



HAL
open science

Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale

Virginie Renée

► **To cite this version:**

Virginie Renée. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01073814>

HAL Id: dumas-01073814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01073814v1>

Submitted on 10 Oct 2014

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.



HAL Authorization

**THESE POUR LE DOCTORAT EN
MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

Virginie RENEE

Née le 18/05/1984 à Granville

Présentée et soutenue publiquement le 04 septembre 2014

Point de vue des adolescents sur la place de leur
parent en consultation de médecine générale.

Présidente de jury : Pr Gerardin Priscille

Directeur de thèse : Dr Boulet Pascal

Membres du jury : Pr Hermil Jean-Loup

Pr Mallet Eric

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE
- P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph.
LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{ie} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET -
F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme
SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ -
P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-Francois MUIR	HB	Pneumologie

M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN-TARTARIN** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements :

A Madame le Professeur Priscille Gerardin, professeur de pédopsychiatrie .

Vous avez accepté de présider le jury de cette thèse. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Professeur Eric Mallet, professeur de pédiatrie,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil, professeur de médecine générale.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance : merci de juger ce travail et pour la formation que vous nous avez apporté tout au long du 3^{ème} cycle de nos études.

A Monsieur le Docteur Boulet Pascal, médecin généraliste .

Vous avez avec beaucoup de gentillesse et de spontanéité accepté de diriger ce travail. Merci de votre aide, de vos précieux conseils et du temps consacré à la direction de cette thèse.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation :

Au service de médecine interne d'Elbeuf et à son équipe soignante qui m'a offert un premier stage d'internat riche d'expérience et d'apprentissage.

Au Docteur Calbel, qui m'a accueillie dans son cabinet médical et qui m'a conforté dans ma vocation de généraliste par sa gentillesse et son humanité dans l'exercice quotidien de son métier.

Aux médecins du cabinet médical de Maromme, qui m'ont appris beaucoup sur la relation de soins et l'adolescent.

Au cabinet médical de Saint-Säens, infirmières et médecins, qui m'offrent la possibilité de m'épanouir professionnellement et en particulier merci à « Madame Martin » pour ce qu'elle est humainement et professionnellement.

A mes parents ;

Vous m'avez permis de réaliser mon rêve et vous m'avez soutenu à chaque instant...c'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui.

Je n'aurai pas assez de ces quelques lignes pour vous témoigner tout mon amour mais vous connaissez l'ampleur de ma reconnaissance et de mon affection.

A ma famille, si grande et si belle qui m'a tant apporté.

A mon papy pour les valeurs qu'il m'a communiquées ; tu me manques chaque jour...

A mes amis :

Aux « girls », Katy, Clémence et Audrey : bien plus que des collègues vous êtes devenus de merveilleuses amies.

Je vous remercie de votre soutien, de votre présence et de tous les merveilleux moments passés ensemble.

A Julien, Guillaume, Alexandre, Minh- Tam, Florian, Fabien et Julie : merci pour les instants passés avec vous pendant ces longues années d'étude.

A Blandine, François et David. Merci de tous ces moments partagés, passés et à venir.

A Christophe, pour toutes ces belles années déjà passées à tes côtés...

Merci de me donner envie de vivre l'avenir...

Table des matières :

Liste des abréviations	- 20 -
I) Introduction :	- 21 -
II) Le contexte : une adolescence, des adolescents	- 22 -
1) L'adolescence :	- 22 -
a) <i>Définitions</i> :	- 22 -
b) <i>Etapas du développement à l'adolescence</i> :	- 23 -
c) <i>Facteurs influençant l'adolescence</i> :	- 25 -
2) L'adolescent :	- 26 -
a) <i>Epidémiologie</i> :	- 26 -
b) <i>Mortalité</i> :	- 26 -
c) <i>Morbidité</i> :	- 27 -
d) <i>Conduites à risques</i> :	- 27 -
III) Mise en situation.....	- 32 -
1) La médecine de l'adolescent	- 32 -
a) <i>Une discipline de l'individu dans son ensemble</i> :	- 32 -
b) <i>Les adolescents et leur santé</i> :	- 33 -
c) <i>Des besoins non satisfaits</i> :	- 36 -
2) Le cadre de la consultation :	- 37 -
a) <i>Une consultation qui ne va pas de soi</i>	- 37 -
b) <i>Le tiers</i> :	- 38 -
c) <i>La législation</i> :	- 39 -
d) <i>L'usage d'un référentiel</i> :	- 39 -
IV) Objectifs de l'étude	- 41 -
V) Matériels et méthodes :	- 42 -
1) La recherche bibliographique :	- 42 -
2) L'enquête :	- 42 -
3) Choix de la population :	- 43 -
4) Le questionnaire :	- 43 -
5) Recueil des données :	- 44 -
6) Analyse statistique :	- 45 -
VI) Résultats :	- 46 -

1) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon :	- 46 -
2) Caractéristiques des médecins :	- 47 -
3) L'initiative du rendez-vous :	- 49 -
4) Mode de rendez-vous :	- 49 -
5) Raisons de l'accompagnement parental :	- 50 -
6) Présence du parent selon le thème abordé :	- 52 -
a) <i>Sexualité et contraception</i> :	- 52 -
b) <i>Consommation de tabac et de drogues</i> :	- 54 -
c) <i>Moral et possibles problèmes de dépression</i> :	- 56 -
d) <i>Problèmes scolaires</i> :	- 57 -
e) <i>Alimentation, problèmes d'obésité et de maigreur</i> :	- 59 -
f) <i>Troubles du sommeil</i> :	- 60 -
7) Le médecin face au parent :	- 61 -
8) Le parent en salle d'attente :	- 62 -
9) La notion de confidentialité :	- 63 -
VII) Discussion	- 64 -
1) Intérêt de l'enquête :	- 64 -
2) Méthodologie et limites de l'étude:	- 64 -
a) <i>Choix du questionnaire</i> :	- 64 -
b) <i>Biais de l'enquête</i> :	- 65 -
3) Validité et représentativité des résultats :	- 66 -
a) <i>Caractéristiques sociodémographiques des adolescents</i> :	- 66 -
b) <i>Caractéristiques des médecins</i> :	- 67 -
4) Comparaison avec les données de la littérature :	- 68 -
a) <i>L'initiative du rendez-vous</i> :	- 68 -
b) <i>Le mode de rendez-vous</i> :	- 68 -
c) <i>Les raisons de l'accompagnement parental</i> :	- 69 -
5) Un choix qui dépend du thème abordé :	- 70 -
6) Le médecin médiateur face au parent :	- 73 -
7) Le parent en salle d'attente :	- 74 -
8) La confidentialité au cœur de la consultation :	- 75 -
9) Implications pour la pratique :	- 76 -
10) Implications pour la recherche :	- 78 -

VIII) Conclusion :.....	- 79 -
IX) Annexes :	- 81 -
Annexe 1 : lettre du médecin responsable scolaire de l'académie de Rouen-	81 -
Annexe 2 : pré questionnaires extrait du guide de l'INPES « Entre nous » .-	82 -
Annexe 3: questionnaire distribué	- 84 -
X) Bibliographie.....	- 88 -

Table des illustrations :

Figure 1: Définition de l'adolescence.....	- 22 -
Figure 2: Etapes du développement de l'adolescence (5).....	- 25 -
Figure 3: Répartition des adolescents par âge et par sexe (8).....	- 26 -
Figure 4: Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-30 ans. (13).....	- 28 -
Figure 5: Usage de cannabis chez les 15-30 ans en 2010 selon l'âge et le sexe. (11) -	29 -
Figure 6: Part des adolescents ayant un usage régulier de substances psychoactives, selon la classe et le sexe. (17)	- 30 -
Figure 7: Profils de comportements à risque chez les adolescents (21).	- 31 -
Figure 8: Marguerite des compétences du médecin généraliste.	- 33 -
Figure 9: Scores de qualité de vie de Duke chez les jeunes de 15-30 ans selon le sexe en 2010. (13)	- 34 -
Figure 10: Motifs de consultation des adolescents.....	- 35 -
Figure 11: Répartition des séances d'adolescents par spécialiste.	- 36 -
Figure 12: Questions sous-jacentes à la consultation avec un adolescent (29).....	- 38 -
Figure 13: Répartition des adolescents par âge et par sexe.	- 46 -
Figure 14: Lieu de vie des adolescents.	- 47 -
Figure 15: Répartition des médecins par âge.....	- 47 -
Figure 16: Motifs évoqués par les adolescents pour garder leur médecin.	- 48 -
Figure 17: L'accompagnement selon l'âge.	- 49 -
Figure 18: Le choix de l'accompagnement selon l'âge.	- 51 -
Figure 19: Raisons évoquées pour consulter seul.....	- 51 -
Figure 20: Raisons évoquées pour consulter accompagné.....	- 52 -
Figure 21: Mode de consultation lors de l'abord de la sexualité et justification d'une consultation seul.....	- 53 -
Figure 22: Evolution du mode de consultation selon l'âge si le thème est la sexualité. -	54 -
Figure 23: Mode de consultation lorsque le médecin aborde les consommations à risque. -	54 -
Figure 24: Raisons évoquées pour justifier le mode de consultation.	- 55 -
Figure 25: Mode de consultation si le thème est la dépression et raisons évoquées... -	56 -
Figure 26: Mode de consultation selon le sexe de l'adolescent si le thème est la dépression.	- 57 -
Figure 27: Mode de consultation si le médecin parle des problèmes scolaires.....	- 57 -
Figure 28: Mode de consultation si le thème est la scolarité selon l'âge.....	- 58 -
Figure 29: Mode de consultation lorsque le médecin évoque les troubles alimentaires.. -	59 -
-	-

Figure 30: Mode de consultation si le thème est l'alimentation selon le sexe de l'adolescent.....	- 60 -
Figure 31: Mode de consultation lorsque le médecin aborde les troubles du sommeil.	- 60 -
Figure 32: Gestion du parent selon le sexe du médecin.	- 61 -
Figure 33: Souhait que le médecin propose à l'adolescent de le voir seul.....	- 62 -
Figure 34: Raisons évoquées pour et contre le résumé aux parents	- 63 -
Figure 35: Thèmes de prévention considérés comme importants par les adolescents selon la thèse de N. Zapisescu(41).....	- 65 -
Figure 36: Thèmes de consultation qui devraient rester confidentiels selon les adolescents.....	- 71 -
Figure 37: aspects les plus importants des soins primaires selon les adolescents(28). .-	- 75 -
-	
Figure 38: Exemple d'affichette pour les adolescents.	- 80 -

Liste des abréviations

ADOC : Le groupe ADOC (ADOlescents et Conduites à risque) comprend 14 médecins généralistes et 1 psychiatre libéral. A partir de leurs observations cliniques confrontés à la littérature, ils élaborent, testent et valident de nouvelles possibilités pour dépister, accueillir et accompagner en cabinet l'adolescent en mal-être voire en risque suicidaire. Ils en développent une pédagogie adaptée. L'Observatoire régional de la Santé avec son directeur, puis l'Université avec les Professeur Marcelli et Ingrand sont associés à ce travail de recherche et ses applications

OMS : organisation mondiale de la santé.

WONCA : acronyme signifiant *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, souvent abrégé en *World Organization of Family Doctors*.

C'est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

INSERM: institut national de la santé et de la recherche médicale.

INPES: institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

SASPASS : stage en autonomie chez le praticien.

DPC : développement professionnel continu.

I) Introduction :

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours.

Il croise au cours de sa journée des patients de tous âges et de tout milieu.

Ainsi, il doit, à chaque consultation, adapter son discours et ses soins à l'âge du patient, à son niveau de compréhension, à son entourage familial et à sa situation socioprofessionnelle.

L'adolescent a des spécificités liées à son âge et à son statut qui donnent à la consultation avec l'adolescent sa complexité : il n'est plus un enfant et recherche une certaine autonomie mais pas encore un adulte et son parent est encore très investi dans sa prise en charge chez le médecin. C'est toute la difficulté de la consultation de l'adolescent.

Lors des différents stages, on se retrouve confronté à des adolescents.

C'est notamment lors de mon stage SASPASS que je me suis trouvée en difficulté devant des adolescents venus consulter accompagnés de leur parent.

Que faire face à cette situation ? L'adolescent souhaite-il vraiment cette présence parentale ou est-ce qu'il la subie ?

Est-il gêné pour exprimer certains problèmes de santé face à son parent, à la fois protecteur de la famille mais aussi image de l'autorité ?

II) Le contexte : une adolescence, des adolescents

1) L'adolescence :

a) Définitions :

Le terme « adolescence » vient du latin « adolescere » qui signifie « grandir ».

Ainsi l'adolescence est une période de la vie de l'individu très particulière, fait de perpétuels changements et influencée par l'environnement socio-familial de l'individu (1).

Ce n'est pas qu'une période de transition entre la vie d'enfant et la vie d'adulte ; c'est un moment de transformation organique, psychique et sociale.

Il est difficile de donner une définition consensuelle de l'adolescence car il n'y a pas un adolescent mais des adolescents.

Il existe donc de multiples définitions de l'adolescence :

Selon les Dr Alvin et Marcelli (1) c'est : « une période de transition au cours de laquelle un sujet n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore l'adulte qu'il est en passe de devenir. Cette période n'est pas la simple juxtaposition ou coexistence de caractéristiques infantiles et adultes chez un même sujet. Elle est en réalité marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales, elles-mêmes sous l'influence d'un contexte socio-culturel donné »



Figure 1: Définition de l'adolescence.

L'Organisation Mondiale de la Santé (2) décrit l'adolescence comme une « période de préparation à l'âge adulte ».

Il existe une définition :

- Biologique : c'est la période de développement pubertaire avec la maturation physique et sexuelle.
- Psychique : c'est la période du développement de l'identité et de l'acquisition des capacités de raisonnement.
- Sociale : c'est le moment de l'autonomisation avec l'acquisition d'une indépendance économique et sociale.

D'après la définition du Haut Comité de la santé publique : « L'adolescence présente un statut social proche de celui de l'enfance, lié à l'existence d'une dépendance familiale et à une période d'activité scolaire ou d'apprentissage. Le passage de la période enfance/adolescence à l'âge adulte se caractérise par le franchissement de stades liés à l'entrée dans la vie active et professionnelle d'une part et à la constitution d'un couple et ou du départ de chez les parents d'autre part. » (3)

Il s'agit donc d'un processus de séparation d'avec la famille, d'autonomisation, d'identification sexuelle, avec des particularités liées à l'environnement social et culturel (4).

Ce qui caractérise donc l'adolescence c'est « l'expérience du changement ». (1)

b) Etapes du développement à l'adolescence :

Il n'y a pas plus de définition de l'adolescence que de l'âge de l'adolescent.

En Amérique du Nord, on parle de « teenagers » individus âgés de 13 à 19 ans.

Selon l'OMS, « est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans » (2).

Le début de l'adolescence est de façon commune désigné comme le début des transformations physiques de la puberté.

La fin de l'adolescence est beaucoup plus floue. Elle est déterminée par un accès à l'autonomie financière, sociale et professionnelle.

L'âge de la fin de l'adolescence est donc très variable mais de plus en plus tardif. C'est la « dissociation entre les phénomènes pubertaires et phénomènes psychosociaux qui durent dans le temps » [Jeammet P 2002]

D. Marcelli distingue trois périodes au sein de l'adolescence (1) :

- Un début :

En moyenne : 10-12 ans pour les filles et 11-13 ans pour les garçons.

C'est l'âge des premiers signes pubertaires. Cette période de métamorphose physique et sexuelle entraîne un besoin d'intimité et une redéfinition du mode relationnel infantile.

- Une mi-adolescence :

Entre 13 et 16 ans pour les filles et 14-17 ans pour les garçons.

C'est une période tendue du fait des besoins contradictoires d'indépendance et de dépendance.

Les transformations pubertaires s'intègrent de façon plus ou moins harmonieuse dans le schéma familial, personnel et social.

L'adolescent est dans une grande vulnérabilité psychique, exigeant la vigilance des proches et des soignants.

- La fin de l'adolescence :

Vers 17-21 ans correspondant au stade final du développement pubertaire.

A ce stade l'identité sexuelle et la capacité de relations intimes sont acquises. Cette étape est aussi celle de l'acquisition d'une relative indépendance permettant l'autonomisation de l'adolescent.

	Début de l'adolescence 10-13 ans	Mi-adolescence 14-17 ans	Fin de l'adolescence > 17 ans
Changements physiques et modifications de l'image corporelle	<ul style="list-style-type: none"> • Début de la puberté • Préoccupation par rapport à l'image corporelle • Questions sur la normalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Fin de la puberté • Intégration des modifications corporelles • Préoccupation par rapport à l'apparence physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte d'une maturité physique et sexuelle • Intégration d'une image corporelle stable
Evolution de la sexualité	<ul style="list-style-type: none"> • Curiosité sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Expérimentation • Phase romantique 	<ul style="list-style-type: none"> • Relations intimes
Intégration sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Importance du groupe des pairs du même sexe • Amitiés intenses 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes des pairs hétérosexuels • Début de liens plus individuels 	<ul style="list-style-type: none"> • Relations de confiance avec un partenaire
Relations avec les parents	<ul style="list-style-type: none"> • Revendication d'un espace d'intimité • Pudeur 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalence entre dépendance et indépendance 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition d'une identité d'adulte • Indépendance
Construction identitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche de soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'identité • Prise de risques • Sentiment d'invulnérabilité et de toute-puissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur rapport à la réalité • Conscience de ses propres possibilités • Emancipation
Changements cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Pensée concrète 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportements égocentriques • Début d'une pensée abstraite 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensée abstraite • Projection dans le futur

Figure 2: Etapes du développement de l'adolescence (5).

On peut conclure par les mots de Caroline Thompson, Docteur en psychologie clinique et thérapeute familiale : « Les adolescents ne sont pas des individus qui ont 15 ans, ils ont à la fois 8 et 25 ans. Ils ont donc besoin, à la fois de l'affection d'un enfant et de la liberté d'un adulte » (5)

c) *Facteurs influençant l'adolescence :*

L'adolescence est très influencée par l'environnement psycho-social et familial de l'individu.

De nombreux facteurs peuvent moduler les étapes du développement de l'adolescent (1) :

- La chronologie pubertaire
- Les caractéristiques de la métamorphose physique
- La qualité de l'entourage familial
- Le contexte culturel et social environnant
- L'existence d'une maladie ou d'un handicap

2) L'adolescent :

a) *Epidémiologie* :

Les adolescents de 10 à 19 ans représentent 13 % de la population en France (6), soit 7 millions d'habitants.

Âge révolu	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Ensemble
15	395 762	377 964	773 726
16	395 236	374 604	769 840
17	401 353	382 045	783 398
18	397 389	379 360	776 749
	1 589 740	1 513 973	3 103 713

Figure 3: Répartition des adolescents par âge et par sexe (8).

Les garçons représentent 51.1% des adolescents.

b) *Mortalité* :

En 1993, l'INSERM dénombrait 6000 décès par an chez les jeunes de 15 à 24 ans (3).

70% des décès des jeunes sont des morts violentes (7).

Les accidents de la circulation représentent la première cause de décès avec 40% des décès chez les hommes de 15 à 24 ans et 32% chez les femmes.

Les suicides sont la deuxième cause de mortalité avec 16% des décès chez les garçons et 12% chez les filles (3).

La mortalité des jeunes est marquée par une nette surmortalité masculine : le risque de décès est près de 3 fois supérieur chez les garçons que chez les filles (8).

c) Morbidité :

- **Les troubles somatiques :**

Les adolescents déclarent des problèmes somatiques récurrents (30%) des problèmes de nervosité et d'insomnies (40%).

Ils sont 27% à être obèses et 9% d'entre eux suivent un régime restrictif en l'absence d'excès pondéral (9).

15% des adolescents vont mal de façon durable et répétée, en cumulant souvent difficultés psychologiques (mal-être, dépression, tentative de suicide), comportementales (consommation de produits, violence, délinquance), familiales, sociales (conflit familial, exclusion ou marginalisation sociale) et environnementales (chômage des parents, séparation, décès de proches) (10).

- **Tentative de suicide :**

D'après l'enquête Baromètre santé jeunes de 2010, 59% des jeunes ayant fait une tentative de suicide n'en avaient jamais parlé à personne (11).

Les données des enquêtes épidémiologiques sont donc probablement sous-estimées.

D'après ces enquêtes, 3.7% des 15-19 ans ont fait une tentative de suicide, avec une prépondérance féminine (8).

Le risque principal de la tentative de suicide chez l'adolescent c'est la récurrence suicidaire. Environ 1/3 des suicidants récidivent le plus souvent la 1^{ère} année et 1 à 2% des suicidants décèdent par suicide dans ce délai (12).

d) Conduites à risques :

L'adolescence est aussi une période de comportement d'essai, avec de ce fait des conduites à risque.

- **Alcool :**

L'alcool est le psychotrope le plus précocement et le plus massivement consommé par les adolescents.

A 15 ans, il ne reste que 14.1% de jeunes totalement abstinentes (13).

La consommation alcoolique des adolescents est marquée par une consommation moins régulière mais plus excessive : 1/3 des 15-19 ans ont rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (41% des garçons et 25% des filles).

Les alcoolisations ponctuelles importantes, apparentées au *binge drinking* anglo-saxon, concernent plus de la moitié des jeunes : en 2011, 53.2% disent avoir bu au moins cinq verres en une même occasion au cours du mois écoulé (14).

L'âge d'expérimentation de l'ivresse reste stable à 16.8 ans.

Les consommations à risques ont beaucoup augmentées ces dernières années chez les jeunes et ce en particulier chez les étudiants et les jeunes femmes (11).

- **Tabagisme :**

Plusieurs études en Europe montrent une hausse récente du tabagisme des jeunes français, plaçant la France parmi les pays en tête pour la prévalence tabagique avec 38% de fumeurs à 16 ans (11).

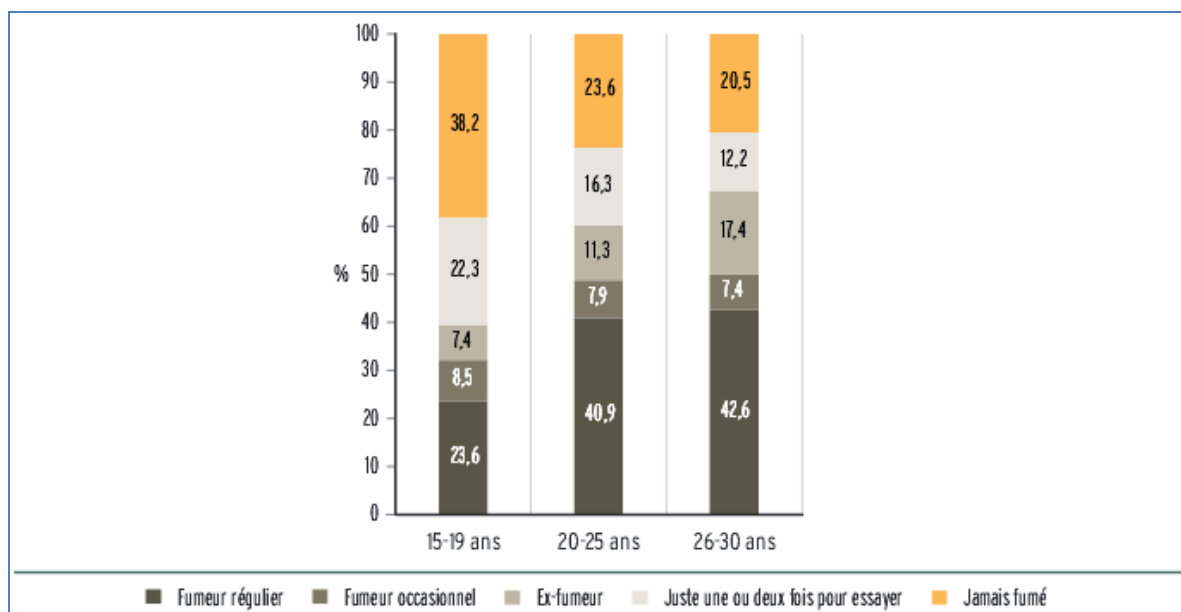


Figure 4: Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-30 ans. (13)

L'âge d'initiation au tabac est plus tardif que les précédentes années ; passant de 15.2 ans en 2005 à 15.6 ans en 2010 (11).

La proportion de fumeurs quotidiens est de 23.6% chez les 15-19 ans, majoritairement les garçons.

- **Consommation de drogues illicites :**

Cannabis :

La consommation de cannabis est une des plus élevées d'Europe chez les jeunes : 38% des 15-16 ans déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis, 14% des 18-25 ans sont des usagers occasionnels et 9% des usagers réguliers (15).

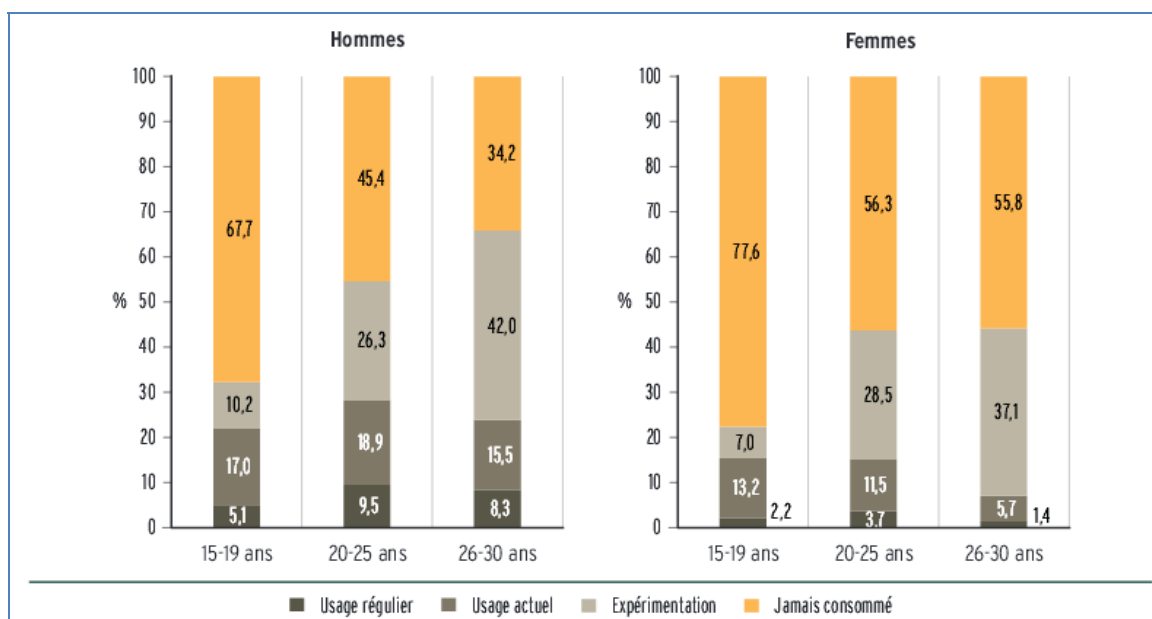


Figure 5: Usage de cannabis chez les 15-30 ans en 2010 selon l'âge et le sexe. (11)

23% des adolescents ne connaissent pas l'opinion de leurs parents au sujet de la consommation de cannabis (11).

Les parents n'auraient pas connaissance de leur conduite, d'après les jeunes, dans 75% des cas pour les consommateurs occasionnels et dans 50% des cas pour les jeunes qui ont consommé plus de dix fois (8).

Autres drogues :

En 1999, les lycéens français étaient 5.7% à avoir consommé des produits à inhaler, 2.1% des amphétamines, 1.9% de la cocaïne et 1.7% de l'héroïne (16).

- **Poly consommation :**

Les professionnels de santé soulignent surtout une « explosion » depuis 5 ans des comportements de triple consommation d'alcool, tabac et cannabis (7).

La poly consommation alcool-tabac-cannabis ou cannabis-psychotropes concerne 7 à 10% des adolescents (7).

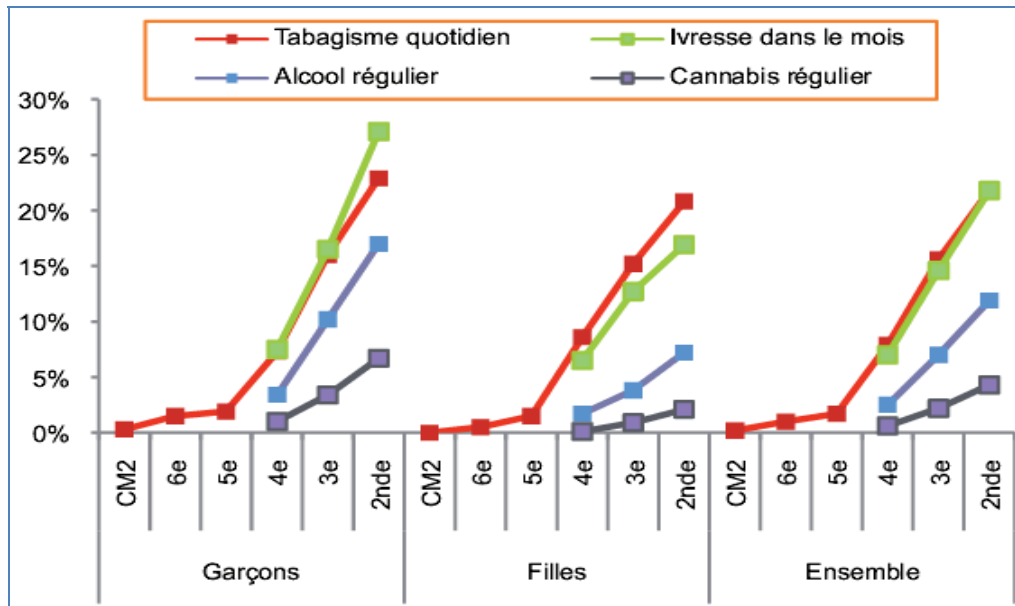


Figure 6: Part des adolescents ayant un usage régulier de substances psychoactives, selon la classe et le sexe. (17)

L'impact de ses facteurs de risque est diminué en présence de facteurs de protection :
(18).

	Facteurs de protection	Facteurs de risques
Individuel	Estime de soi Habilités sociales Implication dans la communauté Réussite scolaire Valorisation de la santé	Faible estime de soi Sentiment de ne pas avoir de maîtrise sur les événements Perception que l'avenir offre peu d'opportunités Faible performance scolaire Tendance à prendre des risques Problème de santé mentale
Environnemental	Familial	
	Harmonie Habilité de communication Plaisir d'être ensemble Style parental démocratique	Conflits, violence Abus sexuel Toxicomanie Style parental rigide ou de laisser-faire
	Extra-familial	
	Ecole de qualité Ressources dans la communauté (loisirs, service) Adultes impliqués Pairs en accord avec les normes sociales	Pauvreté Inégalité dans les opportunités Pairs délinquants Préjudices par les pairs

Figure 7: Profils de comportements à risque chez les adolescents (21).

III) Mise en situation

1) La médecine de l'adolescent

a) Une discipline de l'individu dans son ensemble :

La médecine de l'adolescent est apparue vers la fin des années 60 dans les pays anglo-saxons.

En France, le premier service hospitalier de médecine de l'adolescent a été créé en 1982. Ont suivi de nombreux services spécialisés en psychiatrie de l'adolescent.

C'est une médecine attentive à l'adolescent dans les différents aspects de sa santé physique mais aussi développementale et psychologique. Elle tient compte de l'individu dans sa globalité, individu inscrit dans son environnement familial scolaire et social. (19)

D'après P. Alvin, « 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 socioculturel donné – de l'ensemble des facteurs pouvant en favoriser, gêner ou altérer la progression ».

Du fait du recours important aux soins primaires, la médecine de l'adolescent concerne beaucoup le généraliste.

Si l'on reprend la définition européenne de la WONCA concernant les médecins généralistes – « Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie » - on voit à quel point la médecine générale est une médecine de l'individu dans son ensemble, particulièrement adaptée à la prise en charge des adolescents (20).

La marguerite des compétences en médecine générale reprend cette notion d'approche centrée sur le patient

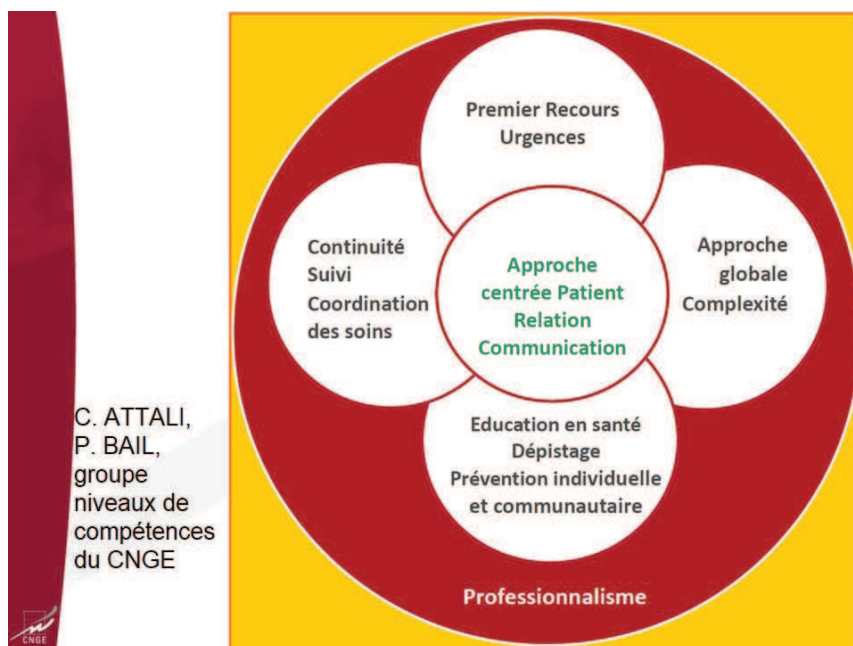


Figure 8: Marguerite des compétences du médecin généraliste.

b) Les adolescents et leur santé :

- **La santé des adolescents :**

Définitions :

Selon l’OMS, la santé est définie par un « état de complet bien-être physique, mental et social ».

Le Haut Comité de la santé publique a défini la santé des enfants et des adolescents de la façon suivante :

« L’enfance et l’adolescence sont les périodes du développement physique et mental, de l’acquisition d’un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l’intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C’est aussi un moment d’identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d’être dilapidé par négligence, ignorance, ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie ». (3)

Pour les jeunes être en bonne santé c'est « être bien dans sa tête, bien dans sa peau » (21).

Une sensation globale de bonne santé :

Les adolescents se disent globalement en bonne santé (22) : 96% des garçons et 90% des filles s'estiment en bonne santé (23).

8 jeunes sur 10 s'estiment en très bonne ou excellente santé.

Seulement 1% des adolescents se considèrent en très mauvaise santé (23).

Cependant, la mesure de la qualité de vie montre que les jeunes ressentent de l'anxiété, des symptômes dépressifs et des douleurs...(11).

Les jeunes de 15-19 ans ont le score de santé mentale le plus dégradé (71.4/100 contre 73.2 chez les 20-25 ans, 75.1 chez les 26-30 ans et 75.3 chez les 31-75).

Les filles ont des scores de qualité de vie plus mauvais que les garçons et en particulier pour ce qui est de la santé physique et de la santé mentale comme on le voit sur ce graphique.

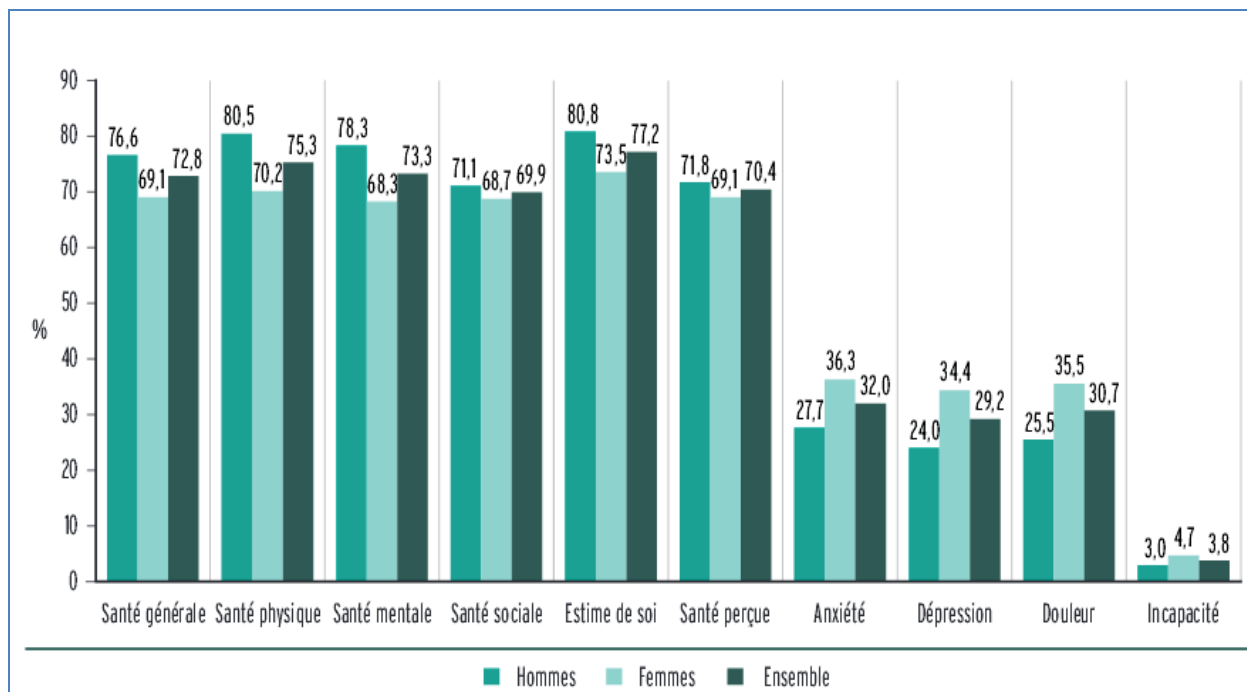


Figure 9: Scores de qualité de vie de Duke chez les jeunes de 15-30 ans selon le sexe en 2010. (13)

Les scores vont de 0 à 100, 100 étant le score optimal de qualité de vie, sauf pour les scores d'anxiété, de dépression, de douleur, d'incapacité où le rapport est inversé.

- **Recours aux soins :**

Les adolescents consultent peu (24).

Ils consultent le plus souvent pour des pathologies bénignes et saisonnières, des maladies de peau, des traumatismes ou des certificats.

Rares sont les adolescents qui consultent pour des troubles psychiques ou psychologiques, et pourtant ces troubles sont fréquents à cet âge.

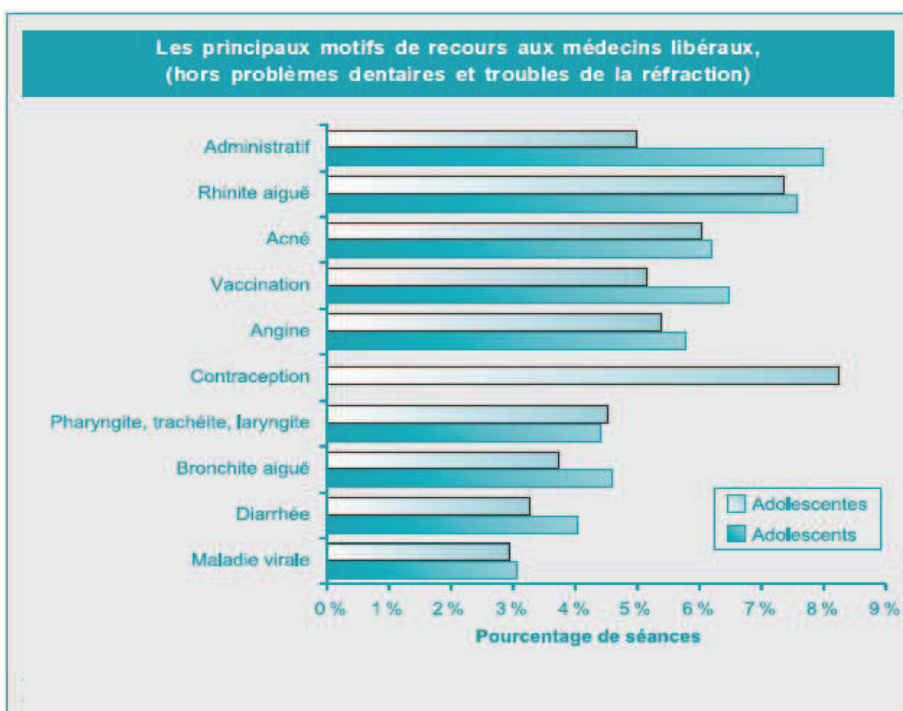


Figure 10: Motifs de consultation des adolescents.

Les filles consultent en moyenne plus que les garçons (23): 2, 5 fois par an pour les filles contre 2,1 fois par an pour les garçons (25).

Le médecin généraliste est le principal intervenant.

Il voit environ un adolescent par jour (24) et il effectue 70% des actes concernant les adolescents.

8,3% des actes de généralistes concernent des adolescents (8).

Le médecin vu par l'adolescent est d'ailleurs très souvent le médecin de famille.

Certains spécialistes voient beaucoup d'adolescents : c'est le cas des dermatologues, des ophtalmologues et des pneumologues (6). A contrario, les adolescents ne représentent que 2% des actes des pédiatres.

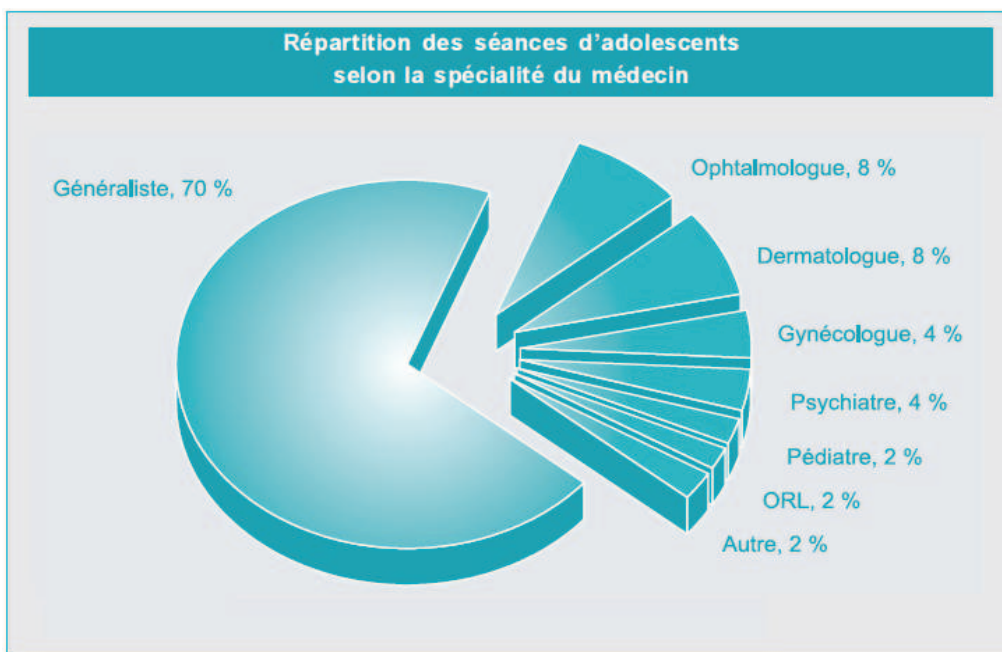


Figure 11: Répartition des séances d'adolescents par spécialiste.

c) Des besoins non satisfaits :

La consultation de l'adolescent est souvent source de frustration :

Si les trois quarts des adolescents disent ressentir une bonne compréhension de la part du médecin, un tiers avoue cependant n'avoir pu se confier (26) : en fin de consultation, ils déclarent n'avoir pas dit tout ce qu'ils souhaitaient dans 30% des cas et jusqu'à 45% dans les groupes d'adolescent à risque (26).

Ainsi dans une étude menée par M Choquet et S Ledoux, les troubles psychosomatiques ressentis par les jeunes et évoqués dans l'auto-questionnaire n'étaient identifiés que dans un cas sur deux environ (23).

Les motifs de consultation exprimés correspondent souvent mal aux besoins ressentis (9).

Interrogés sur leurs besoins en soins, ils se disent demandeurs d'aide pour des problèmes tels que le stress (28% des garçons et 47% des filles), la dépression, la sexualité et contraception et la nutrition alors qu'ils consultent essentiellement pour des problèmes somatiques (9).

Près de la moitié des adolescents déclarent ne pas savoir où aller pour traiter d'un problème de santé qu'ils souhaiteraient taire à leur entourage (9).

Ainsi, d'après une enquête auprès de 1295 étudiants américains, plus de la moitié des adolescents interrogés avaient des questions de santé qu'ils ne voulaient pas communiquer à leur entourage : ils étaient 86% à vouloir être suivi par un médecin mais seulement 57% pour les problèmes de sexualité (grossesse, MST) ou de consommation de drogues...(27).

Ces données montrent à quel point les adolescents ont des difficultés à exprimer leur demande de soins.

Le symptôme n'est parfois qu'un prétexte et le médecin doit saisir l'opportunité de la consultation pour régler des demandes cachées (6).

2) Le cadre de la consultation :

a) Une consultation qui ne va pas de soi.

L'une des principales difficultés de la communication entre le médecin et son patient adolescent c'est que le médecin a pour habitude de traiter directement avec un adulte alors que dans le cas de l'adolescent il est face à une personnalité en plein développement physique, psychologique et social (28).

Recevoir un consultant adolescent est une chose mais l'inviter à dépasser le motif de consultation en est une autre (29).

Dans la pratique courante, rares sont les fois où le médecin élargit le contenu de la consultation quand le motif est administratif (1 fois sur 2) ou somatique (1 fois sur 3) et cette ouverture n'aborde les troubles psychologiques que dans 4% des cas (26).

De la même manière, pour un adolescent, parler au médecin de ses problèmes de santé ou d'existence est complexe et s'exprimer librement nécessite l'envie, la sécurité et les moyens de le faire (29).

La demande de l'adolescent est imprécise, voire ambivalente (26), sous tendue par les processus d'autonomisation, de modification corporelle..

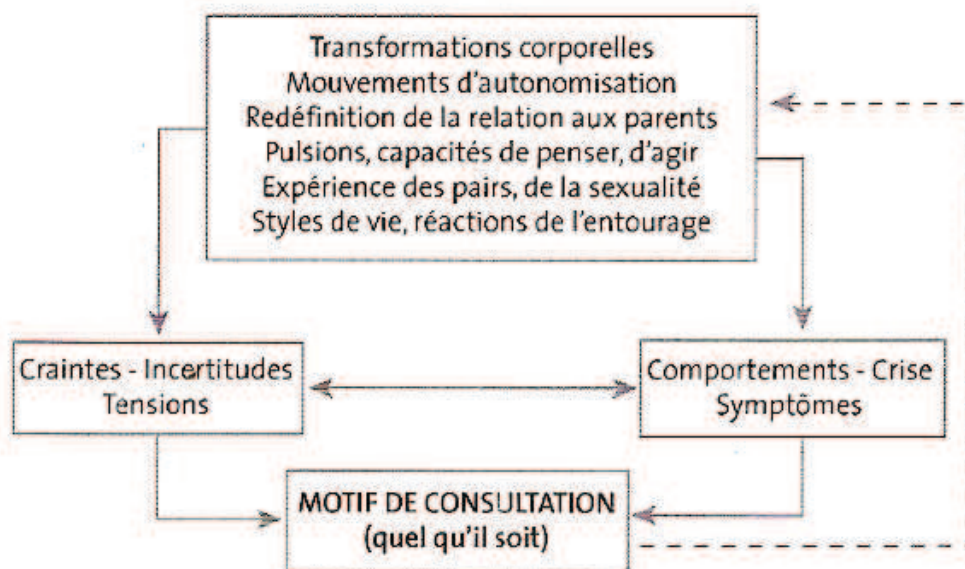


Figure 12: Questions sous-jacentes à la consultation avec un adolescent (29)

« La consultation de l'adolescent en médecine générale a des caractéristiques propres et un enjeu qui dépasse largement le motif évoqué »(30).

b) Le tiers :

Les jeunes de 12 à 20 ans sont souvent accompagnés d'une tierce personne chez leur médecin (31).

Ils viennent souvent accompagnés ; environ 51% des filles et 61% des garçons à 18 ans avec un motif préalablement discuté avec les parents (26).

En effet les consultations de l'adolescent sont très liées à des préoccupations parentales. Même à 18 ans, 67% des rendez-vous sont sollicités par les parents.

L'adolescent est donc non seulement régulièrement accompagné mais aussi non demandeur de la consultation (32).

c) La législation :

D'après Marcelli, l'adolescent doit être d'emblée considéré comme une personne, une individualité à part entière, bénéficiant de la confidentialité de sa rencontre avec le médecin (19).

Le cadre juridique de la consultation du patient mineur a été précisé par la loi du 4 mars 2002 qui rend le respect des droits et de l'autonomie de chaque individu comme une obligation éthique ce qui chez un mineur impose au médecin de naviguer en permanence entre le respect de l'autonomie de l'enfant et le respect des droits des parents (33).

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. » (34).

d) L'usage d'un référentiel :

Comme nous l'avons vu précédemment, la consultation de l'adolescent a un enjeu qui dépasse largement le motif évoqué.

L'équipe ADOC a mené des études qui prouvent l'intérêt de l'usage d'un référentiel d'attitudes pour un dépistage systématique des problèmes psychologiques. (30)

L'INPES propose des supports d'appui à la consultation, notamment des pré questionnaires HEADSS, questionnaire de pré consultation du Pr Alvin(35).

Ces pré questionnaires permettent à l'adolescent de prendre part de façon autonome à la consultation et au médecin de cibler les problèmes à aborder (32).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'adolescence est une période particulière de la vie marquée par de nombreuses modifications physiques, psychiques et sociales qui permettent la construction de l'individu.

C'est aussi une période où l'individu se cherche et prend des risques.

A l'adolescence, certains problèmes de santé sont devenus des enjeux de santé publique, que le médecin doit pouvoir dépister : la consommation de tabac, d'alcool, de drogues, l'obésité, la dépression, les infections sexuellement transmissibles et les interruptions de grossesse notamment...(36)

On a vu ainsi toute la complexité de la prise en charge de l'adolescent.

Il consulte peu, pour des motifs souvent somatiques et tout l'enjeu est de décoder la demande de soins pour répondre aux besoins spécifiques de l'adolescent.

« La médecine de l'adolescent s'adresse à une population particulière, avec ses problèmes somatiques, psychologiques et environnementaux spécifiques. L'adolescent est en développement et en devenir, pas encore autonome mais à la recherche de cette autonomie » (33).

IV) Objectifs de l'étude

La problématique de la consultation de l'adolescent est la triade parent/adolescent/médecin qu'il faut réussir à gérer pour donner à l'adolescent l'autonomie et le temps nécessaire à l'expression de ses besoins sans pour autant mettre de côté le parent.

Il paraît intéressant de définir un cadre de soins garantissant la confidentialité à laquelle l'adolescent a droit, en reconnaissant la place des parents qui restent des soutiens indispensables (10)(18).

La plupart des études montrent que les médecins sont convaincus de la nécessité de voir l'adolescent seul en consultation même si en pratique, peu de médecins font sortir le parent.

Mais qu'en est-il du point de vue des adolescents ?

L'objectif de cette étude est de prendre en compte le point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation avec le médecin généraliste : préfèrent-ils être seuls ou accompagnés ? Ce choix dépend-t-il du motif de consultation ?

L'objectif secondaire est de savoir si l'accompagnement parental est un choix de l'adolescent et de faire le point sur leur connaissance par rapport à la notion de confidentialité de la consultation.

V) Matériels et méthodes :

1) La recherche bibliographique :

La bibliographie a été réalisée en utilisant les bases de données pub med, sciencedirect, EBSCO, la banque de données en santé publique pour les articles de revues.

La recherche des thèses sur le sujet a été réalisée via le catalogue Dumas des thèses.

Les recherches ont été effectuées en utilisant comme mots clés : adolescent, parent, consultation et médecin.

2) L'enquête :

Nous avons décidé de réaliser une enquête quantitative descriptive pour interroger un nombre important d'adolescents, des enquêtes qualitatives sur les adolescents ayant déjà été réalisées.

Le choix s'est également porté sur ce type d'étude pour avoir l'anonymat nécessaire à une réponse franche de l'adolescent.

Le choix initial était de distribuer les questionnaires aux adolescents dans les collèges et les lycées.

Une demande a été faite au rectorat de Rouen. Le médecin responsable du service de santé du rectorat a refusé la diffusion du questionnaire, les travaux de thèse dans les établissements scolaires étant réservés aux internes de santé publique (annexe 2).

Nous avons donc décidé de questionner les adolescents directement dans les cabinets médicaux.

3) Choix de la population :

Nous avons choisi de sélectionner les adolescents avec pour limites d'âge 15 ans et 18 ans, ce qui correspond à la mi-adolescence selon Marcelli.

En effet c'est la période principale des processus d'autonomisation vis-à vis des parents.

L'âge de 15 ans a été choisi car c'est un âge charnière :

- C'est l'âge d'initiation des conduites à risque, où le médecin a un rôle important de prévention.
- C'est la période où l'on commence à aborder avec l'adolescent le choix du médecin référent qui se fait à 16 ans.
- L'âge de 15 ans correspond également aux enquêtes d'épidémiologie de l'Inserm ou de l'Inpes (11).
- Dans une thèse interrogeant des médecins sur leur pratique en consultation avec l'adolescent, les médecins ont dit ne pas adopter la même attitude avant et après 15 ans (37).

Etaients donc inclus les adolescents âgés de 15 ans révolus et jusqu'à leur 19^{ème} année, présents au cabinet médical entre le 15 février et le 16 mai 2014.

4) Le questionnaire :

Il s'agit d'une enquête déclarative avec un auto questionnaire anonyme comportant des questions ouvertes.

Le questionnaire est court afin de ne pas décourager les adolescents.

Le tutoiement a été choisi volontairement après avoir constaté dans la bibliographie que les adolescents préfèrent être tutoyés par le médecin (24) (38).

Il comporte :

- une partie sur les caractéristiques socio-démographiques des adolescents et de leur médecin. Le but est d'identifier des variables susceptibles d'influencer les réponses des adolescents.
- une question sur l'initiative du rendez-vous et le mode de consultation en général et selon le motif : l'objectif est de définir si l'adolescent est acteur de sa santé ou si c'est son parent qui gère la consultation.
- une partie sur les raisons de l'accompagnement parental : le but est de savoir si l'adolescent est accompagné par choix.
- une question sur la présence des parents selon le motif pour savoir si le thème de la consultation influence le choix de l'accompagnement
- une partie sur la gestion du parent par le médecin
- une question sur la notion de confidentialité

Le questionnaire a été soumis au comité de protection des personnes de la région Nord-Ouest, qui a considéré le projet comme une enquête et a validé le questionnaire lors de la session du 19/12/2013.

5) Recueil des données :

35 cabinets médicaux répartis en Seine-Maritime ont été contactés.

Le recrutement des cabinets médicaux s'est fait au hasard dans les pages jaunes pour éviter un biais de sélection et obtenir un échantillon reparti de façon homogène dans le département.

9 ont refusé de participer à l'enquête.

Les motifs de refus étaient : le manque de temps pour 5 d'entre eux, une patientèle adolescente trop faible pour 2 d'entre eux, des sollicitations pour les travaux de thèse trop fréquentes pour 1 d'entre eux et une désapprobation quant aux choix de certains termes du questionnaire pour 1 d'entre eux.

24 cabinets médicaux ont accepté de participer à l'enquête, ce qui correspondait à 78 médecins.

5 cabinets médicaux, soit 16 médecins recrutés n'ont finalement pas participé à l'enquête par manque de temps.

Au final, 550 questionnaires ont effectivement été remis aux cabinets médicaux et ces questionnaires ont été distribués entre février et mai 2014 aux adolescents entre 15 et 18 ans.

Les secrétaires médicales ou les 62 médecins recrutés avaient pour consigne de remettre le questionnaire aux adolescents en s'assurant que le tiers n'interférait pas.

6) Analyse statistique :

Les données ont été reportées dans un tableau Excel.

L'analyse statistique comporte une analyse descriptive univariée de l'ensemble des variables du questionnaire.

Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si ce premier ne s'appliquait pas.

Pour l'analyse des résultats comportant des données qualitatives et quantitatives, le test de Kruskal et Wallis a été utilisé.

Les résultats ont été considérés significatifs si $p < 0.005$.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Epi-info 7 et du site internet BiostatGv.

VI) Résultats :

233 questionnaires ont été recueillis entre le 13 février et le 16 mai 2014 sur les 550 fournis aux cabinets médicaux.

11 questionnaires ont été exclus :

- 8 du fait de l'âge (5 questionnaires remplis par des adolescents de 14 ans et 3 par des adolescents de 19 ans)

- 3 parce qu'ils n'étaient que très partiellement complétés.

Au final, 222 questionnaires ont donc été exploités sur les 550 fournis. Le nombre effectif de questionnaire distribué n'est pas connu.

1) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon :

L'âge moyen des adolescents de l'échantillon est de 16 ans et 3 mois. Il y a 30% d'adolescents de 15 ans, 26% de 16 ans, 25% de 17 ans et 19% de 18 ans.

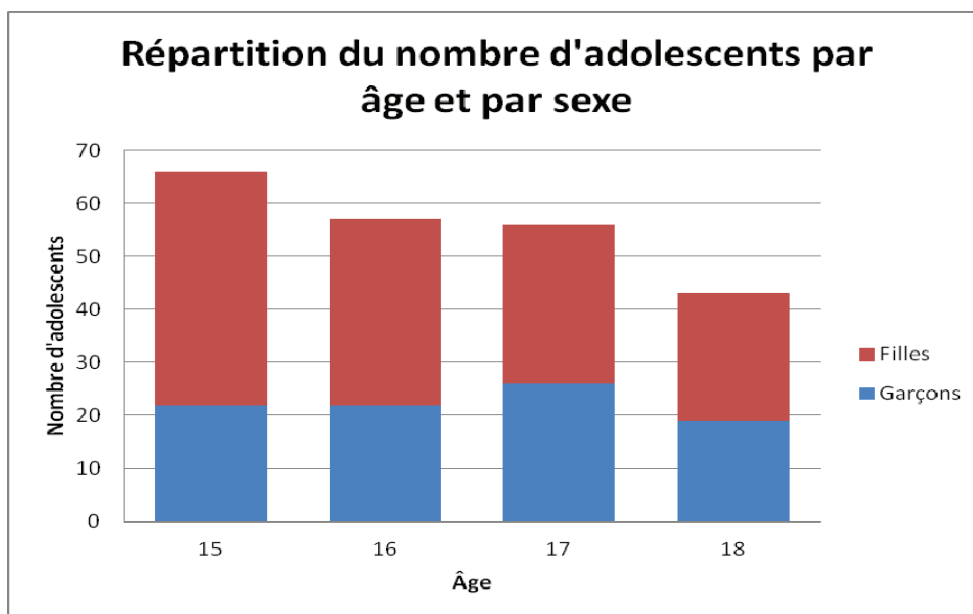


Figure 13: Répartition des adolescents par âge et par sexe.

Il y a une majorité de filles (133 filles contre 89 garçons), comme le montre la figure 13, avec un sex ratio de 0.67.

Les adolescents de l'échantillon étaient en grande majorité scolarisés (de la 4^{ème} aux études supérieures).

2 adolescents avaient une activité professionnelle, 2 autres étaient en recherche d'emploi.

Ils vivaient à 43% en milieu rural, comme le montre la figure 14.

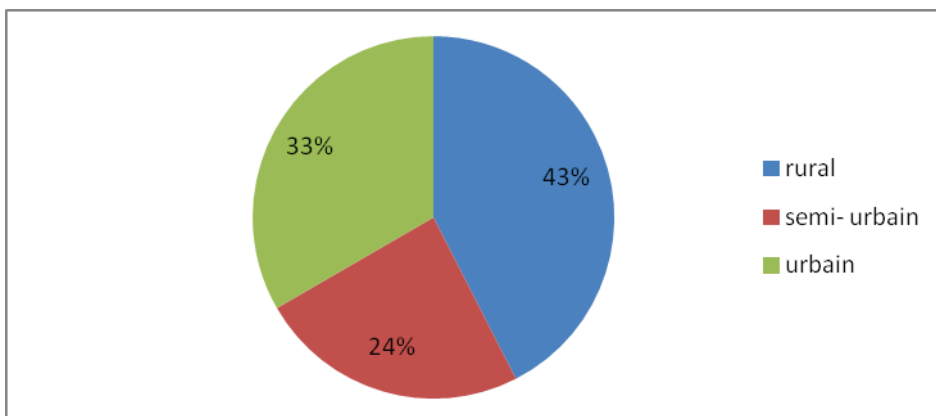


Figure 14: Lieu de vie des adolescents.

2) Caractéristiques des médecins :

98% des adolescents avaient un suivi régulier chez un médecin généraliste.

Les médecins des adolescents interrogés étaient à 59% des hommes, majoritairement âgés de plus de 45 ans, comme le montre la figure 15.

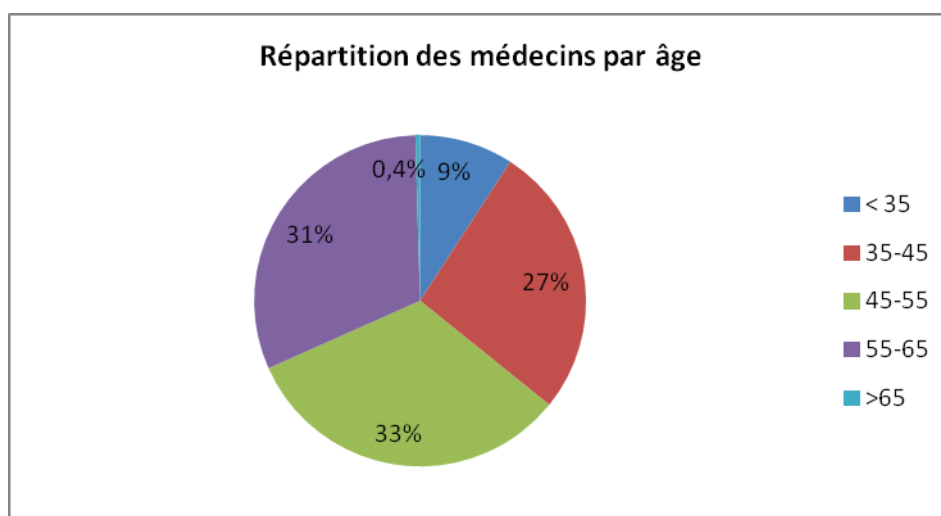


Figure 15: Répartition des médecins par âge.

Les adolescents étaient 91% à avoir le même médecin que leur parent.

Le fait d'avoir le même médecin que leur parent convenait à 97% d'entre eux.

- Seuls 4% des adolescents souhaitaient changer de médecin.

Les 9 adolescents qui souhaitaient changer de médecin ont donné une raison.

Les raisons évoquées étaient :

- Le sexe du médecin pour 4 adolescentes : « C'est un homme, je n'arrive pas à me confier », « je n'aime pas parler avec lui de mes problèmes de fille », « je suis plus à l'aise avec une femme », « j'aimerais un médecin femme ».
- La ponctualité ou la distance pour 2 jeunes : « Il est toujours en retard », « il est trop loin »
- La proximité avec la famille pour 2 adolescents : « Il est trop proche de ma famille », « j'ai pas eu le choix, c'est le médecin de ma mère ».
- Le relationnel : « Je ne suis pas à l'aise avec ».

- A l'inverse, 96% adolescents voulaient garder leur médecin.

Près de la moitié des adolescents ont donné une explication : ils évoquaient la relation de « confiance » et le fait que le médecin les connaît depuis l'enfance.

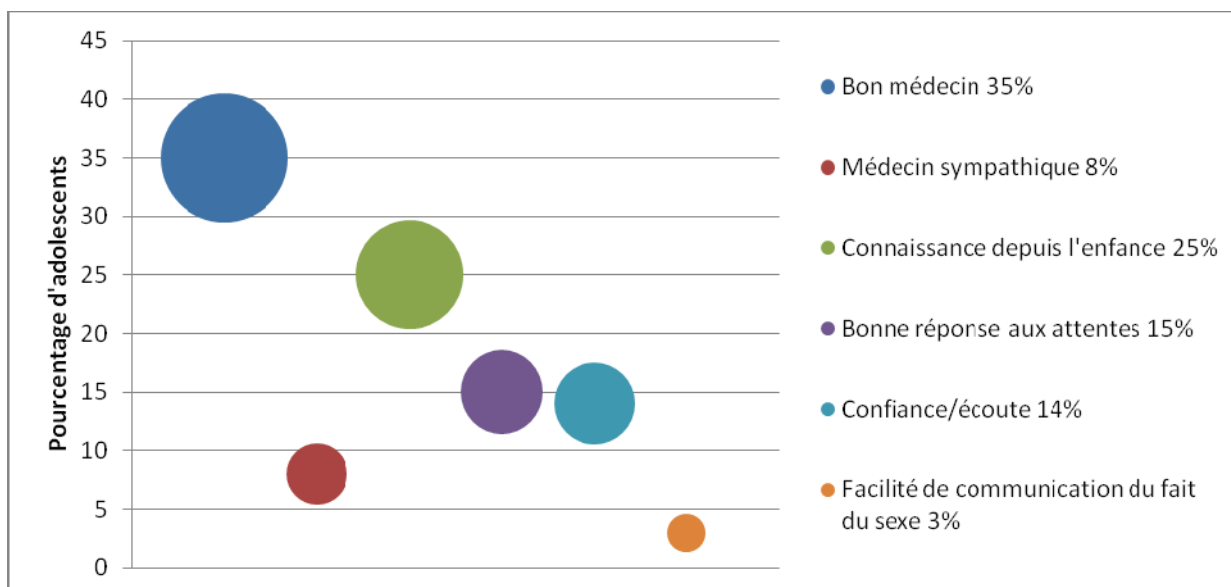


Figure 16: Motifs évoqués par les adolescents pour garder leur médecin.

114 adolescents sur les 213 qui souhaitaient garder leur médecin n'ont pas dit pourquoi.

3) L'initiative du rendez-vous :

Pour 47% des adolescents interrogés, la décision de voir le médecin revenait au parent.

Seuls 28% des adolescents décidaient seuls de voir leur médecin.

Enfin, pour 25% d'adolescents, l'initiative du rendez-vous était prise conjointement avec le parent.

La décision du rendez-vous n'était statistiquement pas liée aux caractéristiques socio-démographiques de l'adolescent ni à celles du médecin.

4) Mode de rendez-vous :

Les adolescents consultaient majoritairement accompagnés de leur parent, pour 77% d'entre eux. Les filles étaient plus souvent accompagnées, 60% contre 40% de garçons sans différence statistiquement significative ($p=0.13$)

Ils étaient 49% à consulter parfois seuls.

Ils n'étaient que très rarement accompagnés d'un ami (3% des cas).

Il n'y avait pas de différence selon le lieu de résidence mais une différence significative selon l'âge : les adolescents les plus jeunes consultaient statistiquement plus accompagnés que les 17-18 ans ($p=0.028$).

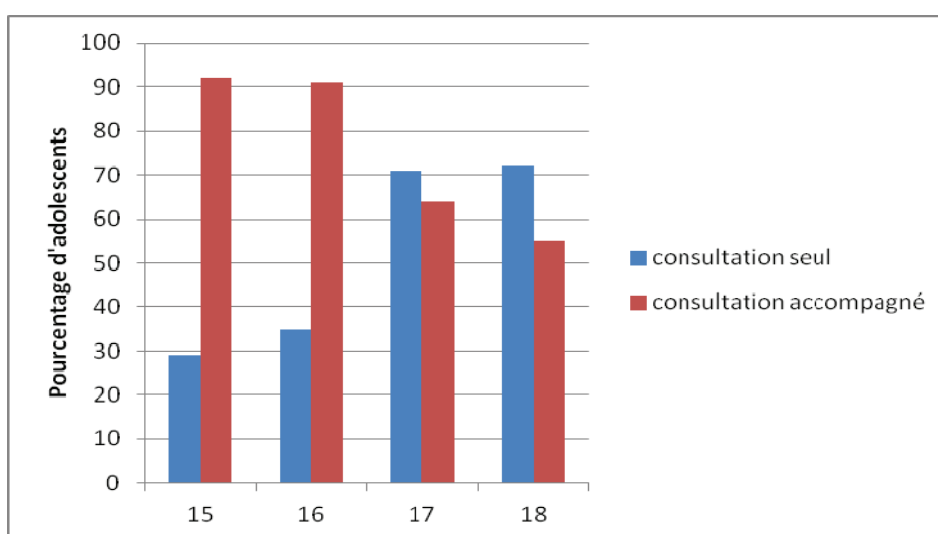


Figure 17: L'accompagnement selon l'âge.

- 49% des adolescents ont répondu consulter parfois seuls pour des raisons d'intimité ou parce que les problèmes étaient sans gravité:

34% « Quand c'est personnel », « pour des problèmes personnels, « quand je veux parler librement »

12%« Quand je ne veux pas que me parents sachent »

3% « Quand j'ai un rhume », « Pour un certificat médical », « Pour un vaccin »....

51% des adolescents n'ont pas dit pour quels motifs ils consultaient seuls.

- Lorsque l'adolescent était accompagné d'un ami, c'était pour ne pas être seul :

« Quand je ne veux pas rester seule »

« Pour avoir quelqu'un avec qui parler en salle d'attente ».

- Sur les 175 adolescents qui déclaraient consulter le médecin avec leur parent, 76% étaient systématiquement accompagnés de leur parent :

« Pour qu'ils sachent ce que j'ai », « parce que je suis mineure », « ça les concerne », « ils s'inquiètent de ma santé »...

5) Raisons de l'accompagnement parental :

Lorsque les adolescents consultaient accompagnés de leur parent, c'était un choix pour 68% d'entre eux, sans différence significative selon l'âge ni le sexe.

Lorsque les adolescents ne choisissaient pas cet accompagnement, il était

- en lien avec un problème de transport pour 59% d'entre eux
- de paiement pour 42%.
- de carte vitale pour 28%

- imposé par leur parent pour 27%

Seuls 32% des adolescents auraient alors préféré être seuls avec une différence significative selon l'âge, les adolescents les plus jeunes préférant être accompagnés avec une inversion de la tendance à 18 ans ($p=0.0007$).

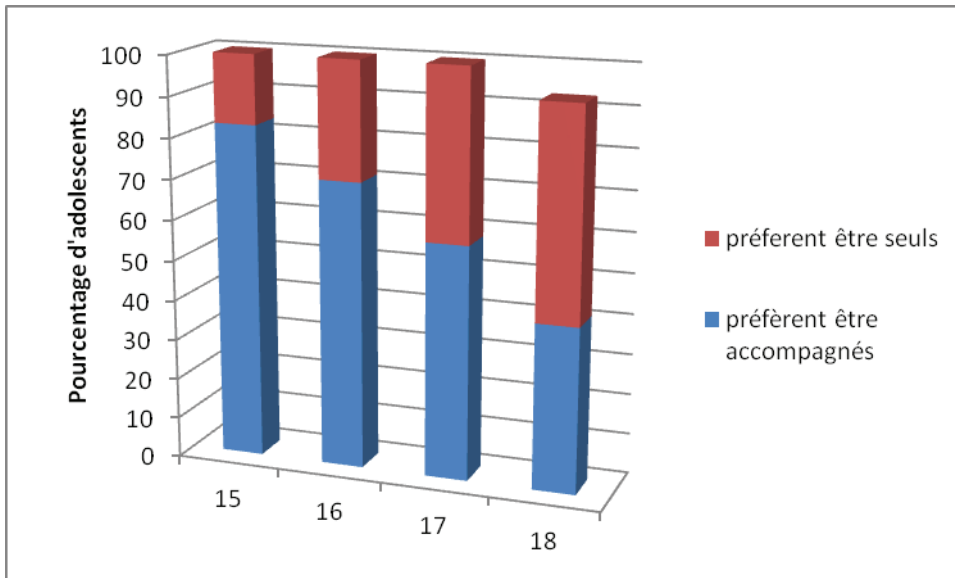


Figure 18: Le choix de l'accompagnement selon l'âge.

Les adolescents qui souhaitaient être seuls évoquaient le problème de l'intimité de la consultation :

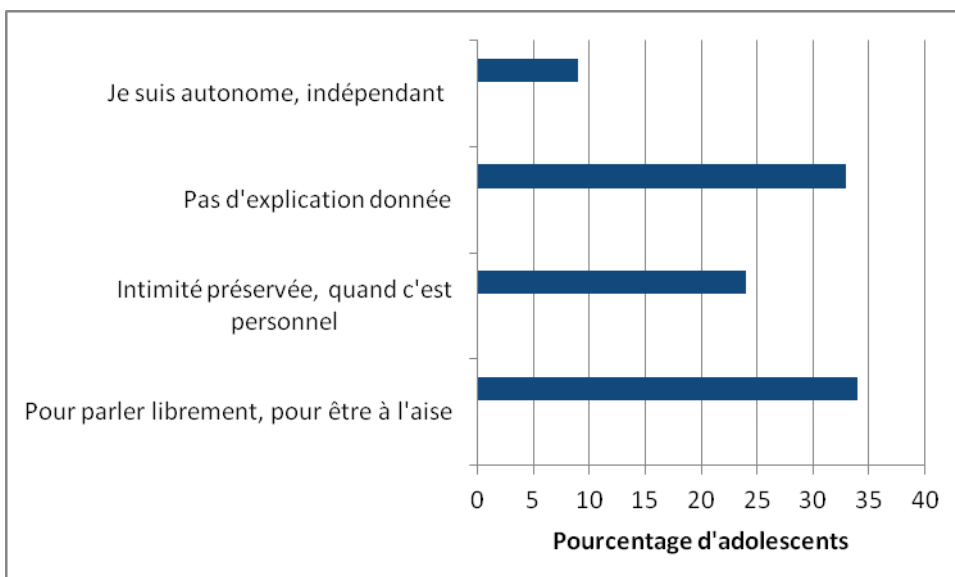


Figure 19: Raisons évoquées pour consulter seul.

La majorité des jeunes souhaitent être accompagnés : l'accompagnement parental semble être apprécié par les adolescents qui se disent plus en confiance en présence d'un parent.

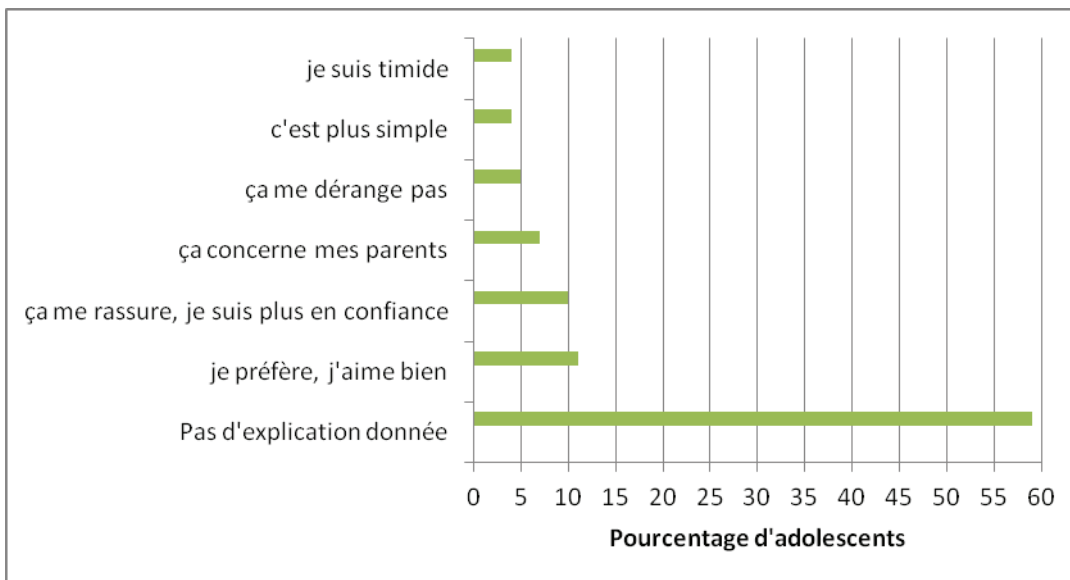


Figure 20: Raisons évoquées pour consulter accompagné.

126 adolescents n'ont pas répondu à cette question ouverte.

6) Présence du parent selon le thème abordé :

a) Sexualité et contraception :

Lorsque le médecin abordait la sexualité et la contraception, 55% des adolescents préféraient être seuls :

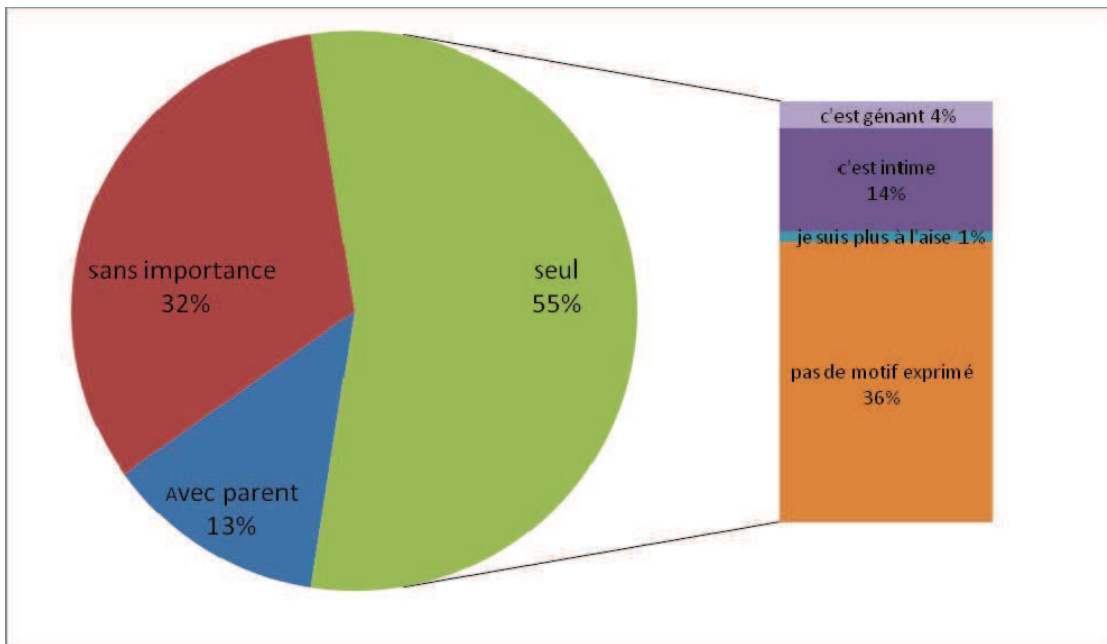


Figure 21: Mode de consultation lors de l'abord de la sexualité et justification d'une consultation seul.

- Parmi les adolescents qui souhaitent être accompagnés d'un parent :
 - 21% parce qu' « Ils peuvent donner leur avis », « pour en reparler après »
 - 7% « Ils savent tout »
 - 3% « C'est important pour moi que mes parents soient là ».
 - 69% n'ont pas donné de motif à ce choix.

- 32% des adolescents considéraient le fait d'être seul ou accompagné sans importance :
 - « Ça ne me dérange pas », « je n'ai rien à cacher », « mes parents savent », « on en parle ».

Cette préférence est statistiquement liée au sexe ($p=0.031$) et à l'âge des adolescents ($p=0.09$) : les adolescentes de 17 et 18 ans préféraient significativement plus être seules que les garçons les plus jeunes.

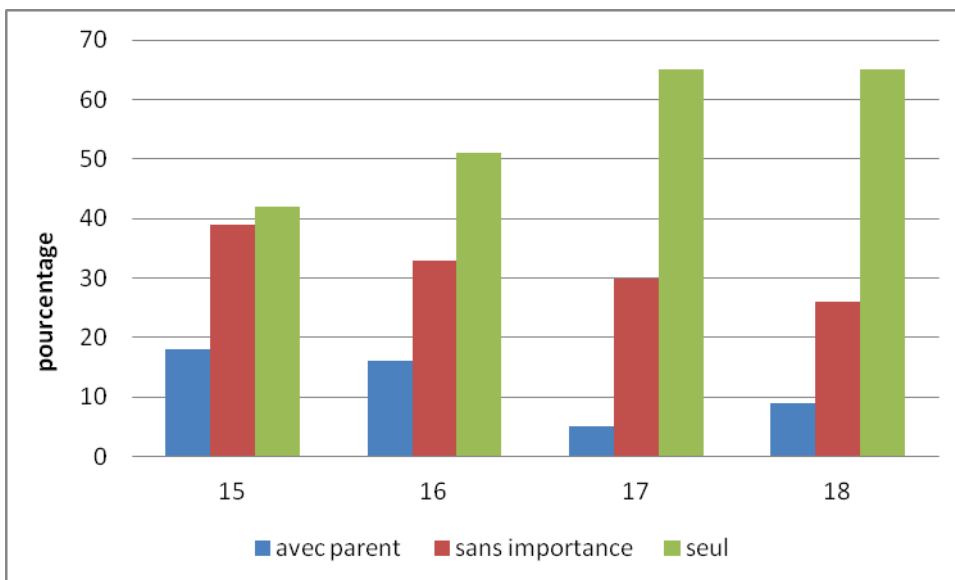


Figure 22: Evolution du mode de consultation selon l'âge si le thème est la sexualité.

b) Consommation de tabac et de drogues :

La majorité des adolescents interrogés considéraient sans importance le fait d'être seul ou accompagné et seulement un tiers d'entre eux préférait être seul lorsque le médecin abordait la consommation de tabac ou de drogues, comme on peut le voir sur la figure 23 :

« Ils savent tout », « je n'ai rien à cacher ».

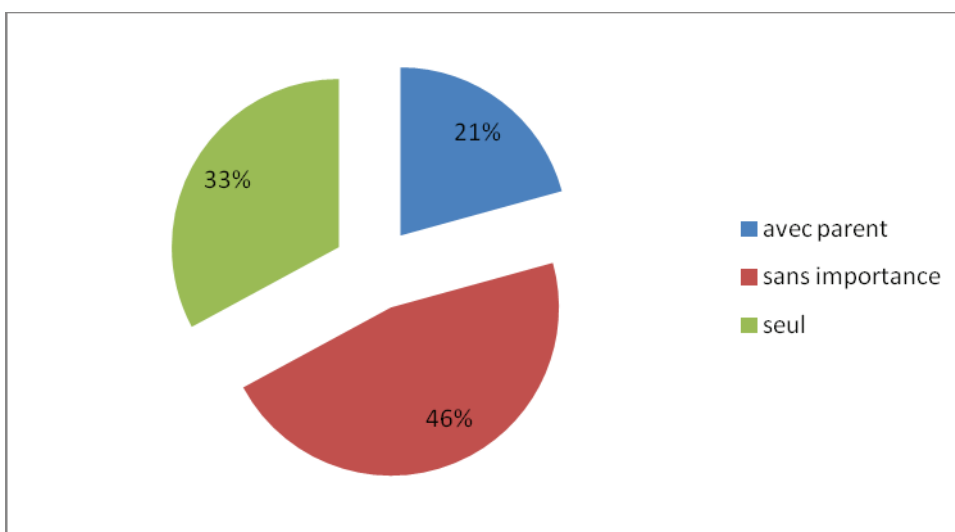


Figure 23: Mode de consultation lorsque le médecin aborde les consommations à risque.

46 adolescents souhaitaient consulter accompagnés de leur parent :

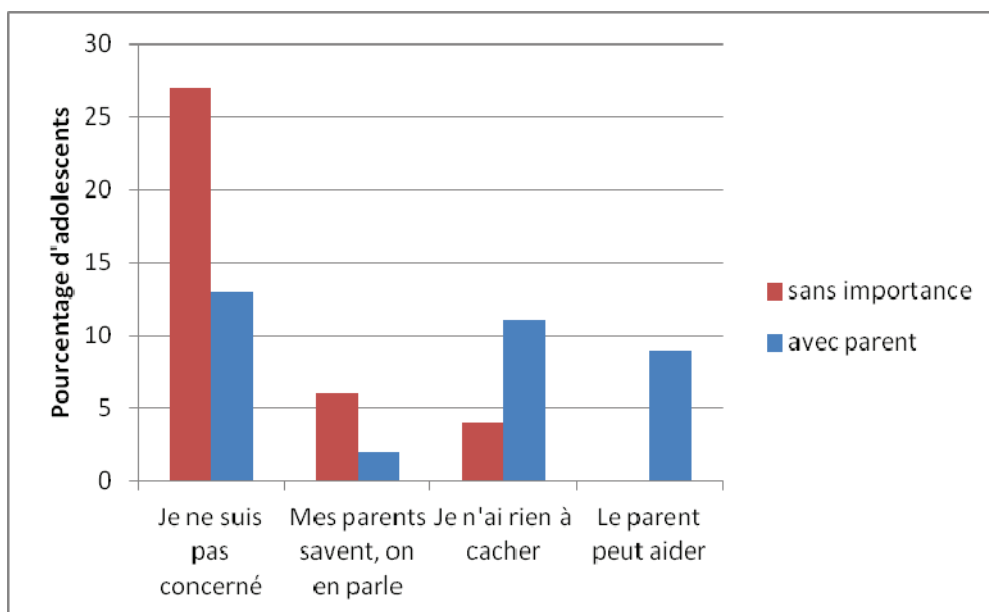


Figure 24: Raisons évoquées pour justifier le mode de consultation.

Enfin, 73 adolescents préféraient consulter seuls :

- 16% des adolescents pour des raisons d'intimité : « C'est gênant », « c'est personnel »
- 8% des adolescents par défaut de communication avec l'entourage : « Mes parents seraient fâchés », « choqués », « Je serai obligé de mentir ou de minimiser ».

Le choix de consulter accompagné ou non n'était statistiquement pas lié à l'âge ni au sexe de l'adolescent.

Les adolescents qui se sont dit non concernés par la consommation n'ont jamais répondu vouloir être seuls : on peut supposer que le choix de consulter seul ou accompagné dépend surtout du fait de consommer ou non.

c) Moral et possibles problèmes de dépression :

47% des adolescents souhaitaient consulter seuls lorsque le médecin abordait les problèmes de dépression : « pour ne pas inquiéter les parents », « pour mieux me confier », « les parents ne peuvent pas comprendre », « c'est personnel », « c'est intime », « pour parler librement ».

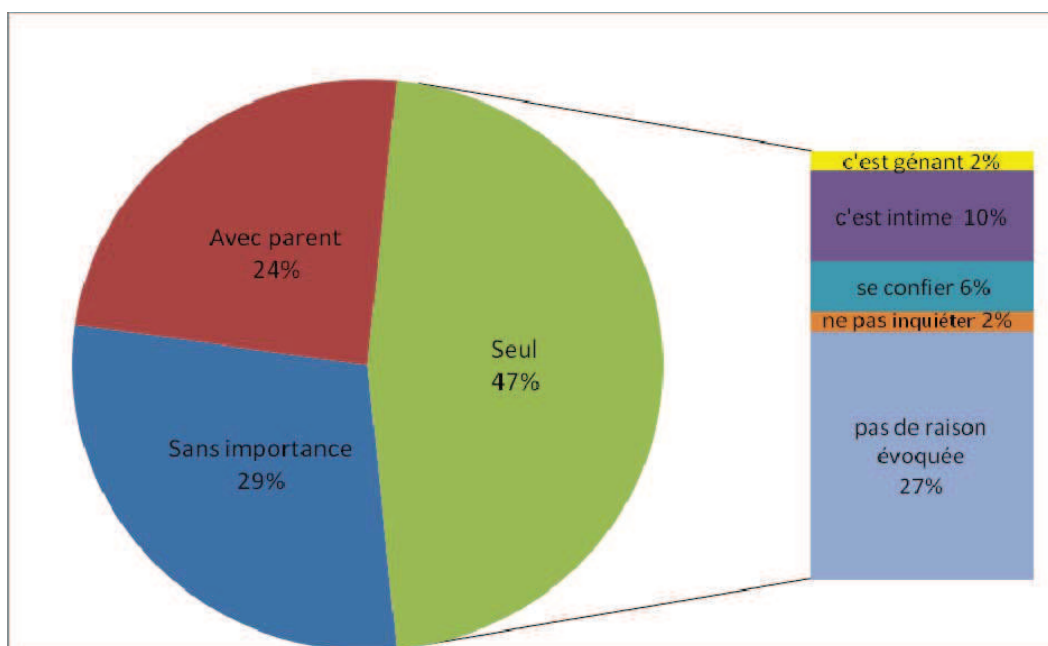


Figure 25: Mode de consultation si le thème est la dépression et raisons évoquées.

- 64 adolescents n'avaient pas de préférence :

« Les parents peuvent aider », « ils ont le droit de savoir », « on en parle », « ils savent », « je ne suis pas concerné par les problèmes de moral ».

- 54 adolescents souhaitaient être accompagnés :

30% parce que « Les parents sont des soutiens », « ils peuvent aider »

Pour 15% « Ils doivent savoir », « pour qu'ils sachent », « ça les concerne »

4% « Pour en parler »

Il n'y avait pas de différence selon l'âge mais le sexe influençait le choix de l'accompagnement : les filles préféraient statistiquement plus consulter seules que les garçons ($p=0.0002$).

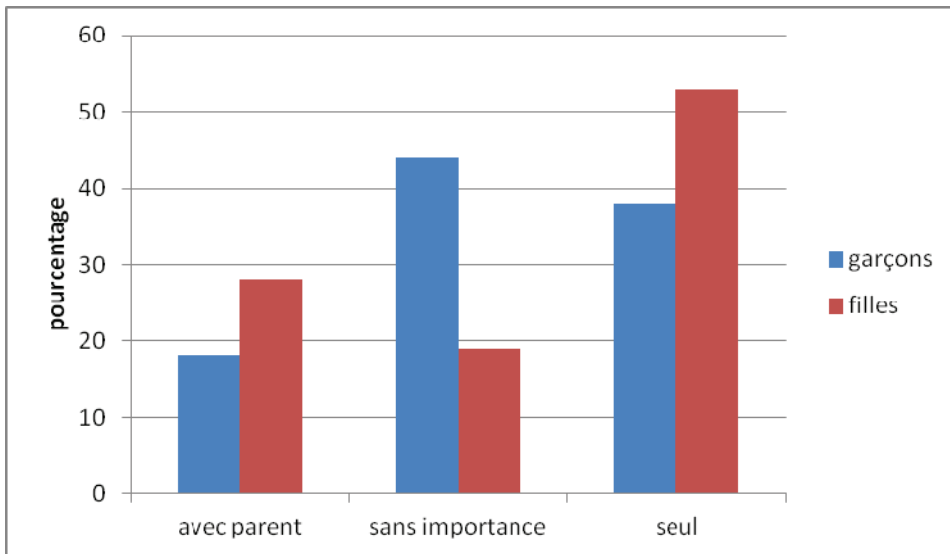


Figure 26: Mode de consultation selon le sexe de l'adolescent si le thème est la dépression.

d) Problèmes scolaires :

- Lorsque le médecin abordait les problèmes scolaires, 47% des adolescents n'avaient pas de préférence pour ce qui est de l'accompagnement, comme le montre la figure 26 :

« Je n'ai rien à cacher », « ils savent tout ».

« Ça les concerne »

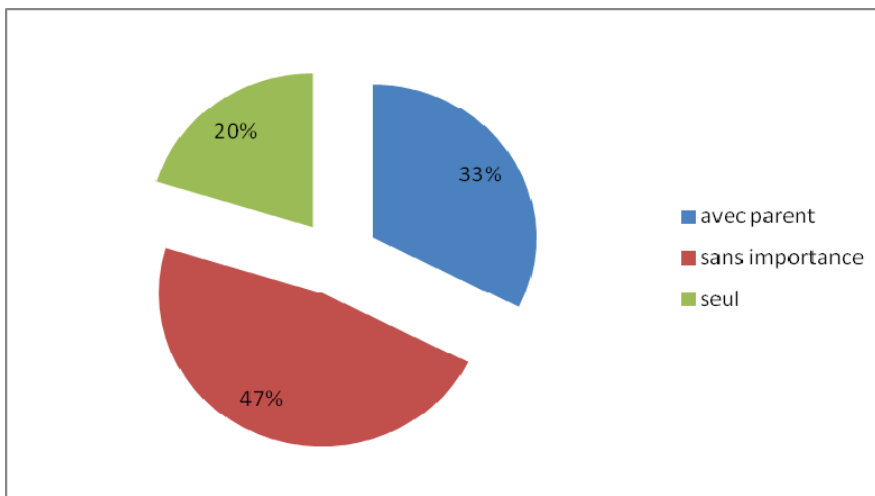


Figure 27: Mode de consultation si le médecin parle des problèmes scolaires.

- 72 adolescents souhaitaient être accompagnés :

« Les parents peuvent aider » :3% des réponses

« Ça les concerne », « ça les regarde », « ils savent tout » : 16%

« Le médecin peut être un médiateur pour en parler après avec les parents » 2%.

- 45 adolescents préféraient consulter seuls :

Le motif évoqué était la confidentialité pour les 19 adolescents qui ont expliqué leur réponse : « c'est personnel », « ça ne les regarde pas », « pour garder le secret », « pour qu'ils ne sachent pas », « ça ne concerne que moi », « c'est mon problème ».

Cette préférence était statistiquement influencée par l'âge ; les adolescents de 17 ans souhaitaient significativement plus être seuls que ceux de 15, 16 et 18 ans ($p=0.00074$).

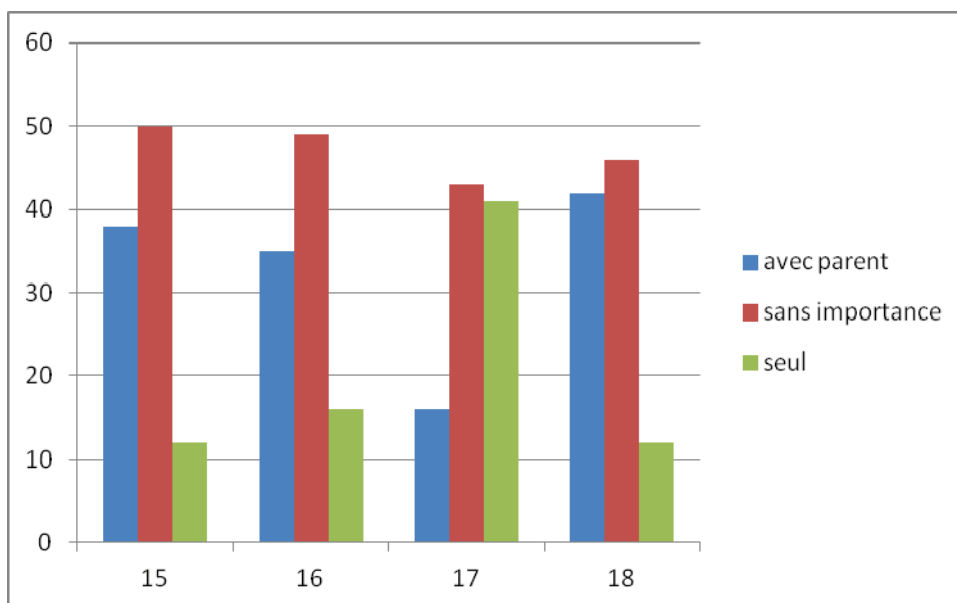


Figure 28: Mode de consultation si le thème est la scolarité selon l'âge

Il n'y avait pas de différence significative selon le sexe.

e) Alimentation, problèmes d'obésité et de maigreur :

- A part un cinquième des adolescents qui souhaitaient être seuls, la majorité des adolescents n'avait pas de préférence lorsque le médecin abordait les problèmes alimentaires, comme le montre la figure 28:

« Je n'ai rien à cacher », « ça les regarde », « ils peuvent aider », « tout le monde est concerné par l'équilibre alimentaire ».

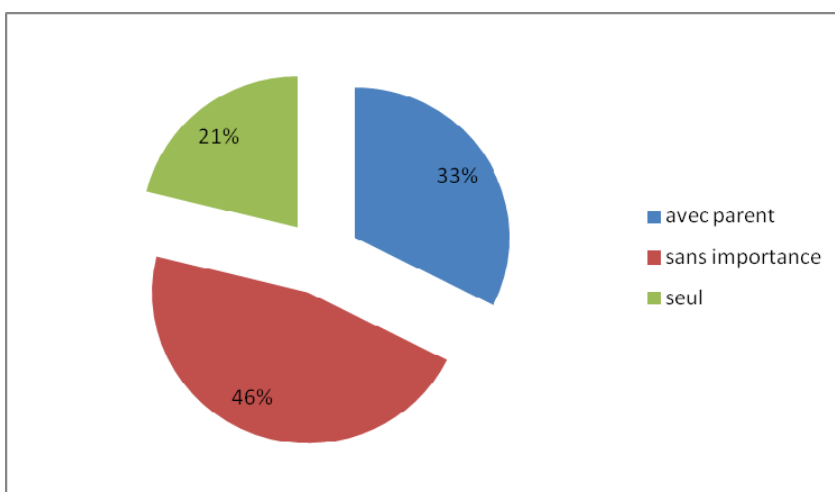


Figure 29: Mode de consultation lorsque le médecin évoque les troubles alimentaires.

- 72 adolescents souhaitaient consulter accompagnés :
 - « Les parents peuvent aider », « ils peuvent conseiller » : 15%
 - « Pour qu'on en discute » : 4%
 - « C'est eux qui gèrent les repas » 2%.

- 47 adolescents préféraient être seuls pour des raisons d'intimité:
 - « Ça ne les regarde pas », « c'est personnel », « c'est un sujet sensible », « ils me surveilleraient ».

Les filles préféraient statistiquement plus être accompagnées que les garçons ($p=0.033$).

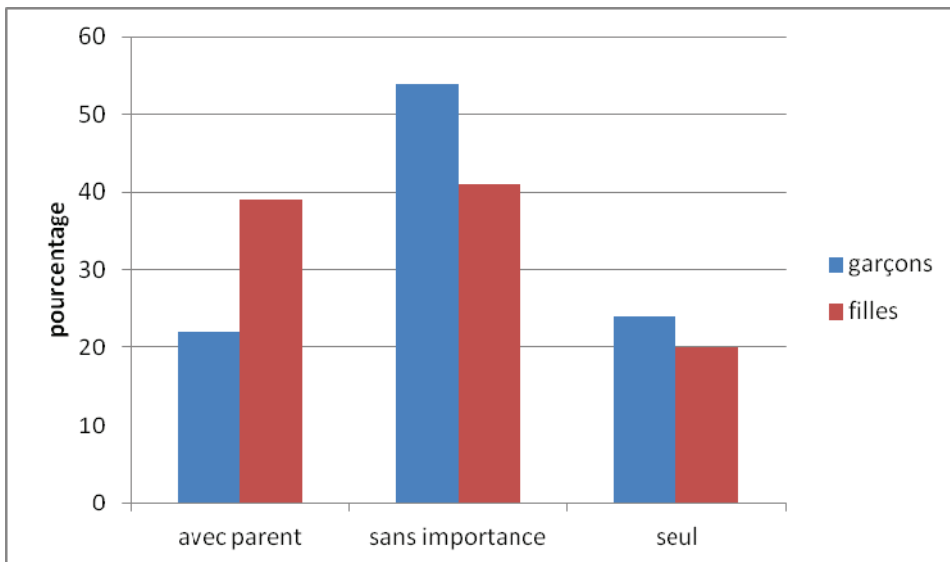


Figure 30: Mode de consultation si le thème est l'alimentation selon le sexe de l'adolescent

Il n'y avait pas de différence significative selon l'âge des adolescents.

f) Troubles du sommeil :

- La majorité des adolescents n'avait pas de préférence sur le fait d'être seul ou accompagné de leur parent quand le médecin abordait les troubles du sommeil.

Seuls 6 adolescents ont donné une raison

« Je n'ai rien à cacher », « ils savent tout » : 5 fois

« Je ne suis pas concerné ».

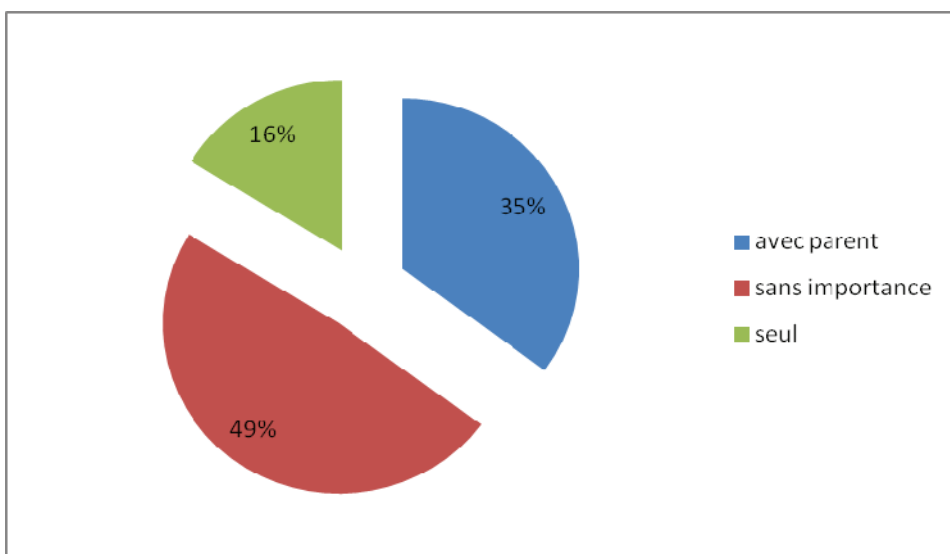


Figure 31: Mode de consultation lorsque le médecin aborde les troubles du sommeil.

- 78 adolescents souhaitaient être accompagnés :

« Les parents peuvent aider », « ils peuvent donner des conseils »

« Ils sont concernés », « pour qu'ils sachent ».

- 36 adolescents préféreraient consulter seuls :

« C'est personnel », « c'est en lien avec des problèmes intimes », « j'ai du mal à en parler », « ça me regarde ».

Il n'y avait pas de différence significative selon l'âge et le sexe des adolescents.

7) Le médecin face au parent :

Selon les adolescents, seuls 4% des médecins faisaient systématiquement sortir leur parent en consultation.

Ils étaient cependant 67% à proposer à l'adolescent de le voir seul, et ce de façon plus significative si le médecin était une femme ($p=0.003$).

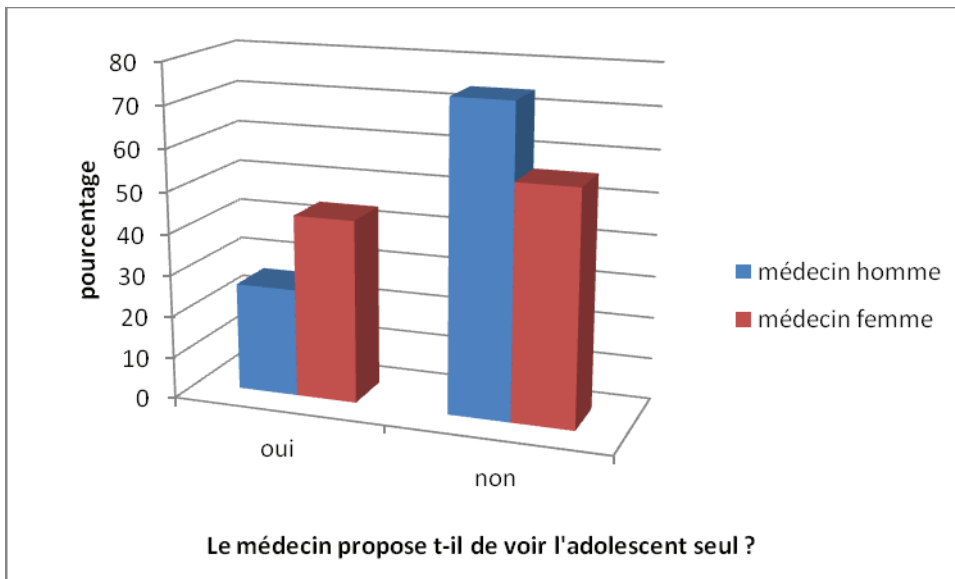


Figure 32: Gestion du parent selon le sexe du médecin.

Lorsque le médecin ne proposait pas une consultation sans le parent, seuls 21% des adolescents aimeraient qu'il le fasse.

Cette volonté était statistiquement liée à l'âge: les adolescents plus âgés aimeraient significativement plus que le médecin leur propose d'être vus seuls que les adolescents de 15 et 16 ans ($p=0.0279$).

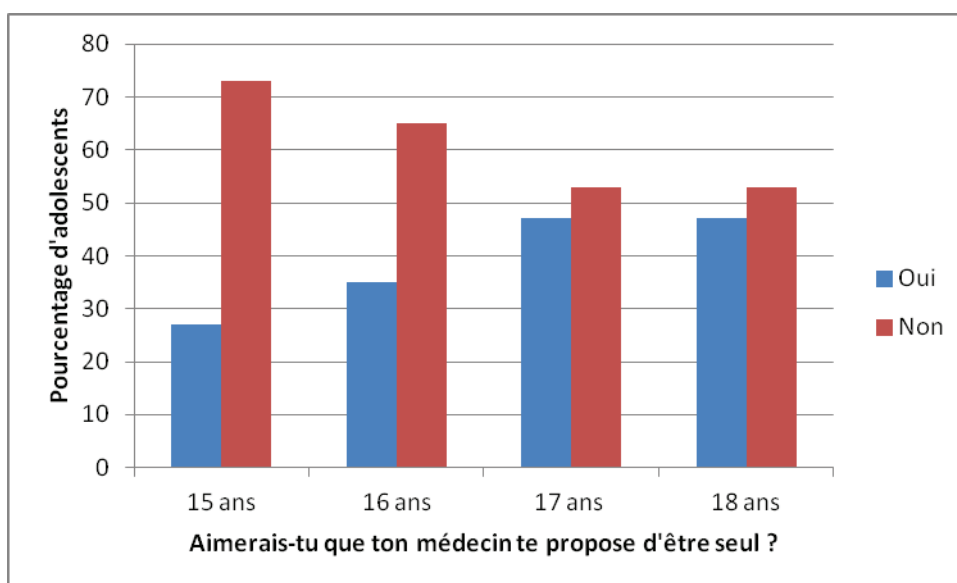


Figure 33: Souhait que le médecin propose à l'adolescent de le voir seul.

8) Le parent en salle d'attente :

Lorsque le parent accompagnait l'adolescent au cabinet médical mais restait en salle d'attente, 51% des médecins lui faisaient un compte rendu de la consultation.

Cette prise en charge n'était pas statistiquement liée à l'âge ou au sexe du médecin.

Les adolescents étaient 60% à être d'accord avec cette pratique : c'est « une aide au dialogue avec le parent », « c'est plus simple, ça évite de leur expliquer », « ça évite de devoir répéter ses problèmes », « ça permet de ne rien oublier ».

Les 40% qui n'étaient pas d'accord estimaient que « c'est personnel », « c'est intime », « c'est ma vie », « c'est mieux pour se confier que le médecin ne répète pas », « ça permet plus de liberté », « je suis capable d'expliquer à mon parent le problème ».

143 adolescents n'ont pas donné de raison à leur réponse.

Pour les 65 qui ont répondu à la question les réponses sont synthétisées dans le tableau 34.

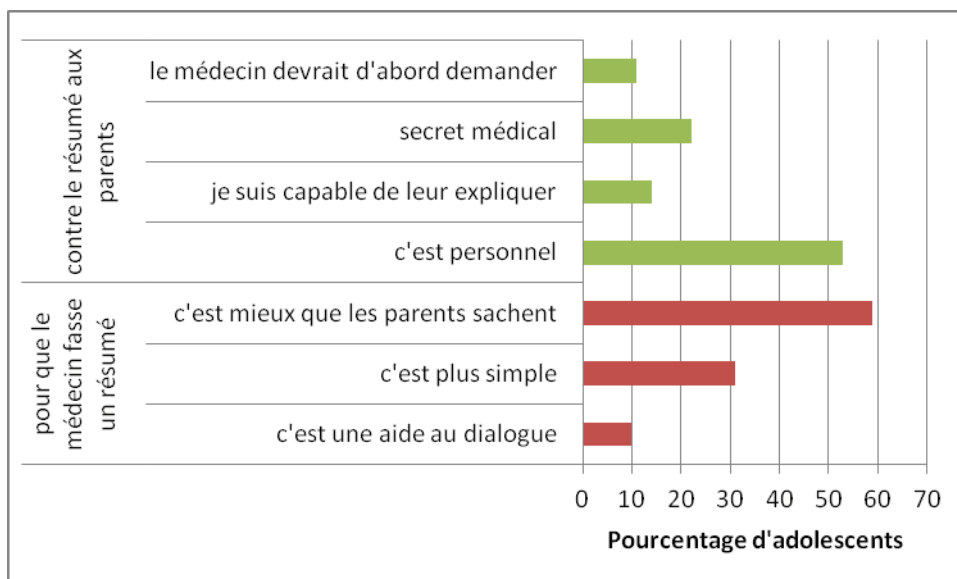


Figure 34: Raisons évoquées pour et contre le résumé aux parents

9) La notion de confidentialité :

La moitié seulement des adolescents connaissait la loi qui permet au médecin de garder le secret médical vis-à-vis des parents. Il n'y avait pas de différence selon l'âge et le sexe.

Le médecin avait rarement abordé le sujet avec eux puisque dans 80% des cas, il n'en avait pas parlé avec l'adolescent.

43% des adolescents souhaitaient que cette loi soit rappelée aux médecins.

VII) Discussion

1) Intérêt de l'enquête :

Lors de la revue de la littérature, nous avons constaté que les adolescents consultaient très souvent accompagnés et que les médecins étaient mal à l'aise face à cette présence parentale (24).

Peu d'enquêtes en dehors de l'étude Socrate (31) réalisée par le groupe Adoc se sont intéressées aux ressentis des principaux concernés : les adolescents.

Dans cette étude, les résultats montraient que le tiers « n'est pas une entrave à l'expression de ceux qui viennent accompagnés ».

L'intérêt de notre enquête était donc de chercher dans quelles circonstances la présence d'un parent en consultation était une gêne à la communication ou au contraire un étayage utile.

2) Méthodologie et limites de l'étude:

a) Choix du questionnaire :

Le questionnaire est un auto-questionnaire déclaratif comportant des questions ouvertes.

Ce type de questionnaire assure l'anonymat nécessaire à une réponse franche et le choix d'avoir des questions ouvertes permet à l'adolescent d'exprimer son point de vue.

Le contenu du questionnaire a été élaboré en se basant sur les travaux qualitatifs réalisés sur le sujet (39) (40) et en utilisant les items des pré-questionnaires du groupe ADOC et du questionnaires HEADSS (annexe 2).

Nous avons choisis pour motifs de consultation :

- les items des pré- questionnaires parce que ce sont les thèmes considérés par les spécialistes comme importants à aborder avec les adolescents pour prévenir des conduites à risque.
- les thèmes de prévention importants pour les adolescents selon une thèse de 2010 (41)

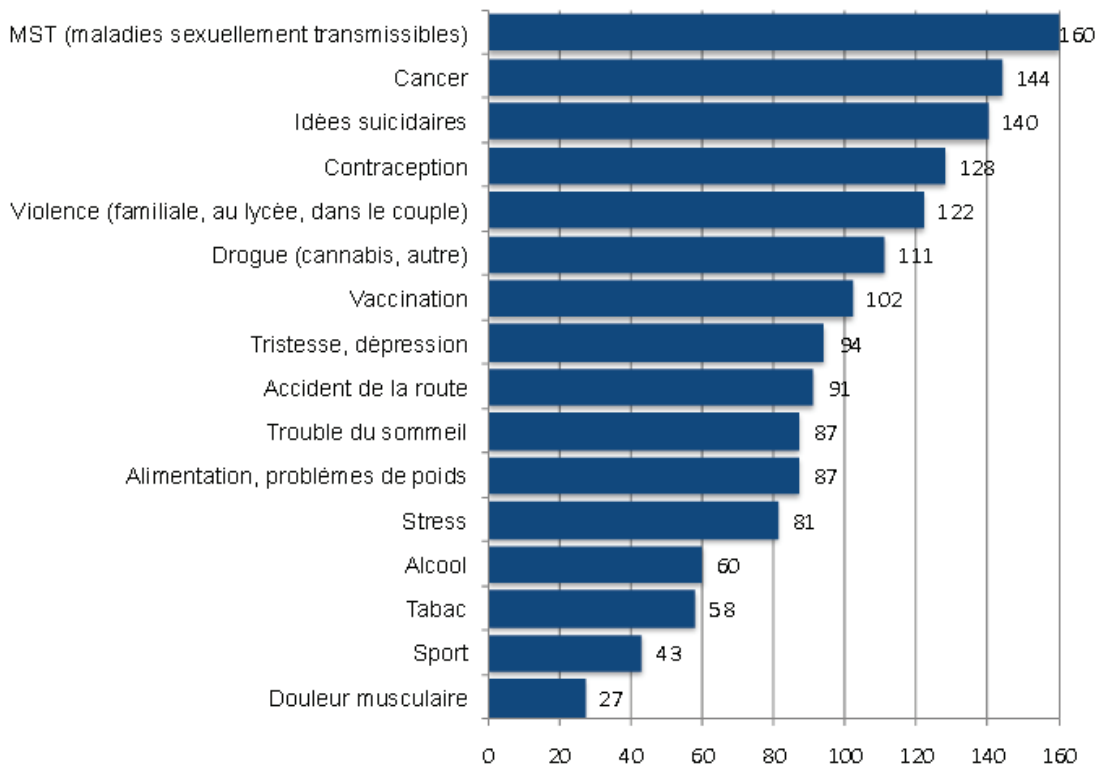


Figure 35: Thèmes de prévention considérés comme importants par les adolescents selon la thèse de N. Zapisescu(41)

b) Biais de l'enquête :

La principale limite de cette enquête est le biais de sincérité puisqu'il s'agit d'une étude déclarative. Un questionnaire prospectif, à l'issue d'une consultation avec le médecin généraliste aurait permis d'avoir des résultats plus réalistes.

Il y a d'autre part un biais de recueil des données puisque les questionnaires ont été distribués par les médecins ou par les secrétaires médicales, indifféremment avant pendant ou après la consultation.

Ils avaient pour consigne de faire remplir le questionnaire en l'absence d'un tiers mais les réponses ont pu être influencées par la présence ou non d'un accompagnant parental au moment de la consultation.

3) Validité et représentativité des résultats :

a) *Caractéristiques sociodémographiques des adolescents :*

En Seine Maritime, les jeunes de 15 à 19 ans représentent 79000 habitants soit 6.3% de la population du département, dont 48.9% de femmes(42).

Dans notre échantillon, les filles sont surreprésentées puisqu'elles représentent 60% des adolescents. Cependant, il n'y a pas de différence significative avec les filles de cet âge dans la population générale (IC 95 [-0.3902 ; 05902] p=0.673).

Cette sur-représentativité féminine en consultation de médecine générale correspond bien à ce que l'on retrouve dans la littérature : les filles consultent en moyenne plus que les garçons et cette différence augmente de façon significative avec l'âge (23).

D'autre part, les adolescents sont 43% à déclarer vivre en milieu rural. Les cabinets médicaux ayant été choisis de façon homogène sur le département, on peut traduire ces résultats comme des erreurs dans l'interprétation du terme rural ou urbain ou bien que le lieu de résidence du patient est différent de celui d'exercice du médecin.

Les jeunes de l'échantillon sont très majoritairement scolarisés mais 6 adolescents qui ne sont plus en milieu scolaire ont également répondu au questionnaire ce qui permet d'avoir l'avis d'une population variée d'adolescents scolarisés ou non.

L'échantillon de notre enquête correspond donc aux adolescents qui consultent en médecine générale : ce sont plutôt des filles, scolarisées âgées en moyenne de 16 ans et demi.

b) Caractéristiques des médecins :

Les médecins de l'étude sont en majorité des hommes de plus de 50 ans ce qui correspond à la démographie médicale seino-marine : les médecins en Seine –Maritime sont à 67% des hommes avec une moyenne d'âge de 53 ans (43) ce qui n'est pas significativement différent des médecins de l'enquête ($p=0.09$).

Les adolescents déclarent pour 98% d'entre eux avoir un médecin qui les suit régulièrement ce qui correspond aux données de la littérature : dans une thèse menée auprès d'adolescents de 13 à 18 ans en 2009, 98,5% ont déclaré avoir un médecin traitant (44).

D'après P Binder « presque tous consultent un médecin de connaissance qu'ils appellent médecin de famille » (26).

91% des adolescents de notre étude avait le même médecin que leur parent : d'après l'enquête Ipsos Santé de 2006 , l'adolescent s'inscrit le plus souvent dans un suivi familial avec pour 76% des adolescents un suivi conjoint des parents ou des frères et sœurs (24)

Le fait d'avoir le même médecin que les parents convient à 97% des adolescents qui évoquent l'importance de la relation de confiance établie : « il me connaît depuis que je suis tout petit ».

C'est ce que l'on retrouve dans la littérature : dans la thèse citée précédemment sur les 98% d'adolescents qui ont un médecin traitant, c'est le même que celui de leur parent pour 90% d'entre eux (44).

51% des adolescents sont suivis depuis la petite enfance (24). On voit l'importance de la relation de soins établie : plus qu'un médecin traitant le médecin généraliste est un médecin de famille.

Au total, les adolescents de l'échantillon sont représentatifs des adolescents qui consultent en médecine générale et leurs médecins correspondent bien aux caractéristiques démographiques des médecins de Seine-Maritime.

Les résultats de l'enquête sont toutefois limités au faible nombre de répondants : en effet, les adolescents consultent peu. Près de la moitié des adolescents de 19-18 ans ne viennent au cabinet qu'une fois par an et les médecins voient en moyenne un adolescent par jour (24) ce qui explique la taille de l'échantillon.

4) Comparaison avec les données de la littérature :

a) L'initiative du rendez-vous :

Dans notre enquête, la décision de consulter un médecin était prise par le parent dans 47% des cas.

Ces données correspondent aux données de la littérature: selon P Binder, même à 18 ans les 2 tiers des rendez-vous sont sollicités par les parents et le motif est préalablement discuté avec le parent (26).

En effet, la consultation est très souvent liée à des préoccupations parentales : ainsi, l'adolescent est souvent non demandeur de la consultation (32) et le fait que la consultation soit sollicitée par un tiers nécessite de bien définir « qui veut quoi ? »(29) .

Le médecin doit définir qui est à l'origine de la consultation et de qui émane la demande de soins pour apporter au patient la réponse la plus juste.

b) Le mode de rendez-vous :

Dans la littérature, d'une manière générale, la plupart des patients aime être accompagné chez le médecin. Dans 16% des consultations, le patient est accompagné par un tiers, membre de sa famille dans 93% des cas (45).

Pour ce qui est des adolescents, ils viennent très souvent accompagnés.

Lors d'une étude du groupe ADOC, 64% des consultations d'adolescents entre 12 et 20 ans se sont déroulées en présence de tiers, essentiellement la mère (80%) et le père (10%) (31).

D'après P Binder, les 2/3 des consultations avec un adolescent se font en présence du parent.

Enfin, dans une thèse menée auprès de 1128 adolescents de 13 à 18 ans, 78% des parents assistaient à la consultation (44).

C'est ce que l'on retrouve dans notre enquête où 77% des jeunes ont répondu consulter accompagnés.

Dans la littérature comme dans notre étude, la présence du parent était significativement liée à l'âge du jeune : 94% des adolescents de 12-13 ans étaient accompagnés contre 28% à 18-20 ans dans l'enquête du groupe ADOC.

Dans une thèse menée en 2010 auprès de 169 adolescents, 84.3% des jeunes de 15 ans étaient accompagnés contre 67.7% des adolescents à l'âge de 17 ans(46)

Dans notre enquête, les adolescents les plus âgés préféraient être vu seuls. C'est ce que l'on retrouve dans la littérature ; dans une étude menée en Suisse, 33% des adolescents de 13 ans estimaient important de pouvoir parler en tête à tête avec le médecin contre 52% à 15 ans (47).

Dans cette même enquête, seulement 18% des jeunes de 13 ans et 20% des adolescents de 15 ans avaient pu s'entretenir seuls avec leur médecin.

La consultation de l'adolescent se déroule donc régulièrement en présence du parent et ce de façon plus marquée quand l'adolescent est jeune.

c) Les raisons de l'accompagnement parental :

Dans notre enquête, 68% des adolescents sont accompagnés par choix.

Dans la littérature, l'accompagnement parental est décrit comme une aide pour exprimer ses problèmes, un soutien moral et une aide à la décision et à la compréhension du diagnostic et du traitement (45)(48).

Nous n'avons pas trouvé dans notre recherche bibliographique, d'études qui décrivaient le nombre d'adolescents qui consultaient accompagnés par choix.

Le taux de 68% ne peut donc être comparé à la littérature.

Dans notre enquête, 31% des adolescents qui consultent accompagnés préféreraient être seuls ce qui est comparable aux données de la littérature : dans une thèse menée en 2009 auprès d'adolescents de 13 à 18ans, 34% des jeunes dont les parents assistaient à la consultation souhaiteraient être seuls (44).

Les adolescents aiment être accompagnés ; ils le sont majoritairement par choix et semblent plus en confiance en présence de leur parent.

5) Un choix qui dépend du thème abordé :

Dans notre enquête, les adolescents apprécient d'être accompagnés de leur parent mais ils souhaitent être seuls lorsque le médecin aborde leur intimité.

Les adolescents préféraient être seuls lorsque le thème de la consultation concernait la sexualité (55%) ou les problèmes de dépression (47%).

Lorsque la consultation concernait la consommation de tabac ou de drogues, la majorité des adolescents qui considéraient la présence parentale comme sans importance se disaient non consommateurs.

Un tiers des adolescents souhaitaient consulter seul.

C'est ce que l'on retrouve dans la littérature : les adolescents lors d'une thèse en 2010 sur la confidentialité de la consultation ont déclaré que les questions sur la sexualité (87%

des adolescents), la contraception (79%) et la drogue (52%) devraient rester confidentielles (46).

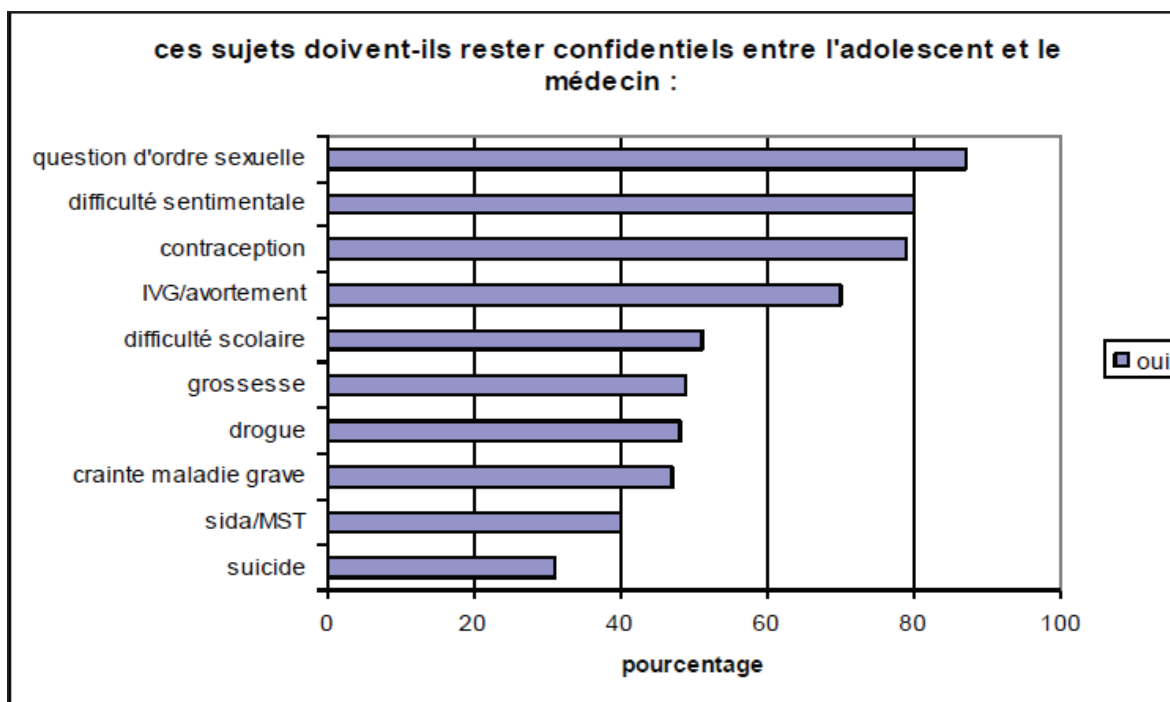


Figure 36: Thèmes de consultation qui devraient rester confidentiels selon les adolescents.

On constate que les thèmes de consultation qui abordent l'intime sont donc des thèmes sensibles pour le patient comme le médecin.

Les médecins généralistes considèrent la présence parentale comme une gêne lorsqu'ils abordent la consommation de substances : lors d'une étude par focus groupe, les médecins ont dit percevoir une gêne liée à la présence des parents pour eux comme pour les adolescents lorsqu'ils évoquaient avec le jeune la consommation de cannabis (49).

On voit ainsi les difficultés liées à la présence parentale lorsque le médecin souhaite aborder ces points : d'après une étude menée auprès de 300 médecins, le contenu de la consultation avec l'adolescent aborde rarement les questions de la sexualité et la consommation de drogues qui sont considérées comme des sujets sensibles (24).

De même dans une thèse menée en 2003 auprès de 116 médecins, on constate que les thèmes intimes sont moins abordés (37) : les médecins évoquent comme raisons le manque de temps dans 62% des cas, la pudeur et le manque d'aisance pour 14% et 21% des médecins.

Ainsi, l'image corporelle, l'estime de soi ou les idées suicidaires n'étaient que rarement ou jamais abordés. La sexualité était toujours abordée par seulement 10% des médecins de même que la consommation d'alcool n'était systématiquement recherchée que par 15% des médecins.

Cette situation provoque une demande de soins floue et ambivalente : 92% des adolescents pensent que les médecins peuvent les aider sur la santé physique mais ils ne sont que 55% à le penser pour les problèmes sexuels et seulement 32% pour une éventuelle dépression (26).

Dans une thèse menée en 2004 auprès d'adolescents en Ile de France, les jeunes étaient seulement 19% à parler à leur médecin de leurs consommations de tabac, de drogues ou d'alcool, 21 % de leurs difficultés à gérer leur alimentation et uniquement 11% de leurs sentiments de déprime (50).

Ainsi, dans une enquête menée par l'INPES, la moitié des jeunes qui ont eu des pensées suicidaires en ont parlé à quelqu'un : les principaux interlocuteurs cités sont les amis dans 49 % des cas , les parents pour 24% des adolescents, le psychologue pour 20% d'entre eux , loin devant le médecin qui n'est l'interlocuteur que pour 6% des adolescents (51).

Cette constatation est très liée à la présence parentale puisque les adolescents se disent prêts à se confier lorsqu'on leur assure la confidentialité de la consultation(52).

Ainsi, selon une thèse menée à Val-de-Reuil auprès de lycéens de 3^{ème} , 64% des adolescents ne s'adresseraient pas à leur médecin pour les problèmes de consommation de psychotropes, de sexualité ou de moral parce que le médecin connaissait leur parent ou parce qu'ils avaient peur que le médecin ne garde pas le secret (53).

Ces données sont comparables aux 55% d'adolescents de notre étude qui souhaitent consulter seul lorsque le thème était la sexualité et aux 47% quand il s'agissait d'aborder la dépression.

- Pour ce qui est des problèmes scolaires ou des troubles alimentaires, les adolescents n'ont pas de préférence ou souhaitent être accompagné : le parent est considéré dans les deux cas comme une aide, un soutien ou un conseiller.

Le parent en consultation avec l'adolescent est donc à la fois une présence rassurante mais aussi une image parentale dont il veut se démarquer et devant laquelle il ne peut pas tout exprimer (26).

On a vu l'influence positive du tiers en consultation (45)(48) et cela confirme l'importance de la participation bienveillante de l'entourage familial aux consultations médicales et la nécessité d'impliquer les parents dans la prise en charge des patients et dans le projet de soins (54).

Cependant, lorsqu'il s'agit d'aborder l'intime, le tiers devient une entrave à l'expression de l'adolescent et le médecin doit savoir le faire sortir pour favoriser la communication avec son patient.

6) Le médecin médiateur face au parent :

Selon la bibliographie (45), la majorité des médecins perçoivent généralement le tiers comme une aide à la communication et se disent influencés par sa présence.

69% se représentent le tiers comme un médiateur (48).

La place du tiers est plus complexe dans la consultation de l'adolescent ; beaucoup de médecins le considèrent comme une entrave à la communication.

Selon une étude menée auprès de 300 médecins, 42% estiment aussi que faire la consultation en présence du parent est source de difficultés (24).

Ainsi, 91% des médecins se disent prêts à voir le jeune seul (55) .

Cependant peu le font : dans notre enquête, seuls 4 % des médecins font systématiquement sortir le parent.

De même lors de l'enquête du groupe ADOC , seuls 4,4% des médecins ont fait sortir le tiers au cours de la consultation avec l'adolescent (31).

D'après les adolescents, leurs médecins leur proposent régulièrement d'être vus seuls. Cela correspond aux données d'enquêtes précédentes : lors d'une thèse interrogeant des médecins, 70.7% ont déclaré demander à l'adolescent s'il souhaitait être vu seul (56).

Les médecins généralistes font rarement sortir de façon systématique le parent de la consultation mais ils sont nombreux à proposer à l'adolescent de le voir seul.

Cette attitude peut mettre l'adolescent en difficulté : « demander au jeune s'il désire la présence ou non de ses parents lors de la consultation risque de la mettre dans un conflit de loyauté » (57)

Ainsi le médecin doit tirer profit de la présence du parent pour améliorer la communication et la relation entre l'enfant et son parent (58)(59). C'est d'ailleurs l'expression d'un adolescent interrogé, qui qualifie le médecin de médiateur de la relation parent-adolescent.

7) Le parent en salle d'attente :

Dans notre enquête, la moitié des médecins faisait un compte-rendu de la consultation au parent lorsqu'il accompagnait leur adolescent mais restait en salle d'attente. Cette pratique était acceptée par la majorité des adolescents qui considéraient cela comme une aide à la communication.

Nous n'avons pas retrouvé d'études dans la littérature pour confronter ces données.

Cependant cela confirme la place importante du parent en consultation aux yeux des adolescents.

8) La confidentialité au cœur de la consultation :

Les jeunes considèrent l'accès et la confidentialité comme les plus importants aspects de la consultation avec leur médecin (28).

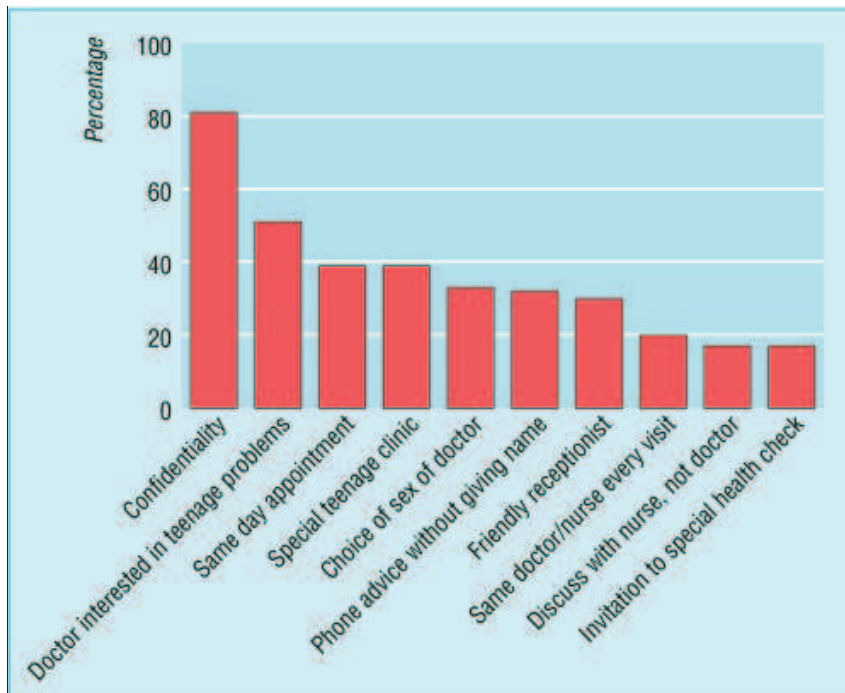


Figure 37: Aspects les plus importants des soins primaires selon les adolescents(28).

Dans la littérature, l'assurance de la confidentialité augmente le nombre d'adolescents prêts à se confier sur des sujets sensibles comme la sexualité, la santé mentale et la consommation de substance(60)(58) .

Dans cette même étude, les adolescents étaient plus enclins à parler aux médecins qui avaient abordé la confidentialité de la consultation qu'à ceux qui ne l'avaient pas évoquée (52).

De même, d'après une thèse réalisée en 2010, les adolescents ont déclaré qu'ils iraient consulter plus facilement leur médecin s'il respectait la confidentialité de la consultation (46).

On peut rapprocher ces données des résultats de notre enquête : en effet dans notre étude, 43 % des adolescents souhaitaient que la notion de secret médical soit rappelée au médecin et ceci sûrement pour leur permettre de s'exprimer plus librement.

Cependant les médecins abordent rarement le sujet de la confidentialité.

Dans notre enquête, seuls 50% des adolescents connaissaient la loi du 4 mars 2002, permettant au médecin de garder le secret médical vis-à vis des parents et dans 80% des cas le médecin n'en avait pas parlé.

Dans la thèse menée conjointement auprès de jeunes et de leurs médecins en Ile De France, 95% des médecins ont dit avoir informé le jeune du secret médical mais seuls 29% des adolescents ont déclaré connaître cette notion de secret médical et 10% pensaient même que le médecin avait le droit de divulguer des informations sur la consultation (50).

Dans une autre enquête cependant, 95% des adolescents interrogés ont déclaré connaître la notion de secret médical (46).

On peut s'interroger sur cette différence de résultats entre les différentes études menées sur le sujet : la notion de confidentialité est peut-être encore floue pour les adolescents, habitués à consulter accompagnés.

On peut en conclure que la confidentialité de la consultation est un élément clé de la communication avec l'adolescent mais que peu d'entre eux ont connaissance du secret médical. Aussi, les publications préconisent de voir pendant une partie de la consultation l'adolescent seul.

9) Implications pour la pratique :

Cette étude confirme les données récentes de l'étude Socrate : les adolescents aiment être accompagnés de leur parent en consultation avec le médecin généraliste.

Cependant ce choix d'être accompagné dépend beaucoup du motif de consultation : lorsque le médecin aborde des thèmes intimes comme la sexualité ou les problèmes de moral, les adolescents préfèrent être vu seuls.

Ainsi, pour développer une relation de confiance avec l'adolescent le médecin doit pouvoir consulter l'adolescent une partie de la consultation en tête à tête lorsqu'il souhaite aborder ces thèmes.

Le parent ne doit pour autant pas être mis de côté car il est l'interlocuteur privilégié du jeune (39).

En effet, la figure parentale est très importante pour l'adolescent : selon une étude menée en 2007, les adolescents pour devenir adulte comptent prioritairement sur leur mère (92%) et leur père (74%) (22). C'est d'ailleurs à eux qu'ils se confient, bien avant leur médecin selon une enquête dans des classes de 3ème de Val de Reuil (53).

La consultation avec un adolescent doit donc être pour partie avec le parent qui est souvent demandeur du soin et avec lequel l'adolescent se sent en confiance et pour partie en tête à tête avec le jeune qui aura alors l'autonomie nécessaire pour aborder les sujets sensibles qu'il veut taire à son parent.

Selon P Jacquin, la consultation avec un adolescent doit se faire en « deux temps, trois mouvements » (61).

Il y a le temps du patient et celui de ses parents et pour chacun 3 mouvements successifs :

- L'écoute et l'observation initiale
- La détermination des objets et des besoins de soins pour identifier la demande de chacun
- La remise en circulation entre adolescents et parents des attentes des uns et des autres, moment pour le médecin de jouer son rôle de médiateur dans la relation parent-enfant.

Recevoir l'adolescent seul une partie de la consultation c'est aussi libérer sa parole et reconnaître son individualité et son autonomie face au parent.

10) Implications pour la recherche :

Les données de notre enquête confirment l'importance de la place du parent dans la consultation de l'adolescent avec pour limite l'abord des thèmes intimes.

Cependant, la puissance des résultats est limitée par la petite taille de l'échantillon et le caractère déclaratif du questionnaire.

Une enquête prospective à plus grande échelle permettrait d'étayer ces données.

VIII) Conclusion :

Les adolescents de notre étude aiment être accompagnés ; la présence parentale met l'adolescent en confiance et est source de réassurance.

Cependant, ce choix se limite aux consultations pour les motifs fréquents tels que les affections ORL, les certificats ou les vaccinations...

Lorsqu'il s'agit d'aborder l'intime, les adolescents souhaitent être seuls et ce d'autant plus qu'ils sont âgés : les thèmes les plus sensibles sont la sexualité et les troubles du moral, suivis de la consommation de tabac et de drogues.

Lorsque le médecin aborde ces thèmes, les adolescents préfèrent être seuls mais ils sont très peu à connaître la loi du 4 mars 2002 qui assure la confidentialité de la consultation, ce qui explique en partie leurs difficultés à se confier.

L'enjeu de la consultation est donc de créer au fil des rencontres, la confiance nécessaire pour instaurer une communication.

Le rôle du médecin au moment de l'adolescence est essentiel car c'est une période de comportements à risque notamment au niveau de la sexualité et des consommations de psychotropes.

Le médecin doit donc pouvoir aborder avec l'adolescent ces sujets intimes, ce qui passe comme le montre notre étude par un temps de consultation seul avec l'adolescent (9)(33).

Cependant, le parent a un rôle essentiel et il ne doit pas être écarté de la consultation, d'autant qu'il est globalement perçu par l'adolescent comme une aide à la communication et un soutien dans la prise de décision.

En pratique quotidienne, le médecin généraliste doit autant que possible identifier les demandes des parents et de l'adolescent puis laisser à l'adolescent un temps de consultation en tête à tête pour qu'il puisse s'exprimer librement.

Le médecin traitant pourra ainsi évoquer avec son patient adolescent la confidentialité de la consultation et aborder les thèmes de consultation nécessaires à la prévention des conduites à risque.

Notre travail a permis de montrer que l'adolescent, s'il préfère souvent être accompagné, attend également de son médecin traitant une confidentialité autour de certains thèmes intimes.

Afin que le médecin généraliste améliore ses compétences dans la relation de soins avec l'adolescent, des formations sont à sa disposition : DIU Médecine et Santé de l'Adolescent (62) et sous forme de DPC.



Un travail d'information sur la notion de confidentialité serait également à entreprendre tant vers le médecin que l'adolescent. La mise à disposition d'une affichette au sein du cabinet telle que celle présentée ci dessous pourrait peut être y contribuer. En informant l'adolescent, elle permet au médecin de mettre en place plus facilement ce temps de consultation centré sur l'adolescent



Figure 38: Exemple d'affichette pour les adolescents.

IX) Annexes :

Annexe 1 : lettre du médecin responsable scolaire de l'académie de Rouen

 LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	
 académie Rouen	Rouen, le 27 Janvier 2014
direction des services départementaux de l'éducation nationale Seine-Maritime éducation nationale jeunesse vie associative	Le Médecin Responsable Départemental du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves
	À Madame RENEE Virginie
Direction des services départementaux de l'éducation nationale Promotion de la Santé en faveur des Elèves	Objet : thèse de médecine générale : demande d'autorisation pour questionnaire au sein des établissements scolaires
	Madame,
Téléphone 02 32 08 97 75/76 Fax 02 32 08 97 85 Mél. 1760046a@ac-rouen.fr	En réponse à votre courrier cité en objet, j'ai le regret de vous faire savoir que je ne peux donner une suite favorable à votre demande d'autorisation d'interroger par questionnaire les élèves des établissements scolaires.
5, place des Faïenciers 76037 Rouen cedex 1	En effet, les travaux de thèse sont encadrés par les médecins de l'Education Nationale, en lien avec les collègues infirmières/ers.
	Compte tenu de la charge de travail, ils sont réservés aux internes en filière Santé Publique qui effectuent au moins un semestre de stage dans le service.
	Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Annexe 2 : pré questionnaires extrait du guide de l'INPES « Entre nous » (35)

HEADSS

Le questionnaire HEADSS propose une série d'items adaptée à une clientèle adolescente pour recueillir les informations pertinentes qui affectent la santé (la vie familiale, les amis, l'école, les loisirs, la consommation de substances, la sexualité et les problèmes de santé mentale). Au-delà d'un aide-mémoire, le questionnaire illustre l'importance de débiter l'entrevue par les sujets neutres, ce qui permet d'établir un climat de confiance et de mettre à l'aise l'adolescent, pour terminer par les questions plus sensibles, habituellement embarrassantes.

H: home (composition de famille)

D: drogues (tabac, alcool, autres)

E: éducation (école)

S: sexe

A: activités (intérêts, projets futurs)

S: suicide et idées noires

H = Habitat (home)

Avec qui l'adolescent vit-il? Changement récent. Quelles interrelations dans la famille? Sources de désaccords. Comment sont-ils résolus? Est-ce que l'adolescent a quelqu'un à la maison en qui il a confiance et avec qui il pourrait discuter des difficultés personnelles?

⚠ Violence familiale, fugue, absence de supervision ou de soutien.

E = Éducation, école

Quelles sont les choses que l'adolescent aime ou n'aime pas à l'école? Fréquence de l'absentéisme. Résultats scolaires (succès, difficultés, changement récent). Activités parascolaires. Projets pour l'avenir.

⚠ Absentéisme scolaire régulier, échecs scolaires, changement récent dans les résultats scolaires.

A = Activités, amis

Activités pratiquées pour le plaisir. Activités physiques. Activités avec les amis. Qui sont ses amis? Présence d'amis avec qui il peut partager des confidences. Emploi rémunéré.

⚠ Absence d'activités qui procurent du plaisir, isolement ou retrait social.

D = Diète, alimentation

Comment l'adolescent juge son alimentation?

⚠ Désir de perdre du poids. Satisfaction de son image corporelle. Régime. Désir de perdre du poids malgré un IMC normal.

S = Sommeil, substances, santé mentale, suicide

Qualité du sommeil. Difficulté à s'endormir. Substances (tabac, alcool, drogues, médicaments: début, fréquence, quantité). Problème de jeu de hasard et d'argent. Conséquences négatives associées (absentéisme ou exclusion scolaire, conduite avec facultés affaiblies, conduites sexuelles à risque, démêlés avec la justice). Humeur (être triste plusieurs fois par semaine; être stressé; être agressif). Idées de mourir, de s'enlever la vie, antécédent de tentatives suicidaires.

⚠ Difficulté régulière à s'endormir (penser à dépression, abus de substances); initiation précoce à la consommation de substances, consommation régulière, polyconsommation; tristesse la plupart du temps (bon indicateur d'un état dépressif), tentative suicidaire antérieure.

S = Sexualité

Ne pas présumer qu'il est actif sexuellement ou préjuger de son orientation sexuelle. Est-ce que tu vis une relation amoureuse actuellement? Ou en as-tu vécu une? Est-ce que tu envisages d'avoir des relations sexuelles? As-tu déjà eu des relations sexuelles? Est-ce que c'était avec un garçon, une fille ou les deux? (Risques et protection à l'égard des IST et des grossesses). Est-ce que les relations se déroulent de manière agréable? Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de subir des gestes sexuels alors que tu ne le désirais pas?

⚠ Abus sexuel, violence dans les relations amoureuses, rupture récente.

⚠ Éléments qui laissent à penser que l'adolescent vit une situation plus difficile qui mérite une attention particulière et probablement un suivi.

TSTS :

Ce test permet de déterminer chez l'adolescent, en consultation courante, les situations où l'abord du risque suicidaire devient une nécessité.

Il participe à un ensemble d'attitudes qui permettent d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas.

Traumatologie : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident, même très anodin, cette année? »

Sommeil : «As-tu des difficultés à t'endormir le soir? »

Tabac : «As-tu déjà fumé, même si tu as arrêté? »

Stress : «Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux?»

CAFARD :

A chaque réponse positive obtenue au TSTS, il est proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés ».

Sommeil -> Cauchemars :

« Fais- tu souvent des cauchemars ? »

Traumatologie-> Agression

« As-tu été victime d'une agression physique ? »

Tabac -> Fumeur quotidien :

« Fumes-tu tous les jours du tabac ? »

Stress scolaire -> Absentéisme :

« Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »

Stress familial -> Ressenti familial désagréable :

« Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

Trois réponses positives à l'ensemble du test concernent la moitié des adolescents ayant eu des idées suicidaires et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuel ou passé.

Annexe 3: questionnaire distribué

Questionnaire de thèse de médecine générale :

Ce sujet porte sur la place du parent en consultation avec le médecin généraliste.

L'objectif de cette étude est de dégager des pistes permettant d'améliorer la prise en charge des adolescents en consultation avec leur médecin traitant.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme destiné aux jeunes de 15 à 18 ans.

Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ces questions.

1) Quel est ton âge ?

Es-tu un garçonune fille ?

En quelle classe es- tu ?

Vis-tu en milieu urbain, semi urbain, rural ?

2) Ton médecin

As-tu un médecin généraliste qui te suit régulièrement ?

Si oui :

- Quelle est sa tranche d'âge ? <35 ans ; 35-45 ans ; 45-55 ans ; 55-65 ans ; > 65 ans
- Est-ce un homme, une femme ?
- Ce médecin généraliste est-il le même que celui de tes parents ?
- Est-ce que cela te convient ?

- Souhaites-tu en changer ?
- Pourquoi ?

3) Qui prend la décision du rendez-vous ?

4) En consultation :

- Vas-tu en consultation chez le médecin généraliste : (plusieurs réponses possibles)

- Seul

- Avec un ami , un camarade de classe

- Avec un adulte représentant l'autorité parentale

- En général pour quel(s) motif(s) de consultation :

- vas-tu seul chez ton médecin ?

- es- tu accompagné par un ami ?

- es- tu accompagné par un responsable de l'autorité parentale ?

5) Quand tu es accompagné par un parent :

Est-ce un choix de ta part ?

Si non :

- est-ce par obligation ?

Imposé par tes parents ? problème de transport ? de carte vitale ? ou pour le paiement ?

- préférerais- tu être seul ?

Pourquoi ?

6) Que penses-tu de la présence de ton parent pendant ta consultation avec le médecin selon le thème abordé ? Réponds à chaque fois si tu préfères être seul ou avec un parent ou si c'est sans importance et pourquoi :

- Si le médecin parle avec toi de sexualité et contraception :

- Si le médecin évoque la consommation de tabac et de drogues :

- Si le médecin parle de ton moral et de possibles problèmes de dépression :

- Si le médecin te questionne sur d'éventuels problèmes scolaires :

- Si le médecin te parle de l'alimentation, des problèmes d'obésité ou de maigreur :

- Si le médecin aborde les troubles du sommeil :

7) Ton médecin :

- Fait-il sortir systématiquement tes parents ?
- Te propose t-il d'être seul ?
- Si non, aimerais tu qu'il le fasse ?

8) Le médecin fait-il un compte rendu de tes problèmes à tes parents lorsqu'ils t'accompagnent mais restent en dehors de la salle de consultation ?

Es-tu d'accord avec cette pratique ?

Est-ce que cela t'arrange ?

Pourquoi ?

9) Sais- tu que la loi permet au médecin de garder le secret médical vis-à vis des parents ? (loi du 4 mars 2002 article L.1111-2)

Ton médecin en a-t-il déjà parlé avec toi ?

Souhaiterais-tu que cette loi soit rappelée aux médecins ?

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id> « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. »

X) Bibliographie

1. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. Paris, France; 2005. 453 p.
2. OMS. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Guide des politiques et des services de santé mentale. [Internet]. 2005.

Disponible sur:
http://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf
3. Haut Comité de Santé Publique. Santé des enfants, santé des jeunes. La documentation Française : Rapport à la conférence nationale de santé. 1997.
4. Rufo M, Joyeux H. Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004. Santé, adolescence et familles. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées- Ministère délégué à la Famille [Internet]. 2004.

Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000128/0000.pdf>
5. Fondation Pfizer en partenariat avec l'Inserm. Les adolescents ont-ils encore besoin de modèles pour se construire? 8ème Forum Adolescents de la Fondation Pfizer pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. 2012.
6. Auvray L, Le Fur P. Adolescents: Etat de santé et recours aux soins. Bulletin Information En Économie Santé. 2002;(49):1-6.
7. Trouve C, Vienne P, Marrot B, membres de l'Inspection générale des affaires sociales. La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents - Rapports publics - La Documentation française [Internet]. 2003.

Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000476/index.shtml>
8. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Haut Comité de la Santé Publique. Rapport du groupe de travail sur « la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes ». 2000
9. Waelbroeck A. Communication with adolescents during health care visits. Revue Médicale Bruxelles. sept 2006;27(4): 392-395.
10. Raillard N. Le généraliste face aux adolescents. Forum Médecins Généralistes. déc 2007;(20):11.
11. INPES sous la direction de François Beck et Jean-Baptiste Richard. Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010. 2013.
12. ANAES. Prise en charge hospitalière après une tentative de suicide. Texte des recommandations [Internet]. 1998.

Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicidecourt.pdf>

13. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Les comportements de santé des jeunes. Consommation de substances psychoactives. Bulletin épidémiologique hebdomadaire N° 48. 1999.
14. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. OFDT N° 79. 2012.
15. Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc , Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Cannabis : pas si banal... 2e partie : une consommation de « jeunes » Médecine. Volume 4, (6), 259-64, Stratégies. 2008
16. OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie). Les conduites déviantes des lycéens. [Internet]. 1999.

Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/lyceenscadis.pdf>
17. Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative. Les chiffres-clés de la jeunesse. 2013.
18. INPES. Repères pour votre pratique - Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent - Etat des connaissances [Internet]. 2009.

Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1256.pdf>
19. Marcelli D. Formation: pour une médecine de l'adolescent. 1995
20. WONCA. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002.

Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
21. Pommereau X. Santé des jeunes. Orientations et actions à promouvoir en 2002.
22. Fondation Pfizer en partenariat avec l'Inserm. Résultats de l'étude quantitative 2012. Forum adolescence. [Internet]. 2012.

Disponible sur: <http://www.fondation-pfizer.org/Portals/0/Accueil/IpsosSynth%C3%A8seForumado2012.pdf>
23. Choquet M. Ledoux S. et Menke H. Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin. 1990. 121-139 p.
24. Ipsos, Fondation Wyeth. Médecins face aux adolescents : quels enjeux ? Quelles difficultés ? Quels besoins pour améliorer la prévention des risques auprès des adolescents ? Résultats d'une enquête quantitative Ipsos Santé pour la Fondation Wyeth. 2006. 9 p.
25. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. L'adolescent et son médecin: avec ou sans les parents, BIBLIOMED N° 559. 22 oct 2009;
26. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? : Suivi psychologique de l'adolescent. La Revue du praticien. 2005;55(10):1073-1077.

27. Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, DeWitt TG. Confidentiality in health care: A survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. JAMA. 17 mars 1993;269(11):1404-1407.
28. McPherson A. Adolescents in primary care. BMJ. 2005;330(7489):465-467.
29. Alvin P, Bellaton E. Adolescent : comment amorcer le dialogue ? La Revue du Praticien Médecine Générale. Tome 17 N° 625 p1174-1177. 6 oct 2003
30. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. La revue du praticien en médecine générale. Tome 19 N°710/711 1307-1313. 21 nov 2005.
31. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. Family Practice. oct 2010;27(5):556-562.
32. Stheneur C., Alvin P., Boudaille B., Gronnier P., Jacquin P., Picherot G. , Renondeau J.Y., Salinier C., De Tournemire R., Lemerle S.. La première consultation avec un adolescent. Base documentaire BDSF. 2009.
33. Gallois P, Valle J-P, Le Noc Y. L'adolescent et son médecin: Des attentes très spécifiques. UnaformeC. 2010;6(3):111-117.
34. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
35. INPES. Entre nous - Guide d'intervention pour les professionnels de santé Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Les supports d'appui à la relation. [Internet]. 2009.

Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
36. Rousseau-Migeon C. Etude descriptive de la consultation des adolescents en médecine générale sur l'année 2002 à partir d'une base de données comportant 14000 consultations [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2004.
37. Dalem L. La consultation de l'adolescent en médecine générale: d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73) [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2003.
38. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.
39. Perretier C. L'adolescent connaît-il des freins pour exprimer ses problèmes au médecin généraliste ? : A propos d'une étude qualitative auprès de 25 lycéens du sud de l'Aisne [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
40. Rouxel T. La relation soignante avec les adolescents, le ressenti du médecin généraliste: enquête qualitative auprès de généralistes de Côtes d'Armor [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2005.

41. Zapisescu N. Etude des attentes de deux types de populations d'adolescents en ce qui concerne les thèmes abordés lors d'une consultation de prévention (French). Université Paris Descartes. Paris, France; 2010.
42. Institut national d'études démographiques. Population en France au 1er janvier 2014. [Internet].

Disponible sur:
http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/structure_population/population_par_sexe_et_groupe_d_ages/
43. Rault JF, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Haute-Normandie. Situation en 2013 [Internet].

Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/haute-normandie_2013.pdf
44. Drouhin-Battin H. Les adolescents en médecine générale, spécificités et démarche préventive: enquête pratique auprès de médecins généralistes de la région narbonnaise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2006.
45. Schilling LM, Scatena L, Steiner JF, Albertson GA, Lin CT, Cyran L, et al. The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *J Fam Pract.* août 2002;51(8):685-690.
46. Pagot E. Regard des adolescents sur la notion de confidentialité en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
47. Rutishauser. Contradiction entre relation adaptée patient adolescent et aspects légaux? *Paediatrica* Vol 17 N4. 2006.
48. Brown JB, Brett P, Stewart M, Marshall JN. Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Canadian Family Physician.* août 1998;44:1644-1650.
49. Vorilhon P, Picard-Bernard V, Marty L, Laporte C. Le médecin généraliste et l'adolescent consommateur de cannabis. Une étude qualitative par entretiens de groupe. *Exercer.* 2011;22(95):6-7 supplément.
50. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant: pour une meilleure prise en charge des conduites à risque [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 2004.
51. INPES. Perceptions et comportements de santé des 12-25 ans vivant en France. Baromètre santé 2000.
52. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE Jr. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 24 sept 1997;278(12):1029-1034.

53. Cavagna M-L. À qui s'adressent les adolescents en demande d'information ou d'aide ? : la place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2008.
54. McDaniel SH, Satcher D, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family-Oriented Primary Care. Springer; 2005. 494 p.
55. Davies L. Access by the unaccompanied under-16-year-old adolescent to general practice without parental consent. J Fam Plann Reprod Health Care. oct 2003;29(4):205-207.
56. Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
57. Cafilisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer? : Médecine de l'adolescence. 2008;4(161):1456-1458.
58. Ford C, English A, Sigman G. Confidential Health Care for Adolescents: position paper for the society for adolescent medicine. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2004;35(2):160-167.
59. Haut Comité de Santé Publique. Santé des enfants, santé des jeunes. La documentation Française : Rapport à la conférence nationale de santé. [Internet]. 1997.

Disponible sur:
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001039.pdf>
60. Breslin M. When Physicians Assure Confidentiality, Teenagers Are Willing to Talk Openly. Fam Plann Perspect. 1998;30(1):52.
61. Jacquin P. Les parents de l'adolescent en consultation de pédiatrie : « deux temps, trois mouvements ». Base documentaire BDSF. 2006.
62. Guide de formations pour les professionnels de la santé 2014-2015. Centre universitaire de formation continue et par alternance. [Internet].

Disponible sur :
<http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/formation-continue-en-sante-400751.kjsp?RH=1378374034848&RF=1401264411163>

Résumé :

Contexte : l'adolescence est une période complexe de la vie de l'individu marquée par d'importants changements physiques, psychologiques et sociaux, qui permettent l'autonomisation nécessaire à l'entrée dans la vie adulte mais engendrent des comportements à risque.

C'est la difficulté de la consultation de l'adolescent, il consulte peu, en général accompagné de son parent et son motif de consultation est flou alors que ses besoins en information et en prévention sont importants.

Matériel et méthodes : 233 adolescents de 15 à 19 ans ont répondu à un auto questionnaire déclaratif entre février et mai 2014.

Résultats : 222 questionnaires ont été exploités.

Les adolescents consultaient majoritairement accompagnés, pour 77% d'entre eux et généralement le médecin de famille.

Ils aimaient être accompagnés de leur parent, qu'ils considéraient comme une présence rassurante et un soutien : 68% d'entre eux consultaient accompagnés par choix. Cependant lorsque le médecin abordait les thèmes intimes comme la sexualité la consommation de produits psychotropes ou les problèmes de moral, ils préféraient consulter seuls pour s'exprimer librement.

Seuls 50% d'entre eux connaissaient la loi du 4 mars 2002 qui leur permet de consulter sans que le parent soit informé alors que la notion de confidentialité de la consultation est une préoccupation principale de l'adolescent en consultation avec le généraliste.

Conclusion : cette étude démontre l'importance d'aborder la confidentialité de la consultation et d'accorder un temps de consultation seul avec l'adolescent pour évoquer les sujets sensibles en particulier la sexualité, les consommations à risque ou la dépression.

Mots clés :

adolescent

parent

consultation

généraliste – médecin