Le certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent. Approche exploratoire qualitative des représentations et des pratiques des médecins généralistes

Nabil Derbouz

▶ **To cite this version:**

Nabil Derbouz. Le certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent. Approche exploratoire qualitative des représentations et des pratiques des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01300186

HAL Id: dumas-01300186

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01300186

Submitted on 8 Apr 2016

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.

ANNEE 2016 N°

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

THESE D'EXERCICE POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'état

Présentée et soutenue publiquement le 19 Janvier 2016

Par

Monsieur Nabil DERBOUZ

Né le 05/07/1982 à Saint-Germain-en-Laye (78)

Le certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent : Approche exploratoire qualitative des représentations et des pratiques des médecins généralistes

Président du jury : Pr HERMIL Jean-Loup (médecine générale)

Directrice de thèse : Dr PELLERIN Lucille (médecine générale)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre jusque 01/11/15)*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(Surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne

Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZ**	Biochimie
Mme Maïté **NIEPCERON**	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Lucille **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	***HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME***
CB - Centre Henri Becquerel	***CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray***
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	***SJ – Saint Julien Rouen***

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.

Le certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent : Approche exploratoire qualitative des représentations et des pratiques des médecins généralistes

A partir d'entretiens qualitatifs de 11 médecins généralistes
De Seine-Maritime

Composition du jury

Président de jury

Monsieur le Professeur Hermil

Membres du jury

Monsieur le Professeur Bauer

Monsieur le Professeur Marguet

Directrice de thèse

Madame le Docteur Pellerin

Remerciements

A notre président du jury

Monsieur le professeur Hermil, professeur de médecine générale et directeur du département de médecine générale,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici, l'expression de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements.

Aux membres du jury

Monsieur le professeur Bauer, professeur de cardiologie,

Pour l'honneur que vous me faites en ayant accepté de juger ce travail et de votre intérêt pour la médecine générale, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le professeur Marguet, professeur de pédiatrie,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le docteur Pellerin, docteur en médecine générale et directrice de thèse,

Merci pour avoir accepter de diriger ce travail ainsi que pour ton enseignement, ta disponibilité, ton soutien et ton écoute au fil des péripéties de ce travail.

Je remercie mes parents,

Ma femme,

Mes frères et sœurs,

Pour tout leur amour et bonheur au quotidien.

Je n'oublie pas tous mes autres proches et amis pour leur soutien et leurs pensées bienveillantes.

Je remercie tous les médecins qui m'ont soutenu tout le long de mes études et auprès desquels j'ai appris à exercer une médecine avant tout humaine.

Je remercie particulièrement les docteurs Creac'h et Gyurka pour leurs soutiens et relectures attentives de ce travail.

Je tiens à remercier tous les médecins généralistes ayant participé à ces entretiens. Merci de m'avoir consacré votre temps et d'avoir partagé avec moi votre expérience. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Liste des abréviations - Glossaire

Ado(s) : Adolescent(s)

ADOC : Le groupe ADOC (Adolescents et Conduites à risque) comprend 14 médecins généralistes et 1 psychiatre libéral en 2007. 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.

Art. : Article

ATAC : Le groupe de recherche ATAC (Arrêt de travail – Analyse des comportements) initié par le département de médecine générale de Créteil en 2006. C'est un projet de recherche sur les arrêts de travail prescrits par les médecins généralistes.

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CSHPF : Conseil supérieur de l'hygiène publique de France

CSP : Code de la santé publique

DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance

Focus groupes : Technique d'entretiens d'un groupe de participants (groupe d'expression)

GPs : General practitionners, équivalent anglais de praticiens de médecine générale /médecins généralistes

HCSP : Haut comité de santé publique

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MSU : Maître de stage universitaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Otorhinolaryngologie

Verbatim : Retranscription écrite intégrale des propos de l'interviewé

WONCA : World organization of national colleges and academic associations of general practitionners (Organisation mondiale des médecins généralistes)

Table des matières

INTRODUCTION **20**

MATERIEL ET METHODES **24**

I. L'OBJECTIF ET LE CHOIX DU TYPE D'ETUDE 25
II. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 25
III. LES CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE 25
A. L'entretien et l'investigateur *26*
B. L'échantillon de l'étude et les critères d'inclusion *26*
C. Le plan des entretiens *27*
D. La réalisation et le déroulement des entretiens *28*
E. Le financement, les conflits d'intérêts et le comité d'éthique *29*
IV. LA RETRANSCRIPTION ET L'ANALYSE DES ENTRETIENS 29
A. La retranscription *29*
B. L'analyse de contenu *29*

RESULTATS DE L'ETUDE **31**

I. LES CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE 32
A. L'échantillon *32*
B. Le recueil et la saturation des données *32*
C. Les caractéristiques de l'échantillon et des entretiens *33*
D. Le déroulement des entretiens *34*
II. RESULTATS DE L'ETUDE 34
A. Représentations du certificat d'absence scolaire *34*
1) Un acte contesté et réalisé à la fois 34
a) Un certificat sans valeur et inutile 34
b) Un certificat de l'ordre du justificatif scolaire 35
c) Un paradoxe en pratique 36
2) Un certificat conflictuel 36
a) Un certificat exigé et imposé 36
b) Un certificat de complaisance 37
3) Un service coutumier 38
a) Un certificat coutumier 38
b) Un service rendu 38
4) Un acte médical 39
a) Des caractéristiques générales 39
b) Un statut d'arrêt de travail 40
B. Usages et intérêts du certificat scolaire en pratique *41*
1) Critères primaires d'usage du certificat scolaire 41
a) L'axe médical 41
b) L'axe patient : l'adolescent 43
c) L'axe scolaire 45
d) L'axe médecin 45
2) Critères secondaires d'usage : l'exploitation du certificat scolaire 46
a) La relation médecin-adolescent 46

b) Un mode d'investigation 47
c) Une occasion de prévention et de dépistage 49
C. Typologie des attitudes des médecins de l'étude 50
1) L'attitude d'acception 50
2) La décision médicale 51
a) L'attitude de refus 51
b) L'expertise médicale 52
3) La démarche consultative 52
D. Les difficultés rencontrées dans l'exercice médical 54
1) Un conflit de prescription du certificat 54
a) Une pression quantitative 54
b) Une pression qualitative 55
2) Difficulté de l'expertise de certification 55
3) Difficultés dans la gestion du refus 55
4) Difficultés du contact avec le réseau scolaire 56
E. Figure 1 : Eléments de contestation en rapport avec le certificat d'absence scolaire 57
F. Figure 2 : Eléments apportés par la réalisation du certificat d'absence scolaire 58

***DISCUSSION* 59**

I. LA JUSTIFICATION D'ABSENCE SCOLAIRE EN PRATIQUE 60
II. LE CERTIFICAT SCOLAIRE : UN OUTIL POTENTIEL DE LA CONSULTATION MEDICALE ? 63
A. Un outil de la prise en charge médicale 63
B. Un outil de la relation médecin-adolescent 67
1) Un mode de rencontre de l'adolescent 67
2) Une rencontre mobilisatrice pour le médecin généraliste 68
C. Les rôles du médecin généraliste dans la certification d'absence scolaire 69
III. PERSPECTIVES 70
IV. LES FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 72
A. L'étude qualitative par entretiens 72
B. L'échantillon et le recrutement 72
C. Le déroulement des entretiens 73
D. La retranscription et la méthode d'analyse 74

***CONCLUSION* 75**

***BIBLIOGRAPHIE* 78**

***TABLEAUX ET ANNEXES* 83**

I. LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES 84
II. CIRCULAIRE DE SIMPLIFICATION ET RATIONALISATION DES CERTIFICATS MEDICAUX - 2011 85
III. LISTE DES MALADIES A EVICTION SCOLAIRE OBLIGATOIRE 86
IV. LISTE DES CRITERES COREQ 87
V. PRESENTATION DE L'ETUDE 88
VI. LE GUIDE D'ENTRETIEN 89
VII. REFERENTIEL DE CONSULTATION AVEC L'ADOLESCENT ET TEST TSTS - CAFARD 91
VIII. LES RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS DE L'ETUDE 92

***RESUME* 93**

Introduction

La rédaction de certificats médicaux est une composante régulière de l'activité des médecins généralistes : « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires »[(1)].

Le certificat est un acte médical qui aboutit à la production d'un écrit, faisant suite à une anamnèse et un examen clinique. La rédaction et la délivrance des certificats médicaux sont régies par le Code de déontologie médicale, inséré depuis 2004 dans le Code de la santé publique (CSP). Le certificat médical ne se justifie que s'il atteste d'un état médical. Il n'est obligatoire que si des textes législatifs ou réglementaires l'exigent.

Les certificats médicaux obligatoires et prévus par la Loi constituant une dérogation relative au secret médical sont connus et répertoriés[(2-4)]. Assimilés par une partie des médecins à une tâche administrative[(5)], leurs rédactions peuvent être parfois problématiques. Dans ce sens, un outil d'aide à la délivrance des certificats médicaux par les médecins, sous la forme d'un site internet existe[(6)]. Elaboré à partir d'un travail de thèse de médecine générale, il permet de répondre aux interrogations des médecins sur les indications « légales » de prescription des différents certificats. Cependant la plupart des certificats sont facultatifs et pourtant régulièrement demandés aux médecins généralistes[(7)].

Parmi les certificats facultatifs, le médecin généraliste est quotidiennement sollicité pour la rédaction d'un certificat médical d'absence scolaire. Les situations et les motifs auxquels le médecin est confronté sont diverses : à la fois pour des plaintes somatiques ou psychiques, mais aussi des motifs sociaux ou même privés en dehors de tout contexte médical.

Une étude menée en 2010 montrait une fréquence importante des certificats médicaux rédigés par les médecins généralistes lors des consultations des enfants et des adolescents[(8)]. Trente-six pourcent des consultations de l'étude amenaient à la réalisation de certificats dont 79% concernaient l'institution scolaire comprenant notamment les certificats d'absence scolaire.

Les certificats d'absence scolaire sont paradoxalement non obligatoires et leur rédaction ne repose sur aucun fondement réglementaire[(9)]. En 2011, une phase de simplification et de rationalisation des certificats[(10)](annexe 2) transmise par le Conseil de l'ordre (CO) au vu de l'importance des demandes de certificats faites aux médecins était diffusée. Le but était de réduire les sollicitations non obligatoires de certificat auprès des médecins et secondairement de libérer du temps consacré aux soins. Elle rappelait que le certificat d'absence scolaire n'était obligatoire qu'en cas de maladies contagieuses listées dans l'arrêté du 3 mai 1989 relatif aux durées et aux conditions d'éviction scolaire[(11)](annexe 3). Le certificat de non-contagion pour la réintégration scolaire reste le seul certificat obligatoire et exigible par l'institution scolaire.

Certains motifs de consultation, même s'ils ne nécessitent pas d'éviction scolaire obligatoire peuvent faire l'objet d'un certificat médical soumis à l'appréciation du médecin. L'appréciation du caractère justifié ou injustifié du certificat scolaire par le médecin généraliste n'est opposable à aucun outil objectif d'évaluation du jugement de l'incapacité physique ou mentale d'un élève à

suivre ses activités scolaires. La légitimité d'un certificat d'absence scolaire reste discutable comme la délivrance de tout certificat médical facultatif.

L'absentéisme est un élément important du suivi de la santé des adolescents. Des études antérieures ont permis de l'identifier comme un élément important de santé publique du fait de son association à une variété de comportements à risque de santé et de problèmes de santé physique ou mentale des adolescents[12-14]. L'adolescence, période de croissance et de développement humain entre les âges de 10 à 19 ans selon l'OMS[15], est une étape de maturation psychologique et de socialisation[16]. Elle s'accompagne d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales qui peuvent être à l'origine de problématiques de santé spécifiques à l'adolescence. Rufo et Choquet[17] montrent qu'entre 1993 et 2003 les troubles de conduite des jeunes ont augmenté et se sont modifiés (précocité des troubles, cyberdépendance, augmentation des consommations de substances psycho actives, violences sexuelles …) et peuvent être des sources multiples de troubles de santé chez l'adolescent. Ces troubles de santé au cours de l'adolescence peuvent entraver le parcours scolaire. Soixante-neuf pour cent des adolescents interrogés dans une étude rapportaient un symptôme physique à la raison de leur absence. Dix pour cent avaient admis que la tristesse était responsable de leur absence[18]. Les adolescents qui s'absentent souvent présentent des problèmes de santé physique et surtout psychologique en plus grand nombre que les adolescents suivant régulièrement les cours.
L'absentéisme scolaire est défini administrativement comme le manquement à l'obligation légale d'inscription dans un établissement scolaire et d'assiduité dans sa fréquentation. Une notion de seuil apparaît pour parler de comportement absentéiste. Il se définit arbitrairement par des absences sans motif légitime, ni excuse valable d'au moins quatre demi-journées dans le mois[19].
La littérature à ce sujet est caractérisée par différentes définitions de l'absentéisme scolaire, rendant difficile la comparaison des résultats entre les études. L'analyse globale de l'absentéisme scolaire est difficile du fait de la variabilité des comportements absentéistes lui conférant un caractère dynamique, complexe et multifactoriel[20].
L'absentéisme scolaire représente un problème pédagogique mais surtout un signe d'alarme et d'altération du point de vue de la santé globale de l'adolescent.

Concernant la médecine de l'adolescent, la littérature est abondante et riche. Le groupe ADOC[21] regroupe une partie de ces recherches en médecine générale. Elles soulignent le champ médico-psycho-social de la santé à l'adolescence. Dans son parcours de santé, le médecin généraliste est le référent essentiel de l'adolescent mais l'est également dans son développement psychosocial[22]. L'abord de l'adolescent en consultation est spécifique du fait de la complexité relationnelle[23][24]. Les données épidémiologiques montrent que la rencontre médecin - adolescent a lieu : 80.7% des 12-25 ans déclarent au moins une visite dans l'année chez leur médecin pour une moyenne de 2.3 visites annuelles[25]. Cependant c'est à l'adolescence que ce recours est le

moins fréquent : seulement 8% des consultations des médecins sont réalisées pour des adolescents alors qu'ils représentent près d'un quart de la population générale[26]. Cette rencontre entre l'adolescent et son médecin est principalement motivée par des motifs d'ordre généraux (fatigue, fièvre …), les plaintes ORL et respiratoires (mal de gorge, rhinorrhée, toux …) et l'obtention de certificats médicaux[8][27]. L'importance quantitative des certificats médicaux lors des consultations des adolescents est observée dans la plupart des études. Les certificats représentaient 15 % des motifs de consultation des adolescents dans une étude menée auprès de médecins généralistes français et belges[28]. Si la plupart des certificats médicaux des adolescents concernent les aptitudes au sport, les certificats scolaires sont représentés de façon non négligeable.

Dans cette relation spécifique de consultation avec l'adolescent, quelle est la place accordée par le médecin généraliste au certificat scolaire ?

L'absence d'études précises sur le sujet a amené à réaliser un travail de recherche exploratoire qualitatif basé sur les expériences explicitées de médecins généralistes seinomarins.

Les objectifs de l'étude étaient d'explorer les représentations et les pratiques des médecins généralistes dans leur approche du certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent.

L'hypothèse exploratoire soulevée était que le dialogue autour du certificat scolaire permettait une prise en charge globale des plaintes et troubles des adolescents.

Matériel et méthodes

I. L'objectif et le choix du type d'étude

L'étude s'est intéressée à l'exploration des pratiques et des perceptions des médecins généralistes concernant les certificats d'absence scolaire des adolescents. L'objectif était de déterminer l'usage qu'en font les médecins généralistes en pratique. Une étude qualitative descriptive a été réalisée afin de recueillir et analyser les réponses des médecins généralistes. La recherche qualitative est une recherche dont les méthodes ont été essentiellement développées par les sciences humaines et sociales. Elle permet l'étude de « phénomènes ou comportements complexes dans leur milieu naturel »[(29)]. Une méthode exploratoire a été utilisée dans cette étude permettant l'émergence des résultats à partir des données recueillies sans cadre préalable[(30)].
Un recueil par entretiens individuels semi-structurés a été choisi pour cette recherche qualitative. Le type d'entretien était de type mixte avec une composante modale (centrée sur les conceptions et les raisonnements subjectifs) et une composante référentielle (décrivant l'état des pratiques).
Le choix de cette méthode a permis d'apprécier des facteurs non mesurables et subjectifs. L'analyse des données verbales (paroles, idées, représentations, ressentis …) autorisait secondairement une démarche interprétative.

II. La recherche bibliographique

Le travail de recherche bibliographique systématique a été conduit sur les principales bases de données médicales et sociologiques *CAIRN, SCIENCE DIRECT, Francis, Pascal*, et les moteurs de recherche *PUBMED, SUDOC-ABES, GOOGLE SCHOLAR*. Les recherches ont été réalisées en langue française et anglaise.
La collecte des données en rapport avec l'étude a été menée tout le long du travail de thèse. Les mots-clefs suivants ont été utilisés dans l'écriture des équations de recherche : certificat médical, absence scolaire, adolescent(s), absentéisme scolaire, médecine générale, médecin(s) généraliste(s), relation médecin-adolescent, santé scolaire.
Des aides méthodologiques ont été consultées afin de se familiariser avec la recherche qualitative : elles concernaient les généralités de la recherche qualitative, la méthodologie des entretiens et l'analyse des données qualitatives[(30-32)].

III. Les caractéristiques de l'étude

Les critères COREQ ont été utilisés pour caractériser notre étude[(33)](annexe 4). Ces critères sont repris dans la méthodologie des recherches qualitatives. Ils ont permis de répertorier de façon

systématique les items importants de l'étude qualitative : la méthodologie, le contexte de l'étude, les résultats, leur analyse et interprétation.

A. L'entretien et l'investigateur

L'entretien était individuel et semi-structuré, entre un investigateur et des participants (les médecins généralistes de l'étude). Cette étude visant l'exploration des pratiques et des perceptions des médecins généralistes nécessitait la production d'un discours et de réflexions individuelles. Les entretiens ont permis au participant de produire un discours qui était le prolongement de son expérience professionnelle et personnelle. Les entretiens ne nécessitaient pas de classement des éléments déterminants du discours.

Les entretiens ont été conduits par l'investigateur, médecin généraliste remplaçant, homme de 32 ans. Il s'agissait d'une première expérience dans la réalisation d'entretiens dans une étude qualitative.
Dans le déroulement des entretiens, l'investigateur s'est aidé de stratégies d'intervention pour optimiser le recueil des informations : les relances sur le sujet, l'adoption d'attitudes pour l'écoute active et le respect de la neutralité sur le discours des participants.

L'investigateur a encouragé les participants à parler de leurs attitudes sur le certificat d'absence scolaire au cours de la consultation de l'adolescent. Parler d'expériences précises et vécues permettait d'accéder aux systèmes de représentations (pensées construites) et aux pratiques des médecins (faits expériencés)[31].

B. L'échantillon de l'étude et les critères d'inclusion

L'échantillon de l'étude était constitué exclusivement de médecins généralistes. L'unité de lieu choisie était le département de Seine-Maritime. Les médecins inclus étaient tous en exercice afin d'ancrer notre recherche dans la pratique actuelle et de limiter le biais de mémorisation. Le fait de ne pas réaliser de certificat d'absence scolaire n'a pas été un critère d'exclusion de l'étude. Les médecins qui n'acceptaient pas le sujet, la méthode ou les conditions de l'étude ont été exclus.

L'échantillon a été diversifié en fonction de variables descriptives générales : médecins de sexe et d'âges différents, de lieu et type d'installation variés, participants ou non à l'enseignement universitaire. Le but était d'apporter les différences de pratiques, de représentations et de vécu des praticiens afin d'enrichir les données (réponses les plus hétérogènes possibles).

La sélection orientée des participants a été initiée à partir du réseau professionnel de l'investigateur. Une orientation de proche en proche a été ensuite menée au décours des entretiens. Les premiers participants ont permis de désigner d'autres participants. Cette méthode nommée «boule de neige » a été utilisée notamment pour son caractère opératoire en pratique. Elle a été complétée par un recrutement mené à partir du listing des maîtres de stage universitaire du département de médecine générale de Rouen. Une sélection complémentaire a été menée à partir de l'annuaire pages jaunes de Seine-Maritime. Ces modes de recrutement ont pris en compte les impératifs de diversité de l'échantillon de l'étude.
Le premier contact avec les participants s'est fait par téléphone. Une présentation de l'étude (annexe 5) a été réalisée puis transmise par courriel aux participants après leur accord de participation. Pendant la phase d'échantillonnage, les refus de participation à l'étude ont été notés.

Le nombre d'entretiens de médecins à réaliser n'était pas connu à l'avance. Il a été fixé par le principe de saturation des données[31]. Dans la recherche qualitative, une information donnée par un entretien a un poids équivalent à une information répétée dans un questionnaire. De ce principe, de nouveaux médecins ont été inclus jusqu'à ce que la variété des réponses exprimées ne différait plus des entretiens précédents. Le seuil de deux entretiens consécutifs sans apport de nouvelles données a été retenu pour mettre fin aux entretiens de l'étude.

C. Le plan des entretiens

Le plan des entretiens correspondait à l'ensemble organisé du guide d'entretien (annexe6) et des stratégies d'intervention de l'investigateur. Le guide comprenait les axes thématiques à aborder à l'aide de questions ouvertes pour maximiser l'information obtenue. Son élaboration a été réalisée par l'auteur à partir du questionnement soulevé par la recherche bibliographique sur les certificats d'absence scolaire et l'adolescent. Le guide d'entretien a été amélioré par des réunions avec l'aide du directeur de thèse permettant d'affiner sa rédaction.

Un pré-test du guide a été prévu pour juger de la compréhension des questions. Une flexibilité initiale et un maillage thématique lâche du guide ont été respectés afin de ne pas entraver le discours des participants et d'éviter d'exclure des informations utiles pour la suite des entretiens.
Le guide, trame de fond de structuration des entretiens, se composait :

- D'un questionnaire quantitatif manuscrit, court, neutre et anonyme détaillant les données épidémiologiques de l'échantillon.

Ces éléments ont permis de caractériser les participants de l'étude.

- D'un canevas d'entretien avec les axes thématiques préfigurés de l'étude : les représentations des médecins sur les certificats d'absence scolaire, les pratiques et les éléments d'usages du certificat dans leur exercice auprès des adolescents, les difficultés perçues et le rôle du médecin généraliste dans cette certification.

Pour ces axes, des questions ouvertes de relance étaient prévues. L'investigateur était libre d'adapter la formulation et l'ordre des questions au cours des entretiens afin de favoriser les échanges et l'expression libre du participant.

Les participants étaient invités à discuter de leur perception et usage des certificats d'absence scolaire dans la consultation de l'adolescent afin d'ancrer leur discours dans leur pratique quotidienne. Le certificat d'absence scolaire n'a pas été défini explicitement afin d'en déterminer les caractéristiques propres selon les perceptions des médecins. Le choix des situations décrites a été laissé à leur libre appréciation.

L'évolution et l'adaptation du guide au cours de l'étude étaient prévues selon la démarche d'aller-retour afin de clarifier certains points ou questions. Cette démarche itérative entre conception des questions et leur mise en situation permettait la confrontation des idées avec les données des entretiens[31].

D. La réalisation et le déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu exclusivement aux cabinets médicaux des médecins participants permettant ainsi le respect de la confidentialité des propos. Les dates et horaires des entretiens ont été fixés selon la disponibilité du participant. La durée de l'entretien n'était pas limitée (une estimation de 30 minutes était cependant indiquée aux participants). Un recueil du consentement oral de participation et une présentation de l'étude ont été réalisés au début de chaque entretien.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un support audionumérique présent sur un Smartphone. L'enregistrement permettait de préserver la fidélité et la précision des propos des participants. Un support écrit complémentaire a été utilisé pendant l'entretien qui comportait la date, les données relatives à l'environnement (lieu, moment de la journée), le ressenti vis-à-vis de l'entretien et les informations recueillies en post-entretien.

L'anonymat et le respect de la confidentialité des données audionumériques et textuelles ont été rappelés. Le participant avait la possibilité de faire des retours pour préciser certains éléments au cours des entretiens. Le participant pouvait demander de faire une pause ou de stopper l'enregistrement s'il en ressentait le besoin.

E. Le financement, les conflits d'intérêts et le comité d'éthique

Il n'y a pas eu de financement particulier pour cette étude. Les entretiens n'ont pas été indemnisés. L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt. L'avis d'un comité d'éthique n'a pas été nécessaire dans le cadre de l'étude.

IV. La retranscription et l'analyse des entretiens

A. La retranscription

La retranscription intégrale des entretiens a été réalisée manuellement à partir du support d'enregistrement audionumérique. Elle a été réalisée sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word™ 2007. La retranscription s'est effectuée en « mot à mot » pour ne pas dénaturer la teneur de l'entretien. Elle s'est faite rapidement après chaque entretien pour le respect de la fidélité des propos et calquer à la réalité du discours du participant.
La communication non verbale, les réactions physiques ou comportementales des médecins lors de l'entretien ont été retranscrites à partir de l'enregistrement ou des données du support écrit.

Les entretiens ont été anonymisés par l'attribution d'un numéro dans l'ordre chronologique de leur réalisation. L'entretien du premier médecin participant a été codé M1, l'entretien du second médecin participant a été codé M2, ainsi de suite.

Toutes les retranscriptions de l'étude ont été vérifiées par l'auteur mais non soumises aux participants (annexe 8).
Après la retranscription, tous les enregistrements audionumériques ont été détruits.

B. L'analyse de contenu

L'analyse a été débutée par une lecture flottante des entretiens au fur et à mesure de leur réalisation. Elle a permis d'établir une première grille d'analyse des verbatims à partir des éléments pertinents des entretiens. L'analyse a été entreprise dès le premier entretien.
Le codage a été réalisé à l'aide d'un fichier Microsoft Excel. Chaque feuillet du fichier correspondant à un axe de l'analyse était divisé en deux parties : les codes de l'analyse d'une part et les unités de signification extraites des verbatims étiquetées en fonction de l'idée ou du sous-thème qui les résumaient. Cette grille servait d'outil analytique permettant ensuite la production

des résultats. L'investigateur a procédé de la sorte pour chaque entretien pour enrichir successivement le codage de l'étude.

Chaque unité extraite contenait le numéro de l'entretien du médecin correspondant. Seules les principales unités représentatives de l'analyse thématique ont été citées *en italique*.
Une analyse transversale secondaire de l'ensemble des entretiens par une lecture focalisée a permis de regrouper les codes par thèmes et catégories. Cette étape a nécessité de multiples lectures et relectures des entretiens pour réajuster, créer ou fusionner les catégories et thèmes du codage. Elle permettait d'avoir une représentation structurée du contenu analysé.
L'analyse qualitative des résultats a été triangulée.
Les résultats de l'étude et leur discussion ont été ensuite détaillés.

Résultats de l'étude

I. Les caractéristiques de l'étude

A. L'échantillon

Pour la réalisation des entretiens, 24 médecins généralistes ont été contactés. L'échantillon de l'étude a été constitué au fur et à mesure. Quatre médecins ont refusé de participer à l'étude. Le motif unique évoqué était le manque de disponibilité pour la tenue des entretiens. Ces refus ont été considérés comme indépendants du sujet de l'enquête.
Neuf médecins n'ont pas répondu à la demande d'entretiens lors du premier contact. Il n'a pas été nécessaire de les relancer au cours de l'enquête après le constat de l'atteinte de la saturation des données.

L'échantillon de l'étude incluait onze médecins généralistes seinomarins.
Pour le recrutement des médecins, différentes méthodes ont été utilisées successivement :

- A partir du réseau professionnel de l'investigateur : M1, M2.
- Orientés par les premiers participants de l'étude : M3, M6.
- Par la connaissance des caractéristiques générales du médecin : M4.

La recherche sur les listings de médecins a permis de compléter la diversité de l'échantillon :

- Un homme exerçant en milieu mixte : M5.
- Un médecin exerçant seul au cabinet : M7.
- Deux femmes exerçant en milieu mixte : M9, M11.
- Deux médecins exerçant en milieu rural : M8, M10.

B. Le recueil et la saturation des données

Un pré-test du guide d'entretien a été réalisé le 25 mars 2015 auprès d'un médecin généraliste remplaçant, homme de 33 ans. Il a permis une première adaptation des questions des entretiens.
La phase de déroulement des entretiens a eu lieu d'avril à mai 2015. Tous les entretiens ont été menés en tête-à-tête aux cabinets médicaux des participants en l'absence de tiers.

Une étape intermédiaire d'aller-retour après le sixième entretien a permis de reformuler certaines questions du guide d'entretien. Les notions apparues et analysées au cours des premiers entretiens ont pu être abordées dans la suite des entretiens. La question de la relation entretenue avec le réseau scolaire de l'adolescent a été ajoutée secondairement au guide d'entretien.

A partir du neuvième entretien, les données des entretiens ne variaient plus. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour le confirmer. L'étude a été stoppée au bout du onzième entretien.

C. Les caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Les caractéristiques des participants de l'étude et des entretiens ont été assemblées dans le tableau 1.

Médecins	Sexe	Age (années)	Lieu et mode d'exercice	MSU	Adolescents dans la patientèle	Exercice médical particulier formation	Durée (minutes)
M1	H	60	Urbain, cabinet de groupe	Non	5-15%	Remplaçant	28
M2	F	59	Urbain, cabinet de groupe	Oui	5-15%	Médecine scolaire	21
M3	F	33	Urbain, cabinet de groupe	Non	5-15%	Non	26
M4	F	55	Urbain, cabinet de groupe	Oui	>15%	Planning familial	21
M5	H	32	Mixte, cabinet de groupe	Non	5-15%	Non	24
M6	H	62	Rural, cabinet de groupe	Oui	>15%	Non	20
M7	F	49	Urbain, seule	Non	5-15%	DU médecine Préventive Pédiatrique	17
M8	H	50	Rural, cabinet de groupe	Non	5-15%	Non	17
M9	F	43	Mixte, cabinet de groupe	Oui	5-15%	Non	34
M10	H	65	Mixte, cabinet de groupe	Oui	5-15%	Non	37
M11	F	47	Mixte, cabinet de groupe	Non	5-15%	Non	24

Parmi les11 médecins de l'échantillon de l'étude, 55% étaient des femmes et 45% des hommes, soit un ratio de 0,83.

La moyenne d'âge des médecins de l'étude était de 50,5 ans [32-65 ans], avec une moyenne de 47.7 ans pour les femmes et de 53.8 ans pour les hommes.

La répartition des zones d'activité des médecins de l'étude était la suivante : 46% exerçaient en milieu urbain, 18% en milieu rural et 36% en zone mixte. L'exercice médical en cabinet de groupe était majoritaire (91%).

Les médecins avaient tous une pratique de médecine générale exclusive ou prédominante avec toutefois quelques spécificités d'exercices pour trois médecins de l'étude.
46%des médecins de l'échantillon étaient conjointement maîtres de stage universitaire (MSU) auprès de la faculté de médecine de Rouen. Les médecins de l'étude avaient tous une proportion d'adolescents supérieure à 5% dans leurs patientèles respectives.

D. Le déroulement des entretiens

La durée totale des entretiens a été de 269 minutes soit 4 heures et 29 minutes. La durée moyenne des entretiens a été de 24 minutes [17-37 minutes].
Les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions techniques et humaines. La confidentialité des entretiens a été respectée.
Tous les rendez-vous ont été fixés conjointement avec les participants selon leur emploi du temps. Le temps n'a pas été un facteur limitant la durée des entretiens. Seul un entretien l'a été en raison d'un retard imprévu.

II. Résultats de l'étude

Pour l'exploration des pratiques et des perceptions des médecins généralistes du certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent, l'ensemble des entretiens retranscrits (corpus) a été analysé. Une mise en perspective en fonction des thématiques du discours relevées par l'analyse a été réalisée.

A. Représentations du certificat d'absence scolaire

Les perceptions du certificat d'absence scolaire de l'adolescent dans l'exercice médical généraliste ont été décrites.

1) Un acte contesté et réalisé à la fois

a) Un certificat sans valeur et inutile

Les qualificatifs utilisés par certains médecins de l'étude étaient péjoratifs et en faisaient un certificat peu important et sans valeur.

M1 - « Globalement je fais le papier. »« S'il fallait lui donner un nom ça serait un sous-certificat. »
M4 -« Ça n'a pas de valeur du tout … du point de vue certificat. »
M11 - «Celui-ci paraît très futile … si on réfléchit un petit peu la majorité sont futiles aussi, c'est un papier de plus.»

La dévalorisation et la contestation du certificat s'exprimaient par le fait qu'il n'était pas obligatoire et qu'aucun texte législatif ne le légitimait en pratique.

M1 - « Le certificat d'absence scolaire n'est normalement pas obligatoire légalement, législativement ... »
M3 - «Il ne sert pas à grand-chose [...] enfin légalement, il n'a aucune indication. »
M8 - « Il n'y a pas de réelle demande ou de réelle existence de l'obligation de ces certificats. »

Cette appréciation faisait référence aux connaissances et notions théoriques des médecins concernant la délivrance d'un tel certificat.

M3 - « Je leur fais souvent la remarque qu'on n'est pas sensé fournir de certificat d'absence scolaire ... qu'il y a un décret pour ça. »
M5 - « J'ai la notion qu'il n'y a pas besoin de certificat médical pour justifier une absence scolaire. »

Ces certificats étaient jugés comme inutiles et entrainaient une consultation parfois non nécessaire pour certains médecins. Ils étaient remis en cause lorsqu'il s'agissait de justifier des absences scolaires qui ne nécessitaient pas un avis médical.

M3 - « Le mauvais côté c'est qu'on peut les voir pour des choses qui ne nécessitent pas de consultation médicale ... juste pour faire le papier, c'est un peu dommage.»
M8 - « Cela entraîne des consultations inutiles pour des pathologies dites saisonnières.»
M9 - « Pas d'intérêt en tant que justificatif d'absence.»

La perte de temps, le caractère chronophage et la surcharge des demandes de certificat en consultation étaient des raisons exprimées par les médecins pour contester ce certificat.

M5 - « Je ne le fais pas systématiquement parce que ce n'est pas indispensable et ça me prend du temps. »
« On n'en était rendu à faire des papiers constamment. »
M6 - « C'était du temps perdu à faire ce papier.»

b) Un certificat de l'ordre du justificatif scolaire

Ce certificat conservait une fonction de justificatif des absences scolaires de l'adolescent.

M4 - « … si ce n'est prouver à l'école, au collège, au lycée qu'on a bien été voir le médecin et que le médecin a estimé qu'on devait rester ... »
M5 - « Les adolescents y pensent quand ils ont l'impression de devoir justifier leur absence en tout cas. »
M8 – « On a une demande qui est pour justifier de l'absence.»

Cette justification d'absence scolaire avait un but économique et financier (exonération de frais de cantine scolaire) auprès des services scolaires.

M6 - « … sauf pour la cantine […] les parents sont taxés par l'établissement s'ils ne fournissent pas de certificats.»
M9 - «Des justificatifs pour bénéficier d'un report … puisqu'il faut payer les journées de cantine.»

Le facteur économique était un élément pris en compte par les médecins lors de la délivrance du certificat.

M6 - « Dans un but économique, je fais le certificat d'absence. »
M9 - « Je fais un certificat en expliquant que c'est vraiment pour ne pas payer les journées de cantine.»

c) Un paradoxe en pratique

Une ambivalence était ressentie dans les pratiques quotidiennes des médecins de l'étude. Ces certificats d'absence scolaire étaient contestés et réalisés à la fois.

M1 - « Le certificat n'est normalement pas obligatoire légalement mais dans ma pratique quotidienne je me rends compte que je fais assez facilement voire même toujours un certificat d'absence scolaire.»
M3 - « Je n'ai pas de raison de leur refuser le certificat même si je sais qu'on n'est pas tenu de le faire légalement.»
M5 - « Même s'il n'est pas obligatoire, j'aurai plutôt tendance à faire le justificatif.»

La notion théorique de certificat non légal et non obligatoire ne suffisait pas en pratique pour en refuser la délivrance systématique.

2) Un certificat conflictuel

Ces certificats scolaires étaient par ailleurs un sujet de conflit et d'opposition pour les médecins dans leurs pratiques. La légitimité médicale du certificat était jugée litigieuse dans certaines situations d'emblée problématiques.

a) Un certificat exigé et imposé

Une pression directe ou indirecte était ressentie pour l'obtention d'un certificat d'absence scolaire.

M4 -« Cette pression là, la pression de l'administration qui veut absolument son petit certificat scolaire. »
M10 - « Voilà qui peut être parfois contraint et forcé. »
M11 - « On leur exige de leur part un certificat.»

Différentes situations problématiques pour lesquelles les médecins s'opposaient, étaient explicitées lors des consultations:

- Les demandes de certificat exigées par l'institution scolaire ou de manière systématique

M8 -« Par contre les certificats venant du corps enseignant, j'aurai tendance à dire non. » « Les demandes de certificats systématiques, c'est non.»
M11 - «Je marque que le certificat n'est pas obligatoire et n'a pas à être exigé à chaque fois par l'enseignant et ça avec des points d'exclamation, souligné …»

- Les demandes de certificat d'absence scolaire à postériori

M5 -« Je ne fais pas de certificat antidaté … »
M7 - «Quand ils n'ont pas été à l'école et qu'ils reviennent me dire qu'ils n'y ont pas été, il faudrait ... ça fait 2 jours ... je dis non, c'est trop tard. »

- Les demandes « imposées » comme seul motif de consultation

M4 - « Pour des ados que je ne connais pas et que je vois dans mon dossier qu'ils viennent que pour ça ... non il y a un moment où ça suffit. »
M7 – « Ils viennent de suite pour un certificat donc je refuse. »

- Les demandes de certificat pour des plaintes « inexpliquées » qui n'entraient pas dans un cadre nosologique précis

M2 – « Les motifs qui n'en sont pas ou non expliqués […] là je suis très vigilante à expliquer qu'il n'y a pas de raison de manquer l'école. »
M4 -« Dans les flémingites, je demande des explications ... s'ils n'en donnent pas bah c'est non […] car je ne vois pas pourquoi je serai la fournisseuse de certificat médical d'absence. »

- Les demandes de certificat d'absence scolaire d'emblée de longue durée

M2 -« Quand il y a une demande de l'adolescent d'un certificat trop prolongé que je ne justifie pas, je refuse.»
M3 – « Je ne fais pas non plus des certificats extensibles à la demande. »
M9 - « Systématiquement ils nous demandent mais est-ce que il peut être absent toute la semaine … bah non.»

Cette exigence du certificat ressentie comme une contrainte pouvait faire naitre un sentiment négatif pour le médecin. Une certaine irritation était palpable au cours des entretiens dans les propos et les attitudes des participants.

M4 - « On leur demande un certificat médical systématique ... ce qui m'énerve, ça m'énerve beaucoup.»
M10 - « C'est toujours un peu mal vécu parce que ça vient toujours en fin de consultation. »
M11 - « Vraiment ça m'agace un peu. »

b) Un certificat de complaisance

Certains médecins s'opposaient à ce certificat quand il était perçu comme certificat de complaisance, intervenant au travers d'une demande déguisée d'absentéisme scolaire ou de demandes considérées comme abusives et injustifiées.

M2 - « Un arrêt le plus long possible de façon à ne pas aller à l'école … donc c'est une demande déguisée d'absence scolaire.» « Parfois des demandes un petit peu abusives […] des motifs qui n'en sont pas. »
M7 - « … en aucun cas un certificat d'absence scolaire de complaisance. »
M11 - « Faire un certificat à ma fille à chaque fois pour excuser … ça va être pris pour de la complaisance. »

Ces certificats de complaisance concernaient notamment des demandes de dispense de natation chez les adolescents.

M2 - « J'ai plus de problèmes justement avec l'inflation des demandes de dispense de sport et surtout de piscine. »
M3 - « J'ai tendance à être un peu strict avec elles … il n'y a aucune raison médicale pour que je te dispense. »
M9 - « Les jeunes filles qui ne veulent pas aller à la piscine parce qu'elles ne veulent pas se mettre en maillot …hormis les périodes de règles, je leur explique que je ne fais pas de certificat médical pour ça. »

3) Un service coutumier

a) Un certificat coutumier

Pour certains médecins, le certificat scolaire était assimilé à un acte coutumier, héritage d'une pratique ancienne.

M1 - « La justification d'absence par un certificat médical […] dans les faits, la pratique comme c'est une pratique très ancienne … moi, j'ai été élevé à ce biberon-là. »
M11 - « Au début, oui on le faisait et c'était demandé systématiquement et on le faisait, on ne se posait pas de questions. »

L'expression d'un acte habituel et systématique pour le médecin était décrite.

M1 - « J'ai tendance à faire des certificats médicaux pour ça encore très facilement. »
M10 - « On a pris l'habitude de le faire, un peu de façon systématique. » « C'était systématique … on ne pouvait pas avoir un syndrome grippal sans avoir le certificat médical à remplir. »
M11 - « On le fait par habitude … »

C'était un acte rapide, prenant peu de temps sur la consultation ce qui contribuait à favoriser son usage habituel.

M1 - « Des certificats et heureusement assez vite remplis qui ne prennent pas de temps sur la consultation. »
M3 - «… juste à marquer la date, ça ne prend pas énormément de temps […] ça ne me coûte pas grand-chose.»

L'informatisation des cabinets médicaux a également contribué à un usage rapide et systématique.

M3 - « Je t'avouerai que j'en ai un tout prêt dans l'ordinateur.»
M11 - «Avec l'informatique c'est vite fait, on se pose pas trop de questions … ça facilite la délivrance … euh quand c'était manuscrit avant l'informatique, on avait des trucs tout prêts. »

b) Un service rendu

Certains participants ont évoqué le certificat d'absence scolaire à l'image d'un service rendu à l'adolescent.

M1 – « C'est plus entre guillemets … un service que je rends, qu'on rend. »
M3 - «… ça peut rendre service à l'ado.»
M11 - « Pour moi c'est une formalité, c'est un petit plus, un service. »

Ce service rendu pouvait être un moyen de faire plaisir au patient.

M9 - « Au début pour faire plaisir aux patients, j'avais tendance à le faire. »

Une aide ponctuelle accordée dans des situations particulières a été évoquée spontanément par les participants :

- La barrière de compréhension de la langue avec les patients

M3 - «J'ai ici beaucoup de mamans d'adolescents qui ne parlent pas ou mal le français ... et qui sont du coup comment dire ... un peu anxieuses vis-à-vis du système scolaire ... voilà donc c'est une façon pour elles de justifier.»

- Le passage de concours ou d'examens pour les lycéens

M4 - « … ça m'arrive aussi de faire des certificats d'absence scolaire par exemple quand ils passent … en terminale les concours d'infirmières ou des choses comme ça ... ils ont besoin d'un jour ou deux voilà ça aide beaucoup ...»
M6 - «Pas de certificats sauf examens scolaires ou inaptitude pour le Bac ... parce que là, il faut justifier.»

- Une protection contre les sanctions éventuelles lors d'absences scolaires

M3 - « C'est des ados qui s'exposent à des réflexions, des remarques, voire à des sanctions …au collège ou au lycée si je ne leur fais pas le certificat donc je ne refuse pas de le faire.»

4) <u>Un acte médical</u>

a) Des caractéristiques générales

Pour la majorité des médecins, la réalisation d'un certificat d'absence scolaire devait garder un rôle médical comme objectif principal.

M2 - «Le certificat scolaire doit être limité dans un rôle médical, c'est-à-dire d'empêchement à la vie scolaire.»
M3 - « Si je les vois pour une vraie raison médicale, je n'ai pas de raison de leur refuser le certificat.»
M5 - « S'il y a quelque chose de médicalement justifié, ça ne me pose pas de problèmes de le justifier.»

L'analyse des caractéristiques intrinsèques du certificat scolaire montrait son intégration à un processus de certification : une forme de preuve objective, de certification d'un état médical et de santé de l'adolescent.

M1 - «Je pense qu'il sert à quelque chose … il atteste que l'ado en question est passé devant le médecin.»
M2 - « Ce certificat est très important, il permet de donner l'avis du médecin par rapport à l'état médical de l'adolescent. »
M5 - « Ça reste une preuve que l'état de santé du patient à ce moment là était tel … et qu'il y avait au niveau médical une indication, une contre-indication à … »

Les médecins précisaient que le certificat scolaire s'accompagnait de la réalisation d'un examen clinique somatique de l'adolescent.

M5 - «Je date le certificat du jour où j'ai vu l'adolescent après examen clinique. »
M7 - « Je refuse de faire des certificats sans motifs ou sans examiner les adolescents.»
M9 - « Lorsqu'ils viennent pour un certificat d'absence … c'est rarissime qu'il n'y ait pas un examen clinique qui suive. »

Cette certification du médecin restait valorisée par la signature qu'elle comportait.

M1 - « Notre signature […] elle a encore une petite valeur. »
M5 - «… oui ça (la signature) garde quand même du poids. »
M10 - «Il représente de la valeur puisque c'est signé par un médecin qui a une autorité […] c'est un justificatif, un papier disons officiel et donc conserve un peu tout son intérêt. »

L'implication du médecin généraliste dans ce processus de certification intégrait sa responsabilité médicale qu'il engageait dans la rédaction du certificat scolaire. Un état d'esprit de « prudence médico-juridique » était identifié.

M5 - « ça engage quand même ma responsabilité médicale... je suis sensé attester de choses objectives et vraies. » « C'est l'engagement, l'apport de la probité du médecin, et donc de sa responsabilité ... »
M9 - « Je me cache aussi derrière le fait que c'est une trace médico-légale … »

La préservation du secret médical restait à l'esprit du médecin. Ce secret médical était selon les médecins, opposable à l'établissement scolaire.

M2 –« Il n'y a pas de motifs à donner ... donc médical comme pour l'arrêt de travail, donc ça c'est important.»
M5 - « Je ne dois pas mettre d'informations médicales parce que c'est très souvent un certificat qui ne va pas atterrir entre les mains d'un médecin derrière, donc il y a le secret médical.»
M7 - « De toute manière, on ne met pas de motif ... c'est comme le certificat d'arrêt de travail. »

Le secret médical était un élément important à préserver dans la relation spécifique de consultation avec l'adolescent.

M2 - « Pour que le jeune ait droit au secret médical comme un adulte. »
M4 - « Ils (les ados) pouvaient venir me voir ... et ce qu'ils pouvaient me dire ne sortait pas de cette pièce ... j'insiste bien sur le secret médical, ça reste quelque chose de primordial. »

b) Un statut d'arrêt de travail

Une analogie avec le certificat d'arrêt de travail était exprimée par les médecins de l'étude.

M2 - «Ce certificat est très important, il permet de donner l'avis du médecin par rapport à l'état médical de l'adolescent ... c'est l'équivalent de l'arrêt de travail.»
M9 - « C'est exactement la même chose qu'un arrêt maladie pour un salarié.» «Il faut un certificat médical qui s'appelle l'arrêt maladie chez l'adulte et bah chez l'ado c'est le certificat d'absence scolaire … mais je le mets vraiment au même niveau.»
M10 - « Il est justifié en tant qu'arrêt maladie pour l'adolescent.»

La réalisation du certificat scolaire s'intégrait à une prise en charge médicale des plaintes et des troubles des adolescents.

M7 - «Par exemple crise de tétanie tout ça ... c'est qu'il y a un problème ... il y a un arrêt scolaire avec une demande pour voir le psychologue scolaire.»
M8 - «C'est comme un arrêt de travail de l'adolescent … avec ses spécificités, on prend en charge l'ado selon la situation médicale.»

L'analogie avec l'arrêt de travail était constatée dans l'évaluation faite par les médecins de l'arrêt scolaire. L'incapacité temporaire de l'adolescent à suivre ses activités scolaires était évaluée et prise en considération. Elle permettait d'évaluer le retentissement d'une plainte, d'un motif de consultation et de décider de l'arrêt scolaire.

M2 - « Pour quantifier aussi l'incapacité temporaire à aller à l'école.»
« Une incapacité de suivre les cours pour raison médicale ... »
M7 - «On évalue une incapacité scolaire … »

B. Usages et intérêts du certificat scolaire en pratique

L'analyse de contenu des entretiens a permis de répertorier les axes thématiques concernant les critères d'usage du certificat scolaire de l'adolescent par les médecins généralistes de l'étude.

1) Critères primaires d'usage du certificat scolaire

a) L'axe médical

Plusieurs axes médicaux d'usage du certificat scolaire ont été identifiés lors des entretiens :

- La prise en compte de la pathologie était considérée par la majorité des médecins lors de la délivrance d'un certificat d'absence scolaire.

M5 - «… s'adapter à la pathologie […] en fonction de la pathologie médicale en question. »
M9 - «Un jeune qui a fait un épisode anxio-dépressif et avant qu'il soit hospitalisé, il n'a pas été scolarisé … là effectivement je faisais un certificat médical justifiant son absence.»
M10 - «C'est pour des pathologies assez ciblées dans un cadre médical.»

La pathologie médicale de l'adolescent était prise en compte selon l'évaluation clinique faite de l'intensité des symptômes par les médecins.

M1 – « Cliniquement qu'ils n'aillent pas bien … si ça se voit qu'ils ont de la fièvre … et puis même sans sur joué, sans être dans une pièce de théâtre … si manifestement ils ne sont pas bien. »
M3 - « C'est en fonction de l'intensité des symptômes. »
M11 – « ça dépend de l'intensité du problème. »

La douleur et la gêne quotidienne de l'adolescent étaient évaluées et prises en considération.

M2 - « J'évalue leurs douleurs et selon je peux faire un certificat. »
M9 - « Je peux faire un certificat médical qui prend en compte leur douleur, leur gêne …»

Le retentissement évalué des pathologies, risquant d'entrainer des absences répétitives et prolongées menaient à la réalisation de ces certificats.

M4 - «Quand il y a une absence longue, on a une obligation.»
M9 - «Je vais plus volontairement faire un certificat médical quand on est sur des choses répétitives et prolongées … je pense que c'est aussi utile de faire un certificat.»

Une catégorisation des pathologies était faite selon leur durée d'évolution. Ces certificats étaient sollicités et réalisés davantage lors de pathologies aiguës ou d'exacerbations de pathologiques chroniques. Les pathologies chroniques étaient moins pourvoyeuses de certificats selon les médecins.

M7 - « C'est des raisons de maladie aiguë … angines, gastro-entérites. »
M8 - « Plus la pathologie est lourde moins il y a besoin de justifier l'absence. »
M10 - « Un peu moins pour les pathologies chroniques … parce que généralement il y a une reconnaissance déjà au collège par l'infirmière et donc ils ont déjà des justificatifs. »

Les délivrances de certificat scolaire pour ces pathologies ne posaient pas de difficultés aux médecins et étaient souvent de courte durée.

M9 - « Le certificat pour une absence ponctuelle pour une pathologie infectieuse … »
M10 – « Quand il y a un certificat et que ça rentre dans une pathologie infectieuse … ça ne pose pas de problèmes. »

Parmi les pathologies médicales, les maladies psychiques et les troubles psychosomatiques de l'adolescent étaient d'avantages considérés par les médecins lors des demandes de certificats d'ordre scolaire.

M2 - « ... parce qu'il peut y avoir aussi des périodes de difficultés psychologiques du jeune qui lui permettent pas d'aller en classe. »
M8 - «L'ado avait créé vraiment une situation anxieuse majeure ... le fait de se sentir en danger dans le milieu scolaire ... pour une fois que le certificat servait à quelque chose. »
M10 - « On a l'autre catégorie plus importante qui serait plutôt les troubles psychosomatiques.»

Ces pathologies menaient souvent à des certificats d'absence scolaire prolongés ou répétés.

M10 – « ça pose un peu plus de problèmes quand c'est dans la répétition du certificat d'absence dans des troubles plutôt psychologiques où les absences sont plus longues. »

- La prise en considération du <u>risque de contagion</u>

Les médecins associaient le certificat scolaire à l'obligation d'éviction scolaire lors de pathologies à risque de contagion au sein des établissements.

M9 - « Le certificat médical, il a un intérêt par contre quand on est sur des pathologies à risque de contagiosité. » « Je pense en particulier aux pathologies très contagieuses … la gale par exemple. »
M10 - «Tout ce qui est maladie contagieuse ... on impose quand même un arrêt scolaire.»

La gestion du risque contagieux intervenait dans la décision de l'arrêt scolaire.

M2 - « C'est moi qui insiste pour faire une éviction scolaire … du fait de la contagion dans les classes. »

A plusieurs reprises, le certificat scolaire était identifié comme un outil du médecin généraliste ayant des fonctions multiples.

- <u>Un outil du traitement médical</u>

Le certificat d'absence scolaire permettait aux médecins de prescrire un temps de traitement ou de repos lié à une pathologie. Une forme de fonction thérapeutique du certificat était décrite.

M1 - « Il peut y avoir une plage journalière à prévoir le temps qu'ils récupèrent, le traitement soit efficace et … qu'ils puissent effectivement reprendre les cours … »
M9 - «On a besoin de ce certificat médical … c'est vraiment pointer du doigt, il ne faut pas que tu ailles à l'école pendant 48 heures ou tant que le traitement n'a pas été administré, c'est important. »

L'arrêt scolaire lors de la réalisation du certificat était prescrit dans l'objectif de permettre l'amélioration clinique ou la guérison de certaines pathologies.

M7 - «Le certificat (scolaire) […] ça fait partie de la consolidation et de la guérison de la maladie.»
M8 - « Si on fait ces certificats, c'est pour amener un mieux. »
M10 - «Un gamin qui a une pathologie de type mononucléose infectieuse où il est très fatigué … on peut leur dire on t'arrête puisque tu as besoin de repos.»

- Un outil d'<u>évaluation de la situation clinique en consultation</u>

Le certificat scolaire permettait la prise en considération d'un temps d'évaluation d'une situation avec l'adolescent, à suivre l'évolution d'une situation de prise en charge.

M1 - « Je te mets jusqu'à temps et puis si nécessaire on se reverra pour juger de l'évolution. »
M9 -« Je leur explique que je leur fais un certificat pour 48 heures et qu'on réévalue le jeudi s'il le faut … je ne leur ferme pas la porte.»

Ce temps d'évaluation pouvait être nécessaire pour comprendre une situation problématique ou explorer une symptomatologie. C'était aussi un temps de réflexion commun pour analyser la situation vécue par l'adolescent.

M2 - « … prescrire un arrêt de quelques jours et revoir la famille ou le jeune pour voir l'évolution ... »
« Ce qui permet souvent de décanter les choses, les problèmes et de remettre les choses dans leur juste mesure sur une deuxième consultation … »

- Un moyen de reconnaissance du statut médical de la plainte pour l'adolescent et le milieu scolaire à travers ce certificat a été exprimé.

M2 - « Son arrêt prend en compte sa maladie … permet au jeune d'être reconnu comme ayant un problème de santé particulier par l'environnement scolaire.»
« Une façon de le responsabiliser et de reconnaître sa difficulté psychologique qui peut être reconnue comme médicale et non pas comme un peu de l'absentéisme. »

La notion d'identification et de reconnaissance de l'adolescent en tant qu'adulte et interlocuteur privilégié a été évoquée.

M2 - « C'est reconnaître aussi que l'adolescent est malade ... comme un adulte. »
M9 – « Les ados dès qu'ils sont en 6ème … très rapidement la consultation va passer par l'adolescent … »

La « maladie » était un élément fort de la décision du médecin lors de la prescription d'un certificat d'absence et/ou d'arrêt scolaire de l'adolescent. L'intensité des symptômes et la douleur évaluées lors de l'examen clinique étaient des éléments pris en compte par les médecins. L'évaluation de l'incapacité scolaire et du risque de contagion guidaient la pratique des médecins. La fonction thérapeutique de la prescription d'arrêt scolaire était reconnue. La reconnaissance d'un statut médical de l'adolescent par le biais du certificat scolaire a été également évoquée.

b) L'axe patient : l'adolescent

Les caractéristiques générales du cadre de vie de l'adolescent étaient prises en compte lors de la délivrance du certificat d'absence scolaire.

- La considération de la situation familiale de l'adolescent

Les éléments de la situation familiale de l'adolescent et leurs retentissements sur la sphère médico-psychologique étaient pris en compte par les médecins.

M2 - « C'est important que le médecin puisse authentifier la réalité de l'absence des jeunes ... parce que chez les adolescents, il peut y avoir des situations de conflit avec la famille, les parents. »
M11 - « S'il ya des problèmes psychologiques ou familiaux ... je pense aux divorces des parents.»

Dans certains cas le contexte familial était à lui seul à l'origine de la délivrance du certificat scolaire.

M10 - «Quand ils m'en demandent un et que je vois que la situation familiale est peu spéciale, ça m'arrive d'en faire quand même. »

L'usage du certificat scolaire pouvait servir de moyen pour désamorcer une situation familiale évaluée comme conflictuelle.

M2 - « … prescrire un arrêt de quelques jours et revoir la famille ou le jeune pour ... voir l'évolution ... ce qui permet souvent de décanter les choses, les problèmes.»
M7 - « Je me dis là il y a autre chose et c'est là que ça permet des fois de faire un certificat pour ... de désamorcer la situation familiale ou scolaire.»

- La prise en compte du cadre social de l'adolescent était évoquée par les médecins de l'étude lors de la délivrance du certificat scolaire.

M3 - « Des difficultés sociales que l'on prend en compte … »
M7 - « S'il y a d'autres soucis, des problèmes psychosociaux que l'on prend en compte. »
M8 - « On prend en charge l'ado selon la situation médicale et sociale ... les problèmes d'harcèlements, les troubles familiaux … »

- La prise en considération du contexte relationnel de l'adolescent était exprimée.

M2 –« Des situations de déception amoureuse qui peuvent être préjudiciables à la poursuite des études scolaires.»
M7 - « Il y a des arrêts parce que ça ne va pas sur le plan relationnel avec l'instit qui est trop sévère. »

Les situations de difficultés ou de souffrance au sein du milieu scolaire étaient recherchées et prises en compte par le médecin généraliste.

M8 - « Des situations de conflit en milieu scolaire […] des pathologies plutôt de type conflit ou souffrance au sein du milieu scolaire.»

- La prise en compte du point de vue du patient, de la relation médecin-patient préexistante et de la personnalité de l'adolescent influençait les médecins de l'étude lors de la délivrance du certificat scolaire.

M3 – « Je ne refuse pas de le faire mais de savoir ce qu'il (l'adolescent) attend et pourquoi le certificat ... »
M4 – « C'est un peu subjectif selon l'ado si je le connais bien, qu'il est sympathique ... les ados que je connais peu ... c'est vrai que je suis un peu plus sèche (rires) ... je suis un peu moins empathique, je refuse. »
M5 – «Si je le connais bien mais que c'est toujours difficile le contact ... ça peut être aussi un frein ... et puis si je ne le connais pas du tout ... ça peut être aussi un frein spontanément. »

La délivrance du certificat scolaire intégrait différents éléments inhérents à l'adolescent (son point de vue ou sa personnalité) et la relation de soin préexistante avec le médecin. Les contextes socio-familial et relationnel étaient pris en compte par les médecins dans l'appréciation d'un arrêt scolaire. Un rôle social était accordé au certificat scolaire.
Le sexe et l'âge de l'adolescent n'avaient pas été évoqués comme des éléments indépendants pris en compte dans la délivrance du certificat scolaire par les médecins de l'étude.

c) L'axe scolaire

L'usage du certificat scolaire prenant en compte la scolarité de l'adolescent était exprimée par les médecins de l'étude.

- La demande des établissements scolaires était parfois prise en compte dans la décision des médecins.

M5 - « Si on me dit que l'école est très exigeante ... bon je vous fais le certificat.»
M9 - « Je leur demande « Est-ce que l'établissement demande un certificat ? » »
M11 - « Parfois à la demande des établissements où il y a des absences répétées pour que ce soit justifié. »

Le certificat était considéré dans ce cas comme moyen de justification auprès de l'établissement scolaire.

- La prise en compte des impératifs et des conditions de la scolarité de l'adolescent étaient évoqués.

M6 - «Pas de certificats sauf je vais dire examens scolaires ou inaptitude pour le Bac ... parce que là, il faut justifier. »
M10 - « Si ça permet à l'ado de garder un rang et disons que ça se passe bien avec la direction … je ne vois pas en quoi ce n'est pas faisable.»

Le rôle social du médecin généraliste était identifié au travers de son implication scolaire. Ce rôle était secondairement évoqué dans la lutte contre l'absentéisme scolaire des adolescents.

M9 - « Quand ce sont les lycéens, je vais plus volontiers faire un certificat médical d'absence même pour des choses aiguës sur une journée ou deux … pour lutter contre l'absentéisme scolaire. »

d) L'axe médecin

Des éléments à la fois subjectifs et objectifs concernant les médecins généralistes étaient mis en jeu lors de la réponse aux demandes de certificats scolaires.

- La part de subjectivité dans la délivrance du certificat scolaire était décrite.

M5 – « ça reste au feeling avec le patient. »
M8 – « … sinon il y a une part de subjectivité, d'interprétation ... »

Les éléments décrits ci-dessous, inhérents aux participants pouvaient influer sur leur usage du certificat scolaire :

- L'état d'humeur du médecin

M11 – « Après ça dépend dans quel état d'esprit on est à ce moment-là, ce jour-là … il y a des fois où l'on peut être un peu dur et on refuse … et puis d'autres fois, on est un peu plus cool, on le fait. »

- L'état de fatigue et la charge de travail du médecin

M8- « Il intervient dans une journée souvent très chargée et ... euh avec la fatigue, en fin de journée on le donne ... ça ne va pas être la priorité de notre écoute et c'est sûrement une mauvaise chose. »

- Le tempérament et le caractère personnels du médecin

M6 – « J'ai un caractère assez trempé et je n'ai pas l'habitude de manger mon chapeau ... j'ai un associé qui a pris sa retraite ... lui était moins intransigeant que moi. »

- L'expérience personnelle familiale du médecin avec les adolescents

M4 – « J'ai eu des enfants et je n'ai jamais demandé un certificat médical d'absence pour mes enfants ... donc je vais refuser […] on reste les parents. »
M9 – « Et peut être que ma façon de faire à probablement évoluée comme je suis maman aussi d'adolescents. »

- La part objective résidait dans l'évaluation du rapport bénéfice / risque de l'arrêt scolaire pour l'adolescent.

M2 – « Les parents veulent que leurs enfants restent à la maison et qu'ils puissent se soigner et revenir parfaitement en forme […] l'absence scolaire va être préjudiciable à l'adolescent. »
M7 – « ... parce que c'est comme les arrêts de travail, plus on arrête, plus on se renferme et moins c'est bon ... et donc on risque la rupture de plus en plus ... il faut en voir l'intérêt. »
M10 – « Le certificat médical scolaire pour un syndrome grippal pour rester à domicile pendant 3, 4 jours va être bénéfique pour le jeune. »

Aucun critère objectif de cette évaluation n'était évoqué précisément par les participants.

L'évaluation de la balance bénéfice / risque par certains médecins avait pour objectif la reprise scolaire la plus rapide dans les meilleures conditions.

M2 - « J'accepte un jour, deux jours en disant bon bah tu vas pouvoir te reposer là le week-end et on repart lundi … je motive pour la reprise scolaire. »
M9 - « Si on peut quand même aller au travail, à l'école … c'est quand même une façon de ne pas être déscolarisé, dé sociabilisé ... il faut en tenir compte. »

2) Critères secondaires d'usage : l'exploitation du certificat scolaire

Des axes secondaires dans l'exploitation du certificat d'absence scolaire ont été objectivés dans l'analyse du discours des médecins généralistes.

a) La relation médecin-adolescent

La considération de la relation médecin-adolescent était importante et au cœur de la problématique de la prescription.

- Le certificat était un moyen de rencontre avec l'adolescent. Le certificat tenait le rôle de facilitateur de la rencontre médicale.

M3 - « Je pense qu'il y a un certain nombre d'ado qu'elles (les mamans) ne nous amèneraient peut être pas s'il n'y avait pas ce problème de certificat … » « On s'en sert surtout comme appât pour l'ado. »
M4 - « Ça nous permet de voir un peu comment ça se passe ... cette population d'adolescent un peu particulière. »
M9 - « Pour les ados ça reste peut-être le moyen simple pour les voir. »

La population adolescente était perçue comme « peu vue en consultation ». C'était un moyen, une occasion de pouvoir les « voir » par le biais des demandes de certificats scolaires.

M3 - *« Pour l'ado qu'on voit jamais en consultation. » « Il y a des âges où on les voit pas. »*
M4 - « ... ça permet de voir des ados qu'on n'a pas l'occasion de voir souvent. »
M9 - « On les voit pour les certificats de sport, de vaccinations, c'est une occasion de les voir. »

- Le moyen d'établir et entretenir une relation médecin-adolescent dans le cadre des consultations de soins primaires

M4 - « Pour les ados en particulier, ça reste la facilité pour garder une relation avec eux quand même ... »
« C'est aussi un petit lien. »« C'est peut-être le seul moyen qu'ils aient de pouvoir nous voir seuls. »
M9 - «On a la possibilité de leur donner de venir tous seuls … que ce soit dans le cadre du certificat ou pour autre chose … je pense que le fait d'être en vis-à-vis avec l'adolescent, c'est important pour la suite.»

Cette approche relationnelle était perçue comme fragile et nécessitait d'être renforcée.

M4 - «C'est particulier ce fil ténu, il faut qu'on puisse le renforcer et donc ça fait partie aussi du renforcement de dire d'accord ... j'accède à ta demande, on a une espèce d'échange. »
«… pour renforcer un peu nos relations quoi ... c'est un peu comme ça que je le (le certificat) vois pour l'ado. »

- Le moyen d'identifier le médecin généraliste comme interlocuteur privilégié. Un médecin de l'étude décrivait la possibilité de se positionner en tant que recours pour l'adolescent en cas de difficultés scolaires.

M3 - « Ça leur permet de voir que même quand on grandit, c'est le médecin généraliste qui reste le premier interlocuteur en cas de besoin ... ce n'est pas mal qu'ils s'en rendent compte, même si c'est que pour ça. »
« Ils voient que quand il y a un truc qui ne va pas, c'est le médecin généraliste qu'on va voir d'abord du coup grâce à ça (le certificat) ... de voir le rôle du généraliste.»

- Une forme de reconnaissance de la douleur physique ou psychique de l'adolescent était initiée par le médecin généraliste au moyen du certificat scolaire.

  M2 - « Le fait que le médecin fasse ce certificat, il reconnaît la douleur, le préjudice moral de l'adolescent. »

b) Un mode d'investigation

Les demandes de certificat scolaire étaient identifiées comme un moyen de repérer les difficultés et les problèmes éventuels liés à l'absentéisme scolaire des adolescents.

M1 – « Des problèmes psychologiques qui vont faire qu'ils vont venir pour un certificat mais ce n'est pas la plainte explicitée … et là faut voir s'il y a besoin d'une pause ou d'envisager un retrait momentané selon le problème. »
M7 - « Des demandes de certificats où à force d'avoir des douleurs abdominales sans véritable signe de gastro-entérite ... je me dis là il y a autre chose.»
M8 - «Je repense à des problèmes de harcèlements ... ça a été lors d'une deuxième demande de certificat et donc c'est important d'être vigilant lors du renouvellement ou de la difficulté du retour en milieu scolaire.»

Certains médecins ont évoqué ce repérage à partir de leur logiciel informatique. La comptabilisation des certificats était réalisée pour juger de leur nombre ou de leur répétition.

M4 - « Je les marque en gras sur mon dossier informatique.»

M9 - « On voit bien si ce sont des demandes répétées […] même si l'adolescent est venu un jour où je n'étais pas là et qu'il a vu un de mes confrères, je sais effectivement combien de jours d'absence scolaire il a pu avoir … sur les certificats qui ont été faits.»
« On est en réseau … on voit bien si ce sont des demandes répétées ou pas. »

Ce repérage pouvait servir de signal d'orientation et d'alerte pour le médecin généraliste.

M4 - « Le certificat médical chez l'ado en particulier, je trouve que ça peut être intéressant comme perche tendue pour voir les autres choses et pour sonder un petit plus l'ado. »
« ... parce que là quand j'en ai 4, 5 dans l'année …voilà je me dis il y a quelque chose qui ne va pas.»

Ce repérage menait à des « investigations » permettant de mettre à jour les pathologies sous-jacentes parfois implicites aux demandes de certificats d'absence scolaire ou de leur répétition.

M2 - « Des situations répétées de demandes d'absence scolaire où il faut être vigilant. »
M4 - «… des flémingites répétées, des demandes d'arrêts comme ça répétées ... ça me fait faire « tilt » dans la tête parce que je me dis qu'il y a une souffrance quelque part. »
M10 - «Les certificats répétés souvent … c'est des pathologies enfin il faut se méfier. »« C'est un petit signe où il y a une dérive vers un échec scolaire.»

L'absence notamment de diagnostic explicatif de la symptomatologie plaçait le médecin dans une position d'enquêteur visant à comprendre l'étiologie réelle des symptômes motivant la demande de certificat et d'arrêt scolaire.

M4 - « J'essaie de voir ce qu'il en est, si c'est des soucis ponctuels liés à l'adolescence, une rupture ... une dispute avec une copine, un copain, des conflits avec les parents ... ou si c'est quelque chose d'un peu plus important. »
M10 - «On essaie de gratter pour essayer de voir ce qui se passe vraiment la derrière (ce certificat) disons … pourquoi, comment se fait-il que tu attrapes souvent mal au ventre, ou des maux de tête. »

L'exemple de l'exploration des flémingites de l'adolescent était décrit lors des demandes de certificat scolaire qui paraissaient injustifiées.

M4 - «Dans les flémingites, je demande des explications ...»
M9 – «Ce n'est pas un gamin qui a un poil dans la main, qui ne veut pas aller à l'école … et dans ces cas-là, je vais plus loin … »

Cette enquête recherchait principalement à identifier les troubles psychiques et/ou psychosomatiques sous-jacents de l'adolescence. Des éléments pour évoquer un contexte de syndrome anxio-dépressif étaient recherchés.

M1 – « Plus des problèmes psychologiques qui vont faire qu'ils vont venir pour un certificat mais qu'il faut identifier. »
M4 - « C'est rechercher un peu le contexte de syndrome dépressif, de stress, de gamin un peu limite, qui est borderline ... ça c'est vrai que c'est important. »

Dans le cas de demandes de certificat de dispense de natation, la recherche d'un mal-être sous-jacent ou de troubles somatiques associés était évoquée par les médecins pour expliquer ou justifier le certificat.

M3 - « J'essaie dans ces cas là de parler avec elles, essayer de comprendre pourquoi elles ne veulent pas y aller (à la piscine), s'il y a réellement un mal-être derrière …»
M7 - « J'essaie de développer le pourquoi et de trouver … mettons une pilosité excessive, c'est qu'il y a une pathologie endocrinienne qu'elle n'avait pas osé me parler. »

Les investigations étaient surtout guidées par l'expérience personnelle ou professionnelle du médecin. L'approche intuitive était prépondérante.

M6 - «Je me sers de mon expérience personnelle, c'est comme dans la gestion des relations humaines.»
M9 - « C'est un peu au feeling quand même … » « Ce n'est pas schématisé moi ma consultation avec l'adolescent … mais le sommeil, les indices de masse corporelle … je les fais régulièrement.»
M10 - «Oui, c'est un peu intuitif, naturellement que j'aborde ça avec l'adolescent. »
«Je suis un médecin qui a un peu de bouteille … j'ai l'habitude d'interroger et de chercher plus loin avec ces ados.»

La connaissance ou non de l'adolescent par la relation de soin médecin-patient préexistante guidait aussi le médecin dans cette investigation.

M4 - « Dans les flémingites, j'essaie d'aller un peu plus loin avec des gens que je ne connais pas ... car je ne vois pas pourquoi je serai la fournisseuse de certificat médical d'absence. »
M10 - « Ces ados qu'on a connu depuis longtemps, depuis leur enfance … donc bon on connait le terrain.»

Un médecin de l'étude s'aidait d'un outil standardisé dans cette investigation, à la recherche de signes pour dépister des comportements à risque ou évaluer le risque suicidaire chez l'adolescent.

M4 - «Dans ces cas là, je n'hésite pas à faire les tests TSTS-CAFARD ... enfin moi, j'utilise un CD pour les adolescents qui est super bien fait.»

c) Une occasion de prévention et de dépistage

Certains médecins utilisaient cette rencontre médicale pour aborder de façon systématique la prévention et le dépistage de santé auprès des adolescents.

M4 - «C'est le moment où l'on voit les ados et permettre d'aborder leurs problèmes, d'autres choses et faire de la prévention. »
M9 - «Si on n'utilise pas cette rare consultation puisqu'ils sont assez peu malades pour faire du dépistage, de la prévention. »«C'est quand même utile … au moins remettre le nez dans les vaccinations. »
«Je pense utile de faire de la prévention … c'est important même s'ils viennent pour un certificat d'absence. »

La rencontre avec l'adolescent était une occasion à saisir lors des demandes de certificat scolaire.

M3 - « Il n'y aurait plus du tout ce certificat à faire de temps en temps ... les habitudes se perdraient complètement et on verrait moins les ados ... ça serai moins l'occasion de parler de certaines choses.»

C. Typologie des attitudes des médecins de l'étude

L'attitude des médecins dans l'acte de certification d'absence scolaire des adolescents était variable. L'analyse a permis de caractériser les différents types d'attitudes rencontrées que pouvaient tour à tour endosser le médecin généraliste.

1) L'attitude d'acception

L'attitude d'acceptation était parfois assimilée à une forme de « laissez-faire ». Le médecin répondait favorablement à la demande de justification d'absence scolaire.

M1 - « Dans ma pratique quotidienne je me rends compte que […] je fais assez facilement voire même toujours des … un certificat d'absence scolaire. »
M5 - « Après j'ai quand même tendance à croire spontanément les gens aussi ... donc oui j'aurai plutôt tendance à faire le justificatif.»

Le médecin tenait une position de facilitateur vis-à-vis de la requête du patient.

M5 - « Je me plie un peu au choix du patient ... »

L'acceptation se justifiait par une forme d'empathie : la volonté d'agir dans l'intérêt du patient était clairement exprimée par les médecins.

M1 - «Le certificat d'absence scolaire d'une manière générale … c'est d'aller dans l'intérêt de l'adolescent.»
M5 - «J'explique les choses comme je les pense et je fais le certificat … ça va dans le sens du patient au final.»
M8 - « Je me considère comme médecin de famille … on va dans le sens de la famille.»

Aussi bien lors de demandes imposées ou non nécessaires, la délivrance du certificat d'absence scolaire était réalisée dans l'intérêt de l'adolescent.

M3 - « On n'est pas sensé fournir de certificat d'absence scolaire ... alors voilà on est quand même censé aller dans l'intérêt de notre patient. »

La limite entre l'empathie et la sympathie de cette acceptation était parfois ambiguë.

M4 - «… je me mets à leur place et je me dis quand même les pauvres.»

C'était une façon de faire confiance et de se placer du côté du patient. Le maintien et la préservation de la relation médecin-patient étaient recherchés.

M1 - « Sur la relation de confiance, j'ai tendance à dater le certificat d'absence à la date donnée par le patient.»
M5 – « Oui je le fais ... si je le connais bien et qu'il y a toujours des bons rapports ... parce qu'il y a une confiance. »
M8 - «Si je suis médecin de famille, je suis forcément avec un biais qui est plutôt du côté de la famille … j'aurai tendance à croire pour parole d'évangile ce que les gens me disent.»

L'attitude facilitatrice était aussi une manière d'éviter la relation conflictuelle qui pouvait apparaitre avec le patient lors d'un désaccord sur la prescription d'un arrêt scolaire ou la justification d'une absence scolaire.

M1 - « Dans ma pratique quotidienne je me rends compte que plutôt que de rentrer dans un débat compliqué. »
M10 - «C'est pour éviter des conflits qui paraissent un peu futiles. »

Certains médecins évoquaient des possibles conséquences à l'absence de délivrance du certificat scolaire pour l'adolescent ce qui motivaient au final leur acceptation de le fournir.

- Eviter les difficultés, les sanctions, les pénalités au niveau scolaire

M3 -« Je me suis jamais retrouvée à refuser ... je trouve que bon, c'est les pénaliser après à l'école. »
M5 - « S'il y a vraiment un risque pour la personne ... enfin des conséquences pour son absence injustifiée, voilà je le fais … je ne veux pas non plus mettre les gens dans l'embarras.»
M9 - « … pour éviter aussi de les mettre en difficultés (les lycéens), là je vais plus volontiers le faire.»

- Limiter l'appréhension du retour en classe sans certificat

M3 - « ... ça peut rendre service à l'ado et de retourner au collège ou au lycée le lendemain sans appréhension.»

2) La décision médicale

La décision de délivrer le certificat ou de le refuser reflétait la prise de position du médecin sur la situation clinique donnée.

a) L'attitude de refus

L'expression du refus du médecin généraliste pouvait être systématique.

M6 - « Je donne ça (document sur la simplification des certificats médicaux) et je souligne en rouge et je ne fais jamais de certificats d'absence scolaire.»
« Je refuse systématiquement de faire des certificats d'absence scolaire ... même pour un motif médical si ça n'est pas sur la liste des maladies, c'est systématique. »

Cette attitude était motivée par une évaluation strictement biomédicale de la situation clinique de l'adolescent à la lecture de la liste établie des maladies nécessitant une éviction scolaire.

La plupart du temps, le refus restait mesuré et sélectif selon les situations où la question du certificat scolaire se posait.

M5 - « Quand il y a une demande forcément et qu'elle est refusée ... il faut toujours réussir à un peu arrondir les angles mais ça fait partie du boulot. »
M9 - « Je leur explique qu'il n'y a pas besoin de certificat lorsque que c'est une absence de moins de 2 jours. »

Le refus avait parfois pour but de réduire les demandes systématiques et inutiles des certificats.

M5 - « Je ne le fais pas systématiquement parce que ce n'est pas indispensable … parce que ça entretient la fausse croyance que le certificat est systématique ... donc il faut aussi un peu lutter contre ça.»
M11 – « ça m'arrive même de refuser parce que quand c'est vraiment inutile. »

Cependant les possibles conséquences du refus étaient mises en balance. Elles pouvaient avoir un impact sur la relation médecin-patient selon certains médecins de l'étude. Le refus pouvait conduire à une rupture de cette relation de soin fragile.

M4 - « Si on refuse systématiquement je pense que ... ils vont très rapidement partir, s'éloigner et on n'aura plus cette relation ... extrêmement fragile avec l'adolescent. »
M5 - « Je peux tout à fait refuser de faire le certificat ... mais ça crée une cassure. »

Cela pouvait aller jusqu'à la séparation du couple médecin-patient.

M7 - « Si on n'opère pas à leur demande, ils ne sont pas forcément contents ... dans ce cas là, ils s'en vont et puis, ils changent de médecin. »
M10 - « ça a rompu notre relation médecin de famille pour un certificat médical … c'est un peu extrême mais ça arrive. »

b) L'expertise médicale

La prescription d'un certificat scolaire dans une situation donnée correspondait à l'apport de l'expertise du médecin généraliste.

M2 - «Du fait de la contagion […] je suis assez formelle sur l'arrêt obligatoire.»
M5 - « S'il y a quelque chose de médicalement justifié, ça ne me pose pas de problèmes de le justifier ... je ne fais que mon travail.»

Cette évaluation permettait au médecin de confirmer un état de santé, de trancher dans une situation conflictuelle entre l'adolescent, ses parents ou l'institution scolaire.

M5 - « Un conflit entre l'adolescent, les parents et l'école ... et le corps médical est un peu là en tiers pour trancher.»
M7 - «Les parents viennent pour une confirmation ... ils avaient un doute et puis ça se confirme qu'il n'y a rien.»
M10 - « … parce que la décision vient du médecin … ça clôt tout processus de conflit familial. »

Par cet acte de certification, un rôle d'expert médical du patient était tenu par le médecin.

M9 - « J'estime que c'est de mon devoir de faire un certificat médical justifiant son absence et que ce n'est pas qu'aux parents de justifier. »
M10 - « ça fait partie du travail au même titre que faire un arrêt de travail pour un salarié qui a un problème.»

Plus rarement, cette expertise pouvait prendre la forme d'un certain pouvoir décisionnel du médecin.

M10 - « On peut avoir l'impression de tout commander … de dire que c'est moi qui décide si le certificat médical sera fait ou pas fait. »

3) <u>La démarche consultative</u>

Elle apparaissait lorsque la délivrance du certificat d'absence scolaire était faite en accord avec les demandes formulées par l'adolescent.
Une forme de négociation s'instaurait sur la nécessité ou non du certificat scolaire.

M5 - « Il n'y a pas d'obligation légale de vous faire un certificat, c'est ma réponse standard ... après j'adapte. »
« … ou simplement l'interpeller et discuter ... et être plus réceptif que j'en fasse pas la fois suivante. »
M10 - «Je ne pense pas qu'il faut être particulièrement obtus parce que c'est un établissement scolaire et qu'on ne fait pas de certificat aux établissements scolaires, il faut être souple et voir la situation.»

La négociation portait sur la durée d'absence scolaire de l'adolescent à évaluer.

M1 - « … d'avoir comme idée de mettre telle date et on t'en demande un peu plus … ça se discute.»
M2 - « … s'il y a un peu de difficultés, j'accepte un jour, 2 jours … »

Un comportement assertif était associé à cette démarche de négociation, ayant pour objectif la résolution d'une situation jugée comme non adéquate pour le médecin.

M8 - « On essaie d'expliquer aux gens l'inutilité du certificat et de rentrer avec plus d'informations chez eux parfois. »

Cette démarche permettait souvent de s'accorder sur une entente commune, une compréhension mutuelle avec le patient.

M5 - «Je pense que faire passer l'idée que donner le papier ce jour-là pour au moins finir sur une entente commune ... et puis laisser passer l'idée que de toute manière ce n'est pas indispensable.»

Les différentes positions en pratique des médecins généralistes de l'étude face à la délivrance du certificat scolaire de l'adolescent ont été synthétisées dans le tableau 2.

Typologie des attitudes	Décision		Négociation	« Laissez-faire » Acceptation
	Médecin paternaliste, patient passif	Médecin expert, patient dépendant	Médecin partenaire, patient coopérant	Médecin facilitant, patient autonome
Verbatims	*« … de dire que c'est moi qui décide si le certificat médical sera fait ou pas fait … »*	*« ça fait partie du travail au même titre qu'un arrêt de travail pour un salarié. »*	*« Il faut être souple et voir la situation.»*	*« Je me plie un peu au choix du patient. »*
Positionnement des médecins	M6, M7	M2, M4, M5, M7, M9, M10, M11	M1, M2, M3, M4, M5, M8, M9, M10	M1, M3, M5, M8
Place du praticien	Expertise biomédicale stricte	Expertise biomédicale et environnementale	Evaluation globale et tient compte de l'avis du patient	« Prestataire de service », répond à la demande du patient
Décision de prescription du certificat	Revient au médecin	Revient au médecin	Partagée	Revient au patient

D. Les difficultés rencontrées dans l'exercice médical

Les médecins ont évoqués leurs difficultés avec les demandes et délivrances des certificats scolaires en consultation.

1) Un conflit de prescription du certificat

L'importance du certificat scolaire en consultation était décrite par les médecins de l'étude selon deux modalités : une appréciation quantitative, correspondant à une pression de prescription subie et d'une appréciation qualitative, sous forme d'une nécessité ou de besoin impératif du certificat scolaire.

a) Une pression quantitative

Une sollicitation importante pour la délivrance des certificats scolaires était rapportée par les médecins de l'étude.

M8 - « Explosion ces dernières années, il y a une multiplication des certificats. »
M9 - «J'estime qu'on est trop sollicité pour les certificats médicaux. »
M11 - «C'était assez lourd finalement parce que ça faisait un papier de plus.»

Une forme de pression de prescription du certificat scolaire existait en pratique.

M3 - «On parlait de pression tout à l'heure… »
M5 –« Je pense qu'il doit y avoir une certaine pression qui est retranscrite.»

Les acteurs de cette pression de prescription étaient identifiés comme étant :

- le patient lui-même (l'adolescent)

M9 - « Des ados que je ne vais pas forcément voir en consultation parce qu'ils sont retournés à l'école mais qui demandent un certificat d'absence. »

- la famille du patient (les parents)

M9 - « Il nous arrive fréquemment d'avoir des coups de fil de parents qui nous demandent si on peut faire un certificat médical.»

- de manière indirecte par l'institution scolaire en général (l'administration scolaire, les enseignants …)

M4 –« Il y a cette pression là, la pression de l'administration qui veut absolument son petit certificat scolaire. »
M8 – « Par contre les certificats venant du corps enseignant, j'aurai tendance à dire non.»

Une diminution de cette pression de prescription depuis la récente mise au point diffusée par le Conseil de l'Ordre en 2011 sur la rationalisation des certificats médicaux était notée.

M3 - « Mais je crois qu'ils ont réactualisé le décret en fait […] j'avoue que depuis on sent moins la pression. »
M4 – «On sent moins la pression du coup. »
M9 - « J'ai même l'impression que ça a diminué par rapport à il y a 10 ans puisqu'avec cette rationalisation d'utilisation des certificats médicaux … »

b) Une pression qualitative

Les médecins ressentaient la nécessité ou le besoin exprimé du certificat scolaire par les patients.

M3 - « C'est les ados qui spontanément veulent donner le certificat à l'école. »« Ils ne seraient pas forcément venus chez le médecin pour leur rhume s'ils n'avaient pas eu besoin du certificat.»
M10 - « Il faut un papier, un justificatif parce que je ne suis pas allé … le plus souvent bon, on sent quand même qu'ils sont demandeurs de ce justificatif.»

La nécessité du certificat semblait être parfois supérieure au motif médical de la consultation. Ce besoin était parfois à l'origine de la demande de consultation d'après les médecins.

M3 - «Ce n'est pas le côté purement maladie qui est au premier plan mais la recherche du certificat médical. »
M8 - « La consultation n'est pas motivée par la gravité ou le besoin de renseignement médical. »
M11 - «Ils viennent demander un justificatif en premier, en motif de consultation initial et finalement la cause c'est secondaire.»

Cette pression était source de conflit d'appréciation sur la nécessité du certificat scolaire entre le médecin et son patient.

2) Difficulté de l'expertise de certification

Pour un médecin de l'étude, la certification d'absence scolaire nécessitait des compétences particulières en médecine scolaire ainsi qu'une formation correcte.

M8 - « Je ne me considère pas comme compétent pour établir un certificat de présence ou d'absence en milieu scolaire d'un adolescent. »« … du fait de l'absence de formation correcte.»

Cet acte de certification vue comme une compétence, tenait du rôle du médecin scolaire.

M8 - « Le certificat scolaire doit être fait par un médecin scolaire ou du moins un médecin ayant des compétences avec le milieu scolaire ou milieu avec l'adolescent.»

Elle pouvait présenter également des difficultés dans l'interprétation de la demande de l'adolescent ou de l'imputabilité d'une plainte à une incapacité fonctionnelle de l'adolescent justifiant un arrêt scolaire.

M1 - «J'ai en tête le souvenir d'un gamin de 15 ou 16 ans qui venait chercher son certificat d'absence en expliquant qu'il avait mal à la gorge … de ceci, de cela … c'était très difficile de faire la part des choses.»
M5 - « Il y a quand même un peu d'interprétation et de faire un peu de lecture à travers les lignes ... ça peut être compliqué parfois.»

3) Difficultés dans la gestion du refus

La formulation du refus pouvait être parfois compliquée à opposer au patient et difficile à mettre en pratique pour le médecin.

M5 - «C'était plus difficile quand c'était plutôt non. »
M8 - «Elle (la formulation du refus) me semble ... elle est irréelle au sens, en pratique quotidienne. »
M9 - « … mais c'est vrai que ce n'est pas facile de dire non à un patient. »

Elle était difficile pour refuser une demande de certificat médical scolaire facultatif.

M8 - «On essaie d'expliquer parfois aux gens l'inutilité du certificat et de rentrer avec plus d'informations chez eux parfois, voire à être opposant aux demandeurs de certificats ... mais parfois on bloque. »
M9 - «Ce n'est pas facile de dire non, pour une demande quelle qu'elle soit … surtout pour un certificat médical. »

Les difficultés venaient du risque de conflit potentiel avec le patient lors d'un refus du médecin.

M5 - « Je peux tout à fait refuser de faire le certificat ... mais ça crée une cassure. »

4) Difficultés du contact avec le réseau scolaire

Les médecins ont évoqué le plus souvent une absence de contact, de relation avec les services scolaires et de santé. Le contact notamment avec le médecin scolaire restait difficile.

M8 - « L'absence de contact avec le milieu scolaire ... malgré les fois où j'avais donné mon numéro personnel pour être contacter en cas de besoin ... je n'ai jamais été contacté par le milieu scolaire.»
M10 - « Le lien ne se fait pas … ou alors il faut des conditions particulières … qu'on connaisse particulièrement ou l'infirmière du collège ou le médecin scolaire. »
M11 - « Les relations sont vraiment très minimales, plus que minimales … »

La collaboration était non fonctionnelle en pratique. Un médecin précisait l'absence de courrier, de retour des services scolaires de santé sur des situations concernant les adolescents.

M8 - « Non aucun … voire tendu (le lien) … sauf dans des situations vraiment critiques. »
« … pas de suivi après … on n'a pas la finalité du … pas de courrier. »

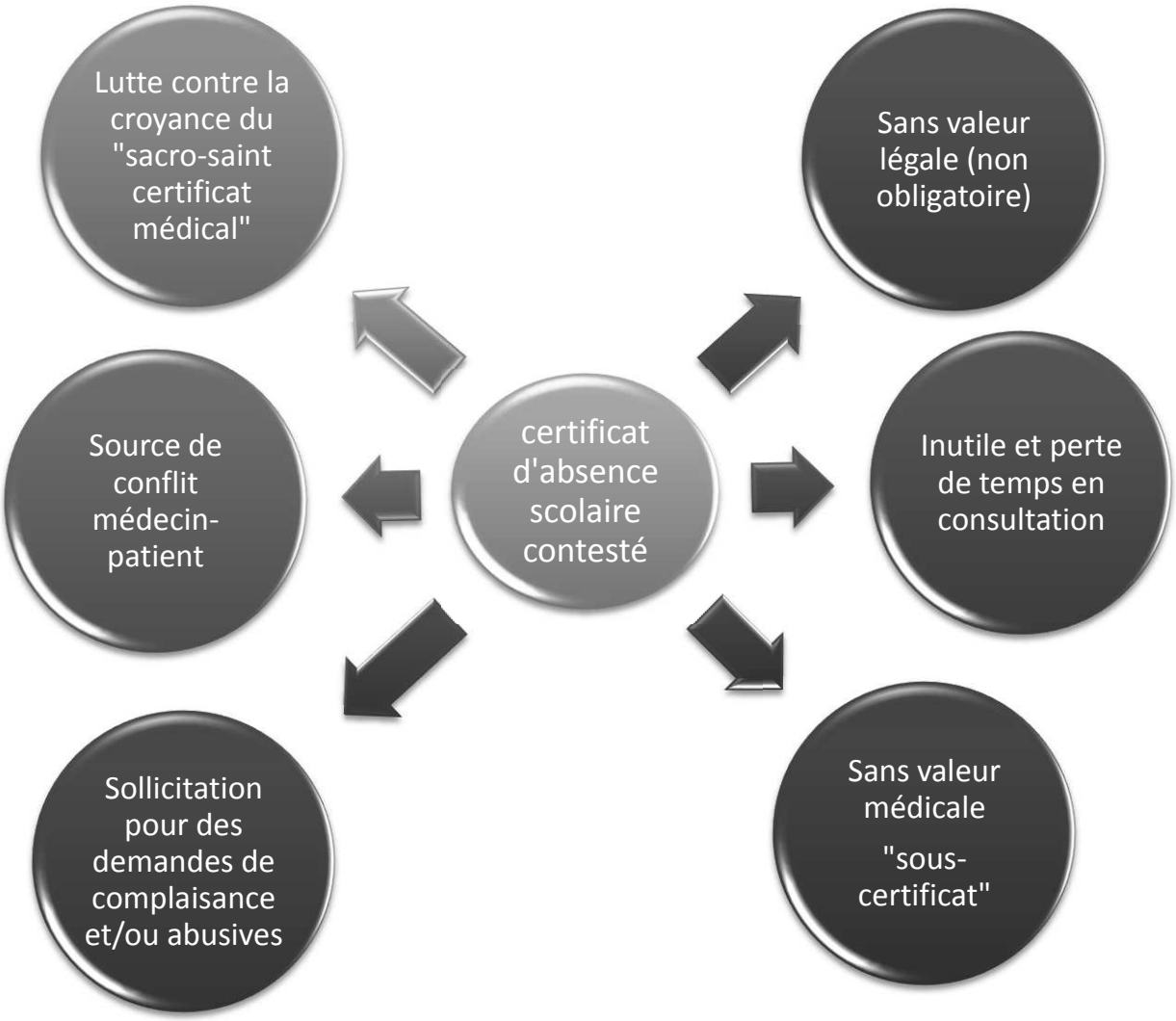
Cependant l'infirmière scolaire était identifiée comme un interlocuteur privilégié pour les médecins, notamment du fait du contact rapide et facile.

M4 - «Dans le cadre de certificats d'arrêts chez les ados ... je téléphone à l'infirmière du bahut donc ça c'est un moyen simple. »
M9 - «Je me suis mise en relation avec l'infirmière scolaire… pour faire en sorte que cet ado puisse retourner à l'école ne serait-ce que les matins … donc il a fallu faire un certificat médical.»

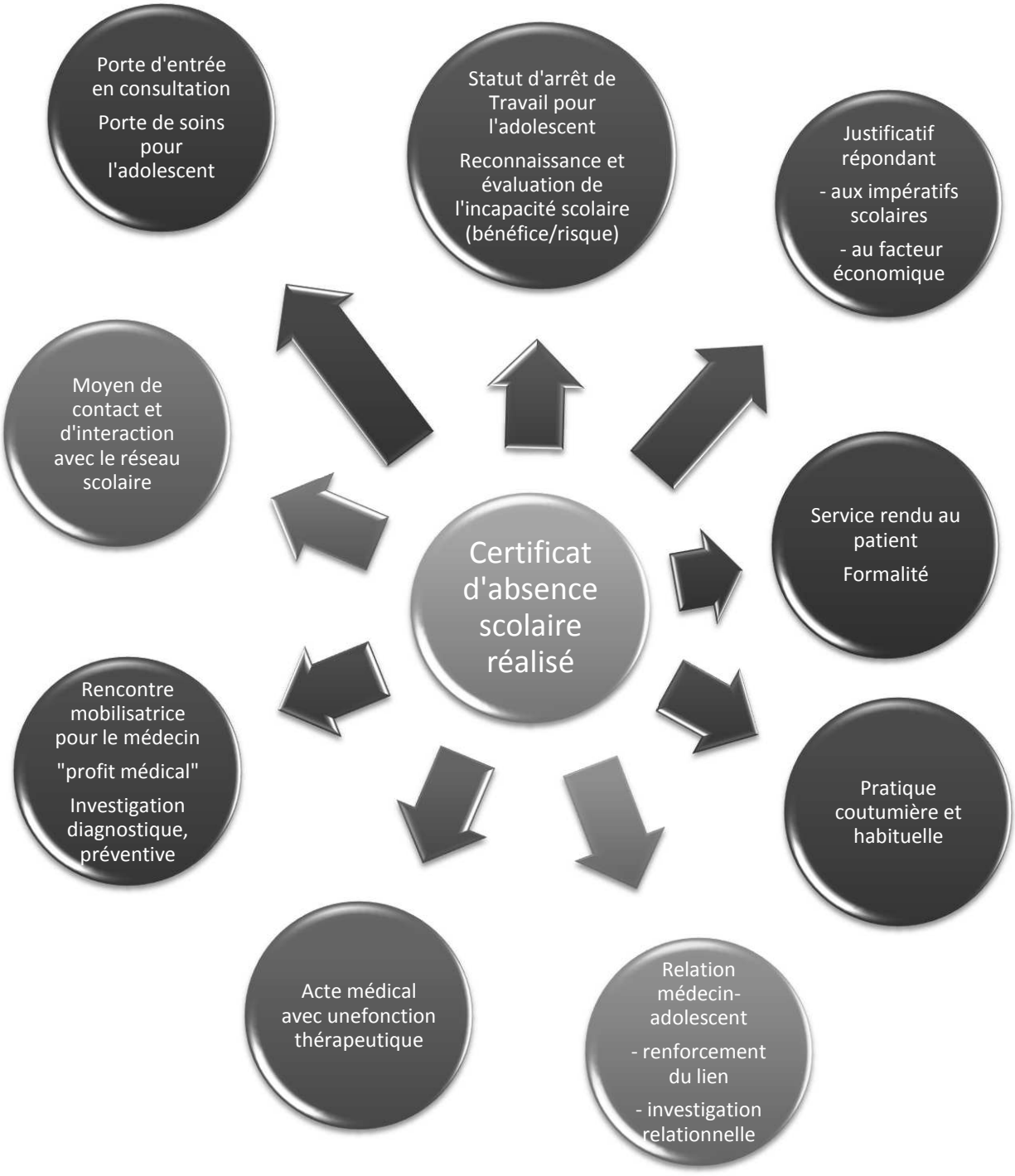
Son rôle était important et reconnu par les médecins généralistes dans la configuration d'un travail pluridisciplinaire.

M4 - «En général, je me mets en relation avec l'infirmière ... parce qu'en me mettant en relation avec l'infirmière ... elle sait qu'elle est venue me voir.»
M9 - «Je passe par le biais de l'infirmière scolaire … on est tenu par le secret professionnel. »
« … ça peut être aussi une façon d'alerter l'infirmière scolaire par exemple.»
M10 - « Je pense que les infirmières scolaires ont dans ces cas là un rôle énorme … »

E. <u>Figure 1 :</u> Eléments de contestation en rapport avec le certificat d'absence scolaire



F. <u>Figure 2</u> : Eléments apportés par la réalisation du certificat d'absence scolaire



Discussion

Les résultats de l'étude mettent en évidence la diversité des pratiques et des perceptions des médecins généralistes à propos du certificat scolaire. Le questionnement autour du certificat d'absence scolaire dans l'exercice quotidien du médecin généraliste restait non exploré. La diversité des situations et la complexité de la relation qui lie le médecin à l'adolescent ont motivé la réalisation de cette étude. Au travers des onze entretiens de l'étude, l'usage du certificat scolaire est controversé et valorisé à la fois.
L'absentéisme scolaire est reconnu comme un problème de santé publique et est un point d'intervention important pour le système scolaire et les professionnels de santé de soins primaires[34].

I. La justification d'absence scolaire en pratique

Les résultats de l'étude montrent une contradiction réelle entre la théorie et la pratique de cet acte de certification. Certains médecins sont opposés sur l'utilisation du certificat en tant que justificatif d'absence scolaire. C'est un acte non obligatoire entrainant une consultation inutile, non nécessaire pour certains, évoquant une lutte contre la fausse croyance du « sacro-saint » certificat scolaire. L'opposition théorique et systématique à la délivrance du certificat scolaire n'est pas le reflet du positionnement du médecin en pratique. Les médecins généralistes semblent répondre favorablement à ces demandes. Quels sont les éléments de ce paradoxe en pratique du point de vue des praticiens où malgré leur mécontentement, ils y participent ?
L'étude a permis d'apporter des réponses expérenciées et collectées sur le terrain « généraliste ».

L'assimilation à une pratique coutumière ancrée dans l'exercice médical quotidien des médecins généralistes est reconnue. Les certificats médicaux font partie des actes fréquents en médecine générale, notamment chez les adolescents[8]. La fréquence de prescription des certificats scolaires en médecine générale n'est pas connue. La comptabilisation peut sembler difficile du fait de son caractère facultatif et des pratiques hétérogènes des médecins généralistes.
Le caractère coutumier du certificat comme pratique ancienne, habituelle et systématique est relevé dans l'étude. Cela contribue à ancrer cette pratique comme une évidence pour le patient, les acteurs « scolaires » (la famille, le système scolaire …) et parfois même le médecin. Un souhait de modification de la pratique de justification d'absence scolaire est exprimé à partir des différents motifs de contestation. Cependant la plupart du temps les médecins n'excluent pas systématiquement la réalisation de certificat scolaire mais adaptent leurs décisions de prescription respectives à la recherche d'un « juste » équilibre.

L'expression d'une contrainte dans la pratique quotidienne des médecins généralistes est formulée, correspondant parallèlement à un contrôle administratif et disciplinaire pour l'institution scolaire. La notion de pression de prescription, directe ou indirecte conduit à la perception d'un certificat imposé et exigé comme justificatif aux absences scolaires des adolescents. Cette forme de « contrainte » pour le médecin est d'autant plus marquée que le certificat ne répond pas à un fondement textuel obligatoire. La demande de certificat scolaire s'avère être une demande de justificatif à un absentéisme scolaire justifié ou non. Son fondement réside sur l'application du règlement interne d'un établissement scolaire. C'est un moyen de contrôle souvent utilisé par l'institution scolaire pour s'assurer de la réalité de l'absence de l'adolescent. Les médecins évoquent la réalisation de cet acte en réponse à un moyen de justificatif (scolaire ou économique) à l'absentéisme scolaire.

Dans l'étude sociologique de E.Douat[35], l'analyse du contexte socioculturel des années 90 et 2000 montre l'importance donnée au contrôle de l'absentéisme scolaire et sa dimension sociale. Les textes législatifs des dernières décennies en font une priorité majeure pour l'éducation nationale[36]. Depuis les lois Ferry sur l'obligation scolaire et la laïcité de 1882, l'absentéisme existe à l'école. Au moment de la mise en place de la scolarité obligatoire, celle-ci a fait l'objet de résistance (notamment dans les milieux ruraux et les familles ouvrières).Mais la constitution de l'absentéisme scolaire en problème social est relativement récente[37]. Elle s'est renforcée sous la forme d'une question sécuritaire inscrite dans le projet de sécurité intérieure de 2002 rendue publique le 10 juillet 2002 par le ministre de l'Intérieur: « Projet d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure »[38].

L'analyse sociologique de l'absentéisme scolaire met en évidence les liens autour des thèmes de l'absentéisme scolaire, de la délinquance et de l'insécurité depuis ces dernières décennies. Ces éléments permettent de situer l'importance de l'absentéisme scolaire et de son contrôle, et contribuent à renforcer dans un sens l'impact d'une certaine vision administrative et coercitive des absences scolaires par l'institution scolaire[39].Le risque de sanctions scolaires (punitions, avertissements, exclusions …) ou financières (amendes, suppression des allocations familiales …) conséquences à l'absentéisme scolaire des élèves qui doivent être appliquées, sont probablement à l'origine de ces demandes systématiques de certificat d'absence scolaire.

Ces éléments permettent de comprendre la divergence des intérêts et objectifs de la justification d'absence scolaire entre le corps médical et l'institution scolaire ou plus généralement les pouvoirs publics.

Pour les médecins, la réalisation des certificats d'absence scolaire atteste aussi d'un engagement personnel et d'une responsabilité médicale. La responsabilité du médecin et sa fonction de professionnel de santé à travers toute demande de certificat sont engagées[40]. Un état d'esprit de « prudence médico-juridique » était décrit par les participants de l'étude.

L'attitude de « prudence médico-juridique » du médecin est en lien avec sa formation médicale,

son expérience professionnelle comme la confrontation à des situations conflictuelles, voire à des plaintes ordinales concernant la délivrance de certificats non conformes. La valeur de l'écrit médical et de la profession sont en jeu quant au respect des conditions de la prescription du certificat. La rédaction d'un certificat engage la responsabilité pénale, civile et disciplinaire du médecin.
Tout certificat médical qu'il soit obligatoire ou facultatif nécessite la connaissance des tenants et des aboutissants de la prescription. C'est une condition à la fois de la qualité et de l'intérêt porté à la réalisation de cet acte médical.

Malgré les contraintes et les critiques, la justification d'absence scolaire n'est pas totalement exclue des pratiques.et est assimilée à un service accordé aux demandes et aux exigences des patients et de l'institution scolaire.
L'adhésion à un rôle de « prestataire de services » est mise en évidence dans l'étude. Des certificats médicaux sont régulièrement réclamés aux médecins généralistes. Certains médecins évoquent l'accomplissement d'une simple formalité, d'autres l'acceptent en tant que partie intégrante de leur fonction médicale. La pratique de la justification d'absence scolaire existe, elle se justifie selon différents arguments (biomédical, contexte socio-familial, relationnel ou économique) et est appliquée finalement.
Ce système établi de justification scolaire place le médecin généraliste comme un acteur extérieur et détaché de la problématique scolaire, répondant à une demande dont la portée peut parfois lui échapper.

Toutefois, le médecin généraliste entretient et « cultive » les bonnes relations avec ses patients. Le désir de maintenir de bonnes relations avec sa patientèle peut inciter le médecin à délivrer un certificat facultatif. Comme montré dans l'étude, une forme d'empathie couplée à la sympathie envers l'adolescent, amène le médecin à réaliser ces certificats. La volonté de faire plaisir au patient, la volonté d'agir dans son intérêt et de lui éviter certaines difficultés liées au fonctionnement des « normes scolaires » (sanctions, pénalités d'ordre scolaire ...) sont des arguments en faveur de la prescription du certificat scolaire.
La notion de l'intérêt général du patient apparait également dans d'autres travaux comme par exemple l'usage des certificats d'assurances par les médecins généralistes. Le travail de thèse de Mézière[41] montre que les certificats sont réalisés par les médecins généralistes dans un but relationnel et de préservation de la relation médecin-patient préexistante. Les praticiens acceptent de répondre à la demande facultative du patient. Dans un sens, le praticien se retrouve acteur de la vie sociale de son patient (réponse aux demandes de certificat d'assurance-vie). Dans l'étude, c'est la vie sociale et scolaire de l'adolescent de façon globale qui est prise en considération.

Le maintien de bonnes relations avec le réseau scolaire n'a pas été évoqué par les médecins de l'étude et n'était pas un élément pris spontanément en compte dans la délivrance des certificats

scolaires. L'instauration d'un travail collaboratif avec le réseau scolaire et la préservation des liens avec l'institution scolaire pourraient être des éléments à explorer dans l'intérêt de la prescription de certificat scolaire.

La construction et la préservation de la relation médecin- patient est l'élément central du raisonnement des médecins dans la rédaction d'un certificat d'absence scolaire.
Les travaux menés sur les prescriptions d'arrêts de travail montrent l'importance et l'influence de la relation médecin-patient lors de la prescription[42][43]. La relation de confiance médecin-patient préexistante est un poids décisionnel majeur au cœur de la prescription d'arrêt de travail. En étant le défenseur de son patient, la réponse du médecin généraliste est respectueuse de l'intérêt de ce dernier.
Dans l'étude, la volonté d'éviter le conflit avec l'adolescent est un élément en faveur de la préservation de la relation de confiance établie. Dans ce cas, la limite entre empathie et sympathie avec l'adolescent est parfois floue. Un contre-transfert positif existe en faveur de la réalisation du certificat scolaire. Cette attitude marque sans doute la résurgence subconsciente de transpositions personnelles de la propre adolescence du praticien. La personnalité et les marques d'affects personnels du praticien peuvent guider le médecin généraliste dans ses choix de prescription. Choix qui ne sont pas simplement dictés par une lecture formelle des conditions « théoriques » de délivrance des certificats scolaires.

II. Le certificat scolaire : un outil potentiel de la consultation médicale ?

L'usage du certificat scolaire par les médecins de l'étude montre son intégration à une forme de prise en charge spécifique et globale de la médecine de l'adolescent. Il existe des arguments de l'usage du certificat liés à la pathologie médicale mais également liés au contexte socio-familial, relationnel et scolaire de l'adolescent.

A. Un outil de la prise en charge médicale

Le certificat scolaire de l'adolescent était perçu comme un moyen de prise en charge des plaintes de l'adolescent. Cette prise en charge s'assimile au modèle que l'on retrouve dans la prescription des arrêts de travail. La prise en charge reflète les caractéristiques spécifiques de la médecine médico-psycho-sociale de l'adolescent. Les thématiques et arguments médicaux, psychiques et sociaux ont été abordés au cours des entretiens. Ce certificat apparait sous la forme d'un outil de prise en charge des spécificités de la médecine de l'adolescent. L'évaluation

du contexte médico-psycho-social de l'adolescent au cours de cet acte fait partie de cette prise en charge globale.
Cette dimension globale mène les médecins à voir l'adolescent pas seulement comme un malade mais un individu au sein d'un contexte particulier.

Une analogie de prescription avec l'arrêt de travail est caractérisée par la modélisation du rapport « adolescent-école » sur le schéma « patient-travail ».Le certificat scolaire de l'adolescent dans l'étude était perçu comme un arrêt de travail, un arrêt maladie spécifique de l'adolescent. Certains médecins exprimaient une analogie forte avec la prescription d'un arrêt de travail selon leurs représentations cognitives et attitudes en pratique. C'est l'un des intérêts évoqués par les médecins dans la réalisation de cet acte considéré comme médical.
Les représentations d'usage du certificat scolaire comparées aux études portant sur les arrêts de travail retrouvent des similitudes. Les travaux concernant les arrêts de travail dans la littérature scientifique sont riches et menés selon différentes méthodologies. Les principaux articles sont scandinaves et anglo-saxons[44][45]. En France, le groupe de recherche ATAC s'est intéressé aux perceptions, représentations et facteurs décisionnels de prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes[42]. L'étude concernant le certificat d'absence scolaire a permis d'identifier les conceptions des médecins transposées au fonctionnement du modèle « adolescent-école ».

La fonction thérapeutique du certificat scolaire est mise en évidence au cours de l'étude. Les conditions de prise d'un traitement médical, la nécessité d'un temps de repos médical et l'éviction scolaire lors de pathologies à risque de contagiosité sont des éléments médicaux de jugement guidant le médecin dans la délivrance d'un tel certificat. Son usage comme outil thérapeutique a été identifié au cours des entretiens. Le certificat d'absence scolaire intervient comme « un traitement administré » par le médecin. L'objectif étant la consolidation d'une pathologie de l'adolescent (évoquée sous la forme d'un temps de guérison clinique) se concrétise à partir de la prescription d'un temps d'arrêt scolaire considérant son action curative.
Comparativement, l'identification de l'arrêt de travail comme outil thérapeutique est reconnu et retrouvé dans la littérature et les travaux du groupe ATAC[43]. Il est décrit comme un outil fondamental de l'arsenal thérapeutique du médecin avec une fonction possiblement curative, préventive et potentiellement iatrogénique.

L'évaluation de l'incapacité scolaire de l'adolescent dans le contexte scolaire (selon le terme employé d'*incapacité temporaire scolaire*) est dans un sens le corolaire de l'évaluation de l'inaptitude au travail d'un patient.
Cette évaluation se base sur des critères rationnels objectivés au cours de la consultation concernant le type de pathologie, l'intensité de la douleur, la gêne quotidienne des adolescents.

Ces éléments sont intégrés à une balance « bénéfice / risque » de la prescription médicale d'arrêt scolaire pour le praticien.
L'évaluation de la balance de prescription prend en compte l'environnement social de l'adolescent de façon générale par les médecins de l'étude. C'est un des éléments pris en compte dans leurs prescriptions d'absence et d'arrêt scolaire. Le contexte familial pouvait être à lui seul à l'origine de la demande de certificat et de la prescription d'un arrêt scolaire. L'évaluation globale faite du contexte permet au médecin généraliste de décider de la conduite à tenir à partir d'une problématique identifiée. En cas de difficultés ressenties, le médecin propose un arrêt scolaire pour évaluer la situation et revoir l'adolescent sur une deuxième consultation. Cette évaluation continue et évolutive est centrée sur la résolution du problème identifié lors de la consultation.
La balance « bénéfice / risque » de la prescription d'arrêt de travail est établie dans les études. Les bénéfices principaux sont en rapport avec l'objectif d'amélioration de l'état de santé du patient à partir de la prescription d'un repos thérapeutique. Les risques identifiés concernent les difficultés de la reprise de travail et de la désinsertion professionnelle en cas d'arrêt de travail prolongé.

La valeur de « reconnaissance médicale » de la douleur physique et morale de l'adolescent à travers le certificat scolaire est abordée dans l'étude. Le besoin de cette reconnaissance apparait probablement en opposition à la connotation négative et péjorative de l'absentéisme scolaire véhiculée au sein de la société. Cette connotation péjorative est analysée par certains auteurs comme l'évolution « de la symbolique et bucolique buissonnière à une forme de socialisation des jeunes par la rue »[37]. Cette analyse exprime une prise de conscience de la connotation négative de l'absentéisme scolaire ces dernières années, du fait de son augmentation et de son association au phénomène de la délinquance des adolescents.
La reconnaissance médicale est une première étape. Elle ouvre la voie vers la reconnaissance et la prise en charge de la souffrance, des difficultés psychologiques au sein du milieu scolaire qui restent un enjeu pour tout professionnel de santé en charge de la santé des adolescents. L'intérêt du certificat scolaire dans ce cas questionne sur les modalités de la mise en pratique de cette reconnaissance médicale.
Concernant l'arrêt de travail, sa reconnaissance sur le plan médical et social est bien établie. Le médecin généraliste est souvent le professionnel de premier recours, confronté à la prise en charge de la souffrance au travail (harcèlement professionnel, syndrome d'épuisement professionnel…). La prescription d'arrêt de travail prend en compte la reconnaissance médicale de l'impact des difficultés socioprofessionnelles du patient.
La reconnaissance médicale peut avoir un certain poids aux yeux du patient et notamment de l'adolescent. C'est accorder une importance spécifique à la médecine de l'adolescent et un degré de considération à l'adolescent au sein de cette consultation.

Des problématiques similaires entre les deux modèles existent. Comme retrouvé dans la littérature, la prescription d'arrêt de travail malgré sa fréquence en médecine générale est souvent

décrite comme problématique par les médecins généralistes. Les difficultés liées à cette prescription sont mises en évidence dans l'étude de Wynne-Jones[45] et sont de trois groupes : celles inhérentes à la responsabilité professionnelle, celles liées à l'absence de référentiel et celles liées au risque de conflit avec le patient ou les acteurs de la santé au travail.

L'étude réalisée sur le certificat scolaire de l'adolescent retrouve des difficultés similaires. Les difficultés liées au risque de conflit avec les différents acteurs sur la délivrance du certificat (sous la forme d'une pression de prescription) et à la gestion de ce refus de prescription sont explicitées. Les difficultés dans la responsabilité du médecin mises en jeu dans les demandes injustifiées ou parfois abusives de certificats et dans le respect des conditions de prescription. L'absence de référentiel dans la délivrance des certificats scolaire n'a pas été évoquée spontanément par les médecins de l'étude et ne semblait pas être un frein à son utilisation en pratique.
A cela s'ajoute la problématique de la coordination du réseau de prise en charge de la santé en milieu professionnel avec le médecin du travail. Les difficultés dans la collaboration et la prise en charge du patient sont mises en évidence dans les études[46][47].
Dans cette étude, les médecins pointent le manque de lien avec le réseau scolaire dans l'utilisation des certificats scolaires (équipe pédagogique, médecin scolaire …). Cependant l'infirmier scolaire reste un interlocuteur de premier abord pour le médecin généraliste. En contact avec les adolescents au sein des établissements scolaires, son rôle de premier recours éducatif, relationnel et soignant pour l'adolescent est identifié.
L'orientation de l'adolescent absentéiste vers son médecin traitant peut s'avérer être une démarche « répressive » liée au contrôle de l'absentéisme scolaire (demandes de justificatifs, régularisations d'absences scolaires). Mais elle doit dépasser cette simple formalité, pour devenir un moyen d'approche préventif de cet absentéisme scolaire et de la coopération interdisciplinaire.

Les deux modèles présentent de fortes similitudes selon l'approche conceptuelle de la « pratique de prescription » qu'en font les médecins généralistes. Au centre de ce modèle se trouve la représentation de l'adolescent en tant qu'individu dépendant d'un contexte environnemental global que le médecin tente d'évaluer. L'identification du modèle de fonctionnement « adolescent-école » n'est-il pas une façon d'accorder une certaine expression et intégration de l'adolescent au sein de la consultation et du milieu scolaire ?

B. Un outil de la relation médecin-adolescent

1) Un mode de rencontre de l'adolescent

Les motifs de consultation liés aux certificats médicaux sont fréquents dans la population adolescente[27][28]. Dans l'étude de Paulus *et al*[28]menée sur les motifs de consultation des adolescents en médecine générale en France et en Belgique, 18% des motifs concernaient les certificats médicaux (incluant les certificats d'aptitude sportive). D'autre part certains motifs de consultation annoncés par les adolescents n'étaient pas considérés par les praticiens de l'étude (de l'ordre de16%). Dans 45% de ces cas, le motif retrouvé était la demande d'un certificat médical.

Au total, les demandes de certificats médicaux représentent 25% des motifs, soit une consultation sur quatre. L'adolescent exprime très fréquemment ce besoin de certificat comme motif de contact avec son médecin, alors que celui-ci peut parfois ne pas considérer cette demande comme un motif de rencontre.

Ces résultats d'étude amènent à concevoir les certificats scolaires comme un mode d'entrée en consultation, une porte de soins pour l'adolescent. C'est une rencontre à ne pas négliger pour le médecin généraliste car le motif de la consultation, la plainte initiale peut être un faux-ami, qu'il convient de démasquer. Le praticien doit pouvoir décoder les raisons cachées, latentes de la consultation. Ce travail n'est réalisable que si le praticien a conscience que l'adolescent n'exprime pas toujours ce qu'il ressent et attend souvent de la part de son médecin qu'il aborde les thématiques spécifiques de l'adolescence[21].

En effet, les problèmes d'ordre psychologique et les comportements à risque constituent rarement un motif de consultation pour les adolescents (Seulement 3.8% des motifs de l'étude de Paulus *et al*[28]). Alors que c'est à cet âge propice que l'observation de « signes » s'intégrant aux problématiques psychiques et psychosomatiques sont importants à dépister. Le décodage de l'agenda caché de l'adolescent (terme anglais de « *hidden agenda* ») devient alors primordial dans la problématique de l'absentéisme scolaire. Des auteurs norvégiens ont observé que les adolescents absentéistes avaient plus fréquemment recours aux services de santé(soins primaires et psychologiques) dont leur médecin généraliste que ceux avec un plus faible taux d'absentéisme scolaire[34]. Le recours est d'autant plus marqué que le taux d'absentéisme était élevé. Le premier recours sollicité par les adolescents est le médecin généraliste sans que les raisons de ce recours ne soient bien précisées. L'étude montre que l'absentéisme scolaire est identifié comme un facteur prédictif de la fréquentation des soins de santé primaire dont le médecin généraliste. Cette porte de soins pour l'adolescent absentéiste existe, il faut savoir l'utiliser.

2) Une rencontre mobilisatrice pour le médecin généraliste

Malgré le caractère administratif et parfois inutile du certificat d'absence scolaire, les médecins en détournent l'usage habituel pour exploiter la situation de rencontre avec l'adolescent. Un enjeu de santé au cours de cette rencontre apparait, dépassant très souvent le motif initial de la consultation. Les médecins de l'étude ont évoqué différentes possibilités d'ajustements actives de ce certificat scolaire à leurs pratiques.

Une mobilisation des compétences du médecin s'organise autour du repérage et de l'investigation des certificats et des absences scolaires des adolescents. A travers ces demandes de certificat, l'enjeu est de pouvoir dépister les situations nécessitant une intervention médicale lors de l'absentéisme scolaire des adolescents. Ce travail n'est possible qu'à partir du repérage de ces demandes d'absences scolaires. La comptabilisation de ces demandes est actuellement chose aisée avec la diffusion des logiciels de prescription médicale. Les demandes d'absences fréquentes et répétées, injustifiées et sans motif identifiés, font ainsi l'objet d'investigations de la part du médecin généraliste.

Les comportements à risque et les difficultés psychiques et psychosomatiques sont les enjeux de santé majeurs à l'adolescence. Il revient au médecin généraliste, médecin de premier recours, d'y être attentif et de rechercher les éléments d'alerte[24]. Les absences scolaires à travers les demandes de certificats d'absence scolaire peuvent être un signal d'alarme sur la santé des adolescents. Le médecin doit rester attentif aux plaintes associées à ces certificats et à leur caractère répétitif[48] afin d'apporter l'aide adéquate et attendue le plus souvent implicitement.

La mise en évidence des troubles et problèmes de santé des adolescents au cours de la consultation tient le plus souvent des capacités et compétences relationnelles du médecin généraliste à aborder l'adolescent. Elle place le médecin dans un « rôle d'enquêteur ». Il mène son interrogatoire dans l'objectif de dépister les troubles de santé. Dans ce contexte, l'approche intuitive basée sur l'expérience reste prépondérante. L'usage d'outils standardisés (par exemple : référentiel de consultation, test TSTS – CAFARD …) (annexes 7) dans cette approche n'est pas systématique. Un médecin de l'étude en a évoqué l'usage intégré à la consultation de l'adolescent (médecin impliquée dans une activité de soins et de prévention au planning familial).

Les médecins de l'étude évoquent à travers le certificat scolaire la possibilité de renforcement de leur relation avec l'adolescent. L'écoute et les échanges constructifs avec la demande du patient sont des étapes initiatrices dans la structuration de la relation spécifique. La relation soignante avec l'adolescent est perçue comme fragile du fait de la faible fréquence des entrevues et des difficultés de communication entre les deux protagonistes. Ces éléments amènent le médecin à reconsidérer la demande de certificat scolaire par l'adolescent d'un point de vue de l'abord relationnel.

Par cette voie, c'est le recours au médecin généraliste qui tend à être privilégié. Ce recours est une occasion de faire comprendre à l'adolescent ce qu'il peut attendre du médecin. Le positionnement du médecin en tant que figure d'interlocuteur privilégié dans la thématique de la santé scolaire permet d'initier cet échange avec l'adolescent. Ce recours n'est pas spontané pour les adolescents, notamment pour les plaintes d'ordre psychiques. Les médecins pensent souvent qu'en plus des problèmes de communication existants, l'adolescent cache le motif réel de consultation[49][50]. En privilégiant la relation de confiance avec son patient et le recours aux soins primaires de santé, le médecin généraliste tend à être le professionnel « allié » de l'adolescent.

Lors de cette rencontre avec l'adolescent, un temps de prévention et de dépistage de santé est effectué. A travers cette rencontre que l'on peut parfois qualifier « d'imposée » par la recherche d'un justificatif d'absence scolaire, le médecin généraliste exploite la situation pour élargir le motif de consultation de l'adolescent. C'est un temps de consultation où peuvent s'introduire des éléments de prévention et de dépistage, qu'ils soient somatiques ou psychiques. Cette demande de certificat reste un point d'accroche pour le praticien dans la construction de sa consultation avec l'adolescent autour des thématiques de santé (l'hygiène de vie, les vaccinations, les addictions, la sexualité, les liens sociaux). Dans un sens, le certificat scolaire apporte un « profit » sur le plan médical que le médecin tente d'exploiter lors de la consultation. Profit qui n'est pas systématiquement exploité par les médecins. Moins de la moitié des consultations des adolescents font l'objet d'une ouverture, d'une investigation en dehors du champ initial du motif de consultation[24].
Cette notion de « profit » médical se retrouve dans l'étude de Mézière[41] où la demande de certificat d'assurance par le patient est un moyen pour le médecin de réaliser un bilan de santé global de dépistage.

C. Les rôles du médecin généraliste dans la certification d'absence scolaire

Le rôle fondamental du médecin généraliste a été défini par la WONCA[51]. L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de la spécialisation.
Dans l'étude, le médecin généraliste se retrouve dans différents rôles parfois en opposition. Le médecin généraliste occupe le rôle de médecin expert censé évaluer la capacité et l'aptitude fonctionnelle de l'adolescent à suivre, poursuivre ses activités scolaires. La délivrance du certificat scolaire dans ce cas est soumise aux conditions « légales » de prescription. La mission de santé publique du médecin généraliste correspond au respect des conditions d'éviction scolaire définies

notamment par le CSHPF[52](annexe 3). L'évaluation du médecin se base sur des arguments strictement biomédicaux.

Le rôle de médecin soignant prenant compte le patient dans sa globalité et agissant dans son intérêt médical, social et relationnel.est représentée. Dans ce cas la délivrance du certificat scolaire est soumise à l'appréciation individuelle et aux compétences relationnelles générales du médecin généraliste.

Le rôle de coordinateur de la prise en charge de l'adolescent est initié par le travail de liaison avec les services scolaires pédagogiques et les professionnels de la santé scolaire.

Le médecin intervient également comme « régulateur » des demandes de certificat et d'arbitre dans la gestion des prescriptions selon leurs intérêts et utilités en l'absence de consensus clairement établi.

Les attitudes des médecins généralistes sont variables au cours de l'étude mais centrées sur la relation patient. Une typologie idéale d'attitude de prescription du certificat scolaire est difficile à définir compte tenu de la multitude de facteurs décisionnels et des situations en consultation. L'attitude des médecins est variable selon les critères objectifs obtenus (par l'interrogatoire et l'examen clinique) et de leurs interprétations lors de la consultation avec l'adolescent mais elle reste globalement pondérée par la relation médecin-adolescent existante.

L'expertise du médecin généraliste est cependant prépondérante dans la délivrance de ce certificat. Une participation active des médecins sur cette expertise est notée, notamment dans le respect des conditions d'éviction scolaire.

Un fonctionnement de type « médecin partenaire » est représenté dans l'étude. Cette attitude conciliante est à la fois une façon de préserver la relation médecin-patient et de délivrer les informations nécessaires à la prise en charge. En cas de désaccord avec le patient (à la fois sur le motif ou la durée d'arrêt scolaire), le refus était mesuré et la recherche d'un compromis abordé afin de préserver une relation perçue souvent comme de nature fragile.

L'adoption d'une attitude compréhensive et conciliante du patient que l'on retrouve dans les études portant sur la prescription d'arrêt de travail semble un compromis acceptable pour le médecin généraliste[53].C'est l'attitude la plus souvent rencontrée dans l'étude mais dont il n'est pas possible d'en généraliser ou d'en préconiser l'adoption. La situation en consultation reste évaluée de façon individuelle. Elle permet un usage raisonné et réfléchi du certificat d'absence scolaire.

III. Perspectives

Quel avenir pour le certificat scolaire en médecine générale ? Il semble limité malgré une

pérennisation de la pratique actuelle des médecins généralistes. L'habitude de prescription et l'image sociétale de l'absentéisme scolaire ancrent cette pratique actuellement.
La prise en compte des difficultés soulignées par les médecins permet d'apporter une nouvelle orientation au certificat scolaire. Son intérêt global souligné par l'étude pourrait permettre une coordination d'actions entre les médecins et les services scolaires. Comme recommandé par le HCSP, les liens entre médecine scolaire, médecine de prévention, médecine de ville et hospitalière doivent être renforcés afin de fournir aux adolescents une prise en charge efficace de leurs troubles de santé[54]. Il n'y a pas de standardisation du mode de prescription des médecins généralistes. Les opinions sont parfois opposées du fait d'un manque d'intérêt et de bénéfices prouvés de son usage. Il reste encore à faire pour identifier et développer le certificat scolaire comme un outil potentiel de la consultation en médecine générale.

Dans le travail de Borras[55], l'amélioration de la prise en charge des adolescents passe par le travail en réseau interprofessionnel. L'infirmier scolaire est une pierre angulaire dans l'approche des absences scolaires et de la prévention à la santé de l'adolescent en milieu scolaire. Son rôle est signalé dans l'étude et il représente un interlocuteur de premier abord pour l'adolescent au sein des établissements.
Dans le travail de Savalle[56], l'évaluation des infirmiers scolaires au sein des établissements permettait un repérage et l'orientation des adolescents en souffrance psychique vers les professionnels de soins concernés. C'est un recours simple pour l'adolescent.

La coordination avec la médecine scolaire est évaluée dans l'étude comme non systématique, problématique et non fonctionnelle dans l'état actuel des pratiques. Une coordination renforcée avec le réseau scolaire est préconisée dans la prise en charge de l'absentéisme scolaire des adolescents[34]. Cette coordination peut permettre de valoriser le lien avec le médecin généraliste et de faciliter le travail de collaboration pluridisciplinaire. C'est aussi une prise de conscience d'un rôle externe du médecin généraliste interagissant avec le milieu scolaire environnant par le biais d'interventions brèves de sensibilisation à la prévention en santé des jeunes, d'un suivi organisé pour les adolescents et l'orientation vers les structures de soins spécialisés si nécessaire. Une réflexion sur la possibilité d'un travail interprofessionnel par l'intermédiaire du certificat scolaire de l'adolescent est à exploiter, établissant ainsi un cadre dans lequel l'adolescent peut investir positivement ses activités scolaires.
L'étude du rôle et des possibilités du médecin généraliste dans le système scolaire n'est pas écrite et nécessiterait des réflexions pour sa mise en place dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire concret.

IV. Les forces et limites de l'étude

A. L'étude qualitative par entretiens

L'étude qualitative permet l'étude des comportements et des perceptions du médecin généraliste. Elle est la méthode la plus adaptée pour notre étude. Elle permet d'étudier la variété des opinions et des représentations des participants sur le thème étudié à partir d'un discours expériencé.

Elle permet également de recueillir une information sensible et faire émerger des idées nouvelles sur un sujet. L'enquête sur les représentations et les pratiques des médecins qui visait la connaissance d'un système (celui de la certification d'absence scolaire), a été obtenue à partir d'entretiens centrés d'une part sur les descriptions des pratiques et d'autre part sur les conceptions subjectives des médecins. L'étude des perceptions favorise ainsi l'expression non rationalisée de leurs représentations.

L'entretien individuel permet un discours libre et spontané sans jugement des propos ce qui facilite l'accès aux représentations des participants. Les entretiens semi-structurés permettent d'élargir les champs de connaissance et de compréhension[31]. Ils facilitent l'exploration d'un positionnement personnel de l'interviewé. Les entretiens directifs n'auraient permis d'explorer que les aspects attendus et anticipés par l'investigateur. L'entretien permet aussi la mise en évidence des représentations ancrées dans l'esprit des participants s'exprimant rarement au travers d'un questionnaire. Cela permet de déjouer « l'image de la bonne réponse » qui peut parfois limiter les réponses des participants.

Cependant la méthode par entretiens a des limites : les entretiens ouvraient parfois sur des monologues, là où une dynamique de groupe aurait permis de stimuler les différents points de vue par la discussion et la confrontation des pratiques.

La méthode par Focus groupes n'a pas été utilisée dans l'étude. Cette méthode peut parfois limiter et influencer le discours par la domination de certains au sein d'un groupe (leaders d'opinion), par des blocages de groupe ou des formes de réponse par mimétisme. D'autre part le sujet de l'étude a amené des opinions divergentes qu'il aurait été difficile de mettre en évidence au sein d'un groupe.

B. L'échantillon et le recrutement

L'échantillon a été constitué pas à pas, à partir de la variabilité des caractéristiques générales des participants. C'est un échantillonnage en variation maximale. Ce choix raisonné ne porte pas sur les réponses à l'entretien, celles-ci ne pouvant être anticipées. Cela a permis d'apporter un maximum de diversité dans les réponses et les conceptions des médecins.

Le recrutement de proche en proche et la sélection à partir de listes de médecins généralistes ont eu un certain degré aléatoire, respectant l'objectif de diversité du recrutement et limitant le biais d'échantillonnage.

L'échantillon de l'étude comporte une variété intéressante de médecins généralistes en termes d'âge. La moyenne d'âge de l'échantillon de l'étude est de 50,5 ans, proche de celle des médecins généralistes de Seine-Maritime (52 ans)[57]. Le ratio homme/femme de l'échantillon est équilibré. La diversité est respectée dans la répartition du lieu d'exercice des médecins de l'étude (urbain, rural et mixte). L'exercice médical en cabinet de groupe est majoritaire dans l'étude ce qui correspond à l'évolution de l'exercice des médecins généralistes en France ces dernières années (54% en 2009)[58]. Tous les médecins de l'étude ont une proportion non négligeable d'adolescents dans leur patientèle. Ils sont donc bien confrontés au sujet de l'étude.

Cependant les études qualitatives n'ont pas de vocation représentative malgré leur pertinence. La généralisation des résultats de l'étude reste limitée mais elle apporte des données de réflexion à exploiter secondairement.
L'atteinte de la saturation des données de l'étude a été déductive. Il est difficile d'être certain que les données soient objectivement saturées. Le seuil arbitraire de deux entretiens sans données nouvelles reste soumis à la subjectivité de l'investigateur.

C. Le déroulement des entretiens

La période du recueil des données est courte ce qui a permis à l'investigateur de mémoriser plus facilement et de s'approprier l'ensemble des entretiens.
Etant novice dans l'exercice des entretiens, il est probable de manquer d'à-propos dans les relances ou les reformulations des réponses malgré le maintien d'un fil rouge dans leur déroulement. Cela a été constaté lors de certains entretiens où l'investigateur a eu des difficultés à maitriser leur déroulement. En effet, la qualité des entretiens est directement liée aux capacités relationnelles de l'investigateur et à sa manière de conduire l'entretien. Par l'attitude de l'investigateur, il a pu y avoir une suggestion ou une induction de réponses lors des entretiens. Il s'agit là d'un biais d'investigation.
Lors de la présentation du sujet, les informations concernant l'objectif du travail ont été limitées afin de ne pas influencer les réponses. L'évaluation du certificat d'absence scolaire était libre pour le participant permettant de ne pas le légitimer d'emblée au sein de la consultation. Certains médecins ont toutefois pu demander quelques précisions sur la notion de certificat d'absence scolaire ce qui a pu influencer une partie de leur discours.

Des biais internes liés aux caractères personnels de l'investigateur et des participants peuvent exister. Les reformulations des réponses des participants ont permis de limiter les biais d'interprétation.

L'étude portant sur les certificats peut induire une certaine réticence des participants à parler de leur pratique par crainte de jugement par un investigateur confrère. Au terme des entretiens, il ne semble pas que les médecins aient assimilé l'étude à une évaluation de leurs pratiques professionnelles. Cependant on ne peut pas exclure un phénomène de désirabilité sociale par lequel le médecin ne présente que les meilleurs aspects de sa pratique au cours des entretiens[31]. Il peut s'agir de mécanismes de défense, de réflexions sur sa propre pratique (auto-évaluations et remises en question) ou d'ajustements aux recommandations à postériori de la pratique.

D. La retranscription et la méthode d'analyse

La retranscription des entretiens peut présenter certains défauts puisque l'on perd le non-verbal et en partie la forme du dialogue. Il peut en résulter des retranscriptions ou interprétations erronées car amputées d'une partie du sens du discours. Un enregistrement vidéo aurait pu éviter ces erreurs de retranscription mais cela nécessite plus de moyens et une acceptation de la part des participants.

Le passage de l'oral à l'écrit nécessite certaines réadaptations ou tournures de phrases pour en améliorer la compréhension. Ces modifications ont été réalisées à minima en conservant le sens des propos. Les verbatims n'ont pas été soumis aux médecins interrogés après retranscription.

L'analyse thématique du contenu des entretiens a été réalisée manuellement. Elle peut donner lieu à des interprétations parfois personnelles de l'investigateur. Mais elle privilégie une certaine rigueur et une imprégnation itérative des résultats. Cette analyse est jugée suffisamment efficiente limitant le recours à un logiciel spécifique d'analyse non maîtrisé.

Les données collectées sont riches et variées dans la mesure où elles renseignent sur les aspects négatifs et positifs de la délivrance du certificat scolaire dans l'exercice médical. L'analyse phénoménologique permet de donner une interprétation à une situation vécue dans l'exercice quotidien des médecins.

La validité externe de l'étude est assurée par le constat de l'atteinte de la saturation des données avec l'analyse des entretiens menée en parallèle. L'absence d'études de référence est un biais certain pour la comparaison et l'extrapolation des résultats.

La validité interne de l'étude est maintenue par une analyse rigoureuse menée en parallèle du recueil de données. Cependant la triangulation de l'analyse n'est pas exhaustive. Seuls deux verbatims choisis au hasard ont été analysés et codés en double aveugle. Néanmoins l'ensemble du codage a été supervisé par la directrice de ce travail.

Conclusion

Sur le plan personnel, ce travail de recherche a apporté à l'investigateur des connaissances pertinentes dans l'approche de la méthodologie des recherches qualitatives. Il a permis des rencontres avec des médecins généralistes aux activités et profils variés. Ce moment charnière de la formation médicale est propice aux observations et réflexions sur les pratiques professionnelles.

Les entretiens réalisés avec onze médecins généralistes ont permis d'explorer des pratiques et conceptions d'usage diverses concernant le certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent.

Le certificat d'absence scolaire est en partie connoté de façon péjorative, assimilé à un papier sans importance résurgence d'une pratique coutumière et systématique. Le médecin généraliste se retrouve malgré lui au centre du rituel de justification d'ordre scolaire. Certes il y a une opposition des praticiens à ces certificats parfois jugés inutiles. Mais ce rejet théorique est souvent contredit par la réalité de la pratique. Le médecin est alors tiraillé entre les consultations inutiles et les demandes abusives que la demande de certificat peut engendrer et le respect du caractère médical du certificat. L'analogie avec l'arrêt de travail représente une notion intéressante dans la mesure où elle répond au besoin d'un cadre dans la prescription du certificat scolaire. Dans l'étude, le modèle « adolescent-école » est transposé au fonctionnement du modèle « patient-travail ».

Sans référentiel opposable aux prescriptions de certificat d'absence scolaire, l'évaluation et l'usage de la prescription reste libre. Elle se fonde sur l'appréciation de la situation médicale, socio-familiale et relationnelle de l'adolescent par l'intervention de facteurs objectifs (liés à l'expertise clinique du praticien) et subjectifs (liés à l'expérience personnelle et l'interprétation du praticien).Une synthèse de la conception de cet acte se résume ainsi : « Du certificat d'absence scolaire vers un certificat d'arrêt scolaire à un équivalent d'arrêt de travail ».

Ce certificat scolaire s'apparente à un équivalent d'arrêt de travail spécifique pour l'adolescent permettant la prise en compte et une prise en charge des troubles entravant le bon déroulement de sa scolarité. Le certificat scolaire apparait comme un outil de prise en charge de la médecine spécifique de l'adolescent notamment lors de l'absentéisme scolaire. C'est un enjeu important sur la santé des adolescents pour le dépistage des situations de mal-être, d'échec scolaire et de souffrance psychique.

L'étude montre un équilibre entre le respect d'un usage médical du certificat scolaire et l'intérêt accordé à la relation médecin-adolescent au sein de la consultation. Le savoir médical et l'abord relationnel sont les deux dimensions de la demande du patient adressée au médecin et prise en considération par celui-ci.

Un savoir et un rôle médical global, intégré à la médecine spécifique de l'adolescent, sous la forme d'une prise en charge des plaintes et de l'absentéisme scolaire des adolescents. Ce rôle médical est présent par le biais d'attitudes investigatrices, thérapeutiques et préventives.
L'usage du certificat scolaire est assimilé à un outil de la consultation intervenant comme un moyen facilitateur de la rencontre avec l'adolescent, de la relation de soin médecin-adolescent et du recours au médecin généraliste pour les problématiques de l'absentéisme scolaire.

Dans un objectif d'amélioration des pratiques, l'acte de certification d'absence scolaire nécessite une harmonisation avec le renforcement du lien d'actions avec les structures scolaires, qui jouent un rôle tampon non négligeable. Pour le moment cette coopération semble difficile en pratique. Mais elle reste à être encouragée pour développer les interventions possibles dans la gestion et la compréhension des situations d'absentéisme scolaire des adolescents. Il reste à définir comment ce réseau pourra s'articuler dans la pratique entre le système de soins primaires et les établissements scolaires.

Un point de vue complémentaire enrichira les résultats de l'étude en s'intéressant aux conceptions des adolescents et des services scolaires afin de pouvoir croiser les données : Quelles en sont les attentes pour l'adolescent et celles de l'institution scolaire ?
Quelle coopération scolaire à terme est à écrire et à mettre en place autour de ce certificat scolaire et de façon plus globale concernant l'absentéisme scolaire des adolescents ?

Bibliographie

1. Code de la santé publique - Article R.4127-50 du code de la santé publique.

2. Gonzales N. Certificats médicaux : des principes rédactionnels à l'utilisation pratique [Thèse d'exercice]. Université de Limoges; 2008.

3. Briand S. Réponse de la médecine générale à la demande de certificats médicaux [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2003.

4. Philippart F. Des certificats médicaux: Loi, déontologie et pratique. Presses univ. de Louvain; 2006. 568 p.

5. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de santé IRDES. Accessible sur : http://www.irdes.fr/Publications. 2009;(144):1–8.

6. Buhart O, Duforestel J. Certifmed.fr: Aide les praticiens en soins primaires à répondre aux demandes de certificats médicaux. [Internet]. 2015. Available from: http://www.certifmed.fr/

7. Roubertie E. Docteur, c'est juste pour un certificat. Paris, France: Editions scientifiques L & C; 1998. 95 p.

8. Deroin M. Les enfants et adolescents en médecine générale: pathologie et prise en charge. [Thèse d'exercice]. [1970-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de Médecine; 2010.

9. Décret n°66-104 du 18 février 1966 relatif au contrôle de la fréquentation et de l'assiduité scolaire. 66-104 février, 1966.

10. Circulaire DSS/MCGR/DGS no 2011-331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux. 2011-331 Sep 27, 2011.

11. Arrêté du 3 mai 1989 relatif aux durées et conditions d'éviction, mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés en cas de maladies contagieuses.

12. Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. Clin Psychol Rev. 2008 Mar;28(3):451–71.

13. Klerman LV. School absence--a health perspective. Pediatr Clin North Am. 1988 Dec;35(6):1253–69.

14. Eaton DK, Brener N, Kann LK. Associations of health risk behaviors with school absenteeism. Does having permission for the absence make a difference? J Sch Health. 2008 Apr;78(4):223–9.

15. OMS. Développement des adolescents - consultable sur http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/. 2015.

16. Galland O. Sociologie de la jeunesse. Armand Colin; 2011. 156 p.

17. Rufo M, Choquet M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Paris: La Belle colère; 2007. 514 p.

18. Klerman LV, Weitzman M, Alpert JJ, Lamb GA, Kayne H, Gerominini KR, et al. Why adolescents do not attend school. The views of students and parents. J Adolesc Health Care Off Publ Soc Adolesc Med. 1987 Sep;8(5):425–30.

19. DEPP. Etude: l'absentéisme des élèves dans le second degré en 2013-2014. 2015.

20. Zemmouri A. Approche épidémiologique de l'absentéisme scolaire: L'absentéisme scolaire, une question de définition. Arch Pédiatrie. 2010 Jun;17(6):866–7.

21. Groupe ADOC. Un adolescent peut en cacher un autre - site internet consultable sur http://www.medecin-ado.org/infos/sommaire.htm.

22. Jacobson LD, Mellanby AR, Donovan C, Taylor B, Tripp JH. Teenagers' views on general practice consultations and other medical advice. The Adolescent Working Group, RCGP. Fam Pract. 2000 Apr;17(2):156–8.

23. Alvin P, Marcelli D, Bader-Meunier B, Baruchel A, Collectif. Médecine de l'adolescent. Édition : 2e édition. Paris: Elsevier Masson; 2005. 453 p.

24. Binder, Philippe. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat. 2005;(55):1073–7.

25. INPES. La santé des collégiens en France / 2010 Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). 2010;

26. Auvray L, Le Fur P. « Adolescents : état de santé et recours aux soins ». Questions d'économie de santé IRDES. Accessible sur : http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum49.pdf. 2002 Mar;(49):1–6.

27. 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.

28. Paulus D, Doumenc M, Riche B, Pestiaux D. Adolescents et médecin généraliste quelles portes d'entrée dans la consultation? In: Louvain méd. Louvain médical, Bruxelles; 2001. p. S258–65.

29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. 2008;84:142–5.

30. Frappé P. Initiation à la recherche - Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. GMsanté - CNGE. 2011.

31. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Colin; 2005. 128 p.

32. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 11-33 ; 101-139.

33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua. 2007 Dec;19(6):349–57.

34. Askeland KG, Haugland S, Stormark KM, Bøe T, Hysing M. Adolescent school absenteeism and service use in a population-based study. BMC Public Health. 2015;15:626.

35. Douat É. L'absentéisme scolaire: une étude sociologique [Thèse de doctorat]. [Paris, France]: Université Paris Descartes; 2005.

36. Circulaire n° 2004-054 du 23-3-2004 - Contrôle et promotion de l'assiduité des élèves soumis à l'obligation scolaire. 2004-054 Mar 23, 2004.

37. Douat É. La construction de l'absentéisme scolaire comme problème de sécurité intérieure dans la france des années 1990-2000. Déviance Société. 2007 Jun 6;Vol. 31(2):149–71.

38. Loi n° 2002-1094 du 29 août 2002 d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure.

39. Esterle M, Douat E. La prévention de l'absentéisme et du décrochage scolaire : l'école en tensions. Questions pénales, CNRS-Ministère de la Justice. 2010;23(2):1–4.

40. Conseil national de l'ordre des médecins. Signature – engagement personnel du médecin - Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 18 juin 2011. 2011.

41. Mézière A. De la bonne utilisation des certificats d'assurances par les médecins traitants [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2008.

42. Duflot F. Les facteurs décisionnels intervenants dans la prescription d'un arrêt de travail en médecine générale: une approche exploratoire par focus groups [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2012.

43. Balzani-Snaider M. Exploration des représentations des médecins généralistes face à la prescription des arrêts de travail par la méthode des focus group [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2012.

44. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson DKG. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. BMC Fam Pract. 2008;9:3.

45. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. Scand J Prim Health Care. 2010 Jun;28(2):67–75.

46. Perros A-L. Problématique de la prescription des arrêts de travail en médecine générale: revue de la littérature et élaboration d'un guide d'entretien collectif [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2010.

47. Swartling MS, Alexanderson KAE, Wahlstrom RA. Barriers to good sickness certification -- an interview study with Swedish general practitionners. Scand J Public Health. 2008 Jun;36(4):408–14.

48. Michaud P-A, Cauderay M. Le praticien face à l'absence scolaire : Signer ou ne pas signer ? Pract Facing Req Sch Absence Say « Yes » « No ». 1998 Jan 1;56(2235-6):2412–6.

49. Boussacre-Mellerin C. Parcours d'adolescents face à un problème psychique ou social: étude qualitative par entretiens individuels auprès d'adolescents âgés de 14 à 16 ans et scolarisés dans les Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2012.

50. 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.

51. WONCA. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [En ligne].[Consulté le 15/06/2015];Consultable à l'URL http://www.cnge.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf. 2002.

52. Conseil supérieur de l'hygiène publique de France. GUIDE DES CONDUITES A TENIR EN CAS DE MALADIES TRANSMISSIBLES DANS UNE COLLECTIVITE D'ENFANTS. 2003.

53. Wrapson W, Mewse AJ. Does the doctor or the patient control sick leave certification? A qualitative study interpreting patients' interview dialogue. Fam Pract. 2011 Apr;28(2):202–9.

54. HCSP. Redéfinir les missions et la gouvernance de la médecine scolaire. Conférence de presse du Haut Conseil de la santé publique. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Paris. 2013.

55. Borras A. Les adolescents acteurs de leur santé: enquête qualitative par la méthode des focus groups [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2007.

56. Savalle C, Collet A. Le mal-être des adolescents et sa prise en charge en santé scolaire. France; 2014.

57. Conseil national de l'ordre des médecins. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. 2014.

58. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de santé IRDES. Accessible sur http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes150.pdf. 2010;(157):1–6.

Tableaux et annexes

I. Liste des tableaux et des figures

- Tableau 1 : Les caractéristiques des participants et des entretiens de l'étude
- Tableau 2 : Les attitudes des médecins de l'étude face à la délivrance du certificat scolaire de l'adolescent

- Figure 1 : Eléments de contestation du certificat d'absence scolaire
- Figure 2 : Eléments et aspects de la réalisation du certificat d'absence scolaire

II. Circulaire de simplification et rationalisation des certificats médicaux - 2011

Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Enfants	Prise de médicaments • Assistantes maternelles • Crèches	X		Dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Ainsi, l'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement, suffit à permettre aux assistantes maternelles d'administrer les médicaments requis aux enfants qu'elles gardent. Article L. 4161-1 du Code de la santé publique ; avis du Conseil d'État du 9 mars 1999 ; circulaire DGS/PS1/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments
	Allergies • Absence d'allergie • Régimes alimentaires spécieux pour allergies dans les cantines scolaires	X	Certificat médical en présence d'une pathologie lourde et dans le cadre du protocole d'accueil individualisé (PAI)	Il est impossible médicalement d'exclure *a priori* toutes allergies. En cas d'allergie nécessitant un régime alimentaire spécial, un certificat médical est nécessaire. Bulletin officiel n° 34 du 18 septembre 2003, accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.
	Cantines scolaires		Certificat médical en cas de maladie contagieuse	Il n'existe pas de textes législatifs ou réglementaires fondent la nécessité d'un certificat médical pour absence à la cantine scolaire en dehors des cas de maladies contagieuses. En pratique, il est toutefois fréquemment demandé un certificat médical pour justifier l'exonération des frais de repas. Afin de répondre aux objectifs de simplifications administratives, l'adoption de règlements intérieurs limitant le recours aux certificats médicaux est recommandé.
	Crèches • Absences de - 4 jours	X		La production d'un certificat médical n'exonère pas la famille du paiement de la crèche (délai de carence de 3 jours appliqué).
	• Réintégration	X		
	• Absences 2 à 4 jours		X	La production d'un certificat médical exonère la famille du paiement. Lettre circulaire Cnaf n°2011-105 du 29 juin 2011
	Obligations scolaires • Absence à l'école	X (hors maladie contagieuse)	Certificat médical en cas de maladie contagieuse	L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009 sauf en cas de maladie contagieuse. Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la suite de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009. Cas des maladies contagieuses : arrêté interministériel du 3 mai 1989 et circulaire n° 2004-054 du 25 mars 2004
	• Entrée à l'école maternelle et à l'école élémentaire	X		L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009. Seule l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour la scolarisation est exigée (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical). Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la suite de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009

III. Liste des maladies à éviction scolaire obligatoire

(Liste reprise dans l'arrêté du 3 mai 1989)

Pathologies	**Eviction**	**Commentaires**
Coqueluche	OUI	5 jours après le début d'une antibiothérapie efficace
Diphtérie	OUI	Jusqu'à négativation de 2 prélèvements à 24 heurs d'intervalle au moins, réalisés après la fin de l'antibiothérapie efficace
Gale	OUI	Jusqu'à la négativation de l'examen parasitologique
Gastro-entérite à E. Coli entéro-hémorragique	OUI	Retour en collectivité sur présentation d'un certificat médical attestant de 2 coprocultures négatives à au moins 24 heures d'intervalle
Gastro-entérite à Shigelles	OUI	Retour en collectivité sur présentation d'un certificat médical attestant de 2 coprocultures négatives à au moins 24 heures d'intervalle, au moins 48 heures après l'arrêt du traitement
Hépatite A	OUI	10 jours après le début de l'ictère
Impétigo	OUI	72 heures après le début de l'antibiothérapie si les lésions sont trop étendues ou ne peuvent être protégées
Infections à streptocoque A : angine, scarlatine	OUI	Jusqu'à 2 jours après le début de l'antibiothérapie efficace
Infections invasives à méningocoque	OUI	Hospitalisation
Méningite à Haemophilus b	OUI	Jusqu'à guérison clinique
Oreillons	OUI	Jusqu'à 9 jours après le début de la parotidite
Rougeole	OUI	Jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption
Teigne du cuir chevelu	OUI	
Tuberculose	OUI	Tant que le sujet est bacillifère, jusqu'à l'obtention d'un certificat attestant que le sujet n'est plus bacillifère
Typhoïde et paratyphoïde	OUI	Retour en collectivité sur présentation d'un certificat médical attestant de 2 coprocultures négatives à 24 heures d'intervalle au moins 48 heures après l'arrêt du traitement
Varicelle, Roséole (exanthème subit), Rhinopharyngite, Otite moyenne aiguë, Méningite virale, Infections à herpès simplex, Grippe, Conjonctivite, Bronchite et bronchiolite, Angine non streptococcique	NON	La fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse n'est pas souhaitable
Giardiase, Gastro-entérite non documentée, virale, à Salmonelles mineures ou Campylobacter	NON	Comme pour toutes les maladies diarrhéiques, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë n'est pas souhaitable
Verrues vulgaires, Rubéole, Pédiculose du cuir chevelu, Mononucléose infectieuse	NON	
Molluscum Contagiosum, Mégalérythème épidémique, Maladie pieds-mains-bouche, Infections à Cytomégalovirus	NON	
VIH, Hépatite B ou C	NON	

IV. Liste des critères COREQ

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist[33]

Domain 1: Research team and reflexivity

Personal Characteristics

1. Interviewer: Which author/s conducted the interview or focus group?
2. Credentials: What were the researcher's credentials?
3. Occupation: What was their occupation at the time of the study?
4. Gender: Was the researcher male or female?
5. Experience and training: What experience or training did the researcher have?

Relationship with participants

6. Relationship established: Was a relationship established prior to study commencement?
7. Participant knowledge of the interviewer : What did the participants know about the researcher?
8. Interviewer characteristics: What characteristics were reported about the interviewer? (Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic)

Domain 2: study design

Theoretical framework

9. Methodological orientation and theory: What methodological orientation was stated to underpin the study? (Grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis)

Participant selection

10. Sampling: How were participants selected? (Purposive, convenience, consecutive, snowball)
11. Method of approach: How were participants approached? (Face-to-face, telephone, mail)
12. Sample size: How many participants were in the study?
13. Non-participation: How many people refused to participate or dropped out? Reasons?

Setting

14. Setting of data collection: Where was the data collected? (Home, clinic, workplace)
15. Presence of non-participants: Was anyone else present besides the participants ?
16. Description of sample: What are the important characteristics of the sample?

Data collection

17. Interview guide: Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18. Repeat interviews: Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19. Audio/Visual recording: Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20. Field notes: Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21. Duration: What was the duration of the interviews or focus group?
22. Data saturation: Was data saturation discussed?
23. Transcripts returned: Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

24. Number of data coders: How many data coders coded the data?
25. Description of the coding tree: Did authors provide a description of the coding tree?
26. Derivation of themes: Were themes identified in advance or derived from the data?
27. Software What software, if applicable, was used to manage the data?
28. Participant checking: Did participants provide feedback on the findings?

Reporting

29. Quotations presented: Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? (Participant number)
30. Data and findings consistent : Was the reconsistency between the data presented and the findings?
31. Clarity of major themes: Were major themes clearly presented in the findings?
32. Clarity of minor themes: Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

V. Présentation de l'étude

Présentation de l'étude

Cher(e) Confrère (sœur),
Je sollicite votre participation à une étude qualitative dans le cadre d'un travail de thèse portant sur :

Le certificat d'absence scolaire de l'adolescent en médecine générale

Sous la direction de (directeur de thèse) : Dr PELLERIN Lucille

Investigateur : DERBOUZ Nabil

Méthode de l'étude qualitative : Entretiens individuels semi-structurés de médecins généralistes de Seine-Maritime

L'objectif de cette étude est d'explorer les pratiques et les perceptions des médecins généralistes du certificat d'absence scolaire de l'adolescent.

Les adolescents dans leur parcours scolaire au collège et lycée (entre l'âge de 11 et 18 ans) seront pris en compte dans cette étude.

La participation est basée sur le volontariat. L'identité des participants, les propos recueillis lors de ces entretiens et leur analyse seront strictement anonymisés.
Les modalités de déroulement de l'entretien seront fixées en accord avec le participant et l'investigateur. L'entretien sera enregistré pour faciliter son analyse.

Je vous remercie de votre contribution à la tenue de ces entretiens.
Les résultats de cette étude seront accessibles après finalisation du travail de thèse sur simple demande sur mon courriel : nabil.derbouz@sfr.frou au 06XXXXXXXX.

Nabil DERBOUZ

VI. Le guide d'entretien

Questionnaire quantitatif de l'entretien

Investigateur : DERBOUZ Nabil

A remplir par l'investigateur

Entretien N° Code (anonymat)
Lieu de l'entretien :

Durée :

Date :

Participant – Initiales : Nom -Prénom :

Age : Sexe : ☐ H ☐ F

Lieu d'exercice : ☐ rural ☐ urbain ☐ mixte
Mode d'exercice **:** ☐ seul ☐ groupe

Maître de stage universitaire (MSU) :☐ Oui ☐ Non

Activités professionnelles ou formations en lien avec les adolescents (Médecine scolaire, structures d'accueil…) **:**☐ Oui ☐ Non
Précisez :

Proportion d'adolescents dans la patientèle :☐<5% ☐ 5 – 15% ☐>15%

Remarques éventuelles (facultatif) :

Canevas d'entretien

LE CERTIFICAT D'ABSENCE SCOLAIRE LORS DE LA CONSULTATION DE L'ADOLESCENT

1/ Quel est votre abord (situations des demandes) des certificats d'absence scolaire lors des consultations avec les adolescents?

Les demandes de certificats : motifs médicaux associés, autres ? Motifs cachés, abusifs?

Comment abordez-vous la demande de l'adolescent ? Quelles sont vos attitudes, réactions ?

Intégration de la structure familiale de l'adolescent aux demandes de certificat ? L'institution scolaire ?

2/ Que représente pour vous « ce certificat d'absence scolaire concernant l'adolescent » ?

Certificat d'absence scolaire : quelle définition ? Valeur et importance accordée ?

(Justificatif ? certificat de complaisance ? Un arrêt scolaire ?) Relances : à partir d'exemples

3/ Quels sont vos pratiques et usages du certificat scolaire ?

Comment sont-ils intégrés à votre pratique médicale? Dans la prise en charge des adolescents ?

Intérêt d'un tel certificat en pratique ?

Relances : à une décision médicale ? À la prise en compte de situations particulières concernant l'adolescent ? Communication avec l'adolescent ? Avec le milieu scolaire ?

4/ Quelles sont les difficultés éventuelles, contraintes que vous avez rencontrées concernant ces certificats scolaires?

Relances : fréquence des demandes, pression de prescription, modalités des refus

Cas des demandes particulières, motifs cachés ... ?

Refus de délivrance de ces certificats : quelles conséquences ?

Changement dans votre pratique ?

Si non abordé précédemment, vous permettent-ils d'aborder d'autres éléments dans la consultation de l'adolescent ? (investigations, prévention, dépistage ?)

5/ Si non abordé précédemment, quel contact, lien avec le milieu scolaire ? Comment ? Demandes de renseignements sur ces certificats, contact des services scolaires (IDE scolaire, médecin scolaire, autres ...) ?

6/ Comment percevez-vous votre rôle de médecin généraliste, médecin de famille dans le cadre de ces certificats de l'adolescent ?

7/ Avez-vous des remarques à faire à ce sujet ?

VII. Référentiel de consultation avec l'adolescent et test TSTS - CAFARD

Lors de toute consultation avec un adolescent

–Proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion : « *Oui, mais encore ?*»…
–Intégrer le rôle du tiers : «*Qui demande quoi et pour qui ?*», puis «*Que dire à qui, comment et pourquoi ?*»
–Commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange.
–Dépister le mal-être avec le test «*TSTS-Cafard*».

Lorsqu'un mal-être est dépisté
–Confronter les points de vue et savoir reformuler.
–Renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels.
–Fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation.
–Orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé.

Test TSTS – CAFARD
Il consiste à aborder 4 thèmes, en formulant au cours de l'entretien, les 5 questions d'ouverture suivantes :

Traumatologie -> "As-tu déjà eu des blessures ou un accident 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 ?" -> "Es-tu stressé (ou tendu) par la vie de famille ? »

A chaque réponse positive obtenue, proposer une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de "5 mots clés" > Le test CAFARD.

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 au moins 5 cigarettes?"
Stress scolaire-> Absentéisme « Es-tu souvent Absent ou en Retard à l'école ? »
Stress familial-> Ressenti Désagréable familial « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

Interprétation du test TSTS - CAFARD

Parmi les adolescents non concernés par les 5 questions d'ouverture, aucun n'a été suicidant. Parmi les filles répondant oui à 2 questions d'ouverture, la moitié a déjà eu des idées suicidaires
Parmi tous les ados répondant à 3 clés de gravité, la moitié a déjà fait une tentative de suicide, et 3/4 en ont eu l'idée.

VIII. Les retranscriptions des entretiens de l'étude

Entretiens retranscrits (Verbatims)

- 68 pages de M1 à M11 – non insérés, disponibles sous fichier Word™.

Année 2016

Nom, prénom de l'auteur : DERBOUZ Nabil

Directrice de thèse : Dr PELLERIN Lucille

Titre : Le certificat d'absence scolaire lors de la consultation de l'adolescent : approche exploratoire qualitative des représentations et des pratiques des médecins généralistes

Les certificats médicaux d'absence scolaire sont des certificats facultatifs. Leur légitimité est discutable car aucun texte réglementaire ne les justifie (ils ne sont pas obligatoires) mais leur usage reste fréquent. Nous avons choisi d'en explorer l'usage en médecine générale concernant l'adolescent. Cette consultation est spécifique d'autant que l'absentéisme scolaire est un signe d'alarme et d'altération de la santé des adolescents. Quel(s) usage(s) et intérêt(s) pour ce certificat scolaire dans l'exercice des médecins généralistes ?

Méthodes : Une étude exploratoire qualitative par entretiens semi-structurés de médecins généralistes de Seine-Maritime a été réalisée. Les résultats ont été obtenus par une analyse thématique du discours expériencé des médecins de l'étude.

Résultats**:** Onze entretiens de médecins généralistes ont été réalisés et analysés. Il existe une contradiction réelle entre la théorie et la pratique médicale de cet acte. La justification d'absence scolaire contestée et contraignante, apparait pourtant comme une coutume et un service rendu dans cette relation spécifique avec l'adolescent et sa scolarité.
Une analogie avec l'arrêt de travail est retrouvée dans l'usage du certificat scolaire selon des représentations cognitives et des pratiques superposables entre les conceptions des modèles « adolescent-école » et « patient-travail ». Le certificat scolaire conservait une fonction thérapeutique, sociale et relationnelle identifiées auprès de l'adolescent. Ces fonctions s'intègrent à la prise en charge médico psycho sociale de l'absentéisme scolaire de l'adolescent.
La demande de certificat d'absence scolaire de l'adolescent reste une rencontre qui tend à être mobilisatrice pour le médecin généraliste : à la fois en terme d'entrevues, de renforcement de la relation médecin-adolescent, de l'investigation des motifs d'absences scolaires et d'occasions d'interventions de prévention et de dépistage de santé.
La pérennisation de ce certificat dépend de son intégration à un rôle identifié au sein de la consultation par les professionnels en charge de la santé des adolescents.

Conclusion : Les usages du certificat scolaire apportent des éléments objectifs et subjectifs de prise en compte de la situation médico-psycho-sociale de l'adolescent au sein du milieu scolaire en médecine générale. La considération de ces éléments permet au médecin généraliste d'intégrer le certificat scolaire à un modèle «adolescent-école » de prise en charge. L'identification du certificat scolaire comme outil potentiel de la consultation de l'adolescent reste à développer. Un renforcement de la collaboration avec les services scolaires permettra d'en apporter un nouvel éclairage.

MOTS-CLEFS :
Adolescent / certificat médical / absentéisme scolaire / médecine générale / médecin généraliste / relation médecin-adolescent / santé scolaire

Adresse de l'U.F.R : 22 Boulevard Gambetta
76000 ROUEN