



**HAL**  
open science

# Ressentis, attentes et freins des adolescents, des parents d'adolescents et des médecins concernant un auto-questionnaire de pré-consultation en médecine générale

Yann Bégo, Maxence Hita, Marine Huet

## ► To cite this version:

Yann Bégo, Maxence Hita, Marine Huet. Ressentis, attentes et freins des adolescents, des parents d'adolescents et des médecins concernant un auto-questionnaire de pré-consultation en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03008351

**HAL Id: dumas-03008351**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03008351>**

Submitted on 16 Nov 2020

**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.

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Discipline : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 29 octobre 2020 par :

**Yann BÉGO**

Né le 21 juillet 1990, à Bordeaux (33)

**Maxence HITA**

Né le 23 juin 1990, à Bordeaux (33)

**Marine HUET**

Née le 02 mars 1991, à Dax (40)

**Ressentis, attentes et freins des adolescents, des parents d'adolescents et des  
médecins concernant un auto-questionnaire de pré-consultation en médecine  
générale**

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume CONORT et Madame la Docteure Camille LEVEQUE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA	Président
Madame la Docteure Léa GRANDGEORGE	Juge
Monsieur le Docteur Laurent MAGOT	Juge
Monsieur le Docteur Guillaume CONORT	Juge
Madame la Docteure Camille LEVEQUE	Juge
Monsieur le Docteur Marco ROMERO	Rapporteur

# REMERCIEMENTS

## Remerciements communs

À Monsieur le Professeur François Alla, Professeur universitaire de santé publique,  
*Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.*

À Monsieur le Docteur Marco Romero, Maître de conférences associé en médecine générale,  
*Nous vous remercions d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et de l'intérêt que vous y avez porté. Vos remarques ont été précieuses pour améliorer ce travail.*

À Monsieur le Professeur Laurent Magot, Professeur associé en médecine générale,  
*Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse et d'y apporter votre regard.*

À Madame la Docteure Léa Grandgeorge, Pédiatre et Praticien hospitalier au CHU de Pellegrin,  
*Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail de thèse.*

Aux Docteurs Camille Leveque et Guillaume Conort, chefs de clinique en médecine générale,  
*Merci de nous avoir fait confiance en nous proposant ce projet. Merci infiniment pour vos idées, vos conseils, votre soutien, votre investissement et votre complémentarité tout au long de ce travail. Nous sommes heureux d'avoir conduit ce travail sous vos ailes.*

À tous les adolescents et adolescentes, les parents et les médecins qui nous ont fait confiance et qui ont contribué grandement à la réalisation de ce travail de thèse.

## **Remerciements de Marine HUET**

À l'ensemble de mes maitres de stage durant l'externat et l'internat. Merci de m'avoir transmis votre passion pour votre travail et vos connaissances. Vous avez consolidé mon souhait d'exercer la médecine générale, que j'ai depuis toujours.

À toutes les équipes paramédicales avec lesquelles j'ai travaillé. J'ai beaucoup appris par nos échanges, vous avez été essentielles à ma formation, merci.

À mes co-thésards, Yann et Maxence. J'ai été heureuse de mener ce travail à vos côtés. Aussi à Marie, Mathilde et Atalante pour avoir partagé ce projet.

À toutes mes amies d'enfance : Coralie, Claire, Aurélie, Audrey, Marie-Cécile, Jennifer, Mathilde R, Emilie, Mathilde D, Mélanie, Marlène. Merci, c'est grâce à vous que j'ai tenu le coup durant ces longues années. Mes week-end dans les Landes, pour la plupart festifs à vos côtés, me redonnaient la force de repartir le dimanche soir.

À ma famille et à ma belle-famille. Plus particulièrement, à mon papa et ma maman, sans qui tout cela n'aurait pas été possible. Merci pour votre soutien infailible durant ces longues années d'études, et merci d'avoir créé ce cocon familial dans lequel je me sens si bien.

À ma sœur chérie, Solenne. Merci pour ton soutien et ta joie de vivre. Aussi à mon filleul Mael et ma nièce Calie, vous avez embelli ces dernières années.

À mon grand amour Mikaël. Merci, tu as toujours été là et m'as toujours soutenue, depuis le début. Ta présence a adouci toutes ces années, et tu sais que ça n'a pas toujours été simple ! Merci pour ton amour et pour tout ce que nous construisons et construirons ensemble.

À mon fils Augustin, mon petit trésor, ma bouille d'amour que j'aime tant ! Tu illumines et égayes ma vie depuis quelques mois. Au deuxième trésor à venir...

## **Remerciements de Maxence HITA**

Aux équipes médicales et paramédicales des services de gériatrie de Villeneuve sur Lot, des urgences de Pellegrin, de pédiatrie à Agen, de SSR à Mont-de-Marsan et de rhumatologie à Agen, et notamment aux Docteurs David Chaury, Vincent Hanin, Jean-Michel Claude, Olivier Bonidan et Marc Pages, merci pour tout ce que vous m'avez appris.

À mes co-thésards, Marine et Yann, j'ai beaucoup aimé travailler avec vous, merci pour votre aide et pour avoir rendu ce projet à trois agréable.

À mes amis d'internat, notamment à Rémi, Olga, Julien, Camille, Gilles, Agathe, Cécile, merci pour le soutien depuis les débuts de l'internat et encore aujourd'hui.

À mes amis d'enfance, à Cyril, Thibaud, Tristan, Jonathan, Yoann, Loïc, merci d'avoir toujours été là quand j'en ai eu besoin, pour tous les bons souvenirs mais aussi pour le réconfort et la confiance.

À ma famille, et particulièrement à mon père et ma mère, sans qui je ne serai pas là. Merci de m'avoir élevé et supporté toutes ces années et d'avoir toujours cru en moi, même dans les moments les plus difficiles.

## **Remerciements de Yann BÉGO**

### **À mes parents.**

Maman, Frédérique, merci d'avoir été présente à tous les moments importants de ma vie, et d'être toujours là quand il le faut. Je ne serai jamais assez reconnaissant pour tout ce que tu as pu faire pour moi, tout l'amour que tu nous donnes à Morgane et moi, et pour tout le soutien indéfectible que tu m'apportes jour après jour.

Papa, Patrick, merci pour tout ce que tu as pu m'apprendre sur toutes les choses de la vie, pour ton sens de la fête que tu m'as brillamment transmis, pour tes conseils avisés sur les décisions à prendre (« choisir c'est renoncer »), ton soutien sans faille, et ces longues soirées football que ça soit au stade, ou à la maison (« Rends nous Denis Balbir ! »).

Merci d'être vous. Merci de m'avoir permis de devenir ce que je suis maintenant. Je ne sais pas ce que je ferais sans vous. Je vous aime. Votre titou.

### **À ma sœur.**

Morgane, à cette complicité qui nous lie depuis le début, ces longues soirées passées à bucher sur ces satanées mathématiques, et ce soutien permanent que tu m'as apporté pendant ces (longues) études. Je te souhaite tout le bonheur qu'un frère peut souhaiter à sa sœur, dans ta vie personnelle comme professionnelle. Je suis tellement fier de toi, et de tout ce que tu as accompli ces dernières années. Ton frérot qui t'aime.

### **À mes grands-parents.**

Monique, Mamie, merci d'être la grand-mère pétillante que tu es, avec toujours le mot pour rire, et ce sens de l'humour aiguisé. Merci pour l'amour que tu nous as apporté à Morgane et

moi pendant toute notre enfance, pour ta spécialité de pâtes sur la fourchette en attendant maman, et d'avoir tenu compagnie à papa en étant sa copine de foot. Je t'aime.

A Mamie Renée, Papi de Nantes et Papi, je sais que vous me regardez de là-haut. J'espère vous avoir rendu fier.

### **Aux Challengers.**

Maxime, JB, Paul, Charles, Juliette, Marie, Camille, Béné, et les pluzuns Manu, Thibaut, Ben, Marie, Sophie, Charlotte, mais aussi les tout neufs Margot, Tito et Adèle. Ça dure depuis plus de 12 ans, une amitié solide comme un roc. Tant de moments passés ensemble, from Ouistreham to Saint-Étienne d'Orthe, en passant par Piquey et bien d'autres. Beaucoup de Burnout, des nuits blanches tarot, à peu près 8000 buts sur FIFA, trop de ressources achetées sur 7 Wonders, et quelques palets qui ont atterri sur la planche par hasard...Quelle chance de vous avoir à mes côtés. Merci d'avoir accueilli Mathilde et d'en avoir fait l'une des nôtres. Challengers : Forts et Verts !

### **À la ROBY Team.**

Romain, Laurène, Guillaume, Anaïs, Clémentine, Chloé. Depuis 2 longues P1 à la D4, on peut dire que l'on s'est bien suivis ! Certains ont pris plus d'avance que d'autres, mais merci à vous d'avoir donné à ces années étudiantes une saveur particulière ! De MMPP aux sous-colles, en passant par les soirées (aussi à New-York !), et maintenant les thèses, nous sommes devenus grands !

### **À Thomas et Vincent.**

Parce que Didier aime bien la Bellevéédèèèèèère. One Deeper.

### **Aux Agenais.**

Chanchan, Aude, Bonnie (et Thaddou), Florus (et Floflo), Flo, Didi, Alex (et Pauline), Amandine (et Guy), Antoine (et Marion), Camille (et Pierre), Cawo, Hortense, Seb, Marie, maman Nadia (et Mathou aussi). Comment pourrais-je rêver d'un meilleur début d'internat ? Une belle famille que nous formons là... Il aura suffi d'un baby-foot retapé, de préfabriqués, de Nerf, d'une PS4 et de quelques gouttes d'éthanol pour faire naître de belles et réelles amitiés. Les Beurrades, le Bordeaux Tasting ou encore (et surtout) Miss France, cela nous fait encore beaucoup d'excuses pour se retrouver à l'avenir !

### **Aux Chocromies.**

Jean, Val, Jean, Baptiste, Laure, Lucie, Mélina, Pauline, Julie, Thomas. Mes petits Freds, la belle surprise de l'internat. Je vous aime tous à la puissance 21, vous êtes les Maud de mon

Laurent, le wasabi de mes sushis, le triple viande de mon tacos, et la Chocromie de mon Samedi tout est permis. Notre histoire ne fait que débiter les Fred...

#### **À toute l'équipe des Urgences d'Agen.**

Polo, Clément, Meïssa, Matthieu, Cécilia, Edwin, Paf, Virginie, Albert, Florian, Laurian, Albane, Amélie, Margot, Alexandre, Jean, Jérémie, Fernando, Nicolas, Laurent, Julien, mais aussi Virginie, Mylène, Aude, Jessica, Alice, Laura, Bastien, Tatiana, Anne-Co, Yoann, Yann, Julie, Isa, et tous les autres. Merci de me supporter depuis le début de l'internat, j'ai tant appris à vos côtés. Et ce n'est que le début, je l'espère bien !

#### **À mes maitres de stage.**

Dr Antoine Sauvaget et Dr Raffaëlla Abadie, mais aussi Dr Thierry Dubon et Dr Philippe Ugé. Merci de m'avoir appris tant de choses sur la médecine libérale, et de m'avoir formé pour être le médecin que je suis maintenant.

#### **À mes co-thésards de choc.**

Marine et Maxence, pour toutes les illuminations de ces derniers mois. Ce fut un plaisir de travailler avec vous deux. On refait ça quand vous voulez ! (mais pas trop vite quand même)

#### **À toi, Mathilde.**

Ma Mathou. Ma plus belle rencontre de l'internat (et même avant, tu le sais bien), et avec certitude de mes 30 premières années. Merci d'être toi, de me correspondre autant. Merci de faire de moi quelqu'un de meilleur (tu me diras, la marge de progression était plutôt grande). Bientôt 5 ans que tu partages ma vie, les hauts, les bas, que tu fais l'unanimité auprès de tout le monde (surtout de ma grand-mère), et que tu me donnes un amour indicible au quotidien. Merci pour ton soutien permanent, malgré mon caractère parfois difficile. J'ai tellement hâte de voir ce que l'avenir nous réserve. Cette thèse a été une épreuve mais on l'a surmontée ensemble, à deux. Maintenant, c'est que du bonheur. Je t'aime. Ton Yannus.

# TABLE DES MATIERES

<b>ABRÉVIATIONS</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
1. L'adolescence	10
2. Les médecins	12
3. Les parents d'adolescents	12
4. Les outils et questionnaires existants	14
5. Question de recherche :	19
6. Implication des thésards :	19
<b>ARTICLE</b>	<b>19</b>
1. Introduction	19
2. Matériel et méthode	20
3. Résultats	21
3.1. Carte heuristique	21
3.2. L'auto-questionnaire permet d'aborder des sujets dont les adolescents ne parlent pas spontanément avec le médecin généraliste	22
3.2.1. Un moyen de libérer la parole	22
3.2.2. Un moyen d'améliorer la prise en charge globale de l'adolescent	23
3.3. Les adolescents, les médecins et les parents insistent sur le secret médical et la confidentialité	23
3.3.1. La conservation des données	23
3.3.2. Le secret médical par rapport aux parents	23
3.4. La place des parents présente une certaine ambivalence	24
3.4.1. Une parole de l'adolescent libérée sans la présence du parent	24
3.4.2. Le médecin généraliste : un interlocuteur légitime	24
3.4.3. Des craintes exprimées sur l'aspect médico-légal	24
3.4.4. Une crainte des parents d'être lésés dans leur rôle	25
3.4.5. Un retour du médecin sur la consultation avec l'adolescent souhaité par les parents	25
3.5. L'auto-questionnaire permettrait la responsabilisation et l'autonomisation des adolescents	25
3.6. Le remplissage est facilité par plusieurs éléments	26
3.6.1. Une motivation nécessaire pour les adolescents	26
3.6.2. Un questionnaire visuellement attractif pour les adolescents	26
3.6.3. Un support accessible pour les adolescents, et pratique pour les médecins	27
3.6.4. Un questionnaire rapide, facile et adapté à tous les adolescents	27
3.7. La consultation de débriefing avec le médecin facilite l'abord de la prévention	28
3.7.1. La nécessité d'une consultation dédiée	28
3.7.2. Une attente particulière des médecins et des parents sur la prévention	28
4. Discussion	28
5. Conclusion	31
6. Références de l'article	31
<b>DISCUSSION COMPLEMENTAIRE</b>	<b>34</b>
1. Méthode	34
2. Implication personnelle	34
<b>REFERENCES COMPLEMENTAIRES</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>45</b>



1. Tableau de répartition des populations _____	45
2. Grille d'entretien de Marine HUET (focus group) _____	46
3. Grille d'entretien de Maxence HITA (entretiens individuels) _____	47
4. Grille d'entretien de Yann BÉGO (entretiens individuels) _____	48
5. Nuage de mots de Marine HUET _____	49
6. Nuage de mots de Maxence HITA _____	50
7. Nuage de mots de Yann BÉGO _____	51
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> _____	<b>52</b>
<b>RÉSUMÉ</b> _____	<b>53</b>
<b>ABSTRACT</b> _____	<b>53</b>

## **ABRÉVIATIONS**

ADOC : ADOlescents et Conduites à risque

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EI : Entretien individuel

FG : Focus group

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MG : Médecin généraliste

MSA : Mutualité sociale agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

### Abréviations désignant les auteurs de l'article :

Investigatrice MH : Marine Huet

Investigateur MH : Maxence Hita

Investigateur YB : Yann Bégo

# INTRODUCTION

## 1. L'adolescence

Le début et la fin de l'adolescence sont définies de façon variée selon les sources. L'Organisation Mondiale de la Santé (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 (1). L'institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) parle d'une période de transformation sans en préciser ni le début, ni la fin (2). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande dans son rapport de synthèse intitulé "Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires" de tenir compte de l'âge maturatif plutôt que de l'âge chronologique (3).

C'est une période de transition associée à des changements physiques, avec l'apparition des signes pubertaires (caractères sexuels primaires qui peuvent être évalués par le stade Tanner, et caractères sexuels secondaires) sous l'impulsion des modifications hormonales. Une préoccupation sur l'aspect corporel et la découverte de la sexualité découlent de ces transformations du corps. A cela s'ajoutent des modifications psychiques et relationnelles : la perte des repères de l'enfance, l'envie de se différencier de la famille avec contestation de l'autorité parentale, l'importance des pairs. On observe chez les adolescents des intérêts nouveaux, des changements de comportements et d'humeurs, de goûts (vestimentaires, musicaux...) qui leur permettent de créer leur propre identité. Ainsi, leur statut psychosocial change avec la reconnaissance d'une autonomie et d'une construction identitaire (4,5).

Le vécu de ces bouleversements n'est pas toujours facile. Il s'agit d'une période de transformation qui entraîne un déséquilibre sur le plan somatique, psychosocial, individuel et collectif. Ce déséquilibre peut engendrer des comportements et des conduites à risques : consommation de drogues/alcool, violences/harcèlement, dépression, troubles des conduites alimentaires, troubles du sommeil... (6).

La dernière enquête HBSC 2018 (*Health Behaviour in School-aged Children*) menée sous l'égide de l'OMS depuis 1982 permet de suivre l'évolution de certains comportements et de construire des stratégies de promotion de la santé auprès des adolescents (7). Quarante-cinq pays ou régions (essentiellement européens) y participent et collectent des données sur la santé, le vécu scolaire et les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans. Plusieurs chiffres ressortent de cette enquête (6,8) :

- Un peu plus de 8 adolescents sur 10 se considèrent en bonne santé. Cependant, plus de la moitié des adolescentes françaises de 15 ans déclarent des plaintes récurrentes et pour deux tiers des adolescents français la communication avec les parents n'est pas satisfaisante. Les adolescents déclarent plus de problèmes liés à leur santé mentale (déprime, troubles du sommeil).

- Un tiers des élèves français de 15 ans se disent stressés à l'école. Parmi eux, 4 % estiment être victimes ou auteurs de harcèlement scolaire à 15 ans. Près de la moitié des adolescents déclarent des bagarres et des blessures en milieu scolaire.

- L'utilisation problématique des réseaux sociaux affecterait 5% des garçons à 15 ans, avec un pourcentage plus élevé chez les filles de 11%. Plus de 90% des adolescents disent passer plus de deux heures par jour devant les écrans.

- Près de la moitié des adolescents ne prend pas de petit-déjeuner les jours d'école, deux adolescents sur trois ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes, un adolescent sur quatre mange des sucreries chaque jour et un sur six consomme des boissons sucrées au moins une fois par jour.

- Moins d'un adolescent sur cinq pratique une activité physique régulière.

- A 11 ans, 17 % des garçons et 11 % des filles sont en surpoids ou obèses (17 % et 13 % à 15 ans). Les adolescents, surtout les filles (un tiers) ont des perceptions corporelles négatives et se trouvent "trop grosses".

- Comparés aux autres pays, les niveaux d'usage d'alcool, de tabac et de cannabis des adolescents français sont au-dessus des moyennes. On note en particulier une plus grande précocité de l'usage de boissons alcoolisées : à 11 ans, 39 % des garçons et 25 % des filles en France ont déjà bu une boisson alcoolisée. À 15 ans, 19 % des adolescents français de sexe masculin ont déjà fait usage de cannabis.

- À 15 ans, un garçon sur quatre et une fille sur sept déclarent avoir eu des rapports sexuels. Un quart des adolescents à 15 ans déclarent des comportements sexuels à risque (préservatifs et pilule non utilisés lors de leur dernier rapport).

C'est ainsi que les adolescents, par leur vulnérabilité et leur situation à risque, constituent une population spécifique identifiée dans le critère 19.a du manuel de certification des établissements de santé V2010 de la HAS (9). Ils nécessitent donc une prise en charge spécifique, représentant un enjeu de santé publique (10,11). De ce fait, depuis le 1er mars 2019, trois nouveaux examens de suivi systématiques de l'enfant sont proposés afin de renforcer le suivi de la santé chez les jeunes (entre 8 et 9 ans, 11 et 13 ans et entre 15 et 16

ans). Ces examens sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie et sans avance de frais (12).

## **2. Les médecins**

Le médecin généraliste (MG) est le premier interlocuteur des adolescents, même si la fréquence de consultation n'est pas très élevée (13). En effet, 8 % des consultations de médecine générale sont réalisées auprès d'adolescents alors qu'ils représentent 13 % de la population. C'est la classe d'âge où le recours au médecin est le moins fréquent (14) : 2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 pour les filles, 79,2 % des adolescents voient un médecin dans l'année (13).

Même si le MG est aux yeux des adolescents le premier interlocuteur professionnel apte à l'aider lors de problèmes relatifs à son bien-être et à sa santé (15), la communication entre le MG et l'adolescent ne va pas de soi et il existe des freins à leur relation. Les deux tiers des rendez-vous sont sollicités par les parents. Ils viennent d'ailleurs accompagnés (encore 51 % des filles et 61 % des garçons à 18 ans, principalement avec leur mère (16)) avec un motif discuté préalablement avec les parents. Celui-ci est essentiellement somatique (75 %), mais aussi administratif ou préventif (19 %) et rarement psychologique (6%) (16,17). Les adolescents sont freinés par des obstacles pratiques (horaires, coûts, préférence d'une communication virtuelle) et différentes craintes : celle de déranger le MG, de ne pas être pris au sérieux, d'avoir des difficultés d'expression ou encore que le secret médical ne soit pas respecté (11,19). S'ils sont une majorité à n'avoir jamais eu recours au secret médical, c'est qu'ils ne sont pas entièrement convaincus de leur droit au secret médical, ainsi qu'à l'âge donnant droit à ce dernier (16). Du point de vue des MG, les réticences proviennent de la difficulté à appréhender le tiers présent en consultation (en général la mère (16)), du manque de temps, de la difficulté à préserver la confidentialité par rapport aux parents, du sentiment d'incompétence et du manque de formation pour gérer les consultations avec les adolescents (11).

## **3. Les parents d'adolescents**

La place des parents dans la santé des adolescents est majeure et complexe. Dans cette période d'émancipation, les modifications à la fois physiologiques et psychologiques des adolescents retentissent directement sur leur relation avec les parents, qui doivent eux aussi s'adapter à ces changements soudains.

La relation entre parents et adolescents est d'autant plus importante que la qualité de cette relation pourrait faire partie des facteurs de risque de développer certains problèmes de santé.

C'est ce qui semble ressortir d'une étude américaine de 2020 (20) sur plus de 6000 adolescents, qui a étudié le rapport entre la qualité de la relation parent-enfant et la qualité du sommeil, avec une corrélation retrouvée entre ces deux variables.

La consultation d'un adolescent en médecine générale est toujours articulée avec ses parents, que l'adolescent consulte seul, ou accompagné d'un ou de deux parents (21). Cette présence ou absence parentale apporte des informations sur la structure familiale mais aussi sur le motif de cette consultation, initiée parfois par les parents face à une inquiétude (22).

Les adolescents pouvant aussi être amenés à consulter seuls, cela amène les questions de la relation de confiance entre l'adolescent et son MG, mais aussi du secret médical et plus particulièrement de la confidentialité vis-à-vis des parents.

La plupart des études s'intéressant au ressenti des parents sur les particularités de cette consultation à trois parties (adolescent, médecin et parent) l'ont fait dans un contexte de suivi pour des maladies chroniques.

On retrouve tout de même deux études qualitatives australiennes, une de 2011 (23) et une de 2013 (24), centrées autour de la question du ressenti des parents quant à la confidentialité d'une consultation médicale de leur adolescent avec un professionnel de santé. Les deux études retrouvent que les parents estimaient que la consultation seul à seul entre l'adolescent et le médecin permettrait d'aider à parler de sujets sensibles et de reconnaître une certaine maturité et une autonomie aux adolescents. Cependant, la majorité des parents souhaitait être informée de ce qui se dit dans la consultation, surtout sur les thèmes de la santé sexuelle et de la consommation d'alcool ou de stupéfiants et cela, même si l'adolescent ne souhaitait pas qu'ils soient avertis. Les freins mis en avant étaient surtout l'impression de ne pas être de « bons parents », dans leur rôle protecteur, s'ils ne connaissaient pas le contenu de l'entretien.

Une étude américaine de 2018 sur 425 dyades parent-adolescents (25) s'est intéressée à l'importance que les parents d'adolescents accordaient au temps que les adolescents passaient seuls avec le MG, en soins primaires. La majorité trouvait ce temps seul avec le MG important, les facteurs favorisant le dialogue de l'adolescent avec le MG étaient selon les parents principalement le fait de s'être préparés à la visite, le caractère sociable de l'adolescent et son autonomie, la confiance avec le MG et ainsi que le fait pour le parent d'être présent sur une partie de la consultation. Les facteurs limitants rapportés par les parents étaient la peur des adolescents d'être jugés, leur inconfort dû à une timidité et un manque de familiarité avec le MG.

Une autre étude américaine (26) a recherché sur 1209 dyades parents-adolescents entre 13 et 18 ans les différents avis des adolescents et de leurs parents quant à l'importance de la médecine préventive et de la confidentialité.

Une étude (27) s'est intéressée à la fois à l'avis des parents et des adolescents concernant une application de santé sur smartphone, mais dans le cadre restreint d'une application pour la gestion des crises d'épilepsie, avec le format d'application numérique plébiscité à la fois par les parents et les adolescents mais des attentes différentes dans le fond.

Dans le cadre particulier d'un questionnaire de santé en médecine générale, il n'y a, à notre connaissance pas d'étude s'intéressant au ressenti des parents d'adolescents.

Or, les avis et le comportement des parents peuvent influencer ceux de leurs enfants, il apparaît donc licite, dès lors que l'on s'intéresse à l'acceptabilité d'un questionnaire de santé à destination des adolescents de rechercher également le ressenti de leurs parents.

#### **4. Les outils et questionnaires existants**

Plusieurs dispositifs ont vu le jour pour améliorer la prise en charge médicale et la prévention chez les adolescents :

- Des recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS quant au bon déroulement de la consultation avec un adolescent, ainsi que des propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans (3 ; 10).
- L'outil "Entre nous", développé par l'INPES, qui propose aux professionnels de santé des ressources pour dialoguer avec l'adolescent et mettre en pratique avec lui une démarche d'éducation pour la santé, en s'aidant de nombreux supports d'aide à la relation (2).
- Le groupe ADOlescents et Conduites à risque (ADOC), qui propose une boîte à outils de soutien à la relation qui sont des techniques simples et utilisables en cabinet en cours de consultation avec l'adolescent (28).
- L'application numérique "Help-ados" pour aider les professionnels de santé face à un adolescent en souffrance. Il s'agit de la première plateforme numérique mondiale de médiation et d'évaluation des conduites à risques conçue pour mettre en relation un jeune en souffrance et un professionnel (29).
- Des sites internet destinés aux adolescents : comment tu vas ? (30), le Centre d'information et de Documentation jeunesse (31), ciao (32), fil santé jeunes (33), santé-jeunes (34).

- "Les instants santé jeunes" (35) mis au point par la MSA depuis 2014. Les adhérents ayant entre 16 et 24 ans sont invités à répondre à un questionnaire en ligne concernant des questions de santé (mal-être, dépression, sexualité, contraception, alimentation, addiction, sommeil...) préalablement à une consultation de prévention avec leur MG qui sera prise en charge à 100 % par la MSA. En échange, l'adolescent reçoit un bon de 30 euros sur un équipement sportif ou pour un abonnement dans une salle/club de sports.
- Le carnet de santé, avec l'implémentation de nouvelles pages destinées à préparer les nouvelles consultations de suivi de l'adolescent. Une partie est dédiée au parent, une autre à l'adolescent, avec des questions ouvertes très générales posées à l'adolescent, toujours dans cet objectif de préparation à la consultation (12)

La plupart de ces dispositifs s'appuient sur des questionnaires de dépistage confidentiels destinés aux adolescents. Ce sont des auto-questionnaires, remplis seulement par l'adolescent, ou bien des hétéro-questionnaires où les questions sont posées par le médecin. Ils sont une aide à la consultation et un outil de médiation pour engager le dialogue avec l'adolescent. Ils peuvent s'avérer utiles à l'occasion d'une consultation programmée, en aidant le médecin à être le plus exhaustif possible et en leur permettant de repérer les sujets de préoccupation des adolescents qu'ils devraient aborder malgré leurs réticences (36). Cela permet à l'adolescent de prendre une part active en déterminant lui-même les sujets qui seront abordés en fonction des réponses qu'il donne.

Ils peuvent être transversaux et explorer à la fois les domaines somatique, psychologique, comportemental et relationnel. Certains de ces questionnaires peuvent être plus spécifiques à un thème particulier et il est difficile d'être exhaustif, tellement ils sont nombreux. Voici quelques exemples :

Thème \ Type	Auto-questionnaire	Hétéro-questionnaire
<b>Transversal</b>	Questionnaire Bicêtre (37), le questionnaire d'amorce de dialogue (38) "Météo perso" ou "100 mots pour le dire" (2) Grille de Marcelli et Gervais (39) KIDSCREEN-52 (40)	Home Education Activities Drugs Sexuality Suicide Safety HEADSSS (41)



<p><b>Dépression</b></p>	<p>Adolescent Dépression Rating Scale ADRS (42)</p> <p>Beck Depression Inventory IDB (43)</p> <p>Children's Depression Inventory CDI (44)</p> <p>Hopkins Symptom Check List HSCL-10 (45)</p> <p>Reynolds Adolescent Depression Scale 2 RADS-2 (46)</p> <p>Centre for Epidemiological Studies Depression Scale CES-D10 (47)</p> <p>Patient Health Questionnaire for Adolescent PHQ-A (48)</p>	<p>Bullying Insomnia Tobacco Stress test BITS-test, considéré comme l'évolution du TSTS-Cafard (49)</p>
<p><b>Drogues</b></p> <p><b>Tabac</b></p> <p><b>Alcool</b></p>	<p>DEPistage consommation problématique alcool et drogues chez les ADOlescents DEP ADO (50)</p> <p>Adolescent Drinking Index ADI8 (51)</p> <p>Drug Abuse Screening Test DAST-20 (52)</p> <p>Rutgers Alcohol Problem Index RAPI (53)</p> <p>Problem Oriented Sreening Instrument for Teenagers POSIT (54)</p>	<p>Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble - Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille CRAFFT- ADOSPA (55)</p> <p>Adolescent Drug Abuse Diagnosis ADAD (56)</p> <p>Questionnaire de Fagerström Tolerance modifié mFTQ (57)</p> <p>Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT (58)</p>
<p><b>Image du corps</b></p> <p><b>Troubles du comportement alimentaire</b></p>	<p>Physical Self-Description Questionnaire PSDQ (59)</p> <p>Échelle d'estime de soi de Rosenberg (60)</p>	<p>Sick Control One Fat Food version française SCOFF-F (66)</p>

	<p>Inventaire de Soi Physique ISP (61)</p> <p>EAT26 (62)</p> <p>Body Esteem Scale BES (63)</p> <p>Bulimia Test-Revised BULIT (64)</p> <p>Body Shape Questionnaire BSQ (65)</p> <p>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire Scale-3 SATAQ-3 (63)</p>	
<p><b>Violences</b></p> <p><b>Harcèlement</b></p>	<p>Questionnaire cyber-agression pour les adolescents CYBA (67)</p> <p>Questionnaire cyber-victimisation CYVIC (68)</p> <p>Questionnaire du projet européen d'intervention de la cyberintimidation (ECIPQ) (69)</p>	<p><i>Bully/Victim Questionnaire revised</i> BVQr d'Olweus (70)</p>
<p><b>Stress</b></p> <p><b>Anxiété</b></p>	<p>Questionnaire sur le Stress des Adolescents ASQ-S (71)</p> <p>Revised Children Manifest Anxiety Scale RCMA-S (72)</p> <p>State-Trait Anxiety Inventory STAI-Y (73)</p>	
<p><b>Sommeil</b></p>	<p>Sleep Condition Indicator SCI (74)</p>	<p>Children's Sleep Habits Questionnaire CSHQ (75)</p> <p>Pediatric Sleep Questionnaire PSQ (76)</p>
<p><b>Conduites sexuelles</b></p>	<p>Interests Emotions RelationShips IERS (77)(78)</p> <p>Audio Computer-Assisted Self-Interview Sexual Health Survey ACASI-SHS (79)</p>	

La plupart de ces questionnaires sont d'utilité hospitalière, à des fins de recherche ou d'évaluation. Cependant, leur utilisation est très faible en ambulatoire, notamment en tant qu'outil de prévention dans la population adolescente. En effet, 60 % des médecins déclarent utiliser au cours de leur consultation des « questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles », bien que pour 70 % des utilisateurs, cette utilisation soit occasionnelle. Il s'agit principalement de tests pour évaluer la mémoire, ensuite viennent les thèmes de la dépression, les maladies cardio-vasculaires, la consommation de tabac et l'évaluation de la douleur (80). Aucun médecin ne faisait référence à l'utilisation de questionnaire concernant spécifiquement les adolescents. Pourtant, dans une revue de la littérature portant sur l'utilisation d'un auto-questionnaire en salle d'attente, les patients et les professionnels se disent satisfaits de leur expérience avec l'auto-questionnaire (81). Les limites peuvent être liées à la confidentialité (82), ou à la perturbation du fonctionnement habituel du cabinet : retard des patients qui n'ont pas fini le questionnaire alors que le médecin est prêt à les accueillir (82), nécessité de la présence et la disponibilité d'une secrétaire pour remettre le questionnaire (83), durée de la consultation allongée (84).

Le temps, le moment et le lieu de remplissage, ainsi que l'accès et le format de ces différents questionnaires sont très variables. De nombreuses études ont montré que le remplissage d'un questionnaire numérique plutôt que sur format papier pouvait faciliter l'abord de certains sujets chez les adolescents (comportements à risque, sexualité, addiction) (83,84).

Nous n'avons pas retrouvé de travail de recherche ayant recueilli l'avis des adolescents concernant un auto-questionnaire de pré-consultation en cabinet de médecine générale et sur les modalités qui pourraient faciliter leur remplissage.

L'objectif de ce travail de thèse est d'identifier le ressenti, les attentes et les freins des adolescents, des médecins généralistes et des parents d'adolescents, concernant un auto-questionnaire de santé destiné aux adolescents de 11 à 16 ans, avant une consultation en médecine générale.

Ce travail fait partie du projet QJEUNES sur les attentes des adolescents, des médecins et des parents sur un auto-questionnaire de santé pour les adolescents, ainsi que sur la façon d'aborder différents thèmes du point de vue des adolescents, sujet d'une autre étude qui a été menée pendant la même période.

## **5. Question de recherche :**

Quels sont les ressentis, les attentes et les freins des adolescents, des MG et des parents d'adolescents, concernant un auto-questionnaire de santé préconsultation à destination des adolescents de 11 à 16 ans ?

## **6. Implication des thésards :**

Au cours de ce travail de thèse, nous nous sommes tous trois initiés aux démarches d'entretiens individuels et en focus groups, ce qui nous a permis d'entrevoir les méthodes de l'entretien motivationnel en médecine générale.

Chaque thésard a réalisé les entretiens avec une des trois populations, puis nous avons travaillé en groupe, tant pour l'analyse qualitative des données, par double codage en binôme, que pour la rédaction qui s'est faite en trinôme. Les différentes étapes ont été réalisées par les trois thésards de manière équitable. Nous avons décidé de présenter nos résultats sous la forme d'une thèse article.

# **ARTICLE**

## **1. Introduction**

L'adolescence est définie selon l'OMS par la période de croissance comprise entre 10 et 19 ans [1]. Elle correspond à une période de transition associée à des changements physiques et psychiques durant laquelle les risques sont importants (addictions, violence/harcèlement, comportements sexuels à risques, dépression, troubles du comportement alimentaire...) [2,3].

Deux consultations obligatoires à visée préventive entre 11 et 16 ans sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie depuis le 1er mars 2019 [4].

Une majorité des adolescents (79,2%) consultent au moins une fois leur médecin généraliste (MG) dans l'année [5]. Le motif de consultation est essentiellement ponctuel et thématique, avec parfois des préoccupations en santé non exprimées par l'adolescent [6]. Pour le MG, la consultation avec l'adolescent présente plusieurs freins : présence d'un tiers et confidentialité, manque de temps et le sentiment de manque de compétence et de formation [7].

De nombreux auto/hétéro-questionnaire de santé destinés aux adolescents existent. Ils sont utilisés principalement en milieu hospitalier mais peu utilisés en médecine générale car considérés comme allongeant la durée de consultation ou perturbant le fonctionnement habituel du cabinet [8].

Cette étude avait pour objectif d'explorer les ressentis, attentes et freins des adolescents, de parents d'adolescents et des MG en vue de la création d'un auto-questionnaire de pré-consultation.

## **2. Matériel et méthode**

Une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée a été conduite par trois investigateurs différents pour chaque population interrogée. Des focus group ont été réalisés auprès des adolescents et des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès des parents d'adolescents et des MG.

Le recrutement s'est fait par bouche à oreille puis par effet "boule de neige" dans la région Nouvelle-Aquitaine. Les adolescents de 11 à 17 ans avec l'accord de leurs parents, les parents d'adolescents de 11 à 17 ans et les MG recevant des adolescents en consultation étaient inclus. Tous étaient volontaires. L'échantillonnage a été raisonné afin d'obtenir une variation maximale en fonction de l'âge, du genre, du lieu d'habitation rural ou urbain (pour les parents et les adolescents), du lieu d'exercice et de l'année d'installation (pour les MG).

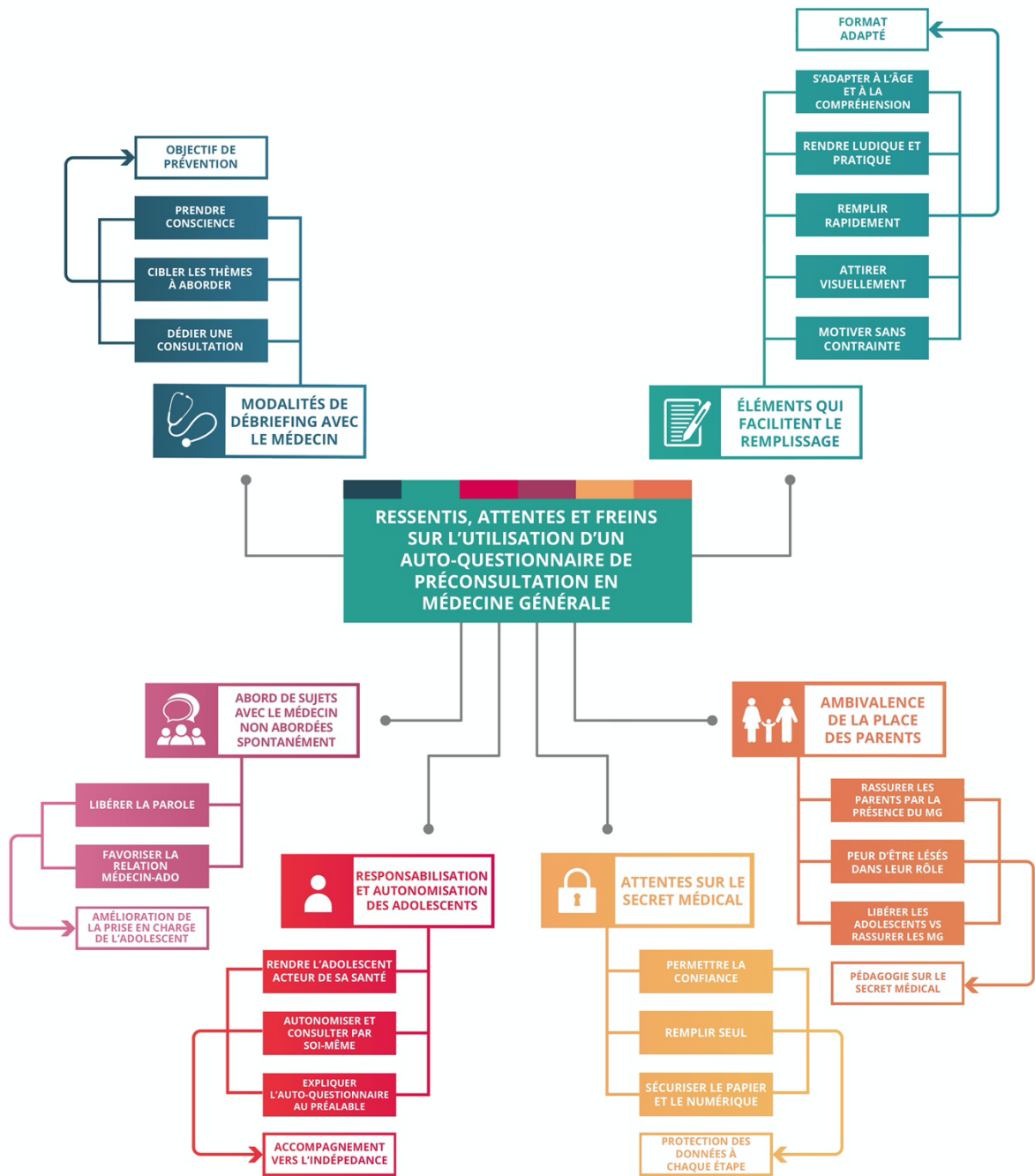
Les trois investigateurs ont été encadrés par deux directeurs de recherche expérimentés avec qui ils ont conçu les trois guides d'entretien. Ceux-ci ont évolué au fur et à mesure des entretiens. Les entretiens individuels et les focus group ont été conduits par les trois investigateurs de juillet 2019 à avril 2020, jusqu'à saturation des données. Ils se sont déroulés chez l'un des adolescents ou au domicile de l'investigatrice en ce qui concerne la population adolescente. Pour les parents d'adolescents les entretiens se sont déroulés à leur domicile. Pour les MG, les entretiens se sont déroulés soit à leur cabinet, soit à leur domicile, soit par visioconférence. 5 focus groups ont été réalisés avec 27 adolescents au total. 21 médecins et 26 parents d'adolescents ont participé aux entretiens individuels.

Les entretiens ont été enregistrés en intégralité par dictaphone et les données sociodémographiques ont été recueillies anonymement et notées à part. Le verbatim a été retranscrit mot à mot sur un fichier texte et anonymisé par un code utilisant une lettre pour chaque entretien suivi d'un numéro chronologique correspondant aux participants (M pour les médecins, P pour les parents, et A/B/C/D/E pour les adolescents en fonction du focus group (ANNEXE 1)). Un double codage a été fait à l'aide du logiciel RQDA, permettant la triangulation des données. Les verbatims ont ensuite été analysés de façon thématique par théorie ancrée.

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration de conformité MR003 à la CNIL et a reçu un avis favorable du comité d'éthique du CNGE.

### 3. Résultats

#### 3.1. Carte heuristique



## **3.2. L'auto-questionnaire permet d'aborder des sujets dont les adolescents ne parlent pas spontanément avec le médecin généraliste**

### ***3.2.1. Un moyen de libérer la parole***

La plupart des MG et des parents disent qu'il faut « *pouvoir aborder n'importe quel sujet* » (P9), « *tout ce qui est la vie d'un enfant ! Physique, psychique, amoureuse...* » (M7).

Cela permettrait d'aborder des « *questions auxquelles ils [les adolescents] ont pas nécessairement pensé* » (M13) ou auxquelles « *on pense pas en tant que médecin, qu'on ose pas poser* » (M8).

Certains MG disent avoir des réticences sur certains thèmes, notamment l'identité de genre, par manque de formation : « *c'est un peu délicat de poser des questions quand on sait pas ce qu'on va faire si on nous répond oui ! [...] ça soulève le fait qu'il faudrait que j'aie me former sur le sujet* » (M13).

Certains MG et parents disent que « *le sujet le plus sensible ça restera toujours la sexualité, à cet âge-là* » (M4), avec parfois une réticence en fonction du genre du MG car « *Il y a des adolescentes qui préfèrent être vues par un médecin femme* » (M17).

Le harcèlement et les violences sont mentionnés par les MG et les parents comme importants à aborder car « *très très mal pris en charge* » (M20), pour permettre à l'adolescent de « *prendre conscience et [...] pouvoir en parler* » (P13).

Sur ces sujets-là, certains adolescents disent avoir « *peur d'être jugés* » (A2) par le MG. La plupart des MG disent qu'« *Il faut vraiment leur dire qu'on est là pour aider et pas pour juger* » (M14). Certains parents disent « *que quoi qu'il réponde, sa réponse sera reçue uniquement pour être à son écoute et pour l'aider* » (P9).

Les trois populations s'accordent pour dire que l'expression écrite est plus facile pour les adolescents. La plupart des adolescents préfèrent « *écrire que parler à quelqu'un* » (C3). Cela « *permet probablement de libérer la parole* » (M12), « *c'est plus simple d'en parler avec lui parce qu'on lui a déjà dit dans le questionnaire* » (C5).

Les trois populations disent que les questions fermées « *peuvent aussi faciliter des accroches* » (M19), mais disent vouloir conserver une partie d'expression libre avec « *une question ouverte à la fin : "est-ce qu'il y a quelque chose dont tu aimerais parler ?"* » (M7), « *pour pouvoir parler de problèmes qui seraient pas forcément dans les questions* » (P6).

Les trois populations disent que le questionnaire doit être remis et rempli avant la consultation pour permettre « à l'adolescent de prendre le temps de réfléchir à ce qu'il va noter et ne rien oublier » (M2).

Les trois populations disent qu'il est intéressant de répéter le questionnaire : « c'est bien de le refaire, [...] pour voir l'évolution » (C1).

### **3.2.2. Un moyen d'améliorer la prise en charge globale de l'adolescent**

Les trois populations disent que l'auto-questionnaire peut favoriser la relation médecin-adolescent, en permettant au MG de devenir « une personne ressource qui peut les aider » (P17), leur « donner des conseils » (C4). Le cabinet médical peut « devenir une espèce de lieu de confiance » (M14) « s'ils ont des questions. Peut-être qu'ils en ont pas, mais s'ils en ont, ils savent qu'ils peuvent les poser » (M15).

La plupart des parents et des adolescents disent que l'auto-questionnaire « peut permettre au médecin de mieux comprendre l'enfant aussi, de mieux le connaître » (P11)

Les trois populations disent que l'auto-questionnaire permettrait de « gagner du temps dans la consultation » (M9), « d'être plus efficace, d'aller peut-être à l'essentiel » (P26) « pour que le médecin comprenne mieux et plus vite ce qu'on a » (B3).

## **3.3. Les adolescents, les médecins et les parents insistent sur le secret médical et la confidentialité**

### **3.3.1. La conservation des données**

Les parents considèrent le format numérique comme « assez pratique, et puis quand même sécurisé » (P17), mais les adolescents et les MG considèrent la sécurité des données essentielle, « avec des identifiants et des mots de passe » (D3), « il faut bien s'assurer que c'est le mail de l'ado » (M21).

Le format papier est considéré par les MG comme « une sécurité vis-à-vis de tout le monde » (M9). Certains adolescents souhaitent que l'auto-questionnaire soit gardé dans un lieu sécurisé comme « un coffre-fort » (C2), d'autres qu'il soit détruit « dans un broyeur à papier » (C2) ou « que ça s'efface dès qu'il l'a lu » (B7).

### **3.3.2. Le secret médical par rapport aux parents**

Toutes les populations tiennent à ce que le secret médical soit respecté, « que la confidentialité soit assurée » (P10), et que l'auto-questionnaire ne soit « à visée que du médecin et non pas



du parent » (M8), parents qui « ne sont pas forcément obligés de savoir » (A4). Les adolescents peuvent préciser « quelles informations ils veulent ne pas transmettre à leurs parents » (M13).

Les trois populations disent que toutes les étapes doivent être confidentielles. Les adolescents et les parents disent que « c'est mieux de le remplir seul » (A1) « dans un petit coin de la salle d'attente où il n'y a pas beaucoup de monde » (D1), avec un auto-questionnaire « donné directement à l'adolescent, sans que ça transite par ses parents » (M19) pour certains MG.

### **3.4. La place des parents présente une certaine ambivalence**

#### **3.4.1. Une parole de l'adolescent libérée sans la présence du parent**

Les trois populations disent que les adolescents sont « plus aisés quand ils viennent seuls, alors que quand ils sont avec leurs parents ils ne parlent pas trop » (M6), « ils risquent de mentir, ils seraient pas complètement honnêtes s'il y a le regard des parents » (P16). Certains adolescents laissent une place à la présence parentale : « ça m'arrange finalement que ce soit elle qui parle parce que moi j'ose pas trop parler » (C2).

#### **3.4.2. Le médecin généraliste : un interlocuteur légitime**

La plupart des parents disent être soulagés par la présence d'un interlocuteur pour les adolescents : « ça m'embêterait qu'elle puisse pas nous parler de tout mais à part ça... Quelque part c'est rassurant qu'elle puisse le dire à quelqu'un aussi, en parler à quelqu'un plutôt que de le garder pour soi et des fois faire n'importe quoi » (P22)

Et ils disent que la parole du MG peut être vue comme plus légitime aux yeux des adolescents, notamment pour les conseils de prévention : « Qu'il y ait quelqu'un d'autre que leur mère ou leur père pour leur faire entendre les choses. Parce qu'ils voient pas forcément le danger, et que si ça vient d'une entité scientifique, qui est face à eux, peut-être que... ils l'entendront » (P12).

#### **3.4.3. Des craintes exprimées sur l'aspect médico-légal**

Certains MG disent être attentifs au cadre médico-légal de la consultation « surtout que maintenant rester tout seul avec un petit de 11 ans... [...] Vaut mieux qu'il y ait une tierce personne tant qu'ils sont mineurs » (M7) car « d'un point de vue médico-légal aujourd'hui ça me semble un peu délicat » (M4). Cette crainte n'est exprimée ni par les parents, ni par les adolescents.

#### **3.4.4. Une crainte des parents d'être lésés dans leur rôle**

Certains parents disent craindre un discours du MG contraire au leur ou un jugement de leur éducation : « à condition que le médecin aille dans mon sens, [...] parce que s'il lui dit "ta mère elle a été nulle elle aurait dû porter plainte de suite", là du coup ça va pas vraiment me rendre service » (P16)

La plupart des parents expriment une peur de découvrir quelque chose de grave qu'ils n'auraient pas remarqué pour leur adolescent, « d'apprendre un truc hyper choquant alors que je serai passée complètement à côté. Je pense aux violences familiales, à ce genre de trucs » (P16),

La connaissance d'un problème a posteriori est décrit par les parents comme un sentiment d'échec : « J'estime qu'on est ouvert, on discute de tout et que du coup ça veut dire que je me suis complètement plantée. Ou en tout cas que le message que je voulais faire passer est passé à côté » (P16).

#### **3.4.5. Un retour du médecin sur la consultation avec l'adolescent souhaité par les parents**

Certains parents disent qu'un débriefing avec le MG après la consultation des adolescents serait nécessaire, pour les informer, ou les « alerter, [...] parler avec eux de ce qui en a découlé, et peut-être essayer de trouver des solutions » (P25).

Certains parents insistent sur le rôle d'intermédiaire du MG : « s'il y a une alerte qui doit être donnée à la famille, il faut voir avec l'enfant, au médecin d'être persuasif, pour lui dire "ça, ça ne peut pas rester comme ça, il faut que tu en parles et je peux t'aider à en parler à ta famille" » (P12).

### **3.5. L'auto-questionnaire permettrait la responsabilisation et l'autonomisation des adolescents**

Certains parents et MG disent qu'avec le questionnaire, l'adolescent se sentirait « considéré aussi comme un adulte, à être plus acteur » (P9), de « permettre peut-être à l'adolescent de se responsabiliser lui par rapport à sa santé, de pas attendre que ça soit le parent qui prenne la décision de faire les choses » (M4)

Certains parents disent que l'auto-questionnaire peut « *redonner envie aux adolescents de se tourner vers le médecin* » (P7), « *de manière à spontanément prendre ses rendez-vous, ses suivis. Pour que ça vienne d'elle-même* » (P6).

Quelques MG proposent de faire apparaître sur l'auto-questionnaire « *le fait qu'ils peuvent demander à leurs parents de sortir [...] pour que les parents soient conscients que ça peut être demandé, et pour que les adolescents soient conscients qu'ils peuvent le demander* » (M13).

Pour favoriser l'autonomisation, une grande partie des MG dit que « *c'est un peu difficile de leur donner un auto-questionnaire sans leur expliquer un peu* » (M3), « *présenté par la secrétaire* » (M9) ou par le MG, « *parce que si on les met à disposition ça ne sera pas lu* » (M21) concernant le support papier.

Certains parents disent que l'auto-questionnaire pourrait permettre aux adolescents de mieux différencier consultation médicale et maladie : « *ça permettrait à l'ado de se dire que si je vais chez le médecin, c'est pas juste pour une prescription d'antibiotiques, c'est pas juste pour un vaccin* » (P15)

### **3.6. Le remplissage est facilité par plusieurs éléments**

#### **3.6.1. Une motivation nécessaire pour les adolescents**

Les trois populations disent que les adolescents ne doivent pas être contraints à remplir l'auto-questionnaire, « *il faut pas qu'il dise c'est obligé, il faut qu'il nous le conseille* » (E4), il « *faut le proposer, pas l'imposer* » (M7).

Les adolescents et les parents disent que la motivation est nécessaire au remplissage : « *ça va les saouler de remplir ça je pense* » (P5). Selon certains adolescents, une « *récompense à la clé* » (B5) serait un moyen motivationnel, tout comme « *une publicité dans la salle d'attente* » (M8) via « *une affiche avec le site dessus dans la salle d'attente et on irait dessus avec nos smartphones* » (D1).

#### **3.6.2. Un questionnaire visuellement attractif pour les adolescents**

La plupart des adolescents souhaitent que « *ce soit joli* » (D2), et « *que ce soit attrayant* » (E1) avec « *des couleurs* » (B1), et « *des images* » (C3). Certains attendent un tutoiement : « *dans la formulation des questions dire "tu"* » (D2).

D'autres attendent « *des gros titres qui marquent* » (E3), et des questions classées par « *catégories en fonction des questions* » (E4).

L'attractivité n'est mentionnée que par certains parents et MG, avec des « *des images, des illustrations* » (P9).

### **3.6.3. Un support accessible pour les adolescents, et pratique pour les médecins**

Les trois populations mettent en avant le support numérique avec l'argument ludique « *sur tablette ça va plus nous amuser* » (C5), « *c'est plus simple, plus naturel en fait pour eux* » (M17), et pratique avec la possibilité d'un questionnaire évolutif : « *une question, et selon la réponse, ça approfondit ou pas* » (P14).

Dans les trois populations, certains disent que « *le plus simple c'est sur papier* » (C3), car ça « *permet de le scanner très rapidement et de le mettre dans le dossier* » (M2).

La plupart des MG disent que l'intégration de l'auto-questionnaire dans leur logiciel est importante, pour un support papier ou numérique : « *il faut au moins que je puisse l'intégrer à mon logiciel* » (M16).

La plupart des adolescents et certains MG disent « *qu'il faut les deux possibilités* » (B1), et proposer à l'adolescent « *tu préfères que je te l'envoie avec un papier ou sur ton smartphone ?* » (M7).

### **3.6.4. Un questionnaire rapide, facile et adapté à tous les adolescents**

Les trois populations disent qu'il faut que l'auto-questionnaire soit « *rapide à remplir* » (A2), « *de durée 5-10 minutes* » (M2). Il faut « *que les questions soient compréhensibles* » (B5), « *que ce soit un truc avec leur vocabulaire* » (P16), car les adolescents ont « *tous un niveau de littératie qui est un peu différent* » (M15), en évitant la rigidité scolaire : « *on n'est pas en contrôle !* » (E5).

Les trois populations disent qu'il faudrait « *des questions différentes en fonction des âges* » (A3), avec « *un tronc commun, dans le cadre du dépistage, mais après il y a des thèmes spécifiques selon l'âge* » (M4), comme la santé sexuelle et les addictions.

Les trois populations disent « *que le mieux c'est de mettre des questions à cocher* » (A1), « *des choses faciles à remplir* » (P15) « *et puis après laisser la parole ouverte à l'expression* » (M8) avec des questions ouvertes.

### **3.7. La consultation de débriefing avec le médecin facilite l'abord de la prévention**

#### **3.7.1. La nécessité d'une consultation dédiée**

La plupart des MG et des parents souhaitent une « *consultation un peu dédiée à ça qui serait un peu plus longue* » (M8) pour le débriefing, car « *ça ne peut pas se faire sur une consultation de 10 minutes* » (P16), avec une inquiétude de certains MG sur « *la question de la disponibilité temporelle* » (M19). Certains parents évoquent une « *visite obligatoire, [...] et se dire au moment de l'adolescence tiens il faudrait faire un bilan* » (P3).

Pour certains adolescents, « *on peut demander une séance spéciale* » (D2), « *mais pas forcément nécessaire s'il n'y a pas de problème particulier* » (A3).

Les trois populations disent que cela permettrait de plus cibler les thèmes à aborder pendant la consultation en permettant « *d'être très très précis et de cibler des choses qu'on aurait peut-être pas évoquées* » (M6), d' « *aiguiller [...] l'entretien qu'il peut y avoir derrière* » (P6) « *en fonction des réponses* » (A1).

#### **3.7.2. Une attente particulière des médecins et des parents sur la prévention**

Pour la plupart des MG et des parents, le dépistage « *serait vraiment la démarche de cet auto-questionnaire* » (M4), « *ça peut mettre le point sur quelque chose sans vraiment le chercher* » (P3).

La plupart des parents et MG jeunes disent vouloir permettre « *une prise de conscience* » (P12) des adolescents, avec une place pour de l'information en santé : « *estimer leur durée de sommeil, [...] et derrière de leur mettre : "le besoin à votre âge est censé être de tant", ça permet aussi de visualiser que t'es pas dans les clous non plus* » (M17).

## **4. Discussion**

Il existe de nombreux articles concernant l'utilisation des questionnaires de santé, ainsi que les auto-questionnaires de dépistage dans la population adolescente. Ils concernent le plus souvent les milieux spécialisés (psychiatrie, addictologie) ou hospitaliers. L'originalité de notre étude est que l'auto-questionnaire à destination de l'adolescent est spécifiquement conçu pour les soins primaires.

La principale force de cette étude est d'interroger trois populations différentes : les MG, les adolescents et les parents. À notre connaissance, aucune étude ne les avait interrogées sur

un auto-questionnaire de préconsultation en médecine générale destiné à l'adolescent. La deuxième force réside dans l'exploration du ressenti des trois populations, avec l'identification des principaux freins et attentes afin de faciliter une acceptation du futur auto-questionnaire par les trois populations.

La dynamique des focus group d'adolescents a favorisé le dialogue et l'émergence d'idées. Dans chaque focus group, les adolescents se connaissaient entre eux, favorisant la prise de parole pour chacun.

Nous avons utilisé 2 méthodes de recrutement des MG, par effet boule de neige et via le réseau Twitter par appel à la communauté de MG. Cela a permis une grande diversité des profils. Les réseaux sociaux peuvent être utilisés dans le cadre de la formation médicale continue [9,10]. Les MG recrutés via les réseaux sociaux étaient plus renseignés sur certains sujets récents, notamment l'identité de genre.

Les entretiens par visioconférence ont parfois rendu la communication difficile. Certains entretiens étaient très impactés par une qualité de connexion aléatoire, avec des coupures. Les relances et réactions par communication non verbale étaient très limitées par l'utilisation de l'outil numérique.

Pour les parents, les entretiens individuels ont permis un abord plus facile de thèmes intimes, plus en profondeur.

Dans les trois populations, le nombre de participants a été suffisant pour atteindre la saturation des données, permettant l'émergence de catégories générales. Le double codage par deux investigateurs a limité le biais d'interprétation.

Le biais de désirabilité sociale n'a pas pu être évité dans certains focus group d'adolescents : les participants se connaissaient entre eux et parfois l'un d'entre eux connaissait l'investigateur. Les entretiens individuels et en focus group nécessitent des techniques de relance, de reformulation, de clarification et de répartition de la parole. Les premiers entretiens présentaient parfois un défaut d'exhaustivité. Le premier focus group a été encadré par un directeur de thèse. Les investigateurs ont amélioré les techniques et les grilles d'entretiens au cours de l'étude, permettant des entretiens plus longs par la suite.

Les trois populations semblent avoir un ressenti positif concernant le questionnaire. Il serait un moyen de libérer la parole et d'améliorer la prise en charge de l'adolescent. Il devrait être rapide et facile sur un support ludique, tout en préservant le secret médical. Les MG semblent réticents sur l'abord de certains thèmes par manque de formation ou de temps. Cet aspect avait été aussi souligné dans un travail de thèse en 2016 [8], portant sur l'intérêt de l'utilisation d'un auto-questionnaire en salle d'attente de médecine générale. Il s'agissait d'une revue de

la littérature dans laquelle les principales barrières à l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente décrites par les MG concernaient le manque de temps, le manque de connaissances, le manque d'intérêt et le manque de rétribution financière. Les MG souhaitent une consultation dédiée pour le débriefing du questionnaire à visée préventive, comme l'indiquait un autre travail de thèse de 2016 [11]. L'auto-questionnaire pourrait s'intégrer dans les deux nouveaux examens de suivi systématiques entre 11 et 16 ans essentiellement destinés à la prévention [4].

Pour les parents, la présence du MG comme interlocuteur est rassurante. Ils sont ambivalents concernant le secret médical : ils en acceptent l'importance, mais souhaitent être informés du contenu de la consultation. Cela avait été retrouvé dans des études qualitatives australiennes [12,13] et américaines [14] étudiant les représentations parentales par rapport à une consultation seul de leur adolescent. Dans ces consultations, il peut être utile de trouver un projet de soins convergent aux trois parties. [15]

Les résultats de notre étude sont cohérents avec de nombreuses études qui ont montré que le remplissage d'un questionnaire numérique pouvait faciliter l'abord de certains sujets chez les adolescents. Dans l'essai contrôlé randomisé de Harris [16], le questionnaire concernant la consommation de substances chez les adolescents rempli sur ordinateur est une alternative valide au questionnaire rempli avec le clinicien. Dans l'étude prospective de King [17], les déclarations de violences chez quarante adolescentes enceintes étaient plus élevées avec l'utilisation de l'auto-entretien audio assisté par ordinateur comparé à un entretien clinique traditionnel. Vereecken et Maes [18] ont constaté que les adolescents donnaient plus des réponses socialement acceptables aux questions sur les sentiments (par exemple confiance en soi et image corporelle) et les états affectifs (par exemple irritabilité et humeur) sur un questionnaire papier que sur un questionnaire numérique. Ces résultats sont confirmés par un article de 2010 qui rapporte un biais de désirabilité sociale plus fort pour une enquête papier-crayon que pour une enquête en ligne [19].

Les trois populations souhaitent une amorce par questions fermées type questionnaire à choix multiple (QCM), avec ensuite une question d'ouverture où l'adolescent peut s'exprimer. Comme l'indique P. Binder, une question ouverte type « à part ça, oui mais encore ? » multiplie par 4 la fréquence d'ouverture à des éléments psychologiques [20].

Les MG et parents estiment que l'utilisation d'un auto-questionnaire pourrait responsabiliser les adolescents en les rendant plus acteurs de leur santé.

En pratique, une affiche en salle d'attente pourrait informer les adolescents et leurs parents des deux nouvelles consultations de suivi entre 11 et 16 ans, avec la possibilité de remplir l'auto-questionnaire en amont, soit en version papier, soit numérique. Le questionnaire serait

rempli seul par l'adolescent quelques jours avant la consultation. La problématique de la consultation seul avec l'adolescent mineur sur le plan médico-légal a été évoquée par certains MG. Celle-ci pourrait initialement se dérouler seul avec l'adolescent pour le débriefing du questionnaire et pour l'interrogatoire. Le parent pourrait être présent au moment de l'examen clinique et un retour de la consultation lui serait fait en fonction du souhait de l'adolescent.

Les résultats de cette étude ont une importance pratique car ils seront associés aux résultats d'un autre travail de thèse réalisé en parallèle concernant les façons d'aborder certains sujets chez les adolescents : santé sexuelle/image du corps, violences/harcèlement scolaire, addictions. Les résultats permettront la réalisation d'un auto-questionnaire de santé à destination des adolescents en cabinet de médecine générale. Cette étude devrait le rendre plus acceptable par les adolescents, les parents, les MG. Il sera par la suite nécessaire de réaliser une étude visant à valider l'utilisation du questionnaire.

## **5. Conclusion**

Ce travail a permis de révéler des attentes communes des adolescents, des MG et des parents sur la libération de la parole via l'auto-questionnaire, sur l'amélioration de la prise en charge des adolescents et des attentes particulières sur le secret médical. Ils souhaitent un questionnaire rapide et facile. Les adolescents souhaitent un support attractif. Une consultation dédiée et approfondie pour la prévention est souhaitée par les MG et les parents. Les parents sont ambivalents concernant le respect du secret médical au sujet de l'auto-questionnaire et de son débriefing. Ce travail permettra la réalisation d'un auto-questionnaire à destination des adolescents en médecine générale qui devra être ensuite validé.

## **6. Références de l'article**

1. OMS. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)
2. Godeau E, Spilka S, Ehlinger V, Sentenac M, Pacoricona Alfaro D. Comportements de santé et bien-être des élèves de 11,13 & 15 ans dans 44 pays ou régions d'Europe et au Canada. Résultats de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children (HBSC) et EnCLASS France 2018. Rennes: EHESP; 2020 p. 12.
3. Spilka S, Godeau E, Nézet OL, Janssen É, Philippon A, Roversi A, et al. Les consommations d'alcool, tabac et cannabis chez les élèves de 11, 13 et 15 ans. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT); 2020 mai p. 1-21.



4. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. ameli.fr. 2019 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>
5. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
6. Le Lay E, Housseau B. Repères pour votre pratique - Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. INPES; 2009 août p. 1-4.
7. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. Exercer. 2018;142:169-81.
8. Audran F. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale [Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Angers; 2016.
9. Cheston CC, Flickinger TE, Chisolm MS. Social media use in medical education: a systematic review. Acad Med J Assoc Am Med Coll. juin 2013;88(6):893-901.
10. Bouarfa J. #Doctooc / #Docstooc : Twitter comme outil d'entraide entre médecins [Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2018.
11. Lassalle G. Élaboration d'un auto-questionnaire patient et évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale [Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Université de Bordeaux; 2016.
12. Sasse RA, Aroni RA, Sawyer SM, Duncan RE. Confidential Consultations With Adolescents: An Exploration of Australian Parents' Perspectives. J Adolesc Health. juin 2013;52(6):786-91.
13. Duncan RE, Vandeleur M, Derks A, Sawyer S. Confidentiality With Adolescents in the Medical Setting: What Do Parents Think? J Adolesc Health. oct 2011;49(4):428-30.
14. Miller VA, Friedrich E, García-España JF, Mirman JH, Ford CA. Adolescents Spending Time Alone With Pediatricians During Routine Visits: Perspectives of Parents in a Primary Care Clinic. J Adolesc Health. sept 2018;63(3):280-5.
15. Jacquin P. Les parents de l'adolescent en consultation de pédiatrie : « deux temps, trois mouvements ». Arch Pédiatrie. juin 2006;13(6):743-5.

16. Harris SK, Knight JR, Van Hook S, Sherritt L, Brooks TL, Kulig JW, et al. Adolescent substance use screening in primary care: Validity of computer self-administered versus clinician-administered screening. *Subst Abuse*. 2016;37(1):197-203.
17. King C, Sheehan C, Aggarwal A, Allen L, Spitzer R. Use of Audio Computer-Assisted Self-Interviews to Gather Information on Risk Behaviors in a Population of Pregnant Adolescents. *J Pediatr*. 1 déc 2018;203:450-3.
18. Vereecken CA, Maes L. Comparison of a computer-administered and paper-and-pencil-administered questionnaire on health and lifestyle behaviors. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. avr 2006;38(4):426-32.
19. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. In Le Mans: 26ème congrès de l'AFM (Association Française de Marketing); 2010 [cité 8 août 2020]. p. 1-19. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228>
20. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Rev Prat Med Gen*. 2005;55 (10):1073-7.

# DISCUSSION COMPLEMENTAIRE

## 1. Méthode

Nous avons fait en sorte de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative, pour les focus group comme pour les entretiens individuels. (87)

Les focus group et les entretiens individuels ont été menés jusqu'à l'obtention de la saturation des données, avec un codage et une analyse au fur et à mesure. L'investigatrice MH a réalisé un focus group supplémentaire après obtention de la saturation des données. Les deux investigateurs YB et MH ont réalisé deux entretiens individuels supplémentaires après l'obtention de la saturation des données. Le nombre de participants pour atteindre la saturation des données dans les trois populations de notre étude se rapproche de résultats trouvés dans d'autres études (88,89). Le nombre de participants d'une étude qualitative n'est toutefois ni prévisible ni fixé par une règle, il dépend par exemple de la durée des entretiens, du thème abordé et de la méthode d'analyse (88).

La médiane de durée des entretiens a été de 51 minutes pour les focus group d'adolescents, de 22 minutes pour les entretiens individuels de MG, et de 43 minutes pour les entretiens individuels de parents. Ces durées correspondent aux durées observées dans des revues de littérature d'études qualitatives (90), bien que ces données soient admises sans norme claire. Il est également habituel que les entretiens avec des médecins soient plus courts que la moyenne, tout comme il a déjà été décrit des durées moindres d'entretiens téléphoniques par rapport aux entretiens en face-à-face (91). Les entretiens ont été plus courts en début d'étude, ce qui peut s'expliquer par l'apprentissage par les investigateurs de la méthode d'entretien. Les 10 premiers entretiens avec les MG ont une durée médiane de 21 minutes contre 27 minutes pour les 11 derniers. Les 10 premiers entretiens avec les parents ont une durée médiane de 37 minutes contre 46 minutes pour les 10 derniers. La durée des focus group est restée stable au cours de l'étude avec une médiane à 51 minutes.

Les nuages de mots présentés en annexe ont été réalisés avec le logiciel RStudio et le package wordcloud2.

## 2. Implication personnelle

Le modèle de cette étude nécessitait le travail de trois investigateurs. Nous nous sommes tous les trois impliqués à chaque étape, depuis la recherche préliminaire jusqu'à la rédaction. Le travail en groupe a stimulé l'apparition et la qualité des idées, via nos échanges nombreux,

dynamiques et grâce à l'intelligence collective. Le travail en groupe a aussi été une source de motivation tout au long de l'étude.

L'implication dans les focus group et les entretiens individuels semi-directifs nous a permis de nous intéresser aux bases de l'entretien motivationnel, via le travail d'écoute active, sans interruption, pour recueillir les idées propres des interrogés sans jugement. L'utilisation de l'écoute réflexive, des questions ouvertes et des reformulations font partie des outils que nous avons utilisés lors des entretiens. Ces techniques d'entretien nous seront utiles dans notre pratique en médecine générale.

## REFERENCES COMPLEMENTAIRES

1. OMS. OMS | Santé de l'adolescent [Internet]. WHO. [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/)
2. INPES. « Entre nous », Outil d'intervention en éducation pour la santé des adolescents [Internet]. [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: [http://www.medecin-ado.org/addeo\\_content/documents\\_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf](http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf)
3. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2005 [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires)
4. Discour V. Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. Cah Dyn. 1 sept 2011;n° 50(1):40-6.
5. INPES. « Entre nous» Outil d'intervention en éducation pour la santé des adolescents [Internet]. INPES Santé publique France. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/outils/entre-nous.asp>
6. Godeau E, Spilka S, Ehlinger V, Sentenac M, Pacoricona Alvaro DL. Comportements de santé et bien être des élèves de 11, 13 et 15 ans [Internet]. Rennes; 2020 mai [cité 5 juin 2020] p. 12. (Résultats de l'enquête internationale HBSC 2018 et ENCLASS France 2018). Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Comparaisons-internationales-comportements-de-sante-HBSC-EnCLASS-2018-synthese.pdf>
7. OFDT. Enquête HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/hbsc/>
8. Spilka S, Godeau E, Nézet OL, Janssen É, Philippon A, Roversi A, et al. Les consommations d'alcool, tabac et cannabis chez les élèves de 11, 13 et 15 ans. 1 mai 2020;21.
9. HAS. manuel de certification des établissement de santé. In: manuel de certification des établissement de santé [Internet]. 2014 [cité 3 juin 2020]. p. 60. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)
10. HAS. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé [Internet]. has-sante.fr. 2011 [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012->

11. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. Exercer. 2018;142:169-81.
12. ameli. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. ameli.fr pour les médecins. 2019 [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>
13. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
14. Auvray L. Adolescents : état de santé et recours aux soins. 2002;6.
15. Paulus D, Doumenc M, Riche B, Pestiaux D, Centre Universitaire de Médecine Générale - Ucl. BEL. Adolescents et médecin généraliste quelles portes d'entrée dans la consultation? Numéro Spéc Consacré Au Congrès Médecine Générale 10 11 Novembre 2001. 2001;120(9):S258-65.
16. Wojtarkowski A. Le secret médical de l'adolescent en médecine générale : représentations, expériences et opinions des mineurs de 14 à 18 ans ; étude qualitative par focus group auprès de 6 établissements scolaires en Gironde. 4 nov 2016;154.
17. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev Prat. 2005;55:1073-7.
18. INPES. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent - Repères pour votre pratique - Août 2009 [Internet]. INPES Santé publique France. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/11/Inpes.Dialogue-avec-ado.2009.pdf>
19. Minster Pruvost A. Évaluation des principaux freins rencontrés par les adolescents dans leur démarche de prévention en santé auprès des médecins généralistes - Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 27 adolescents de 13 à 16 ans [Internet]. Université de Bordeaux; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676544/document>
20. Rojo-Wissar DM, Owusu JT, Nyhuis C, Jackson CL, Urbanek JK, Spira AP. Parent-child relationship quality and sleep among adolescents: modification by race/ethnicity. Sleep Health. avr 2020;6(2):145-52.
21. Jacquin P. Les parents de l'adolescent en consultation de pédiatrie : « deux temps,

trois mouvements ». Arch Pédiatrie. juin 2006;13(6):743-5.

22. Cosserson F, Baqué O, Girardon N. En consultation d'adolescents, quelles places pour le(s) parents(s) ? Arch Pédiatrie. juin 2006;13(6):748-50.

23. Duncan RE, Vandeleur M, Derks A, Sawyer S. Confidentiality With Adolescents in the Medical Setting: What Do Parents Think? J Adolesc Health. oct 2011;49(4):428-30.

24. Sasse RA, Aroni RA, Sawyer SM, Duncan RE. Confidential Consultations With Adolescents: An Exploration of Australian Parents' Perspectives. J Adolesc Health. juin 2013;52(6):786-91.

25. Miller VA, Friedrich E, García-España JF, Mirman JH, Ford CA. Adolescents Spending Time Alone With Pediatricians During Routine Visits: Perspectives of Parents in a Primary Care Clinic. J Adolesc Health. sept 2018;63(3):280-5.

26. Song X, Klein JD, Yan H, Catalozzi M, Wang X, Heitel J, et al. Parent and Adolescent Attitudes Towards Preventive Care and Confidentiality. J Adolesc Health. févr 2019;64(2):235-41.

27. Dozières-Puyravel B, Danse M, Goujon E, Höhn S, Auvin S. Views of adolescents and their parents on mobile apps for epilepsy self-management. Epilepsy Behav. mai 2020;106:107039.

28. Binder P, Marcelli D. Un adolescent peut en cacher un autre [Internet]. médecin ado. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.medecin-ado.org/index.php/comment-vont-les-adolescents/les-ados-qui-vont-bien>

29. le spécialiste. Help-Ados : une application numérique pour aider les professionnels de la santé face à un ado en souffrance [Internet]. Le spécialiste. 2018 [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/e-health/help-ados-une-application-numerique-pour-aider-les-professionnels-de-la-sante-face-a-un-ado-en-souffrance.html>

30. Pau Agglomération. Comment tu vas ? [Internet]. comment tu vas. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.commenttuvas.fr/infos-sante-jeunes-pau-agglomeration/>

31. cidj. CIDJ [Internet]. CIDJ. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cidj.com/vie-quotidienne/psycho-sante>

32. ciao. Site d'aide et d'information pour les adolescents - CIAO [Internet]. ciao. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ciao.ch/>

33. filsantejeunes. filsantéjeunes.com [Internet]. filsantéjeunes.com. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/>

34. santé-jeunes.org. sante-jeunes.org | Se renseigner ça peut aider [Internet]. sante-jeunes.org. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <http://sante-jeunes.org/>
35. MSA - Les Instants Santé Jeunes [Internet]. msa. 2016 [cité 4 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.msa.fr/lfy/sante/isjeunes>
36. Stheneur C. Les questionnaires de préconsultation : une aide à la prise en charge des adolescents | Pédiatrie Pratique [Internet]. pediatri pratique. 2010 [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.pediatrie-pratique.com/journal/article/les-questionnaires-de-preconsultation-une-aide-la-prise-en-charge-des-adolescents>
37. Alvin P, Marcelli D. Relation de soins en médecine généraliste avec l'adolescent. In: Médecine de l'adolescent. 2e ed. Paris: Masson; 2005. p. 57-69. (Collection pour le praticien.)
38. Moula H, Mercier-Nicoux F, Velin J. Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale? Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents examinés par 41 médecins généralistes. Rev Prat Médecine Générale. 2 avr 2001;(533):741-6.
39. Marcelli D, Gervais Y. Grille Marcelli et Gervais [Internet]. médecin ado. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.medecin-ado.org/boite\\_a\\_outils/outils/outil\\_37.html](http://www.medecin-ado.org/boite_a_outils/outils/outil_37.html)
40. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 1 juin 2005;5(3):353-64.
41. Klein D. HEEADSSSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. Contemporary Pediatrics. janv 2014;1(31):16-28.
42. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. BMC Psychiatry. 12 janv 2007;7:2.
43. Bourque P, Beaudette D. Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. [Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students.]. Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport. 1982;14(3):211-8.
44. Timbremont B, Braet C, Dreessen L. Assessing Depression in Youth: Relation Between the Children's Depression Inventory and a Structured Interview. J Clin Child Adolesc Psychol. 1 févr 2004;33(1):149-57.
45. Haavet OR, Sirpal MK, Haugen W, Christensen KS. Diagnosis of depressed young people in primary health care--a validation of HSCL-10. Fam Pract. avr 2011;28(2):233-7.



46. Osman A, Gutierrez PM, Bagge CL, Fang Q, Emmerich A. Reynolds adolescent depression scale-second edition: a reliable and useful instrument. *J Clin Psychol.* déc 2010;66(12):1324-45.
47. Cartierre N, Coulon N, Demerval R. Analyse confirmatoire de la version courte de la Center for Epidemiological Studies of Depression Scale (CES-D10) chez les adolescents. *L'Encéphale.* 1 sept 2011;37(4):273-7.
48. Richardson LP, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, et al. Evaluation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for Detecting Major Depression among Adolescents. *Pediatrics.* déc 2010;126(6):1117-23.
49. Binder P, Heintz A-L, Servant C, Roux M-T, Robin S, Gicquel L, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychiatry.* août 2018;12(4):637-44.
50. Landry M, Tremblay J, Guyon L, Bergeron J, Brunelle N. La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO): Développement et qualités psychométriques. *Drogue Santé Société.* 1 janv 2004;3.
51. Hernandez L, Salas-Wright CP, Graves H, Cancilliere MK, Spirito A. A Confirmatory Approach to Understanding the Four Factor Structure of the Adolescent Drinking Index: Evidence for a Brief Version. *J Subst Abuse Treat.* sept 2014;47(3):239-44.
52. Martino S, Grilo CM, Fehon DC. Development of the drug abuse screening test for adolescents (DAST-A). *Addict Behav.* févr 2000;25(1):57-70.
53. Earleywine M, LaBrie JW, Pedersen ER. A Brief Rutgers Alcohol Problem Index with Less Potential for Bias. *Addict Behav.* sept 2008;33(9):1249-53.
54. Araujo M, Golpe S, Braña T, Varela J, Rial A. Psychometric validation of the POSIT for screening alcohol and other drugs risk consumption among adolescents. *Adicciones.* 15 avr 2018;30(2):130-9.
55. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.* juin 2002;156(6):607-14.
56. Bolognini M, Plancherel B, Laget J, Chinet L, Rossier V, Cascone P, et al. Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction.* 2001;96(10):1477-84.

57. Prokhorov AV, Khalil GE, Foster DW, Marani SK, Guindani M, Espada JP, et al. Testing the nicotine dependence measure mFTQ for adolescent smokers: A multinational investigation. *Am J Addict.* oct 2017;26(7):689-96.
58. Toumbourou JW, Evans-Whipp TJ, Smith R, Hemphill SA, Herrenkohl TI, Catalano RF. Adolescent predictors and environmental correlates of young adult alcohol use problems. *Addiction.* 2014;109(3):417-24.
59. Guérin F, Marsh HW, Famose J-P. Generalizability of the PSDQ and Its Relationship to Physical Fitness: The European French Connection. *J Sport Exerc Psychol.* 1 mars 2004;26(1):19-38.
60. Chabrol H, Carlin E, Michaud C, Rey A, Cassan D, Juillot M, et al. Étude de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg dans un échantillon de lycéens. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 déc 2004;52(8):533-6.
61. Ninot G, Delignières D, Fortes M. l'Evaluation de l'Estime de Soi Dans Le Domaine Corporel. *Scribd.* 2000;(53):35-48.
62. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* mai 1979;9(2):273-9.
63. Rousseau A, Valls M. Étude de validation de la version française du Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ-3) chez les adolescents garçons. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 juin 2010;20(2):56-60.
64. Thelen MH, Mintz LB, Vander Wal JS. The Bulimia Test—Revised: Validation with DSM-IV criteria for bulimia nervosa. *Psychol Assess.* 1996;8(2):219-21.
65. Rousseau A, Knotter A, Barbe P, Raich R, Chabrol H. [Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire]. *L'Encephale.* avr 2005;31(2):162-73.
66. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry.* 1 oct 2010;11(7):888-93.
67. Álvarez-García D, Barreiro-Collazo A, Núñez JC, Dobarro A. Validity and reliability of the Cyber-aggression Questionnaire for Adolescents (CYBA). *Eur J Psychol Appl Leg Context.* 1 juill 2016;8(2):69-77.
68. Álvarez-García D, Núñez JC, Barreiro-Collazo A, García T. Validation of the Cybervictimization Questionnaire (CYVIC) for adolescents. *Comput Hum Behav.* 1 mai 2017;70:270-81.

69. Del Rey R, Casas JA, Ortega-Ruiz R, Schultze-Krumbholz A, Scheithauer H, Smith P, et al. Structural validation and cross-cultural robustness of the European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire. *Comput Hum Behav.* 1 sept 2015;50:141-7.
70. Guilheri J, Cogo-Moreira H, Kubiszewski V, Yazigi L, Andronikof A. Validité de construit du questionnaire rBVQ d'Olweus pour l'évaluation du harcèlement scolaire (bullying) auprès d'élèves français de cycle 3. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 juin 2015;63(4):211-7.
71. Annika M, Boersma K, Van wijk N, Byrne D. Élaboration d'une version abrégée du questionnaire sur le stress chez les adolescents (ASQ-S): validité de construction et invariance sexuelle dans un grand échantillon d'adolescents suédois. *Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol [Internet].* 10 juill 2018 [cité 13 avr 2019];6(1). Disponible sur: <https://doi.org/>
72. Reynolds CR, Richmond BO, Castro D. Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant (R-CMAS): Paris, France: ECPA, les Éditions du centre de psychologie appliquée; 1999. v+55; 1.
73. Spielberger CD, Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. STAI-Y: Inventaire d'anxiété état-trait forme Y. Paris, France: Éditions du centre de psychologie appliquée, DL 1993; 1993. 68 p.
74. Espie CA, Kyle SD, Hames P, Gardani M, Fleming L, Cape J. The Sleep Condition Indicator: a clinical screening tool to evaluate insomnia disorder. *BMJ Open [Internet].* 18 mars 2014 [cité 17 avr 2019];4(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964344/>
75. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep.* 15 déc 2000;23(8):1043-51.
76. Chervin RD, Hedger K, Dillon JE, Pituch KJ. Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Med.* 1 févr 2000;1(1):21-32.
77. Courtois R, Potard C, Réveillère C, Moltrecht B. Validation d'une échelle de sexualité (intérêts, émotions, relations : IERS) à la prime adolescence (12 à 15ans). *L'Encéphale.* 1 févr 2011;37(1):33-40.
78. Leon-Larios F, Gómez-Baya D. [Design and validation of a brief questionnaire to assess young's sexual knowledge]. *Rev Esp Salud Publica [Internet].* juin 2018 [cité 21 avr 2019];92. Disponible sur: <http://europepmc.org/abstract/med/29807980>

79. Goyal MK, Shea JA, Hayes KL, Badolato G, Chamberlain JM, Zaoutis T, et al. Development of a Sexual Health Screening Tool for Adolescent Emergency Department Patients. *Acad Emerg Med*. 2016;23(7):809-15.
80. Fournier C, Buttet P. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. *Baromètre santé médecins généralistes*. 2009;45-83.
81. Florian A. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale. [Angers]: Angers; 2016.
82. Klein EW, Hunt JS, Leblanc BH. Depression screening interfaced with an electronic health record: a feasibility study in a primary care clinic using optical mark reader technology. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006;8(6):324-8.
83. Stevens J, J Kelleher K, Gardner W, Chisolm D, McGeehan J, Pajer K, et al. Trial of Computerized Screening for Adolescent Behavioral Concerns. *Pediatrics*. 1 juin 2008;6(121):1099-105.
84. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care. *Arch Intern Med*. 12 juill 2010;170(13):1155-60.
85. Harris SK, Knight JR, Van Hook S, Sherritt L, Brooks TL, Kulig JW, et al. Adolescent substance use screening in primary care: Validity of computer self-administered versus clinician-administered screening. *Subst Abuse*. 2016;37(1):197-203.
86. Kurth A, Martin D, Golden M, Weiss N, Heagerty P, Spielberg F, et al. A Comparison Between Audio Computer-Assisted Self-Interviews and Clinician Interviews for Obtaining the Sexual History. *Sex Transm Dis*. 1 déc 2004;31(12):719-26.
87. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
88. Mason M. Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res*. 24 août 2010;Vol 11:No 3 (2010): Methods for Qualitative Management Research in the Context of Social Systems Thinking.
89. Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, Young T. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Med Res Methodol*. déc 2018;18(1):148.
90. Royer C, Baribreau C, Duchesne A. Les entretiens individuels dans la recherche en sciences sociales au Québec : où en sommes-nous ? Un panorama des usages. *Rech Qual*.

Hors-série n°7:64-79.

91. Irvine A. Duration, Dominance and Depth in Telephone and Face-to-Face Interviews: A Comparative Exploration. *Int J Qual Methods*. sept 2011;10(3):202-20.

# ANNEXES

## 1. Tableau de répartition des populations

Adolescents	Sexe / Âge	Lieu d'habitation	Médecins	Sexe / Âge	Pratique	Durée d'installation	Parents	Sexe / Âge Parent	Lieu d'habitation	Sexe /Age Ados
A1	M 17	Urbain	M1	F 57	Urbaine	27	P1	F 49	Urbain	M16
A2	M 17	Urbain	M2	M 31	Urbaine	1,5	P2	M 56	Urbain	M16
A3	M 16	Urbain	M3	M 61	Urbaine	31	P3	F 47	Urbain	F13
A4	M 17	Urbain	M4	M 35	Urbaine	1	P4	F 44	Semi rural	M13 et M15
A5	M 16	Urbain	M5	F 66	Urbaine	24	P5	F 41	Rural	F16
B1	M 13	Semi-rural	M6	M 56	Urbaine	25	P6	F 44	Rural	F11 et F16
B2	M 14	Semi-rural	M7	M 74	Urbaine	45	P7	M 47	Rural	F11 et F16
B3	M 13	Semi-rural	M8	M 56	Urbaine	26	P8	F 52	Semi-rural	F16
B4	M 13	Semi-rural	M9	M 68	Urbaine	37	P9	F 44	Rural	F11
B5	M 14	Semi-rural	M10	M 37	Rurale	1	P10	M 50	Rural	F11
B6	M 13	Semi-rural	M11	F 60	Rurale	32	P11	F 40	Semi-rural	M13 et F15
B7	M 14	Semi-rural	M12	F 38	Semi-rurale	8	P12	F 43	Urbain	F13 et F16
C1	F 13	Rural	M13	F 35	Semi-rurale	0,85	P13	F 48	Semi-rural	M14
C2	M 11	Rural	M14	F 34	Semi-rurale	3	P14	M 49	Rural	F16
C3	F 11	Rural	M15	F 36	Semi-rurale	5	P15	F 41	Semi-rural	M13
C4	F 12	Rural	M16	M 57	Rural	24	P16	F 38	Urbain	F12 et M14
C5	F 12	Rural	M17	M 35	Urbaine	1,5	P17	F 40	Urbain	M12 et M14
D1	F 14	Rural	M18	M 62	Urbaine	26	P18	M 48	Semi-rural	M11 et F14
D2	F 15	Rural	M19	M 47	Semi-rurale	15	P19	F 48	Semi-rural	F13 et M16
D3	F 16	Rural	M20	F 35	Urbain	0,6	P20	F 50	Rural	F13
D4	F 16	Rural	M21	M 62	Urbaine	27	P21	M 45	Semi-rural	M12 et M15
D5	M 16	Rural					P22	M 39	Rural	F13 et F16
E1	M 16	Urbain					P23	F 39	Rural	F13 et F16
E2	M 16	Urbain					P24	M 42	Urbain	M13 et M15
E3	F 15	Urbain					P25	M 46	Semi-rural	M13 et M15
E4	F 15	Urbain					P26	M 41	Rural	M11 et F13
E5	M 16	Urbain								

## 2. Grille d'entretien de Marine HUET (focus group)

Il est rappelé au début de l'entretien aux adolescents qu'ils sont encouragés à :

- stopper l'entretien à tout moment s'ils ne se sentent pas bien ou mal à l'aise
- consulter leur médecin généraliste s'ils se sentent perturbés, ont des questions ou ressentent le besoin d'en parler après l'entretien
- appeler le numéro vert Fil Santé Jeunes (0 800 235 236) ou chatter sur leur site internet

### **Questions générales initiales**

Vous consultez souvent le médecin généraliste ? Pour quelles raisons ?

Questions de relance :

Pour vous, à quoi sert un médecin généraliste ?

Pour vous quand est-ce qu'on se rend chez son médecin généraliste ?

Comment ça se passe quand vous allez voir votre médecin généraliste ?

De quoi parlez-vous avec lui ? De quoi aimeriez-vous parler ?

Quelles sont les questions que l'on peut aborder avec son médecin généraliste ?

Quelles sont les difficultés que vous avez pu ressentir en consultation avec lui ?

Quels sont les sujets en particulier dont vous aimeriez parler avec lui ?

**Comment allez-vous chez le médecin généraliste ?** Qui vous accompagne en consultation ? Avez-vous déjà été reçu seul ? qu'est-ce que cela fait ?

**Pour vous c'est quoi un questionnaire de santé ?**

**Que pensez-vous de ces questionnaires sur la santé ?** En avez-vous déjà rempli un ? Si oui, qu'est-ce que vous en pensez ?

**Qu'est-ce que vous pensez des questionnaires de santé à remplir soi-même avant une consultation ?**

**En pratique, comment aimeriez-vous remplir un questionnaire de santé ?**

Comment peut-on rendre plus facile le remplissage du questionnaire selon vous ? Que pensez-vous d'un remplissage sur internet ? via smartphone ?

Questions de relance : Qu'est-ce qui pourrait vous motiver/aider à remplir un questionnaire de santé ? Comment est-ce que vous voudriez que ça se passe ?

**Qu'est-ce qui pourrait vous gêner pour répondre à ce type de questionnaire ?**

Questions de relance : Qu'est-ce qui pourrait vous freiner à remplir ce genre de questionnaire ? Quelles sont les raisons qui feraient que vous n'auriez pas envie de remplir le questionnaire ?

**Quelles sont les craintes que vous avez quant à l'utilisation de ce type de questionnaire chez votre médecin généraliste ? Quelles sont les questions que vous vous poseriez ?**

**Qu'est-ce que vous aimeriez rajouter après cette discussion ?**

**Qu'est-ce qui vous paraît le plus important ?**

### **3. Grille d'entretien de Maxence HITA (entretiens individuels)**

Je m'appelle Maxence HITA et je réalise ma thèse sur la santé des adolescents et plus particulièrement sur un questionnaire pour les adolescents avant la consultation en médecine générale. On va discuter ensemble pendant une heure environ, n'hésitez pas à dire tout ce qui vous passe par la tête, il n'y a pas de mauvaise réponse, tout ce que vous direz pourra m'être utile.

#### **Questions générales initiales**

Vous consultez souvent le médecin généraliste pour vos enfants ? Pour quels motifs ?

Pour vous, quand est ce qu'on se rend chez le médecin généraliste ?

Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste pour la santé de votre enfant ?

Quelles sont les thématiques qu'il peut aborder ?

#### **Qui accompagne habituellement vos enfants en consultation ?**

Ont-ils déjà été reçus seul ? qu'est-ce que vous en pensez ?

#### **Que pensez-vous du fait de proposer un questionnaire de santé avant la consultation pour votre enfant ?**

Quelle en est votre expérience personnelle ? Quels sont vos sentiments par rapport à un questionnaire de ce type ?

#### **Comment verriez-vous un questionnaire de santé pour les adolescents ?**

Qu'attendriez-vous d'un tel questionnaire ? Quels sujets voudriez-vous voir abordés ?

Quel format verriez-vous pour ce questionnaire ?

#### **Que pensez-vous des difficultés à l'utilisation d'un questionnaire de santé pré consultation pour les adolescents ?**

Quelle gêne ou quelles craintes auriez-vous par rapport à l'utilisation d'un tel questionnaire pour votre enfant ?

Quels sont les points que vous ne souhaiteriez pas voir abordés ?

#### **Qu'est-ce que vous aimeriez rajouter après notre discussion ?**

Qu'est-ce qui vous paraît le plus important ?



#### **4. Grille d'entretien de Yann BÉGO (entretiens individuels)**

Je vous remercie de m'avoir accordé du temps ce jour. Je m'appelle Yann Bégo et je fais un travail de recherche en médecine pour l'amélioration de la prise en charge de la santé des adolescents. Notre entretien durera environ 30 minutes, et sera enregistré via ce dictaphone, de manière anonyme. Toutes vos idées, tous vos avis comptent, donc n'hésitez pas à les exprimer.

##### **Comment vivez-vous les consultations avec les adolescents ?**

Quels sont les facteurs favorisant que vous identifiez ? Et les facteurs limitants ?

Quelles sont les questions que vous abordez généralement avec l'adolescent ?

Quelles sont les thèmes qui vous paraissent difficiles à aborder avec l'adolescent ?

##### **Dans quelle circonstance recevez-vous les adolescents seuls ? Comment ça se passe ?**

*Question de relance* : Est-ce bien accepté ? Avez-vous eu des refus des parents/ado ?

##### **Pouvez-vous me raconter une ou des expériences où le patient est venu avec un auto-questionnaire ?**

##### **Que pensez-vous des auto-questionnaires de santé en consultation ?**

Comment utilisez-vous des auto-questionnaires en pratique quotidienne ?

##### **Comment verriez-vous un auto-questionnaire de santé chez l'adolescent ?**

Qu'attendriez-vous d'un tel questionnaire chez l'adolescent ?

Quels thèmes aimeriez-vous voir abordés, pour faciliter la communication ?

Quelles sont les difficultés ou obstacles que vous identifiez dans l'utilisation de ce type de questionnaire chez l'adolescent ?

Quels sujets ne souhaiteriez-vous pas voir aborder ? Pour quelles raisons ?

En pratique, quel type de question aimeriez-vous voir ? Combien de questions estimez-vous nécessaires ?

Quel est selon vous le support le plus adapté pour les adolescents ?

*Question de relance en fonction de la réponse* : Pourquoi ce support-là ? Quels sont ses avantages ? Quels sont ses inconvénients ?

Quand voyez-vous l'auto-questionnaire rempli ? Où ça ?

*En fonction des réponses apportées, possibilité de relancer sur les différentes thématiques :*

Selon vous, comment un auto-questionnaire pourrait faciliter l'abord en consultation :

- de la thématique stress/sommeil/addictions l'alcool / tabac / addiction ?
- du harcèlement ou des violences chez l'adolescent ?
- de l'image du corps (TCA) ? de l'identité du genre chez un adolescent ? de la sexualité ?

##### **Voulez-vous rajouter quelque chose à propos de cet entretien qui n'a pas été abordé ?**







## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

# RÉSUMÉ

**Titre : Ressentis, attentes et freins des adolescents, de leurs parents et des médecins, sur un auto-questionnaire préconsultation en médecine générale**

**Contextualisation :** La consultation avec l'adolescent présente plusieurs difficultés : motifs réels de consultation inavoués, psychosociaux, temps, présence d'un tiers et confidentialité.

Des questionnaires de santé pour les adolescents existent, principalement hospitaliers. Aucune étude n'a recueilli l'avis des adolescents à leur propos.

**Objectifs :** Cette étude a pour objectif d'explorer les ressentis, les attentes et les freins des adolescents, des parents et des médecins généralistes (MG) par rapport à l'utilisation d'un auto-questionnaire préconsultation en médecine générale.

**Méthode :** Une étude qualitative a été réalisée par focus group auprès d'adolescents volontaires de 11 à 17 ans, et par entretiens semi-dirigés individuels auprès de parents d'adolescents et de MG, avec une analyse par théorie ancrée.

**Résultats :** Les trois populations sont favorables à l'auto-questionnaire. Il permettrait de libérer la parole et d'améliorer la prise en charge des adolescents. La facilité, la rapidité et le secret médical représentent des attentes partagées. Les adolescents insistent sur l'attractivité et l'aspect ludique. Les parents et les MG rapportent une autonomisation de l'adolescent, avec une consultation dédiée à la prévention, avec une ambivalence sur la place souhaitée par les parents.

**Conclusion :** L'auto-questionnaire est reçu favorablement par les trois populations étudiées. En définir les aspects pratiques permettra l'élaboration d'un auto-questionnaire destiné aux adolescents en médecine générale, qui devra être testé pour permettre son utilisation lors des consultations de prévention recommandées entre 11 et 16 ans.

---

# ABSTRACT

**Title: Perceptions, expectations and limits of adolescents, general practitioners, and adolescent's parents about a self-administered survey before consultation in general practice.**

**Background:** Consultation with adolescents presents several difficulties: unspoken real motives for consultation, psychosocial, lack of time, presence of a third party and confidentiality. There are health surveys for adolescents, mostly hospital oriented. No study has ever searched for the perspective of adolescents.

**Objectives:** This study means to explore the perceptions, expectations and limits of adolescents, parents and general practitioners (GP) concerning the use of a self-administered survey for adolescents before consultation in general medicine.

**Method:** A qualitative study has been made with focus groups of voluntary adolescents from 11 to 17 years old, and with semi directive interviews of parents and GP. The analysis was made with grounded theory.

**Results:** All three populations have favourable views about the survey. It could free the speech of adolescents, and help improving care for them. An easy and quick survey is a common expectation, as well as medical privacy. Adolescents care more about a playful and attractive survey. Parents and GP expect the survey to help adolescents become more independant, and want a prevention dedicated consultation, with ambivalence about the position wanted by parents.

**Conclusion:** All three studied populations have a favourable opinion about the self-administered survey. Defining practical aspects will permit the making of a survey designed for adolescents in general medicine, which shall be evaluated to be used in recommended prevention-based consultations between the ages of 11 and 16.

---

Discipline : Médecine Générale

Université de Bordeaux – UFR des sciences médicales. 146 Rue Léo Saignat 33000 Bordeaux.