



HAL
open science

La prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent en cabinet de médecine générale : vécus et représentations des médecins généralistes. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Rouen Elbeuf

François-Xavier Spiegel

► To cite this version:

François-Xavier Spiegel. La prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent en cabinet de médecine générale : vécus et représentations des médecins généralistes. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Rouen Elbeuf. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01707142

HAL Id: dumas-01707142

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01707142v1>

Submitted on 12 Feb 2018

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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR
SPIEGEL François-Xavier
NÉ LE 25 janvier 1987 à BORDEAUX

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 DECEMBRE 2017

**La prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent
en cabinet de médecine générale :
vécus et représentations des médecins généralistes.
Etude qualitative auprès de médecins généralistes
de la région Rouen Elbeuf.**

PRESIDENT DE JURY : Pr HERMIL Jean-Loup

MEMBRE DU JURY : Pr GERARDIN Priscille

MEMBRE DU JURY : Dr SCHUERS Matthieu

DIRECTEUR DE THESE : Dr KERLEAU KAROLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

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

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **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 Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) - détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie

Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	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
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
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	Hépto-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 Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
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
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
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 – Vénérologie

Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
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
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	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
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 Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation médicale – Médecine d'urgence (détachement)
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire

Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
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	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
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 (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
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
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
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
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

<h3>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</h3>

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

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** 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 (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	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.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	15
ABREVIATIONS	17
1. INTRODUCTION.....	18
2. CONTEXTE	20
2.1. Epidémiologie internationale et nationale des suicides et tentatives de suicide	20
2.1.1. Mondiale et nationale	20
2.1.2. Régionale	22
2.2. L'offre de soins dans le territoire Rouen-Elbeuf	24
2.2.1. Démographie médicale des médecins généralistes	24
2.2.2. Structures de prévention, de diagnostic et de soins de santé mentale pour adolescents	25
2.3. L'adolescent	27
2.3.1. Définitions	27
2.3.2. Psychopathologie de l'adolescence	28
2.3.3. Relation Médecin traitant – Adolescent	29
2.4. Evaluation du risque suicidaire chez l'adolescent	29
2.4.1. Définitions	29
2.4.2. Facteurs de risque suicidaire chez l'adolescent	31
2.4.3. Les outils de dépistage au service du médecin généraliste	34
2.5. Le médecin généraliste et le risque suicidaire	36
3. MATERIEL ET METHODES	39
3.1. Choix de la question	39
3.2. Choix de la méthode	39
3.2.1. Étude qualitative	39
3.2.2. Entretien semi-dirigé	40
3.3. Constitution de l'échantillon	40
3.4. Réalisation des entretiens	40
3.4.1. Elaboration du guide de l'entretien	40
3.4.2. Le guide de l'entretien	41
3.4.3. L'entretien	41
3.5. Collecte des informations	43
3.6. Méthode d'analyse des données recueillies	43
4. RESULTATS	44
4.1. Description du panel des médecins généralistes	44
4.2. Vécu du médecin généraliste vis-à-vis du thème de la thèse	45
4.2.1. Expérience professionnelle	45
4.2.2. Formation initiale	46
4.2.3. Formation continue	47
4.2.4. Représentations personnelles du risque suicidaire de l'adolescent chez les médecins généralistes	48
4.3. Place du médecin traitant auprès de l'adolescent suicidaire	49
4.3.1. Rôle de médecin famille	49
4.3.2. Un rapport de confiance médecin-adolescent	50
4.3.3. Rôle de dépistage des facteurs de risque suicidaire	51
4.3.4. Rôle d'orientation et de suivi :	57

4.4. Facteurs facilitant la prise en charge	60
4.4.1. Connaissance de l'adolescent depuis l'enfance	60
4.4.2. Un réseau local réactif	60
4.4.3. Soutien familial	62
4.4.4. Autres acteurs facilitant la prise en charge	62
4.5. Freins à la prise en charge.....	63
4.5.1. Difficultés liées à la consultation de l'adolescent	63
4.5.2. Difficultés liées au manque de connaissance et à l'erreur d'appréciation	65
4.5.3. Contexte familial	66
4.5.4. Relation avec les spécialistes	67
4.5.5. Difficultés financières	68
4.6. Améliorations suggérées par les médecins.....	68
4.6.1. Formations	68
4.6.2. Communication	69
4.6.3. Autres aides demandées	70
5. DISCUSSION	71
5.1. Limites et points forts de l'étude	71
5.1.1. Les points forts	71
5.1.2. Les limites	71
5.2. Les principaux résultats	73
5.2.1. Le médecin généraliste : un rôle central dans le suivi de l'adolescent à risque suicidaire	73
5.2.2. Défauts de communication interprofessionnelle	73
5.2.3. Des formations à renforcer	74
5.3. Comparaisons à la littérature.....	75
5.3.1. Consultation de l'adolescent	75
5.3.2. Dépistage de l'adolescent suicidaire	75
5.3.3. Communication et réseau interprofessionnel	76
5.4. Propositions	77
6. CONCLUSION	79
7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	80
8. ANNEXES	82
8.1. Annexe 1 : Le guide d'entretien	82
8.2. Annexe 2 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant participé à l'enquête	86
8.3. Annexe 3 : Verbatim des entretiens	87
8.3.1. Entretien n°1	87
8.3.2. Entretien n°2	91
8.3.3. Entretien n°3	96
8.3.4. Entretien n°4	101
8.3.5. Entretien n°5	105
8.3.6. Entretien n°6	109
8.3.7. Entretien n°7	113
8.3.8. Entretien n°8	120
8.3.9. Entretien n°9	122
8.3.10. Entretien n°10	128
8.3.11. Entretien n°11	133
8.3.12. Entretien n°12	136

REMERCIEMENTS

À mon Président de Jury : Mr le Professeur HERMIL Jean-Loup, Professeur de Médecine Générale. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

À mes juges :

À Mme le Professeur GERARDIN Priscille, Professeur de Pédopsychiatrie. Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

À Mr le Docteur SCHUERS Matthieu, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

À Mme le Docteur KERLEAU Karole, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci de m'avoir orienté dans mon travail, de vos relectures et de votre patience. Mon stage à l'UNACOR m'a fait découvrir la psychiatrie d'un œil nouveau et me l'a fait l'aimer.

Merci à Anne, pour ta patience, ta gentillesse et ton amour. T'avoir à mes côtés est la plus belle chose qui soit. Hâte d'accueillir notre premier enfant.

À mes parents, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci d'avoir toujours été présents pour moi, de m'avoir épaulé et poussé depuis la P1 et bien avant...

Vous m'avez donné envie d'être médecin. Je vous aime.

Merci aux Médecins Généralistes qui ont accepté de répondre à mes questions.

Merci au Dr Vincent Belloncle pour ses conseils.

Merci à mes Maîtres de Stage qui m'ont appris la Médecine Générale.

Merci aux Médecins Hospitaliers qui m'ont accueilli dans leurs services et qui m'ont toujours beaucoup appris.

Merci à toute ma famille pour votre soutien et vos encouragements à finir ma thèse. Bisous à mes deux petites aventurières Charlotte et Louise.

Merci à mes amis sans qui les études n'auraient pas été les mêmes. William, Romain, Lucca, Louis, Lamine, PA et tous ceux que j'oublie.

Merci à mes amis rouennais Oriane, Alexandre, Stéphanie, Morgan, Louise, Maxime, le temps est moins gris en Normandie grâce à vous.

ABREVIATIONS

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation en Santé
CASP :	Centre Accueil et Soins Psychiatriques
CépiDc :	Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales des Décès
CHSR :	Centre Hospitalier Spécialisé Régional
CHU :	Centre Hospitalier Régional
CMPP :	Centres Médico-Psycho-Pédagogique
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECN :	Epreuves Classantes Nationales
FMC :	Formation Médicale Continue
HAS :	Haute Autorité de la Santé
HEADSS :	Habitat, Education, Activité, Sommeil, Sexualité
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
MDA :	Maison De l'Adolescent
MMS test:	Mini-Mental State test
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RIAP :	Relevé Individuel d'Activité et Prescriptions
RUD test :	Risque Urgence Dangersité test
TS :	Tentative de Suicide
UNACOR :	Unité d'Accueil et d'Orientation

1. Introduction

Vingt-sept personnes se suicident par jour en France.

Longtemps sujet tabou dont le secret restait limité à la sphère familiale, le suicide a été reconnu en France comme une priorité de Santé Publique à partir de la fin des années 1990. Dans ce cadre la France est l'un des 28 pays de l'OMS à s'être dotée d'une Stratégie Nationale de prévention du suicide ayant permis une diminution importante du suicide lors des vingt dernières années.

Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une véritable épidémie suicidaire et d'un enjeu de santé publique majeur national et mondial et l'on estime en France entre 10 000 à 12 000 décès par an.

On observe une importante disparité territoriale avec les régions du Nord et du Nord-Ouest particulièrement touchées par le phénomène.

La population adolescente n'est pas la tranche d'âge la plus touchée par la maladie suicidaire mais elle représente la 2^{ème} cause de mortalité chez les adolescents après les accidents de la circulation.

Le suicide interroge d'autant plus la société lorsqu'il est perpétré par un jeune censé avoir « l'avenir devant lui ».

Ils sont principalement suivis par les médecins généralistes et les consultent la plupart du temps pour des pathologies bénignes et très rarement pour des pathologies psychiques ou psychopathologiques.

Les nombreux recours au médecin généraliste pour des pathologies bénignes et à l'inverse le faible recours pour des pathologies psychiques laisse supposer que derrière ces symptomatologies banales se cachent des appels à l'aide (1).

La crise suicidaire est un motif extrêmement rare de consultation mais la majorité des adolescents ayant fait des actes suicidaires ont consulté un médecin généraliste pour d'autres motifs dans le mois précédant leur suicide (2)(3).

Devant le rôle de première importance du médecin généraliste dans la détection du risque suicidaire chez l'adolescent, il nous est apparu important d'essayer d'évaluer ou de répondre à plusieurs questionnements :

Quelle est la pratique des médecins généralistes ?

Se sentent-ils suffisamment armés pour appréhender l'adolescent à risque suicidaire ?

Quels sont les facteurs facilitateurs et/ou freinateurs de leur prise en charge de l'adolescent suicidaire ?

Quels sont leurs besoins pour améliorer la prise en charge de ces adolescents à risque ?

Telles sont les questions que nous avons voulu aborder dans ce travail avec un échantillon de médecins généralistes de la région Rouen-Elbeuf que nous sommes allés rencontrer pour un entretien semi-dirigé.

2. Contexte

2.1. Epidémiologie internationale et nationale des suicides et tentatives de suicide

2.1.1. Mondiale et nationale

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a estimé à 804 000 décès liés au suicide en 2012 soit un taux de suicide global standardisé de 11,4 pour 100 000 habitants.

Une personne se suicide dans le monde toutes les 40 secondes et bien plus tentent de mettre fin à leur jour sans qu'aucune région du monde ni tranche d'âge ne soit épargnée.

Cependant il existe une importante sous notification car le suicide est un sujet sensible et considéré parfois même comme illégal dans certains pays.

De même dans les pays bénéficiant d'un système d'enregistrement de l'état civil efficace il n'est pas rare de voir que le suicide soit classé à tort dans les catégories « accidents » ou « autres causes de décès » dans les pays ne bénéficiant pas d'un système d'enregistrement de l'état civil efficace, les suicides tombent tout simplement dans l'oubli.

La soixante-sixième Assemblée Mondiale de la Santé a adopté en 2013 le tout premier plan d'action pour la santé mentale dont la prévention du suicide fait partie intégrante. L'objectif est une réduction du taux de suicide de 10 % d'ici 2020 (4).

En 2014 la France se situe au 23^{ème} rang des pays de l'Union Européenne en termes de mortalité suicidaire chez les adolescents de 15 à 19 ans (Source Eurostat). En 2014, 8879 personnes sont mortes par suicide en France métropolitaine, soit un taux standardisé de 13,8 pour 100 000.

75% des suicidés sont des hommes quel que soit les tranches d'âge.

Le taux brut standardisé de suicide chez les 15-24 ans en France métropolitaine est de 4,9 pour 100 000 en 2014. Le taux chez les enfants de 1-14 ans est quasi nul, estimé à 0,3 pour 100 000, le suicide étant exceptionnel dans cette classe d'âge.

De plus il existe une sous-estimation du nombre de suicide comme le montre une enquête menée par le CepiDc-Inserm(5) à partir des données de mortalité de 2006, cette sous-estimation s'établit à 9,4 % au niveau métropolitain, en raison du problème des suicides non repérés et pour lesquels la cause de la mort indiquée est « mort violente indéterminée » ou cause inconnue.

En France métropolitaine, le nombre de tentatives de suicide est estimé à environ 200 000 par an soit 20 fois plus que le nombre de suicides. Ces tentatives sont surtout le fait de jeunes filles entre 15 et 20 ans (6).

Les séjours hospitaliers pour tentative concernant les adolescentes de 15-19 ans présentaient les taux les plus élevés avoisinant les 43 pour 100 000 en 2011 (7).

On peut voir que ce n'est pas un phénomène nouveau. (Figure 1).

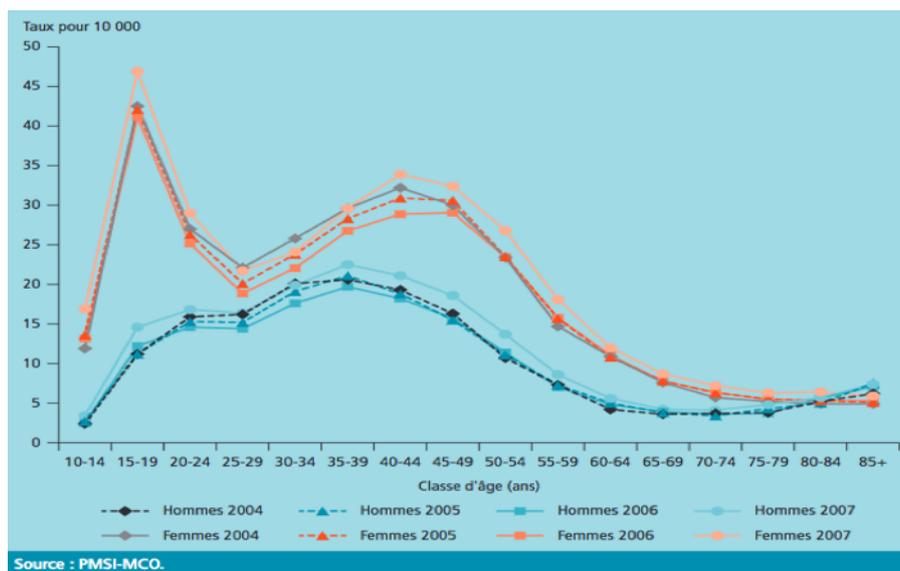


Figure 1 : Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide par sexe et classe d'âge pour 10 000 habitants, France, 2004-2007

Il existe un retentissement socio-économique très important car pour chaque décès par suicide, 26 personnes sont directement ou indirectement endeuillées soit environ 300 000 personnes chaque année, auxquelles il faut ajouter 3 750 000 français touchés par la tentative de suicide d'un proche.

Le taux de décès par suicide a diminué de 17% de 2002 à 2012. Cette diminution du taux de décès est liée au fait que le suicide fait l'objet d'une politique nationale spécifique depuis les années 1990 formalisée dans une première stratégie nationale d'action en 2000 renforcée par le programme national contre le suicide 2010-2014.

2.1.2. Régionale

On observe d'importantes disparités régionales, avec pour les régions de l'Ouest et du Nord des taux de suicide standardisés très nettement au-dessus de la moyenne (8), (figure 2).

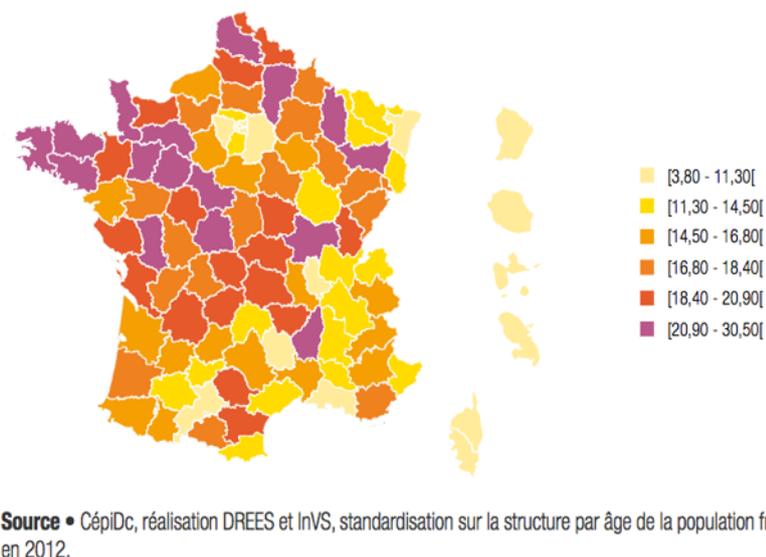


Figure 2 : Taux de suicide standardisés dans les départements métropolitains et outre-mer pour 100 000 habitants en 2012

Le taux brut de mortalité par suicide en Haute-Normandie est de 13,8 pour 100 000 habitants en 2014 (9).

Le sex-ratio est identique au sex-ratio national de 3 hommes pour une femme. La figure 3 présente la répartition des suicides en Haute-Normandie selon le sexe et l'âge (figure 3).

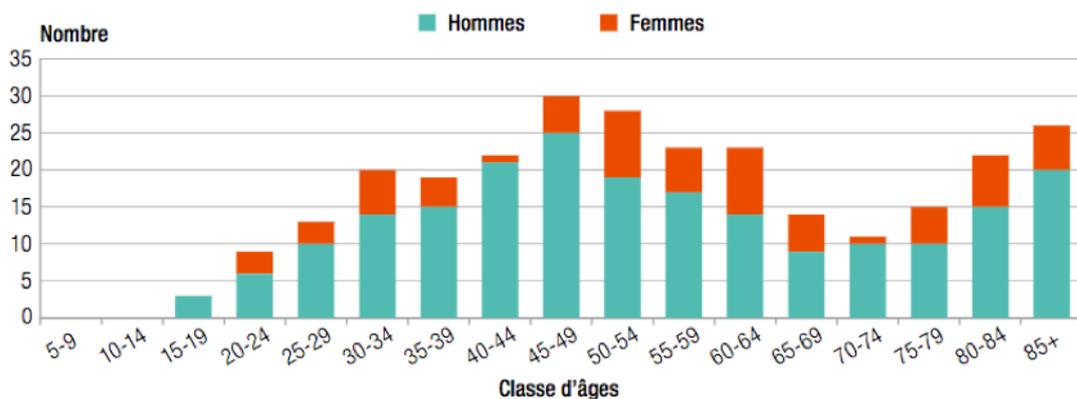


Figure 3 : Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résidant en Haute-Normandie selon le sexe et l'âge, en 2012. Source – CépiDc, analyse InVS

Au sein de la région, le taux standardisé de décès par suicide en 2012 du département de Seine-Maritime (14,8 pour 100 000) est très proche du taux national, alors que le taux de mortalité par suicide dans l'Eure (16,8 pour 1000) est de 11% supérieur au taux national.

Les établissements de santé Haut-Normands ont accueilli en 2013 un total de 4166 hospitalisations pour TS.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des Hauts-Normands est supérieur de 66 % au taux national. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que contrairement aux données sur le suicide aucune étude n'a évalué la sous-estimation vraisemblable des données d'hospitalisations pour TS.

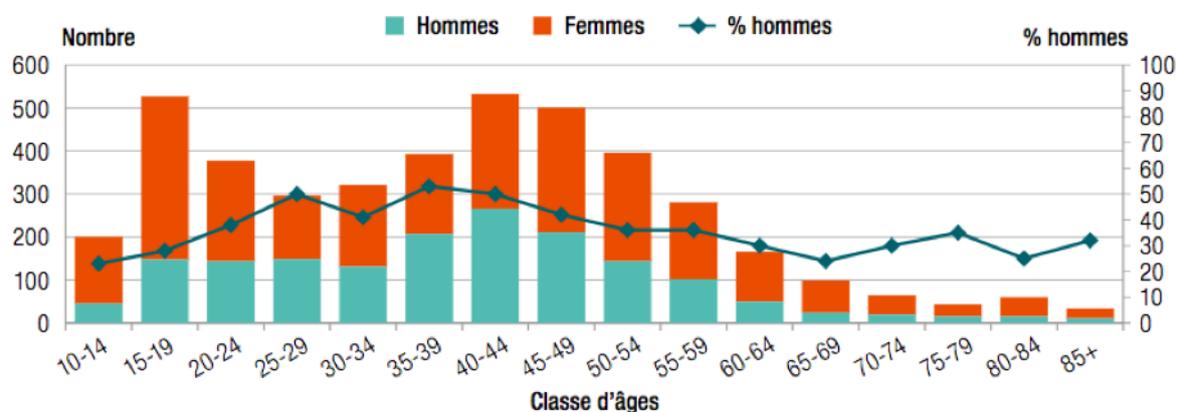


Figure 4 : Répartition du nombre de séjours masculins pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Haute-Normandie selon le sexe et la classe d'âges, en 2013. Source ATIH, analyses InVS

Le nombre de tentatives de suicides est le plus important dans la classe d'âge des 15-19 ans et celle des 40-44 ans avec 530 hospitalisations chacune.

Les femmes représentent 77% des hospitalisations dans la classe d'âge 10-14 ans (figure 4).

2.2. L'offre de soins dans le territoire Rouen-Elbeuf

2.2.1. Démographie médicale des médecins généralistes

Au premier janvier 2016 la démographie des médecins généralistes en Normandie était de 128,1 pour 100 000 habitants soit une baisse de 12,7% sur la période 2007-2016. La démographie des médecins généralistes à activité libérale ou mixte était de 84 pour 100 000 habitants soit une baisse de 16,3% entre 2007 et 2016(10).

Selon un rapport du Conseil de l'Ordre, la région Haute-Normandie recensait en 2013, 1660 médecins libéraux ou mixte en majorité masculine à 67 %. L'âge moyen des médecins généralistes est de 53 ans. La majorité des médecins sont installés en cabinet de groupe (10). (Figure 5)

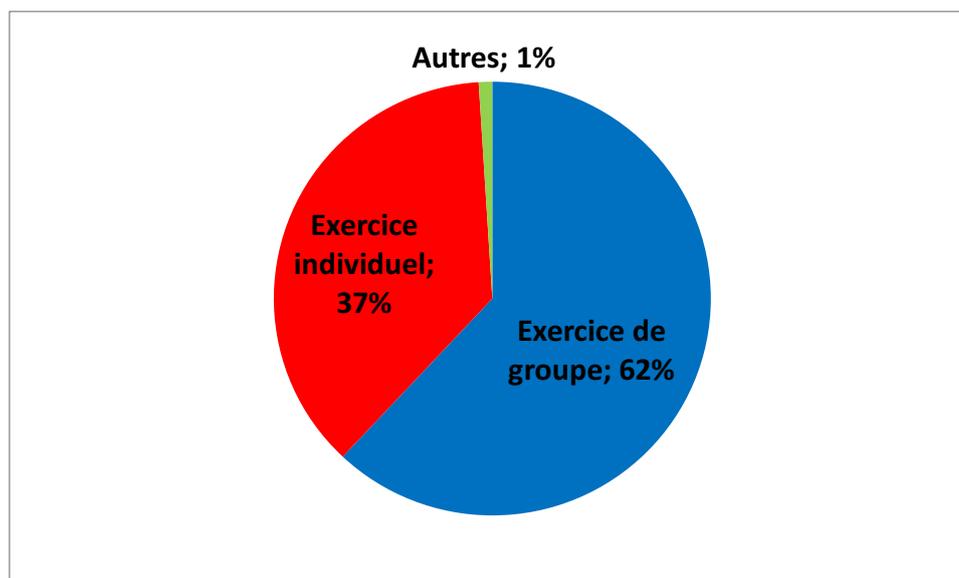


Figure 5 : Répartition des médecins actifs libéraux ou mixtes au 1er Janvier 2016 en Région Normandie

On observe depuis plusieurs années une diminution du nombre de médecins généralistes en Haute-Normandie avec une baisse de 6,7% sur les 6 dernières années (11).

Une baisse qui, selon les projections, devrait se prolonger dans les années à venir dans toute la région Normandie (10). (Figure 6)

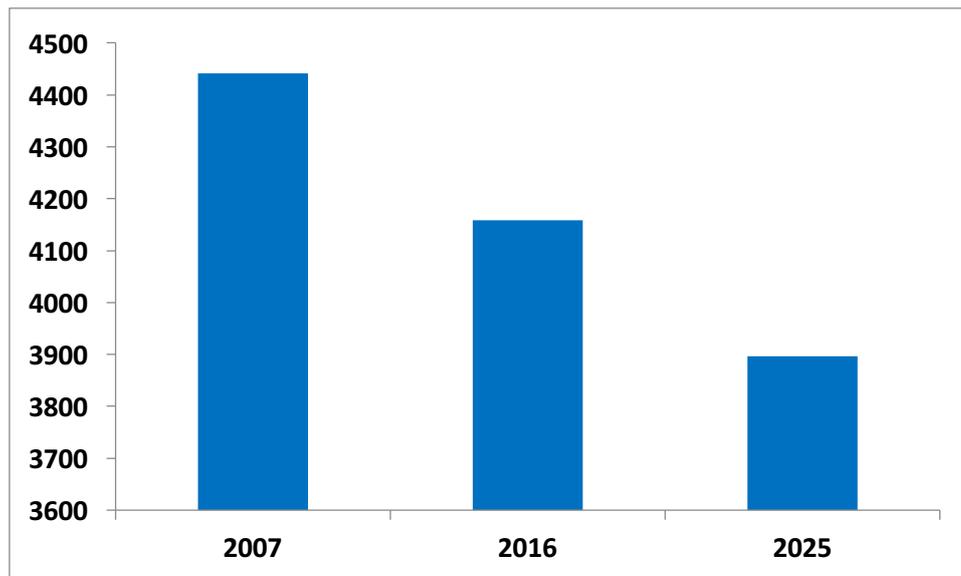


Figure 6 : Évolution et projection de l'effectif de médecine générale en Normandie de 2007 à 2025

2.2.2. Structures de prévention, de diagnostic et de soins de santé mentale pour adolescents

L'UNACOR (Unité d'Accueil et d'Orientation) est un service ouvert 24h/24 et 7 jours sur 7. Situé dans les locaux du centre hospitalier du Rouvray, il permet d'accueillir des adolescents de préférence âgés de plus de 16 ans venus d'eux-mêmes ou orientés par leur médecin traitant ou un médecin urgentiste. Les gardes de nuit sont assurées par un interne de psychiatrie ainsi qu'un psychiatre.

Urgences pédiatriques CHU Charles-Nicolle. Tous les enfants et les adolescents de moins de 16 ans peuvent passer par les urgences pédiatriques en cas d'urgence psychiatrique.

Un Groupement de coopération santé CHU / Centre Hospitalier du Rouvray dans sa partie pédopsychiatrique existe depuis octobre 2012 et est constitué de plusieurs structures :

- Unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent – Site CHU (12 lits)
- Maison de l'Adolescent, site CHU
- Unité de liaison-urgence dans le pavillon de pédiatrie du CHU
- Maison des adolescents, site espace du Palais
- Unité Adosphère, hôpital de jour pour adolescents (10 places)
- Unité Arthur Rimbaud, unité régionale d'hospitalisation pour enfants et adolescents. Service d'hospitalisation temps plein pour la Seine Maritime et l'Eure, unité de 10 lits située au Centre Hospitalier du Rouvray.
- Unité mobile pour adolescents hospitalisés où des médecins peuvent se déplacer notamment au Centre hospitalier d'Elbeuf sur demande d'un psychiatre.

Les Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) qui sont des lieux de consultation pour les enfants et les adolescents de 0 à 20 ans rencontrant des difficultés psychologiques repérées au niveau familial, social, scolaire ou médical. Les adolescents sont reçus par une équipe pluridisciplinaire regroupant des médecins, psychologues, infirmiers, assistantes sociales. On en dénombre 14 en Seine-Maritime dont 6 dans la région Rouen-Elbeuf.

Les psychiatres libéraux peuvent être également consultés par les adolescents. D'après les données du conseil de l'ordre des médecins la Région Normandie comporterait 18 psychiatres inscrits au tableau, spécialisés dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dont 7 exerceraient une activité libérale ou mixte (10).

2.3. L'adolescent

2.3.1. Définitions

Du latin « adolescere » qui signifie l'être qui grandit ou qui est en train de grandir.

L'adolescence constitue une importante période de transition dans le cours du développement humain et se caractérise par de nombreuses et importantes transformations qui touchent tous les aspects du développement physique et psychique. La recherche identitaire inhérente à cette période de la vie, processus « physiologique », peut devenir source de mal-être dans environ 15% des cas. L'adolescence devient alors période de souffrance psychique. Globalement il s'agit du passage du monde de l'enfance à celui de l'adulte (12).

Les adolescents sont des êtres fragiles qui, lors de cette phase de transformation peuvent ressentir un sentiment de vide et d'insignifiance et alors adopter des comportements à risque (conduites sexuelles, drogues, violence, fugue, tentative de suicide ...) (13).

Le début de l'adolescence est marqué par l'apparition des premiers signes pubertaires, la fin de cette période n'est pas clairement déterminée et variera en fonction de l'angle sous lequel on l'appréhende : médical, psychique, économique, légal.

Nous retiendrons dans notre étude la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « Est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans ». Cette définition semble un peu restrictive mais se base sur les classes d'âge par commodités statistiques et permet de simplifier les études épidémiologiques.

2.3.2. Psychopathologie de l'adolescence

D'un point de vue psychanalytique, l'adolescence est divisée en 3 périodes.

Elle débute par la pré adolescence, 10-12 ans pour les filles et 11-13 ans pour les garçons. C'est une période de métamorphoses physiques et sexuelle et le pré adolescent s'interroge sur son identité, sur sa normalité.

C'est le début de périodes d'irritabilité, d'isolement, de modifications de comportements avec ses proches, début de conflits familiaux. L'enjeu de cette phase est d'assumer son corps sexué et résoudre le problème de l'identité sexuelle.

Puis l'adolescent entre dans la période dite de « mi –adolescence », 13-16 ans pour les filles et 14-17 pour les garçons ; c'est la période des prises de risques, de revendication familiale et économique, tout en ayant toujours besoin de l'affection familiale. Il s'agit d'une période de turbulence intérieure entre un manque de confiance en soi et un sentiment de toute-puissance, perte de ses repères c'est la période des prises de risque où l'adolescent a des réactions souvent impulsives face à des situations anxiogènes.

L'enjeu pour l'adolescent est de se séparer de ses parents afin de s'individualiser. Il doit apprendre à maîtriser ses émotions et affects face aux bouleversements émotionnels.

La dernière étape, fin de l'adolescence est marquée par l'acquisition de son identité sexuelle, sa capacité aux relations affectives, intimes (14).

L'enjeu est l'acquisition de son indépendance, de son autonomie affective, économique et finalement sa projection dans l'avenir.

L'adolescent suicidant, c'est à dire ayant commis une tentative de suicide, est pour certains auteurs un adolescent se caractérisant par une fragilité narcissique, une difficulté à contrôler ses pulsions, une intolérance à la perte et une dépendance excessive aux liens affectifs familiaux (15). Pour d'autres, dans la majorité des cas, l'acte suicidaire représente pour l'adolescent concerné un moyen de rompre avec une réalité interne ou externe qui lui est intolérable, l'appareil psychique n'ayant pas rempli son rôle de tampon entre les pressions intérieures et les contraintes qui viennent de l'extérieur (16).

2.3.3. Relation Médecin traitant – Adolescent

Si les adolescents représentent 13 % de la population, ils ne constituent que 8% des consultations réalisées par les médecins généralistes (1) soit environ un adolescent par jour.

Ils consultent en moyenne 2,1 fois par an pour les garçons et 2,5 fois an pour les filles (17).

De plus quand les adolescents consultent ils le font essentiellement pour un motif somatique (75%) et rarement psychologique (6%) (1)(18) alors que 32% sont touchés de dépressivité (17).

Les adolescents consultent donc peu mais quand ils le font, 7 fois sur 10 ils ont recours au médecin généraliste.

2.4. Evaluation du risque suicidaire chez l'adolescent.

2.4.1. Définitions

Suicide

Le suicide — du latin *suicidium*, terme composé du préfixe *sui*, se traduisant par « soi » ; et du suffixe *caedere*, signifiant le mot « tuer » — est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie.

Le suicide est l'acte de mettre fin à ses jours (19).

« Se donner la mort » reste considéré comme un acte de transgression absolue qui demeure d'ailleurs toujours condamné par les religions et les morales philosophiques.

Le suicide interroge d'autant plus l'ensemble de la société lorsqu'il est perpétré par un jeune censé avoir « l'avenir devant lui ».

La particularité du suicide chez l'adolescent est qu'il peut survenir en dehors de tout contexte de dépression.

Tentative de suicide

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et D'Evaluation en Santé), devenue HAS, définit la tentative de suicide (TS) comme étant un comportement visant à se donner la mort sans y parvenir (20).

Selon l'OMS, la tentative de suicide est tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique.

Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.

Une étude de l'Inserm réalisée auprès d'adolescents scolarisés, montre que 8% des filles et 5% des garçons ont réalisés une TS et que 1,3% des adolescents ont été hospitalisés pour cette raison (12). Ces taux sont voisins de ceux d'autres pays industrialisés.

Les tentatives de suicide à l'adolescence sont un facteur de risque connu de morbidité et mortalité ultérieure. Un antécédent personnel de TS est le facteur de risque le plus prédictif d'un geste suicidaire chez l'adolescent. Le risque relatif serait 20 fois supérieur (21).

Chez un adolescent ayant fait une tentative de suicide 1/3 récidive dans l'année (22).

La tentative de suicide est toujours un geste d'appel. L'adolescent manque d'autres moyens pour exprimer ses difficultés, ne trouve pas de solutions valables pour résoudre ses problèmes. Il voit dans la tentative de suicide une possibilité de mettre fin à ses souffrances.

Idées suicidaires

Idées suicidaires ou « idées noires » peuvent se définir comme « l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort ».

Cette définition englobe le souhait de mourir ou d'être mort (sans penser à se donner la mort) et l'intention suicidaire (se donner la mort avec élaboration d'un scénario).

Les idées suicidaires sont un symptôme fréquent d'état dépressif majeur. Et devant un adolescent présentant des symptômes de mal être, le médecin devra poser la question : « As-tu pensé à la mort ? As-tu des « idées noires ? » En effet, poser la question ne précipite pas le passage à l'acte comme on pourrait le penser mais au contraire donne à l'adolescent l'occasion d'en parler, de se sentir reconnu et compris, demander de l'aide devient plus facile.

Dans une enquête menée chez les adolescents de 15-19 ans, 1 garçon sur 5 et 1 fille sur 3 reconnaissent avoir eu des idées suicidaires dans les 12 mois précédents (12).

Le repérage des idées suicidaires est une alerte que le médecin doit prendre en compte afin d'éviter les gestes suicidaires, tentative de suicide et suicide (23).

Conduites suicidaires

Les conduites suicidaires se définissent comme des conduites conscientes visant à tenter de se donner la mort.

Conduites à risque

Les conduites à risque sont des comportements où le sujet prend des risques (de mourir) mais sans idée consciente ni sans volonté de mort.

En grandissant, le corps de l'adolescent est en plein changement. L'adolescent développe de plus grandes capacités physiques qu'il veut explorer. Il veut tester ses limites, et part à la découverte d'un monde qui lui était jusque-là interdit. Il peut chercher à se prouver quelque chose, à lui-même, comme aux autres jeunes de son groupe d'âge. En prenant des risques, il joue parfois avec sa vie, sans nécessairement vouloir mourir. Il cherche le frisson et les sensations fortes qui vont lui donner un sentiment de toute-puissance, et l'impression d'être immortel.

Les conduites à risque de l'adolescence peuvent prendre différentes formes selon les contextes sociaux, familiaux les histoires de vie, les personnalités et identités sexuelles, allant des consommations de toxiques, alcool, fugues, prise de risque sexuel, scarifications aux tentatives de suicide. Sans oublier que les prises de risque à cette période de la vie font partie du processus évolutif normal. Cependant ils peuvent être le signe d'un mal être, des signes d'appel qu'il faudra prendre en considération.

Le rôle du médecin généraliste consistera à repérer les conduites à risque préoccupantes par leurs caractères répétitifs et d'une mise en danger trop importante de l'adolescent et de tenter de comprendre leur signification, cela nécessitera l'instauration d'un climat de confiance avec l'adolescent et sa famille.

2.4.2. Facteurs de risque suicidaire chez l'adolescent

La notion de facteurs de risques est une notion épidémiologique qui repère une association significative entre l'acte d'attenter à ses jours et d'autres éléments caractéristiques des suicidés (suicidé est un individu qui s'est donné la mort) ou des suicidants (suicidant est un individu qui a réalisé une tentative de suicide).

La présence d'un seul facteur de risque ne veut pas dire que la personne est suicidaire (qui risque d'attenter à sa propre vie, qui développe des idées suicidaires) mais que le praticien doit être vigilant.

Les facteurs de risques à l'adolescence sont présentés selon des classifications différentes.

Nous retiendrons ici la classification adoptée lors de la conférence de consensus sur la crise suicidaire de 2000, qui classe les facteurs de risque en facteurs primaires, secondaires et tertiaires. Ces différents facteurs seront à rechercher et à évaluer lors de la consultation de l'adolescent(24).

Les facteurs de risque primaires

Ils ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel, sont fréquemment associés au risque suicidaire et présentent la caractéristique d'être, pour la plupart, influençables par une prise en charge thérapeutique.

On distingue :

- Antécédent personnel de tentative de suicide. C'est le premier facteur de risque. Le risque est très augmenté dans l'année suivant le geste.
- Existence de pathologie psychiatrique telle que dépression dont la prévalence chez les adolescents est estimée à 5%, avec une prédominance chez les jeunes filles.
- Caractère impulsif de l'adolescent.

Les facteurs de risque secondaires

Ils sont observables dans l'ensemble de la population, faiblement modifiables et ont surtout une valeur d'alerte en présence de facteurs primaires. On note :

- Antécédents de suicide dans la famille
- Psychopathologie parentale : dépression, maladie mentale chronique, alcoolisme
- Conflits parents/enfant
- Perte précoce d'un des deux parents : décès, séparation, divorce
- Violence intra familiale comme la maltraitance, les violences sexuelles fragiliseraient l'estime de soi de l'adolescent.
- Echec de la vie (scolaire, amoureuse)
- Niveau élevé de vie stressante agression, harcèlement...
- Consommation de produits toxiques

En France, la consommation régulière de drogue multiplie par 3 le risque de tentative de suicide, la consommation quotidienne de tabac multiplie ce risque par 1,9 et la

consommation régulière d'alcool multiplie le risque par 1,4 mais l'ivresse solitaire ou "pour oublier" le multiplie par 4.

Les facteurs de risque tertiaires

Ils ne sont pas modifiables, et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires :

- Le sexe : être une fille augmente le risque de tentative de suicide et être un garçon augmente le risque de décès par suicide.
- L'âge : Le taux de TS augmente avec l'âge chez les filles.

Les raisons d'un geste suicidaire chez un adolescent ne se résument pas à l'addition d'un certain nombre de facteurs de risque mais à un contexte psychopathologique singulier où les facteurs individuels, familiaux et sociaux interagissent les uns avec les autres et sont des signaux d'alerte à la vigilance que les praticiens doivent connaître, identifier au fur et à mesure des consultations afin de prendre des mesures préventives au passage à l'acte suicidaire.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire, dont l'objectif est d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les facteurs de risque. Elle concerne tous les adolescents sans risque suicidaire immédiat mais avec des facteurs de risque.
- La prévention secondaire, qui vise la détection ou le repérage de la maladie à un stade où il est encore possible d'intervenir. Il s'agit de la prise en charge du risque suicidaire avant le passage à l'acte. La prise en charge doit être organisée dès l'idéation suicidaire formulée.

Cette prise en charge nécessite une formation et une connaissance du réseau local d'aide et de soins pour les adolescents (services de pédopsychiatrie, Maison de l'Adolescent).

- La prévention tertiaire, qui vise à diminuer les séquelles ou récurrences après un premier geste suicidaire, et donc le risque de mortalité par suicide à court ou moyen terme, consiste à prendre en charge les adolescents suicidant.

2.4.3. Les outils de dépistage au service du médecin généraliste

Il existe de nombreux outils applicables chez les adolescents mais difficilement réalisables en consultation de médecine générale. Nous nous intéresserons au seul test utilisable en pratique courante et recommandé par le groupe de travail de la HAS, en 2005 et 2014 (25).

Le TSTS CAFARD est un test rapide, réalisable lors des questions d'investigation, ou lors de l'examen clinique. Il est destiné à explorer le mal être.

Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant au cours de l'entretien les CINQ questions d'ouverture suivantes :

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

A chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de "5 mots clés"

Thèmes	Mots-clés	Questions
Sommeil	Cauchemar	Fais-tu souvent des Cauchemars ?
Traumatologie	Agression	As-tu été victime d'une Agression physique ?
Tabac	Fumeur quotidien	Fumes-tu tous les jours du tabac ?
Stress scolaire	Absentéisme	Es-tu souvent Absent ou en Retard à l'école ?
Stress familial	Ressenti Désagréable familial	Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ?

On s'en rappellera avec l'acronyme C.A.F.A.R.D.

Deux réponses positives pour les filles et trois pour les garçons concernent une fois sur deux un adolescent suicidaire et légitime le médecin à s'enquérir de problèmes de mal-être actuel ou passé avec idées suicidaires.

Le TSTS cafard ayant été mis au point en 1999, il est en cours de remaniement et d'évaluation sous le nom de BITS, test ou sont intégrés le stress familial et le cyber harcèlement (18).

Le médecin généraliste pourra également aborder différents thèmes au cours de la consultation en s'appuyant sur la double page carnet de santé dédiée à l'adolescent « examen 14-18 ans ». Dans la littérature on retrouve la possibilité d'utiliser le questionnaire HEADSS : questionnaire adapté pour permettre de cerner l'adolescent dans sa vie quotidienne (familiale, amicale, scolaire, extra-scolaire, ses conduites à risque ou sa sexualité) mais ce test nécessite une consultation plus longue.

2.5. Le médecin généraliste et le risque suicidaire

En résumé, la particularité du suicide chez l'adolescent est qu'il peut survenir en dehors de tout état dépressif, parfois dans un contexte de conduites à risque. Le rôle du médecin généraliste, praticien privilégié de l'adolescent qu'il connaît parfois depuis l'enfance sera de créer une relation de confiance, de prévenir tous facteurs de risque et surtout de repérer tout changement de comportement, d'attitudes chez les adolescents signifiant un mal-être.

La connaissance des facteurs de risques des éléments contextuels, recueillis lors des différentes consultations de l'adolescent, doit permettre d'évoquer le risque de passage à l'acte suicidaire, d'en évaluer la gravité et le degré d'urgence.

Dans la majorité des cas les adolescents vont bien, même si parfois ils manifestent une conduite à risque inhérente à cette période de construction.

La surveillance devra être renforcée pour ceux qui cumulent des conduites à risque, et dont la répétition et l'intensité en font un signal d'alerte.

Mais surtout le médecin généraliste devra être vigilant devant tous les signes d'alarme qui indiquent que l'adolescent souffre et est peut-être en crise suicidaire, ces signes d'alerte sont principalement, les idéations suicidaires, écrites ou verbalisées et les comportements de retrait, d'isolement, repli, appauvrissement affectif, d'autant plus préoccupants que ces signaux d'alarme se multiplient, s'amplifient, s'associent et persistent dans le temps

(Tableau 1)

Tableau 1 : Signes d’alerte suicidaire, établis par HAS dans le dossier « Spécificités de la prise en charge des adolescents – 2014 (26).

<p>Signes de crise suicidaire</p>	<p>Intentionnalité suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédent suicidaire personnel ou dans l’entourage* - Communication directe ou indirecte d’une idéation suicidaire <p>Autre signe transnosographique de crise suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désespoir, sentiment d’impasse, d’avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi - Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société) voire syndrome pré suicidaire de Ringel (calme apparent et retrait masquant le repli dans le fantasme suicidaire) - Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice pré suicidaire, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars - Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée (non calculée) et labilité importante de l’humeur - Altération de la conscience de soi
<p>Pathologie psychiatrique actuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression caractérisée - Conduite d’alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives - Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée
<p>Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d’injustice, de rejet, d’humiliation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes sentimentaux (séparation) - Situations d’exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale) - Situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou passée et en particulier abus sexuels

D'autre part et selon la **Conférence de consensus, octobre 2000** :

Face à un adolescent qui donne des signes d'alarme, il est conseillé de mener un entretien et poser la question du suicide, de façon adaptée, en s'appuyant sur le R.U.D test adapté car non spécifique de l'adolescent.

Il consiste à faire une « Triple évaluation » du potentiel suicidaire : RUD (risque, urgence, dangerosité)

- Evaluer le risque : y a-t-il des facteurs de risques ? (Les traiter)
- Evaluer l'urgence (= imminence du passage à l'acte) :
 - Y a-t-il un scénario suicidaire ? (Prendre des dispositions)
 - Y a-t-il une absence d'alternative au suicide ? (Proposer des alternatives)
 - Y a-t-il une impulsivité particulière ?
- Evaluer la dangerosité (du scénario suicidaire) :
 - Le moyen envisagé est-il léthal ? (Prendre des dispositions)
 - L'adolescent a-t-il accès direct à ce moyen ?
 - Tenir compte là aussi de l'impulsivité
 - Evaluer les ressources propres à l'adolescent, à son entourage, les partenariats possibles. Mettre en place des mesures pour désamorcer la crise suicidaire.

Le rôle du médecin généraliste se situe à différents niveaux : en amont du passage à l'acte, dans la prise en charge lors de l'acte suicidaire et dans le suivi ultérieur de ces patients (27).

3. Matériel et Méthodes

3.1. Choix de la question

Etant interne en médecine générale, j'ai été sensibilisé au cours de mes semestres en pédiatrie et psychiatrie à la thématique suicidaire et à travers mes expériences je me suis rendu compte des difficultés que pouvaient éprouver les médecins généralistes face à des patients suicidaires et notamment des adolescents. Le médecin généraliste étant le professionnel de santé le plus souvent consulté par les adolescents, il est donc en première ligne face à l'adolescent à risque suicidaire, j'ai donc voulu à travers ce travail essayer d'évaluer le ressenti des médecins généralistes, les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer et les améliorations qu'ils souhaiteraient pour faciliter cette prise en charge

3.2. Choix de la méthode

3.2.1. Étude qualitative

La recherche qualitative permet d'investiguer des faits qui relèvent des phénomènes idéologiques et culturels collectifs, tout ce qui relève de la sémantique collective de la vie sociale. L'analyse des résultats obtenus par cette méthode permet ainsi de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle.

Cette méthode m'est apparue plus adaptée pour appréhender la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'adolescent suicidaire en cabinet de médecine générale, comprendre la réalité de leur pratique quotidienne et les contradictions qu'elles comportent au regard des recommandations établies.

Elle permet de recueillir le ressenti, l'expérience, le questionnement de la personne interrogée afin de l'ouvrir à un questionnement global ultérieur.

Le choix de la méthode qualitative permet aussi d'explorer toutes les facettes des difficultés éprouvées au quotidien par les médecins généralistes dans la prise en charge du risque suicidaire sans être restreint à un questionnaire écrit, en libérant la parole.

Enfin, le recueil de ces informations permettra de suggérer des lignes de conduites pour faciliter cette prise en charge.

3.2.2. Entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé, encore appelé entretien semi-directif, ou semi-structuré, n'est ni totalement ouvert comme dans le cas de l'entretien non directif, ni fermé comme l'entretien directif.

Il permet d'aborder des thèmes déjà préparés à l'avance par la personne qui interroge et offre ainsi l'avantage de laisser l'interrogé répondre librement et d'aborder des thématiques non pensées ou préparées par l'interviewer tout en abordant les thèmes préparés.

3.3. Constitution de l'échantillon

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié au niveau des soins de l'adolescent. Lorsqu'un adolescent consulte un médecin, il s'agit 7 fois sur 10 d'un médecin généraliste (1).

Selon une étude 2/3 des patients s'étant suicidés ont vu leur médecin traitant dans le mois précédant leur suicide (3)(2).

Critères d'inclusion :

- Être médecin généraliste
- Exercer dans le secteur Rouen-Elbeuf
- Exercer en cabinet de médecine générale
- Accepter de participer à l'étude

3.4. Réalisation des entretiens

3.4.1. Elaboration du guide de l'entretien

La revue de bibliographie portant sur « les médecins généralistes face à la prise en charge d'un adolescent suicidaire » a permis de faire ressortir des thèmes pertinents. Le but était d'aborder avec chaque médecin généraliste les différents aspects de cette prise en charge. La liste des thèmes retenus n'a pas pour objectif d'être exhaustive mais simplement de créer des occasions pour le médecin de s'exprimer.

3.4.2. Le guide de l'entretien

Le guide de l'entretien, présenté en annexe 1, comportait 15 questions semi-ouvertes qui ne devaient pas systématiquement être toutes abordées. Il a été validé par deux médecins généralistes après relecture par mail. Il a été proposé d'ouvrir encore plus les questions et a été relu par un pédopsychiatre et un épidémiologiste.

Les questions étaient complétées par une grille de relance utilisée si besoin pour aborder chaque thème préparé.

Enfin, le questionnaire a été remanié au fur et à mesure des entretiens afin de laisser plus de liberté aux interrogés et selon les différentes remarques des médecins interrogés.

3.4.3. L'entretien

Sélection, échantillonnage des médecins

Le choix des médecins généralistes susceptibles de participer à l'enquête a été fait de manière arbitraire en les sélectionnant après consultation des pages jaunes sur internet et selon le critère géographique prérequis, exercer dans le secteur Rouen Elbeuf.

Préparation de l'entretien

Un premier contact téléphonique de présentation de thèse permettait d'exposer au médecin le but de l'enquête et de solliciter leur participation.

Il était expliqué aux médecins que l'entretien était prévu pour une durée approximative de 15 minutes (durée moyenne d'une consultation) afin de faciliter les rendez-vous.

Après un accord de principe obtenu lors de ce premier contact soit le médecin ou sa secrétaire me rappelait pour fixer un rendez-vous soit je les rappelais au bout d'une semaine. Dans le cas où le médecin exerçait en cabinet de groupe, il m'était parfois demandé ou je demandais si un associé du groupe serait volontaire pour participer à mon enquête.

Chaque entretien a été réalisé en face à face sur leur lieu d'exercice du médecin interrogé.

Pour assurer l'anonymat lors de la discussion, chaque médecin généraliste interviewé s'est vu attribuer l'identification suivante MG 1, MG 2 etc....dans l'ordre chronologique des entretiens.

Déroulement de l'entretien

L'anonymat a été garanti à chaque début d'entretien.

Une courte introduction a été réalisée à chaque début d'entretien, pour poser la problématique de l'adolescent suicidaire, la définition de l'adolescence selon l'OMS, ainsi que le but de cet entretien. Il était rappelé qu'il s'agissait d'un entretien semi-dirigé avec des questions ouvertes et qu'il était recherché des réponses sur leur vécu, leur expérience personnelle et qu'en aucun cas il n'y avait de réponses fausses ou justes.

Les données concernant la situation personnelle (âge, sexe, nombre d'enfants et plus particulièrement d'adolescents) et la situation professionnelle de chaque médecin ont été recueillis avant le début de chaque enregistrement.

L'accord des médecins participants a été recueilli oralement après la présentation du sujet et avant l'entretien. Enfin l'entretien était enregistré à l'aide du logiciel d'enregistrement vocal d'un iPhone® après acceptation du médecin.

Dans le cas où les médecins répondaient à des questions devant être posées dans la suite de l'entretien, le discours du médecin n'était pas interrompu et la question n'était pas posée ultérieurement.

Pour ne pas interférer dans les réponses ni nuire à la qualité de l'entretien, je n'ai pas coupé la parole des médecins interrogés, je me suis astreint à respecter leur silence, leurs hésitations. Un ton chaleureux a été maintenu durant tout l'entretien.

3.5. Collecte des informations

Les entretiens ont été retranscrits « verbatim » le plus tôt possible, par une seule personne, sans modification ni reformulation. Pour conserver l'authenticité des réponses et retranscrire la communication non verbale, les rires, pauses, et hésitations ont été retranscrits.

Les logiciels Otranscribe[®] et Excel[®] ont été utilisés respectivement pour retranscrire les entretiens et pour analyser les réponses (comparaisons les unes aux autres et classement par thèmes).

Si aucun paramètre ne rentrait en ligne de compte pour définir un nombre d'entretiens, on a choisi de s'inspirer du critère de saturation de données. L'inclusion de nouveaux médecins s'est interrompue à saturation de données, c'est-à-dire lorsque tout nouvel entretien n'apportait pas de concept supplémentaire à ceux ayant été recueillis lors des analyses des entretiens précédents.

3.6. Méthode d'analyse des données recueillies

L'analyse a commencé dès le premier entretien et s'est poursuivie après chaque nouveau recueil de données. L'analyse s'est appuyée sur le verbatim retranscrit et sur l'enregistrement audio des entretiens.

L'analyse thématique a été réalisée à partir de ces données. Chaque entretien a été analysé une première fois. Les mots, expressions, phrases porteuses d'idées ont été identifiés, puis regroupés en thématiques qui ont été ensuite divisées en sous catégories.

Les entretiens ont été analysés une deuxième fois avec la liste de thématiques, ce qui a permis de l'enrichir.

Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

4. Résultats

4.1. Description du panel des médecins généralistes

La description de ce panel figure en annexe 2.

Quinze médecins généralistes à travers 8 cabinets médicaux ont été contactés du 20/04/2017 au 01/09/2017. Douze médecins ont répondu positivement soit 80 %. Parmi ces médecins, six étaient des femmes, six étaient des hommes. Leur âge variait de 29 à 59 ans (médiane 47 ans). La grande majorité d'entre eux exerçait en cabinet de groupe, 11 d'entre eux versus 1 qui exerçait seul.

Les entretiens se sont déroulés du 20/04/2017 au 20/09/2017.

Tous les médecins participants aux entretiens exerçaient la médecine générale, en secteur libéral, tous étaient installés sauf un qui était remplaçant depuis 18 mois.

La durée d'expérience de la médecine générale en cabinet variait de 18 mois à 35 ans.

Un médecin généraliste était maître de stage et directeur de travaux dirigés au département de médecine générale de Rouen.

Les médecins de notre panel, exerçaient tous dans la région Rouen Elbeuf mais dans des milieux différents :

- 8 en milieu urbain
- 2 en milieu périurbain
- 2 en milieu rural

Dans les milieux urbains et périurbains, les communes concernées regroupent plus de 2000 habitants. Pour celles appartenant au milieu urbain, elles offrent au moins 5000 emplois. Le milieu rural, comprend quant à lui, des communes de moins de 2000 habitants

La durée totale des enregistrements audio était de 4 heures 28 min et 39 secondes.

4.2. Vécu du médecin généraliste vis-à-vis du thème de la thèse

4.2.1. Expérience professionnelle

L'initiative de la consultation des adolescents vient en générale des parents, qui les accompagnent en consultation le plus souvent :

- Médecin n°5 : « Oui, c'est les parents qui avaient vu »
- Médecin n°7 « amené par ses parents, pour une pathologie dépressive, un peu réactionnelle ... »,

Il est également mentionné lors d'un entretien le cas d'un adolescent orienté après appel d'une infirmière scolaire :

- Médecin n°11 : « et l'infirmière scolaire a demandé le médecin traitant »

La plupart des médecins interrogés lors de l'étude ont été confrontés à la problématique de l'adolescent suicidaire mais de manière très sporadique :

- Médecin n°3 : « j'ai dû en avoir plusieurs, oui, je les compte sur les doigts de la main, oui, ça doit être 4 ou 5 par an, maximum »
- Médecin n°11 : « Je pense à une jeune de 14 ans. Euh ...Crise d'adolescence qui a avalé des médicaments, qui est retournée à l'hôpital et en fait »

Ils rapportent voir les adolescents de manière plus fréquente en sortie de crise suicidaire ou après une tentative de suicide :

- Médecin n°6 : « Après, des ados qui ont déjà eu des tentatives de suicide dans le passé, oui. »
- Médecin n°8 : « j'ai eu après une jeune qui avait pris des médicaments et qui avait été hospitalisée... euh... ».

Ils effectuent un suivi régulier chez des adolescents qu'ils estiment à risque mais non urgent sans nécessairement faire appel à un spécialiste ou un pédopsychiatre :

- Médecin n°1 : « Effectivement elle était à risque suicidaire mais non imminent. Comme j'avais une très bonne relation, qu'elle venait me voir et que euh.... Elle, je l'ai suivie toute seule »

- Médecin n°2 : « je vois qu'il n'y a pas de risque suicidaire immédiat je ferais des consultations rapprochées »

Cependant la plupart des médecins généralistes interrogés demandent assez vite de l'aide à confrère pédopsychiatre de manière quasi systématique pour avoir un avis spécialisé :

- Médecin n°3 : « oui, si réellement il y a un risque suicidaire qui est bien exprimé, en tout cas, euh. J'essaye de l'adresser à un psychiatre. »
- Médecin n°9 : « C'est compliqué ...enfin, pour moi, pour moi c'est compliqué, alors je préfère qu'ils voient le ...psy » ;

Et assurent un suivi régulier en sortie d'hospitalisation psychiatrique :

- Médecin n°2 : « moi je pense qu'en sortie d'hospitalisation une fois par semaine, une fois tous les 10 jours »

4.2.2. Formation initiale

Il émerge de ces entretiens que les médecins interrogés rapportent une faible formation durant l'externat et l'internat sur le sujet de l'adolescent suicidaire :

- Médecin n°11 : « Pendant les études, pas grand-chose, je ne crois pas ; sur l'anorexie mentale nous étions bien formés ».

-

Certains se souviennent avoir eu des cours plutôt au début de leurs études de médecine, durant l'externat :

- Médecin n°3 : « euh ... pendant l'internat ... je ne pense pas ...euh. C'était plus dans l'externat... »

On retrouve aussi le fait qu'il s'agit d'un sujet dont ils ne se souviennent pas ou alors d'un manque d'intérêt à cette période :

- Médecin n°10 : « On a dû, mais ce n'est pas quelque chose qui m'a marqué dans la formation, on a forcément dû avoir un cours mais je m'en souviens pas ... »

Dans les entretiens on s'aperçoit que les médecins ont été bien formés sur certaines pathologies pédopsychiatriques bien spécifiques telle que :

- L'anorexie mentale,
 - Médecin n°11 : « Pendant les études, pas grand-chose, je ne crois pas ; sur l'anorexie mentale nous étions bien formé »,
- Ou la dépression de l'adolescent,
 - Médecin n°11 : « Oui, oui en formation, Euh ...Euh ... En petits groupes de formation, on a eu plusieurs, plusieurs fois " l'adolescent dépressif " »

Un des jeunes médecins interrogés rapporte que ses connaissances sur le sujet lui proviennent principalement de sa pratique durant son stage effectué en pédiatrie pendant l'internat. Ce médecin ayant passé quelques temps dans l'unité de pédopsychiatrie.

- Médecin n°2 : « Moi les quelques notions que j'ai c'est mon stage que j'ai fait dans l'unité de pédopsychiatrie attachée à Elbeuf. »

4.2.3. Formation continue

Quatre médecins, sur les douze interrogés, rapportent ne pas avoir suivi de formation continue sur le sujet :

- Médecin n°3 : « Je fais partie d'une FMC et puis c'est vrai qu'on a jamais, euh ... ou en tout cas il y a longtemps qu'on l'a pas abordé ce problème psychiatrique de l'adolescent ... »
- Médecin n°6 : « Euh ...Non, je n'en ai pas fait moi ... »
- Médecin n°7 : « Non, après ...c'est plus l'expérience ... »
- Médecin n°10 : « Et dans la formation continue, je n'en ai jamais eu non plus, pourtant j'en fais pas mal »

Un médecin interrogé a effectué sa formation continue sur le sujet à l'aide de ses lectures personnelles :

- Médecin n°5 : « C'est plus en FMC et dans ce que je lis que je vais apprendre des choses plus tôt que de souvenirs qui me restent de la fac ou de mes stages hospitaliers. »

L'adolescent suicidaire est un sujet qui intéresse les médecins interrogés, un des médecins a déjà demandé à un professeur de pédopsychiatrie de faire une présentation sur le sujet :

- Médecin n°8 : « avec notre FMC moi j'avais fait intervenir le Pr G. pour nous faire un topo là-dessus sur le risque suicidaire. Euh ... c'était il y a 2-3 ans »

Un autre médecin est en pleine démarche pour en organiser une :

- Médecin n°9 : « on fait partie d'une FMC et non essaie de voir ...Euh... Donc là, je vais essayer de voir avec eux, justement, pour faire une formation »

La formation sur ce sujet se fait par l'expérience professionnelle en étant confronté à la situation sur le « terrain » pour la plupart des médecins interrogés comme on peut le voir :

- Médecin n°3 : « c'est surtout la formation sur le terrain, quand on est confronté au problème ».
- Médecin n°6 : « c'est beaucoup d'expériences pratiques, c'est choses-là et puis de la communication, plus que de la formation, j'ai envie de dire »
- Médecin n°7 : « Non, après ...c'est plus l'expérience ...Et puis, on apprend par contact »

4.2.4. Représentations personnelles du risque suicidaire de l'adolescent chez les médecins généralistes

Les médecins interrogés semblent ressentir une responsabilité supérieure vis-à-vis du risque suicidaire chez l'adolescent par rapport au même risque chez l'adulte. Le fait que le patient soit mineur accroît leur sentiment de risque supplémentaire :

- Médecin n°7 : « Par rapport aux adultes on estime prendre un risque supplémentaire parce qu'ils sont mineurs ... »
- Médecin n°8 : « Ouais peut être plus de pression par rapport à ça en me disant est-ce que je fais bien ? J'aime bien avoir l'avis... »

Ce ressenti est particulièrement exprimé chez les jeunes médecins interrogés :

- Médecin n°1 : « Je trouve que c'est une responsabilité qui est énorme »
- Médecin n°2 : « je ne suis pas très à l'aise, parce que je suis jeune médecin » ; « Une dimension plus importante » ;

Cette responsabilité accrue peut être aussi dû au caractère impulsif de l'adolescent :

- Médecin n°7 : « *c'est mon ressenti ... que le passage à l'acte peut être plus opiné* »,

La présentation particulière de l'adolescent, notamment dans l'exaltation de ses sentiments, peut être également une source de confusion chez le médecin généraliste :

- Médecin n°12 : « *Le problème, est que les adolescents, ils ont une représentation un peu délirante de leur truc : Tout va mal, rien n'a d'importance euh ... Et en fait des fois on se demande si c'est une schizophrénie qui commence...* » ; « *mais pas parce qu'il est schizophrène mais c'est parce qu'il n'est pas encore construit* »

Un médecin avait un antécédent familial de suicide et se disait plus sensible à la problématique suicidaire :

- Médecin n°2 : « *Oui car je suis plus sensible à la détresse, on sait le retentissement familial après sur des adultes je pense que c'est complètement différent d'enfant* »

4.3. Place du médecin traitant auprès de l'adolescent suicidaire

4.3.1. Rôle de médecin famille

À travers les entretiens on retrouve que le rôle de médecin de famille, le fait de connaître ces adolescents depuis leur plus jeune âge, permet au médecin d'aborder plus facilement avec l'adolescent le sujet du suicide :

- Médecin n°3 : « *Quand je les connais bien, ça se passe bien, quand on ne les connaît pas bien c'est plus difficile* »
- Médecin n°7 : « *il s'exprime plus ouvertement car justement ils nous connaissent, et comme on connaît aussi la famille ça nous permet de les aider à relativiser leur ressenti aussi ...* »
- Médecin n°1 : « *Je me fais très vite aidée par d'autres professionnelles et je revois rapidement les adolescents pour pas passer à côté quelque chose* »

On voit également cela dans l'entretien d'un des jeunes médecins interrogés ayant une nouvelle patientèle pour qui le manque de complicité, d'une histoire commune avec l'adolescent est un frein :

- Médecin n°10 : « *alors peut être après ça sera plus simple, je pense qu'il y a aussi une histoire entre le patient et le médecin, là je reprends une patientèle mais du coup tous ces ados, je les ai encore en tant qu'ados, il n'y a pas eu encore une grande...Une complicité, c'est ça* ».
- Médecin n°10 : « *Alors, par contre quand on commence avec un enfant tout petit, puis qu'on le voit grandir, je pense qu'on a un direct plus facile avec lui, déjà on le tutoie, on l'aborde différemment. Là, les ados que j'ai eus, il y en a beaucoup que je vouvoie...* »

Un des médecins interrogés souligne que le médecin de famille peut jouer un rôle important notamment dans les familles déstructurées, en tant que soutien familial :

- Médecin n°12 : « *Des gamins qui sont à la dérive, des fois ils ont besoin, quand il n'y a pas de père, quand ça part un peu dans tous les sens, ils ont besoin d'être recadrés* » ; « *On a un rôle ...Euh.... Aussi de soutien psychologique face à des parents en détresse ou des adolescents qui ne vont pas bien* » ou comme le dit également un autre médecin pour renforcer le lien entre l'entourage et l'adolescent » ;
- Médecin n°10 : « *On ne sert pas à grand-chose, juste à remettre une petite couche mais si elle a déjà parlé à ses parents de ce truc-là, ses parents décident de venir nous voir et elle accepte ça ... Déjà, il y a un gros chemin de fait* »

4.3.2. Un rapport de confiance médecin-adolescent

En dehors du fait de connaître les adolescents depuis leur enfance c'est le rapport de confiance entre l'adolescent et son médecin généraliste qui apparaît être le plus important notamment en ce qui concerne la thématique suicidaire :

- Médecin n°11 : « *je veux qu'il soit en confiance avec moi, du coup, je fais un petit briefing en disant " Voilà, est ce que je peux dire ça à tes parents ? Est-ce que tu es d'accord pour ?* »
- Médecin n°1 : « *Effectivement elle était à risque suicidaire mais non imminent. Comme j'avais une très bonne relation, qu'elle venait me voir et que euh...* »

Un des médecins insiste sur le secret médical des adolescents notamment vis-à-vis de ses parents :

- Médecin n°11 : « D'abord avec les parents et puis ensuite, je prends l'adolescent tout seul, en commençant par lui expliquer que je suis tenu au secret médical et tout ce qu'il a à me dire restera entre nous deux, ça c'est la première chose » ;« Et oui, parce que je ne veux pas trahir le secret médical »

Pour garder cette confiance entre le médecin et l'adolescent tous les médecins généralistes réalisent la consultation de l'adolescent en plusieurs étapes, en le voyant avec ses parents puis seul et enfin de nouveau avec ses parents :

- Médecin n°3 : « il y a 2 consultations, une avec les parents d'abord très souvent, puis je demande aux parents de partir et de rester dans la salle d'attente pour pouvoir avoir un dialogue tête à tête »
- Médecin n°8 : « Alors pas tout de suite, souvent je les vois tous les deux et puis je fais sortir le parent et puis je vois l'ado tout seul. Et puis je demande à l'ado s'il y a des choses dont il veut parler après avec ses parents et on en rediscute après ensemble avec les parents »
- Médecin n°10 : « Alors, je l'ai pris avec ses parents au début, pour leur parler un petit peu, après on a discuté, je fais souvent sortir les parents, donc on a rediscuté un petit peu et puis je lui ai posé des questions un peu plus personnelle »
- Médecin n°6 : « Est-ce que tu veux être tout seul ? »
- Médecin n°9 : « Est ce que tu veux que tes parents sortent ? Comme ça on va discuter. »

4.3.3. Rôle de dépistage des facteurs de risque suicidaire

Les interrogés recherchent bien les facteurs de risque suicidaire parmi leurs patients adolescents.

Ils les recherchent de manière systématique si la consultation est demandée pour des motifs psychologiques :

- Médecin n°1 : « des parents qui nous les emmenaient assez souvent avec des problèmes d'anxiété ou des choses comme ça »
- Médecin n°10 : « Systématiquement, si l'adolescent vient pour une cause de mal être psychologique, oui, oui, toujours, ben oui, oui »

La plupart du temps ce dépistage a lieu lors de consultations annuelles pour les vaccins par exemple ou les certificats de sport ou des consultations somatiques :

- Médecin n°9 : « mais vraiment quand ils viennent pour les vaccins et pour les certificats médicaux, ça c'est systématique, c'est ... » ;

Ils utilisent des questions ouvertes d'ordre général :

- Médecin n°10 : « Enfin, ça m'arrive, si de poser une question ouverte comme ça en disant " Tout va bien au lycée ? Tout va bien au collège ? » ;
- Médecin n°7 : « Alors, souvent je vais demander comment ça se passe au collège, comment ça se passe en cours, qu'est-ce que tu fais ? Voilà etc. ... Pour apprécier un peu... » ;

Le mot suicide n'est pas un tabou pour ces médecins et aborder les idées suicidaires ne leur pose pas de problème particulier :

- « Médecin n°8 : souvent je demande s'il y a des idées noires, s'il a envie de mourir euh... ça peut m'arriver de leur demander s'ils ont eu des idées suicidaires, s'ils ont eu envie de passer à l'acte. »
- Médecin n°6 : "Est-ce que tu as déjà eu des mauvaises idées", des choses comme ça, ils comprennent assez bien en général ce que tu veux dire, le mot suicide, je peux l'utiliser, " Est ce que tu as eu envie d'en finir ? de faire un mauvais geste ? " J'aime bien cette expression là aussi"
- Médecin n°7 : « Non, non au contraire, je trouve qu'il faut l'employer ».

Peu d'outils, comme le TSTS sont utilisés par les médecins généralistes interrogés, la plupart ne le connaissant pas :

- Médecin n°3 : « non, non, je n'ai pas ...euh j'ai pas d'algorithmes...j'ai pas ...euh ... »
- Médecin n°4 : « Je n'ai jamais entendu parler de ce test » ;

- Médecin n°12 : « Non, je ne l'utilise pas » ; « C'est plus à l'interrogatoire... .et euh... Et je pense Et pour un adolescent à risque suicidaire ... »

Deux médecins utilisent le Score de Hamilton :

- Médecin n°5 : « j'utilise le score de Hamilton ...Euh ...Par rapport à tout ce qui est dépression »
- Médecin n°6 : « Non, sur l'adolescent, suicide, tout ça, non ! à part le Hamilton sur la dépression ...Euh ...voilà. Non je le fais plus tôt sur l'entretien » ;

Un autre utilise internet s'il en estime avoir besoin :

- Médecin n°8 : « alors moi je ne les utilise pas mais je sais que ça existe quoi, je peux aller chercher sur internet ».

La multiplication de consultations pour des motifs banals chez un adolescent alerte les médecins généralistes interrogés sur un éventuel risque suicidaire :

- Médecin n°3 : « il ne dort pas bien, enfin, des petits soucis et puis finalement on s'aperçoit qu'il y a autre chose et qui traîne depuis des mois et des mois » ;
- Médecin n°11 : « Pas pour des motifs comme ça, non, non, elle venait régulièrement au cabinet pour des motifs médicaux plus légers » ;
- Médecin n°6 : « Parce qu'il y a des difficultés ou alors parfois les adolescents qui vont somatiser avec des milliards de symptômes, des trucs d'angoisse »

Difficultés scolaires

Les médecins s'interrogent sur un potentiel risque suicidaire lors la survenue d'une rupture par rapport à l'état antérieur. Cela peut être une rupture au niveau scolaire.

Ainsi ils interrogent les adolescents sur le déroulement de leur scolarité et notamment sur la survenue de nouvelles difficultés, d'un décrochage scolaire :

- Médecin n°12 : « les contre-performances scolaires, l'absentéisme, les fugues, enfin quand un gamin commence à déraiser »
- Médecin n°7 : « Alors, souvent je vais demander comment ça se passe au collège, comment ça se passe en cours, qu'est-ce que tu fais ? Voilà etc. Pour apprécier un peu... »

- Médecin n°5 : « Oui, un repli sur soi, Euh ...Des troubles de la communication, Euh... Euh... Une diminution des performances scolaires ... »
- Médecin n°8 : « après euh... Ça peut être l'absentéisme scolaire »

Ils s'informent également auprès des adolescents sur la survenue d'un éventuel harcèlement scolaire :

- Médecin n°10 : « il se faisait harceler à la sortie du lycée pour vendre du shit et tout ça, et ... » ;

Il ressort que le harcèlement scolaire paraît plus intense qu'auparavant, se poursuivant à la maison avec internet :

- Médecin n°10 : « Avant, tu te faisais harceler au lycée, tu rentrais chez toi, tu étais tranquille chez toi, maintenant ça te poursuit toute la nuit, quoi... ça doit être vraiment galère, je pense que ça peut être un gros problème pour certains ».
- Médecin n°7 : « C'était réactionnel à un problème de harcèlement au collège, je crois que c'était du genre des photos qui avaient été prises et après ils s'étaient servis de ça pour faire pression sur elle, dans le sens où on lui disait que cela allait être diffusé aux autres ». « Les ados, du coup, réagissent avec plus de gravité par rapport à ça que nous aurions pu faire, parce que je pense nous avons notre bulle familiale ou quand on rentrait chez nous, il n'y avait pas tous ces médias, on pouvait au moins se sentir en protection quand on était en dehors du collège ou du lycée »

Difficultés familiales

Les médecins généralistes interrogés identifient les conflits familiaux comme un facteur de risque :

- Médecin n°5 : « Bon, le dernier en date c'est effectivement un enfant qui a une histoire compliquée qui a 13 ans, une histoire familiale compliquée. Euh... Et qui, comment dire... »
- Médecin n°1 : « Le faible entourage, la déscolarisation, les problèmes relationnels amicales ou amoureux... »
- Médecin n°2 : « Euh... Un enfant qui sera isolé je pense sera beaucoup plus amené à faire ce genre de choses »

- Médecin n°9 : « La violence de l'enfant vis à vis de ses parents, la violence verbale. Et puis les conflits, les conflits avec les parents, des fois il y a des mots qui sont assez forts... »
- Médecin n°11 : « Dans une attitude un peu rebelle, notamment vis à vis des parents, vis à vis de l'autorité en générale, Euh... ».

Un des médecins généralistes recherche des signes cutanés à l'examen clinique, signes d'une éventuelle maltraitance :

- Médecin n°9 : « Des hématomes ou quelque chose comme ça ».

Ils sont également alertés par un noyau familial déstructuré, avec des problématiques de monoparentalité ou de familles recomposées :

- Médecin n°12 : « Des gamins qui sont à la dérive, des fois ils ont besoin, quand il n'y a pas de père, quand ça part un peu dans tous les sens, ils ont besoin d'être recadrés »

Un médecin généraliste nous montre que les ruptures sentimentales peuvent aussi être un facteur de risque suicidaire :

- Médecin n°9 : « Elle avait un petit copain, les parents ne voulaient pas qu'elle voit le petit copain, enfin bon »

Antécédents psychiatriques personnels et familiaux

Les antécédents psychiatriques personnels des adolescents sont bien identifiés par les médecins interrogés comme des facteurs de risque suicidaire. Cela peut être des troubles anxieux :

- Médecin n°1 : « Plutôt des adolescents qui venaient assez régulièrement en fait avec déjà des parents qui nous les emmenaient assez souvent avec des problèmes d'anxiété ou des choses comme ça »
- Médecin n°2 : « Oui elle était connue pour des troubles psychiatriques, à type crises d'angoisse... »

Ou d'autres troubles :

- Médecin n°5 : « Euh... Des troubles affectifs »

Le principal facteur de risque identifié par les médecins interrogés est la notion de tentative de suicide antérieure,

- Médecin n°2 : « La plus vieille avait fait plusieurs tentatives de suicide et la plus jeune c'était sa première. »
- Médecin n°8 : « Après coup... j'ai eu après une jeune qui avait pris des médicaments et qui avait été hospitalisée... »
- Médecin n°11 : « Je pense à une jeune de 14 ans. Euh ...Crise d'adolescence qui a avalé des médicaments, qui est retournée à l'hôpital et en fait ».

Lorsqu'il existe des antécédents familiaux et en particuliers des antécédents de suicide la vigilance des médecins interrogés redouble :

- Médecin n°3 : « attendez. Que je me rappelle précisément... alors, oui ce que j'ai retrouvé à plusieurs reprises, oui, c'étaient des adolescents chez qui les parents avaient eu aussi des épisodes dépressifs récurrents »
- Médecin n°2 : « des histoires familiales parce qu'un enfant qui a des antécédents par rapport à ça ou qui a vu chez lui ce genre de choses peut être plus facilement amené à le répéter »

Conduites à risque

On remarque également qu'ils recherchent la consommation de cannabis :

- Médecin n°12 : « je l'ennuie, parce que je suis le référent qui dit toujours : faut pas fumer »
- Médecin n°3 : « Euh ... Je l'avais un peu engueulé pour le « chichon » »
- Médecin n°11 : « Effectivement, les questions classiques sur les conduites à risque, et tabac, cannabis, alcool »

Parmi les médecins interrogés on retrouve peu de questions sur la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues.

La sexualité des adolescents ne ressort pas comme un thème abordé par les médecins généralistes dans le dépistage du risque suicidaire. Un des médecins interrogés avoue avoir

des difficultés à aborder les conduites sexuelles à risque avec les adolescentes car c'est un homme :

- *Médecin n°6 : « Après tout ce qui peut être sexualité avec des jeunes filles et tout ça... Euh... Ce n'est pas toujours évident... parce qu'il y a les parents et parce que je suis aussi un homme, donc c'est pas toujours évident »*

4.3.4. Rôle d'orientation et de suivi :

Orientation

Cette orientation vers les différentes structures de soins psychiatriques se fait selon le degré d'urgences. Si le risque suicidaire n'est pas grave selon eux, ils l'orientent aussi vers les CMP :

- *Médecin n°6 : « ou un psychologue ou revenir me voir moi, voilà... ».*
- *Médecin n°7 : « Le CMP, c'est pour la consultation, on va dire, de suivi d'un ados qui va pas bien mais qui n'est pas suicidaire et dont je n'ai pas de doute sur le côté suicidaire ».*

Comme nous l'avons vu plus haut les médecins généralistes interrogés veulent assez vite orienter les adolescents à risque vers des spécialistes, le plus souvent vers la Maison de l'Adolescent, lorsqu'ils se sentent dépassés :

- *Médecin n°1 : « Ah ! bon... Moi, j'envoie à la Maison de l'Adolescent »*
- *Médecin n°11 : « Et voilà. Si ça ne s'est pas amélioré ou si ça s'aggrave, dans ces cas-là, je passe la main à la Maison de l'Adolescent » ;*
- *Médecin n°3 : « C'est souvent la Maison de l'adolescent qui ouvre assez facilement les portes ... » ;*
- *Médecin n°6 : « Après je vais leur proposer, s'ils veulent voir quelqu'un, c'est la Maison de l'Adolescent ou un psychologue ou revenir me voir moi, voilà...Et surtout dire " Si tu as un moment où tu sens que tu vas faire une ânerie ou autre ben faut le dire et aller consulter en urgence et voilà » ;*
- *Médecin n°8 : « j'avais une jeune, je l'avais envoyé à la Maison de l'Adolescent euh... » ;*

Nous développerons plus loin les difficultés qu'ont certains médecins interrogés pour orienter les adolescents vers les spécialistes ou les différentes structures.

En cas d'urgence de risque suicidaire important, les médecins interrogés envoient leurs jeunes patients vers l'UNACOR :

- Médecin n°6 : « ça de dépend, sur quelqu'un qui me dit ...Euh ...Un passage à l'acte, scénarisé, avec des mots avec des choses, ça sera plus tôt l'UNACOR »
- Médecin n°7 : « L'UNACOR, c'est pour moi, l'urgence absolue ».
- Médecin n°1 : « Après euh...c'est vrai que je n'ai jamais appelé pour un adolescent mais je pense que j'appellerais si j'ai le moindre doute, j'appellerais l'UNACOR ».

S'ils n'orientent pas vers l'UNACOR en cas d'urgences, ils le font vers les services de pédopsychiatries du CHU de Rouen, ou vers le service de pédopsychiatrie du CH d'Elbeuf en passant par les urgences pédiatriques :

- Médecin n°1 : « je pense que je basculerai pareil les Feugrais ou le CHSR » ;
- Médecin n°9 : « Quand j'ai vu ça, j'ai appelé au CHU et au CHU, j'ai eu de la chance, j'ai eu quelqu'un qui m'a dit " Mais vous nous l'amenez ».

Suivi et thérapeutique

Comme nous l'avons vu plus haut les médecins généralistes assurent un suivi rapproché des adolescents qu'ils estiment à risque. Ils peuvent le faire seul :

- Médecin n°11 : « Si pas de sensation de gravité suivi à court terme » ;
- Médecin n°1 : « Effectivement elle était à risque suicidaire mais non imminent. Comme j'avais une très bonne relation, qu'elle venait me voir et que euh.... Elle, je l'ai suivie toute seule. »
- Médecin n°2 : « je vois qu'il n'y a pas de risque suicidaire immédiat je ferais des consultations rapprochées » ;
- Médecin n°12 : « c'est vrai, il y a des gamins que je prends régulièrement en thérapie de soutien »

Au niveau thérapeutique la plupart de médecins généralistes interrogés préfèrent ne pas prescrire de traitement médicamenteux et quand ils le font ils donnent des anxiolytiques :

- Médecin n°8 : « Après antidépresseurs je ne donne pas, euh.... Après pour aider pour le sommeil euh... ça m'arrive oui. » ;
- Médecin n°5 : « la classe de molécules que je pourrais prescrire comme ça effectivement, c'est plus tout ce qui anti histaminique style ATARAX que les autres » ;
- Médecin n°7 : « Les ados, moi j'évite ou vraiment alors des anxiolytiques parce qu'il y a un problème réactionnel et sur un délai très court » ;
- Médecin n°9 : « Sinon, ça m'est arrivé, c'est de... C'est de mettre un peu d'ATARAX... » ;
- Médecin n°4 : « Chez l'adolescent, je ne mets pas d'antidépresseur, je ne mets plus, j'ai fait ça il y a 20 ans, mais je ne le fais plus ... ».

Trois médecins généralistes interrogés ont introduit un traitement par antidépresseur :

- Médecin n°1 : « Sur les 3, c'est moi qui ai initié le traitement pour une adolescente qui faisait une dépression mais beaucoup de troubles anxieux euh.... J'ai introduit du Seroplex®. »
- Médecin n°11 : « j'ai commencé à mettre un traitement et puis... Euh... Là aussi, je l'ai envoyée à la Maison de l'Adolescent où ils ont doublé voir triplé le traitement ».
- Médecin n°3 : « oui souvent je propose quand même un traitement antidépresseur, en première intention »

Cependant la plupart préfèrent laisser la main aux pédopsychiatres s'ils estiment nécessaire la mise en place d'un traitement par antidépresseur :

- Médecin n°12 : « Les psychiatres, des fois ils chargent mais c'est leur responsabilité, ils peuvent prescrire, tandis que nous ... » ;
- Médecin n°9 : « C'est compliqué ...enfin, pour moi, pour moi c'est compliqué, alors je préfère qu'ils voient le... psy »
- Médecin n°5 : « Non, non, j'estime que je n'ai pas suffisamment d'expérience, pas suffisamment de recul, par rapport à ça » ; « si ce diagnostic est suffisamment grave pour mettre un traitement en route, je ferai appel à un pédopsychiatre »

4.4. Facteurs facilitant la prise en charge

Nous allons détailler à présent les facteurs facilitateurs énumérés par les médecins généralistes interrogés.

4.4.1. Connaissance de l'adolescent depuis l'enfance

Comme nous l'avons vu précédemment le médecin généraliste étant la plupart du temps le médecin de famille, il peut détecter plus facilement un mal être chez l'adolescent le connaissant depuis sa petite enfance :

- *Médecin n°7 : « ils s'expriment plus ouvertement car justement ils nous connaissent, et comme on connaît aussi la famille ça nous permet de les aider à relativiser leur ressenti aussi, c'est à dire qu'ils vont nous exprimer quelque chose et sans être partial mais, on va les orienter vers une réflexion ... »*

Ils peuvent aborder la thématique suicidaire en fin de consultation :

- *Médecin n°12 : « Voilà. Des fois ils viennent pour une angine, une entorse, une pathologie banale et puis comme toujours en fin de consultation : "au fait, elle ne va pas bien " »*
- *Médecin n°9 : « Quand ils viennent, pour une angine, une grippe, machin, non sauf de temps en temps »*

4.4.2. Un réseau local réactif

Il ressort des entretiens que la plupart des médecins généralistes connaissent les structures existantes, sont satisfaits du réseau local, notamment de leur relation avec la Maison de l'Adolescent qui prend en charge les adolescents à risque :

- *Médecin n°11 : « Et voilà. Si ça ne s'est pas amélioré ou si ça s'aggrave, dans ces cas-là, je passe la main à la Maison de l'Adolescent et ça se passe en général, relativement bien » ; « Pas trop, moi je dirais les 4,5 adolescents que j'ai envoyés à la Maison de l'Adolescent. Euh ...Euh. Notamment je pense soit pour des anorexies mentales soit pour des troubles dépressifs, en général, ça se passe très bien, quoi, je connais bien ce système là et en général ça se passe bien parce que ça nous donne une ouverture. »*

- Médecin n°3 : « C'est souvent la Maison de l'adolescent qui ouvre assez facilement les portes » ;
- Médecin n°5 : « En fait, j'ai 3 gamins, ils sont tous les 3 suivis à la Maison de l'adolescent, il y en a deux qui ont été hospitalisés » ;
- Médecin n°7 : « Après elle a été suivie à la Maison de l'Adolescent et maintenant elle va bien » ;

Ils apprécient également la facilité d'accès aux urgences pédiatriques et à l'UNACOR :

- Médecin n°7 : « "Oui sans rendez-vous, l'UNACOR, aussi ça nous bien libéré, y a pas besoin de rendez-vous, ça cela était une belle libération pour nous quand ça a été créé »
- Médecin n°1 : « Après euh...c'est vrai que je n'ai jamais appelé pour un adolescent mais je pense que j'appellerais si j'ai le moindre doute, j'appellerais l'UNACOR. » ;
- Médecin n°6 : « ça dépend, sur quelqu'un qui me dit ...Euh ... Un passage à l'acte, scénarisé, avec des mots avec des choses, ça sera plus tôt l'UNACOR »

Au fil des entretiens on découvre que le fait de connaître personnellement un spécialiste facilite la prise en charge :

- Médecin n°11 : « Euh ...Euh ...Je connais bien le docteur K.C qui y travaille et et ...et avec qui j'ai de bonnes relations donc c'est plus facile quand on connaît un peu de monde »
- Médecin n°12 : « Voilà et j'ai des copains psychiatres donc si j'ai un doute ... »

Cependant nous verrons plus loin qu'il existe des points négatifs dans leur relation avec les spécialistes mais aussi avec la Maison de l'Adolescent. Il existe également des difficultés à l'orientation des adolescents vers un psychiatre dues à l'image que cette spécialité renvoie aux familles.

4.4.3. Soutien familial

Le fait d'avoir une famille aidante et une bonne communication avec cette dernière est un facteur facilitant pour les médecins interrogés. De plus la plupart du temps comme nous l'avons vu la consultation se fait à l'initiative des parents plutôt que de l'adolescent lui-même :

- Médecin n°5 : « Les parents ? Non ils soutenaient, bien au contraire »
- Médecin n°1 : « déjà des parents qui nous les amenaient assez souvent avec des problèmes d'anxiété ou des choses comme ça »
- Médecin n°7 : « en fait elle exprimait vraiment ...sa maman était venue... d'ailleurs je l'ai envoyée aux urgences car elle même exprimait, elle disait qu'elle en avait marre, qu'elle voulait mourir »
- Médecin n°6 : « Ouais, c'est souvent initié par les parents ... Quand on tombe dessus, il y a souvent les parents, ouais »
- Médecin n°10 : « De faire ouvrir le dialogue entre les parents et elle, et puis de dire " c'est bien déjà, tu es venue avec tes parents, vous en avez discuté. Euh ... ».

4.4.4. Autres acteurs facilitant la prise en charge

Plus rarement le médecin sera soit contacté par l'infirmière scolaire

- Médecin n°11 : « Non, il y a des patients qui m'ont dit avoir vu l'infirmière scolaire et l'infirmière scolaire a demandé le médecin traitant mais je n'ai pas eu de relation directe avec les infirmières scolaires. » ;
- Médecin n°3 : « j'ai très peu de contact... ça arrive qu'elles me sollicitent mais moi personnellement je ne les appelle jamais » ;
- Médecin n°7 : « l'infirmière scolaire, oui, on a parfois des contacts avec les infirmières... Euh ; elles nous alertent, moi ça met arrivé 2 fois que les infirmières m'alertent ».

Pour certains médecins l'utilisation d'internet peut se révéler précieuse pour chercher des questionnaires s'ils estiment en avoir besoin ;

- Médecin n°8 : « alors moi je ne les utilise pas mais je sais que ça existe quoi, je peux aller chercher sur internet ».

Le fait de travailler dans un cabinet de groupe et de pouvoir en parler avec ses collaborateurs était un facteur de rassurant pour l'un d'entre eux :

- Médecin n°3 : « Parfois, on s'arrange les uns avec les autres, on se téléphone, on communique quand on a un gros souci de ce genre pour savoir à qui tu adresses ton patient, euh surtout quand il y a une adolescente qui ... »

Une des médecins interrogés essaye de faire pratiquer à ses adolescents des techniques de relaxation :

- Médecin n°7 : « mais sophrologie, oui, acupuncture on n'a pas trop de succès, mais j'aime bien tout ce qui est relaxation, sophrologie, hypnose... »

Enfin un médecin travaille avec une association luttant contre la toxicomanie lorsqu'il est face à un usage de stupéfiants :

- Médecin n°3 : « Après, il y'a tous les problèmes de toxicomanie qui peuvent intervenir dans ce cadre-là, et donc " La Boussole" nous aide aussi pour débrouiller des situations un peu complexes ... »

4.5. Freins à la prise en charge

4.5.1. Difficultés liées à la consultation de l'adolescent

Difficultés de communication

Une des difficultés rencontrées par les médecins généralistes est parfois d'engager une discussion avec des adolescents qui sont parfois peu enclins à la parole :

- Médecin n°4 : « Et puis parfois ils sont fermés comme des huîtres. » ;
- Médecin n°1 : « C'était très difficile de le faire parler » ; « Et en fait moi il me parle pas du tout, je ne suis pas du tout dans la communication avec lui, alors c'est la première fois qu'on se rencontre parce que le médecin lui a demandé de revenir. Oui ce n'était pas évident » ;
- Médecin n°12 : « il ne communique pas beaucoup, il parle pas beaucoup, donc plein de fois j'ai essayé de le faire parler mais il est fermé ».

Parfois la représentation particulière de leurs troubles psychiques qui peut mettre en difficulté les médecins généralistes :

- Médecin n°12 : « Le problème, est que les adolescents, ils ont une représentation un peu délirante de leur truc : Tout va mal, rien n'a d'importance euh ... Et en fait des fois on se demande si c'est une schizophrénie qui commence » ; « mais pas parce qu'il est schizophrène mais c'est parce qu'il n'est pas encore construit ».

Une consultation chronophage

Comme nous l'avons vu plus haut la consultation de l'adolescent à risque suicidaire est une consultation en plusieurs étapes, particulièrement longue quand il faut aborder ses angoisses, ses problèmes. Le problème pour les médecins interrogés est qu'ils n'ont parfois pas le temps de tout bien explorer :

- Médecin n°4 : « mais je ne peux pas dépasser une consultation qui a plus de 25 minutes... je peux rester 40 mn avec par exemple l'anorexique avant de l'envoyer à l'hôpital, je sentais que ç allait pas du tout ... » ;
- Médecin n°6 : « Est ce que tu veux être tout seul, ou autre euh ...ça m'est arrivé de faire sortir les parents, "je discute avec votre enfant " et voilà et puis souvent je dis à l'adolescent " n'hésite pas à revenir pour parler de ça, si tu veux, sans les parents si tu veux, ils comprendront ", je laisse la porte ouverte, quoi » ;
- Médecin n°3 : « c'est toujours un moment difficile, c'est toujours des consultations assez longues, enfin, je veux dire, on ne peut pas traiter l'affaire en 10 minutes, en 15 minutes » ;
- Médecin n°2 : « Toute façon c'est des consultations longues".

Certains ressentent une pression particulière vis-à-vis de l'adolescent, notamment de son impulsivité :

- Médecin n°2 : « Une dimension plus importante » ;
- Médecin n°1 : « Je trouve que c'est une responsabilité qui est énorme » ;
- Médecin n°7 : « Ce qui est plus compliqué c'est la notion Par rapport aux adultes on estime prendre un risque supplémentaire parce qu'ils sont mineurs ... » ; « c'est mon ressenti ... que le passage à l'acte peut être plus opiné » ;

- Médecin n°8 : « Ouais peut être plus de pression par rapport à ça en me disant est-ce que je fais bien ? J'aime bien avoir l'avis... ».

Comme nous l'avons plus haut certaines conduites à risque sont difficiles à aborder. La sexualité des jeunes filles notamment, lorsque le médecin est un homme :

- Médecin n°6 : « Après tout ce qui peut être sexualité avec des jeunes filles et tout ça ...Euh... Ce n'est pas toujours évident ... parce qu'il y a les parents et parce que je suis aussi un homme, donc c'est pas toujours évident ».

Faible fréquence de consultation des adolescents

Les médecins sont en difficulté face à ces patients qu'ils ont suivis pendant leur enfance mais qu'ils voient plus rarement durant l'adolescence. Il est difficile pour eux d'assurer un suivi et de voir une évolution des éventuels symptômes psychiques :

- Médecin n°5 : « C'est des gamins que je ne vois pas beaucoup et c'est vrai que les préados, les ados on les voit beaucoup moins, en médecine générale, en tout cas moi. Oui, on les voit beaucoup moins ;
- Médecin n°9 : « l'enfant, moi en fait je le voyais très peu, je voyais le petit, de temps en temps, il était là avec sa maman mais, moi j'ai eu très peu de consultations avec lui ... »

4.5.2. Difficultés liées au manque de connaissance et à l'erreur d'appréciation

Certains médecins expriment des difficultés pour le diagnostic de risque suicidaire chez l'adolescent parfois par manque de connaissance que ce soit dans le diagnostic ;

- Médecin n°8 : « Je trouve que c'est difficile » ;
- Médecin n°5 : « De diagnostic, effectivement, moi, j'ai tendance à passer la main assez rapidement pour ce genre de truc évidemment »
- Médecin n°10 : « j'ai un manque de connaissance, justement professionnel dans cette branche là »
- Médecin n°2 : « comment définir vraiment les facteurs de gravité... ».

Ou des difficultés dans l'orientation des patients, notamment quand adresser aux urgences :

- Médecin n°3 : « Mais je pense que ça serait important de se remettre à niveau, voir un petit peu les réseaux qui fonctionnent ... » ; « oui, je pense que c'est aussi compliqué parce que c'est vrai que, on se pose toujours la question hospitalisation ? pas hospitalisation » ;
- Médecin n°1 : « D'évaluer la situation, savoir si réellement il était en danger ou pas... ».

4.5.3. Contexte familial

Il ressort de ces entretiens que parfois c'est la famille qui est la source du problème de l'adolescent, celui-ci minimise ou élude ses problèmes pour protéger sa famille ;

- Médecin n°12 : « j'ai essayé de le faire parler mais il est fermé, c'est à dire, comme la mère va en hôpital psychiatrique et que lui s'est retrouvé placé, enfin dans des galères pas possibles, il n'a qu'une peur c'est que sa mère soit réhospitalisée, donc il ne dit jamais rien, pour protéger sa mère » ;
- Médecin n°7 : « La plupart sont bienveillants mais parfois certains sont la source du problème et on a des ados qui ne veulent pas du tout exprimer à leurs parents leur mal être. »

Les parents peuvent également minimiser les symptômes de leur adolescent ce qui complique la prise en charge ;

- Médecin n°2 : « ça été complexe d'expliquer les choses, de faire comprendre aux parents qu'effectivement il fallait gérer les choses en hospitalisation » ; « Ils cherchaient effectivement d'autres solutions qu'une hospitalisation euh... » ;
- Médecin n°1 : « de convaincre les enfants, enfin les protagonistes de l'histoire, les amis... ».
- Médecin n°3 : « les parents nient souvent la situation, se voilent la face sur certaines choses, qui sont ; euh... ».

Cela est sûrement dû à la peur de la « psychiatisation » :

- Médecin n°11 : « le problème, ce n'est pas un problème de compétences, c'est un problème d'image de marque, d'hôpital psychiatrique, qui est des fois très mal vécu »
- Médecin n°3 : « parce que c'est un psychiatre et c'est toujours une autre démarche et qui rebute et les parents et l'ado lui-même, souvent ... »

4.5.4. Relation avec les spécialistes

Difficultés de communication

Les médecins interrogés font part de leurs difficultés à adresser leurs patients aux spécialistes du fait de délais assez longs ;

- Médecin n°10 : « pour avoir un rendez-vous rapide en pédopsychiatrie c'est impossible en fait, il faut ... Euh ... faut passer par les urgences. » ; « Pédopsychiatre, j'en connais une, bon, ben je vais vers elle mais elle est débordée comme tous, je pense et à Rouen, je ne les connais pas du tout, pas du tout, du tout » ;
- Médecin n°3 : « Non, ... personnellement, j'en connais quelques-uns mais alors les rendez-vous c'est compliqué à décrocher, à ce qu'ils décrochent le téléphone ... ».

De plus ils n'ont que très rarement de retour de la part des spécialistes concernant les conduites à tenir et les traitements instaurés :

- Médecin n°8 : « Mais non je n'ai pas trop de retour hein ! » ;
- Médecin n°5 : « je suis leur médecin traitant, j'ai des nouvelles par les parents et les enfants quand je les revois, mais pas par le psychiatre !! » ;
- Médecin n°7 : « Les contacts avec les psychiatres ont en n'a pas généralement » ;
- Médecin n°12 : « Non, le problème avec les psychiatres c'est qu'il n'y a jamais de retour. Vous envoyez quelqu'un chez le cardiologue vous avez un courrier, vous envoyez chez le psy... ».

Un des médecins avait l'impression d'être sous-estimé par les psychiatres :

Médecin n°4 : « On a l'impression qu'on sous-estime notre vision, notre appréciation, notre feeling ...mais bon, on finit par en avoir un petit peu quand même ! »

Un autre souligne le fait que la Maison de l'Adolescent occupe une place centrale dans la ville de Rouen, où beaucoup de jeunes se retrouvent ce qui peut constituer un frein pour certains d'entre eux :

- Médecin n°6 : « Alors lui, il préférerait voir le psychiatre en ville, euh... Parce qu'il ne voulait pas aller à l'espace du palais qui est un lieu central, machin, la Maison de l'Adolescent ».

4.5.5. Difficultés financières

Le coût élevé de la consultation surtout chez les psychiatres et psychologues est cité par plusieurs médecins comme un frein à la demande de consultation ;

- Médecin n°1 : « Moi je suis à Saint Etienne du Rouvray donc de temps on les envoie chez le psychologue, pour des raisons économiques c'est compliqué ».
- Médecin n°12 : « Non, non, les pédopsys, il n'y a pas de place, la mère n'a pas d'argent pour payer. En ville, vous avez 6 mois ou 12 mois pour voir un pédopsychiatre ... » ;
- Médecin n°6 : « Après, on a une double difficulté, tout ce qui est psychologue de ville, c'est la barrière financière, après c'est le CMP...euh... C'est le CMP... ».
- Médecin n°5 : « la consultation elle-même, c'est à dire payer la consultation ça peut être quelque chose de rédhibitoire ».

4.6. Améliorations suggérées par les médecins

4.6.1. Formations

On note que les médecins généralistes sont demandeurs de formation théorique et sur l'organisation des réseaux de soins existants :

- Médecin n°3 : « Mais je pense que ça serait important de se remettre à niveau, voir un petit peu les réseaux qui fonctionnent ... » ;
- Médecin n°9 : « Donc là, je vais essayer de voir avec eux, justement, pour faire une formation sur les ... » ;
- Médecin n°1 : « être informée sur les réseaux » ;

On retrouve chez un des jeunes médecins interrogés le désir d'avoir un guide pour aborder la famille, pour bien faire du soutien familial :

- *Médecin n°2 : « formation ça pourrait être pas mal sur comment aborder le sujet comment gérer le côté familial, comment gérer les à-côtés »*

Avoir des outils sur comment orienter les patients, notamment des livrets ;

- *Médecin n°2 : « livrets d'informations selon les différents centres sur lesquels effectivement on peut se baser en fonction des risques » ;*

Également une formation sur le dépistage :

- *Médecin n°2 : « Une formation au niveau du dépistage peut être, parce que là on parle de la crise mais le dépistage euh... ».*

Plusieurs médecins m'ont demandé en dehors des entretiens où l'on pouvait se procurer le TSTS, ce qui montre bien leurs désirs de formation sur les outils permettant la détection de l'adolescent suicidaire.

4.6.2. Communication

Les médecins interrogés se plaignent du manque de communication qu'ils ont avec les pédopsychiatres et il ressort un désir d'avoir plus de retour de la part des pédopsychiatres :

- *Médecin n°7 : « il faudrait, à mon sens que la communication de groupe soit développée ne serait-ce que pour avoir un seul et même discours » ; « c'est simplement l'outil de communication, cela me paraît important que l'infirmière scolaire qui nous a interpellé sache, tout en restant dans le secret professionnel, ce que le médecin a pu avoir comme ressenti, comme le psychiatre, voyez, c'est à mon sens important. » ;*
- *Médecin n°9 : « C'est juste : il a été vu pour ça, à cause de ... si on arrive à trouver la cause ...La conduite à tenir et le traitement »*

Soit par courriels :

- *Médecin n°7 : « "par contre les plateformes informatiques, je me dis que c'est un moyen ... » ;*

Ou d'un compte-rendu court, par courrier postal :

- Médecin n°9 : « C'est juste : il a été vu pour ça, à cause de ... si on arrive à trouver la cause ...La conduite à tenir et le traitement » ;
- Médecin n°12 : « Non, le problème avec les psychiatres c'est qu'il n'y a jamais de retour. Vous envoyez quelqu'un chez le cardiologue vous avez un courrier, vous envoyez chez le psy... ».

Cela permettrait pour les médecins interrogés de parler d'une seule voix et d'éviter la multiplicité des consultations :

- Médecin n°7 : « il faudrait, à mon sens que la communication de groupe soit développée ne serait-ce que pour avoir un seul et même discours » ;
- Médecin n°5 : « Après quand ils sont pris en charge, l'idée c'est que voilà, ils n'aiment pas la multiplicité des consultations, c'est déjà une problématique »

4.6.3. Autres aides demandées

Parmi les autres aides demandées on retrouve l'idée d'une consultation dédiée au dépistage de l'adolescent suicidaire :

- Médecin n°10 : « faudrait une consultation dédiée mais pas nécessairement ».

L'idée de faire une consultation en tiers payant chez le pédopsychiatre pour l'adolescent à risque suicidaire limiterait l'obstacle financier :

- Médecin n°5 : « la consultation elle-même, c'est à dire payer la consultation ça peut être quelque chose de rédhibitoire ».

Une des médecins interrogés émet l'idée de la création d'une maison pluridisciplinaire de l'adolescent avec des pédopsychiatres ; des médecins généralistes, des sophrologues :

- Médecin n°7 : « L'idée serait une maison de santé pour l'adolescence ou on aurait un peu de séances de sophrologie proposées, l'infirmière, le psychiatre, des médecins généralistes qui viendraient pourquoi pas faire des vacations... ».

5. Discussion

5.1. Limites et points forts de l'étude

5.1.1. Les points forts

Cette étude a été réalisée suivant un protocole pré établi. L'étude qualitative était la méthode de choix pour explorer des facteurs subjectifs tels que les perceptions et ressentis des médecins face à la prise en charge du risque suicidaire des adolescents, nous souhaitons que des thèmes ou éléments de réponse émergent du discours du médecin interrogé sans que celui-ci soit trop influencé par l'enquêteur.

Notre étude a respecté les critères de validité d'une enquête qualitative tels que :

- L'acceptation interne qui est définie par le fait que l'interviewé approuve le thème de l'étude, sa méthode de réalisation et l'analyse qui résulte des données recueillies.
- La saturation des données qui est le phénomène qui apparaît au bout d'un certain temps lorsque les données que l'on recueille ne sont plus nouvelles, la saturation des données a été atteintes avec 12 participants.

Les entretiens individuels, en face à face, au cabinet du médecin généraliste ont permis une liberté de parole qu'on ne peut pas retrouver dans des entretiens collectifs, et une expression assez aisée des médecins sur le sujet sans qu'ils aient la crainte d'être jugés.

L'enregistrement des entretiens permettait de libérer l'enquêteur de la prise de note, outre les oublis et interprétations que cette dernière peut engendrer. Il permettait à l'enquêteur d'être impliqué dans l'échange verbal, de diriger l'entretien en étant réactif aux réponses données et ainsi pouvoir suivre le cours des idées abordées.

5.1.2. Les limites

Biais de sélection

La représentativité statistique n'est pas recherchée par définition dans une analyse qualitative, notre échantillonnage était donc non aléatoire et les résultats de notre étude non généralisable à l'ensemble des médecins généralistes installés.

Par souci de facilité et de logistique nous avons sélectionné uniquement des médecins généralistes de la région de Rouen Elbeuf. Un périmètre de recrutement plus large des médecins aurait peut-être permis des données plus variées.

Par notre mode opératoire de sélection, nous avons inclus en majorité des médecins généralistes travaillant en cabinet de groupe et parfois dans le même cabinet, mais le fait d'exercer dans le même cabinet de groupe ne semble pas influencer la pratique individuelle des médecins, dans notre étude un seul médecin relate avoir échangé sur ce sujet avec un de ses confrères du cabinet.

Notre mode de recrutement impliquait que les médecins connaissent le sujet de l'étude dès le premier contact téléphonique et reposait sur le principe du volontariat. On peut penser que les médecins ayant accepté de participer étaient peut-être plus sensibles au thème de l'étude.

Biais liés à la technique de l'entretien

Les entretiens individuels permettent de s'affranchir des difficultés que pouvaient avoir les médecins à parler de leur pratique devant des confrères, mais la présence de l'enquêteur peut être à l'origine d'erreurs intentionnelles du médecin dans ses réponses ou parfois d'erreur dues à une mauvaise compréhension de la question.

De plus, cette méthode fait appel à la mémoire des participants et ne permet pas de vérifier ou contrôler les faits, les médecins avaient parfois marqué des hésitations liées à des oublis.

Parfois lors de digressions du médecin interviewé, nous avons été obligés de modifier l'ordre des questions de façon plus ou moins pertinente.

La réalisation des entretiens par une seule et même personne peut être à l'origine d'une orientation des entretiens, au fil de leur réalisation ou par routine de l'exercice ou attentes de réponses spécifiques entendues dans les entretiens précédents.

Dans un souci de commodité pour les médecins interviewés et pour faciliter leur inclusion, le lieu de l'entretien était leur lieu d'exercice. Ce choix a eu parfois des conséquences

prévisibles comme des interruptions téléphoniques. Parfois le manque de temps disponible a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation de l'entretien.

Biais liés à la méthode d'analyse

L'analyse des verbatim nécessite une interprétation du discours et du contexte. Pour limiter ce biais d'interprétation, il aurait été souhaitable que les entretiens soient analysés par une deuxième personne, ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

5.2. Les principaux résultats

5.2.1. Le médecin généraliste : un rôle central dans le suivi de l'adolescent à risque suicidaire

Cette étude nous montre que les médecins généralistes assurent un rôle central dans la prise en charge du risque suicidaire, ils assurent le diagnostic, l'orientation et le suivi rapproché de leurs adolescents à risque.

Certains médecins débute même la prise en charge thérapeutique.

Ils interrogent les adolescents en fin de consultation par des questions ouvertes sur leur vie familial, sociale et scolaire.

Ils recherchent bien les facteurs de risque suicidaire, leurs conduites à risque mais certains des médecins ont des difficultés à aborder la sexualité des adolescents.

Il s'agit pour eux d'une situation exceptionnelle car seulement un des médecins interrogés a été confronté à une véritable crise suicidaire.

Ils ressentent une pression plus élevée vis-à-vis des adolescents avec la peur de passer à côté de quelque chose.

5.2.2. Défauts de communication interprofessionnelle

Les principales difficultés que l'on retrouve dans cette étude sont des difficultés de communication avec les spécialistes.

En effet quasiment tous les médecins interrogés rapportent des délais de plusieurs mois pour avoir une consultation avec un pédopsychiatre. Ce délai d'attente peut être confronté à la démographie médicale de Haute-Normandie avec un très faible nombre de pédopsychiatres.

On retrouve également un manque de communication dans le suivi des patients avec très peu de retour de la part des spécialistes après l'introduction d'un nouveau traitement ou d'une consultation. Il ressort également de cette étude que les médecins généralistes ont très peu de contact avec le personnel de santé de l'éducation nationale notamment avec les infirmières scolaires.

Cependant il existe une satisfaction de la part des médecins généralistes dans leur relation avec la Maison de l'Adolescent avec des délais courts et un suivi conjoint.

Il y a également un avis positif envers les structures d'accueil d'urgences (UNACOR, urgences pédiatriques du CHU et d'Elbeuf qui permettent des hospitalisations et des avis très rapides lors des crises suicidaires.

5.2.3. Des formations à renforcer

La plupart des médecins de notre étude ne se rappellent pas avoir eu de formation spéciale sur le thème de la prise en charge de l'adolescent à risque suicidaire pendant leurs études d'internat et lors de FMC. Ils se rappellent avoir été formés sur quelques pathologies psychiatriques de l'adolescent comme l'anorexie mentale ou la dépression de l'adolescent.

Ils déclarent acquérir les connaissances pas à pas quand ils sont confrontés à ce sujet dans leur pratique quotidienne et s'appuient sur des outils non spécifiquement adaptés à l'adolescent, calquant parfois sur le schéma de l'adulte.

5.3. Comparaisons à la littérature

5.3.1. Consultation de l'adolescent

La plupart des médecins généralistes rapportent avoir peu de consultations d'adolescents. Le plus souvent les adolescents viennent pour des motifs somatiques et peu pour des motifs psychologiques.

Comme nous avons pu le voir dans les entretiens la plupart des consultations des adolescents sont initiées par les parents qui les accompagnent le plus souvent. On peut voir cela dans plusieurs études ; en effet même à 18 ans les 2/3 des consultations sont sollicités par les parents et ils viennent la moitié du temps accompagnés de leurs parents en consultation (28).

La consultation de l'adolescent à risque est une consultation chronophage divisée en plusieurs phases en impliquant la famille conformément aux recommandations de l'HAS (26). Ces phases sont :

- Phase 1 : Consultation adolescent avec les parents
- Phase 2 : Consultation adolescent seul
- Phase 3 : Examen somatique
- Phase 4 : Restitution de l'adolescent.

Au niveau de la thérapeutique peu de médecins interrogés mettent en place un traitement antidépresseur. Il est actuellement recommandé de ne pas mettre d'antidépresseur. Après échec de la psychothérapie, seule la fluoxétine est recommandée chez les adolescents (26).

5.3.2. Dépistage de l'adolescent suicidaire

Les médecins recherchent des facteurs de risque en posant des questions ouvertes.

Ils le font le plus souvent lors des consultations annuelles, lors des certificats de sport et systématiquement en cas de motifs psychologiques.

Bien qu'ils n'utilisent pas d'outils pour s'aider comme le TSTS, ils abordent les principales thématiques des conduites à risque. Ils recherchent des signes de traumatisme, de stress, de troubles du sommeil, interrogent sur la consommation de toxiques. Dans la littérature on

retrouve cependant que la simple impression clinique ne semble pas suffisante dans l'évaluation du risque suicidaire (29).

Pour la plupart ils ne connaissent pas ce test qui est validé pour explorer le risque suicidaire chez l'adolescent (30).

Concernant la sexualité des adolescents on voit qu'il existe des difficultés à l'aborder chez les médecins généralistes. Parmi ces jeunes la découverte d'une orientation homosexuelle ou bisexuelle, la réalisation de comportements homosexuels ou une interrogation sur l'orientation sexuelle peut être vécue comme une angoisse d'autant plus que les personnes se considérant comme homosexuelles ou bisexuelles semblent plus touchées par le risque de suicide (31). Cette difficulté à aborder la sexualité et les conduites à risque chez l'adolescent a été retrouvée dans d'autres travaux (32).

Enfin les adolescents sont parfois mutiques avec leur médecin généraliste. Cela peut être dû au fait que l'adolescent ne voit pas spontanément le médecin généraliste comme la personne pouvant l'écouter et comprendre ses problèmes comportementaux ou émotionnels (33).

5.3.3. Communication et réseau interprofessionnel

Communication

Au niveau de la communication les médecins généralistes se plaignent du peu de retour de la part des spécialistes. Une étude qualitative réalisée en Haute-Normandie en 2012 a étudié l'avis des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes ; ils avouaient qu'elle restait asymétrique avec parfois un courrier d'adressage réalisé par le généraliste et une absence de réponse par le psychiatre. Les raisons évoquées étaient principalement le manque de temps, mais aussi la peur de divulguer des informations concernant le patient (34).

Pourtant la nécessité de communiquer et d'informer le patient apparaît dans le code de déontologie médicale. Ce manque de communication entre généralistes et spécialistes n'est pas nouveau et n'est pas spécifique à la Haute-Normandie comme nous pouvons le voir avec une thèse effectuée à la Réunion où les généralistes relataient les mêmes faits (35).

Réseau

Les médecins sont très satisfaits de la Maison de l'Adolescent. À travers les entretiens on découvre qu'ils lui adressent quasiment tous les adolescents qu'ils estiment à risque plutôt modéré. Par contre ils soulignent les difficultés qu'ils ont à orienter aux psychiatres exerçant en cabinet libéral ou chez un psychologue.

5.4. Propositions

5.4.1. Renforcer la formation

Cette enquête révèle un sentiment d'une certaine faiblesse de la formation concernant la prise en charge des adolescents à risque suicidaire, il serait donc souhaitable d'enrichir cette formation à tous les niveaux :

- Lors de la formation initiale, durant le cursus universitaire, par des modules de pédopsychiatrie, de psychologie pour pouvoir aborder la consultation de l'adolescent avec assurance. Depuis quelques années les externes de la faculté de Rouen ont un stage obligatoire en psychiatrie et en pédiatrie.
- À l'échelle de la Faculté de Rouen des formations pour les maîtres de stage universitaire afin qu'ils puissent échanger avec les internes qu'ils ont en stage en les sensibilisant à cette population qui consulte peu mais pour laquelle il faut être vigilant.
- Lors de FMC, en encourageant les pratiques de dépistage et en réactualisant les connaissances sur les supports existants, les outils et la conduite à tenir ainsi que sur le réseau local de soins pédopsychiatriques.

Notre étude a montré que la majorité des médecins généralistes interviewés avaient une connaissance incomplète ou erronée sur les tests à utiliser, sur le réseau professionnel à qui faire appel ou même sur le schéma thérapeutique.

Les médecins généralistes font appel aux spécialistes, mais ces derniers ont de plus en plus de mal à répondre à toutes les demandes, on peut penser qu'il serait souhaitable

d'augmenter le nombre de places aux ECN et que le recours au spécialiste soit réfléchi et justifié.

5.4.2. La consultation de l'adolescent

Le médecin généraliste est le premier professionnel de santé que consultent les jeunes, les médecins généralistes considèrent la consultation d'adolescent comme particulière, nécessitant plus de temps par sa spécificité et d'autant plus quand il s'agit de faire la différence entre mal être et crise suicidaire. Une consultation dédiée à l'adolescent avec une cotation valorisée pourrait être proposée.

Au niveau du carnet de santé, on pourrait également renforcer les quelques questions présentes sur la partie adolescence, en accentuant sur les signes de mal-être.

Le médecin généraliste doit pouvoir être, le pivot de la prise en charge multi pluridisciplinaire, coordonner cette prise en charge, discuter avec son patient des différentes situations envisageables, cela rassurera l'adolescent de pouvoir s'appuyer sur un adulte référent. Pour tenir ce rôle le médecin doit connaître les différents interlocuteurs, créer des échanges, faire circuler la parole. Il faut qu'il y ait des retours d'information sur les prises en charge pour pouvoir assurer le suivi peut-être en créant un dossier médical unique comme l'a suggéré un des médecins interviewés et peut être un numéro de téléphone unique qui permettrait au médecin de savoir vers qui orienter l'adolescent en fonction du degré d'urgence. Une plateforme informatique pourrait également être une solution pour accélérer la communication entre les différents interlocuteurs en restant vigilant sur le secret médical.

Enfin il s'agit d'une situation particulière car le médecin s'immisce dans la vie privée de l'adolescent en présence de l'autorité parentale. Une formation approfondie sur comment expliquer à des parents que leur adolescent va mal ou qu'il nécessite une hospitalisation pourrait être proposée.

6. Conclusion

Cette étude porte sur un faible échantillon de médecins généralistes et sur une patientèle avec des caractéristiques socio démographiques qui leur sont propres.

Le médecin généraliste a un rôle central dans le dépistage, la prévention et le suivi de l'adolescent à risque suicidaire, et ce, bien que la crise suicidaire soit un événement rare dans la pratique des médecins interrogés.

Les résultats attestent du fait que les médecins généralistes ne recherchent pas les facteurs de risque suicidaires de façon systématique.

Cependant, le fait d'être le médecin de famille permet une proximité relationnelle et géographique qui facilite la prise en charge de l'adolescent à risque.

L'interrogatoire de ces jeunes patients repose sur l'expérience professionnelle des médecins, sans utilisation de questionnaire ou grille spécifique, mais certains d'entre eux sont demandeurs d'outils d'aide au dépistage.

Il est à noter que le suivi de l'adolescent à risque suicidaire est ressenti comme une lourde responsabilité.

De ce fait, la prise en charge pluridisciplinaire revêt toute son importance, mais le manque de communication entre professionnels de santé et de l'éducation nationale, les délais importants d'obtention de rendez-vous spécialisés et le coût des consultations sont des difficultés qu'il serait souhaitable d'améliorer.

La plupart des médecins interrogés sont satisfaits du réseau local, en particulier de la maison des adolescents qui est une structure connue et reconnue par les praticiens.

Enfin l'ensemble des médecins et en particulier les plus jeunes sont demandeurs de plus formation sur le sujet, en particulier d'outils d'aide au dépistage et de documents sur l'organisation des réseaux de soins.

7. Références bibliographiques

1. Auvray L, Le Fur P, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. Adolescents : état de santé et recours aux soins .pdf [Internet]. [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf>
2. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909–916.
3. Saini P, Chantler K, Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Health Soc Care Community*. mai 2016;24(3):260-9.
4. World Health Organization. *Prevention du suicide: l'état d'urgence mondial*. World Health Organization; 2015.
5. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. *Suicides et tentatives de suicide en France* [Internet]. 2006 mai [cité 3 nov 2017]. Report No.: 488. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er488.pdf>
6. Observatoire national du suicide. *Suicide. Connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport, février 2016* [Internet]. 2016 p. 481. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
7. Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011;47:488–492.
8. État des lieux du suicide en France [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 5 sept 2017]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>
9. CepiDc. Résultats de la requête : Taux bruts de décès pour 100 000 habitants [Internet]. Disponible sur : <http://www.cepidc.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>
10. Conseil de l'Ordre des médecins. *Atlas de la démographie médicale 2016*. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
11. RAULT J-F, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. *La démographie médicale en région Haute-Normandie. Situation en 2013* [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/haute-normandie_2013.pdf
12. Choquet M, Ledoux S. *Adolescents: enquête nationale*. Paris: Editions INSERM : Diffusion, Documentation française; 1994. 346 p. (Analyses et prospective).
13. Rivière C. *Le Breton David, En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*. Paris, Métailié, 2007, coll. Traversées, 362p. *Rech Sociol Anthropol*. 15 déc 2008;39(39-2):135-7.
14. Alvin P. *Médecine de l'adolescent*. Paris: Masson; 2005.
15. Jeammet P, Birot E. *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
16. Jeammet P. Le suicide des adolescents : un scandale ? *J Psychol*. 1 févr 1995;124:14-8.
17. Choquet M. *Attentes et comportements des adolescents*. Paris: INSERM; 1998.
18. Binder P, Heintz A, Servant C. Dépister les adolescents à risque suicidaire en soins premiers : le BITS test. Une étude pilote réalisée en population générale. *exercer*. mars 2017;
19. OMS | Suicide [Internet]. WHO. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>
20. ANAES. *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*. 1998;
21. Périsset D, Cohen D. Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque. *Carnet PSY*. (85):29-31.
22. Pascale BEDDOCK, VELIN J. Tentatives de suicide du jeune : 1/3 de récurrences dans

l'année. Rev Pract - Médecin Générale. 15 janv 2001;(522):72.

23. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *Pediatr Emerg Care*. févr 2015;31(2):88-94.
24. ANAES. Conférence de consensus - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 19 et 20 octobre 2010 [Internet].
25. Haute Autorité de santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique. [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2005 [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf
26. Haute Autorité de santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2014 [cité 27 mars 2017] p. 40. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf
27. Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P, et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Santé Publique*. 2002;14(3):263.
28. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? 2005 [cité 16 oct 2017]; Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/docs/ACCEUIL_ADO-MG_Rdp.pdf
29. Ducher J-L, Dalery J. Corrélations entre l'échelle d'idéation suicidaire de Beck, l'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD et l'échelle Hamilton dépression. *L'Encéphale*. avr 2008;34(2):132-8.
30. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale: validation de l'usage d'un référentiel. *Rev Prat Med Gen*. 2005;19(710/711):1307.
31. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire acquis des sciences sociales et per[s]pectives. Saint-Denis: Inpes; 2010.
32. Champagne M. Dépistage des conduites à risque chez les jeunes par les médecins généralistes : enquête descriptive en région Dauphiné-Savoie. UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER; 2015.
33. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: The help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *J Adolesc*. août 2011;34(4):685-93.
34. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : Une enquête qualitative. Université de Rouen Normandie - Faculté de Médecine et Pharmacie; 2012.
35. Charazac A. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires en ambulatoire dans le Sud de l'île de la Réunion [Internet]. Université Victor Segalen-Bordeaux II; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01215139/document>

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Le guide d'entretien

Date et Lieu de l'entretien

Heure de début :

Je pense qu'il serait bien de définir ce qu'on entend par « le risque suicidaire chez l'adolescent » :

- Adolescent ayant fait une TS
- Adolescent évoquant la TS
- Parent ressentant un risque de TS chez l'adolescent
- Conduites à risque

L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans.

L'objectif de cette thèse est : d'identifier les difficultés dans votre prise en charge de l'adolescent à risque suicidaire, de rechercher vos attentes en matière de formation ou d'accessibilité aux soins ainsi que votre avis concernant la politique de prévention sur ce sujet.

J'interroge X médecins généraliste

Vous êtes le N° :

Merci de me recevoir et de bien vouloir répondre aux questions sur votre pratique et ressenti dans la prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent (10 -19 ans selon OMS). Cet entretien semi dirigé sera enregistré au moyen d'un dictaphone, si vous me le permettez, afin de les retranscrire dans leur intégralité, bien sur cet entretien restera anonyme. »

- Sexe :
- Adresse : Urbain /péri-urbain/rural : utile ?
- Âge :
- Avez-vous des enfants ? Combien ? Leurs âges ? nombre d'adolescents
- Année de la thèse ? ou de la fin de l'internat ?
- Depuis quand exercez-vous la médecine générale ? et sous quel statut ? (Remplaçant, installé, collaborateur)
- Mode d'exercice : seul ? Si en groupe combien avez- vous de confrères ?
 Maison médicale ? Qui travaille dans cette maison ?
 (Kiné ? infirmières ? psychologue ? psychiatre,
 Autres spécialités ?)
- Travaillez-vous : Sur rendez-vous uniquement ?
 En consultations libre ?
 Les 2 ? Quelle proportion ?
 Participez-vous à une permanence des soins ?

- Risque suicidaire de l'adolescent
 - o A combien en moyenne par mois ou semestre avez-vous été confronté à cette situation ? (Nouveau cas, pas les suivis éventuels)

Maintenant nous allons aborder, si vous le voulez bien le cœur du sujet de ma thèse ?

1/ Dans votre pratique quotidienne avez-vous déjà été confronté au risque suicidaire chez l'adolescent ?

- Cette année ? Dans votre carrière ?
- Combien de cas dans les 5 dernières années ou dans votre carrière ?
- Age des patients, type de risque suicidaire : TS, dépression
- Patients connus : définition ??? déjà suivi avant pour autre choses ? depuis combien de temps ?
- Antécédents médicaux particuliers ? Antécédents psychiatriques ?
- Antécédents personnels

2/ Devant un adolescent qu'est-ce qui vous alerte ? Qu'est-ce qui vous inquiète ?

- Fugue / décrochage scolaire
- Consommation de toxiques – conduites à risque
- Maltraitance – abus sexuels
- Précarité de la situation familiale (monoparentalité ; familles recomposées...)

3/ Avez-vous des difficultés dans la prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent ? Comment cela diffère-t-il de l'adulte ?

- Diagnostic difficile à établir
- Manque de connaissance
- Déficit de formation
- Différence avec l'adulte
- Antécédents personnels (du médecin)

4/Quels ont été les facteurs ayant pu vous mettre en difficultés ?

- Présence des parents, déni des parents
- Prise en charge de l'adolescent seul
- Communication avec l'adolescent
- Antécédents personnels
- Manque d'outils diagnostiques
- Relation avec spécialistes

5/ Leur prescrivez-vous un traitement ?

- D'emblée ou après avis spécialisé ? Quel traitement ?

6) Comment appréciez-vous le degré d'urgences ?

- Outils : questionnaire TSTS-CAFARD

7/ Comment organisez-vous votre suivi ?

- Rythme : on parle plutôt de fréquence
- Durée du suivi à partir de la première consultation

8/ Vers qui orientez-vous l'adolescent à risque suicidaire ? Dans quelles situations ?

- Connaissance sur le degré d'urgences des crises suicidaires de l'adolescent
- CHU Rouen (urgences pédiatrique) ? UNACOR ?

9/ Connaissez-vous les structures pouvant vous venir en aide dans cette prise en charge ?

- (Psychiatre, CMPP, CHU,) ?

10/ Avez-vous des difficultés à obtenir de l'aide auprès de vos confrères spécialistes ?

- Quel délai ?

11/ Quels autres acteurs peuvent vous venir en aide en dehors du milieu médical ?

(Famille, associations de patients, hotline associatif, ex : SOS Amitiés, SOS suicide)

- Famille
- Hotline associative
- Site internet
- Infirmières scolaires

12/ Quelles seraient selon vous les mesures pouvant vous aider dans la prise en charge du risque suicidaire ?

- Consultation dédiée de qui ?
- Formation : pendant les études ? Postuniversitaires ?
- Spécialistes
- Politique de prévention (pour la prise en charge ?)
- Contacts avec milieu scolaire (infirmières, directeur de collèges, lycées...)

13/ Avez-vous assisté à une formation sur le sujet lors des 5 dernières années ? Si oui à quelle fréquence ?

14/ La formation que vous avez reçue durant vos études sur ce sujet, vous semble-t-elle adaptée ?

- Si non +
- Que préconisez vous ?

15/ Avez-vous d'autres points sur lesquels vous aimeriez vous exprimer ?

- Commentaires sur la thématique qui n'aurait pas été abordée par le questionnaire

- Commentaires sur le sujet de thèse
- Améliorations ? de la méthode ?

Je vous remercie encore d'avoir bien voulu participer à cette étude ;

Heure de fin

8.2. Annexe 2 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant participé à l'enquête

Médecin Numéro	Sexe	Âge	Mode exercice	Année installation	Cabinet	Lieu d'exercice	Durée entretien
1	F	29	Remplaçante	X	Groupe médical	Urbain	20min53sec
2	F	30	Installée	2017	Groupe médical	Urbain	20min05sec
3	H	59	Installé	1982	Groupe médical	Urbain	16min16sec
4	F	58	Installée	1994	Groupe médical	Péri-urbain	37min46sec
5	H	48	Installé	2004	Groupe médical	Urbain	15min26sec
6	H	31	Installé	2016	Groupe médical	Urbain	14min26sec
7	F	46	Installée	2002	Groupe médical	Urbain	26min55sec
8	F	43	Installée	2001	Groupe médical	Urbain	11min49sec
9	F	50	Installée	1999	Groupe médical	Urbain	40min30sec
10	H	35	Installé	2012	Groupe médical	Rurale	17min14sec
11	H	58	Installé	1988	Groupe médical	Rurale	12min58sec
12	H	55	Installé	1996	Seul	Péri-urbain	34min21sec

8.3. Annexe 3 : Verbatim des entretiens

E désigne l'enquêteur

I désigne l'interviewé(e)

8.3.1. Entretien n°1

E : Voyez-vous beaucoup d'adolescent ?

I : Je n'ai pas énormément d'adolescent, mais quelques-uns. J'en ai peu que je vois régulièrement

E : Oui alors c'est plutôt sporadique ?

I : Oui, oui ben les adolescents, ils viennent, ils ont la grippe euh...Il n'y a pas beaucoup de suivis en fait

E : Par semaine ça équivaldrait à combien ?

I : Ah combien d'adolescents par semaine ? Je dirais entre 10 et 20

E : Est-ce que vous avez déjà été confronté à un adolescent suicidaire ou que vous suspectiez ?

I : Oui

E : Combien de cas ?

I : En huit mois dans le même cabinet j'ai vu, euh... 3 adolescents suicidaires, on s'en souvient car on les voit très rapidement, il y a du suivi il y a des choses à faire

E : Avant ces 8 mois

I : Je ne vois plus

E : On va aborder le cœur du sujet. Dans votre pratique quotidienne avez-vous déjà été confronté à cette thématique, vous m'avez dit oui. C'est ça ?

I : Oui

E : 3 fois

I : 3 fois en 6 mois

E : Quel âge avaient-ils ?

I : Deux de 19 ans et une de 17 ans.

E : Etaient-ils des patients suivis au cabinet ?

I : Plutôt des adolescents qui venaient assez régulièrement en fait avec déjà des parents qui nous les emmènent assez souvent avec des problèmes d'anxiété ou des choses comme ça.

E : D'accord. Avec des plaintes physiques ?

I : Oui, avec des plaintes somatiques assez fréquentes. C'est pour ça, c'est des patients qui étaient assez bien connus du cabinet et des médecins que je remplace.

E : Est-ce que vous connaissez les facteurs de risque suicidaire de l'adolescent ?

I : Je... Le faible entourage familial.

E : Qu'est-ce qui vous fait tilter ? Ce qui pour vous est un facteur de risque ?

I : Le faible entourage, la déscolarisation, les problèmes relationnels amicaux ou amoureux... Après la maladie.

E : Après la maladie ???....

I : La maladie somatique et pas psychique et après les antécédents familiaux.

E : Est-ce que vous avez des difficultés dans la prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent ?

I : (*Silence*) Des difficultés euh... ?

E : Des difficultés dans le diagnostique ... ?

I : Non parce que moi je me fais très vite aider. Si j'ai le moindre risque. C'est quand même des adolescents ou des jeunes adultes...

E : Donc plutôt à l'aise ?

I : Moi je trouve que la difficulté euh...Oui c'est ça j'ai écarté la difficulté en me faisant aider facilement.

E : D'accord.

I : C'est à dire, comme je trouvais ça assez stressant et surtout que je ne veux surtout pas louper quelque chose, ou sous diagnostiquer ou sur diagnostiquer. Je me fais très vite aider par d'autres professionnels et je revois rapidement les adolescents pour ne pas passer à côté de

quelque chose. Je trouve que c'est une responsabilité qui est énorme.

Je préfère me faire aider plutôt que de faire ça toute seule dans mon coin.

Après ça dépend des situations.

E : Il y a d'autres facteurs qui vous ont mis en difficulté ? Notamment dans la consultation elle-même ?

I : Ouais dans la consultation elle-même. J'ai eu le cas avec le jeune homme que j'ai suivi. C'était très difficile de le faire parler. En plus c'est compliqué car j'ai récupéré le suivi du médecin que j'ai remplacé qui mettait dans l'ordinateur, adolescent euh... Un adolescent qui avait une dépression de l'adolescent avec des idées noires. Et moi je le revois dix jours après parce qu'il lui a demandé de revenir, il n'était pas là c'est moi qui le revois.

E : Et vous le voyez seul ?

I : Ben bien sur je le revois seul, il vient me voir parce que je remplaçais le médecin.

E : Seul euh ?? Enfin sans ses parents ?

I : Ah oui sans ses parents il avait dix-neuf ans. Et en fait moi il ne me parle pas du tout, je ne suis pas du tout dans la communication avec lui, alors c'est la première fois qu'on se rencontre parce que le médecin lui a demandé de revenir. Oui ce n'était pas évident.

Ce n'était pas évident de de de... D'évaluer la situation, savoir si réellement il était en danger ou pas... Où il en était en fait. Ces 15 minutes, c'est même plus, car c'était très très long à ce qu'il s'ouvre et à ce qu'il me parle un minimum. Il disait que ça allait, ça allait mais en fait euh...

E : À chaque fois vous les voyez toute seule ?

I : Oui

E : La présence des parents vous aurait-elle aidée ou non ?

I : En fait ce n'est même pas.... Ah 19 ans c'était un jeune adulte.

E : A partir de quel âge les voyez-vous seul ?

I : Cela dépend comment je le sens. Lui vivait déjà seul, avec sa copine, il ne vivait plus chez ses parents. Il en avait parlé à son entourage mais c'est pas du tout le genre de personne que je pouvais... ce n'était pas adapté de le voir avec ses parents.

E : Ce qui était difficile c'était qu'il ne s'ouvre pas en fait ? La communication ?

I : Très difficile de parler avec lui pour la première fois surtout que le médecin que je remplaçais venait de lui prescrire un antidépresseur. Il ne l'avait pas pris. C'était difficile de savoir les raisons, d'évaluer le réel risque suicidaire.

J'avais du mal à me faire mon avis avec s'il avait été diagnostiqué avec une dépression de l'adolescent directement trop vite ou s'il y avait une réelle dépression et que justement moi il me disait que ça allait alors qu'il y avait quelque chose d'autre en dessous.

Il avait un courrier pour aller à l'UNACOR. Le médecin que je remplaçais avait appelé l'UNACOR, il n'y était pas allé. Enfin voilà...

E : Est-ce que vous prescrivez un traitement ?

I : Oui ça m'est arrivé. Sur les 3, c'est moi qui ai initié le traitement pour une adolescente qui faisait une dépression mais beaucoup de troubles anxieux euh... J'ai introduit du Seroplex®.

E : D'accord. Vous les revoyez plus souvent ?

I : A l'introduction oui. Dans un délai d'une à deux semaines.

E : Oui mais même sans traitement ?

I : les 3 que j'ai suivis. Elle, je l'ai revue une semaine après sans mettre de traitement. Non dix jours après. Moins de deux semaines après. Et très vite, je lui avais dit comment ça allait se dérouler, que si ça n'allait pas mieux il faudrait mettre en place le traitement.

Et une fois que je lui en ai parlé plusieurs fois, j'ai mis en place le traitement au bout

de la 3ème consultation enfin moins d'un mois après notre première rencontre.

E : Après vous continuiez à quel rythme ?

I : Au début une fois par mois et puis après....

E : Pendant combien de temps ?

I : Elle en l'occurrence, j'ai fait une fois par mois pendant 3 mois puis après je l'ai vu 2 mois après.

E : OK euh... Vers qui orientez-vous cet adolescent à risque suicidaire quand vous en voyez un ? Dans quelles situations ?

I : Alors euh.... Parmi les 3 que j'ai suivis. Ma première patiente de 19 ans que j'ai vu toute seule que j'ai traitée par Seroplex®. Je n'ai pas estimé qu'il y ait de risque suicidaire.

E : Pourquoi en parlez-vous alors ?

I : Elle avait quand même une dépression euh ...

E : Oui elle était à risque quand même.

I : Oui, oui, je n'ai pas estimé qu'il y ait un risque imminent. Effectivement elle était à risque suicidaire mais non imminent. Comme j'avais une très bonne relation, qu'elle venait me voir et que euh.... Elle, je l'ai suivie toute seule.

Le 2ème, il a été envoyé une première fois à l'UNACOR, il n'y est pas allé...

Et après les 2 autres on les a envoyés à la maison de l'Adolescent. Je ne sais pas si c'est la Maison de l'Adolescent, un en face de Saint-Hilaire et l'autre au CMP de St Sever.

E : Est-ce que vous connaissez des structures qui peuvent vous venir en aide dans cette prise en charge ? Des spécialistes, des structures ?

I : Après euh...c'est vrai que je n'ai jamais appelé pour un adolescent mais je pense que j'appellerais si j'ai le moindre doute, j'appellerais l'UNACOR.

E : L'UNACOR ?

I : Après je crois que dans mon cabinet, ils travaillent beaucoup avec l'UNACOR.

E : Avez-vous des difficultés à obtenir de l'aide de vos confrères spécialistes, des psychiatres ?

I : En fait s'il y a vraiment une urgence on appelle l'UNACOR et ça se passe plutôt bien.

E : Ou des psychologues ?

I : On a des délais qui sont très longs pour le CMP à St Etienne du Rouvray. C'est compliqué. Après je pense que si c'est une urgence il y a toujours des possibilités de communiquer. Ça ne me fait pas trop... ce n'est pas compliqué.

E : Connaissez-vous d'autres acteurs, notamment dans la vie associative face à un adolescent à risque ?

I : Dans la vie associative non....

E : Non, en dehors des médecins, qu'est ce qui pourrait aider cet adolescent ?

I : Moi je suis à Saint Etienne du Rouvray donc de temps en temps on les envoie chez le psychologue, pour des raisons économiques c'est compliqué.

E : En dehors du milieu médical ?

I : Je ne sais pas

E : Des associations ?

I : Je ne sais pas

E : Contactez-vous sa famille ?

I : Après moi ça ne m'est encore jamais arrivé j'en ai encore jamais fait. Mais peut être que dans certaines situations ... si c'était des adolescents plus jeunes probablement.

E : D'accord. Quelles seraient les mesures qui pourraient vous aider dans la prise en charge ?

I : Je sais peut-être si on était plus informé du réseau. Je ne prends vraiment pas de risque avec les adolescents je trouve ça trop.... Peut-être que...

E : Peut être des formulaires ou des ... ?

I : Plus le réseau euh.... Des choses spécifiques de l'adolescent. Un peu plus d'information sur la prise en charge spécifique de l'adolescent suicidaire.

E : Est-ce que vous avez assisté à une formation sur ce sujet dans les 5 dernières années ?

I : Je crois que quand on était interne. Oui on avait une formation sur l'adolescent mais ce n'était pas spécialement l'adolescent suicidaire. C'était plutôt la consultation avec l'adolescent. On avait un cours comme ça pendant l'internat.

E : La formation que vous avez reçue vous a-t-elle parue adaptée ?

I : C'était adaptée oui mais ce n'était pas sur l'adolescent suicidaire c'était sur la consultation de l'adolescent.

E : Sur ce sujet il n'y a rien eu ?

I : Non je ne crois pas.

E : Est-ce que vous avez des commentaires à faire sur le sujet ? Si vous avez des questions ?

I : C'est fini ?

E : Je vous pose juste une question que j'ai oubliée de vous poser, vous me parliez d'urgences... comment déterminez-vous cette urgence ? Avec quels facteurs ?

I : Déjà avec les facteurs somatiques hein.... Si l'adolescent il a perdu du poids, s'il ne dort plus du tout, s'il me décrit un schéma suicidaire. Des idées noires. Avec des idées suicidaires et un schéma établi.

E : C'est un peu subjectif quoi ?

I : Oui c'est subjectif, c'est un faisceau d'arguments. S'ils sont entourés ou pas, c'est leur entourage, s'ils viennent tout seul, s'ils disent que la famille n'est pas du tout au courant, qu'ils n'ont pas de proches qui ne les entourent pas vraiment. C'est des arguments cliniques et l'entourage beaucoup.

E : Vous n'avez rien à ajouter ?

I : Est-ce que vous allez faire un petit.... L'objectif de votre thèse c'est ?

E : C'est de rechercher les difficultés qu'ont les médecins vis à vis des adolescents suicidaires, ce qui pourrait les aider, ce qu'il manque notamment au niveau de la formation, au niveau du diagnostic.

8.3.2. Entretien n°2

E : Est-ce que vous avez déjà été confronté à un adolescent à risque suicidaire ?

I : Cette année non. Après en remplacement oui.

E : Dans votre pratique quotidienne avez-vous déjà été confronté au risque suicidaire chez l'adolescent ?

I : Oui, 2 fois.

E : C'était dans les 5 dernières années ?

I : Oui. C'était l'année dernière.

E : Quels âges avaient-ils ?

I : Une jeune fille de 16 ans, et euh.... L'autre jeune fille, c'était un prépubère dans les environs de 12 ans.

E : C'était quoi à peu près leurs histoires ? Elles ont fait une tentative de suicide ou elles ont ... ?

I : La plus vieille avait fait plusieurs tentatives de suicide et la plus jeune c'était sa première.

E : Et la première était connue du cabinet pour ça ?

I : Euh... celle de 16 ans. Oui elle était connue pour des troubles psychiatriques, à type crises d'angoisse... euh.... Les 2 avaient des contextes familiaux un peu difficiles au niveau social.

E : C'est à dire des parents ? Monoparentalité ?

I : Non les deux des parents mais des contextes euh.... De chômage, d'éducation un petit peu laxiste, des familles un petit peu en difficultés financières euh...

E : La deuxième n'avait pas d'antécédents psychiatriques ?

I : Non c'était la première, non c'était la première fois. Elle a fait un tour au CHSR, elle a été diagnostiquée pareil, terrain anxio-dépressif derrière. Il y avait un contexte d'harcèlement scolaire, la deuxième, celle de 12 ans.

E : Est-ce que vous connaissez les facteurs de risque suicidaire chez l'adolescent ?

I : L'adolescence déjà c'est une période de transition émotionnelle donc déjà c'est un facteur de risque particulier, après il y a

l'environnement qui joue énormément que ce soit scolaire ou familial.

E : C'est à dire au niveau scolaire ?

I : Par exemple il y a des difficultés scolaires ou des difficultés de relation sociale. Euh.... Un enfant qui sera isolé je pense sera beaucoup plus amené à faire ce genre de choses. Des harcèlements aussi etc... euh...après je pense qu'il doit y avoir des histoires familiales parce qu'un enfant qui a des antécédents par rapport à ça ou qui a vu chez lui ce genre de choses peut être plus facilement amené à le répéter. Après tout ce qui est addictions euh. Alcool, cannabis je pense...

E : Est-ce que vous avez eu des difficultés dans la prise en charge de ces deux adolescents ?

I : C'est un terrain sur lequel je ne suis pas très à l'aise, parce que je suis jeune médecin généraliste, donc sur le cas nous ne sommes pas ultra formés non plus. Euh.... Moi pour les 2, c'était dans le coin d'elbeuf donc j'ai géré ça avec l'hospitalisation des urgences d'elbeuf.

E : Avec les Feugrais ?

I : Oui. J'ai géré ça avec les internes sur place.

E : Et ça été difficile de prendre contact avec eux ?

I : Non ça a été assez facile par contre ça a été plus difficile de ... de convaincre les enfants, enfin les protagonistes de l'histoire, les amis... De les amener, d'expliquer les choses. De toute façon c'est des consultations longues. L'organisation en soit non puisque c'était un courrier, appeler l'interne de service pour expliquer un peu les choses pour que lui gère la prise en charge avec le secteur. Ils ont une unité.

E : Ils ont une unité de ... ?

I : ils ont une unité avec un psychiatre ; avec une assistante sociale etc... qui est attachée au service en fait donc c'est ça c'est eux qui.... La deuxième celle de 16 ans était déjà connue chez eux donc ils

I : ont repris. Euh. Après oui c'était plus difficile sur la gestion de quoi faire, comment faire, comment définir vraiment les facteurs de gravité puisque moi les 2, je les ai vus vraiment à distance euh... de la chose.

E : C'était de déterminer l'urgence qui était un peu difficile ?

I : Alors là... Pff c'était euh... Si je me souviens bien ça fait un bout de temps. La première elle avait avalé des médicaments le samedi et j'ai dû la voir le mardi, oui le mercredi parce qu'elle l'avait seulement dit à ses parents et euh... la deuxième était pas vraiment passée à l'acte mais était restée enfermer plus de deux heures dans sa chambre avec un couteau en disant qu'elle allait s'ouvrir les veines ; c'était plus de la consultation d'urgence, finalement de gestion de crise la deuxième c'était plus finalement la crise ... la crise était plus ou moins passée, il y avait rien de médical à faire.

E : La première c'était vraiment l'urgence ? C'était vraiment la crise suicidaire ?

I : Ouais celle de 12 ans c'était vraiment en pleine crise et celle de 16 ans c'était plus une tentative je dirais plutôt avortée pour faire le point plutôt qu'autre chose.

E : Et avec celle de 12 ans pour la crise suicidaire ça été facile de la faire hospitaliser ?

I : Ben je vous ai dit ça été complexe d'expliquer les choses, de faire comprendre aux parents qu'effectivement il fallait gérer les choses en hospitalisation. C'est plus l'entourage familial qui était un petit peu difficile déjà.

E : Justement, quels sont les facteurs qui vous ont mis en difficultés ? C'est plus les parents en fait ?

I : Plus l'entourage familial et la personne concernée pour convaincre de la nécessité des soins et euh...

E : C'est parce que les parents n'iaient c'est ça ?

I : Ils étaient plus ou moins euh conscients des choses parce qu'ils me l'ont emmenée en consultation mais euh.... Ils cherchaient effectivement d'autres solutions qu'une hospitalisation euh... une sorte de minimisation des choses. Est ce qu'il n'y a pas possibilité peut-être de juste mettre un médicament et de voir un psychologue en ville ? Voilà sur ce genre de choses.

E : Est-ce que la communication avec l'adolescent cela vous pose des difficultés ?

I : Je ne suis pas spécialement à l'aise parce que j'ai quand même ... il faut quand même adapter le discours. Déjà un adolescent de base, alors un adolescent en crise psychologique c'est compliqué.

E : Est-ce que vous leur avez prescrit un traitement ?

I : Dans les cas.... Par rapport à après ?

E : Non immédiatement si vous identifiez un adolescent à risque suicidaire est ce que vous décidez de mettre un traitement ?

I : A posteriori sur la première là de 12 ans je pense j'aurais pu lui administrer un petit Xanax si j'en avais au cabinet pour faire descendre un petit peu les choses sinon sur des gestions de crise comme ça je préfère qu'il soit vu par des spécialistes ou un pédopsychiatre dans un environnement particulier.

E : Si c'était un adolescent qui vous disait « j'ai des idées suicidaires » mais qui ne veut pas passer à l'acte là vous mettriez un traitement ?

I : Oui ; je mettrais plutôt des benzodiazépines ou du Stresam.

E : Ça ne vous dérangerait pas de mettre un traitement chez l'adolescent ?

I : Non s'il y a vraiment, si vraiment au niveau des scores je vois qu'il n'y a pas de risque suicidaire immédiat je ferais des consultations rapprochées avec et sans les parents avec la mise en place de benzo à petites doses en délivrances

hebdomadaires pour pas qu'il y ait de stock et moi ça me dérangerait pas.

E : Sur quel score vous appuyez-vous ? Vous le déterminez comment ?

I : Le nom du score, je ne vais pas pouvoir... en fait je tape sur internet.

E : C'est le RUD ?

I : Oui c'est ça. Je tape sur internet.

E : Celui-là est plus spécifique de l'adulte

I : Toute façon il n'y a pas de score euh...

E : Chez l'adolescent il y a quelques tests, il y a la TSTS CAFARD pour détecter des troubles dépressifs, le RUD est plus spécifique de l'adulte.

E : Vous le revoyez plus souvent après la crise ?

I : Bah le souci sur ces deux cas-là, c'était sur des remplacements de 15 jours. Donc j'ai géré les choses et je n'ai pas eu trop de nouvelles, après dans l'optique des choses-là si ça m'arrivait sur mon poste actuelle euh... je pense que je demanderais aux parents de le revoir à la sortie d'hospitalisation comme je fais pour des pathologies chroniques euh... Et effectivement un suivi un peu plus régulier s'il est possible et si les gens adhèrent est envisageable.

E : Ça serait à quel rythme ?

I : Moi je pense qu'en sortie d'hospitalisation une fois par semaine, une fois tous les 10 jours ; un petit peu comme chez l'adulte quand on commence un traitement par des benzo quoi.

E : D'accord. Vous l'orientez vers qui ? Dans quelle situation ?

I : Moi j'ai bossé avec les Feugrais parce que j'y ai bossé en tant qu'interne donc je savais qu'il y a eu un service et je n'étais pas trop loin. Là, je suis sur francqueville st pierre je pense que je basculerais pareil les Feugrais ou le CHSR. Ou l'unité de pédopsychiatrie de Rouen si besoin. S'il y a une urgence moyenne ça dépend, ça dépend euh... (*Rires*) Si c'est léger je pense que je les revois à 48h s'il n'y a pas de risque de crise imminente si le contexte

familial s'il y a tout un tas de choses à côté, j'oriente quand même vers un spécialiste pour un avis.

E : Est ce que vous connaissez bien toutes les structures au niveau local ?

I : A part celles que je viens de vous citer non.

E : A part les Feugrais ?

I : Les Feugrais, l'unité de pédopsychiatrie de Rouen....

E : Le CMP ?

I : Le CMP il y en a un à Mesnil Esnard après je n'ai jamais eu l'occasion de travailler avec eux. Oui je connais globalement les structures.

E : Et un pédopsychiatre ?

I : Il y a un orthophoniste, un psychologue à Mesnil Esnard ils ont quand même un pôle. Mais j'ai eu l'occasion d'avoir recours à leur service.

E : Et jamais vous ne les avez orientés vers la Maison de l'Adolescent à Rouen ?

I : Non

E : C'est un peu trop loin ?

I : Parce que ce n'est pas un réflexe tout simplement.

E : Est-ce que vous avez des difficultés à obtenir de l'aide des spécialistes ?

I : Sur les deux cas non parce qu'ils avaient des critères de gravité importants donc euh... sur les deux cas non car c'était des crises. Je ne sais pas après pour les délais de rendez-vous dans le cas d'un risque minime.

E : Vous n'avez eu d'expérience de ça ?

I : Non

E : Est-ce que vous connaissez d'autres acteurs qui peuvent vous venir en aide ; ou à l'adolescent lui-même ou sa famille ?

I : Les éducateurs spécialisés, les assistantes sociales. Après au niveau familial ça dépend des parents, je pense qu'ils sont aussi les principaux aidants. Après au niveau scolaire on doit pouvoir faire aussi des petites choses sur l'infirmière de vie scolaire ou les conseillers principaux d'éducation.

E : Est-ce que dans vos deux cas, il y a eu un retour de l'infirmière scolaire, un appel ?

I : La deuxième de 16 ans était adressée par l'infirmière scolaire en fait. Elle l'avait raconté à l'infirmière scolaire.

E : Est-ce que vous connaissez par exemple des hotlines, des sites internet ?

I : Non je ne m'y suis jamais intéressée.

E : Quelles seraient pour vous les mesures qui pourraient-vous aider dans la prise en charge de l'adolescent suicidaire ?

I : Une formation déjà ... (*rires*). Une formation ça pourrait être pas mal sur comment aborder le sujet, comment gérer le côté familial, comment gérer les à-côtés.

Après euh... ça dégrossirait pas mal de choses. Peut-être avoir des moyens de communication, d'informations type des livrets.

E : Des questionnaires ou des ... ?

I : Oui plutôt de livrets d'informations selon les différents centres sur lesquels effectivement on peut se baser en fonction des risques. Comme ils font par exemple pour la pilule. Après c'est à peu près ce que je vois.

E : Et au niveau ... ?

I : Une formation au niveau du dépistage peut être, parce que là on parle de la crise mais le dépistage euh....

E : Et justement, par ce que vous vous exercez depuis 2 ans c'est ça ?

I : J'étais remplaçant pendant un an et demi et je suis installé en cabinet depuis janvier, donc je suis installé depuis 5 mois.

E : Et sur ce sujet-là ? Est-ce que vous avez eu une formation ?

I : Il me semble qu'on a eu un ED à la fac pendant l'internat mais c'est à peu près tout.

E : Il n'y a pas eu de FMC ? En post internat ?

I : Je n'ai pas l'impression ou alors je n'ai pas été au courant.

E : Est-ce que la formation que vous avez eue durant vos études vous semble adaptée ?

I : Un peu légère mais de tout façon sur tout ce qui est pédiatrie, et psychiatrie c'est limité.

E : Qu'est-ce que vous préconiserez ? Plus de cours de psychiatrie ?

I : Les cours je ne suis pas sûr de l'intérêt parce que ça reste des mots ce n'est pas de la gestion de personnes en fait. Les cours on les a appris quand on a travaillé pour le concours enfin voilà... plutôt de la mise en situation ou le passage à hauteur de 2-3 semaines en unité de pédopsychiatrie pendant le stage de pédiatrie par exemple. Moi les quelques notions que j'ai c'est mon stage que j'ai fait dans l'unité de pédopsychiatrie attachée à Elbeuf.

E : C'était durant l'internat ou l'externat ?

I : Durant l'internat. Mais sinon je n'ai pas voilà.... De la mise en situation.

E : Avant l'internat ?

I : Je n'ai pas ... je crois que c'est une page, ou 2 -3 pages dans le livre de psychiatrie.

E : On arrive à la fin de l'entretien. Est-ce que vous avez des commentaires à faire sur la thématique ou sur le sujet de thèse ?

I : Moi je pense que c'est un sujet de thèse très intéressant, je pense que c'est un sujet de thèse qui ne rapporte pas quelque chose de fréquent mais qui néanmoins lorsqu'on est devant la situation, c'est des choses sur lesquelles on peut être très gêné euh... parce qu'on a pas forcément les clés pour réussir ce genre de consultation.

E : Est ce qu'il y a des questions que vous aimeriez que l'on pose à d'autres médecins ?

I : Confirmer... je ne sais pas, je pense après que plus on en fait, plus on sait gérer les choses peut être, peut-être une question d'expérience et de façon de faire,

parce qu'on est pas tous sensibles pareil à ce genre de chose.

E : D'accord. Vous dans la famille il y a des antécédents personnels qui auraient pu ?

I : Moi j'ai mon grand-père qui s'est suicidé.

E : Et ça joue ça dans ... ?

I : Oui car je suis plus sensible à la détresse, on sait le retentissement familial après sur des adultes je pense que c'est complètement différent d'enfant. Une dimension plus importante.

E : Merci beaucoup d'avoir participé.

I : De rien merci.

8.3.3. Entretien n°3

E : Est ce qu'il y a d'autres personnels médicaux ? Ou para médical dans votre cabinet ?

I : Paramédical, oui, il y a des infirmiers, une sage-femme, une ostéopathe, une orthophoniste, une psychomotricienne, une diététicienne et je crois que c'est tout.

E : Et une psychologue ?

I : Non, pas de psychologue

E : Vous travaillez sur rendez-vous uniquement ?

I : Oui

E : Vous faites un peu d'urgence ? Un créneau d'urgence ?

I : Oui, avec des créneaux d'urgence, bien sûr.

E : Est-ce que vous participez à une permanence de soins ?

I : Non, du tout, on a SOS médecins qui prend toutes nos gardes systématiquement, donc aucune permanence de soins.

E : Vous avez combien de consultations, à peu près par an ?

I : Par an ?

E : Ou par semaine, par semaine ?

I : J'en ai 30 par jour, euh... fois 5..... Euh 150

E : 150 Je ferai le calcul. Est-ce que vous avez déjà été confronté à un adolescent à risque ? Cette année ?

I : Récemment, c'était un grand adolescent, il avait 21 ans

E : Oui

I : Il avait un petit épisode dépressif sévère, il venait de finir son bac, il avait terminé son bac, il est arrivé, il faisait un BTS avec en alternance dans une entreprise, il s'est retrouvé dans une entreprise et ça a été très difficile pour lui, je crois...

E : Et dans les 5 dernières années, vous avez eu plusieurs cas ?

I : J'ai dû en avoir plusieurs, oui, je les compte sur les doigts de la main, oui, ça doit être 4 ou 5 par an, maximum

E : Donc, c'est très rare ?

I : C'est assez exceptionnel

E : Et vous, vous avez beaucoup d'adolescent en consultations ?

I : J'en ai quelques-uns, oui, oui, j'ai reçu mon RIAP, je dois savoir dans cette tranche d'âge. (*Il consulte ses papiers*) ...voilà.... Est-ce que j'ai ça ? En fonction de la tranche d'âge. Moins de 16 ansce n'est pas très clair...entre 16 et 59 ans. ... euh

Je ne peux pas dire...euh moins de 16 ans. En volume ... ? J'ai eu 21 patients dans l'année.

E : D'accord, le jeune homme dont vous vous souveniez, c'était un patient que vous connaissiez ?

I : Oui.

E : Depuis tout petit ?

I : Que je suivais depuis des années, des années

E : Il avait des antécédents particuliers ?

I : Non, aucun antécédent particulier, non

E : Ni familiaux ?

I : Ni familial.

E : Et les autres cas que vous aviez eu, ils n'avaient pas des soucis de santé particuliers ?

I : Attendez. Que je me rappelle précisément ? Alors, oui ce que j'ai retrouvé à plusieurs reprises, oui, c'étaient des adolescents chez qui les parents avaient eu aussi des épisodes dépressifs récurrents.

E : Et des tentatives de suicides ? Chez les parents ?

I : Euh. Pas forcément ...

E : Des épisodes plus dépressifs ?

I : Oui, des épisodes dépressifs...

E : Est-ce que vous connaissez, justement, les facteurs de risques suicidaires de l'adolescent ?

I : Euh ... ? Antécédents familiaux... euh bien sûr, ça doit être le premier ...euh ...je n'en sais rien, après il doit y en avoir d'autres, ça va être. Euh

E : En gros, qu'est-ce qui vous alerte chez un adolescent ? Vous principalement

I : Ce qui m'alerte ? C'est surtout quand il y a une rupture par rapport à son cheminement scolaire, son cheminement professionnel, s'il travaille déjà un peu.

E : Au niveau familial aussi ?

I : Et puis les ruptures familiales aussi, tout à fait.

E : D'accord.

I : Et, ce qu'on retrouve très souvent, mais je ne sais pas si c'est le motif principal qui déclenche la crise parfois c'est une rupture.

E : Sentimentale ?

I : Sentimentale, quand la copine est partie...quand le copain est parti ...

E : Est-ce que vous avez, des difficultés justement dans la prise en charge du risque suicidaire, spécifiquement chez l'adolescent où ? C'est autant chez l'adulte que chez l'adolescent ?

I : Oui, je pense que c'est aussi compliqué parce que c'est vrai que, on se pose toujours la question hospitalisation ? Pas hospitalisation ? Qu'est-ce qu'on en fait ? Est-ce que on reste, on le garde dans son milieu habituel ou est ce qu'il faut essayer de trouver une autre solution ? Donc, euh ... c'est toujours un moment difficile, c'est toujours des consultations assez longues, enfin, je veux dire, on ne peut pas traiter l'affaire en 10 minutes, en 15 minutes.

E : Et vous les recevez, vous, seuls ? Ou avec les parents ?

I : Dans la mesure du possible, il y a 2 consultations, une avec les parents d'abord très souvent, puis je demande aux parents de partir et de rester dans la salle d'attente pour pouvoir avoir un dialogue tête à tête.

E : D'accord, et ça se passe bien ? Les parents ? Dans ces cas-là ?

I : les parents nient souvent la situation, se voilent la face sur certaines choses, qui sont ; euh

E : Oui, car eux vous les amènent pour ? Un autre souci ? Des plaintes somatiques ?

I : Oui, c'est ça, des choses comme ça : il ne dort pas bien, enfin, des petits soucis et puis finalement on s'aperçoit qu'il y a autre chose et qui traîne depuis des mois et des mois, parfois.

E : Et vous leur demandez, aux adolescents, est ce que tu as pensé au suicide ?

I : Oui, assez systématiquement, j'espère que j'y pense à chaque fois... (*Petits rires*)

E : Les questions sont un peu redondantes euh.... Les facteurs qui vous ont mis en difficultés justement dans ces ...euh... dans ces ... c'était plus la présence des parents ? Le déni des parents ?

I : Le déni, ouais...

E : Et la communication avec l'adolescent lui-même ? Il n'y a pas ?

I : Quand je les connais bien, ça se passe bien, quand on ne les connaît pas bien c'est plus difficile, quand c'est un gosse qu'on voit pas souvent, qu'on a pas vu depuis très longtemps, il a pas forcément envie de voir un médecin, il voit pas et donc on est parfois devant un mur.

E : Et vous, le fait que vous l'avez souvent suivi, c'est un avantage ?

I : Ah oui ! C'est un avantage, quand on le connaît bien, on peut parler d'autre chose, on peut parler de sport, on peut parler d'autre problème.

E : C'est plus un avantage ? Car certains médecins vu qu'ils les connaissaient bien, ils ont du mal à poser ces questions-là ...

I : Non, moi ça ne me dérange pas, au contraire.

E : D'accord, oui, est-ce que vous leurs avez prescrit un traitement ?

I : Quand il y a un risque suicidaire, oui souvent je propose quand même un traitement anti dépresseur, en première intention. Mais c'est surtout avec un suivi, je les revois une semaine après, enfin...

E : Et vous les adressez tout de suite aussi à un pédopsychiatre psychiatre ?

I : Oui, si réellement il y a un risque suicidaire qui est bien exprimé, en tout cas, euh. J'essaie de l'adresser à un psychiatre ...euh ... euh ... C'est souvent la maison de l'adolescence qui ouvre assez facilement les portes. (*Rires*)

E : D'accord.... Oui, ils sont Et d'ailleurs je les ai rencontrés pour faire le questionnaire ; ce n'est pas tout le monde qui y pense ...

Et L'UNACOR, ça vous ... ?

I : L'UNACOR, aussi, mais c'est plus compliqué, parce que c'est un psychiatre et c'est toujours une autre démarche et qui rebute et les parents et l'adolescent lui-même, souvent

E : Et vous les revoyez, un peu plus souvent ? Justement, vous disiez une fois par semaine ? C'est ça ?

I : Ouais, si je mets en route un traitement ou si réellement le risque suicidaire est exprimé, c'est un patient que je revois la semaine suivante.

E : Et vous le suivez ? Après, vous faites ça pendant combien de temps ?

I : Ah ! Après ça dépend comment ça évolue.

E : D'accord, et vous avez souvent des perdus de vue ? ...Euh ...dans ces ados là, vous ...ils reviennent assez bien ... ?

I : Non, je pense que je n'ai pas trop de perdus de vue, ils sont... ils restent bien pris en charge.

E : Après vous orientez votre adolescent vers qui ? Dans quelles situations ? Vous disiez, S'il y a une forte urgence ?

I : voilà, s'il y a une urgence c'est quand même la Maison de L'Adolescent qui me permet d'avoir rapidement une consultation spécialisée, après ...euh ...Si, aussi il y a Saint Hilaire, y a aussi une consultation d'urgence en psychiatrie qui permet aussi d'avoir parfois une consultation dans les jours qui suivent ...euh ...dans les 2 ,3 jours qui suivent pour

faire le point de la situation, adapter le traitement, souvent

E : Et justement le risque suicidaire, vous le ? vous avez un outil pour le ?

I : Non.

E : Pour le calculer ?

I : Non.

E : Des aides ?

I : Non, non, je n'ai pas ...euh j'ai pas d'algorithmes...je n'ai pas ...euh ... (*rites*)

E : Donc, C'est vraiment quand vous estimez que le risque est très important, c'est sur quels ...euh ... ? C'est quand vous disiez qu'il y a un risque évoqué ?

I : Alors Quand il est exprimé, et surtout quand la personne a déjà expliqué comment il va faire.

E : Qu'il y a un schéma ?

I : Un schéma qui se prépare ...

E : Et que les moyens sont évoqués ?

I : Voilà !

E : Vous connaissez les structures qui peuvent vous aider ? Vous m'avez dit psychiatre ? Et est-ce que justement vous avez des difficultés à obtenir de l'aide auprès des psychiatres ?

I : Ah ! Parfois oui Euh Parce qu'il arrive que ce soit un patient qu'on voit tard le soir et puis on n'a pas facilement un contact direct avec une structure ouverte ...euh ...après 19 H....C'est pas toujours évident ...

E : D'accord, mais si c'est en pleine journée, la maison de l'adolescent ...vous avez ... ?

I : Je n'ai jamais eu trop de difficultés pour les joindre, pour adresser les patients qui, ...dont c'était indiqué

E : D'accord, parce qu'il y a des pédopsychiatres à Rouen ...À part la Maison de l'Adolescent, vous en connaissez ?

I : Non, ... personnellement, j'en connais quelques-uns mais alors les rendez-vous c'est compliqué à décrocher, à ce qu'ils décrochent le téléphone.

E : Donc, votre interlocuteur principal c'est... ?

I : D'ailleurs s'il n'y a pas d'urgence, si je sens que le risque suicidaire n'est pas trop présent, effectivement, je peux adresser à un pédopsychiatre de ville, mais le rendez-vous, souvent, ça va être 15 jours, 3 semaines, un mois après quoi

E : Donc, soit l'urgence n'est pas absolue et vous le prenez en charge ou soit ... ?

I : Oui.

E : Est-ce que vous connaissez d'autres acteurs que les professionnels de Santé qui pourraient vous venir en aide, justement dans ... ? à vous ? à l'adolescent, qu'est-ce que vous lui conseillez ?

I : Alors ... euh ... Après, il y a tous les problèmes de toxicomanie qui peuvent intervenir dans ce cadre-là, et donc " La Boussole" nous aide aussi pour débrouiller des situations un peu complexes ...

E : Mais, est-ce que vous connaissez par exemples des numéros de téléphone vers qui les orienter ?

I : Je recherche sur internet ...

E : Oui et vous y pensez souvent ?

I : Oui ...oui.

E : Et les infirmières scolaires, est ce qu'elles vous contactent, ou est-ce que vous avez ... ?

I : J'ai très peu de contactça arrive qu'elles me sollicitent mais moi personnellement je ne les appelle jamais. Ça m'est arrivé de recevoir un adolescent à la demande d'une infirmière scolaire, ça a dû m'arriver de temps en temps ...euh Ça doit arriver 1 fois tous les 5 ans, ça.

E : Quelles seraient selon vous les mesures qui pourraient vous aider dans la prise en charge du risque suicidaire ? Une formation ? Des formations un peu plus fréquentes ? Ou une consultation dédiée ?

I : Non...euh Mais les formations ...ouais Je fais partie d'une FMC et puis c'est vrai qu'on n'a jamais, euh ou en tout cas il y a longtemps qu'on ne l'a pas

abordé ce problème psychiatrique de l'adolescent

E : Justement dans les 5 derniers années. Vous vous en souvenez ?

I : Cela doit faire plus de 5 ans ...euh ... ça doit faire peut-être 10 ans que je n'ai pas eu une formation ...

E : Mais vous en aviez déjà eu ?

I : Oui, j'en avais déjà eu une

E : Mais il y a plus de 5 ans ?

I : Oh ! Oui il y a plus de 5 ans. Mais je pense que ça serait important de se remettre à niveau, voir un petit peu les réseaux qui fonctionnent ...

E : Et vous la politique de prévention, vous en pensez quoi ? C'est quoi ? Est-ce que vous avez vu des choses qui Car depuis 2014 il y a eu

I : les mesures de prévention ...euh ...alors ...je ne sais pas si c'est le numéro qui est accessible à tous les adolescents pour pouvoir ...Ça, je pense que c'est une bonne chose ...euh Est ce qu'il est très utilisé ? Euh ... je n'en sais rien ...

E : Un des objectifs c'était aussi la formation des médecins ...

I : Oui ... euh ... Il n'y a pas eu

E : Et durant votre internat, il y a eu une formation, un peu sur ça ... ?

I : Euh... non

E : Donc la formation que vous avez reçu durant vos études, elle vous semble adaptée à ce sujet-là ?

I : Elle était très légère, c'est surtout la formation sur le terrain, quand on est confronté au problème, et qu'il faut réagir, ils ont aussi le fait de travailler en groupe ...euh Parfois, on s'arrange les uns avec les autres, on se téléphone, on communique quand on a un gros souci de ce genre pour savoir à qui tu adresses ton patient, euh surtout quand il y a une adolescente qui ...

E : Le fait d'être en cabinet de groupe du coup ... ?

I : Oui, ça facilite les choses, oui.

E : Au niveau de la formation. Qu'est-ce que vous préconiserez ? Soit au niveau de l'internat ? De l'externat ?

I : Moi, je pense que ce qui est important dans la formation. Euh. C'est de connaître, un peu ...euh ... les réseaux qui fonctionnent pour accueillir un adolescent qui est en crise

E : Les réseaux ?

I : Oui, les réseaux locaux qui permettent de guider les jeunes ...qui déraillent un peu et de ...

E : Au niveau du diagnosticvous ? Il n'y a pas ? Il n'y aura pas ... ?

I : Beuh ! Ah si ...il y a toujours des choses à apprendre ...moi personnellement, je ne suis pas J'ai encore des choses à apprendre là-dessus...

E : Mais non. (*Rires gênés*) C'est plus : adresser à qui ? Quand ?

I : oui.

E : Est-ce que vous avez des commentaires, justement ...sur le sujet de thèse ? Ou des questions que vous aimeriez que je pose à d'autres médecins ? ...pour approfondir

I : Ah là ? Je n'ai pas de questions qui me viennent ...à la tête, non.

E : D'accord ...ce qui pourrait être amélioré dans le questionnaire ? Euh après je prends toutes les remarques ... (*rires*).

I : Euh ...non, non Il n'y a rien à améliorer...c'est pas mal !

E : Bon, merci beaucoup d'avoir participé.
Ça a duré 16 minutes

8.3.4. Entretien n°4

E : Travaillez-vous en consultations libres ?

I : Consultations sur rendez-vous, mais dans ce genre de circonstances ça peut être libre, je pense, la maman qui me téléphone que sa fille a fait des scarifications ou autre, j'ai dit "il faut absolument qu'elle vienne".... Et ce n'était pas un problème qu'il n'y ait pas de rendez-vous, je l'ai reçue comme ça.

E : Et vous faites combien de rendez-vous par semaine, à peu près ?

I : Par semaine euh ...euh ...120 ...euh, une moyenne de 120.

E : Donc on va aborder et vous questionner sur le sujet de ma thèse qui concerne "la prise en charge du Risque Suicidaire de l'adolescent au cabinet de médecine générale"

Selon l'OMS, l'adolescence étant la période entre 10 et 19 ans, c'est assez large...

I : Ouais ...Alors là on aurait beaucoup à dire sur la Maison de l'Adolescent ... une fois, j'ai essayé de leur « fourguer » une gamine qui avait 10 ans et que vraiment ça a été ...comment dire Du ... j'ai eu un peu de mal à ce qu'ils la prennent en charge

E : Ah bon ! Pourquoi ?

I : A 10 ans ...ben parce que ...euh ...euh

E : C'était trop jeune pour eux ?

I : Euh ... pour eux c'était 13 ans ...machin chose Mais on y est arrivé quand même mais ...

E : ils vous ont orientés vers qui alors ?

I : Euh ...non, mais finalement on est passé par la MDA (Maison de Adolescent), j'ai eu un pédopsychiatre qui était très bien.

E : D'accord...et justement vous avez déjà été confrontée ...A des situations difficiles ?

I : Ouais, ouais.

E : A peu près combien, vous en souvenez-vous ?

I : Euh ...euh... on en a 2 à 3 par an, mais c'est un peu compliqué quand on est

médecin généraliste de les faire rentrer dans le circuit ...hein !

E : C'est à dire dans le circuit psychiatrique ?

I : Ouais...ouais.... Parce qu'en plus ...euh ...euh ...excusez-moi ...je suis un peu désordonnée (*le médecin est en train de chercher des dossiers*)

E : Oui, oui, Il n'y a pas de soucis, de toute façon j'enregistre et puis c'est très bien, c'est un questionnaire semi dirigé....

I : Je suis en train de penser ...euh ...comment, elle s'appelle ? L. C'était un peu compliqué parce qu'elle a un père dépressif et compagnie Euh ...euh ...

E : C'était compliqué dans le fait que ... ?

I : Ça a été compliqué d'avoir un contact euh. Euh

E : C'était dû à un psychiatre ? A la famille ?

I : Ah non ! C'était dû à la structure...qui ne voulait pas la prendre en charge

E : D'accord ...

I : Moi je l'ai vu début mars et je pense qu'elle a été prise en charge ...pendant les vacances d'avril ...donc c'est un peu long. Bon, elle n'était pas suicidaire mais elle a un père qui a fait plusieurs tentatives de suicides.... Elle a une mère ...qui est dépressive Qui a une personnalité qui est peut-être bi polaire Donc moi j'avais besoin d'un avis d'expert ...d'autant plus que ... je m'en souviens on n'est pas autorisé à mettre des antidépresseurs nous

E : Oui ...à 10 ans c'est un peu difficile

I : Non pas à 10 ans ... Elle a 13 ans

E : Oui ...oui

I : Je veux dire ...euh ... Je n'en mets pas ...

E : Y a certains médecins qui en mettent ...à partir de 16 ans

I : ouais ...moi ...je....

E : D'accord ...vous préférez avoir. ?

I : Il y a eu des recommandations ou on n'était pas sensé en mettre ... donc ... pff !

E : Donc le traitement chez l'adolescent ?

I : Chez l'adolescent, je ne mets pas d'anti-dépresseur, je n'en mets plus, j'ai fait ça il y a 20 ans, mais je ne le fais plus ... voilà ...je ne le fais plus parce que ...

E : D'accord

I : Je ne le fais plus ...on peut voir par un autre biais ...Je demande un rendez-vous mais je n'ai pas envie que ça traîne non plus !!!!!

E : Il faut que ça soit ...

I : Euh ...que ça soit réactif !

E : C'est la seule fois où vous avez eu des difficultés avec la MDA ? Ou ils les prennent assez rapidement ... ?

I : La MDA ...euh ... ça peut être un peu compliqué euh ... La grosse difficulté, est qu'on a la sensation, je règle mes comptes avec la MDA ...

E : Non ... Après je suis là aussi ... faut qu'il y ait des choses qui ressortent ...

I : On a l'impression qu'on sous-estime notre vision, notre appréciation, notre feeling ...mais bon, on finit par en avoir un petit peu quand même ! Heureusement pour nous ...Sinon on est mal parti....

E : Justement chez ces ados, qu'est-ce qui vous alerte ? Le contexte familial ?

I : Qu'est ce qui m'alertait ? Euh ...

E : L'adolescent qui allait mal ?

I : Là, j'ai vu que c'était le père ...euh ...euh, c'était l'histoire familiale ...euh ...euh.

E : Il y avait un décrochage scolaire ?

I : Oui, il y avait un décrochage scolaire depuis longtemps.

E : Vous voyez les adolescents seuls ?

I : Pas forcément ...j'ai un peu de mal à les voir seuls ...euh ...pff !

E : Avec les parents ça se passe bien ?

I : Oui, globalement ça se passe bien.....là, je suis en train de penser euh ...euh ... Et puis parfois ils sont fermés comme des huîtres.

E : Oui, par rapport à l'adulte c'est plus dur le fait de plus les connaître ?

I : C'est compliqué, c'est compliqué ..., *(elle tire un dossier et se remet à parler d'un cas),*

En fait, il a été hospitalisé, j'ai fait un courrier

E : Ce sont les parents qui vous l'avaient amené ? Ou c'était l'infirmière scolaire qui vous a appelée ?

I : C'était les parents.....c'était au mois d'aout ...le temps a passé et il est toujours autant déscolarisé ...ce qui m'interroge c'est qu'on n'ai pas mis en place quelque chose de familial, un soutien familial ...quoi ! Là il n'y a quasiment pas de soutien familial.

E : Il avait une structure familiale complètement ...

I : Une structure familiale ...très compliquée.

E : Et pour l'adolescent, avez-vous pensé à des associations ?

I : J'aurais bien aimé, mais ça prend beaucoup d'énergie ...

E : Oui.

I : Attendez ... *(elle tapote sur son ordinateur à la recherche de ?)*

E : Et maintenant, si vous voyez un nouvel adolescent..., n'y a-t-il pas des associations ou des interlocuteurs autre que médicaux qui pourraient vous aider ?

I : Des associations ? Euh. Je sais qu'il y a le côté familial...

E : Oui, c'est plus pour aider la famille ?

I : Oui, aider la famille et puis faire en sorte ...car la souffrance de ce gamin ...la souffrance de ce gamin.... *(Hésitante car lit en même temps le dossier)* attendez Moi je me suis dit, elle est sévère la dépression de ce mouflet... !!

E : Oui ... ?

I : Aujourd'hui, on dit qu'il est bipolaire, qu'il a un mal de chien à prendre ses médicaments, mais ...pff !

(Bruits d'imprimante, le médecin m'imprime le dossier)

E : Est-ce que vous utilisez des outils, justement pour mesurer le risque suicidaire chez l'adolescent ou c'est plus à l'interrogatoire ?

I : C'est plus à l'interrogatoire ...et euh Et je pense Et pour un adolescent à risque suicidaire ...je ne prends pas ça à la légère ...

E : oui

I : Voilà Je ne prends pas ça à la légère ...euh ...parce que euh Il y a des idées suicidaires que les adultes critiquent ...quoi ... je ne me mets pas martel en tête sur des idées suicidaires qui ...oups ! Y a un mauvais ange qui passe ...et qui sont parties (*les idées suicidaires*) quoi !

Autant chez l'adolescent ...J'ai un peu envie ...euh ...que ça lui ne reprenne pas trop souvent quoi

E : Oui ...en plus ils sont souvent impulsifs

E : Et vous leur demandez : Est-ce que tu penses au suicide ? Le mot "suicide" ...vous le prononcez ?

I : C'est souvent " idées noires" ...euh c'est une périphrase.... Est-ce que tu penses au suicide ? Euh, je n'utilise pas assez ce terme, mais je pourrais, il ne faut pas avoir peur ...Mais c'est plutôt " idées noires".

E : Il y a des médecins qui n'aiment pas le prononcer. Et " idées noires ", les adolescents comprennent ?

I : Oui, ils comprennent, " idées noires ".

E : Vous disiez que ce qui vous a mis particulièrement en difficultés c'est le contact avec la Maison de l'Adolescent ?

I : Ouais ...un petit peu.

E : La communication avec les parents ? Avec l'adolescent ? ça se passe bien ?

I : ça va, ça va...

(*Elle cherche. Un dossier.*)

E : Est-ce que vous avez déjà entendu parler du TEST CAFARD ?

I : Non....C'est ?

E : Un questionnaire pour évaluer le risque suicidaire chez l'adolescent.

I : Non ...Mais si vous avez un exemplaire ...Je veux bien

E : Je vais vous l'imprimer ...il est trouvable sur internet ... C'est un test assez rapide pour voir l'humeur

I : Je n'ai jamais entendu parler de ce test. Ce que je trouve très terrifiant chez l'adolescent, c'est terrifiant mais je pense qu'ils ont une longue capacité pour récupérer ...C'est ...euh ...ce n'est pas ...obérer l'avenir car si on les pousse dans un truc un peu à l'excès ...On a le risque ...de pas les revoir si un jour ils ont vraiment besoin ...Si on a trop pressé longtemps ...

E : C'est à dire ?

I : Si on les a fait consulter trop longtemps. Moi je me rappelle Un jeune adulte de 21 ans, je me suis dit " tu es gentil mon pote, mais tu me sers un discours que j'ai envie d'entendre ...quoi !

E : Et les adolescents font ça aussi ?

I : Non, non, ça va, ça va ... (*le médecin enchaîne sur le cas de M.*)

E : Vous pensez que trop les suivre, après ils vous disent ce que vous avez envie. ?...

I : *Pas de réponse*

E : Et ces adolescents, vous les envoyez à la Maison de L'Adolescent et vous avez un retour ? Ils vous rappellent pour vous dire ce qu'ils mettent en place ?

I : Non, jamais...Ah ! J'ai eu une anorexique à 10 ans.

E : Début d'adolescence, oui ?

I : J'ai eu (*des adolescents*) j'aurais été contente que La Maison de l'Adolescent...

E : Et vous avez des retours de La Maison de l'Adolescent ?

I : Non, on n'a pas de retour.... Attendez, je vais vous chercher mon anorexique ...euh, elle aurait pile 10 ans ! ...ah ! Voilà ...

E : Ce sont les parents qui vous rapportent les symptômes car là je lis " se désintéresse de la télé " ?

I : C'est les parents ...oui ... (*Le médecin se replonge dans le dossier, lit avoir fait la courbe de poids, avoir fait une lettre aux*

urgences, être allée voir le chef de service de pédiatrie)

E : Il y a une unité de pédopsychiatrie au CHU, aussi.

I : Ouais ; je vais vous imprimer le dossier

E : Et chaque fois que vous avez eu des cas comme ça, des enfants ayant eu une pathologie dépressive, une pathologie anorexique, donc plus des pathologies psychiatriques, il n'y a jamais eu ... ?

I : De l'anxiété, oui il y en a.

E : Des consultations à répétitions ? Des consultations sans motif ?

I : Euh Il n'y a pas tant que ça ...

E : Et qui venaient pour des maux de ventre ? Qui venaient plusieurs fois ?

I : Alors les maux de ventre, on les a plus petits avant l'adolescence ...

(Le médecin continue à chercher sur son ordinateur) ... ; Ah ! Si j'ai eu A. !!

A., elle a été suivie au CMP.

E : Vous avez eu des retours du CMP ?

I : Pas de retour.... Elle n'est pas suicidaire A.

E : Et auprès des pédopsychiatres, des psychiatres, de la MDA, c'est donc un peu difficile ?

I : Ouais....c'est un peu difficile

E : A les avoir ?

I : On a du mal à les avoir Je pense à une phobie scolaire, ça a été compliqué, ça traîne depuis 3 ans

E : Vous vous sentez seule parfois ?

I : Non, mais, mais je ne peux pas dépasser une consultation qui a plus de 25 minutes.... Je peux rester 40 mn avec par exemple l'anorexique avant de l'envoyer à l'hôpital, je sentais que ç'allait pas du tout

E : y a-t-il des mesures qui pourraient vous aider dans la prise en charge des risques suicidaires de l'adolescent ?

I : D'abord qu'on ai accès plus facilement aux pédopsychiatres....

E : Déjà, il n'y en a pas beaucoup

I : Il n'y en a pas beaucoup et il est caché derrière ses infirmières et on a l'impression d'avoir rien " foutu" avant ... !!!

E : C'est à dire ?

I : Quand on appelle la MDA, on vous dit, " il faudra qu'il voie l'infirmière qui évaluera et compagne

E : Oui ... Et les délais ?

I : 3 semaines

E : Et en attendant ?

I : Je les revois 1 fois par semaine ... c'est ça.

E : Une question au sujet de votre formation sur ce sujet, pendant vos études, l'internat ?

I : Sur l'adolescent pas directement Euh ...mais j'ai fait un DU à Lille sur " anxiété et stress" mais pour les adultes Mais ça doit aider un peu pour les ados. J'ai fait mon mémoire sur les colonnes de Beck.

E : Auriez-vous des questions à me soumettre que je pourrais poser à d'autres médecins ? Sur mon travail de thèse ? Si vous avez des commentaires sur la thématique de ma thèse ? Sur des améliorations que je pourrais apporter à mon questionnaire ?

I : La thématique est très importante car on sait qu'après les accidents c'est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents...

Je pense ...il faudrait pouvoir... ce qui est compliqué... Ce qui serait bien, serait de faire comprendre que les troubles de l'anxiété c'est pas rien et qu'il faut s'en occuper, pour le stress il y a beaucoup d'offres (sophrologie etc. ...), il faudrait que l'anxiété soit prise en charge plus ...ben ...que les gens puissent être mieux traités, avoir des consultations psychologiques remboursées.

8.3.5. Entretien n°5

E : Avez-vous dans votre pratique quotidienne, déjà été confronté à un adolescent suicidaire ou que vous évaluiez être à risque suicidaire ?

I : Écoutez, suicidaire ? Je dois vous avouer que non. Dépressif Oui, c'est arrivé mais suicidaire non.

E : D'accord

I : Pas de passage à l'acte, non.

E : Les adolescents qui étaient dépressifs, avaient-ils des antécédents particuliers ? Ou c'étaient des adolescents que vous suiviez ... ?

I : Alors, vous m'avez dit entre quel âge et quel âge ?

E : Entre 10 et 19 ans.

I : Euh ... Il y en a un en particulier, qui, n'a pas d'antécédent psychiatrique, antécédent d'hyperactivité, trouble de l'attention donc, euh ... euh ...J'ai eu ...J'ai un souvenir mais je n'arrive pas à retrouver qui c'était ...ça m'échappe. Bon, le dernier en date c'est effectivement un enfant qui a une histoire compliquée qui a 13 ans, une histoire familiale compliquée. Euh... Et qui, comment dire ... Euh. Et qui développait une symptomatologie anxiodépressive, qui a été hospitalisé à Charles Nicolle en pédiatrie, qui y est resté quelques jours puis est ressorti.

E : Justement, devant un adolescent qu'est-ce qui vous alerterait ? A vous dire, "là, il y a quelque chose ", " y a un potentiel suicidaire " ?

I : Qu'est ce qui m'alerterait ? (*Il réfléchit*) Ben ...Oui, un repli sur soi, Euh ...Des troubles de la communication, Euh ... Euh... Une diminution des performances scolaires ... Euh... Un décrochage général... Euh ...Des troubles affectifs. Euh...

E : D'accord ... Avec la famille ?

I : Oui, avec la famille en particulier ...

E : Une famille un peu déstructurée ?

I : Ben non, mais, enfin ce qui pourrait attirer mon attention chez un adolescent.

Euh ...vers un syndrome dépressif et pourquoi pas un risque suicidaire, c'est effectivement, déjà, des troubles relationnels avec l'entourage immédiat, en particulier les parents, frère et sœur, camarades scolaires et puis après le cercle un peu plus large et puis toutes les problématiques de scolarité également.

E : Est-ce que vous avez des difficultés à évaluer le risque suicidaire chez adolescent par rapport à l'adulte ?

I : Je n'ai pas une grande pratique en la matière... Des difficultés ? Oui, probablement, des difficultés. D'ordre ... (*Hésitations*) ... Plus qu'un adulte ? Je ne pense pas, à priori, non ? Aborder ces problèmes là avec un adolescent, je ne crois pas, à priori... Parce que le gamin dont je vous parle, je le vois très peu, je l'ai en patient mais il a été tout de suite pris en circuit pédopsychiatrique ...

E : Il a été pris par la Maison de L'Adolescent ?

I : Oui, la Maison de l'Adolescent puis il a été hospitalisé au CHU, il y encore quelques temps et voilà, il est sous anti-dépresseur ...Euh ... Donc ...Euh ...Euh... C'est quoi votre question ? S'il y avait des problèmes ?

E : S'il y avait des problèmes soit de communication avec l'adolescent soit au niveau du diagnostic si c'est un peu plus ...

I : De diagnostic, effectivement, moi, j'ai tendance à passer la main assez rapidement pour ce genre de truc évidemment, je suis médecin traitant, je ne suis pas pédopsychiatre donc effectivement, à un spécialiste.

E : Et est-ce que vous utilisez un outil pour un peu ... ? Est-ce que vous connaissez des ... ?

I : Oui, j'utilise pour les adultes, j'utilise le score de Hamilton ...Euh ...Par rapport à tout ce qui est dépression ... ; Euh ... Mais je ne pense pas que ça soit superposable chez l'adolescent.

E : Il y en a un, le TSTS CAFARD, vous le connaissez ?

I : Euh. Je ne l'utilise pas, je ne le connais pas, non ...

E : il est mis en place depuis quelques années ... Ils ont fait des études ...

I : Il s'appelle comment ?

E : Le TSTS CAFARD, c'est " tristesse, stress, traumatisme ...

I : Cafard ?

E : Oui, (*rires*) comme un cafard, il y a 5 thèmes à aborder, c'est un petit test pour orienter ...

I : Ah ! Oui, c'est hyper rapide, y a que 5 questions ? A quoi ça sert ?

E : C'est pour ne pas oublier certaines questions à poser, s'il y a un doute sur l'adolescent.

I : Traumatologie, Sommeil, Stress...

E : Il existe une version un peu plus détaillée.

Est-ce que si vous aviez un adolescent que vous penseriez à risque, instaureriez un traitement ?

I : Non, non, j'estime que je n'ai pas suffisamment d'expérience, pas suffisamment de recul, par rapport à ça, Euh ...Moi, je vais essayer de le, de, de ... (*hésitations*), de détecter des symptômes qui pourraient me faire penser à ce diagnostic, et si ce diagnostic est suffisamment grave pour mettre un traitement en route, je ferai appel à un pédopsychiatre.

E : Et c'est la MDA que vous ... ?

I : Oui, beaucoup, essentiellement c'est ça.

E : Et, ils prennent assez vite ... ?

I : Oui, les quelques exemples, Euh... Oui, effectivement. J'ai un autre exemple, qui a 16 ans, Euh... Lui, qui est, également dépressif, il n'y a pas eu de tentative de suicide, vous votre thèse, elle porte sur le risque suicidaire ?

E : Oui, le risque suicidaire mais ils ne sont pas obligés de faire une tentative de suicide, mais s'il y a des idées noires, s'il y

a des conduites qui deviennent de plus en plus à risque ...

I : J'ai un troisième en tête qui vient de me revenir à l'esprit, c'est un enfant qui est à des troubles de la praxie et qui fait un syndrome dépressif ... En fait, j'ai 3 gamins, ils sont tous les 3 suivis à la Maison de l'adolescent, il y en a deux qui ont été hospitalisés, un y a pas mal de temps, qui va beaucoup mieux maintenant ; un qui est toujours suivi à la Maison de l'Adolescent et qui est sous anti-dépresseur et le troisième qui a les troubles de la praxie qui est dépressif et qui est suivi à la Maison de l'Adolescent et ça ne se passe pas bien d'ailleurs.

E : Et les 3, ils avaient été orientés par leurs parents ? L'infirmière scolaire ?

I : Oui, c'est les parents qui avaient vu ... Le dernier il avait été aux urgences donc c'est à partir de là qu'il a embrayé sur la Maison de l'adolescent puis...

E : Donc les parents étaient un soutien ? Ils ne freinaient pas la prise en charge ?

I : Les parents ? Non ils soutenaient, bien au contraire.

E : Après, quand ils étaient suivis à la MDA, vous avez eu des retours sur ça ou ... ? Il y a eu ... ?

I : J'ai très peu ...Euh ... Non, je n'ai pas de retour, perso, on ne m'écrit pas... Même si ce sont des patients que je n'ai pas adressés directement (parce qu'ils ont été directement aux urgences), je suis leur médecin traitant, j'ai des nouvelles par les parents et les enfants quand je les revois, mais pas par le psychiatre !

E : Est-ce que vous connaissez bien les structures proches ? Et avez-vous des bons contacts avec eux ?

I : En l'occurrence oui, car je veux que ça se passe bien pour les patients. Le service de pédopsychiatrie j'aime bien, ça se passe bien, et puis ...Euh ...

E : Il n'y a pas trop de difficultés pour avoir de l'aide ?

I : Non

E : Est-ce que, à part le milieu médical, vous vous servez d'autres moyens pour aider l'adolescent ? Ou pour les aider, les avez-vous orientés vers des associations ou est-ce qu'eux même étaient déjà au courant ?

I : Euh ...La réponse est non, je n'ai jamais ...

E : C'était directement la MDA qui... ?

I : Effectivement, c'était la prise en charge globale par la MDA...Euh ... qui proposait effectivement...

E : Des associations, des Hotline et tout ça... ?

I : Oui, tout à fait

E : D'accord ... Selon vous y aurait-il des mesures à prendre pour vous aider dans la prise en charge de l'adolescent ... ?

I : Tous ces outils-là de diagnostic, je trouve ça très bien ...Euh ... Notamment par internet, là...

E : Et au niveau de la formation, vous souvenez vous avoir eu une formation sur le risque suicidaire de l'adolescent ou même de l'adulte ?

I : L'adulte, si, plus quand même mais l'adolescent, pas beaucoup.

E : Même sur la dépression de l'adolescent ?

I : Une formation minimum. Moi, je pense, ouais...C'est plus en formation médicale continue dans ce que je lis que je vais apprendre des choses plutôt que de souvenirs qui me restent de la fac ou de mes stages hospitaliers. J'ai fait des stages en pédiatrie donc j'en ai vu effectivement.

E : Oui, mais est-ce qu'au cours des 5 dernières années, vous vous souvenez d'une FMC ?

I : Oui il y en a eu mais il y a longtemps ...Oui. Dans les FMC et dans la littérature médicale.

E : Et pendant vos études, la formation à ce sujet vous pensez qu'elle est... ?

I : Je pense qu'elle est minimaliste.

E : Oui, c'est un peu ce qui ressort. Est ce qu'il y a des questions que vous aimeriez que je pose à d'autres médecins, pour approfondir ? Ou des questions sur le sujet ?

I : Là, comme ça, il n'y a rien qui me vient de plus que ce qu'on a pu évoquer ... Euh ...des questions techniques, j'en aurai sûrement, notamment sur les antidépresseurs, l'utilisation des antidépresseurs chez l'ado. Euh... Lesquels ? A quelle dose ? Euh ...

E : A partir de quel âge.

I : Voilà... Euh... Euh... Moi je manipule, alors les antidépresseurs ? Les anxiolytiques... Y en a... qui pourrait...Comment dire ? ... la classe de molécules que je pourrais prescrire comme ça effectivement, c'est plus tout ce qui anti histaminique style ATARAX que les autres. Les neuroleptiques, je sais que celui qui est apraxique, il a été traité par ? (*Réfléchit*) je crois qu'il a eu de ABILIFY de mémoire ... Que moi je ne prescris pas... ce n'est pas mon métier, j'ai envie de dire, je suis concerné par le problème mais c'est un truc de psychiatre !!

E : Est-ce que vous avez déjà eu le cas où ça traînait un peu ? Où l'adolescent vous ne le sentiez pas... ? Ça allait directement...

I : Je n'ai pas eu le cas deEuhde choses qui traînaient, qui étaient larvées depuis ...

E : Ou d'adolescents qui venaient plusieurs fois avec des maux de ventre ou ... ?

I : Non, non ...Franchement, je n'ai pas été à l'initiative des 3 cas dont je vous ai parlé avec ou il y a eu hospitalisation, prise en charge, notamment par la MDA pour les 3 en question, je ne suis pas à l'origine de la prise en charge ça s'est fait par le service des urgences et par les parents directement.

E : Et ils n'étaient pas venus avant, plusieurs fois en consultation, un peu pour des motifs ... ?

I : C'est des gamins que je ne vois pas beaucoup et c'est vrai que les pré-ados, les ados on les voit beaucoup moins, en médecine générale, en tout cas moi. Oui, on les voit beaucoup moins. Euh... En gros, entre 8 et l'âge adulte, on va dire que les 5 premières années etc. À part quelques petits problèmes traumatologiques et les 3 cas dont je parle, en plus il y en a un, c'est un patient que je n'ai pas depuis très longtemps ...Hein... Qui était d'ailleurs dans le circuit avant que je le prenne, avant que je sois son médecin officiel...

E : Dans le circuit psychiatrique ?

I : Dans le circuit psychiatrique, oui. Donc on n'est pas venu pour une plainte d'ordre psychiatrique qui, avec une problématique suicidaire qui a fait que moi, j'ai orienté le gamin vers, encore une fois une prise en charge spécialisée là-dessus.

E : cela a été switché. ?

I : C'était déjà fait avant ou ça s'est fait en parallèle comme ça.

E : D'accord. Merci beaucoup pour votre participation

8.3.6. Entretien n°6

E : Rappel du sujet de thèse : Prise en charge de l'adolescent suicidaire en cabinet de médecine générale, c'est donc l'adolescent qui a fait une TS ou qui évoque une tentative de suicide ou les parents ressentent un risque de tentative de suicide (et donc amènent l'adolescent en consultation) ou qui a beaucoup de conduites à risques comme par exemple la consommation de toxiques.

Pour l'OMS, l'adolescence est la période comprise entre 10 ans et 19 ans.

E : Combien d'adolescents voyez-vous par semaine ?

I : Je vois entre 25 et 30 patients par jour ; 4,5 jours par semaine... Selon le RIAP que j'ai reçu je fais en moyenne 122 consultations par semaine dont 22 de moins de 16 ans, l'année dernière j'ai eu 28% de moins de 16 ans.

E : Et avez-vous déjà été confronté dans votre pratique à un adolescent... ?

I : Je n'ai pas en tête mais ça a dû m'arriver ...suicidaire ? J'ai eu un psychotique une fois en consultation, c'était une décompensation psychotique sur prise de cannabis, mais je ne sais plus s'il y avait une conduite suicidaire ...euh... Après, des ados qui ont déjà eu des tentatives de suicide dans le passé, oui.

Après euh ...oui j'en ai eu 1 ou 2 qui avaient fait une tentative de suicide

E : Qui avait déjà fait ... ?

I : Oui, qui avait déjà fait, on la voyait après le passage à l'acte. J'ai dû en avoir des qui, avec qui on en a parlé mais sans que ce soit scénarisé.

E : Et qu'est-ce qui vous a alerté dans l'histoire de... ?

I : Après souvent, ça dépend, il y a 2 axes soit ils viennent ou les parents viennent pour parler de ça, parce qu'il y a des difficultés ou alors parfois les adolescents qui vont somatiser avec des milliards de symptômes, des trucs d'angoisse ou de choses comme ça ou alors là on demande

" comment ça va le moral ? La famille ? Les amis ? Les copains ? L'école ...Voilà. J'ai tendance à demander assez facilement s'il n'y a pas quelqu'un qui leur pourrit la vie à l'école.

E : Au niveau du harcèlement ?

I : Oui, » il n'y a pas quelqu'un qui t'embête ? »

E : Et le mot suicide, vous le prononcez assez facilement ?

I : Ouais...en général je le fais en 2 temps, je vais d'abord leur demander " Est ce que tu as déjà eu des mauvaises idées", des choses comme ça, ils comprennent assez bien en général ce que tu veux dire, le mot suicide, je peux l'utiliser, " Est ce que tu as eu envie d'en finir ? De faire un mauvais geste ? " J'aime bien cette expression là aussi.

E : Et au niveau du harcèlement scolaire, il y a eu beaucoup de cas ?

I : Non, non pas plus que ça...

E : Même sur internet ? Car en ce moment, il y a des cas, on en parle beaucoup

I : Non, j'ai eu une fois un enfant mais je sais plus ce que c'était...euh ... Les parents avaient pris en charge le truc mais l'enfant l'avait dit aux parents, il y en avait un qui l'avait embêté.

E : Et c'étaient les parents qui amenaient chaque fois l'ado ou il venait ... ?

I : Ouais, c'est souvent initié par les parents ... Quand on tombe dessus, il y a souvent les parents, ouais.

E : Et vous parlez à l'adolescent tout seul ?

I : Je leur propose, souvent les parents d'ailleurs proposent spontanément " Est ce que tu veux être tout seul ?" ou autre euh ...ça m'est arrivé de faire sortir les parents, "je discute avec votre enfant " et voilà et puis souvent je dis à l'adolescent " n'hésite pas à revenir pour parler de ça, si tu veux, sans les parents si tu veux, ils comprendront " Je laisse la porte ouverte, quoi.

E : Y-a-t-il des éléments qui vous ont mis en difficulté, justement dans la consultation avec l'adolescent ? La présence des parents ou euh ... ?

I : La présence des parents peut toujours biaiser, parce que tu ne sais pas si tu leur demande s'ils fument, si machin etc. S'ils sont honnêtes ou pas euh ...Voilà ; Après tout ce qui peut être sexualité avec des jeunes filles et tout ça ...Euh... Ce n'est pas toujours évident ... parce qu'il y a les parents et parce que je suis aussi un homme, donc ce n'est pas toujours évident... Euh pour une jeune fille, voilà... Après eux. Euh...

E : C'est le fait d'être un homme ou c'est le fait d'être aussi leur médecin traitant et de les connaître un peu ?

I : Cela dépend des gens, y en a qui pour parler de choses plus personnelles préfèrent parler à quelqu'un qu'ils ne connaissent pas et d'autres c'est l'inverse.

E : La communication avec l'adolescent, ce n'est pas un souci ?

I : Non !

E : Connaissez-vous des outils diagnostiques pour vous aider ?

I : Non, sur l'adolescent, suicide, tout ça, non à part le Hamilton sur la dépression... Euh... voilà. Non je le fais plus tôt sur l'entretien.

E : Là c'était des adolescents qui avaient déjà fait des tentatives de suicide mais si vous voyez maintenant un adolescent que vous penseriez à risque, instaureriez-vous un traitement ? Ou attendriez-vous d'avoir un avis ?

I : Alors, j'ai tendance toujours à leur expliquer qu'il ne faut pas mettre la main sur des thérapeutiques trop lourdes et qui créent des dépendances, donc j'ai tendance s'il y a de l'anxiété, des choses comme ça à essayer de jouer avec le phyto sur le sommeil, voir l'ATARAX, je m'en sers pas mal sur le sommeil, les cauchemars, quand il y a de l'anxiété, ...Après sur le

risque suicidaire euh. Non je ne vais pas instaurer

E : Ça serait contacter ? Plus... ?

I : Après je vais leur proposer, s'ils veulent voir quelqu'un, c'est la Maison de l'Adolescent ou un psychologue ou revenir me voir moi, voilà...Et surtout dire " Si tu as un moment où tu sens que tu vas faire une ânerie ou autre ben faut le dire et aller consulter en urgence et voilà.

E : L'interlocuteur privilégié c'est... Souvent la Maison de l'Adolescent ? Il y a l'UNACOR

I : Cela dépend, sur quelqu'un qui me dit... Euh... Un passage à l'acte, scénarisé, avec des mots avec des choses, ça sera plus tôt l' UNACOR.

E : Oui...ou le CHU ?

I : Oui, ou le CHU, voilà, après sur un truc plus intermédiaire qui traîne, ça sera plus la Maison de l'Adolescent, je pense ...

E : Et ils sont facilement joignables ?

I : Je n'ai pas eu l'occasion ces derniers temps à avoir essayé, après en théorie, oui.

E : Et il y a des retours de la part de la Maison de L'Adolescent ?

I : Je n'en ai pas eu récemment de pris en charge par la Maison de l'Adolescent, j'en ai un normalement qui devrait l'être.

E : Un mail ? Une lettre ? De leur part, en retour ?

I : Je n'ai pas été confronté récemment, à la Maison de l'Adolescent

I : Je n'ai pas été confronté ces derniers temps à quelqu'un qui serait.... Sur l'UNACOR, oui, on a des retours et tout ça. La Maison de l'Adolescent, je ne sais pas, je n'ai pas été... confronté.

E : Est-ce que à l'adolescent, vous lui proposez d'autres types d'aide que le milieu médical...euh. Par exemple tout ce qui est... Des numéros de téléphone ? Où est ce que c'est quelque chose qui vient à l'esprit ou c'est plus pris en charge par la Maison de l'Adolescence ?

I : Après, on a une double difficulté, tout ce qui est psychologue de ville, c'est la barrière financière, après c'est le CMP... euh... C'est le CMP...

E : ça, ils le disent, les parents ? Ça ressort ?

I : J'ai tendance à le dire "il y a cette possibilité psychologique, mais ça a un coût".

E : Et ça les...

I : Il y a des gens qui vont dire "oui ça va être compliqué", dans ces cas-là, on ne perd pas son temps et on bascule sur la Maison de l'Adolescent, sur le CMP ..., sur tout ça, ou c'est plus facile.

E : Oui... parce qu'il y a des psychologues qui sont plus spécialisés dans la pédopsychologie ?

I : Euh ... Dans le coin, est-ce qu'il y en a ? Euh ...

E : les pédopsychiatres ?

I : Ben, déjà les pédopsychiatres, il n'y en a pas beaucoup et les psychologues, sur les trucs de l'adolescent, j'ai envie de dire, ils savent ...

E : Oui ... C'est donc plus au niveau du côté qu'ils sont ... Et au niveau des infirmières scolaires, y a des appels ? Y a des contacts ? Au niveau du lycée ... ?

I : Euh ... Moi, je n'ai jamais ... Non, j'ai jamais ... Après ça fait que 1 an que je suis associé et quand on remplace, on n'a pas les contacts ...

E : Il n'y a jamais eu d'appel d'infirmière scolaire, pour dire "cet adolescent ..." ?

I : Non, moi, je n'en ai jamais eu.

E : D'accord

I : Après, je n'en ai aucun qui soit en rupture scolaire.

E : Ou il y a un gros décrochage ?

I : Ouais, je n'en ai pas ...

E : Est-ce qu'il y a des mesures qui vous viennent en tête, et qui pourraient vous aider, justement sur ce sujet ? Qui pourraient même être prises au niveau national ? Ou au niveau local ?

I : Effectivement, c'est le maillage local, le réseau, comme avec la Maison de l'Adolescent et tout ça, pour avoir des interlocuteurs ... La Maison de l'Adolescent à Rouen, l'avantage, c'est qu'il peut y avoir un accès direct aussi... Des ados... Euh... Donc ça peut n'être pas mal aussi, parce qu'ils peuvent s'y rendre et voilà... Euh... A l'inverse moi, j'ai un jeune homme, mais je pense que c'est plus une histoire de schizophrénie sur du cannabis, qui s'instaure... y a des trucs un peu bizarres. Il est bien dans le noir, la nuit c'est bien parce il n'y a pas les gens qui observent. Tout ça. Alors lui, il préférerait voir le psychiatre en ville, euh... Parce qu'il ne voulait pas aller à l'espace du palais qui est un lieu central, machin, la maison de l'Adolescent...

E : Il ne voulait pas qu'on le voit ?

I : Ouais ... Il se disait, je vais rencontrer des gens... Tout ça...

E : Pourtant la Maison de l'Adolescent, elle n'est pas cachée...

I : Oui, et c'est plutôt pratique, parce qu'il y a l'accès... C'est pratique. Mais voilà, lui c'était quelque chose qu'il a exprimé.

E : D'accord

I : Ouais, ouais c'est quelque chose qui m'a étonné aussi. Il y a un petit quelque chose dessous ...

E : Est-ce que pendant l'internat, il y a eu une formation sur ça, sur le risque suicidaire de l'adolescent ? Ou sur la dépression de l'adolescent ?

I : Surement ! Vous avez intérêt à dire oui, sinon le Professeur H., il va vous gronder, au moment où vous passerez votre thèse (*rires*) !!

I : Je vous rappelle qu'il y a 4 heures de module de formation, Euh... il doit y avoir mais je ne m'en souviens pas. Oui.

E : Et en FMC, y en a eu une... ?

I : Euh ... Non, je n'en ai pas fait moi...

E : Car j'ai discuté avec le professeur H. qui m'a dit qu'il y avait eu 1 h sur la dépression

I : Cela ne me dit pas grand-chose, mais c'est sûr qu'on l'a évoqué, après, en FMC, j'en ai pas fait spécialement là-dessus...

E : Et la formation pendant les études, elle vous semble adaptée ou pas vraiment ? Est ce qu'il aurait fallu un stage particulier ?

I : Après, je pense que c'est beaucoup d'expériences pratiques, ces choses-là et puis de la communication, plus que de la formation, j'ai envie de dire ; Il faut arriver à trouver les bonnes phrases, les bons machins, les trucs comme ça et puis y a des gens qui y arrivent plus ou moins, je pense aussi, vous voyez, ce n'est pas évident forcément.

E : ça dépend du caractère. ?

I : Oui et il y a aussi des ados qui vont arriver à vous mettre en défaut par leurs réponses, par tout ça et d'autres non, ça dépend aussi un peu... Ouais.

E : Est ce qu'il y a des questions que je pourrais poser à vos collègues dans d'autres interviews ? Certains points à approfondir ?

I : Après, sur des points un peu galère ou quand la psychiatrie, quand on est plus sur la psychiatrie que sur la pathologie de l'adolescent, mal dans sa peau, c'est toujours intéressant d'en discuter... Vous voyez, mon mec un peu schizo, avec le côté un peu parano, un peu machin, c'est toujours intéressant de voir ou parfois il y en a qui ont eu un contact avec un pédopsychiatre, ça peut toujours être intéressant de voir les référents parce qu'ils sont peu nombreux et forcements débordés aussi.

E : Oui... Ils sont très peu nombreux... Et sinon, au niveau de la méthode, est ce qu'il y aurait des améliorations à faire ? Ou même au niveau des questions, plus les ouvrir ? Ou certaines questions à ne pas poser ? Ou à poser ?

I : Euh... Non

E : Et bien merci

I : Je vous en prie, j'ai toujours l'impression de dire des banalités

8.3.7. Entretien n°7

E : Avez-vous beaucoup d'adolescents dans vos consultations ?

I : Oui, j'ai l'impression d'en voir pas mal.

E : Est-ce que vous avez déjà été confronté dans votre pratique à un adolescent qui vous inquiétait ?

I : Oui

E : Et vous avez senti qu'il y avait un risque suicidaire ?

I : Oui, il avait 14- 15 ans

E : Amené par... ?

I : Amené par ses parents, pour une pathologie dépressive, un peu réactionnelle.

E : Avait-il des antécédents médicaux particuliers ?

I : Non, pas du tout.

E : Vous le connaissiez ?

I : Oui, c'était une fille que je suivais depuis qu'elle est toute petite en fait.

E : D'accord.

I : C'était réactionnel à un problème de harcèlement au collège, je crois que c'était du genre des photos qui avaient été prises et après ils s'étaient servis de ça pour faire pression sur elle, dans le sens où on lui disait que cela allait être diffusé aux autres, c'était avec un petit copain, je crois, c'est l'histoire de film dans les toilettes avec le petit copain et de distribution du film.

E : Ah ! D'accord...

I : De ce qu'elle nous avait dit...

E : Et qu'est-ce qui vous avez alerté ?

I : En fait elle exprimait vraiment... sa maman était venue... d'ailleurs je l'ai envoyée aux urgences car elle même exprimait, elle disait qu'elle en avait marre, qu'elle voulait mourir... voilà et elle a été hospitalisée 15 jours, je crois, en pédiatrie.

E : D'accord.

I : Après elle a été suivie à la Maison de l'Adolescent et maintenant elle va bien.

E : Et vous, vous avez eu un retour ? Au niveau des courriers ? Les psychiatres ?

I : Oui, oui, j'ai eu, je crois ; Les contacts avec les psychiatres ont en n'a pas généralement.

E : Bon c'est clair (*rires*)

I : Sans méchanceté, je dis en général, il y a un psychiatre sur Rouen...

E : Il n'y a jamais un coup de téléphone ? Un courrier ?

I : Non, c'est très très rare, en 15 ans, il y en a un qui s'est installé. Il y a un ou deux ans sur Rouen et qui nous fait des courriers, avec qui j'ai pu correspondre par mail et ça c'est très très bien et il est très ouvert, il gère les ados, je ne sais pas si vous le connaissez c'est le docteur L.

E : Oui je le connais.

I : Qui m'avait envoyé un courrier quand il s'est installé et qui gère ...

E : La bi polarité ?

I : Voilà, c'est ça et qui gère pas mal les ados, il s'est bien spécialisé.

E : D'accord, oui je le connais

I : Et pour l'instant, quand je lui ai envoyé des patients, j'ai toujours eu des courriers en retour et puis je l'ai interpellé par mail quelque fois pour savoir si le patient aurait un bénéfice à ce que j'aie le voir ou pas, dans le sens si la prise en charge était bonne... Et il répond effectivement après les autres non.

E : Donc là vous commencez à avoir un petit réseau...

I : Oui, voilà on essaye de cibler pour être plus efficace. J'ai eu, mais plus tard, le compte rendu d'hospitalisation au CHU, pour la Maison de l'Adolescent, on n'a aucun retour. Au CMP, j'ai déjà réussi, pas pour ce genre de patients à avoir...

E : Même s'ils instaurent un traitement ?

I : Non, j'ai une petite patiente qui est traitée, vous demandez le renouvellement et point, par contre j'ai réussi à avoir des infos à son sujet... via l'infirmière.

E : Car vous ne leur mettez jamais de traitement ?

I : Les ados, moi j'évite ou vraiment alors des anxiolytiques parce qu'il y a un

problème réactionnel et sur un délai très court.

E : C'est à dire Atarax® ???...

I : Voilà, c'est ça Atarax®, même parfois un peu de Xanax® mais pour les antidépresseurs, l'indication doit être vraiment documentée. Euh... Mais, j'ai réussi par l'infirmière du CMP euh ... euh.... Elle faisait le lien entre moi et la psychiatre, vous voyez, je n'ai jamais eu de lien direct avec la psychiatre.

E : D'accord.

I : C'était une problématique....

E : C'est bien d'avoir un contact direct...

I : On était en copié collé, sans échange directe, l'infirmière me répondait mais...

E : il y avait un filtre... ?

I : Voilà... c'était en 2016, j'ai reçu le courrier d'hospitalisation... sans finalement... (*Lit le compte rendu sur son ordinateur*). Euh... ils appelaient ça « stress post traumatique » d'ailleurs. Puis elle a été suivie par la Maison de l'Adolescent ou je n'ai pas eu de retour après de particulier.

E : Qu'est-ce qui vous alerte chez un adolescent sur le risque potentiellement suicidaire ? Qui fait tilter ?

I : Souvent il l'exprime, plus que les adultes. Il l'exprime, c'est « je veux plus aller à l'école », c'est de ... je sors plus de chez moi.... Alors qu'à l'adolescence au contraire on va plus tôt vers ça mais, là ils ne veulent plus aller en cours car c'est souvent la cause principale c'est le relationnel.

E : Est-ce que vous avez des difficultés à la prise en charge de l'adolescent suicidaire par rapport à l'adulte... euh ... ? Ou par rapport au diagnostic ? Vos sentiments personnels ?

I : Ce qui est plus compliqué c'est la notion.... Par rapport aux adultes on estime prendre un risque supplémentaire parce qu'ils sont mineurs.... Voilà, un adulte, il n'y a pas la notion, on va gérer avec l'adulte, on passe une espèce de

contrat, on explique, on dit on va faire ça, vous allez là ... ; mais moi je vous hospitalise ou pas ... mais là on est en position ... soit on a l'adolescent tout seul et on ne sait pas, par rapport aux parents, quelle attitude éventuellement avoir... En même temps, on sait qu'ils sont... euh... comment dire ça... c'est mon ressenti... que le passage à l'acte peut être plus inopiné. Plus important... ils ne se rendent pas compte...

E : Plus impulsifs... ?

I : Plus impulsifs, voilà et peut être à la limite, prendre des médicaments avec euh... euh... ne pas se rater avec des médicaments car on ne sait pas ce qu'on fait...euh... Voilà l'idée c'est de pas mesurer parce qu'on se trompe... on prend 5 boites parce qu'on en a marre mais on ne se rate pas... voyez c'est ce côté-là.

E : D'accord ...

I : Ce côté, on a la sensation de prendre plus de risque, c'est plus difficile de dire à un adolescent, « je te fais confiance, on passe un contrat, euh... je ne t'hospitalise pas tout de suite, ...tu fais ça... ». Euh

E : C'est le côté confiance ?

I : Voilà C'est le côté confiance, prise de risque, on va dire, on semble prendre plus de risque et puis on a les parents...

E : C'est à dire les parents ? Ils ne sont plus dans le déni ?

I : La plupart sont bienveillants mais parfois certains sont la source du problème et on a des ados qui ne veulent pas du tout exprimer à leurs parents leur mal être, euh alors qu'ils sont mineurs et on est confronté à cette difficultés...

E : Et l'adolescent, vous le prenez forcément avec ses parents ?

I : Non, pas forcément...

E : Vous faites 2 consultations ?

I : Voilà, en fait, c'est peut-être l'avantage, on suit les parents dont on connaît l'ado et où on sait qu'il peut y avoir une problématique familiale, quand il n'y a pas

de problématique familiale moi je leur pose la question.

E : Et pour vous c'est plus un avantage d'être le médecin traitant ou ... ?

I : Oh je ne sais pas ... je pense ...

E : De connaître toute la famille... ?

I : voilà, et puis j'espère, il s'exprime plus ouvertement car justement ils nous connaissent, et comme on connaît aussi la famille ça nous permet de les aider à relativiser leur ressenti aussi, c'est à dire qu'ils vont nous exprimer quelque chose et sans être partial mais, on va les orienter vers une réflexion... connaissant les parents on peut un peu plus être....

E : Est ce qu'il y a des outils qui vous aident à déterminer le degré d'urgences ? Est-ce que vous en connaissez ? Du genre des échelles... ?

I : Il y en a j'avoue mais je ne les utilise pas.

E : C'est plus... ?

I : C'est plus la clinique... mais effectivement, je sais qu'il y en a.... mais est-ce que c'est ? Oui, forcément il y a un intérêt sinon elles n'existeraient pas en soi mais j'avoue que je n'ai pas l'habitude de les utiliser effectivement...

E : C'est plus à l'interrogatoire ?

I : Voilà, tout à fait.

E : Et ces adolescents vous les revoyez plus souvent ? Vous laissez la main plus à la Maison de l'Adolescent ?

I : Alors on va dire un peu les deux ... moi je leurs dis que je suis un complément. Avant on sert un peu. Après quand ils sont pris en charge, l'idée c'est que voilà, ils n'aiment pas la multiplicité des consultations, c'est déjà une problématique, d'ailleurs de les faire venir et donc du coup je leur dis s'ils trouvent suffisamment d'écoute et de, on va dire, s'ils arrivent à solutionner leur problématique là-bas, y a pas forcément besoin... mais que je pourrais être un complément, voyez, et je me pose en complément même sur les prescriptions....

C'est le spécialiste qui fait la prescription, soit je prends le relai, comme ma petite patiente qui est traitée, j'ai pris le relai, comme le CMP a dit vous pouvez prendre le relai...

E : Tout est mis en place.

I : Voilà, j'essaie vraiment d'éviter de modifier les traitements pour qu'il y ait, en fait avec les ados, il faut qu'il y ait une ligne, c'est encore des enfants, il faut qu'ils n'aient pas de possibilité de dévier, de jouer un peu avec la dualité...

E : Il faut qu'il y ait une ligne directrice

I : Oui, tout à fait

E : Et vous, vous les orientez euh ... vers qui ? ... ces adolescents, selon quelles situations ? Par exemple vers quels moments vous les orientez plus vers l'UNACOR ou plus vers la Maison de l'Adolescent ou le CMPP ?

I : On va dire le CMPP, ce n'est malheureusement pas en cas d'urgence car les délais de rendez-vous... même en cas de problème comme un viol collectif, j'ai pas pu avoir un rendez-vous en urgence, pour une personne qui était déjà suivie là-bas, en appelant, tout ça ...

Ma graduation va se faire comme ça :

Le CMP, c'est pour la consultation, on va dire, de suivi d'un adolescent qui va pas bien mais qui n'est pas suicidaire et dont je n'ai pas de doute sur le côté suicidaire. L'UNACOR, c'est pour moi, l'urgence absolue et La Maison de l'Adolescent, je dirais c'est presque un peu l'intermédiaire c'est à dire...

E : Et vous les envoyez plus à L'UNACOR ou plus aux urgences pédiatriques ?

I : Oui, Voilà ?? C'est vrai l'UNACOR, je n'envoie pas de mineurs c'est plus les urgences pédiatriques, c'est peut-être un tort.

E : Non, Non et puis au CHU il y a une unité pédiatrique.

I : Et puis l'UNACOR, c'est au sein de l'hôpital psychiatrique, ils vont être, il y a une dimension, ils vont être mélangés

avec d'autres qui sont des adultes qui sont voilà...

E : Et, est ce que à l'adolescent vous lui parlez aussi d'autre chose que les psychologues ? D'internet ?

I : Les sites, je ne connais pas trop, mais sophrologie, oui, acupuncture on n'a pas trop de succès, mais j'aime bien tout ce qui est relaxation, sophrologie, hypnose....

E : Hypnose ?

I : Eventuellement, chez l'adolescent je n'ai pas trop essayé mais ça ne me gênera pas, vu les contacts que j'ai, je trouve ça intéressant.

E : Et au niveau de l'infirmière scolaire ou d'autres acteurs qui pourraient être en contact avec l'adolescent, vous avez... ?

I : L'infirmière scolaire, oui, on a parfois des contacts avec les infirmières... Euh ; elles nous alertent, moi ça m'est arrivé 2 fois que les infirmières m'alertent.

E : Qui vous appelaient directement ?

I : Oui, pour qu'on en discute euh... Les acteurs scolaires sont assez ouverts là-dessus, je trouve... à la limite on a plus de facilité à avoir une infirmière scolaire ou l'infirmière du CMP que parfois le médecin scolaire ou le psychiatre.

E : Est ce qu'il y a pour vous des mesures qui pourraient vous aider dans la prise en charge de l'adolescent ? Qui pourraient être mises en place ?

I : C'est justement cette communication d'équipe.

E : C'est plus de relations... ?

I : Voilà, plus de relations et puis il y a le côté financier qui est indéniable aussi...

E : Oui, c'est à dire ?

I : Les consultations, pas forcements facilement accessibles à tous nos patients, en fait...

E : C'est à dire ?

I : La consultation elle-même, c'est à dire payer la consultation ça peut être quelque chose de réhibitoire.

E : Chez le généraliste ou le spécialiste ?

I : Chez le psychiatre.... Ou ça peut être un frein financier, il faut le soulever car il est quand même un frein même chez l'adulte d'ailleurs. L'idée serait une maison de santé pour l'adolescence ou on aurait un peu de séances de sophrologie proposées, l'infirmière, le psychiatre, des médecins généralistes qui ne viendraient pourquoi pas faire des vacations... Il faudrait, à mon sens que la communication de groupe soit développée ne serait-ce que pour avoir un seul et même discours. Parfois ils nous mettent en porte à faux, ils vont essayer, ils vont prêcher, ils sont dans un âge où c'est compliqué je trouve...

E : Ben oui, ils sont un peu...

I : Au niveau de leur ressentis, ils sont en conflit avec les parents mais ce n'est pas forcément fondé.

E : Ils vont vous mettre en difficulté ?

I : Pas en difficulté mais ils vont essayer d'obtenir avec nous des choses qu'ils n'obtiennent pas avec le spécialiste, en disant « Je dors pas bien et le spécialiste veut rien me donner ».

E : Ah oui, ils vous manipulent ?

I : Oui, d'orienter et ça arrive assez souvent.

E : Et c'est plus spécifique de l'adolescent ?

I : Oh ! Peut-être, je trouve ...mais je n'en ai peut-être pas assez suffisamment.

E : C'est marrant ça fait comme des parents divorcés...

I : C'est tout à fait ça, alors après ceux sont des cas tout à fait particuliers, et donc la cohésion de l'équipe ça me paraît important ...

E : Oui, il faut qu'il y ait de la communication

I : C'est ça, c'est simplement l'outil de communication, cela me paraît important que l'infirmière scolaire qui nous a interpellé sache, tout en restant dans le secret professionnel, ce que le médecin a pu avoir comme ressenti, comme le

psychiatre, voyez, c'est à mon sens important.

E : Et ça, comment ils pourraient... ? Comment ça pourrait ? Un dossier commun ?

I : Oui, c'est ça l'idée du dossier commun ou pourquoi pas une plateforme mails, je ne sais pas, un peu spécifique... Car au niveau temps... L'idéal serait de faire des réunions tous ensemble mais on n'y arrivera jamais car c'est compliqué pour tous, par contre les plateformes informatiques, je me dis que c'est un moyen...

E : Mettre en place... ?

I : C'est peut-être idiot mais on fait une boîte médicale pour tel patient et chacun peut aller dire « je l'ai vu aujourd'hui en consultation », faire un bref résumé, accessible à tous les intervenants qui pourraient du coup se dire « ah oui tiens au fait ...j'ai vu que ... ».

C'est tout bête mais ça pourrait d'ailleurs être applicables à d'autres domaines que ce domaine-là et ça permettrait de savoir comment ils sont gérés, pris en charge, pour intervenir tous au mieux et de pas être dans cette idée de l'interprétation, car ça nous arrive souvent, on va nous dire « le spécialiste, il a dit ça » et ce n'est pas forcément tout à fait ça...

E : Oui

I : Soit c'est le ressenti soit c'était réellement dit, car les patients eux même orientent un peu le propos et donc voilà, je trouve qu'on est toujours plus pertinent, et puis ça peut permettre de dire « je l'ai vu aujourd'hui et ça ne va pas du tout, est ce qu'un des intervenants peut dégager du temps pour prendre en charge la personne ? ».

E : Faire une visite ?

I : Parce que parfois on essaie d'appeler mais ce n'est pas simple de joindre nos collègues, on a des difficultés parfois simplement de logistique quoi, donc...

E : Donc améliorer la communication entre les différents intervenants ?

I : Parce qu'après pour les ados, on a quand même la Maison de l'Adolescent, ça permet quand même d'avoir rapidement une prise en charge.

E : Il n'y a pas trop de délai ?

I : Il n'y a quasiment pas de délai, moi je leur dis d'aller comme ça et ils sont vus.

E : Sans rendez-vous ?

I : Oui sans rendez-vous, L'UNACOR, aussi ça nous a bien libéré, il n'y a pas besoin de rendez-vous, cela était une belle libération pour nous quand ça a été créé.

E : Après, il y a aussi en pédiatrie si vous voulez les envoyer...

I : Voilà, ma petite patiente ce jour-là, je me suis dit, je ne peux pas la laisser ça m'embêtait, il ne s'est rien passé mais je pouvais pas à mon sens prendre la responsabilité de dire je vais négocier un rendez-vous, attendre un mois, y avait pas d'urgence, c'était réactionnel, je connais bien sa famille et la pédiatrie nous les prend en général sans problème et là aux urgences ils l'ont gardée. Après c'est un peu lourd d'hospitaliser en passant par les urgences....

E : Après si le risque est très important...

I : Là, ils l'avaient gardée 15 jours, donc il y avait clairement effectivement besoin...

E : C'est la jeune fille ?

I : Oui, la jeune fille qui avait exprimé vraiment très nettement ses idées suicidaires.

E : Et vous, quand vous vous adressez à l'adolescent, vous prononcez le mot « suicide » ?

I : Oui, assez facilement, tout à fait ...

E : Ce n'est pas quelque chose qui vous dérange ?

I : Non, non au contraire, je trouve qu'il faut l'employer.

E : Qu'il faut le dire... ?

E : Est-ce que vous vous souvenez avoir eu une formation à ce sujet-là ? Une FMC ?

I : Une FMC, non je ne crois pas....

E : Ou sur internet, vous avez pu trouver des choses qui pourraient vous aider ?

I : Non, après ...c'est plus l'expérience ...Et puis, on apprend par contact. Par exemple, La Maison de l'Adolescent, il y a un ados qui y va, qui vous en parle et vous vous dites « tiens ça existe » et vous recherchez un peu et faites ainsi un petit réseau...

E : Oui, par expérience.

I : Voilà.

E : Et pendant vos études, la formation que vous avez eue, vous la trouvez adaptée ou trop faible ?

I : Oui, trop faible.

E : Vous pensez qu'il aurait fallu aborder ce sujet ?

I : Oui, parce que c'est un, là c'est les ados mais on peut l'extrapoler aux adultes, c'est un motif assez fréquent, pas chez les ados, mais chez les adultes de consultations.

E : Les idées noires ?

I : Les idées noires, voilà, tout à fait. Pas trop chez l'adolescent, heureusement.

E : C'est souvent aussi qu'ils viennent pour des motifs, des plaintes somatiques, ça vous en avez ?

I : Oui, tout à fait et puis effectivement derrière il y a la problématique.

E : Et quand vous voyez un adolescent, systématiquement, même qui va bien, vous posez une batterie de questions, vous abordez un peu ce thème-là ?

I : Alors, souvent je vais demander comment ça se passe au collège, comment ça se passe en cours, qu'est-ce que tu fais ? Voilà etc. Pour apprécier un peu.

E : Pour apprécier le bien être ?

I : Voilà, je demande aux parents s'ils sortent un peu, s'ils ont des copains ou une copine.

E : Un peu des questions... ?

I : Des questions générales, mais c'est vrai, aujourd'hui avec ces réseaux sociaux, il y a une pression qui est...

E : Oui, au niveau d'Internet vous me disiez... ?

I : Oui, j'ai eu plusieurs cas de harcèlement où les parents ont dû intervenir. J'ai eu 4-5 cas qui ont vécu des photos dans les vestiaires.

E : Et vous leur dites quoi ? De se déconnecter de tous les réseaux sociaux ?

I : Oui, mais on sait que ça c'est dur, moi je travaille sur la dédramatisation, dans le sens de leurs dire déjà de déculpabiliser, au départ, ils culpabilisent beaucoup et disent « Oh là, je n'aurais pas dû » et aussi comment pensent les adultes autour d'eux, je leurs explique que les parents, quand c'est bienveillant, on peut tous faire des bêtises et qu'il vaut mieux ... Et c'est ça leur plus grande peur... Il y a à la fois la relation avec les autres c'est à dire la peur de la réaction des autres collégiens mais il y a aussi cette sensation que l'adulte va être très déçu, va les disputer etc. Sur des faits qui peuvent être... J'ai une petite patiente, elle a dû changer d'établissement.

E : D'accord...

I : Là pour le coup, elle n'est pas très soutenue par sa famille, elle était terrorisée à l'idée de retourner, elle avait fait des photos dans le vestiaire, je crois et donc ça c'est un support de harcèlement.

E : Oui, les photos.

I : Y a ça et ils font des photos montage, moi j'ai eu une petite patiente c'est son petit copain qui a pris des photos, voilà ... dans des positions... Non, même pas, ils ont fait un faux photomontage, c'est une photo avec quelqu'un d'autre, ils ont mis « sa tête » dessus, sauf que ça a circulé sur le petit réseau local, enfin voilà, ils sont confrontés parfois à des choses ...

E : Ils sont durs !

I : Ils sont dans l'adolescence, ils font ça entre eux... il peut y avoir une vraie violence à l'école, psychologique, qui probablement n'existait pas quand nous étions nous au collège.

E : Vous avez l'impression que c'est plus... ?

I : C'est plus fréquent mais attention ce n'est pas non plus... la plupart de mes patients ados n'ont pas ces soucis-là, en fait c'est plus à conséquences, ça va plus loin... Les ados, du coup, réagissent avec plus de gravité par rapport à ça que nous nous aurions pu faire, parce que je pense nous avons notre bulle familiale ou quand on rentrait chez nous, il n'y avait pas tous ces médias, on pouvait au moins se sentir en protection quand on était en dehors du collège ou du lycée

E : Tandis que là...

I : Tandis que là, ils sont sur Facebook donc lisent tous les commentaires des commentaires et y a même des menaces dans le sens où « je vais le diffuser à tes parents », enfin ça peut aller très loin, ça reste marginal je pense mais j'ai dû avoir 2-3 consultations, surtout des filles d'ailleurs qui ont été confrontées à ça directement.

E : Est-ce que vous avez des questions sur le sujet de la thèse ou sur le questionnaire ? Ou des questions que je pourrais poser ? Que j'accentue plus un point ?

I : Non, pas spécifiquement.

E : Ou sur la méthode ?

I : Non ...

E : Bien et merci beaucoup d'avoir participé

8.3.8. Entretien n°8

E : Est-ce que dans votre pratique quotidienne vous avez déjà été confronté à un adolescent à risque suicidaire ?

I : Euh.... Après coup... j'ai eu après une jeune qui avait pris des médicaments et qui avait été hospitalisée... euh... elle a un suivi à la maison de l'Adolescent.

E : Elle avait fait une tentative de suicide ?

I : Oui. Elle avait pris des médicaments.

E : c'était une de vos patientes ?

I : Oui. Je la vois rarement.

E : Devant un adolescent qu'est-ce qui vous alerte ? Qu'il serait potentiellement à risque ?

I : Après euh.... Ça peut être l'absentéisme scolaire, ça peut être des difficultés familiales, des troubles de l'alimentation, changement de comportement.

E : Au niveau de la famille il y a des choses qui vous alertent plus que d'autres choses ? Par exemple les situations familiales ?

I : les séparations, les décès.

E : Vous leur demandez souvent aux adolescents s'ils pensent au suicide ? Ou c'est quelque chose que vous ne faites pas souvent ?

I : Euh... alors pff ... souvent je demande s'il y a des idées noires, s'il a envie de mourir euh... ça peut m'arriver de leur demander s'ils ont eu des idées suicidaires, s'ils ont eu envie de passer à l'acte.

E : Avez-vous des difficultés dans la prise en charge de l'adolescent par rapport à celle de l'adulte ? Dans la communication avec l'adolescent ou... ?

I : Oui... Euh... je trouve que c'est assez compliqué. L'adulte aussi ça peut être compliqué mais ouais...

E : En quoi c'est plus compliqué ?

I : Euh... Après euh... C'est peut-être plus pour moi, le ressenti est ce que je vais bien faire ?

E : Le fait qu'il soit jeune ?

I : Ouais peut être plus de pression par rapport à ça, en me disant est-ce que je fais bien ? J'aime bien avoir l'avis...

E : Vous demandez facilement un avis ?

I : Oui

E : Et quand vous demandez un avis vous passez par qui ?

I : Plus la Maison de l'Adolescent ou des psychologues en ville.

E : Vous avez des retours après ?

I : retour écrit ? Pas souvent de retour.

E : Et par internet ou téléphone ?

I : Euh... on me rappelle après euh... pas souvent hein...

E : La Maison de l'Adolescent par contre vous les prend assez rapidement ?

I : J'avais une jeune, je l'avais envoyée à la Maison de l'Adolescent euh... le délai était assez long donc on est repassé par la psychologue qu'elle voyait et puis après c'était aussi elle qui décalait les rendez-vous avec sa mère peut être que ça a fait ça... Mais non je n'ai pas trop de retour hein ! Et les délais c'est toujours long quand même.

E : Justement avec les parents c'est plutôt difficile ? Sont-ils plutôt aidant ou ils minimisent les choses ?

I : aidant pff...

E : Vous faites sortir les parents ?

I : Alors pas tout de suite, souvent je les vois tous les deux et puis je fais sortir le parent et puis je vois l'ado tout seul. Et puis je demande à l'ado s'il y a des choses dont il veut parler après avec ses parents et on en rediscute après ensemble avec les parents.

E : Et au niveau du diagnostic ? Ou de la dépression chez l'adolescent ?

I : Je trouve que c'est difficile (*rires*)

E : Est-ce que vous utilisez des outils sur internet ou par papiers ?

I : Oui des échelles là.

E : Vous utilisez quoi ?

I : Alors moi je ne les utilise pas mais je sais que ça existe quoi, je peux aller chercher sur internet.

E : Ah oui ça vous arrive quand vous ne savez pas trop, de chercher sur internet ?

I : Oui.

E : c'est ce que tout le monde fait.

Est-ce que vous leur prescrivez un traitement ?

I : Après antidépresseur je ne donne pas, euh.... Après pour aider pour le sommeil euh... ça m'arrive oui.

E : Et euh... vous les envoyez soit à la Maison de l'Adolescent, soit vers le psychologue ?

I : Ou le pédopsychiatre.

E : Et à l'UNACOR vous n'en avez jamais envoyé ? Vous n'avez jamais eu le risque vraiment ?

I : Non. Euh... Mais l'adulte je l'envoie à l'UNACOR.

E : Pour évaluer les risques vous utilisez un outil ou pas du tout ? Le degré d'urgences ?

I : Euh... non

E : C'est plus avec un faisceau d'arguments.

I : Oui.

E : Est-ce que vous avez des difficultés à obtenir de l'aide des pédopsychiatres ?

I : Ben oui puisqu'il n'y en a plus. (*Rires*) c'est assez compliqué

E : Est-ce que vous connaissez d'autres acteurs qui peuvent vous venir en aide ou quand vous voyez l'adolescent vous lui conseillez de euh... par exemple, d'appeler telle association ou d'aller sur tel site internet ? Est-ce que vous en connaissez quelques-uns ?

I : Euh...

E : Par exemple SOS Amitiés ?

I : Oui. Je leur en parle.

E : Et vous contactez la famille tout de suite ?

I : Si je voyais un adolescent de 19 ans avec des idées suicidaires ? Je contacterais la famille ? Ben euh.... J'essaierais de le convaincre effectivement la famille ou essayer d'avoir un ami pour l'emmener à l'UNACOR.

E : Est-ce que vous avez déjà eu des contacts avec l'infirmière scolaire ? Qui vous a orienté un patient pour ça ?

I : Non

E : Ou des retours pour les dépressions notamment ?

I : Non par rapport aux dépressions non.

E : Quelles seraient pour vous les mesures qui pourraient vous aider dans la prise en charge de l'adolescent à risque suicidaire ? Vous me disiez plus de spécialistes à la limite ?

I : Oui.

E : Au niveau de la formation ?

I : Des topos là-dessus. Euh...

E : Vous en avez eu récemment ?

I : Euh... avec notre FMC moi j'avais fait intervenir le Pr G. pour nous faire un topo là-dessus sur le risque suicidaire. Euh... c'était il y a 2-3 ans.

E : d'accord

I : Euh... après euh... effectivement on reçoit des mails sur des DU. Je crois qu'il y a un DU sur la dépression de l'adolescent et tout ça. Après c'est le manque de temps mais c'est super intéressant.

E : Et pendant l'internat vous avez eu une formation sur ça ?

I : Euh... on a dû avoir un cours rapidos là-dessus sans doute mais effectivement...

E : Cela vous semblait adapté ?

I : Euh... pas trop de souvenir.

E : Vous aviez un stage en pédiatrie ?

I : Je n'ai pas fait de stage en pédiatrie je suis passé aux urgences pédiatriques. Et puis psychiatrie je suis passé en psychiatrie adulte en temps qu'externe.

E : Ce stage en psychiatrie, pensez-vous que ça vous a aidé pour votre pratique quotidienne ?

I : C'est plus l'expérience qui m'aide.

8.3.9. Entretien n°9

E : (fait les rappels de définitions de l'adolescence selon l'OMS : période de la vie qui s'étend de 10 à 19 ans et risque suicidaire de l'adolescent : ce qu'on attend par risque suicidaire c'est l'adolescent qui a fait une TS ou qui évoque une tentative de suicide ou que les parents amènent pour risque de tentative de suicide ou pour des conduites à risque : addiction, scarification etc.

E : Est-ce que vous voyez beaucoup d'adolescents en consultations ?

I : Moi, j'ai repris la clientèle du Dr A, qui exerçait depuis 37 ans, donc j'ai beaucoup de personnes âgées et là j'ai dit, je ne prends plus de "vieux" ; Là, j'ai eu la réunion avec un médecin de la sécurité sociale pour la poly médicalisation qui m'a dit " effectivement vous avez le double de personnes âgées que la moyenne des médecins, c'est donc normal que vous en ayez plus de poly médicalisés".

J'ai des jeunes mais moins que ma collègue.

E : Est-ce que vous avez été confrontée dans votre pratique, justement, à un adolescent à risque ? Ou vous avez estimé qu'il était à risque ?

I : Alors, j'en ai eu une que j'ai prise en charge.

E : C'était cette année ?

I : C'était l'année dernière, en milieu d'après-midi, donc j'ai pu voir avec le CHU, pour qu'elle soit prise en charge, en fait, dans l'après-midi, ils ont pu la prendre en charge au CHU ... Euh...

E : Parce qu'elle avait moins de 16 ans... ?

I : Oui, elle avait 13 ans.

E : Ceux sont les parents qui vous l'ont ... ?

I : C'est les parents, elle n'était pas bien, elle ne mangeait plus, donc les parents m'amènent leur... En fait ce n'était pas une de mes patientes...

E : C'était la première fois...

I : C'était la première fois que je la voyais, elle n'était pas suivie.... Evidemment,

sortie du contexte, elle ne voulait pas revoir son médecin traitant, donc ils viennent me voir et les parents m'ont dit « Mais non, de toute façon il a parlé, il écoute pas », enfin après, je sais pas... je ne suis pas là pour juger, parce que nous aussi de temps en temps on n'a pas l'oreille et puis... Euh... Donc, toujours est-il que là ils sont arrivés, en pleine crise, la même, elle ne mangeait pas depuis quelques jours...

E : Oui... ?

I : Voilà, au début les parents disent " oui, il faut faire une prise de sang, faut faire ça...". On commence à gratter un petit peu et puis la même est mutique, donc on arrive... Euh... à parler, donc je lui dis « Est- ce que tu veux que tes parents sortent ? Comme ça on va discuter ».

La maman me dit « Mais pourquoi ? ». Je lui réponds « Peut-être elle en a besoin ». Les parents sont sortis et donc là elle m'a dit ce qu'elle avait à me dire : « Oui, avec mes parents c'est conflictuel ». Elle avait un petit copain, les parents ne voulaient pas qu'elle voit le petit copain, enfin bon... et puis, là du coup, je lui demande d'enlever sa veste, voilà, et là je vois que...

E : C'était des nouvelles scarifications ?

I : Il y en avait des anciennes et puis là il y en avait des nouvelles donc...

E : Et les parents, ils n'avaient pas remarqué ou le médecin traitant n'avait pas... ? Ils l'avaient déjà amené plusieurs fois... ?

I : Alors, alors, elle avait déjà vu son médecin mais ils n'avaient pas parlé en fait de ça, je ne sais pas... après...

E : C'étaient des motifs, un peu... ?

I : Les parents me disaient qu'ils la trouvaient triste, alors des fois je ne suis même pas sûre que... des fois les patients viennent me voir en me disant « mon fils fait ci, mon fils fait ça ... ». Mais moi, je ne le vois pas donc je dis « faut que je le voie, je ne peux pas vous prescrire... ». Voilà... Donc là, avec elle, je lui ai dit « est-ce que

tu veux, tu sais, on pourrait voir quelqu'un de neutre qui pourrait te parler avec toi ? ». Et puis je la sentais en détresse, je sentais aussi la famille en détresse et pas forcément très à l'écoute, Euh... Euh... Donc, je me suis dit... Euh... Euh... Elle, elle ne s'exprimait pas, enfin il n'y avait pas d'idées, elle ne parlait pas de "suicide" mais elle me disait qu'elle voulait partir de chez elle... Donc... Euh...

E : Et pour aller où ?

I : Quand j'ai vu ça, j'ai appelé au CHU et au CHU, j'ai eu de la chance, j'ai eu quelqu'un qui m'a dit « Mais vous nous l'amenez, il y a un centre là, on peut la voir... »

E : Oui, il y a une unité ...

I : Et donc là, elle a pu être prise et après j'ai revu les parents et je leur ai dit

E : Les parents étaient-ils d'accord ?

I : Les parents, au début m'ont dit... Je leur ai dit « Ce n'est pas une hospitalisation ... ; C'est plus quelqu'un ...votre fille a besoin de parler, c'est l'adolescence ! ». Je leur ai parlé de ma fille... il n'y a pas de soucis comme ça, mais parfois ils sont dans leur monde et puis...

E : Vous leur avez dit « Il faut aller à l'hôpital » ?

I : Oui...

E : Ça les a.... ?

I : Je les ai appelés, je leur ai dit « Écoutez, voilà, c'est l'hôpital mais c'est un centre d'écoute, d'écoute pour elle et puis pour vous aussi, parce que vous êtes les adultes, elle c'est l'adolescente, y a un mur et on n'arrive pas à parler, donc des fois, il y a besoin d'une tierce personne pour arriver à comprendre... Ce qu'elle ressent, ce que vous aussi, vous ressentez, mais vous êtes tellement dans la crainte que vous êtes incapables de lui dire certaines choses parce que vous voulez la protéger, mais elle aussi, elle a besoin de savoir que vous l'aimez et tout » Enfin, j'essayais et tous... des trucs...

E : D'accord ! (*Rires*)

I : Elle est partie et je n'ai pas eu de nouvelles...

E : Je vous ai coupé, vous disiez que le souci c'est que vous n'avez pas eu de nouvelle après ?

I : Non, je suppose qu'après ils ont été voir leur médecin traitant...

E : Vous n'avez pas reçu un appel du CHU ?

I : Non, non.

E : D'accord... Et vous aviez fait un petit courrier ?

I : Oui, un petit courrier, là c'était une unité d'écoute, après je ne sais pas ce qui s'est passé mais après je pense qu'ils sont suivis au CMP... Euh... Je n'en sais rien. Non ! Je n'ai pas eu de nouvelle !

E : Zéro, zéro... ? Oui.

I : C'est ça qui des fois est un peu compliqué Euh... Et puis j'ai un autre patient mais là, du coup, ce n'est pas moi qui l'ai suivi... Euh. En fait, c'est pareil. Un enfant qui avait 11 ans, conflictuel avec la maman, la maman un peu psy... Euh. Elle a 2 enfants, le dernier fait de l'asthme donc le dernier c'est le dieu tout puissant, il fait de l'asthme, attention, machin ! On s'occupe du dernier, le premier... Pff... On s'en fout... « De toute façon, il est nul, il ne travaille pas, il m'en fait voir » ... Enfin voilà...

E : Et la maman, elle est toute seule ?

I : Elle était mariée, et là du coup maintenant ils sont divorcés et l'enfant, moi en fait je le voyais très peu, je voyais le petit, de temps en temps, il était là avec sa maman mais, moi j'ai eu très peu de consultations avec lui... Pas malade...Euh... j'ai dû faire un vaccin et puis c'est tout. Et en fait, sa maman, un jour arrive et elle me dit que son fils, il a sauté d'une fenêtre, qu'il s'est défenestré... Donc, il a été hospitalisé, il n'y a pas eu de soucis médicaux, pas de fracture, pas de chose comme ça... Et donc là... Euh... il a été placé en foyer, les parents le voient le weekend, il est dans un collège, il revient

le weekend mais il y a un éducateur qui est là... Alors.

E : Oui, ça s'est mis en place par le CHSR ...

I : Il a été hospitalisé aux Feugrais

E : D'accord.

I : Et là, pareil, aucun compte rendu !!! Et ça c'est mon patient !!!

E : Pas un appel ? Pas un compte rendu ?

I : Non !

E : C'est quelque chose qui revient assez souvent. Et ça par rapport aux autres spécialistes... Euh... ? Tous les spécialistes, à qui vous envoyez un patient, vous avez un courrier ?

I : Oui, au CHU c'est un peu long mais on arrive à avoir du courrier.

E : C'est plus spécifique de... ?

I : Tout ce qui est psychiatrie, c'est le gros souci... Alors, pas chez tous, j'ai des patients qui sont hospitalisés au CHSR, on a des courriers mais de temps en temps, donc des fois il y a des patients qui sont suivis au CMP, donc là, je comprends bien, ils ne peuvent pas nous faire un courrier à chaque fois. Voilà. Mais de temps en temps, moi j'aimerais bien, parce que les patients ils arrivent et ils ne savent pas les traitements, ils ne viennent pas avec l'ordonnance, ils ne savent pas... C'est le comprimé bleu, c'est le comprimé rose etc., c'est la pilule... alors voilà, on est un peu coincé, donc moi des fois, ça m'est arrivé de me prendre le chou avec eux, en leur demandant juste un petit courrier, enfin...

E : Surtout maintenant avec l'informatique, ça pourrait être assez... Et un mail ?

I : Soit l'informatique soit... C'est vrai je n'ai pas encore le réflexe du mail, j'avoue.

E : Avec l'informatique un copier/coller, ça pourrait être assez simple.

I : Mais juste un petit mot, un petit truc... à envoyer s'ils ne veulent pas passer par le patient.

E : Oui, oui

I : Voilà, des fois c'est ça, c'est plus le retour et des fois on a aussi besoin de ça.

E : Devant un adolescent, qu'est-ce qui vous alerte principalement, qu'est-ce qui vous met la puce à l'oreille, à vous dire " celui-là, il faut que j'y fasse attention, il y a un risque... Quand vous le voyez, c'est quoi ? C'est son... ? Par exemple, vous recevez un adolescent, qu'est ce qui va vous alerter, sur le fait d'aller chercher, d'aller lui demander... ?

I : C'est un peu compliqué... Ah...

E : Est-ce que vous avez des sonnettes d'alarme ?

I : Pff... Les sonnettes d'alarme c'est l'enfant qui est mutique, donc ça déjà, le mutisme je n'aime pas trop... Euh ... Euh... L'enfant qui est devant sa Playstation, machin, ça malheureusement, ils y sont tous. Non c'est vraiment le mutisme et la violence aussi vis à vis des parents, vis à vis de nous aussi.

E : C'est à dire la violence ?

I : La violence de l'enfant vis-à-vis de ses parents, la violence verbale. Et puis les conflits, les conflits avec les parents, des fois il y a des mots qui sont assez forts... Moi de toute façon, je les déshabille, alors les garçons... Euh... sauf si je veux voir... Euh... Souvent je leur laisse le pantalon... Mais par contre je les mets torse nu.

E : Oui, pour voir s'il y a quelque chose ?

I : Des hématomes ou quelque chose comme ça... mais c'est le mutisme... Il y a des mômes qui arrivent, qui sont vraiment tristes. Euh... Enfin... Sinon, je n'ai pas de...

E : Vous les voyez tristes. ?

I : Mais tristes, mais vraiment. Euh...

E : Est-ce que vous leur posez des questions au niveau de leurs performances scolaires ? Ou s'ils sont embêtés par exemple sur internet... ?

I : Internet, notamment avec tout ce qui s'est passé avec les djihadistes, là qui recrutent et pour voir aussi avec les enfants donc... Euh... Je ne leur pose pas toujours la question, j'aime bien quand je

les vois pour les vaccins et puis pour les certificats médicaux.

E : D'accord, donc de manière systématique vous évoquez un peu...

I : Systématiquement, je le fais...

E : Vous faites une petite partie psychologique ?

I : Voilà !

E : D'accord, ça c'est systématique ?

I : Quand ils viennent, pour une angine, une grippe, machin, non sauf de temps en temps, mais vraiment quand ils viennent pour les vaccins et pour les certificats médicaux, ça c'est systématique, c'est : le lavage des dents, internet... Euh... La tablette... Euh.

E : Internet, vous leur posez quelles questions ? C'est combien de temps ?

I : Déjà, combien de temps le soir après le repas, dans la journée ; le sommeil parce qu'il y a plein d'enfants, en fait qui ne s'endorment pas avant minuit, une heure ; voilà ça fait partie vraiment de mes questions ; l'alimentation aussi pour voir un peu... Euh... Au niveau de l'alcool... du tabac...

E : Et s'il y a des réponses cela vous alerte plus ou moins.

I : Voilà !

E : Donc pour les vaccins et les certificats médicaux, vous faites cela ?

I : Essentiellement sauf de temps en temps quand je les vois pas bien, donc j'essaie de voir mais j'essaie vraiment car c'est le moment où ils ne sont pas malades, ou on arrive à discuter, ben tiens le sport « pourquoi ce sport-là ? » Qu'est ce qui t'intéresse ? Parler un peu d'autre chose... C'est l'histoire aussi de leur montrer qu'on s'intéresse aussi à eux, on n'est pas là non plus que pour prescrire, pour les examiner et aussi essayer de les intéresser aussi à autre chose, parce que bien souvent aussi il y en a qui viennent me voir et me disent « Oui, de toute façon, c'est les parents qui me font faire ce sport, moi ça m'intéresse pas ».

E : D'accord. Est-ce que vous avez des difficultés dans la prise en charge de l'adolescent, comme le dernier, au niveau soit du diagnostic ou qu'est-ce qui vous paraît difficile ? Par rapport à l'adulte notamment ? La différence avec l'adulte ?

I : Le souci, c'est qu'on, enfin... moi j'ai quelques adolescents, je pense que je n'en ai pas assez. Euh... J'aimerais bien en avoir un petit peu plus parce que je trouve ça passionnant, c'est des fois un peu une... Ça peut partir en vrille ! (*Rires*) mais... Euh... Le souci c'est : Ou les adresser ? Enfin, la dernière fois, j'ai eu de la chance de les avoir d'après ma collègue, parce que des fois on ne les a pas facilement...

E : Parce que vous les adresseriez à qui ? Si vous aviez un adolescent à risque ?

I : Alors, quand il y a vraiment un problème. Euh...Euh...

E : Grosse urgence ?

I : C'est l'UNACOR, en général j'aime bien passer un coup de fil, déjà pour leur dire que... voilà...

E : Et L'urgence, vous la déterminez comment ?

I : Euh...Euh... Déjà, quand il y a... Euh... (*Hésitations*) Quand l'adolescent est suicidaire.

E : Quand il exprime ?

I : Quand il exprime, là je pense qu'il faut le prendre en charge.

E : Et s'il ne s'exprime pas ? Vous l'envoyez directement aux urgences ? Ou vous connaissez d'autres... ?

I : Non ... Alors, ça dépend de la gravité, le souci c'est que, le gros problème c'est le CMP, pour avoir un rendez-vous... C'est...

E : Et la Maison de l'Adolescent, vous l'avez déjà... ? Vous êtes déjà passé par eux ?

I : J'avoue, je ne passe pas beaucoup par eux.

E : Pourquoi ? Par choix ?

I : Non, parce que je n'y pense pas.

E : D'accord. Parce qu'ils ont une consultation assez...

I : Enfin, je n'en ai pas eu beaucoup mais à chaque fois ça m'est arrivé de rappeler les parents leur disant « Ecoutez, voilà » ... Parce qu'on a des psychologues, moi j'ai 2 psychologues avec lesquels je travaille mais c'est payant et en fait je fais une lettre en disant aux parents : « voilà... » et puis en en reparlant en groupe mes collègues me disent « Et la Maison de l'Adolescent ! »

E : Oui (*rires*)

I : « Oui, tu as raison, merde, je n'ai pas fait... » Donc voilà, ce n'est pas... il y a une fois où j'ai rappelé les parents en leur disant « Ecoutez, voilà, j'ai oublié ».

E : Et ils ont pris rapidement (*la maison de l'adolescent*)

I : Et ils ont pris rendez-vous.

E : Et vous avez eu un retour de la Maison de l'Adolescent ?

I : Non ! Mais par contre l'adolescent est venu me voir, plus tard, il était suivi, voilà et puis en fait ça s'est passé.

E : Est-ce que pour vous la communication avec l'adolescent c'est difficile ou ça se passe toujours... ? Ça dépend de l'adolescent ?

I : Oui, ça dépend de l'adolescent...

E : Pour déterminer l'urgence ou la dépression de l'adolescent, utilisez-vous des outils ? Ou c'est plus des faisceaux d'arguments cliniques ?

I : J'ai... des outils ? C'est à dire ?

E : Un questionnaire préétabli ?

I : Non, je n'ai pas de questionnaire pré fait, non.

E : Parce qu'ils ont mis au point un questionnaire, pour se rappeler, un peu ce que vous disiez « s'il est triste etc. » C'est TSTS : tristesse, stress, travail, sommeil, en gros c'est les (points qu'il ne faut pas oublier...

I : C'est ça

E : Est-ce que vous prescrivez un traitement aux adolescents, si vous ne les envoyez pas à l'hôpital ou au CMP ? Ou

vous préférez attendre ? Ou vous ne prescrivez aucun traitement ?

I : Euh... (*Il se gratte la gorge, hésitations*), là, à chaque fois... je n'ai pas prescrit... Euh... Parce que soit s'il y avait une prescription, là pour les ados... Je ne suis pas... C'est compliqué... enfin, pour moi, pour moi c'est compliqué, alors je préfère qu'ils voient le...psy, donc l'UNACOR.

Euh... Et puis... Euh... Sinon, ça m'est arrivé, c'est de... C'est de mettre un peu d'ATARAX® ...

E : Un peu d'ATARAX®, d'accord.

I : C'est le truc, un peu... voilà (*se gratte la gorge*) ... Après, évidemment, c'est changé... mais vraiment l'urgence... Euh... Euh...

E : Est-ce que vous connaissez d'autres acteurs en dehors du milieu médical qui pourraient aider l'adolescent ou vous aider dans la prise en charge de l'adolescent suicidaire ? Pour l'aider lui, au niveau de son humeur ? Est-ce que vous lui dites, il faudra se mettre en contact avec telle personne ou telle association ?

I : Alors, le souci c'est que je ne connais pas... Euh... les associations, donc je pense qu'à la Maison de l'Adolescent, ils doivent avoir... (*Se gratte la gorge*) Je ne sais pas s'ils peuvent les orienter... ça je ne sais pas et puis essayer de voir avec eux quand on a passé le cap aigu, ce qui les intéresse... Euh... Si c'est... Euh... Je ne sais pas (*se gratte la gorge*), un point qui les intéresse, si c'est la photo, si c'est le sport, si c'est... Euh... je ne sais pas... Euh... enfin d'autres... la musique ou n'importe quoi, pour qu'ils arrivent à se raccrocher à ça et... Moi, mon but il est là...

E : Qu'ils s'intéressent à quelque chose ?

I : Essayer de s'intéresser à quelque chose mais après c'est aussi de voir qu'ils ne soient pas seuls, même c'est aux parents de leurs dire que même si ça va mieux, il faut qu'ils soient... il faut qu'ils continuent à être suivis.

E : Vous motivez aussi au niveau de la famille ? Vous essayez de les contacter ?

I : Oui... Je n'en ai pas beaucoup... Chaque fois, j'essaie.

E : Connaissez-vous des numéros de téléphone que l'adolescent pourrait appeler si jamais il ne va pas bien ? S'il veut....

I : Non, Ce n'est pas bien... Je sais...

E : Non, non, c'est pour vous demander, si vous ne les connaissez pas...

I : C'est pour ça aussi que cette réunion là ; c'est hyper important pour moi, parce que pour les adultes, j'ai à peu près ce qu'il faut mais pour les ados, je suis un peu coincée.

E : Et Justement, qu'est ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de l'adolescent psychiatrique ou suicidaire ?

I : Ben... Déjà, bon, de toute façon, je sais déjà il y a l'UNACOR.

E : Ou qui pourrait aider tout le monde ?

I : L'urgence, elle est faite là, après c'est pour nous savoir si, quelles sont, les associations, s'il y a des choses particulières sur lesquelles on peut l'envoyer pour... pour aider... ça, j'avoue... Je... Je ne sais pas.

E : Et au niveau aussi, vous me disiez la relation avec les.... Les retours ?

I : Les retours... ça, j'aimerais bien, alors je ne demande pas... un truc de 20 pages, enfin, 2_3 lignes : faites ça, attention à ci, on propose ça, traitement ça... Et puis, voilà ; C'est juste : il a été vu pour ça, à cause de... si on arrive à trouver la cause... La conduite à tenir et le traitement.

E : D'accord

I : C'est (*rires*) ça des fois qui me...

E : En tout cas c'est simple.

I : C'est ça ! Et puis dans la conduite à tenir, justement on va... réussir à trouver et si besoin on se fait des petites fiches.

E : Avez- vous déjà eu un jeune ou même un adulte qui... Oui ils viennent, et disent « le psychiatre m'a mis ce traitement ».

I : Là, c'est plus pour les adultes, pas pour les enfants.

E : Est-ce que vous avez une formation sur le risque suicidaire de l'adolescent ?

I : Non !

E : Non ? Jamais, jamais ?

I : Non, non

E : D'accord. Même pas durant votre internat ?

I : Non !

E : Ou de la pédopsychiatrie ?

I : Ou alors j'ai zappé mais j'ai fait un stage d'urgence pédiatrique au Havre mais on n'a pas eu de... Euh... (*Silence, elle réfléchit*).

E : D'accord.

I : Et, même dans nos FMC, on fait partie d'une FMC et on essaie de voir... Euh. Donc là, je vais essayer de voir avec eux, justement, pour faire une formation sur les... Oui, ou alors faire un... Un truc... « Quoi de neuf en médecine générale », il faudrait « quoi de neuf en pédiatrie » mais la psychiatrie. En plus malheureusement, moi je dois en avoir 1 sur 3...

E : Vous pouvez les recevoir par mail ou sur leur page Facebook.

I : Ah ! Bon, je vais mettre « quoi de neuf »

E : Est-ce que vous avez des commentaires sur le sujet de la thèse ? Ou des questions que vous aimeriez que je pose à d'autres médecins pour un peu approfondir certaines choses ?

I : Non, j'ai hâte d'avoir le résultat de la thèse et je pense qu'après il va y avoir des choses à ressortir en fait.

8.3.10. Entretien n°10

E : Avez-vous déjà été confronté à un adolescent suicidaire ?

I : Euh... Euh... Des idées suicidaires concrètes non, mais j'ai déjà eu des situations... Euh... Euh... avec des jeunes qui... j'en ai une notamment qui commençait à se tailler un peu les poignets. Euh...

E : Oui, qui avait des conduites à risque.

I : Des conduites. Plutôt auto-agressive, oui, d'automutilation. Euh... Pour des raisons. Euh... Euh... que je n'ai jamais vraiment réussi à élucider, ce que ses amis faisaient...

E : Oui, c'était plus tôt du harcèlement scolaire ?

I : Non, ce n'était pas de cet ordre-là, c'était plus par mimétisme et puis, je ne sais pas, ça avait l'air tendance, elle faisait ça, ça devait forcément sous tendre des soucis quelconques, on a essayé aussi pas mal de creuser la chose, elle est venue accompagnée de ses parents en fait.

E : Oui.

I : C'est eux qui l'ont amenée

E : Quand vous l'avez reçue, vous l'avez prise avec ses parents ?

I : Alors, je l'ai prise avec ses parents au début, pour leur parler un petit peu, après on a discuté, je fais souvent sortir les parents, donc on a rediscuté un petit peu et puis je lui ai posé des questions un peu plus personnelles... Euh...

E : D'accord

I : Par rapport. Euh... À sa vie à elle... Euh... et puis ...Euh ...pour creuser un peu. Mais je n'ai jamais réussi vraiment à trouver une cause particulière et puis du coup ...j'ai ... On a discuté longtemps, ça a bien duré 1 bonne heure, j'ai essayé de dédramatiser un peu et puis. Euh... Euh...

E : C'était plus l'adolescente vous qui... pour dédramatiser...ou les parents... ?

I : Ben, c'était plus pour essayer de... Euh... vu l'interrogatoire, il n'y avait pas l'air d'y avoir de réelle envie suicidaire et le geste

était quand même particulier donc du coup j'ai essayé de dédramatiser un petit peu et puis de... De faire ouvrir le dialogue entre les parents et elle, et puis de dire « c'est bien déjà, tu es venue avec tes parents, vous en avez discuté ». Euh... Dès que les conflits s'installent, ne faut pas refaire ce que tu as fait, mais faut en discuter s'il y a quelque chose qui ne va pas et puis je l'ai quand même orientée vers un psychiatre pour adolescent. Quand même.

E : vous l'avez orientée vers où ? Vers un pédopsychiatre ?

I : Oui

E : Et quand vous avez des patients comme ça, à risque, vous les orientez plus vers cette pédopsychiatre où ?

I : Oui, là actuellement c'est soit ça soit Charles Nicolle aux urgences, parce que c'est difficile d'avoir un rendez-vous, parce que à la base je voulais Charles Nicolle mais, pour avoir un rendez-vous rapide en pédopsychiatrie c'est impossible en fait, il faut... Euh... faut passer par les urgences.

E : Oui et la Maison de l'Adolescent vous y avez déjà pensé ou c'est trop loin d'ici ?

I : Ben, je ne sais pas, je ne connais pas très bien cette structure, ça fait partie de Charles Nicolle ?

E : Non, c'est au niveau de la Fnac, il y a 2 pédopsychiatres qui reçoivent assez vite.

I : Ah ! Oui qui reçoit assez vite les jeunes ?

E : Oui, vous êtes un peu éloigné.

I : Oh ! Ceci dit, pas tant que ça, c'est à Rouen. Mais c'est vrai j'ai jamais fait appel à cette structure.

E : Et quand vous voyez un adolescent, qu'est ce qui peut vous inquiéter ? Vous faire penser, « tiens cet adolescent-là », je pense qu'il peut être à risque ? Qu'est-ce qui vous met la puce à l'oreille dans leur histoire ?

I : Ben... Pff... ça dépend un peu du motif, mais... Euh... Euh... Mais c'est toujours

inquiétant à cet âge-là parce que c'est une population à risque. Euh... On le sait bien, ils sont assez influençables, assez fragiles, Euh... Et puis ça dépend du motif, j'en ai eu un autre, il n'y a pas très longtemps d'ailleurs, Euh. Pareil qui était...Euh... Lui c'était du harcèlement au lycée. Euh... Il était potentiellement à risque parce qu'il se faisait embêter, il est venu avec ses parents parce qu'il a eu enfin le cran de dire à ses parents ce qui se passait, il se faisait harceler à la sortie du lycée pour vendre du shit et tout ça, et... Et du coup il en pouvait plus parce que et ils me l'ont amené pour qu'on discute, qu'on fasse des petits papiers pour pouvoir le déscolariser, enfin le protéger et puis on a articulé tout ça et il a été rescolarisé autre part mais lui il en pouvait plus, il était tétanisé, la boule au ventre d'y aller tous les jours quoi...
Donc

E : Et vous l'avez revu après un peu ?

I : Oui, je l'ai revu après, peu de temps après parce que ça a été vite, ça s'est bien passé, il a été déscolarisé de ce lycée dans les règles et puis, il a pu être rescolarisé, ben, un mois plus tard dans un autre lycée en internat, je l'ai revu un mois après la déscolarisation et il était beaucoup mieux dans sa peau.

E : Et est-ce que vous avez des difficultés, vous, à entrer en contact avec l'adolescent ? Ou c'est quelque chose qui... ?

I : Non, ça va, après ça vient, ce n'est pas facile au début, c'est pas facile de juger, il y a des adolescents avec qui ça va mieux se passer qu'avec d'autres, il y en a qui sont plus renfermés que d'autres... C'est vrai qu'on... enfin, moi, on n'est pas très souvent confronté à ce genre de situation, c'est difficile de savoir mais en soi l'adolescent ne me pose pas de problème pour... Euh...

E : Et vous évaluez de temps en temps leur mal être ? Ou... dans une consultation un peu dédiée ?

I : Ouais, c'est ça, faudrait une consultation dédiée mais pas nécessairement car souvent les adolescents sont accompagnés de leurs parents, souvent c'est pour des motifs. Euh... très banals... Euh... Euh... je ne sais pas, une infection quelconque ou un renouvellement ou une licence de sport, c'est rarement des choses embêtantes et c'est vrai, moi je ne pose pas souvent les questions... Enfin, ça m'arrive, si de poser une question ouverte comme ça en disant « Tout va bien au lycée ? Tout va bien au collège ? » Euh... Mais ils ne répondent jamais « Non, ça va pas », j'en ai jamais eu un qui m'a dit « Ben, non, je vais pas bien » ... Parce que... Je ne sais pas, faudrait je pense peut-être creuser plus longtemps.

E : Y a des choses qui vous ont mis en difficultés avec les adolescents ? Les parents ? Mais ils étaient plutôt, aidants dans ce cas-là.

I : Les 2 gros cas que j'ai eus, oui, ils étaient, Oui, Oui, ils étaient aidants.

E : Et au niveau du diagnostic, vous pensez qu'il faudrait des matériaux particuliers ? Avez-vous connaissance de questionnaires ?

I : Ben... Euh... Dans ce genre de situation là... Euh... Je n'utilise pas de questionnaire particulier.

E : D'accord... Et, par exemple le TSTS-CAFARD ?

I : Je... Je connais de nom mais je ne les ai jamais utilisés.

E : D'accord... C'est un peu les mêmes questions que vous posez ?

I : Oui, oui, Euh... Plus ou moins, oui. Les questionnaires c'est bien, ça peut permettre pas mal de choses quand... Mais pas toujours... Non, c'est vrai, je ne les ai jamais utilisés.

E : Est-ce que vous prescriviez un traitement ou est-ce que vous orientez vers la pédopsychiatrie ?

I : Non, je n'ai rien prescrit du tout, parce que... On ne sait jamais trop mais, mais vu, vu, la façon dont la consultation s'est passée, vu l'impression, la prise de conscience qu'elle a eue, déjà rien que le fait de venir il y a une prise de conscience quand même... En fait, le travail il est déjà fait... On ne sert pas à grand-chose, juste à remettre une petite couche mais si elle a déjà parlé à ses parents de ce truc-là, ses parents décident de venir nous voir et elle accepte ça... Déjà, il y a un gros chemin de fait, après je n'ai pas prescrit de traitement parce que... Euh... Euh... parce qu'elle en parlait librement. Euh... Euh... Elle prenait conscience qu'en fait c'était idiot... Euh... Le risque était, selon moi, Euh... Je n'avais pas peur d'un acte futur.

E : D'accord et quand vous l'orientez vers le pédopsychiatre, vous avez eu un retour du pédopsychiatre ?

I : Non, j'en ai par l'intermédiaire du patient.

E : Il ne vous envoie pas un courrier ?

I : Euh. Non

E : Pas un appel ? Un mail ?

I : Non, non, je n'en ai pas eu mais bon ce n'est pas... Mais, non, non.

E : Et pour aider les adolescents, vous pensez principalement à la famille ou vous leur donnez des numéros d'appel ? Des sites internet ?

I : Non, ça ne m'est jamais arrivé non plus mais je sais que ça existe mais c'est pareil je n'ai pas encore été trop confronté à des situations où j'aurai à faire ça mais non je n'ai jamais...

E : Par exemple, il n'y a jamais un médecin scolaire qui vous a appelé ou une infirmière scolaire pour vous signaler un adolescent ?

I : Non, jamais, ce n'est jamais arrivé.

E : D'ailleurs, avec les médecins scolaires vous avez des contacts parfois ?

I : Aucun, je ne suis pas sûr que ça me soit déjà arrivé d'ailleurs, un appel...

E : Pour des vaccins ?

I : Non, non, pour les vaccins ou autres...

E : Est-ce que vous vous souvenez avoir eu une formation sur l'adolescent suicidaire ou dépressif dans votre formation ?

I : On a dû, mais ce n'est pas quelque chose qui m'a marqué dans la formation, on a forcément dû avoir un cours mais, mais je m'en souviens pas...

E : Dans votre formation continue ?

I : Et dans la formation continue, je n'en ai jamais eu non plus, pourtant j'en fais pas mal, mais, après on fait des choix aussi...

E : Vous faites une formation continue sur Rouen ? Sur le jeudi soir ?

I : Cela dépend, il y en a un peu partout, il y a aux Cèdres, en fait c'est un peu au... Y Prescrire aussi, y a aussi des formations sur pour le DPC, rémunérées, ça je n'en fais pas mal.

E : Est-ce que vous les interrogez sur leurs conduites à risque ? Sur la consommation d'alcool ? Ou...

I : Systématiquement, si l'adolescent vient pour une cause de mal être psychologique, oui, oui, toujours, ben oui, oui. Et puis je le fais même assez facilement en temps normal même sans plainte particulière, quand on peut aborder le sujet, mais on est limité dans nos questions si le parent est là et puis que l'adolescent va bien, si on peut lui poser une question, on le fait mais pas systématiquement et puis je ne fais pas sortir tout le temps les parents quand un adolescent est là.

E : Et vous les voyez tout seul à partir de quel âge, vous, les adolescents ?

I : Ben, je ne les vois pas souvent tout seul, en fait, je vais les voir tout seul si je pense que c'est nécessaire parce qu'ils ont besoin de dire quelque chose ou potentiellement je pourrais creuser sans les parents, mais sinon. Euh... Euh... Je ne les vois pas spécialement tout seul...

ouais... Sauf s'ils le souhaitent, oui ou si je pense qu'il y en a besoin.

E : déjà, s'ils veulent vous voir tout seul, c'est qu'il y a quelque chose ?

I : Ah ! Oui, c'est rare que ça vienne spontanément de...

E : Ce n'est pas très long ? (*Rires*)

I : Non, mais c'est toujours comme ça les études qualitatives, en fait c'est... Après, c'est vrai, je n'en ai pas énormément, en fait, y en a plus que ce que je pense forcément, c'est sur...

E : Deux, déjà c'est pas mal parce que...

I : Mais bon 2, 2 avérés, oui, ça s'est bien goupillés pour les 2...

E : Et tout ce qui est harcèlement ? Avec Facebook, tout ça ? Vous posez des petites questions ?

I : Non, par contre, c'est vrai, ça c'est un truc qui est assez intéressant mais... Euh... Euh...

E : Vous avez l'impression que ça a augmenté ?

I : Ah ! Oui, je pense que ça joue énormément, ouais... A mon avis, enfin... Avant, tu te faisais harceler au lycée, tu rentrais chez toi, tu étais tranquille chez toi, maintenant ça te poursuit toute la nuit, quoi (*rires*)... ça doit être vraiment galère, je pense que ça peut être un gros problème pour certains.

E : Oui, en plus, aborder ce sujet-là, ça doit être assez compliqué aussi ? Ce sont des choses dont ils ont honte.

I : C'est très difficile, en fait, parce que, oui, c'est... pff... c'est compliqué, alors peut-être après ça sera plus simple, je pense qu'il y a aussi une histoire entre le patient et le médecin, là je reprends une patientèle mais du coup tous ces ados, je les ai encore en tant qu'ados, il n'y a pas eu encore une grande... Une complicité, c'est ça. Alors, par contre quand on commence avec un enfant tout petit, puis qu'on le voit grandir, je pense qu'on a un direct plus facile avec lui, déjà on le tutoie, on l'aborde différemment. Là, les ados

que j'ai eus, il y en a beaucoup que je vouvoie....

E : Ils ne se confient pas trop ?

I : Pas tous quoi, certains oui, mais ça va être les jeunes ados, oui, ils vont commencer parce que je commence à les tutoyer et je vais continuer, ça change... Je pense qu'il faut un certain vécu avec le malade pour avoir une aisance dans la consultation.

E : Est ce qu'il y a des questions que vous aimeriez que je pose à d'autres médecins, dans la thématique, qui vous intéressent ?

I : Non, moi ce qui m'intéresserait justement, c'est de... de ... puisque du coup, je suis pas du tout sûr de faire les choses dans les règles mais je ne sais pas s'il y a des règles absolues et consensuelles mais par rapport à ce truc là... Mais... Euh... Euh... Ce qui serait intéressant c'est d'avoir une conduite à tenir précise, savoir s'il y a des choses à faire et surtout à ne pas oublier... C'est du cours, en fait...

E : Et le fait d'être un peu plus loin de Rouen, vous, ça ne vous gêne pas pour l'accessibilité aux pédopsychiatres ? Là, vous avez votre propre réseau en fait...

I : Oui, plus ou moins, mais on n'est pas très très loin de Rouen, en 25 minutes, ce n'est pas un obstacle ; c'est plus, on a un manque de... de... Moi, tout du moins, j'ai un manque de connaissance, justement professionnel dans cette branche-là. Pédopsychiatre, j'en connais une, bon, ben je vais vers elle mais elle est débordée comme tous, je pense et à Rouen, je ne les connais pas du tout, pas du tout, du tout...

E : S'il y a un problème, il y a la Maison de l'Adolescent. C'est vrai c'est à 20 minutes mais en les appelant ils peuvent les prendre le lendemain, si c'est pas un risque...

I : Je ne savais pas ça et sinon s'il y a des risques c'est urgence, j'imagine ?

E : Oui, avant 16 ans c'est les urgences pédiatriques et après c'est l'UNACOR.

I : Hum. Oui, oui mais bon moi, ça reste assez carré, mais je n'ai jamais fait appel à cette structure.

E : Et, J'ai une question un peu plus personnelle, est ce que dans votre vie personnelle, avez-vous déjà été confronté à ce problème ? Dans votre famille ou... ? Qui pourrait freiner....

I : Non, non....

E : Car il y a certains médecins que j'ai interrogés qui avaient eu des antécédents...

I : D'idées suicidaires ? Ou de harcèlement ?

E : Oui, eux même ou dans leur famille

I : Moi dans la famille oui, il y a eu un suicide, mon oncle qui était médecin mais c'était pour une cause différente, il avait une sclérose en plaque, il en souffrait beaucoup... Pff... C'est un peu plus compliqué mais après en soi sur le terme d'adolescent, dans l'adolescence, pour moi ou dans la famille, non, non. J'ai eu une adolescence comme la majorité, avec des moments difficiles mais pas de gros... je n'ai pas été très embêté, ouais.

E : Bon, merci

8.3.11. Entretien n°11

E : (Fait un rappel du sujet de sa thèse ainsi que les définitions de l'adolescent selon l'OMS et définit les critères des patients (adolescent, risque suicidaire, conduites à risque, tentative de suicide)

I : Anorexie aussi ?

E : Oui, tout trouble même psychiatrique. Je vais vous posez des questions d'ordre général : (thèse, installation, mode d'exercice, enfants.)

E : Je vais vous posez une question un peu plus personnelle : Est-ce que dans votre famille, il y a eu des cas de suicide ?

I : Non.

E : Nous allons aborder le sujet. Avez-vous déjà été confronté à un adolescent suicidaire ?

I : Oui, cela m'est arrivé plusieurs fois. Je pense à une jeune de 14 ans. Euh... Crise d'adolescence qui a avalé des médicaments, qui est retournée à l'hôpital et en fait. Euh... Euh... et a fait une anorexie après derrière... Euh... Voilà.

I : Et vous l'avez suivie avant et après ?

E : Je l'ai suivie avant, après et puis comme cela n'allait pas trop je l'ai envoyée à la Maison de l'Adolescent.

E : A Rouen ?

I : A Rouen, oui.

E : Et qu'est-ce qui vous avez mis en alerte ? Ou qu'est-ce qui vous alerte sur un adolescent... Euh... ? Qui vous fait penser qu'il est potentiellement à risque, qu'il peut passer à l'acte ?

I : Et bien, vous voyez, c'est plein de choses, je pense que c'est une question de ressenti. Euh... Euh... Un adolescent qui... Qui ne parle pas, qui est un petit peu. Euh... Euh... Dans une attitude un peu rebelle, notamment vis à vis des parents, vis à vis de l'autorité en général. Euh... Euh... Souvent, j'essaye de les prendre tout seul et puis de...

E : D'abord avec les parents ?

I : D'abord avec les parents et puis ensuite, je prends l'adolescent tout seul,

en commençant par lui expliquer que je suis tenu au secret médical et tout ce qu'il a à me dire restera entre nous 2, ça c'est la première chose.

E : Oui, il faut le mettre en confiance

I : Il faut le mettre en confiance, voilà et puis après Euh... Bon, on pose des questions sur les toxiques, sur... Euh ...

E : Et pour ce cas, ce sont les parents qui vous l'ont amené ?

I : Oui, c'était sa maman.

E : Ils avaient des craintes ?

I : ils avaient déjà des craintes, tout à fait.

E : Avant, est ce qu'elle était déjà venue plusieurs fois pour des motifs un peu... ?

I : Pas pour des motifs comme ça, non, non, elle venait régulièrement au cabinet pour des motifs médicaux plus légers !

E : D'accord ; Est-ce que cela vous a mis en difficulté ? Est-ce que ça vous met en difficulté l'adolescent, un peu dépressif ou suicidaire ?

I : Pas trop, moi je dirais les 4 ,5 adolescents que j'ai envoyés à la Maison de l'Adolescent. Euh... Euh. Notamment je pense soit pour des anorexies mentales soit pour des troubles dépressifs, en général, ça se passe très bien, quoi, je connais bien ce système là et en général ça se passe bien parce que ça nous donne une ouverture, bon, moi je... Euh... Euh... Quand ce n'est pas trop aigu et que j'ai l'impression qu'il n'y a pas trop de risque de passage à l'acte, je les garde et puis, je leur donne un rendez-vous 15 jours, 1 mois après.... Et voilà. Si ça ne s'est pas amélioré ou si ça s'aggrave, dans ces cas-là, je passe la main à la Maison de l'Adolescent et ça se passe en général, relativement bien.

E : Et, vous avez un retour des fois de la Maison de l'Adolescent ?

I : Oui, tout à fait.

E : Oui, ils vous... Car un de vos confrères lui n'avait pas de retour et travaillait plus avec un pédopsychiatre qui est dans la région.

I : Ah bon ! Moi, j'envoie à la Maison de l'Adolescent. Euh... Euh... Je connais bien le docteur C. qui y travaille et... Et avec qui j'ai de bonnes relations donc c'est plus facile quand on connaît un peu de monde.

E : Et ils vous les prennent rapidement ?

I : Oui, en fonction de la lettre que l'on fait. On fait une lettre que l'on envoie par fax et c'est eux qui décident un peu de l'urgence à laquelle il faut voir les enfants, quoi.

E : Est-ce que vous avez déjà instauré un traitement ?

I : Cela m'est déjà arrivé, oui, ça m'est déjà arrivé, ce n'est pas l'histoire que je vous racontais, c'est une autre jeune qui devait avoir, un peu plus âgée, 16 -17 ans et... Euh ... Qui avait une phobie scolaire, aussi et qui ne voulait plus aller à l'école, j'ai commencé à mettre un traitement et puis... Euh... Là aussi, je l'ai envoyée à la Maison de l'Adolescent ou ils ont doublé voir triplé le traitement. C'était le SERTRALINE[®], j'avais commencé à 50 et on est monté jusqu'à 150 et depuis cela va plus tôt mieux. Je ne pense pas qu'il y avait de risque suicidaire mais il y avait une réelle dépression majeure quoi.

E : Ensuite, c'est la Maison de l'Adolescent qui fait le suivi ou est-ce que vous faites un suivi ?

I : On fait un suivi en commun, en fait. Euh... Euh... Souvent, voilà c'est une fois la Maison de l'Adolescent, une fois moi.

E : Ils y vont bien, même si c'est à 20mn de route de Rouen ?

I : Oui, ceux auxquels je pense y sont allés et j'ai aussi même des gens qui habitent beaucoup plus loin et qui y sont allés à la Maison de l'Adolescent.

E : Le risque, l'urgence, comment vous les déterminez ? Utilisez-vous des outils ? Des questionnaires ?

I : Non, je n'utilise pas d'outils ... Enfin, j'utilise les outils de la dépression classique, quoi.

E : De l'adulte ?

I : Je n'ai pas d'outil particulier pour les adolescents, en dehors des questions : « Est-ce que tu as eu un traumatisme ? », « Est-ce que tu as eu » ...

E : Le TSTS ?

I : Oui, je le pratique.

E : Peu de médecins généralistes le pratiquent, car c'est un test assez récent. Vous me disiez donc que vous aviez de bon retour de la Maison de l'Adolescent parce que vous avez des contacts ?

I : Oui j'ai plutôt des bons retours.

E : Est-ce que vous avez déjà été en relation avec les infirmières scolaires ? Est ce qu'il y a eu des adolescents orientés par... ?

I : Non, il y a des patients qui m'ont dit avoir vu l'infirmière scolaire et l'infirmière scolaire a demandé le médecin traitant mais je n'ai pas eu de relation directe avec les infirmières scolaires.

E : D'accord. A la famille, vous leur dites quoi ? Comment vous leur présentez ça ?

I : Ben, le plus simplement du monde, je crois. D'abord, en général, comme je vous disais. Euh... Je fais sortir la famille, et puis après avec l'ado, on se met d'accord sur ce qu'on va dire aux parents. Hein.

E : D'accord.

I : Et oui, parce que je ne veux pas trahir le secret médical, je veux qu'il soit en confiance avec moi, du coup, je fais un petit briefing en disant « Voilà, est ce que je peux dire ça à tes parents ? Est-ce que tu es d'accord pour ? ».

E : Donc vous voyez tout avec lui et ?

I : Je vois tout avec lui et puis après on voit avec les parents euh ... Euh... Comment ça peut se passer, bon, après il peut arriver de temps en temps, la j'ai pas d'exemple concret mais, on est obligé quand même de de de dire aux parents qu'il y a un danger et qu'il faut le surveiller et qu'il faut éventuellement l'hospitaliser ou... Cela m'est déjà arrivé d'hospitaliser, même contre le gré de l'enfant, quoi.

E : Oui, et quand vous les hospitalisez, vous passez par le CHU ou l'UNACOR ?

I : Euh... les 2, cela dépend un peu de l'appréhension des gens vis à vis de l'hôpital psychiatrique, voilà c'est ça... Parce que, quand il y a vraiment, on ne va pas mettre à l'hôpital psychiatrique, dans ces cas-là on a le biais du CHU qui est quand même...

E : L'hôpital psychiatrique, vraiment cela les... ?

I : Le problème, ce n'est pas un problème de compétences, c'est un problème d'image de marque, d'hôpital psychiatrique, qui est des fois très très mal vécu et, du coup, on est de temps en temps obligé de passer par le CHU, heureusement qu'ils sont là.

E : Sinon dans vos consultations un peu systématiques de l'adolescent, est-ce que vous abordez un peu leur humeur ? Euh...

I : Pff ! Oui, comme avec tout le monde.

E : Vous présentez cela comment ?

I : Je leur demande comment ça va dans leur vie. Euh ... Euh... Au niveau scolaire, au niveau avec les parents, « ils ne sont pas trop chiants les parents ? ».

(Rires des 2)

E : Les conduites à risque ? Les consommations ?

I : Effectivement, les questions classiques sur les conduites à risque, et tabac, cannabis, alcool.

E : Est-ce que vous vous souvenez avoir eu pendant vos études une formation sur ce sujet ? Sur l'adolescent dépressif, même ?

I : Pendant les études, pas grand-chose, je ne crois pas ; sur l'anorexie mentale nous étions bien formés... Euh... Enfin, relativement bien formés, oui, je trouve, je suis passé en endocrinologie et j'en ai vu pas mal et pendant les études c'était déjà un sujet important.

E : Vous avez fait votre internat à Rouen ?

I : Oui, à Rouen.

E : Pendant votre exercice, il y a eu des formations, des FMC ?

I : Oui, oui en formation. Euh... Euh... En petits groupes de formation, on a eu plusieurs, plusieurs fois « l'adolescent dépressif ».

E : D'accord, Est ce que vous avez des commentaires à faire sur la thématique du questionnaire ? Ou des questions que vous aimeriez que je pose à d'autres médecins ?

I : Euh... Non, Vous ne faites que des questionnaires individuels ?

E : Oui, c'est plus une trame qu'un questionnaire.

I : Oui, oui.

E : C'est juste pour ne pas oublier...

I : Je pense que ça serait vraiment intéressant à participer à un focus groupe là-dessus. Euh... ça permet de soulever des... Euh... On attend les autres dire des trucs et ça permet d'aller plus loin, je trouve, le focus groupe.

Vous en avez fait un focus groupe ?

E : Non, vous êtes le 11^{ème} et déjà les analyser c'est un peu long. Mais, peut-être. C'est le professeur H., le Directeur de thèse et je lui ai présenté le questionnaire, car je préférais que ça soit un peu cadré pour moi, mais les questions...

I : Oui, ce sont des questions ouvertes, oui c'est vraiment la thèse qualitative par excellence.

E : Oui, voilà... *(Rires)*

I : Alors bon courage.

E : Remerciements

8.3.12. Entretien n°12

E : Avez-vous déjà été confronté à un adolescent suicidaire ?

I : Oui.

E : Est ce qu'il y a des cas qui vous ont marqué ?

I : il y a une petite de 12 ans qui s'est suicidée là, vendredi dernier, euh... Là, rue P. Elle était au collège J. R. et bon, elle a avalé. Euh. Bon... Une famille compliquée... dans la petite cité rue P..... C'est le quart monde ... il y a des filles voilées, des prostituées, des toxicomanes. Et la petite qui s'est suicidée, apparemment sa mère était prostituée et plus ou moins toxicomane.

La gamine avait 12 ans, elle s'est fait embêter au collège, via Facebook avec des écrits du style "pute de GC".

E : Qui vous l'a dit ?

I : C'est une patiente qui connaissait la famille. Je suis une partie de la famille, mais je ne suivais pas la gamine. Et ce soir en consultation j'en aurai une qui elle aussi voulait se suicider.

E : Comment avez-vous vu que cela n'allait pas bien ?

I : Elle pétaït les plombs... Je la suivais Euh... Euh...le père est incarcéré au Maroc pour trafic de drogue donc. La mère qui a eu plusieurs enfants de plusieurs lits, toujours avec des personnes qui sont en taule ou toxico et là son nouveau compagnon est serbe et fiché au grand banditisme, donc... Elle vivait mal son adolescence, je la connais depuis qu'elle est toute petite. A un moment elle était un peu anorexique puis s'est mise à fumer du "chichon", je la suis.... (*Consulte son Ordinateur*), depuis 2 ans, elle n'allait pas bien : stressée, anorexie malgré des fringales (*lit le dossier*), janvier 2016.

Je l'ennuie, parce que je suis le référent qui dit toujours « faut pas fumer », voilà...

E : Oui, Oui

I : Des gamins qui sont à la dérive, des fois ils ont besoin, quand il n'y a pas de père,

quand ça part un peu dans tous les sens, ils ont besoin d'être recadrés et... Euh. Voilà, au mois de décembre, ça n'allait pas bien du tout, elle ne mangeait plus, elle vomissait, l'équivalent de l'anorexie mais elle n'était pas anorexique mais elle avait maigri et à un moment cela n'allait plus, elle a péte les plombs, elle était agressive...

E : y a-t-il eu un facteur déclenchant ?

I : Euh... Je l'avais un peu engueulée pour le "chichon", elle était en décompensation, dépressive ou vraiment plus rien n'avait d'importance, la vie ne valait plus le coup d'être vécue etc., etc. Et, je me suis dit : il lui faut un électrochoc à cette gamine, vous savez les ados ils passent leur temps sur les "ondes", à se regarder dans la glace, l'image de la plastie est plus importante qu'un projet de vie, il y en a qui ne sont pas bien accompagnés. Et je l'ai adressé à l'UNACOR, pour une hospitalisation.

E : Est-ce qu'avant, elle avait vu un pédopsychiatre ou est-ce vous... ?

I : Non, non, les pédopsychiatres, il n'y a pas de place, la mère n'a pas d'argent pour payer. En ville, vous avez 6 mois ou 12 mois pour voir un pédopsychiatre... Euh... C'est très sinistré. Et au CMP, il y a 200 demandes en attente, dans notre ville, pour les enfants. Donc les pédopsychiatres, non. Par contre, je la vois, je la vois souvent cette gamine, en entretien...Euh...

E : Un peu pour faire... ?

I : Une psychothérapie de soutien. Il y a beaucoup d'enfants... On ne peut pas les envoyer chez le psy, les parents n'ont pas l'argent, les délais sont trop longs donc, c'est vrai, il y a des gamins que je prends régulièrement en thérapie de soutien... Enfin, on peut appeler ça comme ça.

E : Et la Maison de l'Adolescent ?

I : Si, si, je l'ai adressée à la Maison de l'adolescent, aussi. Euh... Elle y est allée une fois mais c'était après, cela devait être

à la sortie de l'hôpital. Je l'ai donc fait hospitalisée en psy ou là elle a vu ce que c'était vraiment la psychiatrie : les vrais dépressifs, les vrais malades et cela lui a fait un bien fou parce qu'elle elle s'est dit « Finalement je pense mon temps à me regarder le nombril et il y a des choses plus graves dans la vie ». Et le fait d'avoir vu ça, elle a très bien rebondi, elle a été à la Maison de l'adolescent, depuis elle remange, elle a repris du poids. Alors, les psychiatres avaient dû lui donner des neuroleptiques ou des trucs comme ça, elle les a pris une semaine, elle a repris 10kilos, voilà. Euh...

E : Avec la Maison de l'Adolescent, il y avait un suivi commun avec vous ?

I : Non, le problème avec les psychiatres c'est qu'il n'y a jamais de retour. Vous envoyez quelqu'un chez le cardiologue vous avez un courrier, vous envoyez chez le psy... L'espace de confidentialité thérapeutique, vous n'avez jamais de retour, c'est exceptionnel, sauf quand les psys paniquent, là ils nous appellent, en disant « j'ai vu celui-là, il est très très dangereux », ben oui, si je vous l'adresse c'est parce qu'il est super dangereux ou que celle-là il faut la mettre sous Lithium car elle est complètement bipolaire... Mais, non, les psys, ils n'appellent jamais, donc le problème est que l'on n'a jamais de retour sur les consultations psy, c'est très rare.

E : Même quand il y a instauration d'un nouveau traitement ?

I : Non... Sinon j'ai eu une autre qui s'est suicidée mais elle avait 31 ans. Donc hors sujet ... Ici c'est le drame, pour les gamins, les dealers ne se cachent pas, c'est en vente libre, le maire je lui ai dit, qui m'a dit « la drogue, il y en a dans toutes les banlieues », donc...

E : Avec les adolescents que vous recevez, est ce que vous cherchez la pathologie dépressive ?

I : Oui, oui... Quand je vois un gamin qui ne va pas bien, des fois je le vois en dehors de ses parents... Souvent le prétexte c'est l'angine ou les règles douloureuses, enfin bref, voilà et quand ils ne vont pas bien... Euh... J'en ai une par exemple dépressive.

E : C'est à dire le prétexte ?

I : Le motif ! Le motif de la consultation ce n'est pas que le gamin va mal, ça c'est rare que... Où c'est quand les parents craquent.

E : D'accord, c'est soit les parents l'amènent en disant « il ne va pas bien du tout » ou... ?

I : Oui, il ne va pas bien ; faudrait la voir... Voilà. Des fois ils viennent pour une angine, une entorse, une pathologie banale et puis comme toujours en fin de consultation : « au fait, elle ne va pas bien » ou ceci...

E : Et ce sont les parents qui disent cela ou c'est en voyant l'adolescent ?

I : Cela dépend, et puis moi les gamins je les connais alors des fois, je vois quand ils ne vont pas bien, quand on voit que la gamine, elle maigrit, qu'elle est cernée que voilà... qu'elle est dans la clope, dans le « chichon ».

E : A ce moment-là, cela vous alerte...

I : Ou les contre-performances scolaires, l'absentéisme, les fugues, enfin quand un gamin commence à déraper.

E : C'est donc plus les parents qui viennent.

I : Ou, par exemple, j'ai une petite, elle est en première avec des histoires de famille très compliquée, le père épileptique, handicapé, balayeur à la mairie ; la mère hémiplegique congénitale, la fille aînée bipolaire et la jeune fille se prend la tête avec ses parents comme à l'adolescence donc au bout d'un moment elle part chez son petit copain qui fait un lymphome, donc c'est pareil celle-là, je l'ai ramassée à la petite cuillère ; elle était dépressive mais pas suicidaire.

Mais ce n'est pas trop le sujet.

E : Mais les adolescents dépressifs sont plus à risque...

I : J'en ai un autre, il dort encore avec sa mère à 18 ans, il va pas bien, il ne communique pas beaucoup, il parle pas beaucoup, donc plein de fois j'ai essayé de le faire parler mais il est fermé, c'est à dire, comme la mère va en hôpital psychiatrique et que lui s'est retrouvé placé, enfin dans des galères pas possibles, il n'a qu'une peur c'est que sa mère soit réhospitalisée, donc il ne dit jamais rien, pour protéger sa mère. Mais il ne va pas bien, je le vois souvent pour des douleurs abdominales, je lui faisais souvent des absences scolaires (*justificatifs* ?).

Il a refusé de voir des psys car comme sa mère est dans les mains des psys...

Oui des gamins qui ne vont pas bien, il y en a un paquet finalement quand on réfléchit, c'est toujours des histoires compliquées.

I : J'en ai une sa mère s'est pendue, 3 enfants...

E : C'est souvent des histoires de familles chaotiques...

I : Oui, quand votre famille est bien construite, cela n'exonère pas tout mais il y a de la vigilance, de l'attention, de la bienveillance, quand les parents sont à la "ramasse" les gamins, surtout dans des banlieues exposées comme ça, les gamins ils sont exposés à tout, à la violence, à la jalousie, Euh... Au tabac, à la drogue, les trucs sur Facebook et ça c'est nouveau les trucs sur Facebook avec usurpations d'identité et on voit des gamins qui du jour au lendemain n'osent plus sortir....

E : Est-ce que vous instaurez un traitement pour ces adolescents ... ou est-ce que vous passez la main à un pédopsychiatre... ?

I : Cela dépend des fois, les enfants, jeunes de 14 -15 ans... Les antidépresseurs... On est très très prudent parce que... J'avais un remplaçant, il avait un poste d'assistant en pédiatrie, il chargeait les gamins en

antidépresseurs, des neuroleptiques. Enfin des gamins de 14 ans il faut faire "gaffe ". Les psychiatres, des fois ils chargent mais c'est leur responsabilité, ils peuvent prescrire, tandis que nous...

Pour la petite K, j'avais peut-être mis... Le problème, est que les adolescents, ils ont une représentation un peu délirante de leur truc. Tout va mal, rien n'a d'importance euh... Et en fait des fois on se demande si c'est une schizophrénie qui commence, entre le « chichon », la présentation. Euh... Délirante de l'adolescent, mais pas parce qu'il est schizophrène mais c'est parce qu'il n'est pas encore construit. J'ai beaucoup bossé avec les psys là-dessus ... Il faut faire "gaffe" aux antidépresseurs parce que cela favorise le passage à l'acte aussi.

Qu'est-ce que je lui avais donné ? Euh... Euh ... Du Zoloft[®]. Il y en a une qui est folle, folle, cocaïnomane qui avait été mise sous anti dépresseur, et là sous anti dépresseur, elle a explosé, je l'ai fait admettre aux Essarts pour...

E : Elle a décompensé ?

I : Alors là ! Désinhibée....

E : Elle a fait un virage maniaque ?

I : Ah ! Oui, oui, sous cocaïne, antidépresseurs plus cocaïne. Euh... Au début, ils ne disent pas qu'ils sont cocaïnomanes. Alors les pédopsychiatres, les psychiatres, ici les gens ils n'ont pas les moyens, c'est exceptionnel... C'est 60 euros la consultation...

Et les psychiatres sont tous en secteur 2. Les pédopsychiatres, quand il y a urgence, j'envoie au CASP. Il n'y a que là que les gens sont pris en urgence...

E : Et l'UNACOR ?

I : Non, L'UNACOR, c'est pour une hospitalisation, ça s'est vraiment...

E : Et les urgences pédiatriques quand ils sont petits, il y a une unité de pédopsychiatrie ?

I : Ouais...

E : Est-ce que vous utilisez des outils pour l'adolescent qui va mal ou est-ce plus par l'interrogatoire ?

I : Oui, c'est par l'interrogatoire. Des échelles d'évaluation, tout ça ?

E : Oui, par exemple le TSTS.

I : Non, je ne l'utilise pas.

E : C'est une échelle standardisée pour évaluer, ce que vous disiez un peu sur le sommeil, les traumatismes, les décrochages scolaires.

I: TSTS?

E: TSTS- CAFARD. C'est pour faciliter l'interrogatoire, la plupart du temps, les médecins posent les bonnes questions.

I : (*cherche sur internet ce test*) Non, vous savez, ça aussi, aujourd'hui la médecine, moi cela fait 30 ans que j'exerce. Euh... Aujourd'hui, il y a des recommandations, des échelles, maintenant tout marche par tiroirs en fait, on rentre dans un cadre, les MMS pour Alzheimer, voilà... Donc c'est peut-être... Non, je ne connaissais pas. C'est bien d'avoir des trucs structurés, cela par contre ça peut être utile, en consultation.

E : Au niveau de votre formation, vous souvenez vous avoir eu une formation sur ce sujet ?

I : Non.

E : Et en post internat ? En FMC ?

I : Alors, j'ai toujours eu une appétence. Quand j'étais étudiant en médecine, je voulais être psychiatre, au départ quand j'ai commencé mes études de médecine parce que la psychiatrie me plaisait bien. En fait c'est très très vieux, dans les années 80, il y avait 2 filières (l'internat ou le psychiatricat, et puis après, je me suis dit « il va y avoir que des gens... Euh... », ça refroidit. Mais par contre j'ai été interne à Evreux dans un service où il y avait beaucoup de tentatives de suicide chez les jeunes adolescents et donc on en recevait beaucoup, on avait des psychiatres qui venaient dans le service, donc on discutait beaucoup avec les

psychiatres. Euh... Euh... J'ai fait partie pendant un court moment... Euh... d'un club de réflexion psychiatrique... Euh... Ou il y avait des psychiatres, des psychologues, des infirmiers psychiatriques, des médecins généralistes et cela permettait de travailler les dossiers avec des visions transversales.

E : Et cela, c'était quand vous étiez interne à Evreux ?

I : Non, c'était en 1994, 1996. Voilà et j'ai des copains psychiatres donc si j'ai un doute.

E : Donc, c'est plus par un réseau un peu plus personnel ?

I : Oui et parce que j'ai une appétence et puis, moi, ce que je trouve, ce qui est sympa dans le métier, c'est l'humain, ce n'est pas le côté technique et donc mes consultations durent " 3 plombes," je prends 2 heures de retard, mais, moi j'aime bien ce côté. On a un rôle à jouer, par exemple sur les adolescents de la commune, ou en 20 ans c'est devenu... Euh... n'importe quoi, enfin, c'est... le grand banditisme, la drogue, la violence, et avec des gamins qui sont euh... Des gens qui sont vraiment en perdition.

E : Donc votre rôle serait ... ?

I : Non, ce que je veux dire, c'est qu'en 20 ans, la population s'est dégradée c'est à dire que par rapport à il y a 20 ans, quand on s'installait, il y avait les retraités qui avaient leur petit pavillon et les gens dans les HLM qui étaient là en attendant de pouvoir s'installer ailleurs, bon. Donc, Euh... Au début j'avais une patientèle huppée de petits retraités, puis la population s'est transformée, ils ont rempli les HLM, tous les "mecs" qui sortent de prison, ils viennent ici, donc cela crée évidemment des quartiers où cela craint et on voit beaucoup d'adolescents à la dérive, la drogue devant les lycées... La ville est un peu abandonnée...

On a un rôle... Euh.... Aussi de soutien psychologique face à des parents en détresse ou des adolescents qui ne vont pas bien. Les remplaçants ne le voient pas forcément. Ils viennent ponctuellement

E : Avez-vous un avis sur le sujet de la thèse ? Auriez-vous des suggestions à faire pour améliorer la prise en charge

I : Donc, ce que vous m'avez dit, regarder des échelles. Euh... Analogiques, c'est intéressant. Vous êtes d'une autre génération que moi donc vous utilisez des outils que moi j'utilise moins... Donc.... C'est intéressant. Euh... C'est un sujet intéressant, d'actualité.

RÉSUMÉ

Introduction : Environ 10 000 personnes se suicident par an en France. Chez les adolescents il s'agit de la deuxième cause de décès et les tentatives de suicide sont nombreuses en particulier chez les jeunes filles. Les régions du Nord-Ouest dont la Normandie sont particulièrement touchées. L'objectif de cette thèse était d'évaluer les pratiques, le ressenti et les difficultés de la prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent des médecins généralistes de la région Rouen Elbeuf

Matériel et Méthodes : Une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés a été réalisée. Chaque entretien a été réalisé en face à face sur le lieu d'exercice du médecin interrogé. Les entretiens ont été retranscrits « verbatim » le plus tôt possible, par une seule personne, sans modification ni reformulation. Les logiciels Otranscribe[®] et Excel[®] ont été utilisés respectivement pour retranscrire les entretiens et pour analyser les réponses. Pour l'analyse thématique, les mots, expressions, phrases porteuses d'idées ont été identifiés, puis regroupés en thématiques qui ont été ensuite divisées en sous catégories.

Résultats : Douze médecins généralistes ont participé à l'enquête. Les résultats montrent que leur rôle de médecin famille leur facilite la discussion avec les adolescents dans le dépistage du risque suicidaire. Ils assurent le dépistage, le traitement, le suivi des adolescents à risque. La Maison de l'Adolescent est l'interlocuteur privilégié des médecins généralistes.

Les difficultés rencontrées par ces médecins sont liées au manque de formation, au déficit de communication avec les pédopsychiatres et aux difficultés d'accès aux soins psychiatriques.

Discussion : Les médecins assurent un rôle central dans la prise en charge de l'adolescent suicidaire. Cette prise en charge pourrait être optimisée en (i) développant la communication entre professionnels de santé, (ii) en améliorant la formation, notamment sur les nouvelles échelles de risque, et (iii) par une meilleure connaissance des réseaux de soins.

Mots clés

Médecine générale - Suicide - Adolescent - Crise suicidaire – Prévention - Dépistage - Recherche qualitative - Rôle du médecin - Continuité de soins