annuaire téléphonique des pages jaunes.

Les médecins étaient interrogés sur leur pratique dans la prise en charge des adolescents définis comme une population de 10 à 19 ans.

2.2. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'enquête était fondée sur le questionnaire de 26 items présenté ci-après. 2 pré-tests ont été réalisés auprès de 5 médecins afin de déterminer la forme définitive du questionnaire.

L'enquête a été réalisée par courrier de Février à Mars 2003. Les médecins ont reçu un courrier comprenant une lettre d'information, le questionnaire et une enveloppe affranchie permettant de renvoyer le questionnaire rempli. Un appel téléphonique systématique, dans les jours suivant l'envoi de ce courrier, permettait de s'assurer de sa bonne réception et solliciter un renvoi rapide des réponses. Si aucune réponse n'était parvenue après un délai de 3 semaines, une relance téléphonique était faite.

2.3. METHODE D'ANALYSE

L'analyse de l'enquête a consisté en un décompte du nombre de réponses et en un calcul du pourcentage de réponses à chaque question.

Pour certains items, un intervalle de confiance a été déterminé selon la méthode dérivée de la procédure de Wilson et décrite par R. Newcombe (Calcul de l'intervalle de confiance à 95% sans correction de continuité – Newcombe R. : « Two-sided Confidence Intervals for the Single Proportion : Comparison of seven Methods », *Statistics in Médecine*, 17, 857-872, 1998).

3. COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES

Laurence DALEM
Internat du Centre Hospitalier de Chambéry
BP 1125. 73011 CHAMBERY cedex

Objet : Thèse de médecine générale
sur la consultation des adolescents en médecine générale

M le Docteur

Je suis résidente de médecine générale en troisième semestre au CHU de Grenoble. Je travaille actuellement à ma thèse intitulée : « *La consultation de l'adolescent en médecine générale* ». Mon directeur de thèse est Madame le Dr Faure, pédiatre au CH de Chambéry.

L'objectif de ma thèse est d'étudier la prise en charge des adolescents en médecine générale.

Les adolescents consultent peu et rencontrent surtout les médecins de soins primaires. La relation établie par le médecin avec ses jeunes patients adolescents est singulière. En effet, à l'adolescence, l'ambiance de la consultation, le déroulement de l'examen clinique, les échanges sont particuliers : que ce soit un adolescent qui aille bien et consultant pour une rhino-pharyngite ou un adolescent à problème. L'abord d'un jeune doit s'adapter aux spécificités de l'adolescence ; c'est alors que peut s'établir un vrai dialogue et que le médecin devient « accompagnateur » de l'adolescent. Son rôle est, bien sûr de le soigner, mais aussi de contribuer à en faire un adulte sain et autonome.

Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié des jeunes. Son statut de médecin de famille le rend implicitement acteur du développement psycho-social des adolescents qu'il suit. Cependant, les adolescents sont des patients déroutants : difficulté à s'exprimer, instabilité. Comment le médecin généraliste parvient-il à nouer une relation de soin avec un jeune ?

Mon travail a pour objectif de décrire le déroulement de la consultation de l'adolescent en médecine générale.

Mon étude repose sur le questionnaire ci-joint. Merci de le remplir rapidement, et de me le renvoyer en utilisant l'enveloppe affranchie jointe.

Je dois vous préciser à quelle population de votre clientèle s'adresse cette étude. Par commodité statistique, j'ai choisi la définition de l'adolescence de l'OMS : « est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans ».

En remerciement de votre participation, un retour d'information est prévu. Je vous adresserai, bien sûr un résumé de ma thèse, et un exemplaire à votre demande. Par ailleurs, à l'issue de ce travail, si un besoin de formation était perçu, Madame le Dr Faure serait prête à organiser un cycle de FMC au sujet de la médecine de l'adolescent.

Veuillez agréer, M , l'expression de mes sentiments reconnaissants.

PS : N'hésitez pas à me faire part de vos remarques et de vos commentaires pour chaque question ou à la fin du questionnaire.

4. QUESTIONNAIRE

Enquête : La consultation de l'adolescent en médecine générale
Thèse de médecine. Laurence Dalem. 2003.
Questionnaire N° :

Rappel : est considéré « adolescent » tout individu entre 10 et 19 ans.
Cocher la ou les réponses de votre choix.

1. Dans quel tranche d'âge vous situez-vous ?

25-35 ans	<input type="checkbox"/>
35-45 ans	<input type="checkbox"/>
45-55 ans	<input type="checkbox"/>
55-65 ans	<input type="checkbox"/>
Plus de 65 ans	<input type="checkbox"/>

2. Quel est votre sexe ?

Féminin	<input type="checkbox"/>
Masculin	<input type="checkbox"/>

3. Quelle est l'ancienneté de votre installation dans votre lieu d'exercice ?

4. Quelle est la dimension de l'agglomération dans laquelle vous exercez ?

Plus de 50000 habitants	<input type="checkbox"/>
De 20000 à 50000 habitants	<input type="checkbox"/>
De 5000 à 20000 habitants	<input type="checkbox"/>
Moins de 5000 habitants	<input type="checkbox"/>

5. Quelle proportion les adolescents (10-19 ans) représentent-ils dans votre clientèle ?

<5%	<input type="checkbox"/>
5-10%	<input type="checkbox"/>
10-15%	<input type="checkbox"/>
>15%	<input type="checkbox"/>

6. Quels sont les motifs de consultation habituels des adolescents?

	Exceptionnellement	Rarement	Souvent	Très souvent
Problèmes gynécologiques				
Problèmes dermatologiques				
Infections de la sphère ORL et pulmonaire				
Maux de ventre, nausées				
Asthénie, insomnie				
Céphalées				
Problèmes psychologiques				
Traumatologie				
Demande de certificat de sport ou vaccination				
Problèmes liés à une consommation de toxique : tabac, alcool, drogues illicites				
Maladies chroniques				
Autres, précisez :				

7. En tant que médecin généraliste, cherchez-vous à assurer auprès de vos jeunes patients adolescents une prise en charge triple : médicale, psychologique et sociale ?

Non, pas du tout, vous considérez que votre rôle est purement médical	
Oui, mais la part médicale est celle qui prime	
Oui, tout à fait, la prise en charge de l'adolescent est forcément médico-psycho-sociale	

8. Pour quelles raisons, selon vous, la demande de soins est-elle particulière à l'adolescence ? (*plusieurs réponses possibles*)

L'initiative de la consultation revient plus souvent à l'entourage de l'adolescent qu'à l'adolescent lui-même	
L'adolescent a du mal à exprimer sa demande de soins	
L'adolescent est plus souvent demandeur d'écoute, de conseils et de réassurance que d'un traitement médicamenteux	
Le motif avoué de la consultation est un faux-ami qui cache des problèmes plus profonds	
Autre, précisez :	

9. Ressentez-vous des difficultés à dialoguer avec vos jeunes patients adolescents ?

Jamais	
Rarement	
Souvent	
Très souvent	

10. Utilisez-vous un questionnaire pour amorcer le dialogue avec les adolescents ?

Oui, très souvent, c'est un outil très utile pour faire connaissance avec les adolescents	
Oui, mais c'est rare : bien vous reconnaissez l'utilité de cet outil, vous n'arrivez pas à l'employer pour des raisons pratiques (manque de temps ou d'espace confidentiel)	
Non, vous n'aimez pas cette méthode, le questionnaire n'est d'aucune aide dans votre relation avec les jeunes	
Non, vous ne connaissez pas ce type de questionnaire	

11. Quel pronom personnel (tu ou vous) utilisez-vous pour dialoguer avec les adolescents ?

Tu, avec la plupart des adolescents	
Vous, avec la plupart des adolescents	
Vous demandez à votre patient s'il préfère être vouvoyé ou tutoyé	
Vous avez remarqué que vous utilisez à la fois le tu et le vous au cours de la même consultation	

12. Quand vous rencontrez un adolescent, cherchez-vous à savoir si la consultation est à l'initiative de l'adolescent ou de l'entourage ?

Oui	
Non	

13. Quelle place accordez-vous aux parents dans la consultation de l'adolescent ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
La consultation se passe en tête à tête avec l'adolescent sans que vous rencontriez les parents				
La consultation se déroule en deux temps : un premier temps avec l'adolescent seul, un deuxième temps en présence des parents				
La consultation se déroule en trois temps : le patient et ses parents sont brièvement reçus ensemble, puis l'adolescent est examiné seul, une synthèse de la consultation est fait en présence des parents				
La consultation se déroule en présence des parents				

14. Pour respecter la confidentialité de la consultation avec l'adolescent, vous arrive-t-il de lui expliquer qu'il a droit au secret médical vis-à-vis de ses parents ?

• Pour un adolescent de moins de 15ans :

Jamais	
C'est rare, mais vous le concevez aisément	
Souvent, vous expliquez au jeune que le contenu de la consultation lui appartient en propre	

• Pour un adolescent de plus de 15ans :

Jamais	
C'est rare, mais vous le concevez aisément	
Souvent, vous expliquez au jeune que le contenu de la consultation lui appartient en propre	

15. Les adolescents sont volontiers réservés et ont des difficultés à exprimer leurs requêtes. Faites-vous preuve d'anticipation en abordant directement les sujets qui vous semblent pertinents à l'adolescence, sans attendre de question de la part de vos patients ?

Jamais	
Rarement	
Souvent	
Toujours	

16. Lors de la consultation avec un adolescent, quel qu'en soit le motif, essayez-vous d'aborder les thèmes suivants ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Relations familiales				
Scolarité, projet professionnel				
Loisirs et sports				
Relations sociales : amis et groupe de pairs				
Alimentation				
Sommeil				
Consommation d'alcool				
Consommation de tabac				
Consommation de drogue				
Sécurité routière				
Sexualité, contraception				
Maladies sexuellement transmissibles				
Image corporelle				
Estime de soi				
Idées suicidaires				

17. Quelles sont les raisons qui vous empêchent d'aborder ces thèmes ? (*plusieurs réponses possibles*)

Le manque de temps	
La pudeur	
Le manque d'aisance dans le dialogue autour de ses thèmes	
Le manque de connaissance de ces thèmes	
Ces thèmes ne vous paraissent pas importants à l'adolescence	
Vous considérez que ce n'est pas votre rôle	

18. Disposez-vous de documents de prévention sur ces différents thèmes à remettre aux adolescents ?

Oui, vous vous en servez souvent	
Oui, mais vous oubliez de les donner	
Non, vous n'en avez pas, mais ils vous manquent	
Non, ces documents ne sont pas utiles	

19. Quels sont les points importants de votre examen physique d'un adolescent?

	Inutile	Accessoire	Essentiel
Relevé des mensurations (poids, taille)			
Evaluation de la maturation pubertaire (cotation de Tanner)			
Prise de la tension artérielle			
Examen de la statique vertébrale			
Palpation des aires ganglionnaires et de la thyroïde			
Examen des téguments (acné, naevus)			
Inspection de l'état dentaire			

20. L'adolescent est fréquemment réticent à un examen physique complet. Comment réagissez-vous à ses résistances ? (*plusieurs réponses possibles*)

Vous lui dites de mettre sa pudeur de côté	
Vous lui expliquez, qu'en tant que médecin, vous avez l'habitude de voir des gens dévêtus	
Vous respectez sa gêne en lui demandant de se dévêtir partiellement et/ou alternativement	
Vous lui expliquez que vous comprenez sa gêne mais que c'est important pour vous, médecin, d'examiner son corps et que c'est l'occasion de s'assurer que tout va bien	
Autre, précisez :	

21. Mettez-vous à profit l'examen physique pour avoir avec l'adolescent un échange au sujet de son corps et du processus pubertaire ?

Jamais	
Rarement	
Souvent	
Toujours	

22. Les troubles fonctionnels (fatigue, troubles du sommeil, céphalées, douleurs abdominales, lipothymie, vertige ...) sont fréquents à l'adolescence. D'une manière générale, quelles réponses apportez-vous à ces troubles somatoformes ? (*plusieurs réponses possibles*)

Votre premier réflexe est d'éliminer une organicité	
Vous prescrivez un traitement symptomatique	
Vous expliquez à votre patient qu'il somatise, c'est-à-dire qu'il communique une tension interne sous la forme d'un malaise physique	
Vous expliquez à votre patient que son examen est normal, qu'il n'a rien de grave et que ses symptômes vont passer tout seul	
Vous engagez le dialogue avec votre patient pour essayer de comprendre ce qui se cache derrière ces manifestations fonctionnelles	
Vous reconvoquez votre patient à brève échéance pour surveiller l'évolution de ses difficultés	
Autre, précisez :	

23. Les adolescents sont réputés être des patients mauvais observants. Quelle est votre opinion ? (*plusieurs réponses possibles*).

C'est vrai, les adolescents sont moins observants que les adultes	
Oui, mais les adolescents ne sont pas moins observants que les adultes	
C'est aux parents de veiller à ce que leur enfant prenne son traitement	
Vous abordez la question de l'observance en consultation pour montrer à votre patient que vous comprenez ses difficultés à suivre un traitement	
Autre, précisez :	

24. Faites-vous appel à des intermédiaires pour résoudre les problèmes de vos jeunes patients ?

	Jamais	Rarement	Souvent
Assistante sociale			
Educateur			
Psychologue			
Conseiller d'éducation			
Professeur			
Psychiatre			
Médecin spécialisé en médecine de l'adolescence			

25. Avez-vous reçu une formation en médecine de l'adolescent ?

Cours lors de vos études	
Congrès	
FMC	
Formation personnelle (articles, ouvrages généraux)	
DU ou DIU	

26. Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire en médecine de l'adolescent ?

Non, vous n'êtes pas intéressé(e)	
Oui, pourquoi pas	
Oui, c'est urgent	

REMARQUES :

CHAPITRE VII : RESULTATS

(L'ensemble des résultats statistiques de l'enquête est présenté en annexe 6)

1. TAUX DE REPONSES

Un total de 160 médecins a été contacté.

116 médecins ont renvoyé le questionnaire, soit un taux de réponses de 72,5%. Les trois quarts des questionnaires étaient annotés de remarques. Un médecin a proposé un rendez-vous pour remplir le questionnaire au cours d'une interview.

Lors de l'appel téléphonique systématique qui a suivi l'envoi du questionnaire, 7 médecins ont refusé de participer à l'enquête. Les motifs étaient le manque de temps et la désapprobation des enquêtes à visée épidémiologique auprès des médecins libéraux.

4 médecins ont envoyé un courrier d'excuses, expliquant que leur mode d'activité ne leur permettait pas de répondre au questionnaire. Il s'agissait d'un interniste, d'un gériatre, d'un médecin expert et d'une nutritionniste.

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE MEDECINS SONDES

2.1. AGE DES MEDECINS (question n° 1)

Les trois-quarts des médecins avaient entre 35 et 55 ans (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des médecins selon leur âge.

Age	N	%
25-35 ans	10	8.6%
35-45 ans	41	35.3%
45-55 ans	47	40.5%
55-65 ans	17	14.6%
Plus de 65 ans	1	0.8%

2.2. SEXE DES MEDECINS (question n° 2)

Parmi les médecins ayant répondu, 36 étaient des femmes (31.0%), 80 étaient des hommes (69.0%).

2.3. ANCIENNETE D'INSTALLATION (question n° 3)

82 médecins (70.7%) étaient installés depuis plus de 10 ans (tableau 2).

Tableau 2 : Ancienneté d'installation des médecins.

Ancienneté d'installation	N	%
Moins de 5 ans	21	18.1%
De 5 à 10 ans	13	11.2%
Plus de 10 ans	82	70.7%

2.4. DIMENSION DE L'AGGLOMERATION DU LIEU D'EXERCICE (question n° 4)

La répartition des médecins entre petites (moins de 5000 habitants) et grosses agglomérations (plus de 50000 habitants) était homogène (tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des médecins selon la taille de l'agglomération du lieu d'exercice.

Nombre d'habitants	N	%
Plus de 50000 habitants	40	34.5%
De 20000 à 50000 habitants	16	13.8%
De 5000 à 20000 habitants	24	20.7%
Moins de 5000 habitants	36	31.0%

3. LA PLACE DES ADOLESCENTS DANS L'ACTIVITE DES GENERALISTES

3.1. PROPORTION DES ADOLESCENTS DANS LA CLIENTELE (question n° 5)

Il s'agissait de la proportion de jeunes de 10 à 19 ans dans la clientèle des médecins généralistes. 61 généralistes (52.6%, intervalle de confiance : 43.6%-61.4%) ont estimé avoir

plus de 10% d'adolescents dans leur clientèle, parmi eux 17 (14.6%) en avaient plus de 15% (tableau 4).

Tableau 4 : Proportion des adolescents dans la clientèle des médecins généralistes.

Pourcentage d'adolescents dans la clientèle	N	%
<5%	10	8.6%
5-10%	45	38.8%
10-15%	44	38.0%
>15%	17	14.6%

3.2. LES MOTIFS DE CONSULTATIONS DES ADOLESCENTS AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES (question n° 6)

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient les demandes de certificat d'aptitude au sport et les vaccinations ainsi que les infections de la sphère ORL et pulmonaire. Les consultations étaient souvent ou très souvent motivées par les demandes de certificat et les vaccinations chez 99.2% des médecins (intervalle de confiance : 95.3%-99.9%); elles étaient souvent ou très souvent en relation avec une infection de la sphère ORL ou pulmonaire chez 95.7% des médecins (intervalle de confiance : 90.3%-98.1%). Ensuite, il s'agissait des maux de ventre et nausées : souvent ou très souvent motif de consultation chez 81.0% des médecins, puis de la traumatologie : souvent ou très souvent motif de consultation chez 71.5% des médecins. Les problèmes dermatologiques étaient souvent motif de consultation chez 63.0% des médecins.

Les problèmes psychologiques, l'asthénie et l'insomnie ainsi que les céphalées étaient des motifs plus rares de consultation. Les problèmes psychologiques étaient rarement à l'origine de la consultation chez 53.4% des médecins, et souvent chez 38.8%. L'asthénie et l'insomnie étaient rarement les motifs de la consultation chez 48.3% des médecins et souvent chez 40.5%. Les céphalées motivaient rarement la consultation chez 50.9% des médecins et exceptionnellement chez 14.6%.

Les problèmes gynécologiques étaient des motifs peu fréquents de consultation. La fréquence variait selon que le médecin était un homme ou une femme. 46 médecins (39.6%) ont répondu que les problèmes gynécologiques étaient souvent le motif de consultation, dont 28 femmes et 18 hommes. Pour 42 médecins (36.2%), il s'agissait de motif rare de consultation, dont 5 femmes et 37 hommes. Les problèmes gynécologiques étaient

exceptionnellement à l'origine de la consultation chez 25 médecins (21.5%), dont 1 femme et 24 hommes.

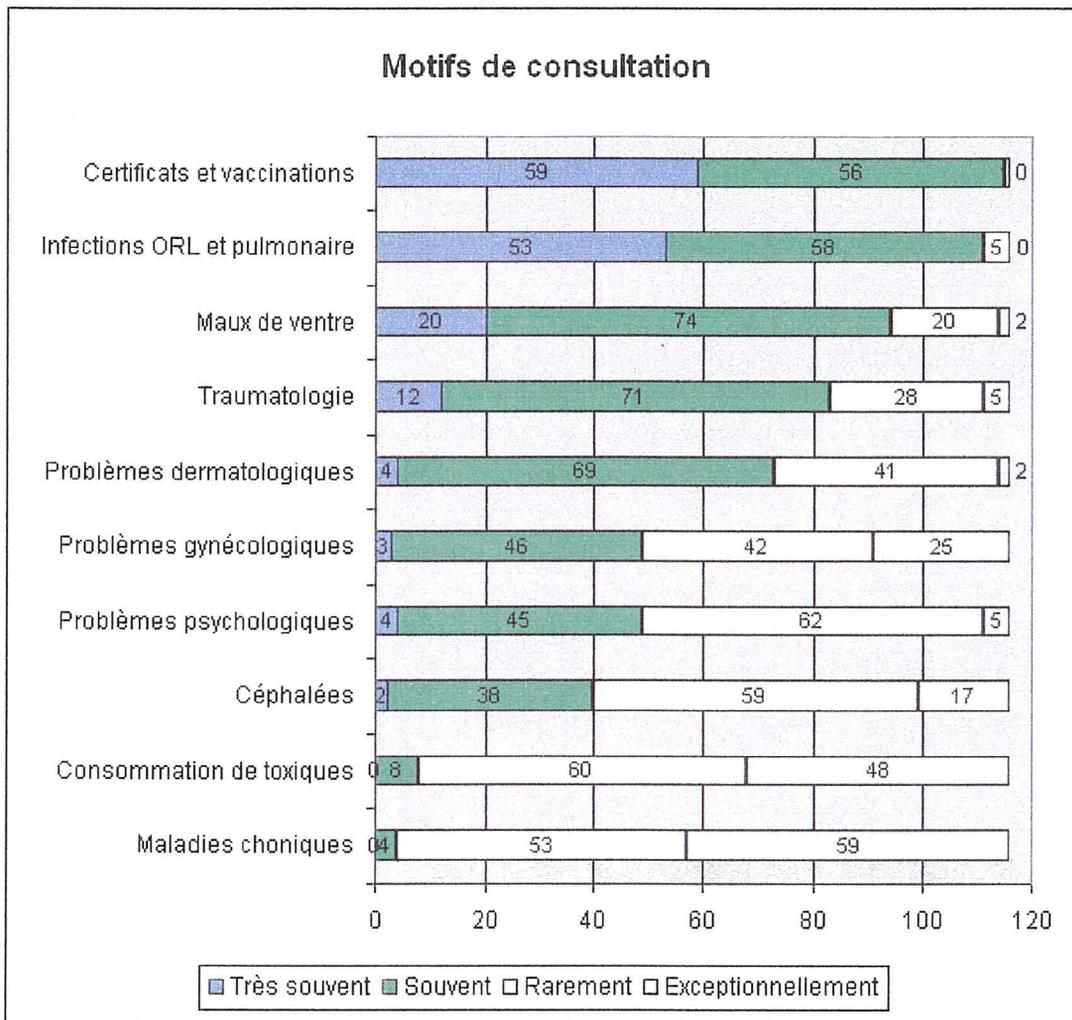
Les problèmes de consommation de toxiques et les maladies chroniques étaient des motifs très rares de consultation. Une consommation de toxique était rarement à l'origine de la consultation chez 51.7% des médecins et exceptionnellement chez 41.4%. Un médecin a noté qu'un problème lié à une consommation de toxiques était exceptionnellement le motif initial de la consultation, mais qu'en fouillant il pouvait devenir l'objet de la demande de soins. Les maladies chroniques étaient rarement le motif de consultation chez 45.7% des médecins et exceptionnellement chez 50.9%.

15 médecins ont remarqué qu'ils suivaient peu d'adolescents à problèmes. Leur rencontre avec les jeunes avait souvent lieu à l'occasion de problèmes somatiques aigus, de rappels de vaccinations ou de rédaction de certificat d'aptitude au sport.

D'après le graphique 1, il est possible de classer les motifs de recours aux médecins généralistes par ordre de fréquence :

- motifs très fréquents de consultation :
 - 1 : demande de certificat d'aptitude au sport et vaccination
 - 2 : infections de la sphère ORL et pulmonaire
 - 3 : maux de ventre et nausées
 - 4 : traumatologie
 - 5 : problèmes dermatologiques
- motifs fréquents de consultation :
 - 6 : asthénie, insomnie
 - 7 : problèmes gynécologiques
 - 8 : problèmes psychologiques
 - 9 : céphalées
- motifs rares de consultation :
 - 10 : problèmes liés à une consommation de toxique (tabac, alcool, drogues illicites)
 - 11 : maladies chroniques

Graphique 1 : Motifs de consultation des adolescents auprès des médecins généralistes (N : nombre de médecins ayant répondu positivement à l'item, sur 116 médecins)



4. LA SPECIFICITE DES SOINS AUX ADOLESCENTS

4.1. LA PRISE EN CHARGE (question n° 7)

63 médecins (54.3%, intervalle de confiance : 45.2%-63.1%) ont répondu qu'ils cherchaient à assurer une prise en charge triple : médicale, psychologique et sociale auprès de leurs patients adolescents, mais que la part médicale primait. 4 médecins ont expliqué que leur objectif était de s'occuper du problème médical ; ils reconnaissaient que l'environnement social ou le climat psychologique étaient souvent liés à ce problème médical, mais qu'ils étaient laissés de côté, faute de temps et d'interlocuteurs appropriés. 3 médecins ont signalé

que s'ils découvraient des problèmes psycho-sociaux chez un adolescent, ils délégueraient volontiers à des personnes spécialisées sur l'adolescence.

51 médecins (44.0%, intervalle de confiance : 35.3%-53.1%) considéraient que la prise en charge de l'adolescent était forcément médico-psycho-sociale, sans échelle de valeur entre chacun des trois items. 3 médecins ont souligné qu'ils étaient pour une prise en charge globale des adolescents, ils considéraient avoir un rôle primordial auprès des jeunes, notamment en matière de prévention.

Deux médecins (1,7%) estimaient que leur rôle était purement médical.

4.2. LA DEMANDE DE SOINS A L'ADOLESCENCE (question n° 8)

Quatre items étaient proposés aux médecins pour leur faire préciser les aspects singuliers de la demande de soins à l'adolescence. Par ordre de fréquence, la spécificité de la demande de soins était due au fait que :

- 1 : l'initiative de la consultation revenait plus souvent à l'entourage qu'à l'adolescent lui-même (82 réponses, 71.0%),
- 2 : l'adolescent avait du mal à exprimer sa demande de soins (80 réponses, 69.0%),
- 3 : le motif de la consultation était un faux-ami qui cachait des problèmes plus profonds (63 réponses, 54.3%),
- 4 : l'adolescent était plus souvent demandeur d'écoute, de conseils et de réassurance que d'un traitement médicamenteux (49 réponses, 42.2%, intervalle de confiance : 33.6%-51.3%).

D'autres particularités ont été évoquées par les médecins généralistes :

- « l'adolescent ne voit pas toujours en quoi un médecin peut l'aider, surtout lors de problèmes psychologiques ou en cas de conflit avec les parents »,
- « les notions de mortalité et de morbidité n'existent pas chez l'adolescent »,
- « l'adolescent n'aime pas ou supporte mal d'être conseillé »,
- « l'adolescent accepte de parler s'il a le « feeling » avec son interlocuteur »,
- « le discours des adolescents est pauvre et imprécis »,
- « la présence des parents perturbe la relation ».

5. LE DIALOGUE MEDECIN GENERALISTE – ADOLESCENT

5.1. LES DIFFICULTES DANS LE DIALOGUE AVEC LES ADOLESCENTS

(question n° 9)

87 médecins (75.0%, intervalle de confiance : 66.4%-82.0%) ne ressentait jamais ou rarement des difficultés à dialoguer avec les adolescents. Pour 29 médecins (25.0%), des difficultés dans le dialogue étaient ressenties souvent voir très souvent (tableau 5).

Un médecin a remarqué que ses échanges avec les adolescents étaient généralement aisés, mais qu'il éprouvait des difficultés dans le dialogue avec les jeunes présentant des problèmes psychologiques ou relationnels. Un médecin a souligné qu'il lui fallait au moins 4 à 5 consultations avant d'apprivoiser un adolescent à problèmes.

Tableau 5 : Fréquence du ressenti de difficultés dans le dialogue avec les adolescents.

	N	%
Jamais	7	6.0%
Rarement	80	69.0%
Souvent	27	23.2%
Très souvent	2	1.7%

5.2. UTILISATION D'UN QUESTIONNAIRE AMORCE DE DIALOGUE

(question n° 10)

La méthode du questionnaire était peu utilisée pour favoriser le dialogue avec les adolescents.

65 médecins (56%, intervalle de confiance : 47.0%-64.7%) ne connaissaient pas le questionnaire.

35 médecins (30.1%) ont répondu ne pas utiliser le questionnaire, la raison proposée était : « vous n'aimez pas cette méthode, le questionnaire n'est d'aucune aide dans votre relation avec les jeunes ». 6 commentaires ont donné d'autres motifs qui se recoupaient : « le questionnaire est perçu comme trop rigide », « il induit une relation stéréotypée artificielle », « il n'a pas sa place en médecine générale ».

16 médecins (13.8%) ont répondu qu'ils utilisaient le questionnaire. 14 d'entre eux (12.0%) ont dit l'utiliser rarement, avec pour motif proposé : « bien que vous reconnaissiez l'utilité d'un tel outil, vous n'arrivez pas à l'employer pour des raisons pratiques (manque de

temps ou d'espace confidentiel) ». 2 médecins (1,7%) ont dit utiliser très souvent le questionnaire, reconnaissant qu'il s'agissait d'un outil très utile pour faire connaissance avec les adolescents.

5.3. LE PRONOM PERSONNEL UTILISE AVEC LES ADOLESCENTS

(question n° 11)

Le « tu » était le pronom personnel le plus employé, par 62,9% des médecins (intervalle de confiance : 52.9%-70.4%). Cependant, un tiers des médecins ont remarqué qu'ils utilisaient à la fois le « tu » et le « vous » au cours de la même consultation (tableau 6).

12 médecins (10.3%) ont porté un commentaire presque identique : « le choix du pronom personnel est variable d'un adolescent à un autre ». Les éléments influençant ce choix étaient : l'âge de l'adolescent, la présentation de l'adolescent (un jeune d'aspect infantile est tutoyé, un jeune se présentant comme un adulte est vouvoyé), l'ancienneté du suivi (un jeune suivi depuis l'enfance est tutoyé, un nouveau patient adolescent est vouvoyé).

Tableau 6 : Pronom personnel utilisé pour dialoguer avec les adolescents

	N	%
Tu, avec la plupart des adolescents	73	62.9%
Vous, avec la plupart des adolescents	17	14.6%
Vous demandez à votre patient s'il préfère être vouvoyé ou tutoyé	16	13.8%
Vous avez remarqué que vous utilisez à la fois le tu et le vous au cours de la même consultation	36	31.0%

6. LA CONFIDENTIALITE ET LA PLACE DES PARENTS

6.1. RECHERCHER QUI DE L'ADOLESCENT OU DE SON ENTOURAGE EST A L'INITIATIVE DE LA CONSULTATION (question n° 12)

79 médecins (68.1%) ont répondu que lorsqu'ils rencontraient un adolescent, ils cherchaient à savoir si l'initiative de la consultation revenait à l'adolescent ou à son entourage. 37 médecins (31.9%) ont répondu ne pas le faire.

Deux médecins ont signalé qu'ils comprenaient vite qui était à l'initiative de la consultation sans poser la question : l'adolescent est souvent amené par les parents qui disent

d'emblée : « je vous l'amène pour ... » ou alors c'est l'adolescent qui dit : « je ne voulais pas venir, mais ma mère m'a amené parce que ... ».

6.2. LA PLACE DES PARENTS DANS LA CONSULTATION (question n° 13)

Quatre schémas de consultation étaient proposés dans le questionnaire :

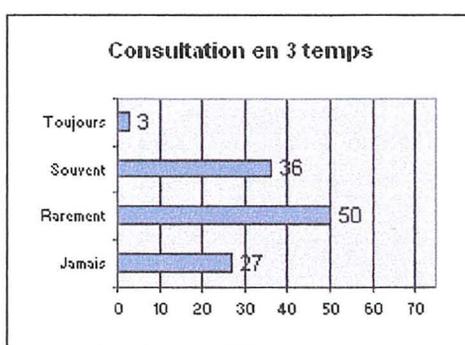
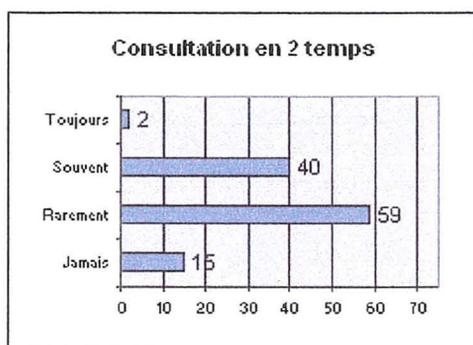
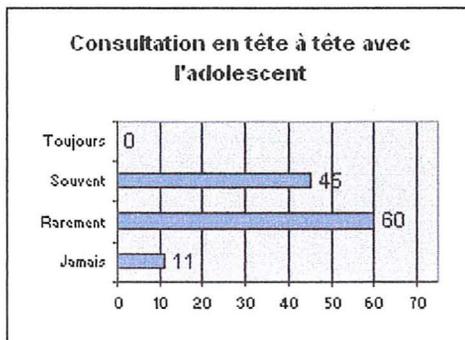
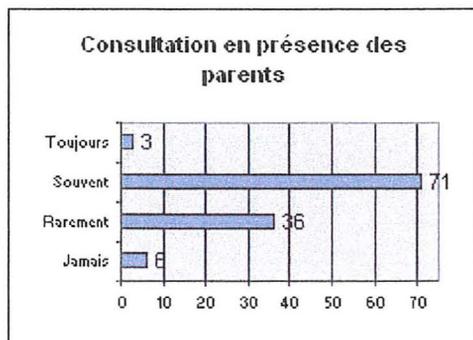
- consultation en tête à tête avec l'adolescent sans rencontre avec les parents,
- consultation en 2 temps : premier temps avec l'adolescent seul, puis deuxième temps en présence des parents,
- consultation en 3 temps : le patient et ses parents sont brièvement reçus ensemble, puis l'adolescent est examiné seul, une synthèse de la consultation est faite en présence des parents,
- consultation entièrement en présence des parents.

Le graphique 2 montre que, de manière générale, les médecins ne ménagent pas de temps pour voir l'adolescent seul sans les parents. Un tiers des médecins ont répondu souvent suivre les schémas en 2 ou 3 temps. Deux tiers des médecins ont reconnu ne les adopter que rarement voir jamais, 74 médecins (63.8%) pour le schéma en 2 temps, 77 médecins (66.4%) pour le schéma en 3 temps. 71 médecins (61.2%, intervalle de confiance : 52.1%-69.6%) ont répondu que la consultation se déroulait souvent entièrement en présence des parents. 60 médecins (51.8%) ont dit qu'il était rare que la consultation se passe en tête à tête sans rencontre avec les parents.

15 médecins (13.0%) ont commenté leurs réponses pour expliquer que leur attitude n'était pas systématique. La présence des parents et le déroulement de la consultation sont fonction de l'âge de l'adolescent et du problème en jeu lors de la consultation. Pour les adolescents avant 15 ans ou en situation de problème médical bénin, les parents sont toujours présents durant la consultation. Après l'âge de 15 ans, deux situations sont volontiers observées : les adolescents viennent seul au cabinet ou sont accompagnés par leurs parents qui restent dans la salle d'attente. Un médecin a décrit la consultation des jeunes de 16 à 19 ans comme proche de celle d'un adulte. Si des problèmes psychologiques ou relationnels apparaissaient lors de la consultation, les médecins ont dit avoir l'habitude de voir l'adolescent seul en faisant sortir les parents de la salle d'examen et ceci quelque soit l'âge du patient.

Graphique 2 : Place des parents dans la consultation

(N : nombre de médecins ayant répondu positivement à l'item, sur 116 médecins)



6.3. LE SECRET MEDICAL (question n° 14)

La quasi-totalité des médecins a répondu que pour respecter la confidentialité de la consultation avec l'adolescent, ils leur arrivaient d'expliquer à leurs jeunes patients qu'ils avaient droit au secret médical vis-à-vis de leurs parents. La fréquence de cette attitude dépendait de l'âge du patient (graphique 3). Les médecins ont reconnu le faire rarement, tout en le concevant aisément, avant 15 ans pour 58.6% d'entre eux (68 médecins), et, après 15 ans pour 23.2% d'entre eux (27 médecins). Ils ont dit expliquer souvent au patient que le contenu de la consultation lui appartenait en propre, avant 15 ans pour 36.2% d'entre eux (42 médecins), et, après 15 ans pour 75.0% d'entre eux (87 médecins).

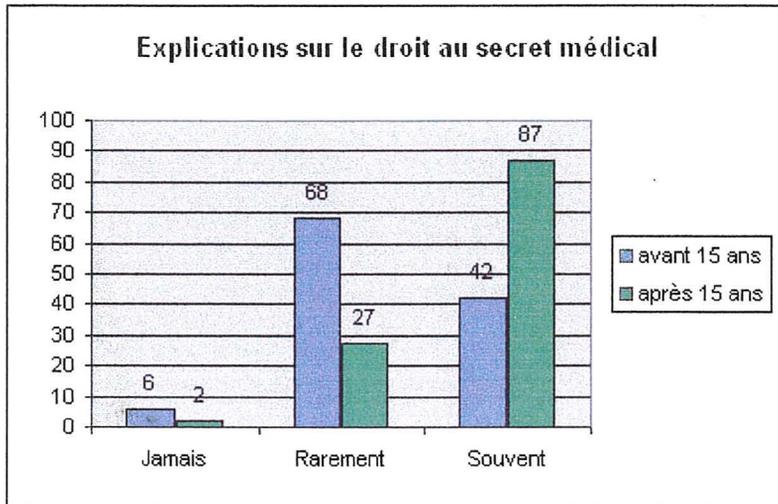
Un médecin a signalé avoir remarqué que les adolescents avaient peur que le secret médical ne soit pas respecté et que le médecin rapporte tout aux parents.

6 médecins ont souligné qu'affirmer à un adolescent son droit au secret médical était une démarche fondamentale ; ils demandaient systématiquement l'accord de l'adolescent avant d'informer les parents. L'un d'eux a ajouté que cette attitude permettait souvent de

rétablir le dialogue et conférerait au médecin généraliste un rôle de médiateur entre l'adolescent et ses parents.

Graphique 3 : Explications sur le droit au secret médical

(N : nombre de médecin ayant répondu positivement à l'item, sur 116 médecins)



7. LES SUJETS IMPORTANTS A L'ADOLESCENCE

7.1. ABORDER LES SUJETS IMPORTANTS (question n° 15)

La question était : « Faites-vous preuve d'anticipation en abordant directement les sujets qui vous semblent pertinents à l'adolescence, sans attendre de questions de la part de vos patient ? ». Les réponses ont été : jamais pour 4 médecins (3.5%), rarement pour 25 médecins (21.5%), souvent pour 83 médecins (71.5%, intervalle de confiance : 62.7%-78.9%), toujours pour 4 médecins (3,5%).

3 médecins ont expliqué qu'ils anticipaient rarement, par pudeur et surtout par peur d'être intrusifs, ils redoutaient que l'adolescent ne se sente agressé et de provoquer une attitude défensive. Un médecin a noté qu'il était très difficile d'imposer un sujet de discussion à un adolescent si ce dernier n'était pas demandeur. 4 médecins ont expliqué que les différents sujets abordés en consultation avec les adolescents étaient volontiers très vastes, mais que pour pouvoir le faire, ils devaient d'abord mettre l'adolescent en confiance et laisser venir le dialogue.

3 autres médecins ont remarqué que leur attitude dépendait de la perception qu'ils avaient de leur patient : pour un jeune qu'ils sentaient à l'aise, ils étaient peu investigateurs ; par contre, pour une jeune qu'ils sentaient mal dans sa peau, ils menaient un interrogatoire plus exhaustif.

Un médecin a noté qu'il ne voyait pas l'intérêt de cette attitude d'anticipation. Selon lui, elle correspond à une dramatisation de l'adolescence, et crée des problèmes là où il n'y en a pas.

7.2. LES THEMES ABORDES EN CONSULTATION (question n° 16)

15 thèmes étaient proposés, il était demandé aux médecins de qualifier (jamais, rarement, souvent, toujours) avec quelle fréquence ils les abordaient au cours de la consultation, en dehors du motif initial de la consultation.

Les médecins ont répondu habituellement aborder les thèmes relatifs à la vie quotidienne ; par ordre d'importance : la scolarité et le projet professionnel (toujours : 30.2%, souvent : 64.55%) ; les loisirs et les sports (toujours : 26.7%, souvent : 62.1%), les relations familiales (toujours : 14.6%, souvent : 67.2%, rarement : 17.2%), les relations sociales (souvent : 61.2%, rarement : 25.9%).

Les problèmes de comportement alimentaire et les troubles du sommeil étaient volontiers évoqués au cours des consultations. Des questions sur l'alimentation étaient souvent (60.3%) ou toujours (15.5%) posées lors des consultations. Les médecins s'enquerraient également volontiers du sommeil (souvent : 61.2%, toujours : 18.1%).

Les consommations de toxiques et les comportements à risques étaient inégalement abordés. Le sujet le plus important était le tabac : 25.9% des médecins ont répondu en parler toujours, et 68.1% souvent. Les consommations d'alcool et de drogues étaient évaluées de manière quasi identique : rarement (33% des médecins), souvent (49.1% des médecins pour l'alcool, 54.3% des médecins pour la drogue). La sécurité routière était un thème très peu abordé : jamais pour 31.0% des médecins, rarement pour 50.9% des médecins. La sexualité et la contraception étaient souvent évoquées pour 68.1% des médecins. 56.9% des médecins ont répondu parler souvent des maladies sexuellement transmissibles, un tiers a répondu en parler rarement.

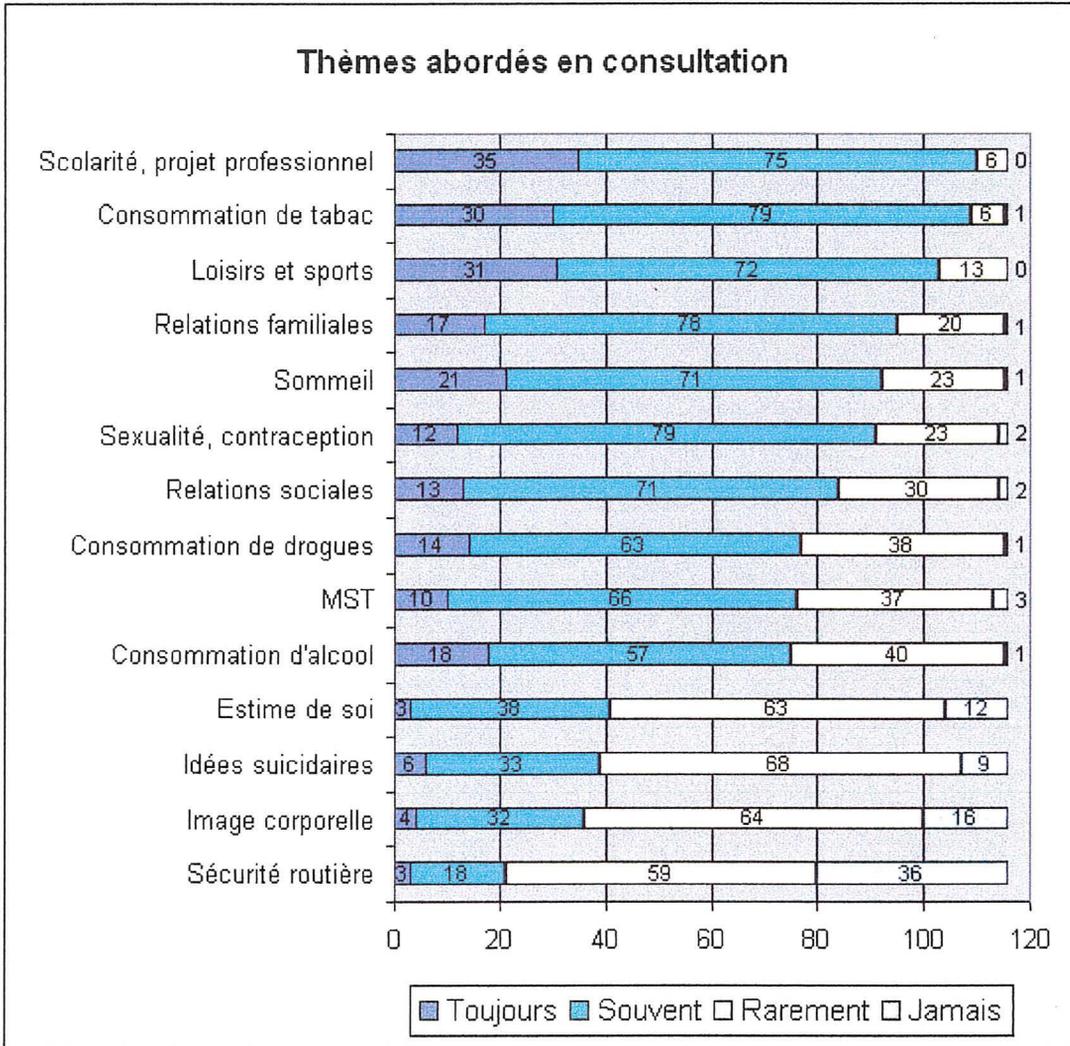
Les questions relatives à la vie intérieure et à l'humeur étaient moins évoquées. Pour deux tiers des médecins, les idées suicidaires, l'estime de soi et l'image corporelle n'étaient

que rarement ou jamais abordés. Les médecins ont répondu rechercher des idées suicidaires : souvent (28.4%), rarement (58.6%), jamais (7.8%). L'estime de soi était évaluée : souvent (32.7%), rarement (54.3%), jamais (10.3%). Les médecins s'enquerraient de la perception que l'adolescent avait de son image corporelle : souvent (27.6%), rarement (55.2%), jamais (13.8%). 15 médecins ont expliqué que l'abord de ces thèmes leur semblait inapproprié lors d'une consultation liée à un motif banal ; par contre, ils ont dit les aborder systématiquement devant des difficultés psychologiques ou relationnels et des problèmes de poids.

Le graphique 4 permet de classer les différents sujets, du plus au moins importants, dans le discours des généralistes :

- 1 : scolarité et projet professionnel
- 2 : consommation de tabac
- 3 : loisirs et sports
- 4 : relations familiales
- 5 : sommeil
- 6 : sexualité, contraception
- 7 : alimentation
- 8 : relations sociales (amis, groupe de pairs)
- 9 : consommation de drogues
- 10 : maladies sexuellement transmissibles
- 11 : consommation d'alcool
- 12 : estime de soi
- 13 : idées suicidaires
- 14 : image corporelle
- 15 : sécurité routière.

Graphique 4 : Importance accordée aux différents thèmes de discussion, selon la fréquence avec laquelle ils sont abordés en consultation
(N : nombre de médecins ayant répondu positivement à l'item, sur 116 médecins)



7.3. CE QUI LIMITE LES GENERALISTES DANS LEUR DISCOURS SUR LES THEMES SENSIBLES A L'ADOLESCENCE (question n°17)

Il était demandé aux médecins les raisons qui les empêchaient d'aborder les thèmes présentés dans la question n°16. 72 médecins (62.0%, intervalle de confiance : 52.9%-70.4%) ont reconnu que c'était le manque de temps. Un tiers des médecins ont dit se sentir mal à l'aise dans le dialogue autour de ces thèmes par pudeur ou manque d'aisance.

Tableau 7 : Les raisons empêchant d'aborder les thèmes importants à l'adolescence

	N	%
Le manque de temps	72	62.0%
La pudeur	16	13.8%
Le manque d'aisance dans le dialogue autour de ces thèmes	24	20.7%
Le manque de connaissance de ces thèmes	10	8.6%
Ces thèmes ne vous paraissent pas importants à l'adolescence	1	0.8%
Vous considérez que ce n'est pas votre rôle	11	9.4%

6 médecins ont expliqué que le manque de temps et la durée limitée de la consultation les empêchaient d'aborder tous les sujets qui leur semblaient importants à l'adolescence, mais qu'ils essayaient de le faire sur le long terme. Citons ce médecin qui résume l'attitude de ses confrères : « je considère que la prise en charge de l'adolescent est globale et que pour mieux le cerner, tous les thèmes proposés doivent être évoqués. Par contre, je ne les évoque pas tous au cours de la même consultation mais alternativement au fur et à mesure des consultations. Cette attitude permet de ne pas tout mélanger et d'établir un climat de confiance avec le jeune ».

10 médecins ont remarqué que leur discours dépendait du motif de consultation : une consultation motivée par une problème somatique aigu (rhinopharyngite, gastro-entérite), une vaccination ou un certificat d'aptitude au sport ne se prêtait habituellement pas, selon eux, à un dialogue autour des thèmes proposés, ces derniers n'étaient par conséquent pas évoqués.

2 médecins ont noté que, dans le contexte de la médecine générale, ils ne voyaient pas la nécessité d'un discours sur les thèmes proposés.

7.4. L'UTILISATION DE DOCUMENTS DE PREVENTION (question n°18)

70 médecins (60.3%) ont répondu qu'ils ne disposaient pas de documents de prévention à remettre aux adolescents. 48 médecins (41.4%) ont dit que ces documents leur manquaient, 23 médecins (19.8%) trouvaient que ces documents n'étaient pas utiles.

23 médecins (19.8%) ont répondu qu'ils s'en servaient souvent. 23 médecins (19.8%) ont reconnu qu'ils possédaient des documents de prévention mais qu'ils oubliaient de les donner.

8. L'EXAMEN PHYSIQUE

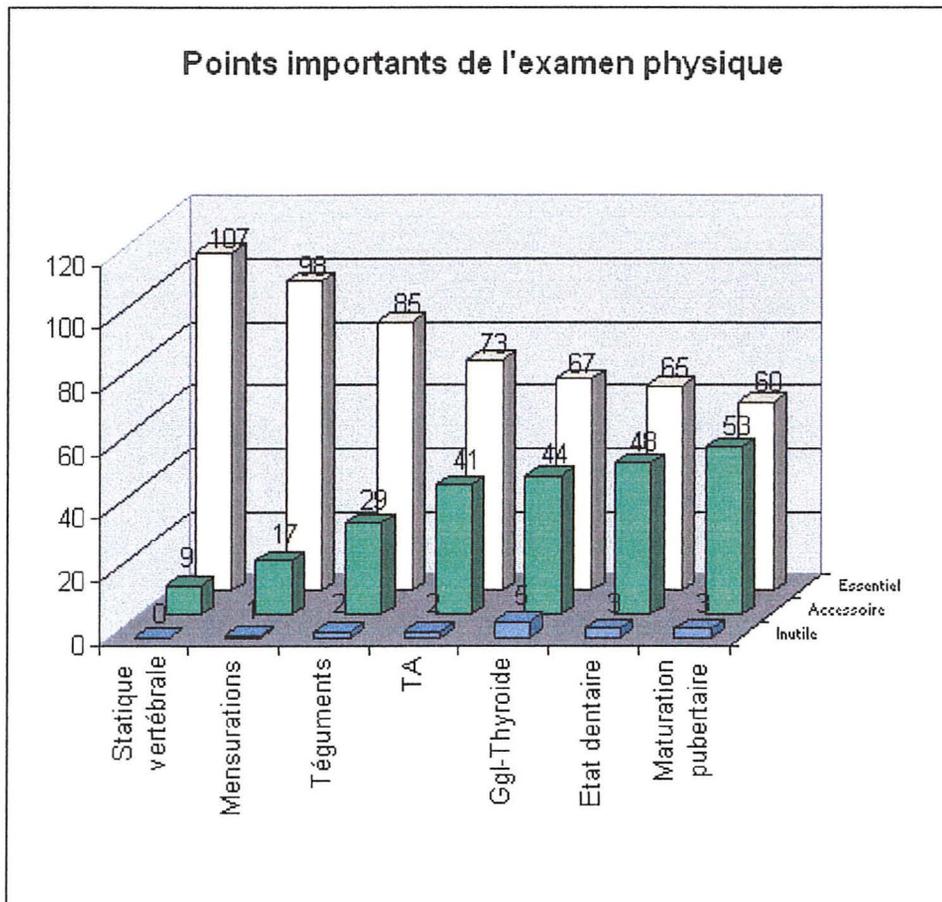
8.1. LES POINTS IMPORTANTS DE L'EXAMEN PHYSIQUE (question n° 19)

Le graphique 5 permet de classer les différents points de l'examen physique du plus au moins importants (d'après le nombre de médecins ayant répondu qu'ils considéraient ce point essentiel) : l'examen de la statique vertébrale (107 médecins, 92.2%), le relevé des mensurations (poids, taille) (98 médecins, 84.4%), l'examen des téguments (85 médecins, 73.2%), la prise de la tension artérielle (73 médecins, 63.0%), la palpation des aires ganglionnaires et de la thyroïde (67 médecins, 57.8%), l'inspection de l'état dentaire (65 médecins, 56.0%), l'évaluation de la maturation pubertaire selon la cotation de Tanner (60 médecins, 51.7%, intervalle de confiance : 42.7%-60.6%).

5 médecins ont noté qu'ils ne savaient pas évaluer la maturation pubertaire selon la méthode de Tanner.

Graphique 5 : Les points importants de l'examen physique

(N : nombre de médecins ayant répondu positivement à l'item, sur 116 médecins)



8.2. REpondre aux reticences vis-a-vis de l'examen physique

(question n° 20)

La question était : « L'adolescent est fréquemment réticent à un examen physique complet. Comment réagissez-vous à ses résistances ? ». Quatre items étaient proposés, plusieurs réponses étaient autorisées.

« Vous lui dites de mettre sa pudeur de côté » : aucune réponse.

« Vous lui expliquez, qu'en tant que médecin, vous avez l'habitude de voir des gens dévêtus » : 31 médecins (26.7%).

« Vous lui expliquez que vous comprenez sa gêne mais que c'est important pour vous, médecin, d'examiner son corps et de s'assurer que tout va bien » : 76 médecins (65.5%).

« Vous respectez sa gêne en lui demandant de se dévêtir partiellement et/ou alternativement » : 88 médecins (75.9%).

6 médecins ont expliqué avoir pour habitude d'expliquer le déroulement de l'examen physique et de le différer à une prochaine fois : « la prochaine fois, je ferais ça ... ».

8.3. Echanger sur le corps et le processus pubertaire

(question n° 21)

Les médecins ont répondu qu'ils ne mettaient pas à profit l'examen physique pour avoir avec l'adolescent un échange au sujet de son corps et du processus pubertaire. 7 médecins (6.0%) ne le faisaient jamais, 65 médecins (56.0%) rarement, 43 médecins (37.0%) souvent, 1 médecin (0,8%) toujours.

9. GERER CERTAINES SITUATIONS A L'ADOLESCENCE

9.1. LES TROUBLES FONCTIONNELS (question n° 22)

Six items étaient proposés pour analyser quelles réponses les médecins généralistes apportaient aux adolescents présentant des troubles fonctionnels.

106 médecins (91.4%, intervalle de confiance : 84.9%-95.2%) ont répondu qu'ils engageaient le dialogue avec leur patient pour essayer de comprendre ce qui se cachait derrière ses manifestations fonctionnelles. Pour 96 médecins (82.7%), le premier réflexe était d'éliminer une organicité. 57 médecins (49.1%) ont répondu qu'ils reconvoquaient leur patient à brève échéance pour surveiller l'évolution de ses difficultés. 30 médecins (25.9%) ont dit expliquer à leur patient qu'il somatisait. 21 médecins (18.1%) ont reconnu qu'ils prescrivaient un traitement symptomatique. 18 médecins (15.5%) ont dit avoir pour attitude d'expliquer à leur patient que son examen était normal, qu'il n'avait rien de grave et que ses symptômes allaient passer tout seuls.

5 médecins ont commenté leurs habitudes : ils ont dit ne pas proposer systématiquement un autre rendez-vous, mais expliquer qu'ils restaient disponibles et que la porte de leur cabinet était toujours ouverte en cas de nécessité.

3 médecins ont expliqué être formés aux thérapies cognitivo-comportementales, 4 autres médecins ont dit volontiers assurer des psychothérapies de soutien.

9.2. L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE (question n° 23)

34 médecins (29.3%) considéraient que les adolescents étaient des patients mauvais observants, et moins bons observants que les adultes. 45 médecins (38.8%) estimaient que si les adolescents étaient mauvais observants, ils n'étaient pas moins observants que les adultes. 37 médecins (31.9%) ne sont pas prononcés.

15 médecins (12.9%) ont dit considérer que c'était le rôle des parents de l'adolescent de veiller à ce que leur enfant prenne son traitement.

63 médecins (54.3%) ont dit aborder le sujet de l'observance thérapeutique avec les adolescents en consultation.

Un médecin a noté qu'il prescrivait très peu de médicaments à l'adolescence. Un autre a remarqué que : « la prise du traitement est l'affaire de l'ado , il doit se responsabiliser ».

9.3. LE TRAVAIL EN RESEAU (question n° 24)

D'après le graphique 6, les médecins généralistes ont peu recours à d'autres intervenants de santé pour résoudre les problèmes de leur jeunes patients.

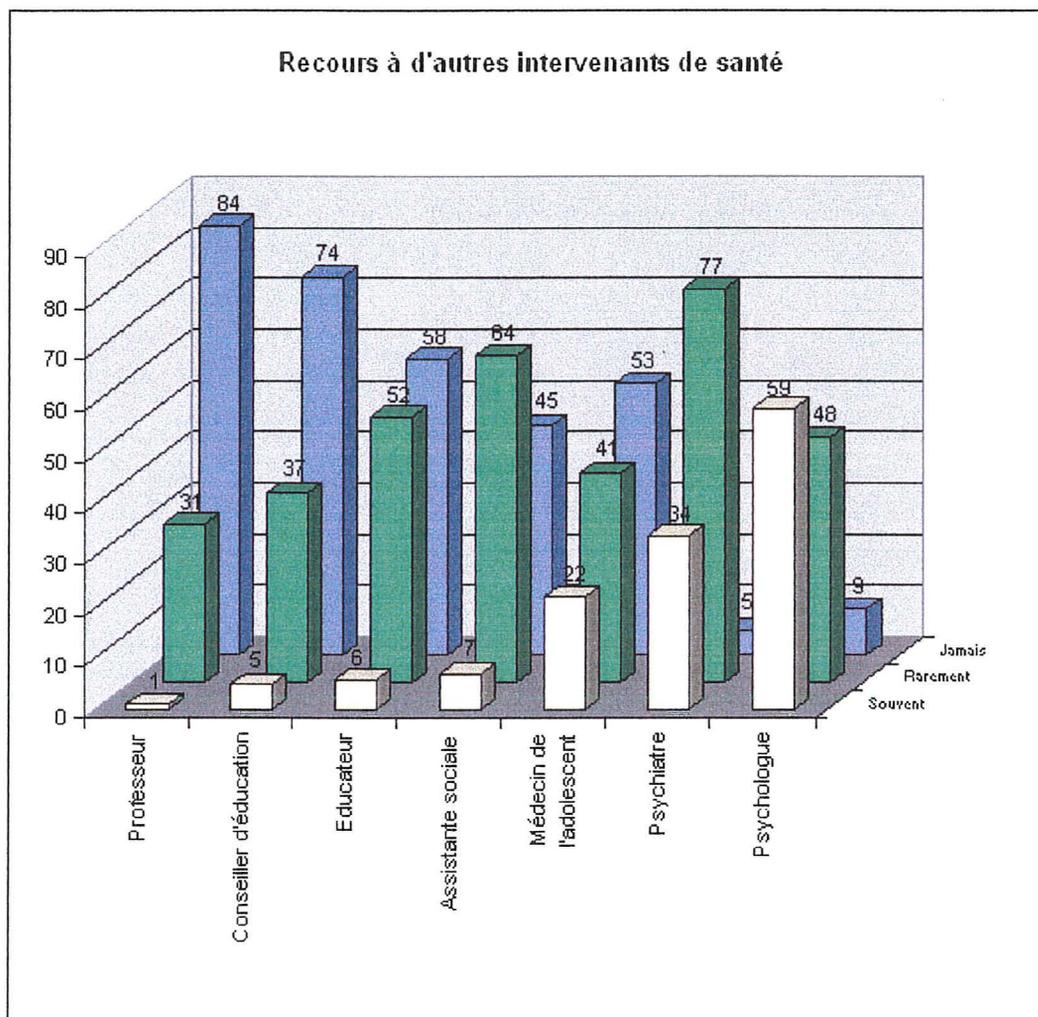
Dans le domaine scolaire et social, ils ont répondu faire appel, par ordre de fréquence, aux : professeurs (jamais : 72.4%, rarement : 26.8%), conseillers d'éducation (jamais : 63.9%, rarement : 31.9%), éducateurs (jamais : 50.0%, rarement : 44.9%), assistantes sociales (jamais : 38.8%, rarement : 55.2%).

Les médecins ont dit essentiellement avoir recours aux psychologues et aux psychiatres. 50.9% adressaient souvent au psychologue. Ils adressaient au psychiatre, souvent pour 29.3% d'entre eux, rarement pour 66.4% d'entre eux. 4 médecins ont déploré le manque de disponibilité des psychiatres (délai de rendez-vous) et la mauvaise qualité de communication entre confrères (pas de courrier ni de retour d'information de la part des psychologues et des psychiatres). 3 médecins ont noté qu'ils avaient recours au Centre de Santé des Adolescents de Chambéry.

Les médecins ont répondu qu'ils faisaient peu appel aux médecins spécialisés en médecine de l'adolescence : 45.7% jamais, 35.3% rarement, 19% souvent. 6 médecins (5.2%) ont signalé ne pas savoir qu'ils existaient des médecins spécialistes en médecine de l'adolescence. Un médecin a demandé si les « adolescentologues » existaient, un autre a affirmé que le médecin spécialiste de l'adolescent, c'était le généraliste.

3 médecins ont remarqué qu'en tant que généralistes, ils se trouvaient souvent seuls pour assurer la prise en charge des adolescents ayant des problèmes psychologiques ou affectifs. Un médecin a formulé le souhait que les adolescents en difficultés soient suivis dans une cellule d'accueil à l'échelle locale, dans laquelle le médecin généraliste pourrait intervenir pour assurer un travail en commun et un lien entre les différents intervenants.

Graphique 6 : Le recours à d'autres intervenants de santé
(N : nombre de médecins ayant répondu positivement à l'item, sur 116 médecins)



10. LA FORMATION

10.1. LA FORMATION RECUE (question n° 25)

Les connaissances en médecine de l'adolescent étaient essentiellement le fait de la formation personnelle (53,4% des médecins) et de la FMC (37,0% des médecins). 28 médecins (24,1%, intervalle de confiance : 17,3%-32,7%) ont dit ne jamais avoir reçu de formation en médecine de l'adolescent (tableau 8).

Tableau 8 : La formation reçue en médecine de l'adolescent

Formation	N	%
Cours lors de vos études	17	14.6%
Congrès	3	2.6%
FMC	43	37.0%
Formation personnelle (articles, ouvrages généraux)	62	53.4%
DU ou DIU	8	6.9%
Aucune formation	28	24.1%

10.2. LA DEMANDE DE FORMATION (question n° 26)

91 médecins (78.4%) étaient demandeurs de formation en médecine de l'adolescent, 6 médecins (5.1%) ont reconnu que cette formation était en besoin urgent. 19 médecins (16.4%) ont répondu qu'ils n'étaient pas intéressés.

11. REMARQUES

11.1. CRITIQUES AU SUJET DU QUESTIONNAIRE

8 médecins ont dit avoir été gênés par l'absence d'échelonnement des âges. Ils expliquaient ne pas adopter la même attitude en face d'un adolescent avant et après 15 ans : répondre aux questions de manière générale était donc difficile.

6 médecins ont regretté l'absence d'un item intermédiaire entre souvent et rarement pour certaines questions, ils auraient souhaité pouvoir cocher « parfois ».

11.2. AUTRES COMMENTAIRES

« La consultation de l'adolescent en médecine générale est dense, très variée et compliquée, voir difficile. Elle peut aller de la gestion d'un simple symptôme (rhinopharyngite) dans un contexte socio-familial stable et structurant jusqu'à la prise en charge d'ado en pleine rupture avec la famille, l'école. »

« Je crois que dans nos consultations l'adolescent souhaite être reconnu comme un individu à part entière, et nous devons respecter ce sentiment. Notre discours et notre attitude

doivent être adaptés à cette tranche d'âge : il faut trouver le compromis entre le comportement infantilisant et le comportement que l'on aurait avec un adulte. »

« Un tant que médecin généraliste, implicitement médecin de famille, ma relation avec l'adolescent est très dépendante de la connaissance que j'ai de lui antérieurement et de sa famille. »

« Une de mes plus grandes satisfactions de médecin praticien : suivre les enfants de jeunes parents qui m'ont eux-mêmes consulté durant leur enfance et adolescence. »

« Dans ma relation avec mes jeunes patients, je considère comme très importante mon expérience personnelle avec mes enfants : 4 ados à la maison : 20, 18, 16 et 11 ans. »

« Il faut faire la différence entre adolescent à problèmes déclarés ou non déclarés et adolescent, patient consultant pour un problème médical standard. A cette occasion là, il est presque impossible d'aborder les problèmes propres à l'adolescence. Fait-on un examen gynécologique à toutes les femmes qui viennent pour une angine, fait-on un toucher rectal à tous les hommes au delà de 50 ans s'ils viennent pour faire prendre le TA. A quand la consultation de médecine préventive ? »

« Le manque de temps et les contraintes du cabinet sont un obstacle à une prise en charge approfondie ».

« L'adolescent est une personne, qui, comme chaque personne, a besoin que nous entendions sa demande. Quand il s'agit d'une histoire organique, il n'y a pas de difficulté. Quand la souffrance, grande ou petite, n'est pas organique, tout devient compliqué car l'adolescent a du mal à verbaliser et il est souvent délicat d'exploiter une histoire sans parole où nous devons écouter ce que nous n'avons pas entendu... »

« Comme vous je pense que le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer auprès des adolescents et que notre formation nous prépare mal à entrer en contact avec les jeunes. Curieusement, c'est plus facile quand on vieillit, peut-être parce que nous représentons un parent de substitution facile pour l'adolescent en difficultés. »

CHAPITRE VIII : DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ENQUETE

1.1. LA DEFINITION DE L'ADOLESCENT

La définition choisie pour cibler la population des adolescents dans la clientèle des médecins généralistes était celle de l'OMS : « est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans ». L'enquête faisait donc référence à une classe d'âge très vaste allant du pré-adolescent au jeune adulte.

Les médecins sondés ont parfois été gênés par l'absence de distinction entre les jeunes de moins et de plus de 15 ans, il leur était difficile de standardiser leur attitude face à une population aussi variée.

Il était délibéré de ne pas proposer d'échelonnage des âges dans le questionnaire, à l'exception de la question sur le secret médical. Cette démarche visait à présenter l'adolescence comme une entité : le temps du passage de l'enfance à l'âge adulte. Au cours de l'adolescence, il existe, certes, plusieurs étapes, mais la constante est la poursuite d'une maturation psycho-sociale intense. C'est précisément cette évolution permanente qui est spécifique de l'adolescence ; cette notion devrait toujours être présente à l'esprit de celui qui s'occupe d'un adolescent, quelque soit l'âge de cet adolescent.

1.2. LA FORME DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire ne comportait que des questions fermées sous forme de tableaux, les médecins devaient cocher les cases qui correspondaient à leurs choix. Ils avaient la possibilité de commenter leurs réponses soit à chaque question, soit à la fin du questionnaire dans une rubrique « Remarques ».

Cette forme de questionnaire a été choisie pour permettre une exploitation statistique. En effet, le premier pré-test proposé comprenait des questions ouvertes, mais l'inhomogénéité des réponses n'aurait pas permis d'obtenir des résultats statistiquement intéressants.



Les réponses à des questions fermées sont, certes, moins riches, surtout lorsque le sujet fait référence au vécu de la relation avec les patients et aux habitudes de prise en charge, mais elles sont reproductibles. Par ailleurs, les très nombreuses annotations des médecins ont permis d'enrichir les résultats. L'homogénéité des réponses a été garantie par les grilles de questions, et les commentaires des médecins ont permis d'approfondir la signification des résultats.

1.3. LE CHOIX D'UNE ANALYSE QUALITATIVE

Dans les tableaux, les médecins devaient définir leur pratique en choisissant des adjectifs qualitatifs : jamais ou exceptionnellement, rarement, souvent, très souvent ou toujours. Certains médecins ont regretté l'absence de l'item : « parfois ».

Il était plus simple pour les médecins de choisir un qualificatif de fréquence, plutôt que de donner un pourcentage indiquant la régularité avec laquelle ils tenaient un certain discours ou adoptaient un comportement donné.

L'adjectif « parfois » n'a pas été proposé dans les grilles. En effet, savoir qu'un médecin fait parfois quelque chose, est bien moins informatif que de savoir qu'il le fait souvent ou rarement. Les médecins devaient trancher.

1.4. LE TAUX DE REPONSES

Le taux de réponses de 72.5% est satisfaisant pour une enquête de pratique menée par courrier et permet une exploitation statistique.

La répartition des médecins selon leur âge et leur sexe correspond aux chiffres publiés par le Conseil de l'Ordre des Médecins.

1.5. LE BIAIS DE SINCERITE

L'enquête cherchait à décrire les habitudes des médecins généralistes en matière de prise en charge des adolescents. Elle n'était pas une évaluation de pratique au sens strict car le comportement des médecins n'a pas été analysé au cabinet par un observateur. Il était

demandé aux médecins de répondre aux questions en se mettant en situation, il s'agissait pour eux d'estimer leur propre exercice. Ce type d'étude comporte un biais de sincérité.

Un biais de sincérité est d'autant plus important que le sujet traité est connu et théorique. Or, les médecins généralistes ont reconnu être très peu formés en médecine de l'adolescent. Cette absence de connaissance théorique parmi la population sondée minore donc le biais de sincérité.

2. LES ENSEIGNEMENTS

2.1. LE RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE

Les soins aux adolescents représentent une part importante de l'activité des médecins généralistes sondés. Cette constatation confirme les données nationales, selon lesquelles les adolescents ont principalement recours au médecin généraliste en cas de problèmes de santé. Le médecin généraliste apparaît bien comme l'interlocuteur privilégié des jeunes en matière de santé.

Le recours au médecin généraliste est essentiellement occasionné par des motifs assez banals : les demandes de certificat d'aptitude au sport et les vaccinations en tête, les problèmes somatiques aigus ensuite, puis la traumatologie. Les difficultés psychologiques sont des motifs plus rares de consultation, les problèmes de consommation de toxiques et les maladies chroniques ne sont qu'exceptionnellement à l'origine des consultations. Ces constatations confirment, comme le montrent les statistiques nationales, que la majorité des adolescents va bien. En tout cas, les adolescents suivis par les médecins généralistes présentent peu de maladies chroniques, et sembleraient, pour le plus grand nombre, équilibrés et assez bien dans leur peau.

Pourtant, les médecins généralistes sont d'accord pour dire que le motif avoué de la consultation est souvent un faux-ami qui cache des problèmes plus profonds. Ainsi, les adolescents rencontrés en médecine ambulatoire ne seraient pas exempts de difficultés psychologiques. Devant ces troubles, le médecin généraliste a donc la difficile tâche de faire la part entre le normal et le pathologique, il doit s'assurer que ce qu'il observe est lié au travail psychique de l'adolescence et ne témoigne pas de traits pathologiques.

2.2. LE DIALOGUE

Les médecins généralistes se disent à l'aise dans leur relation avec les adolescents.

La majorité d'entre eux utilise le « tu » pour dialoguer avec les jeunes, ce pronom personnel plus familier correspond bien à la proximité propre au médecin généraliste et à la bienveillance habituelle de son discours. Le tutoiement semble naturel quand l'adolescent est connu depuis l'enfance. Pourtant, il ne faudrait pas que ce tutoiement contribue à prolonger la relation de soins selon un mode pédiatrique. A cette période de la vie, il est parfois nécessaire de demander à l'adolescent s'il préfère être vouvoyé ou tutoyé - ce que les médecins généralistes ne font pas - pour lui laisser établir la distance relationnelle qu'il souhaite. Tant que le patient est un enfant, le rôle de parents est partiellement présent dans la fonction de médecin. Quand l'enfant devient adolescent, le médecin, à l'instar des parents, semble avoir du mal à considérer cet adolescent comme quelqu'un qui s'autonomise.

Il faut également remarquer que, parmi les 87 médecins ayant affirmé ne jamais ou rarement ressentir de difficultés à dialoguer avec les adolescents, 27 d'entre eux (31.0%) ont aussi répondu utiliser à la fois le « tu » et le « vous » au cours de la même consultation pour s'adresser aux adolescents. Ce comportement dénote que les médecins ont souvent des difficultés à trouver eux-mêmes la bonne distance relationnelle avec les adolescents. Il semble pourtant important que les praticiens sachent se situer d'emblée vis-à-vis de l'adolescent ; rappelons que les adolescents se définissent souvent par rapport aux autres et que le choix du pronom personnel est riche de sens dans l'établissement d'une relation.

Notons aussi qu'un tiers des médecins se sent limité dans son discours avec les adolescents par pudeur ou par manque d'aisance quand il s'agit d'aborder les thèmes de prévention et la qualité de la vie psychique. Cependant, la majorité des médecins généralistes disent savoir aller au-delà des demandes de leurs patients et introduire dans l'entretien les sujets qui leur semblent importants. Cette attitude est primordiale d'autant que les généralistes sondés ressentent que les adolescents ont du mal à exprimer leur demande de soins. Les généralistes sont des praticiens rompus à l'écoute et à la communication. Cette connaissance des relations humaines et de leur gestion facilite grandement leurs échanges avec les adolescents, patients qui sont pourtant renfermés et peu loquaces, de l'avis même des généralistes.

2.3. LE DISCOURS

Les médecins généralistes sont bien conscients de l'ampleur des enjeux et des questions à l'adolescence, ils disent également en avoir une bonne connaissance. Les thèmes abordés en consultation sont volontiers très vastes, néanmoins ils ne sont pas abordés systématiquement et on retrouve une certaine hiérarchie dans leur importance. Les sujets assez neutres relatifs à la vie quotidienne (scolarité et loisirs) sont bien présents lors des consultations. Les attitudes de prévention sont moins habituelles, à l'exception de la consommation de tabac mais surtout en ce qui concerne la sécurité routière. Les questions sur l'équilibre psychique et le bien-être intérieur sont plus rarement abordées. Il faut pourtant rappeler que la santé des jeunes est essentiellement menacée par les comportements à risque et les troubles psychiatriques : la mortalité et la morbidité à l'adolescence sont étroitement liées au processus de maturation psychique.

Quand l'adolescent vient pour un motif banal, la consultation se limite à ce motif. Or, la très grande majorité des consultations est motivée par des problèmes somatiques aigus, des vaccinations et des demandes de certificat d'aptitude au sport. Il faut donc craindre que les médecins généralistes n'abordent pas souvent les sujets de prévention et n'évaluent pas régulièrement la bonne évolution du développement psycho-social de leurs jeunes patients.

Par contre, les généralistes n'omettent pas d'explorer la qualité de l'environnement et l'équilibre psychique de leur patient en cas de troubles de l'humeur et du comportement : les consultations restent donc très ciblées. Or, en matière de prévention, c'est la répétition des mesures préventives et des conseils qui se montre efficace, et dans le domaine de la psychiatrie, c'est la surveillance régulière de l'équilibre psychique qui permet le dépistage précoce des troubles de l'humeur.

Certains thèmes pourraient, en effet, paraître inappropriés lors d'une consultation banale, pourtant ce sont ces rencontres ponctuelles qui permettent le suivi et elles doivent être l'occasion d'évaluer le patient dans sa globalité. Rappelons que concernant un adolescent, le suivi devrait comprendre des bilans somatiques, une surveillance de l'accomplissement du travail psychique de l'adolescence et une démarche de prévention. Il ne s'agit pas de tenir un discours moralisateur ou d'ennuyer l'adolescent avec des questions existentielles, mais d'instaurer un dialogue, pour que l'adolescent reconnaisse dans son médecin généraliste un interlocuteur et un conseiller.

Le manque de temps est la raison invoquée pour limiter le dialogue au sujet de la prévention et de la vie intérieure. On comprend aisément qu'une consultation de quinze minutes ne soit pas suffisante pour faire vraiment connaissance avec un patient. Il n'est pas nécessaire d'aborder tous les sujets au cours d'une même consultation, mais chaque rencontre devrait être l'occasion de soulever de nouvelles questions pour que finalement le discours du médecin soit exhaustif. Il est également regrettable que le questionnaire amorce de dialogue ne soit pas plus employé en médecine générale. Les médecins avouent soit ne pas le connaître soit ne pas en comprendre l'utilité. Pourtant, il leur permettrait, sans perte de temps, puisque le questionnaire est rempli en salle d'attente ou à la maison et rapporté, de mieux appréhender leurs jeunes patients et de leur signifier l'éventail très large de sujets qu'ils peuvent aborder avec leur médecin.

2.4. LA RELATION DE SOINS

Les médecins généralistes appréhendent bien les spécificités de la demande de soins à l'adolescence, mais ils ne perçoivent pas l'adolescent comme un patient à la recherche d'écoute et de conseils. Cette constatation explique probablement que les médecins généralistes limitent leur discours en matière de prévention et ne poussent pas leurs investigations dans le domaine du psychisme. Ils ne profitent pas non plus du temps de l'examen physique pour parler du corps et du processus pubertaire, probablement parce qu'ils ressentent la gêne de l'adolescent au sujet de son corps comme de la pudeur et non comme des interrogations et de l'angoisse relatives au développement pubertaire.

Il semble, qu'à l'adolescence, la relation de soins médecin généraliste – adolescent soit souvent une relation à trois : médecin généraliste – adolescent - parents. En effet, les parents sont très fréquemment présents au cours des consultations, et l'habitude n'est pas de ménager un temps pour voir le jeune en tête à tête. Pourtant, les généralistes sont bien conscients que, s'agissant d'un adolescent, l'initiative de la consultation revient plus souvent à l'entourage qu'au jeune lui-même. Ils ont donc l'habitude de s'enquérir de « qui veut quoi ». Cependant, ils ne profitent pas de cette occasion pour signifier à l'adolescent qu'il est considéré comme un patient à part entière, en le séparant symboliquement de ses parents par un entretien mené en tête à tête. Il semble que le médecin généraliste, médecin de famille, reste le médecin de la

famille ; participer au processus d'individuation de l'adolescent en l'autonomisant vis-à-vis de ses parents lui semble peut-être paradoxal.

Néanmoins, quand la situation le nécessite, devant des troubles de l'humeur ou du comportement, les médecins généralistes savent faire sortir les parents de la salle de consultation et expliquer à leur patient son droit au secret médical. Cependant, si cette démarche semble naturelle pour les généralistes après l'âge de 15 ans, elle est moins habituelle avant 15 ans. Rappelons que juridiquement, vie privée et intimité sont reconnues à l'adolescent quelque soit son âge.

2.5. LA PRISE EN CHARGE

Les médecins généralistes considèrent que leur rôle auprès des adolescents est triple : médico-psycho-social. Cependant, il existe une échelle de valeur et selon eux, la fonction médicale doit primer. Cette constatation est logique quand on sait que la part accordée à la prévention et l'évaluation psychique en consultation est relativement tenue. Pourtant, les problèmes de santé des jeunes étant le plus souvent mêlés à des problèmes de vie, les médecins généralistes devraient élargir leurs champs d'action. Les adolescents pourraient alors identifier dans leur médecin généraliste, un référent présent pour dispenser des soins médicaux et les aider dans l'accomplissement de leur adolescence.

Les médecins généralistes restent, avant tout, des médecins somaticiens comme en témoigne l'exhaustivité de leur examen clinique. Tous les points sont essentiels. Curieusement, l'évaluation de la maturation pubertaire est l'élément de l'examen physique qui semble le moins important. Il est vrai que la médecine générale est caractérisée par la faible incidence des maladies rares et que les retards pubertaires sont des pathologies peu fréquentes. Cependant, l'acquisition des caractères sexuels secondaires étant un élément fondamental de la transformation physique à l'adolescence, les médecins devraient l'évaluer plus systématiquement. Cet examen permettrait, en outre, d'ouvrir le dialogue sur le corps.

Si les médecins généralistes disent privilégier la part médicale de leur fonction, ils savent cependant s'occuper des difficultés psychologiques. En effet, l'attitude qui fait la quasi-unanimité devant les troubles somatoformes consiste à engager un dialogue pour démasquer les problèmes sous jacents. Si les généralistes ne cherchent pas à dépister les problèmes psychiques, ils savent les reconnaître et y répondre quand ceux-ci font jour,

n'hésitant pas à assurer eux-mêmes une psychothérapie de soutien. Cette polyvalence est propre à la médecine générale : le médecin généraliste porte bien son titre d'omnipraticien.

Pourtant que le problème soit somatique ou psychologique, la plus grande part de l'activité des médecins généralistes paraît orientée vers le curatif. En effet, le dépistage et la prévention sont souvent laissés de côté, faute de temps. Or, s'agissant d'un adolescent, la démarche médicale doit être investigatrice, curative et préventive.

Dans le domaine social, l'action des médecins semble assez limitée, le recours aux assistantes sociales et éducateurs est rare voir absent. Cette constatation est probablement liée au faible nombre d'adolescents à problème, nécessitant des mesures socio-éducatives dans la clientèle des généralistes sondés.

Le travail en réseau est un aspect très problématique de la prise en charge des adolescents. Plusieurs médecins ont dit se sentir très seuls face aux adolescents en difficultés. Hormis les psychologues et les psychiatres qui sont souvent sollicités, avec la réserve que cette coopération n'aboutit pas à une bonne communication au sujet du patient, les autres intervenants de santé sont rarement mis à contribution. La plupart des médecins n'ont pas recours à leurs confrères spécialisés en médecine de l'adolescence, certains ignorent même leur existence. Un travail d'information sur les possibilités d'aide dans la prise en charge des adolescents est à mener auprès des généralistes.

Thèse soutenue par : DALEM Laurence

Titre : LA CONSULTATION DE L'ADOLESCENT EN MEDECINE GENERALE, d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73).

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont les interlocuteurs privilégiés des adolescents en matière de santé. Les jeunes rencontrés en médecine générale consultent essentiellement pour des motifs banals : ils vont bien, sans être exempts de difficultés psychiques inhérentes à l'adolescence. Ce travail psychique propre à l'adolescence menace en lui-même la santé des jeunes ; il somme l'adolescent de se risquer et favorise l'émergence de troubles psychiatriques par les perturbations transitoires de la personnalité qu'il engendre. Comportements à risques et difficultés psychiques sont les enjeux de santé majeurs à l'adolescence, il revient au médecin généraliste de les prévenir et de les dépister, travail délicat qui consiste à savoir faire la part entre le développemental et le pathologique.

Cette thèse traitant de la consultation de l'adolescent en médecine générale est fondée sur une enquête menée auprès des médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie) en Février et Mars 2003. L'analyse des réponses au questionnaire rempli par 116 omnipraticiens (taux de réponses : 72.5%) a permis de décrire les pratiques des médecins généralistes en matière de consultation de l'adolescent.

Dans leurs rapports avec les adolescents, les médecins généralistes sont à l'aise et dialoguent facilement. Ils éprouvent toutefois des difficultés à trouver la bonne distance relationnelle avec les adolescents. Quitter un mode de soins pédiatriques pour un nouveau rapport adapté à l'adolescent est difficile, comme en témoigne l'omniprésence des parents dans la relation de soins.

Les médecins généralistes ont bien conscience de l'ampleur des sujets importants à l'adolescence. Pourtant, à l'occasion des consultations motivées par des raisons banales, le discours est limité. Les consultations sont très ciblées, essentiellement par manque de temps

mais aussi parce que les adolescents ne sont pas perçus comme des patients demandeurs d'écoute et de conseils.

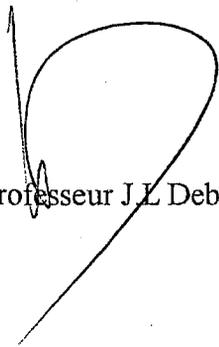
Répondre à la demande immédiate de soins, rester disponible : les médecins généralistes s'occupent des adolescents. Mais, la prise en charge semble orientée vers le médical et le curatif. Pourtant, à l'adolescence, les problèmes de santé sont souvent liés à des problèmes de vie et les besoins de santé sont essentiellement le dépistage et la prévention. Ces messages sont à faire passer auprès des médecins généralistes, par une formation accrue.

Formulons ainsi les objectifs du médecin généraliste en matière de soins aux adolescents :

- agir dans une optique triple : investigatrice, curative et préventive,
- assurer une prise en charge médico-psycho-sociale,
- être reconnu par l'adolescent comme un référent de santé à la fois soignant, interlocuteur et conseiller.

Vu et permis d'imprimer,
Grenoble, le

Le Doyen



Monsieur le Professeur J.L. Debru

Le Président de thèse

Docteur Dominique PLANTAZ
Département de Pédiatrie
C.H.U de Grenoble
Tél. 04 76 76 54 69

Monsieur le Professeur D. Plantaz



BIBLIOGRAPHIE

1. ALVIN P., MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. Masson, Paris, 2000.
2. ALVIN P. L'examen de l'adolescent (I et II) Concours Médical 1986 ; 24 : 1977-81 et 26 : 2150-4.
3. ALVIN P. Pourquoi les adolescents ? Ann Pédiatr, 1998, 45, n°5, 293-294.
4. ALVIN P. L'examen de l'adolescent : Question de temps, de confiance et d'outils. Entretiens de Bichat, Paris, ESF, 1996.
5. ALVIN P. La non-compliance thérapeutique : une vérité pénible à dire ou difficile à entendre ? Arch Pédiatr 1997 ; 4 : 395-397.
6. ALVIN P. Adolescents à risque de malentendus : relation de soin, objet de soin et observance. Entretiens de Bichat, Paris, ESF, 1996.
7. ALVIN P. Les vaccinations à l'adolescence. Revadosante, 2000, n°1.
8. ALVIN P., CAFLISCH M., Médecine des adolescents : l'engagement de la pédiatrie hospitalière. Inventaire des aménagements spécifiques en France. Arch Pédiatr 1997 ; 4 : 1049-51.
9. ALVIN P., COURTECUISSÉ V. Médecine des adolescents, croissances et perspectives. Arch Fr Pédiatr 1991 ; 48 : 137-41.
10. ALVIN P., EICHER C., Anodins, ces adolescents qui consultent et « ne savent pas pourquoi ? » Médecine Enfance 1991 ; 11(1) : 5-38.
11. ALVIN P., DESCHAMPS J.P. Santé, risques et « mises en risques » à l'adolescence. Réflexions sur certaines priorités contemporaines. Ann Pédiatr 1998 ; 45 : 378-384.
12. ALVIN P., REY C., FRAPPIER J.Y. Compliance thérapeutique chez l'adolescent malade chronique. Arch Pédiatr 1995 ; 2 : 874-882.
13. ARENES J., JANVRIN M-P., BAUDIER F., Baromètre Santé Jeunes 97/98. Vanves : CFES, 1998.
14. ARMENGAUD D. Consultation d'adolescents. Du sentiment d'impasse à l'ouverture au travail en réseau. Ann Pédiatr, 1998, 45, n°5, 336-340.
15. ARSENAULT P.A., GAGNE R., GIRARD M. L'adolescent qui somatise : regards cliniques. Ann Pédiatr 1998 ; 45 (5) : 303-310.
16. BASQUIN M. Acte de prescription et adolescence. Entretiens de Bichat, Paris, ESF, 1996.

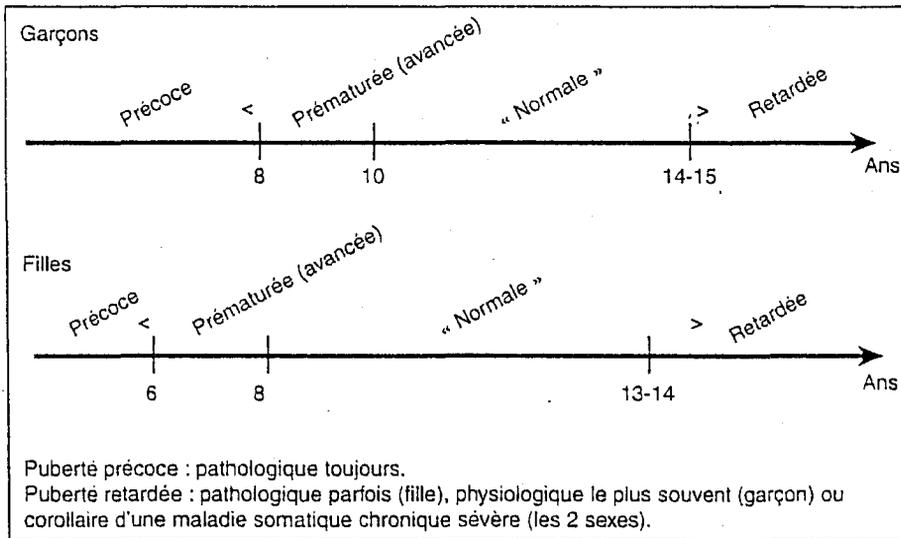
17. BAUMANN F. Particularités de la relation médecin/adolescent dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Entretiens de Bichat, Paris, ESF, 1996.
18. BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M. Traiter à l'adolescence. L'adolescent un patient pas comme les autres. Ouvertures psy, Masson, Paris, 2002.
19. CAFLISCH M. Ce que nous apprennent Stéphanie, Julien, Mélanie. Quelle place donner à la médecine pour adolescents ? Médecine & Hygiène 1998 ; 56 : 335-6.
20. CAFLISCH M. Les plaintes fonctionnelles à l'adolescence-l'image d'un volcan en éruption. Médecine & Hygiène 2000 ; 58 : 373-6.
21. CAFLISCH M., GUILLESCHIMIT C., ALVIN P. Les symptômes flous à l'adolescence. Ann Pédiatr 1998 ; 45 : 295-302.
22. CASENAVE C., MARTIN J.C., RENONDEAU Y., Puberté et Adolescence. Collection pédiatrie au quotidien. Masson, Paris, 2000.
23. CHOQUET M., LEDOUX S., Les troubles fonctionnels et de l'humeur comme indicateurs de santé à l'adolescence. Arch Fr Pédiatr 1991 ; 48 : 99-105.
24. CHOQUET M., ALVIN P., GALLAND O., FRAISSE F., LEDOUX S., MARECHAL C., Adolescence : physiologie, épidémiologie, sociologie. Inserm, Nathan, Paris, 1993.
25. CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents : enquête nationale. Analyses et prospective, Inserm, Paris, 1994.
26. DESCHAMPS J.P., STUREL-LARTIGUE A., DUCAS J., DEIFTS C., AUBREGE A., MAZET-BERKROUBER H., KIFFER R. La médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville. Arch Fr Pédiatr 1982 ; 39 : 399-403.
27. JACQUET Y. De l'adolescence aux adolescents. Approche médicale de l'adolescent par le pédiatre généraliste. Médecine Enfance 1991 ; 11(1) : 16-8.
28. JACQUIN P. Le médecin face à l'adolescent. De quel côté sont les difficultés ? Médecine Enfance 1991 ; 11(1) : 23-25.
29. JEAMMET P. Dynamique de l'adolescence. Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 37-213-A-20, 1994, 8p.
30. JEAMMET P. Corps et psychopathologie de l'adolescent. Entretiens de Bichat, Paris, ESF, 1996.
31. JEAMMET Ph., CORCOS M., Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements. Paris : Doin, 2001.
32. MARCELLI D. Entretien avec l'adolescent et son évaluation. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-213-A-10, 1999, 9p.

33. MARCELLI D. L'adolescence : une épreuve psychique particulière. *Le Pédiatre* 1998 ; 34 (166) : 12-19.
34. MARCELLI D. L'observance bien tempérée, entre la soumission et la révolte. *Entretiens de Bichat*, Paris, ESF, 1996.
35. MICHAUD P.A, ALVIN P. et coll. La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Payot, Lausanne, Doin, Paris, Presses de l'université de Montréal, 1997.
36. MICHAUD P.A, WILKINS J. La consultation médicale de l'adolescent: un lieu de prévention. *Médecine & Hygiène* 1996 ; 54 : 1299-1300.
37. MICHAUD P.A. Le médecin généraliste et l'adolescent. *Médecine Enfance* 1985 ; 5 : 387-98.
38. MICHAUD P.A. Médecine de l'adolescent : nécessité d'un travail en réseau. *Entretiens de Bichat*, Paris, ESF, 1996.
39. MICHAUD P.A. Adolescence et prévention. Le rôle des médecins. *Ann Pédiatr*, 1998, 45, n°5, 363-369.
40. MOULA H., MERCIER-NICOUX F., VELIN J. Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ? *La revue du praticien – Médecine générale* 1997 ; tome 11 ; 42 : 28-35.
41. NARRING F., MICHAUD P.A. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20ans en Suisse. *Arch Pédiatr* 2000 ; 7 : 25-33.
42. PICARD V., GERBAUD L., PERTHUS I., CLEMENT G., GLANDIER P., REYNAULT M., Place du médecin de famille dans la prévention des conduites d'alcolisation chez les adolescents. *Rev Prat Med Gen* 2002 ; 16 (575) : 796-9.
43. POMMEREAU X. L'acte suicidaire à l'adolescence. *Ann Pédiatr*, 1998, 45, n°5, 354-362.
44. POMMEREAU X. L'adolescent en crise et la crise familiale : qui déclenche quoi ? *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc* 2000 ; 49 : 512-4.
45. POMMEREAU X. Rapport « Santé des jeunes ». Orientations et actions à promouvoir en 2002. Avril 2002.
46. REY C., GRANDAZZI M., ALVIN P. Tentative de suicide de l'adolescent : le rôle du médecin traitant est incontournable. *La revue du praticien – Médecine générale*. 1998 ; Tome 12 ; n°412 : 9-12.
47. RUTISHAUSER C. Adolescence et maladie chronique : dialogue avec les praticiens. *Médecine & Hygiène* 2000 ; 58 : 2562-5.

48. STHENEUR C., VERNANT D. Les adolescents aux Urgences : comment repérer ceux qui sont en danger ? Arch Pédiatr 2002 ; 9 : 755-8.
49. STRONSKY S., MICHAUD P.A. La prévention auprès des adolescents au cabinet médical. Médecine & Hygiène 2000 ; 58 : 2577-82.
50. Haut Comité de la Santé Publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Rennes, Editions ENSP, 2000.

ANNEXE 1 : LES VARIATIONS DE LA CHRONOLOGIE PUBERTAIRE

Schéma des variations de la chronologie pubertaire pour les garçons et les filles (1)



ANNEXE 2 : LES DIFFERENTS STADES PUBERTAIRES DU DEVELOPPEMENT

D'après la méthode de cotation en stades de Tanner (1)

PILOSITE PUBIENNE (filles et garçons)

- stade 1 : infantile, absence de vrais poils pubiens
- stade 2 : croissance de poils épars, duveteux et légèrement pigmentés, parfois légèrement ondulés, limitée chez la fille le long des berges de la fente vulvaire (verticale), chez le garçon à la base du pénis (horizontale)
- stade 3 : poils beaucoup plus épais, frisés et pigmentés, s'étendant au-delà de la zone médiopubienne vers les bords du triangle pubien.
- stade 4 : aspect adulte, mais surface recouverte limitée au strict triangle pubien, sans extension à la racine des cuisses
- stade 5 : pilosité étendue de type adulte, débordant sur la racine des cuisses (et chez le garçon, éventuellement sur la ligne blanche au dessus de la base du triangle pubien)

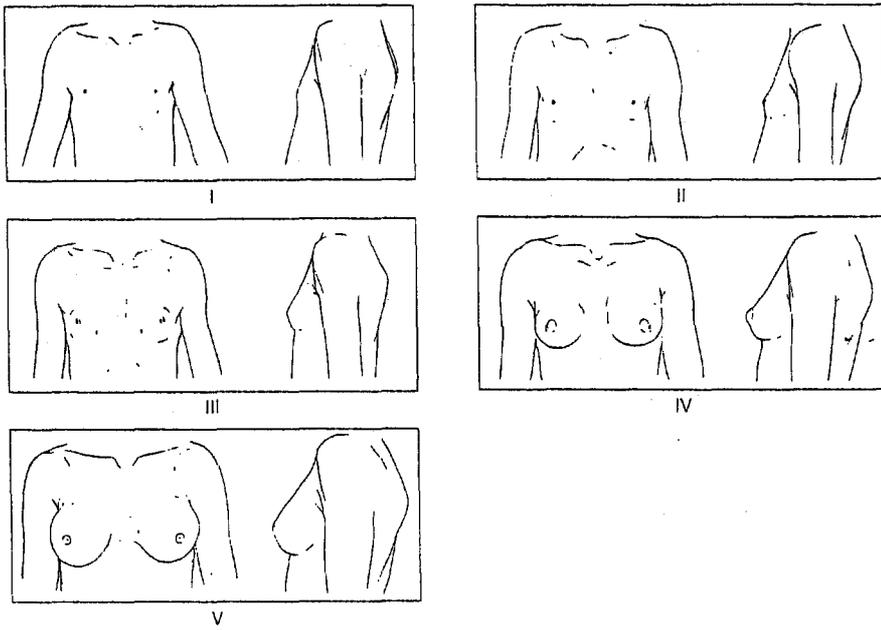
ORGANES GENITAUX EXTERNES (garçons)

- stade 1 : OGE d'apparence infantile
- stade 2 : accroissement de la taille du scrotum, lui-même plus rouge et de texture différente. Pas encore ou seulement peu de changement au niveau du pénis
- stade 3 : accroissement de la taille du pénis, surtout en longueur. Poursuite de la croissance du scrotum et de son contenu, les testicules
- stade 4 : accroissement de la taille du pénis tant en longueur qu'en largeur. Poursuite de la croissance du scrotum, de pigmentation plus foncée
- stade 5 : OGE de forme et de taille adultes

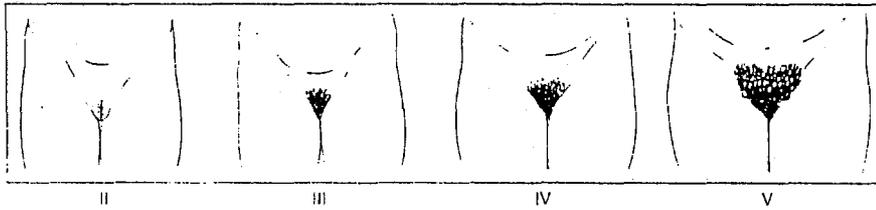
DEVELOPPEMENT MAMMAIRE (filles)

- stade 1 : aspect infantile : aréole plate
- stade 2 : bourgeon aréolaire : surélévation limitée à l'aréole (zone aréolaire et juxta-aréolaire)
- stade 3 : aspect de « sein adulte miniature » à contour régulier
- stade 4 : outre l'augmentation de volume, aspect très caractéristique de l'aréole : son contour forme une saillie supplémentaire sur le profil du sein
- stade 5 : aspect mature avec contour régulier

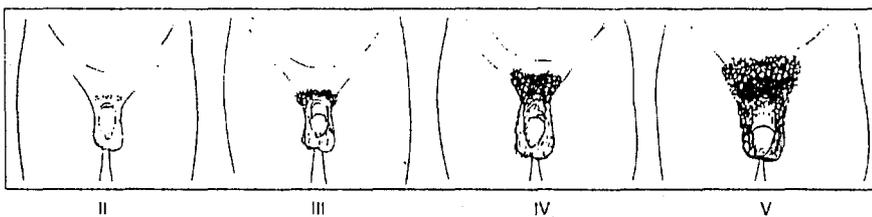
-Les différents stades pubertaires du développement des seins



-Les différents stades pubertaires du développement du système pileux pubien de la fille



-Les différents stades pubertaires du développement du système pileux pubien et génital du garçon



ANNEXE 3 : EXEMPLES DE QUESTIONNAIRE

-Questionnaire de pré-consultation proposé dans le service de Médecine pour Adolescents du Centre Hospitalier de Bicêtre (1)

Centre hospitalier de Bicêtre Service de médecine pour adolescents
Voici un questionnaire confidentiel. Remplis-le, il sera remis au médecin qui va te voir. Tu n'es pas forcé de répondre à toutes les questions, mais tes réponses (« oui » ou « non ») nous permettront de gagner du temps et de mieux t'aider.
1 - Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment ?
2 - Est-ce que tu as un « régime alimentaire » particulier ?
3 - Est-ce que tu sautes souvent un repas ?
4 - Est-ce que tu fumes ?
5 - Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter ?
6 - As-tu déjà fumé de l'herbe ou du hash ?
7 - Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin ou d'autres alcools ?
8 - Si oui, plusieurs fois par jour ?
9 - En mobylette ou en moto, tu portes ton casque tout le temps ?
10 - En voiture, tu portes une ceinture tout le temps ?
D'autres adolescents comme toi nous parlent souvent de certains problèmes. En voici quelques-uns (ici aussi, réponds par « oui » ou « non »).
11 - J'ai du mal à m'endormir.
12 - Je me réveille souvent la nuit.
13 - Je suis assez fatigué pendant la journée.
14 - Il m'arrive encore de faire pipi au lit.
15 - J'ai souvent mal à la tête.
16 - J'ai souvent mal au ventre.
17 - J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir.
18 - J'ai souvent des douleurs aux jambes.
19 - J'ai des règles douloureuses.
20 - J'ai l'impression que mes seins sont trop petits/trop gros.
21 - Ma santé m'inquiète.
22 - Je me sens trop maigre.
23 - Je me sens trop gros/trop grosse.
24 - Je me sens trop petit/trop petite.
25 - Je me sens trop grand/trop grande.
26 - Je pense que mes parents s'entendent bien.
27 - Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète.
28 - J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents.
29 - Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète.
30 - L'école, c'est un problème pour moi.
31 - Depuis quelques temps, ça marche moins bien à l'école.
32 - Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard.
33 - J'ai peur de devenir enceinte.
34 - J'ai peur de rendre une fille enceinte.
35 - J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour.
36 - Sais-tu ce qu'est la contraception ?
37 - Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible ?
38 - Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ?
39 - As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux parler de tout ?
40 - Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (ou elle) était très triste ?
41 - Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi ?
42 - Si tu veux, tu peux écrire ici d'autres choses ou d'autres questions que tu as en tête : (...)
43 - As-tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas écrire ? (...)

-Exemple de questionnaire-amorce de dialogue proposé dans une enquête d'évaluation du questionnaire en médecine générale (40)

QUESTIONNAIRE

« Voici un questionnaire Confidentiel, destiné à une étude sur les relations adolescents-médecins généralistes. Merci de bien vouloir le remplir (en cochant la case correspondante à la réponse : oui ou non) et le remettre au médecin avec toute liberté d'en discuter ou non. »

Sexe : Masculin Féminin Date de naissance :

	oui	non
1. Je pratique une activité sportive régulière (plus de 2h/semaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'attache toujours ma ceinture de sécurité en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je fume des cigarettes (tous les jours ou presque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je saute souvent un repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je suis satisfait(e) de ma taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis satisfait(e) de mon poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il existe une bonne communication entre mes parents et moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mes parents ont des problèmes de chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je me sens à l'aise avec les jeunes de mon âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je préfère la solitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. L'enseignement que je reçois m'intéresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il m'arrive de manquer des cours sans raison valable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je sais quel métier j'aimerais exercer plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je connais des personnes qui se droguent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai souvent du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je me sens bien dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je suis triste, assez souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Il y a des personnes autour de moi (parents, adultes) avec qui je peux parler de sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je sais ce qu'est la contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je sais que mes vaccinations sont à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. J'ai des problèmes dont j'ai du mal à parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rempli :

dans la salle d'attente

lors de la consultation

ANNEXE 4 : CALENDRIER VACCINAL A L'ADOLESCENCE

(d'après 7, 35)

- Vaccination par le BCG

Un contrôle tuberculinique est recommandé à 11-13 ans puis à 16-18 ans. Le BCG doit être refait en cas de négativité du contrôle post-vaccinal. Toutefois, au-delà de deux essais sans réponse (réactions tuberculiniques négatives après 2 vaccinations par voie intradermique), l'adolescent a satisfait aux obligations légales et ne doit plus être vacciné.

- Rappel Diphtérie-Tétanos-Polio (DTP)

Les rappels sont recommandés tous les 5ans jusqu'à 18 ans, soit le 3^{ème} rappel entre 11-13 ans et le 4^{ème} rappel entre 16-18 ans.

- Rappel coquelucheux

Un rappel tardif coquelucheux est à présent recommandé entre 11 et 13 ans. Il doit être pratiqué avec un vaccin acellulaire (mieux toléré).

- Rougeole-Oreillons-Rubéole

La vaccination ROR est normalement faite durant l'enfance à 12 mois avec un rattrapage à 6ans.

La vaccination contre la rubéole est recommandée chez les jeunes femmes non vaccinées (en l'absence de grossesse et en évitant toute grossesse dans les 2 mois suivants la vaccination).

- Hépatite B

La vaccination est à présent faite en début de vie. En l'absence de vaccination, la réalisation de celle-ci est recommandée selon le schéma : deux injections à un mois d'intervalle suivies d'une troisième six mois après la première.

- Cas particuliers

Les adolescents souffrant de drépanocytose homozygote, d'insuffisance cardiaque ou respiratoire chronique doivent bénéficier d'une vaccination anti-grippale annuelle.

Le vaccin anti-pneumococcique est indispensable tous les 5ans chez les adolescents en situation d'asplénie ou souffrant de syndrome néphrotique.

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les adolescents vivant en internat ou dans les institutions pour handicapés.

Les adolescents souffrant d'une hémopathie maligne ou d'une tumeur solide devraient être vaccinés contre la varicelle lors d'une période libre dans la chimiothérapie.

- Contre indications

Les vaccins vivants (polio oral, rougeole, oreillons, rubéole) sont contre-indiqués au cours de la grossesse et chez les patients présentant des déficits de l'immunité.

Le BCG est contre-indiqué en cas de déficit de l'immunité cellulaire.

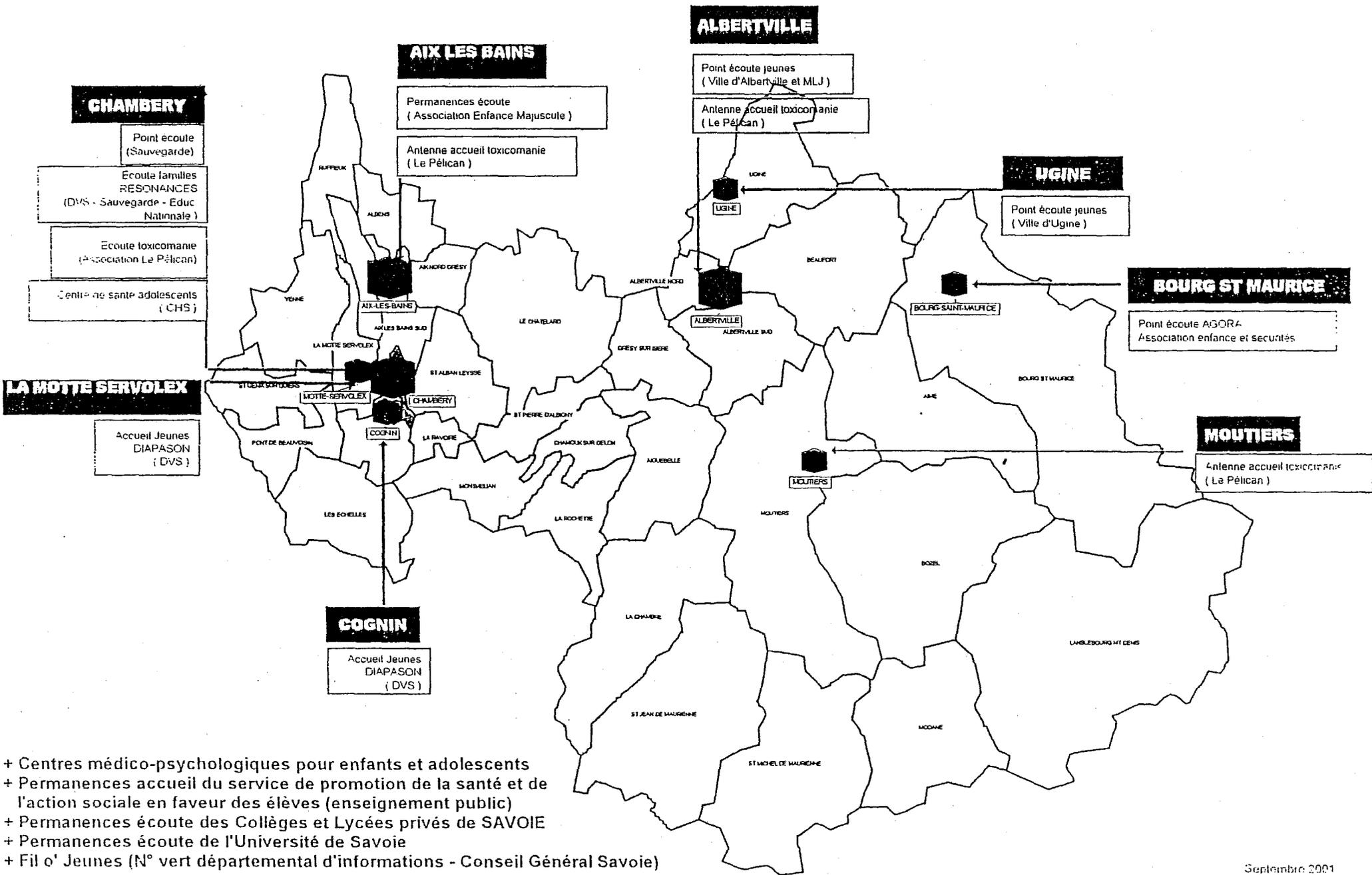
ANNEXE 5 : LES LIEUX D'ACCUEIL ET D'ECOUTE JEUNES EN SAVOIE

Documents fournis par l'ADESS Savoie (Association Départementale d'Education Sanitaire et Sociale de la Savoie)

1. Tableau synthétique des lieux d'accueil et d'écoute jeunes en Savoie
2. Lieux d'accueil et d'écoute jeunes en Savoie
3. Adresses Santé Jeunes – Savoie : document sous la forme d'un dépliant mis à disposition des jeunes.

Tableau synthétique des lieux d'accueil et d'écoute jeunes en Savoie

LIEUX D'ECOUTE	ZONE GÉOGRAPHIQUE	Age du public concerné	ADRESSE	MISSIONS
Agora	Bourg Saint Maurice	11/25 ans	17 rue Jean Moulin 73700 BOURG ST MAURICE Tél. : 04.79.04.17.17	<ul style="list-style-type: none"> Offrir un espace d'écoute, de soutien et d'accompagnement à des adolescents et/ou des parents confrontés à une difficulté relationnelle ou éducative
Association Enfance Majuscule	Collège Garibaldi d'Aix les Bains	11/15 ans	4 place Carnot 73100 AIX LES BAINS Tél. : 04.79.35.35.35	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter la parole du jeune : accueillir, écouter, engager le dialogue, fournir l'appui et l'assistance nécessaires, orienter vers les professionnels
Association le Pélican (Prévention toxicomanie)	Chambéry et Département	A partir de 14 ans	12 rue du Cdt Perceval – 73000 CHAMBERY Tél. : 04.79.62.56.24	<ul style="list-style-type: none"> Prévenir les toxicomanies et aider les personnes toxicomanes et leurs familles
Centre de santé adolescents (CHS)	Chambéry et Département	14/18 ans	8 square Massalaz – 73000 CHAMBERY Tél. : 04.79.68.89.11	<ul style="list-style-type: none"> Soins, accueil et prévention de la souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes
Diapason	Cognin La Motte Servolex	11/15 ans	Rue du Pont Vieux – 73160 COGNIN 253 av. Costa de Beauregard 73290 LA MOTTE SERVOLEX Tél. : 04.79.25.41.41	<ul style="list-style-type: none"> Offrir un espace d'écoute, de parole à des adolescents et à leurs parents rencontrant des difficultés relationnelles
Fil O'Jeunes – N° vert d'informations téléphoniques du Conseil général	Savoie	10/25 ans	N° vert : 0800 00 00 73	<ul style="list-style-type: none"> Lieu d'informations pratiques et d'écoute téléphonique pour les jeunes du Département
Lieux d'écoute scolaires de l'éducation nationale	Collèges et lycées de l'éducation nationale	11/20 ans	2A, impasse du Chardonnet – 73000 CHAMBERY Tél. : 04.79.60.02.64	<ul style="list-style-type: none"> Participer au bien être, à l'épanouissement et à l'insertion de tous les élèves
Lieux d'écoute des établissements scolaires privés	Collèges et lycées privés de Savoie	11/20 ans	Direction de l'enseignement catholique de Savoie 75 place d'Italie – 73000 CHAMBERY Tél. : 04.79.33.32.46	<ul style="list-style-type: none"> Offrir un espace d'écoute aux élèves de l'enseignement privé, sur leur temps scolaire
Lieux d'écoute universitaires	Savoie (Jacob Bellecombette et le Bourget du Lac)	18/25 ans	Domaine universitaire de Jacob Bellecombette BP 1104 – 73011 CHAMBERY CEDEX Tél. : 04.79.75.85.44	<ul style="list-style-type: none"> Proposer aux étudiants une écoute et un soutien psychologique sur le site de leurs études
Point écoute de la Sauvegarde (Diagonale)	Chambéry et Département	10/26 ans	10, avenue Jean Jaurès 73000 CHAMBERY Tél. : 04.79.69.13.13	<ul style="list-style-type: none"> Permettre un espace de parole, à des jeunes en mal-être ou à des familles qui rencontrent des difficultés relationnelles avec leur enfant
Point écoute santé Ville d'Albertville	Albertville	15/25 ans	45 avenue Jean Jaurès – BP 119 73208 ALBERTVILLE cedex Tél. : 04.79.31.20.93	<ul style="list-style-type: none"> Ecouter, informer et accompagner, réinscrire les jeunes dans un circuit santé traditionnel
Point écoute santé Ville d'Ugine	Ugine	15/25 ans	Maison Perrier de la Bathie Place Montmain - 73400 UGINE Tél. : 04.79.89.77.82	<ul style="list-style-type: none"> Lieu ressource en matière de santé, d'accueil et d'accompagnement individuel
Résonances	Chambéry	11/16 ans	253 avenue de Lyon 73000 CHAMBERY Tél. : 04.79.62.21.73	<ul style="list-style-type: none"> Offrir un lieu d'écoute et de soutien pour les parents qui ont des difficultés relationnelles avec leur enfant collégien



- + Centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents
- + Permanences accueil du service de promotion de la santé et de l'action sociale en faveur des élèves (enseignement public)
- + Permanences écoute des Collèges et Lycées privés de SAVOIE
- + Permanences écoute de l'Université de Savoie
- + Fil o' Jeunes (N° vert départemental d'informations - Conseil Général Savoie)

Un problème, une inquiétude, une question... en parler, mais à qui ? ou appeler ? à quelle porte frapper ?

TABAC
comment s'arrêter ?

CHAMBERY

• Centre hospitalier, service de pneumologie, sq. Massalaz
04 79 96 50 86

SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE

• Centre hospitalier, 81 rue Docteur Grange
04 79 59 93 88

Ce document donne quelques repères, d'autres centres, services ou associations "santé" existent.
RENSEIGNEZ-VOUS !

DÉPRIME
à qui en parler ?

CHAMBERY

• Centre de santé adolescent, 8 sq. Massalaz
04 79 68 89 11

• Centre de jour Winnicott, 20 rue Jean Gotteland
04 79 96 24 56

• Centre médico-psychologique, service enfants et adolescents, 321 chemin des Moulins
04 79 85 11 24

• CHS, Centre hospitalier spécialisé de Bassens
04 79 60 30 54

LA MOTTE SERVOLEX

• Centre de jour Montaugier
04 79 60 30 72

FIL SANTÉ JEUNES
0800 235 236
numéro vert national, 8h/24h, anonyme et gratuit

CAP ÉCOUTE ADOLESCENTS
0800 33 34 35
numéro vert régional, anonyme et gratuit, 8h30/21h sauf week-end et jours de fête

A la demande de la FONDATION DE FRANCE, ce répertoire a été rédigé par le Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé. Nous remercions pour leur collaboration la DDASS 73 et l'Association départementale d'éducation sanitaire et sociale de la Savoie qui nous ont apporté une aide précieuse dans la réalisation de ce document.

SEXUALITÉ - CONTRACEPTION
où s'adresser ?

CHAMBERY

• Centre de planification départemental, direction de la vie sociale, 32 rue Juiverie
04 79 85 58 09

• Centre de planification et d'éducation familiale, Centre hospitalier, bât. maternité, pl. Docteur François Chiron, lundi et mardi APM-vendredi matin
04 79 96 50 83

• Mouvement français pour le planning familial, Maison des associations, 67 rue Saint-François de Sales
04 79 33 95 50

• CIRAS, grossesse secours, Centre d'information et de réflexion sur l'amour et la sexualité, Maison des associations, 67 rue Saint-François de Sales
04 79 33 95 75
Permanence téléphonique 24h/24
04 79 33 95 75

• CLER, Centre de liaison des équipes de recherche, Maison des associations, 67 rue Saint-François de Sales
04 79 33 95 62

➤ Les centres de planification familiale proposent des informations et conseils sur la contraception, l'IVG, les MST...

• Aix-Les-Bains, Centre hospitalier, 4 bd Pierpont Morgan, mercredi de 10h30 à 13h30
04 79 88 61 77

• Moutiers, Centre médico-social, rue des Casernes, mardi 9h-12h
04 79 24 61 31

• Albertville, centre polyvalent d'action sociale, "Les Charrières", 293 av. Jean Baptiste Mathias, ouvert mardi APM
04 79 31 10 31

➤ **COUPLE ET FAMILLE DE SAVOIE**

• Chambéry, 67 rue Saint-François de Sales
04 79 33 96 18

• Albertville, Espace associatif, 21 rue des Fleurs
04 79 37 80 18

➤ **IVG**
Les centres d'orthogénie pratiquent l'interruption volontaire de grossesse, ils vous informent et peuvent vous aider en vous éclairant sur votre décision :

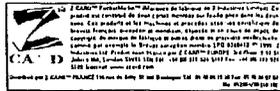
• Chambéry, Hôpital, sq. Massalaz
04 79 96 50 83

• Aix-Les-Bains, Centre hospitalier, 49 av. du Grand Port
04 79 88 61 61

• Albertville, Centre hospitalier, service maternité, 253 av. Pierre de Coubertin
04 79 89 55 55

• Moutiers, Centre hospitalier, rue de l'École des mines
04 79 09 60 60

• Bourg-St-Maurice, Centre hospitalier, service maternité, av. du Nantet
04 79 41 79 79



MAIS AUSSI...
la santé : en savoir plus

• ADESSEA, Association départementale savoyarde de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, Point écoute, Chambéry, 311 qual des Allobroges
04 79 69 92 87

• Centre hospitalier général de Chambéry, service pédiatrie-adolescent
04 79 96 50 50

• Se renseigner auprès de l'infirmière et/ou du médecin de votre établissement scolaire ou de votre université.

• Voir aussi le Service communal hygiène et santé, vaccinations, informations, conseils... Chambéry-Le-Haut, 28 pl. du Forum
04 79 72 36 40

• Voir aussi votre médecin généraliste

• ADESS, Association départementale d'éducation sanitaire et sociale de la Savoie
Chambéry, 13 bd de Bellevue
04 79 69 43 46

Albertville, Relais info, Mutuelles savoyardes, 23 pl. de l'Europe
04 79 37 15 75

Saint-Jean-de-Maurienne, Relais info, Hôpital général
04 79 20 60 33

• Centre d'examen de santé de la CPAM de Chambéry propose un bilan de santé gratuit, 8 rue Jean Girard Madoux
04 79 62 14 61

FIL O'JEUNES
0800 00 00 73
numéro vert départemental, appel anonyme et gratuit, de 13h00 à 17h00 du lundi au vendredi

FONDATION DE FRANCE

Renseignements :
CRAES
Tél : 04 72 00 55 70

Adresses santé jeunes 99 de la Savoie est éditée par la Fondation de France et le Conseil régional, avec le soutien des Associations de prévention santé AGF

FONDATION DE FRANCE

Information prévention accès aux soins : trois axes prioritaires du programme national "Santé des jeunes" de la Fondation de France

01 44 21 31 36

CRAES
Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé

Le Collège Rhône-Alpes et les associations départementales d'éducation pour la santé : des partenaires actifs dans la politique régionale de prévention et de promotion de la santé

04 72 00 55 70

Adresses Santé JEUNES SAVOIE

LA SANTE *les adresses* LES JEUNES

Un problème, une inquiétude, une question... en parler, mais à qui ? où appeler ? à quelle porte frapper ?

ALCOOL - DROGUE

s'en sortir

ALCOOL CHAMBÉRY

• CHAA, Centre hygiène alimentaire et d'alcoologie, 377 av. du Comte Vert 04 79 96 09 33

• ADESS, Association départementale d'éducation sanitaire et sociale de la Savoie, 13 bd de Bellevue 04 79 69 43 46

• Vie libre, Maison des associations, 67 rue Saint-François de Sales 04 79 33 96 08

• La Croix d'or, Maison des associations, 67 rue Saint-François de Sales 04 79 33 95 67

• Alcooliques anonymes, Maison des associations, 67 rue Saint-François de Sales 04 79 33 95 25

SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE

• CHAA, Centre hygiène alimentaire et d'alcoologie, 95 av. des Clapeys 04 79 59 92 77

ALBERTVILLE

• CHAA, Centre hygiène alimentaire et d'alcoologie, Centre hospitalier, 253 rue Pierre de Coubertin, fermé lundi et mercredi 04 79 32 68 02

DROGUE CHAMBÉRY

• Le Pélican, 12 rue du Commandant Perceval 04 79 62 56 24

• Santé toxicomanie Savoie, 12 rue du Commandant Perceval 04 79 69 73 75

AIX-LES-BAINS

• Le Pélican, villa David, 32 rue des Prés Riants 04 79 88 23 82

ALBERTVILLE

• Le Pélican, 11 cours de l'Hôtel de Ville 04 79 37 87 00

MOUTIERS

• Centre hospitalier, rue de l'Ecole des Mines
répondeur 04 79 09 60 78

DROGUES INFO SERVICE
0800 23 13 13
numéro vert national, 24h/24,
anonyme et gratuit

MST - SIDA

information et dépistage

CHAMBÉRY

• CIDAG, Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit
- Point info sida 04 79 96 51 52
- Centre hospitalier, 7^{ème} étage-aile C, sq. Massalaz 04 79 96 51 72

• Centre de planification familiale, 32 rue Julverie 04 79 85 58 09

• ADESS, Association départementale d'éducation sanitaire et sociale de la Savoie, 13 bd de Bellevue 04 79 69 43 46

• AIDES, pôle Chambéry, 69 av. de Lyon 04 79 69 90 89

• Centre hospitalier, service d'orthogénie, pl. Docteur François Chiron 04 79 96 50 83

ALBERTVILLE

• CIDAG, Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit, 31 bis rue Gambetta 04 79 37 89 56

SIDA INFO SERVICE
0800 840 800
numéro vert national, 24h/24,
anonyme et gratuit

EXCLUSION

sans toit, sans ressources, sans soins

SE RENSEIGNER AUPRÈS DE VOTRE MAIRIE ET DE LEUR CCAS (Centre communal d'action sociale)

MISSIONS LOCALES

• Chambéry, 1 rue Pillet Will 04 79 33 50 84

• Albertville, 5 pl. Ferdinand Million 04 79 37 88 26

• Moutiers, 450 av. des XVI^{ème} Jeux Olympiques 04 79 22 85 50

• Bourg-St-Maurice, immeuble le Sainfoin, 203 rue Jean Moulin, tous les jours de 13h30 à 17h30, Point contact 04 79 07 15 98

• Ugine, Pôle emploi, le mardi APM sur RDV, résidence du Tyl, 2 pl. de l'Hôtel de Ville 04 79 37 23 43

POINTS INFORMATION JEUNESSE EN SAVOIE

• Aix-Les-Bains, Espace plus, 14 rue Vaugelas 04 79 88 28 00

• Albens, rue du Collège 04 79 63 05 75

• Chambéry-le-Haut, In'haut, pl. du Forum 04 79 72 47 99

• Moutiers, MJC, 188 rue de la Chaudanne 04 79 24 27 32

• Saint-Jean-de-Maurienne, Vira'j, 225 av. Aristide Briand 04 79 59 94 95

CHAMBÉRY

• Centre d'exams de santé, CPAM, 8 rue Jean Girard Madoux 04 79 62 14 61

• ID'ESS 73, atelier pour le travail et la formation des jeunes, service pour personnes en difficulté d'insertion professionnelle, 1532 av. de la Houille Blanche, Z.I. Bissy 04 79 69 06 57

• Cantine savoyarde, 18 fg Nézin 04 79 85 64 60

• Résidence sociale pour jeunes-hébergement social, 311 fg Montmélian 04 79 75 13 23

ALBERTVILLE

• Espace économie, emploi, formation, 45 rue Jean Jaurès 04 79 32 06 83

PONT DE BEAUVOISIN

• AMOF, Association main d'œuvre et formation, 25 rue de Belley 04 76 37 33 13

AIX-LES-BAINS

• Avenir jeunes PAIO, 12 rue Vaugelas "Espace plus" 04 79 61 54 59

RESO CONSULTATIONS DE DÉPANNAGE
0800 232 600
numéro vert national, 24h/24, anonyme et gratuit

• Centre de planification familiale, immeuble les Charrières, 293 rue Jean Baptiste Mathias, ouvert le mardi seulement 04 79 31 10 30

AIX-LES-BAINS

• CIDAG, Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit, 4 bd Pierpont Morgan répondeur 04 79 34 01 26

• Centre de planification familiale, Centre hospitalier, 4 bd Pierpont Morgan, mercredi de 10h30-13h30 04 79 88 61 77

SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE

• CIDAG, Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit, 9h-12h lundi au vendredi 04 79 59 93 88 portable 06 80 65 35 73

CIDAG ITINÉRANT
04 79 96 51 72
Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit, stations de montagne

ANNEXE 6 : RESULTATS STATISTIQUES DE L'ENQUETE

1. Dans quel tranche d'âge vous situez-vous ?

Age	N	%
25-35 ans	10	8.6%
35-45 ans	41	35.4%
45-55 ans	47	40.5%
55-65 ans	17	14.6%
Plus de 65 ans	1	0.8%

2. Quel est votre sexe ?

Sexe	N	%
Féminin	36	31.0%
Masculin	80	69.0%

3. Quelle est l'ancienneté de votre installation dans votre lieu d'exercice ?

Ancienneté d'installation	N	%
Moins de 5 ans	21	18.1%
De 5 à 10 ans	13	11.2%
Plus de 10 ans	82	70.7%

4. Quelle est la dimension de l'agglomération dans laquelle vous-exercez ?

Nombre d'habitants	N	%
Plus de 50000 habitants	40	34.5%
De 20000 à 50000 habitants	16	13.8%
De 5000 à 20000 habitants	24	20.7%
Moins de 5000 habitants	36	31.0%

5. Quelle proportion les adolescents (10-19 ans) représentent-ils dans votre clientèle ?

Pourcentage d'adolescents dans la clientèle	N	%
<5%	10	8.6%
5-10%	45	38.8%
10-15%	44	38.0%
>15%	17	14.6%

6. Quels sont les motifs de consultation habituels des adolescents?

	Exceptionnellement		Rarement		Souvent		Très souvent	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Problèmes gynécologiques	25	21.5%	42	36.2%	46	39.6%	3	2.6%
Problèmes dermatologiques	2	1.7%	41	35.3%	69	59.5%	4	3.4%
Infections ORL et pulmonaire	0		5	4.3%	58	50.0%	53	44.8%
Maux de ventre, nausées	2	1.7%	20	17.2%	74	63.8%	20	17.2%
Asthénie, insomnie	8	6.9%	56	48.3%	47	40.5%	5	4.3%
Céphalées	17	14.6%	59	50.9%	38	32.7%	2	1.7%
Problèmes psychologiques	5	4.3%	62	53.4%	45	38.8%	4	3.4%
Traumatologie	5	4.3%	28	24.1%	71	61.2%	12	10.3%
Demande de certificat de sport ou vaccination	0		1	0.8%	56	48.3%	59	50.9%
Problèmes liés à une consommation de toxique : tabac, alcool, drogues illicites	48	41.4%	60	51.7%	8	6.03%	0	
Maladies chroniques	59	50.9%	53	45.7%	4	3.4%	0	

7. En tant que médecin généraliste, cherchez-vous à assurer auprès de vos jeunes patients adolescents une prise en charge triple : médicale, psychologique et sociale ?

	N	%
Non, pas du tout, vous considérez que votre rôle est purement médical	2	1.7%
Oui, mais la part médicale est celle qui prime	63	54.3%
Oui, tout à fait, la prise en charge de l'adolescent est forcément médico-psycho-sociale	51	44.0%

8. Pour quelles raisons, selon vous, la demande de soins est-elle particulière à l'adolescence ? (*plusieurs réponses possibles*)

	N	%
L'initiative de la consultation revient plus souvent à l'entourage de l'adolescent qu'à l'adolescent lui-même	82	70.7%
L'adolescent a du mal à exprimer sa demande de soins	80	69.0%
L'adolescent est plus souvent demandeur d'écoute, de conseils et de réassurance que d'un traitement médicamenteux	49	42.2%
Le motif avoué de la consultation est un faux-ami qui cache des problèmes plus profonds	63	54.3%

9. Ressentez-vous des difficultés à dialoguer avec vos jeunes patients adolescents ?

	N	%
Jamais	7	6.0%
Rarement	80	69.0%
Souvent	27	23.3%
Très souvent	2	1.7%

10. Utilisez-vous un questionnaire pour amorcer le dialogue avec les adolescents ?

	N	%
Oui, très souvent, c'est un outil très utile pour faire connaissance avec les adolescents	2	1.7%
Oui, mais c'est rare : bien vous reconnaissez l'utilité de cet outil, vous n'arrivez pas à l'employer pour des raisons pratiques (manque de temps ou d'espace confidentiel)	14	12.1%
Non, vous n'aimez pas cette méthode, le questionnaire n'est d'aucune aide dans votre relation avec les jeunes	35	30.1%
Non, vous ne connaissez pas ce type de questionnaire	65	56.0%

11. Quel pronom personnel (tu ou vous) utilisez-vous pour dialoguer avec les adolescents ?

	N	%
Tu, avec la plupart des adolescents	73	62.0%
Vous, avec la plupart des adolescents	17	14.6%
Vous demandez à votre patient s'il préfère être vouvoyé ou tutoyé	16	13.8%
Vous avez remarqué que vous utilisez à la fois le tu et le vous au cours de la même consultation	36	31.0%

12. Quand vous rencontrez un adolescent, cherchez-vous à savoir si la consultation est à l'initiative de l'adolescent ou de l'entourage ?

	N	%
Oui	79	68.1%
Non	37	31.9%

13. Quelle place accordez-vous aux parents dans la consultation de l'adolescent ?

	Jamais		Rarement		Souvent		Toujours	
	N	%	N	%	N	%	N	%
La consultation se passe en tête à tête avec l'adolescent sans que vous rencontriez les parents	11	9.5%	60	51.8%	45	38.8%	0	
La consultation se déroule en deux temps : un premier temps avec l'adolescent seul, un deuxième temps en présence des parents	15	13.0%	59	50.9%	40	34.5%	2	1.7%
La consultation se déroule en trois temps : le patient et ses parents sont brièvement reçus ensemble, puis l'adolescent est examiné seul, une synthèse de la consultation est fait en présence des parents	27	23.3%	50	43.1%	36	31.0%	3	2.6%
La consultation se déroule en présence des parents	6	5.2%	36	31.0%	71	61.2%	3	2.6%

14. Pour respecter la confidentialité de la consultation avec l'adolescent, vous arrive-t-il de lui expliquer qu'il a droit au secret médical vis-à-vis de ses parents ?

• Pour un adolescent de moins de 15ans :

	N	%
Jamais	6	5.2%
C'est rare, mais vous le concevez aisément	68	58.6%
Souvent, vous expliquez au jeune que le contenu de la consultation lui appartient en propre	42	36.2%

• Pour un adolescent de plus de 15ans :

	N	%
Jamais	2	1.7%
C'est rare, mais vous le concevez aisément	27	23.3%
Souvent, vous expliquez au jeune que le contenu de la consultation lui appartient en propre	87	75.0%

15. Les adolescents sont volontiers réservés et ont des difficultés à exprimer leurs requêtes. Faites-vous preuve d'anticipation en abordant directement les sujets qui vous semblent pertinents à l'adolescence, sans attendre de question de la part de vos patients ?

	N	%
Jamais	4	3.4%
Rarement	25	21.5%
Souvent	83	71.5%
Toujours	4	3.4%

16. Lors de la consultation avec un adolescent, quel qu'en soit le motif, essayez-vous d'aborder les thèmes suivants ?

	Jamais		Rarement		Souvent		Toujours	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relations familiales	1	0.9%	20	17.2%	78	67.2%	17	14.6%
Scolarité, projet professionnel	0		6	5.2%	75	64.5%	35	30.2%
Loisirs et sports	0		13	11.2%	72	62.1%	31	26.7%
Relations sociales : amis et groupe de pairs	2	1.7%	30	25.9%	71	61.2%	13	11.2%
Alimentation	1	0.9%	27	23.3%	70	60.3%	18	15.5%
Sommeil	1	0.9%	23	19.8%	71	61.2%	21	18.1%
Consommation d'alcool	1	0.9%	40	34.5%	57	49.1%	18	15.5%
Consommation de tabac	1	0.9%	6	5.2%	79	68.1%	30	25.9%
Consommation de drogue	1	0.9%	38	32.8%	63	54.3%	14	12.0%
Sécurité routière	36	31.0%	59	50.9%	18	15.5%	3	2.6%
Sexualité, contraception	2	1.7%	23	19.8%	79	68.1%	12	10.3%
Maladies sexuellement transmissibles	3	2.6%	37	31.9%	66	56.9%	10	8.6%
Image corporelle	16	13.8%	64	55.2%	32	27.6%	4	3.4%
Estime de soi	12	10.3%	63	54.3%	38	32.7%	3	2.6%
Idées suicidaires	9	7.8%	68	58.6%	33	28.4%	6	5.2%

17. Quelles sont les raisons qui vous empêchent d'aborder ces thèmes ? (*plusieurs réponses possibles*)

	N	%
Le manque de temps	72	62.0%
La pudeur	16	13.8%
Le manque d'aisance dans le dialogue autour de ses thèmes	24	20.7%
Le manque de connaissance de ces thèmes	10	8.6%
Ces thèmes ne vous paraissent pas importants à l'adolescence	1	
Vous considérez que ce n'est pas votre rôle	11	9.5%

18. Disposez-vous de documents de prévention sur ces différents thèmes à remettre aux adolescents ?

	N	%
Oui, vous vous en servez souvent	23	19.8%
Oui, mais vous oubliez de les donner	23	19.8%
Non, vous n'en avez pas, mais ils vous manquent	48	41.4%
Non, ces documents ne sont pas utiles	22	19.0%

19. Quels sont les points importants de votre examen physique d'un adolescent?

	Inutile		Accessoire		Essentiel	
	N	%	N	%	N	%
Relevé des mensurations (poids, taille)	1	0.9%	17	14.6%	98	84.4%
Evaluation de la maturation pubertaire (cotation de Tanner)	3	2.6%	53	45.7%	60	51.7%
Prise de la tension artérielle	2	1.7%	41	35.3%	73	63.0%
Examen de la statique vertébrale	0		9	7.7%	107	92.2%
Palpation des aires ganglionnaires et de la thyroïde	5	4.3%	44	38.0%	67	57.7%
Examen des téguments (acné, naevus)	2	1.7%	29	25.0%	85	73.3%
Inspection de l'état dentaire	3	2.6%	48	41.4%	65	56.0%

20. L'adolescent est fréquemment réticent à un examen physique complet. Comment réagissez-vous à ses résistances ? (*plusieurs réponses possibles*)

	N	%
Vous lui dites de mettre sa pudeur de côté	0	
Vous lui expliquez, qu'en tant que médecin, vous avez l'habitude de voir des gens dévêtus	31	26.7%
Vous respectez sa gêne en lui demandant de se dévêtir partiellement et/ou alternativement	88	75.9%
Vous lui expliquez que vous comprenez sa gêne mais que c'est important pour vous, médecin, d'examiner son corps et que c'est l'occasion de s'assurer que tout va bien	76	65.5%

21. Mettez-vous à profit l'examen physique pour avoir avec l'adolescent un échange au sujet de son corps et du processus pubertaire ?

	N	%
Jamais	7	6.0%
Rarement	65	56.0%
Souvent	43	37.1%
Toujours	1	0.9%

22. Les troubles fonctionnels (fatigue, troubles du sommeil, céphalées, douleurs abdominales, lipothymie, vertige ...) sont fréquents à l'adolescence. D'une manière générale, quelles réponses apportez-vous à ces troubles somatoformes ? (*plusieurs réponses possibles*)

	N	%
Votre premier réflexe est d'éliminer une organicité	96	82.7%
Vous prescrivez un traitement symptomatique	21	18.1%
Vous expliquez à votre patient qu'il somatise, c'est-à-dire qu'il communique une tension interne sous la forme d'un malaise physique	30	25.9%
Vous expliquez à votre patient que son examen est normal, qu'il n'a rien de grave et que ses symptômes vont passer tout seul	18	15.5%
Vous engagez le dialogue avec votre patient pour essayer de comprendre ce qui se cache derrière ces manifestations fonctionnelles	106	91.4%
Vous reconvoquez votre patient à brève échéance pour surveiller l'évolution de ses difficultés	57	49.1%

23. Les adolescents sont réputés être des patients mauvais observants. Quelle est votre opinion ? (*plusieurs réponses possibles*).

	N	%
C'est vrai, les adolescents sont moins observants que les adultes	34	29.3%
Oui, mais les adolescents ne sont pas moins observants que les adultes	45	38.8%
C'est aux parents de veiller à ce que leur enfant prenne son traitement	15	13.0%
Vous abordez la question de l'observance en consultation pour montrer à votre patient que vous comprenez ses difficultés à suivre un traitement	63	54.3%

24. Faites-vous appel à des intermédiaires pour résoudre les problèmes de vos jeunes patients ?

	Jamais		Rarement		Souvent	
	N	%	N	%	N	%
Assistante sociale	45	38.8%	64	55.2%	7	6.0%
Educateur	58	50.0%	52	44.9%	6	5.2%
Psychologue	9	7.7%	48	41.4%	59	50.9%
Conseiller d'éducation	74	63.8%	37	31.9%	5	4.3%
Professeur	84	72.4%	31	26.8%	1	0.8%
Psychiatre	5	4.3%	77	66.4%	34	29.3%
Médecin spécialisé en médecine de l'adolescence	53	45.7%	41	35.3%	22	19.0%

25. Avez-vous reçu une formation en médecine de l'adolescent ?

Formation	N	%
Cours lors de vos études	17	14.6%
Congrès	3	2.6%
FMC	43	37.1%
Formation personnelle (articles, ouvrages généraux)	62	53.4%
DU ou DIU	8	6.9%
Aucune formation	28	24.1%

26. Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire en médecine de l'adolescent ?

	N	%
Non, vous n'êtes pas intéressé(e)	19	16.4%
Oui, pourquoi pas	91	78.4%
Oui, c'est urgent	6	5.2%

TABLE DES MATIERES

Introduction

I. L'adolescence, les adolescents

1. Définition
2. Historique
3. La puberté
 - 3.1. Définition
 - 3.2. Physiologie de la puberté
 - 3.3. Le développement pubertaire normal
 - 3.3.1. Les caractères sexuels secondaires
 - 3.3.2. La ménarche et la spermarche
 - 3.3.3. Les changements morphologiques
 - 3.4. Le travail psychique lié à la puberté
 - 3.4.1. Le cercle du corps
 - 3.4.2. Le cercle de la famille
 - 3.4.3. Le cercle social
4. La notion de crise d'adolescence

II. La santé des adolescents

1. Epidémiologie générale
 - 1.1. Mortalité
 - 1.2. Morbidité
 - 1.2.1. Morbidité hospitalière
 - 1.2.2. Morbidité ressentie
 - 1.3. Le recours au soin
 - 1.4. La vie affective et sexuelle
2. Les indicateurs de santé à l'adolescence

III. La prise en charge de l'adolescent

1. Historique
2. La médecine de l'adolescent et ses spécificités
3. La demande de soins à l'adolescence
4. La relation de soins à l'adolescence
5. Le secret professionnel
6. La compliance thérapeutique à l'adolescence
7. Un réseau multi-disciplinaire
8. Le rôle de prévention
9. Le médecin généraliste et l'adolescent

IV. La médecine de l'adolescent

1. Introduction
2. Les symptômes flous et le mal être à l'adolescence
3. Les conduites à risques
 - 3.1. Les accidents
 - 3.2. La violence
 - 3.3. Les conduites de déscolarisation
 - 3.4. Les consommations de produits
4. La souffrance psychique
 - 4.1. Les tentatives de suicide
 - 4.2. Les troubles du comportement alimentaire
5. La maladie chronique

V. La consultation de l'adolescent

1. Le cadre
 - 1.1 Généralités
 - 1.2. Le cadre général
 - 1.3. Tu-vous
 - 1.4. La place des parents
2. L'anamnèse
 - 2.1. Règles générales
 - 2.2. L'interrogatoire
 - 2.3. L'intérêt du questionnaire
3. L'examen physique
4. Synthèse de la consultation
5. Le suivi
6. En médecine générale

VI. Enquête

1. Objectifs
2. Méthode
 - 2.1. Critères d'inclusion
 - 2.2. Déroulement de l'enquête
 - 2.3. Méthode d'analyse
3. Lettre adressée aux médecins généralistes
4. Questionnaire

VII. Analyse

1. Taux de réponses
2. Description de la population des médecins généralistes sondés
 - 2.1. Age des médecins
 - 2.2. Sexe des médecins
 - 2.3. Ancienneté d'installation
 - 2.4. Dimension de l'agglomération du lieu d'exercice
3. La place des adolescents dans l'activité des généralistes
 - 3.1. Proportion des adolescents dans la clientèle
 - 3.2. Les motifs de consultation des adolescents auprès des généralistes
4. Les spécificités des soins aux adolescents
 - 4.1. La prise en charge triple
 - 4.2. La demande de soins à l'adolescence
5. Le dialogue médecin généraliste-adolescent
 - 5.1. Les difficultés dans le dialogue avec les adolescents
 - 5.2. Utilisation d'un questionnaire amorce de dialogue
 - 5.3. Le pronom personnel utilisé avec les adolescents
6. La confidentialité et la place des parents
 - 6.1. Rechercher qui de l'adolescent ou de son entourage est à l'initiative de la consultation
 - 6.2. La place des parents dans la consultation
 - 6.3. Le secret médical
7. Les sujets importants à l'adolescence
 - 7.1. Aborder les sujets importants
 - 7.2. Les thèmes abordés en consultation
 - 7.3. Ce qui limite les généralistes dans leur discours sur les thèmes sensibles à l'adolescence
 - 7.4. L'utilisation des documents de prévention
8. L'examen physique
 - 8.1. Les points importants de l'examen physique
 - 8.2. Répondre aux réticences vis-à-vis de l'examen physique
 - 8.3. Echanger sur le corps et le processus pubertaire
9. Gérer certaines situations particulières à l'adolescence
 - 9.1. Les troubles fonctionnels
 - 9.2. L'observance thérapeutique
 - 9.3. Le travail en réseau
10. La formation en médecine de l'adolescent
 - 10.1. La formation reçue
 - 10.2. La demande de formation
11. Remarques
 - 11.1. Critiques au sujet du questionnaire
 - 11.2. Autres commentaires

VIII. Discussion

1. Les limites de l'enquête
 - 1.1. La définition de l'adolescent
 - 1.2. La forme du questionnaire
 - 1.3. Le choix d'une analyse qualitative
 - 1.4. Le taux de réponses
 - 1.5. Le biais de sincérité
2. Les enseignements
 - 2.1. Le recours au médecin généraliste
 - 2.2. Le dialogue
 - 2.3. Le discours
 - 2.4. La relation de soins
 - 2.5. La prise en charge

Conclusion

Bibliographie

Annexes

1. Les variations de la chronologie pubertaire
2. Les différents stades du développement pubertaire selon la cotation de Tanner
3. Exemples de questionnaire
4. Calendrier vaccinal à l'adolescence
5. Les lieux d'accueil et d'écoute jeunes en Savoie
6. Résultats statistiques de l'enquête

Table des matières





Qui dicitur in nomine Iudaei, respondit quod fides
 Inveni dicitur, Hippocraticus dicitur.
 Democritus dicitur Phidias, et, Cetera prope.
 Cetera in quibus non dicitur veritas.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

