



HAL
open science

Élaboration d'un outil d'aide au dépistage chez l'adolescent en soins primaires : sélection de facteurs de risque et outils de repérage par méthode Delphi

Aude Bru

► To cite this version:

Aude Bru. Élaboration d'un outil d'aide au dépistage chez l'adolescent en soins primaires : sélection de facteurs de risque et outils de repérage par méthode Delphi. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03515032

HAL Id: dumas-03515032

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03515032v1>

Submitted on 6 Jan 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Aude BRU

le Vendredi 10 décembre 2021

Élaboration d'un outil d'aide au dépistage chez l'adolescent en soins
primaires : sélection de facteurs de risque et outils de repérage
par méthode Delphi

Directrice de thèse : Docteur Elodie MILLION

Jury :

Président : Professeur Denis MORIN

Premier assesseur : Docteur Elodie MILLION

Deuxième assesseur : Docteur Marie-Hélène DANQUIGNY

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Aude BRU

le Vendredi 10 décembre 2021

Élaboration d'un outil d'aide au dépistage chez l'adolescent en soins
primaires : sélection de facteurs de risque et outils de repérage
par méthode Delphi

Directrice de thèse : Docteur Elodie MILLION

Jury :

Président : Professeur Denis MORIN

Premier assesseur : Docteur Elodie MILLION

Deuxième assesseur : Docteur Marie-Hélène DANQUIGNY



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

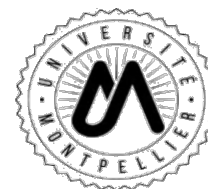
ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales



DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal QUERE Isabelle	Biologie cellulaire
RENARD Eric	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie
<u>PU-PH de 1^{re} classe</u>	
AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LEQUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
Jorge LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

OFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Héléne	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Denis Morin,

Professeur des Universités, Chef de Service des Urgences et Post-urgences pédiatriques du Centre Hospitalo-Universitaire de Montpellier.

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Marie-Hélène Danquigny,

Maître de stage de Médecine Générale, Médecin Généraliste exerçant à Prades-Le-Lez.

Marie-Hélène, merci d'avoir accepté d'être dans mon jury pour ta grande première dans ce genre d'exercice, cela représente beaucoup pour moi.

J'ai eu la chance de travailler à tes côtés pendant 5 mois durant lesquels je n'ai cessé d'apprendre dans un climat de confiance et de complicité que tu as su si bien instaurer.

Ta bonne humeur et ta sincérité ont été un vrai bonheur. J'ai pu compter sur toi en toutes circonstances lors de mon stage et cela s'est confirmé une nouvelle fois pour ce travail, pour cela je te remercie énormément.

À Madame le Docteur Elodie Million,

Maîtres de Conférences Associés des Universités de Médecine Générale, Médecin Généraliste exerçant à Prades-le-Lez.

Elodie, un immense merci de m'avoir accompagnée et guidée aussi bien dans ma formation lors de mon stage à tes côtés que pour ce travail. Je suis réellement impressionnée et inspirée par l'investissement que tu mets dans tout ce que tu entreprends, aussi bien professionnellement que personnellement.

Merci pour ta bienveillance, ton implication, tes grandes compétences et ton efficacité à toute épreuve. Je suis ravie d'avoir pu croiser la route de la femme exceptionnelle et du formidable médecin que tu es.

Aux médecins qui ont participé à mon travail de thèse.

Un grand merci pour votre investissement, votre intérêt et votre temps. Ce travail n'aurait pas été le même sans vous.

Aux médecins que j'ai rencontrés tout au long de mon cursus, qui m'ont formée et grâce à qui j'ai beaucoup appris.

Célia, merci pour ton sourire, ta bonne humeur, ta bienveillance et ton amour pour la pédiatrie qui m'ont beaucoup inspiré.

Prisca, merci pour ta générosité, tes conseils, ton savoir et tout ce que tu m'as appris.

À ma famille,

À mes parents, Maman, Papa, je ne pourrai jamais assez vous remercier pour tout l'amour que vous m'avez donné. Vous m'avez toujours portée et encouragée.

Votre générosité sans égal nous a comblés durant toute notre enfance et encore aujourd'hui.

Vous rendre heureux et fiers a toujours été ma priorité.

Merci d'avoir tout mis en œuvre aussi bien humainement que matériellement pour que je réussisse et sois épanouie dans ma vie.

Encore un grand merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Je vous aime.

Papou, *"Mon père, ce héros..."*: c'est mon admiration pour toi et le médecin que tu es qui m'a donné envie de faire ce métier. La santé étant l'une des choses les plus importantes, le soin s'est vite révélé comme une évidence. Papa protecteur au grand cœur, fabuleux conteur d'histoires, hilarant (parfois malgré toi avec tes pépites), sur qui j'ai toujours pu compter et en toutes circonstances. Je sais ce que tu serais venu me chercher, même au bout du monde.

Mamoune, mon soleil. J'admire ta soif de savoir, d'apprendre, de découvrir. Une maman, ça sait beaucoup de choses si ce n'est tout, merci de nous faire profiter de tous tes conseils pour que l'on devienne la meilleure version de nous-mêmes. J'aime ta curiosité pour les gens, pour la vie. Tu es ma plus belle source d'inspiration. Et même si j'aurais aimé ne pas hériter de ton hypersensibilité, je serais (suis, à ce qu'il paraît) tellement fière de te ressembler !

Papa, Maman, vous nous avez dédié votre vie, c'est maintenant à nous de prendre soin de vous.

À mon frère et ma sœur, grandir avec vous a été une immense chance. J'en garde des souvenirs extrêmement précieux. Même éloignés géographiquement, notre complicité et notre solidarité sont mon équilibre. Je vous aime.

Guillaume, malgré deux sœurs chahuteuses, tu as su garder le calme et la sérénité qui te caractérisent et qui se développent avec le temps en une certaine forme de sagesse que j'admire (Tu es mon Buddha quoi !). J'ai en toi une confiance aveugle, je sais que tu seras toujours de bons conseils dans de nombreux domaines pour ta petite sœur chérie.

Aurore, ma grande sœur, ma meilleure amie, mon modèle. Je cherche toujours ton approbation. Tu me conseilles et me motives. J'admire ta créativité, ton entrain, ton attrait pour la découverte. Partir à l'aventure avec toi est un vrai bonheur et j'espère que l'on pourra à nouveau partager de magnifiques voyages et bien d'autres aventures ensemble.

À Anne-Laure, ma belle-sœur préférée, merci d'être entrée dans la famille et de partager avec moi tant de points communs.

À Tata Marie-Rose et Tonton Roger, merci pour votre soutien et pour le fabuleux accueil que vous me réservez à chaque fois. Tata, ton sourire, ton sens de l'organisation et ta joie de vivre m'inspirent beaucoup.

À mon parrain, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, pour tous ces souvenirs d'enfance à Frotey-lès-Lure, en Franche-Comté, à Heyrieux, à Grazac, à Canet-en-Roussillon.

À celles qui ne sont plus là, mes grands-mères Rose et Lucette, merci pour votre gentillesse.
Mamie Rose, merci pour ton courage, ta bienveillance, ta douceur, tes blagues, tes beignets et crêpes à la confiture. Tu nous as quittés trop tôt.
Mamie Lucette, merci pour tes montecaos, tes mounas, tes bougnettes, tes aubergines à l'huile d'olive. Merci pour tes belles histoires pour nous endormir.

À ma belle-famille,

Betty, merci d'être une si merveilleuse belle-maman, généreuse, au grand cœur. Je n'aurais pas pu rêver mieux.

Thierry, merci pour nos taquineries.

À mes beaux-frères et belles-sœurs, merci pour votre soutien.

À mes ami.es et co-internes,

Pauline, merci pour ces 15 années d'amitié, pour ton écoute sans égal et tes précieux conseils.

Marine B, merci pour ta gaité, ta gentillesse, ton côté fofolle, et d'être une aussi bonne vivante.

Marine L, merci de partager la même sensibilité que moi sur beaucoup de choses, sans oublier les cours de latin !

Clémentine, merci pour notre amitié malgré la distance, j'espère pouvoir repartir à l'aventure avec toi.

Eva, merci pour toutes ces années de médecine, je n'aurais pas rêvé meilleure partenaire pour ces études. Tu es ma team, la vraie. Merci d'être ma confidente et ma fitgirl.

Claire, Marine, Laura, Yann et Momo, merci pour ce semestre aux Urgences de Narbonne.

Claire, merci de partager mes doutes et mes joies et merci à **Arthur** de te combler de bonheur et pour tous ses conseils.

Marine, merci pour ton entrain.

Laura, merci pour ton écoute et nos discussions DALs.

Déborah et Angèle, « les déesses médicales », merci pour nos petites virées gastronomiques.

Déborah, merci pour ta bonne humeur, ton altruisme et j'espère qu'on sera bientôt voisine !

Angèle, merci pour ton ouverture d'esprit.

Marielle, Romain et Jeanne, merci pour ces 6 mois de rires, de soutien et de complicité.

On remet ça quand ?

À mes ami.es par alliance : Kévin et Maurane, Rémi et Fanchon, Thomas et Eva, Meggan, Pauline. Merci pour votre amitié et pour votre soutien.

À Joris, mon amour, ma moitié, mon allié.

Merci pour ton soutien indéfectible depuis toutes ces années, pour ta patience, pour ton écoute.

Merci de savoir si bien me rassurer. Tu m'aides à relativiser et à avancer.

Tu es mon roc, mon repère, mon refuge.

Je réalise la chance que j'ai de t'avoir auprès de moi.

J'envisage l'avenir sereinement à tes côtés.

Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	29
1 INTRODUCTION.....	30
2 METHODE DE TRAVAIL	32
2.1 Le choix de la méthode Delphi et ses généralités	32
2.1.1 Objectif.....	32
2.1.2 Différentes étapes	32
2.2 Rédaction du 1 ^{er} questionnaire	33
2.2.1 Support d'élaboration des questionnaires	33
2.2.1.2 Outils de repérage écartés dans le tableau des troubles psychiatriques	34
2.2.1.3 Outils de repérage écartés dans le tableau des TCA	35
2.2.2 Élaboration de 6 questionnaires	36
2.3 Recrutement des experts.....	36
2.4 Premier tour de questionnaire	38
2.4.1 1 ^{ère} phase de cotation.....	38
2.4.3 Analyse du 1 ^{er} tour	39
2.6 Deuxième tour de questionnaire.....	40
2.6.1 2 ^{ème} phase de cotation.....	40
2.6.2 Analyse du 2 ^{ème} tour	40
2.7 Troisième tour de questionnaire.....	41
2.7.1 3 ^{ème} phase de cotation.....	41
2.7.2 Analyse du 3 ^{ème} tour	41
2.8 Analyse des commentaires libres	41
2.9 Mesures éthiques et réglementaires.....	42
3 RESULTATS	43
3.1 Déroulement de l'étude	43
3.2 Description du groupe d'experts (Tableau 1).....	43
3.3 Synthèse des résultats des 3 tours	45
3.3.1 Dépistage des troubles orthopédiques	45
3.3.2 Dépistage de l'obésité et des TCA	48
3.3.3 Dépistage de la puberté, des IST, des conduites sexuelles à risque	51
3.3.5 Dépistage des mésusages et addictions	53
3.3.6 Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement.....	56
3.3.7 Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques	59
3.4 Résultats détaillés des 3 tours.....	63

3.4.1	Résultats du 1 ^{er} tour de questionnaire	63
3.4.1.1	Dépistage des troubles orthopédiques (Annexe 17).....	63
3.4.1.2	Dépistage de l'obésité et des TCA (Annexe 18).....	64
3.4.1.3	Dépistage de la puberté, des IST, conduites sexuelles à risque (Annexe 19) ...	65
3.4.1.5	Dépistage des mésusages et addictions (Annexe 20).....	66
3.4.1.6	Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement (Annexe 21)...	67
3.4.1.7	Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques (Annexe 22)....	69
3.4.2	Résultats du 2 ^{ème} tour de questionnaire	71
3.4.2.1	Dépistage des troubles orthopédiques (Annexe 23).....	71
3.4.2.2	Dépistage de l'obésité et des TCA (Annexe 24).....	72
3.4.2.3	Dépistage de la puberté, des IST, conduites sexuelles à risque (Annexe 25) ...	72
3.4.2.5	Dépistage des mésusages et addictions (Annexe 26).....	73
3.4.2.7	Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement (Annexe 27)...	74
3.4.2.9	Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques » (Annexe 28).	75
3.4.3	Résultats du 3 ^{ème} tour de questionnaire	76
3.4.3.1	Dépistage des troubles orthopédiques (Annexe 29).....	76
3.4.3.2	Dépistage de l'obésité et des TCA (Annexe 30).....	76
3.4.3.3	Dépistage de la puberté, IST, des conduites sexuelles à risque (Annexe 31) ...	76
3.4.3.4	Dépistage des mésusages et addictions (Annexe 32).....	76
3.4.3.5	Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement (Annexe 33)...	76
3.4.3.6	Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques (Annexe 34)....	76
3.5	Regroupement thématique des commentaires libres	77
3.5.1	Commentaires libres sur les facteurs de risque	77
3.5.1.1	Remise en question du facteur de risque.....	77
3.5.1.2	Manque de compétences et formation.....	78
3.5.1.4	Difficultés d'évaluation.....	79
3.5.1.5	Propositions d'adaptation.....	79
3.5.2	Commentaires libres sur les outils de repérage.....	79
3.5.2.1	Manque de formation ou de compétence	80
3.5.2.2	Freins à l'exécution de l'outil.....	80
3.5.2.3	Outils diagnostiques ou trop spécialisés.....	82
3.5.2.5	Propositions d'adaptation.....	83
4	DISCUSSION	84
4.1	Synthèse des résultats principaux.....	84
4.2	Forces et limites de l'étude.....	84
4.2.1	Forces de l'étude	84
4.2.1.1	Choix de la méthode.....	84
4.2.1.2	Choix des experts	85
4.2.1.3	Apport des commentaires libres	86

4.2.2	Limites de l'étude.....	89
4.2.2.1	Choix de la méthode.....	89
4.2.2.2	Rédaction des questionnaires.....	89
4.2.2.3	Résultats.....	90
4.3	Comparaison de nos résultats à la littérature.....	91
4.4	Perspectives.....	92
5	Conclusion.....	93
	BIBLIOGRAPHIE.....	94
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	266
	RÉSUMÉ.....	267

TABLE DES MATIÈRES DES ANNEXES

Annexe 1 : Tableau des résultats des facteurs de risque des troubles orthopédiques.....	98
Annexe 1bis : Tableau des résultats des outils de repérage des troubles orthopédiques.....	100
Annexe 2 : Tableau des résultats des facteurs de risque de l'obésité.....	101
Annexe 2bis : Tableau des résultats des outils de repérage de l'obésité.....	102
Annexe 3 : Tableau résultats des facteurs de risque des troubles du comportement alimentaire .	103
Annexe 3bis : Tableau des résultats des outils de repérage des troubles du comportement alimentaire.....	104
Annexe 4 : Tableau des résultats des infections sexuellement transmissibles, puberté, conduites sexuelles à risque, troubles relationnels.....	105
Annexe 4bis : Tableau des résultats des infections sexuellement transmissibles, puberté, conduites sexuelles à risque, troubles relationnels.....	107
Annexe 5 : Tableau de résultats des facteurs de risque des troubles du sommeil, addictions, conduites à risque, troubles mentaux.....	108
Annexe 5bis : Tableau de résultats des outils de repérage des troubles du sommeil, addictions, conduites à risque, troubles mentaux.....	115
Annexe 6 : Questionnaire « Dépistage des troubles orthopédiques chez l'adolescent ».....	117
Annexe 7 : Questionnaire « Dépistage de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent ».....	127
Annexe 8 : Questionnaire « Dépistage de la puberté, des infections sexuellement transmissibles et des conduites sexuelles à risque chez l'adolescent ».....	150
Annexe 9 : Questionnaire « Dépistage des mésusages et des addictions (alcool, tabac, drogues, écrans, jeux d'argent) chez l'adolescent ».....	157
Annexe 10 : Questionnaire « Dépistage des comportements à risque (Accident de la voie publique, troubles relationnels, conduites à risque et violence), des troubles du comportement, du trouble de la personnalité anti-sociale et des troubles psychotiques chez l'adolescent.....	178
Annexe 11 : Questionnaire « Dépistage des troubles du sommeil et des troubles psychiatriques (Dépression, Risque suicidaire, Anxiété, Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, Troubles envahissants du développement, Tics, TOCs) chez l'adolescent ».....	199
Annexe 12 : Exemple de mail de demande de participation au Delphi.....	229
Annexe 13 : Questionnaire « Données socio-professionnelles ».....	230
Annexe 14 : Exemple de mail du 1 ^{er} tour de questionnaire.....	231

Annexe 15 : Exemple de mail de 2 ^{ème} tour de questionnaire.....	232
Annexe 16 : Questionnaire « CAGE ».....	233
Annexe 17 : Résultats 1 ^{er} tour – Dépistage des troubles orthopédiques.....	234
Annexe 18 : Résultats 1 ^{er} tour – Dépistage de l’obésité et des TCA.....	238
Annexe 19 : Résultats 1 ^{er} tour – Dépistage de la puberté, IST et conduites sexuelles à risque.....	240
Annexe 20 : Résultats du 1 ^{er} tour – Dépistage des mésusages et addictions.....	241
Annexe 21 : Résultats 1 ^{er} tour – Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement..	246
Annexe 22 : Résultats 1 ^{er} tour – Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques....	249
Annexe 23 : Résultats 2 ^{ème} tour – Dépistage des troubles orthopédiques.....	253
Annexe 24 : Résultats 2 ^{ème} tour – Dépistage de l’obésité et des TCA.....	254
Annexe 25 : Résultats 2 ^{ème} tour – Dépistage de la puberté, IST, conduites sexuelles à risque.....	255
Annexe 26 : Résultats 2 ^{ème} tour – Dépistage des mésusages et addictions.....	256
Annexe 27 : Résultats 2 ^{ème} tour - Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement	258
Annexe 28 : Résultats 2 ^{ème} tour – Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques..	259
Annexe 29 : Résultats 3 ^{ème} tour – Dépistage des troubles orthopédiques.....	261
Annexe 30 : Résultats 3 ^{ème} tour – Dépistage de l’obésité et des TCA.....	262
Annexe 31 : Résultats 3 ^{ème} tour – Dépistage de la puberté, IST, conduites sexuelles à risque.....	263
Annexe 32 : Résultats 3 ^{ème} tour – Dépistage des mésusages et addictions.....	264
Annexe 33 : Résultats 3 ^{ème} tour - Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement	265
Annexe 34 : Résultats 3 ^{ème} tour – Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques..	266

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATCD : antécédent
AVP : Accident de la Voie Publique
DU : Diplôme Universitaire
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
EDC : Épisode Dépressif Caractérisé
FDR : Facteur De Risque
HAS : Haute Autorité de Santé
HBV : Hépatite B Virus
HPI : Haut potentiel intellectuel
HPV : Human Papilloma Virus
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
IMC : Indice de Masse Corporelle
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
QI : Quotient Intellectuel
MG : Médecin Généraliste ou Médecine Générale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RDV : Rendez-Vous
TC : Traumatisme Crânien
TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TSA : Trouble du Spectre Autistique
TTC : Thérapie Cognitivo-Comportementales
UV : Ultra-Violet (rayons)

1 INTRODUCTION

La définition de l'adolescence ne fait pas consensus.

Pour l'OMS, elle est définie par la période de croissance et de développement humain entre l'enfance et l'âge adulte, marquée par d'importantes modifications biologiques, sociales et psychologiques. Elle se situe entre 10 et 19 ans (1).

Pour l'Organisation des Nations Unies, elle s'étend de 15 à 24 ans, tandis que pour d'autres sources, elle débute à la puberté soit 11-13 ans chez la fille et 13-15 ans chez le garçon.

Le travail de thèse du Dr Amandine Yvon, dirigé par le Dr Elodie Million a établi une définition au terme d'une étude bibliographique de l'adolescence avec une tranche d'âge de 13 à 24 ans.

L'adolescence est une période de transition. Elle s'accompagne de nombreux changements, aussi bien physiques que psychologiques, où l'individu est confronté à de nombreux risques tels que la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites), les troubles des conduites alimentaires, la sédentarité, les rapports sexuels non protégés, autant de comportements qui peuvent avoir des répercussions immédiates et graves sur la santé des jeunes (accidents, infections, suicide, etc.), mais également entraîner des dépendances et une mauvaise santé à l'âge adulte.

D'après le traité de santé publique, la prévention « une des missions du médecin traitant », décrit « l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou à maintenir et à améliorer la santé ». (2)
A tout âge, la prévention a un impact à court, moyen, et long termes, mais davantage si elle est introduite précocement dans le mode de vie des personnes.

Parmi les acteurs de la prévention figure l'entourage proche de l'adolescent mais aussi le médecin généraliste qui est le professionnel de santé le plus consulté par les jeunes.

D'après l'enquête Baromètre Santé 2010, 8 jeunes sur 10 (79,2 %) l'ont consulté au moins une fois au cours de l'année, dont 48,6% pour une visite de routine (3). Ce qui lui confère un rôle central dans la prise en charge de la santé des adolescents.

D'après le travail de thèse du Dr Cécile Vergne en 2017, près d'un quart (24,1%) des motifs de consultations des patients de 13 à 24 ans chez le médecin généraliste ont un lien avec la prévention. En fin de consultation ce chiffre augmente à 42,7%. Les trois champs de prévention les plus abordés sont le sport et l'orthopédie (21%), les vaccinations (19%) et la contraception (19%). (4)

Cependant, la consultation de prévention avec un adolescent reste une consultation longue, qui a besoin d'être répétée et certains champs de prévention ont été mis de côté par les médecins généralistes par manque de temps et de formation spécifique.

En les sensibilisant et en les formant à la santé des adolescents, on augmenterait de façon significative le dépistage des comportements à risque.

De nombreux outils et questionnaires sont disponibles pour aider les médecins mais ils ne sont pas tous aisés à mettre en œuvre.

Un outil de consultation évolutif et simple serait utile pour personnaliser le repérage préventif des adolescents, sans nécessiter des consultations dédiées trop peu efficaces.

Le projet du Dr Elodie Million est d'élaborer un support numérique synthétique, validé par des experts, répertoriant les facteurs de risque et outils de repérage dans différents champs de prévention chez l'adolescent, pour aider le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

Une revue de la littérature sur les différents champs de prévention pertinents chez l'adolescent (Vaccination(5) ; Obésité(6) ; Troubles de l'alimentation(7); Troubles du sommeil, addictions, conduites à risque, troubles mentaux (8); Troubles orthopédiques(9) ; Contraception, infections sexuellement transmissibles, puberté, relations sociales(10)) a permis d'identifier les facteurs de risque et outils de repérage dans les différents domaines.

Tous les facteurs et outils de repérage recensés dans la littérature n'étant pas pertinents pour une pratique ambulatoire, il est nécessaire de prioriser ces facteurs de risque ainsi que ces outils préventifs chez l'adolescent.

L'objectif de cette thèse est de sélectionner les facteurs de risque et outils de repérage préventifs les plus pertinents et utilisables en consultation de médecine de premier recours par méthode Delphi.

2 MÉTHODE DE TRAVAIL

2.1 Le choix de la méthode Delphi et ses généralités

2.1.1 Objectif

La méthode Delphi est une méthode qui permet d'établir un consensus au sein d'un groupe d'individus sélectionnés appelés « experts ». Elle permet de mettre en évidence des convergences d'opinions grâce à l'interrogation d'experts à l'aide d'un questionnaire.

Ces experts sont soumis à des tours successifs de questionnements, générant des avis divergents. Cette méthode permet d'obtenir un consensus par la synthèse des informations et la confrontation des avis contradictoires aboutissant à un degré d'accord entre les participants.

2.1.2 Différentes étapes

L'élaboration du questionnaire repose soit sur une revue de la littérature soit sur l'opinion des participants ou des organisateurs. Les questions doivent être ciblées. Elles reposent sur la pertinence d'une action, d'un outil mais aussi sur sa faisabilité ou son acceptabilité (11).

La constitution du groupe « expert » correspond au recrutement de toute personne ayant une bonne connaissance du sujet concerné et ayant une légitimité suffisante pour exprimer son avis. Il n'y a pas de consensus sur la taille du groupe qui peut aller d'une dizaine d'experts jusqu'à des centaines selon certaines publications (12).

Il s'agit d'une procédure itérative et interactive comportant 2 à 4 tours, utilisant des questionnaires adressés aux participants par courrier et/ou courriel.

Le premier tour est un état des lieux des accords et désaccords entre les experts qui sont libres de commenter chaque proposition.

Entre chaque tour, l'organisateur analyse et synthétise les résultats puis les inclut dans une nouvelle version du questionnaire.

À chaque tour, chaque expert reçoit les résultats quantitatifs du groupe, associés aux commentaires anonymisés.

Confronté aux avis de l'ensemble du groupe, chaque participant doit réévaluer son degré d'accord pour chaque proposition.

La procédure Delphi est interrompue lorsqu'une convergence d'opinion est atteinte (13).

2.2 Rédaction du 1^{er} questionnaire

2.2.1 Support d'élaboration des questionnaires

Chaque champs de prévention a fait l'objet d'une revue de la littérature afin de recenser les facteurs de risque et outils préventifs existants dans la littérature pour une pathologie donnée.

Le travail de Charlène Dumetz a permis d'établir un tableau des résultats de chaque thèse avec tous les facteurs de risque et outils de repérage, créant ainsi 5 tableaux. Elle a réalisé une première sélection portant sur la pertinence des items en fonction notamment du niveau de preuve, du nombre de sources dans lesquelles ils sont cités, de leur faisabilité en pratique.

Pour réaliser les questionnaires, je me suis appuyée sur ces tableaux.

- Tableau de résultats des troubles orthopédiques (*Annexe 1 et Annexe 1bis*)
- Tableau de résultats de l'obésité (*Annexe 2 et Annexe 2bis*)
- Tableau de résultats des troubles du comportement alimentaire (*Annexe 3 et Annexe 3bis*)
- Tableau de résultats des infections sexuellement transmissibles, puberté, conduites sexuelles à risque, troubles relationnels (*Annexe 4 et Annexe 4bis*)
- Tableaux de résultats des troubles du sommeil, addictions, conduites à risque, troubles mentaux (*Annexe 5 et Annexe 5bis*)

Tous les facteurs de risque et outils de repérage considérés comme non pertinents dans ces tableaux ont été d'emblée éliminés.

Le Dr Million Elodie et moi avons ensuite établi une autre sélection pour les outils de repérage dont les critères d'exclusion étaient :

- Outil non standardisé (non présenté selon un modèle précis)
- Outil non disponible
- Outil payant
- Outil sous copyright (système de protection des œuvres littéraires et artistiques en vigueur dans les pays anglo-saxons, leur diffusion nécessite une autorisation de l'auteur)
- Outil nécessitant une formation ou un manuel pour mener l'entretien

2.2.1.2 Outils de repérage écartés dans le tableau des troubles psychiatriques

Mésusage alcool / Tabac / Drogues :

- Annexe 21 : Mini kid 2 : Outil payant, sous copyright.

Dépression :

- Tableaux 22-25 p278-281 : Grilles comportementales différenciant adolescence normale et dépression : source de ces tableaux non retrouvée, tableaux non standardisés.

Troubles du comportement :

- Annexe 52 : BASC-2 Behavioral and Emotional Screening System : Outil de 30 items, payant, sous copyright (logiciel ou formulaires fournis avec un manuel d'interprétation).
- Annexe 53 : School Social Behaviour Scales : Outil de 64 items, payant, sous copyright, à destination des enseignants ou des éducateurs.
- Annexe 54 : Social Skills Improvement System : Outil de 80 items, payant, sous copyright (logiciel ou formulaires fournis avec un manuel d'interprétation).
- Annexe 56 : Niveau de Service auprès des Jeunes Délinquants et Inventaire de la Gestion des Cas-niveau filtrage (NSJD-IGC)-Version filtrage : Outil de 8 items, nécessitant une formation ou un guide pour mener l'évaluation et interpréter les résultats.
- Annexe 58 : Eyberg Child Behavior Inventory : Outil de 36 items, payant, sous copyright, nécessitant un manuel d'interprétation.

Maltraitance :

- Annexe 59 : Parent-Child Conflict Tactics Scale : Outil de 22items, sous copyright, difficilement interprétable.

Violence :

- Annexe 55 : Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) : Entretien semi-dirigé abordant 24 facteurs de risque et 6 facteurs protecteurs, payant, sous copyright, nécessitant une formation adéquate, actuellement à destination des agents de probation.
- Annexe 60: Historical-Clinical-Risk Management: 20 (HCR-20) : Entretien semi-dirigé abordant 20 facteurs de risque, payant, sous copyright, nécessitant un guide.

Risque suicidaire :

- Annexe 72 : Child Suicide Potential Scales : Outil non disponible.
- Annexe 73 : Evaluation of Suicide Risk Among Adolescents and Imminent Danger Assessment (ESRAIDA) : Outil non disponible.
- Annexe 74 : Suicidal Behaviour Interview : Outil non disponible.
- Annexe 77 : Suicide Ideation Questionnaire : Outil de 30 items, payant, sous copyright, nécessitant un manuel d'interprétation.

Troubles mentaux / Bien-être mental :

- Annexe 80 : Adolescent Health Review : Outil non disponible
- Annexe 81 : Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services : Outil de 21 items, payant, sous copyright.
- Annexe 93 : Mental Health Continuum -Short Form : Outil non disponible

Phobie sociale :

- Annexe 94 : Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) : Outil de 26 items, payant, sous copyright, nécessitant un manuel d'interprétation.

2.2.1.3 Outils de repérage écartés dans le tableau des TCA

Le Binge Eating Disorder Test a été trouvé en ligne sur des sites non médicaux mais n'a pas été trouvé dans sa forme standardisée. Il a donc été retiré.

2.2.2 Élaboration de 6 questionnaires

A partir de ces 5 tableaux, nous avons décidé de créer 6 questionnaires :

- Dépistages des troubles orthopédiques (rachis et membres inférieurs) chez l'adolescent (*Annexe 6*)
- Dépistage de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent (*Annexe 7*)
- Dépistage de la puberté, des infections sexuellement transmissibles, des conduites sexuelles à risque chez l'adolescent (*Annexe 8*)
- Dépistage des mésusages et des addictions (alcool, tabac, drogues, écrans/internet, jeux d'argent) chez l'adolescent (*Annexe 9*)
- Dépistage des conduites à risques (accident de la voie publique, troubles relationnels, troubles des conduites et violence), des troubles du comportement, du trouble de personnalité anti-sociale, des troubles psychotiques chez l'adolescent (*Annexe 10*)
- Dépistage des troubles du sommeil et des troubles psychiatriques chez l'adolescent (dépression, risque suicidaire, anxiété, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, troubles envahissants du développement, tics, troubles obsessionnels compulsifs) (*Annexe 11*)

Le tableau de résultats des troubles du sommeil, addictions, conduites à risque et troubles mentaux comprenant beaucoup plus d'items que les autres, nous avons décidé de le séparer en 3 questionnaires distincts pour équilibrer le nombre de propositions par questionnaire.

Pour la création des questionnaires, nous avons utilisé un formulaire Google.

2.3 Recrutement des experts

L'HAS recommande 9 à 15 participants pour les méthodes de consensus formalisés. (14)

Pour Ekionea et al, limiter le nombre de participants à l'étude (entre 7 et 18 experts) facilite le travail d'identification et de sélection d'experts(15). Nous avons décidé d'inclure 8 experts par questionnaire.

Ce travail ayant pour finalité le dépistage en médecine de premier recours (médecine générale, pédiatrie), il était indispensable de faire appel en tant qu'experts à des médecins généralistes qui sont experts dans leur pratique.

Nous avons également sollicité des pédiatres généraux, des pédiatres spécialisés (chirurgie orthopédique, pédopsychiatrie, endocrinologie), des addictologues, des psychiatres et des gynécologues.

Nous avons ainsi recruté par questionnaire : 5 médecins généralistes, 1 pédiatre généraliste, 2 spécialistes d'organe. Ainsi, les 3/4 du panel sont des médecins de premiers recours.

Pour recruter les médecins généralistes et les pédiatres généraux, nous avons fait appel au réseau confraternel de ma directrice de thèse Dr Elodie Million ainsi qu'au réseau confraternel des premiers médecins contactés.

En ce qui concerne les autres spécialistes, ils ont été choisis en fonction de leur spécialité, soit à l'hôpital, en clinique ou en libéral (maison des adolescents notamment).

Des chirurgiens orthopédiques pédiatriques, des endocrinologues pédiatriques et des pédopsychiatres ont été recrutés.

Des addictologues, gynécologues et psychiatres prenant en charge des adolescents ont également été sélectionnés pour cette étude.

Tous les experts ont été contactés soit par mail directement ou soit par téléphone via leur secrétariat. Lorsqu'un entretien téléphonique était possible, je leur exposais le projet, l'objectif et le cadre de l'étude ainsi que le déroulement et l'implication que cela demanderait (16).

A l'issue de l'entretien téléphonique, ils acceptaient ou non d'y participer. Un mail aux médecins ayant accepté de participer à l'étude était ensuite envoyé, leur rappelant les informations données par téléphone (*Annexe 12*).

Certains médecins ont répondu à plusieurs questionnaires (en fonction de la longueur des questionnaires).

Tous les participants ont rempli un questionnaire sur le recueil de leurs caractéristiques socio-professionnelles. (*Annexe 13*)

2.4 Premier tour de questionnaire

2.4.1 1^{ère} phase de cotation

Tous les questionnaires étaient construits de la manière suivante.

En ce qui concerne l'évaluation de la pertinence des facteurs de risque pour une pathologie donnée, la question posée était : « Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une « pathologie donnée » chez l'adolescent.

De même pour les outils de repérage présentés : « Pensez-vous que l'« outil présenté » soit pertinent et utilisable en consultation pour dépister une « pathologie donnée » chez l'adolescent ?

Chaque proposition était quantifiable par une échelle de cotation numérique de 1 à 9.

L'objectif était de formaliser le degré d'accord ou de désaccord entre les experts.

La valeur 1 correspondait à « Pas du tout d'accord » et la valeur 9 correspondait à « Tout à fait d'accord ». La valeur 5 signifiait l'indécision de l'expert.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
« Pas du tout d'accord »					« Tout à fait d'accord »			

Pour chaque réponse inférieure à 7, il a été suggéré aux participants de laisser un commentaire non obligatoire expliquant leur désaccord.

Un courrier électronique a été envoyé à chaque médecin incluant un rappel sur l'objectif de l'étude, une présentation succincte de la méthode Delphi et le lien vers le premier questionnaire en ligne (*Annexe 14*).

Ce premier questionnaire a été diffusé sur internet via l'outil GOOGLE FORM.

2.4.3 Analyse du 1^{er} tour

Les résultats ont été exportés de GOOGLE FORM vers un tableur EXCEL.

A l'issue de chaque questionnaire, pour chaque proposition, était calculée la médiane.

Le consensus était obtenu d'une part, en fonction du positionnement de la médiane et d'autre part, selon le degré d'accord entre les experts évalué par la dispersion des cotations du groupe.

Le désaccord était défini lorsqu'au moins 30% des cotations étaient situées dans l'intervalle [1-3] et 30% des cotations dans l'intervalle [7-9](17).

Un facteur de risque ou outil de repérage était jugé (18):

- « Pertinent » si la valeur médiane des réponses obtenues était ≥ 7 **ET** en l'absence de désaccord ;
- « Non pertinent » si la valeur médiane des réponses obtenues était $\leq 3,5$ **ET** en l'absence de désaccord ;
- « Incertain » si la valeur médiane des réponses obtenues était comprise entre 4 et 6,5 **OU** s'il y avait désaccord.

Tous les facteurs de risque ou outil de repérage jugés pertinents (notés « P » dans les tableaux de résultats) ont été retenus.

Ceux jugés non pertinents (notés « NP » dans les tableaux de résultats) ont été éliminés.

Ceux jugés « incertains » étaient réévalués au prochain tour de questionnaire (notés « AR » dans les tableaux de résultats).

2.6 Deuxième tour de questionnaire

2.6.1 2^{ème} phase de cotation

Le 2^{ème} questionnaire a été élaboré à partir de l'analyse des items n'ayant pas obtenu de consensus au 1^{er} questionnaire. Certains items ayant obtenu un consensus présentait des commentaires discordants, ils ont été également inclus dans le second tour.

Des ajustements dans l'intitulé des questions ou des items ont été faits quand les commentaires d'experts le préconisaient.

Un courrier électronique a été envoyé aux experts incluant le lien vers le 2^{ème} questionnaire et les résultats du 1^{er} tour de questionnaire en pièce jointe (*Annexe 15*). Le second questionnaire a été diffusé via GOOGLE FORM.

Il a été précisé : « Si certains tests semblent redondants, votre cotation doit privilégier les tests qui vous paraissent les plus efficaces. »

Pour le questionnaire sur le dépistage des mésusages et addictions, un outil qui avait été oublié au premier tour a été introduit dans ce second tour. Il s'agit du questionnaire « CAGE » pour dépister un mésusage de l'alcool (*Annexe 16*).

2.6.2 Analyse du 2^{ème} tour

Les résultats ont été exportés de GOOGLE FORM vers un tableur EXCEL. Les règles d'analyse de cotation du 1^{er} tour ont été appliquées au 2^{ème} tour à l'exception du questionnaire « Dépistage des troubles orthopédiques » qui compte seulement 7 experts au 2nd tour (1 perdu de vue) et dont le désaccord était défini lorsqu'au moins 29% des cotations étaient situées dans l'intervalle [1-3] et 29% des cotations dans l'intervalle [7-9].

2.7 Troisième tour de questionnaire

2.7.1 3^{ème} phase de cotation

Le 3^{ème} questionnaire a été élaboré à partir de l'analyse des items n'ayant pas obtenu de consensus au 2^{ème} tour.

Des ajustements dans l'intitulé des questions ou des items ont été faits quand les commentaires d'experts le préconisaient.

Un courrier électronique a été envoyé aux experts incluant le lien vers le 3^{ème} questionnaire et les résultats du 2^{ème} tour de questionnaire. Le troisième questionnaire a été diffusé via GOOGLE FORM.

Il a été précisé : « Ne considérez pas un outil comme non pertinent sur le simple fait qu'il soit en anglais, une traduction et validation françaises pouvant se faire ultérieurement ».

2.7.2 Analyse du 3^{ème} tour

Les résultats ont été exportés de GOOGLE FORM vers un tableur EXCEL.

Il a été décidé de clôturer l'étude au 3^{ème} tour de questionnaire.

Afin de conclure l'analyse, l'obtention du consensus final a été défini selon le critère suivant : un item obtient le consensus final si la médiane est supérieure ou égale à 7 lors du 3^{ème} tour, en l'absence de désaccord.

2.8 Analyse des commentaires libres

Les commentaires libres des médecins experts ont été exportés via un tableur Excel afin d'être analysés.

À l'issue des 3 tours, une analyse thématique des commentaires libres a été effectuée.

2.9 Mesures éthiques et réglementaires

L'étude n'a pas nécessité d'obtenir une autorisation du Comité de la Protection des Personnes (CPP) car elle ne fait pas l'objet d'expérimentation sur des personnes. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dont la référence est « 2223906 v 0 » a été réalisée. Enfin, une demande d'autorisation auprès du Délégué de Protection des Données (DPO) de l'Université de Montpellier a été faite.

3 RESULTATS

3.1 Déroulement de l'étude

Sur les 43 médecins contactés, 34 ont souhaité participer à l'étude.

L'étude s'est déroulée d'août à novembre 2021 en 3 tours de questionnaires.

Des relances étaient prévues à chaque tour afin d'optimiser les retours de réponses.

Il y a eu un seul perdu de vue, au cours du 2^{ème} tour du questionnaire « Dépistage des troubles orthopédiques ».

3.2 Description du groupe d'experts (Tableau 1)

34 experts ont participé au Delphi, dont 73% de femmes et 27% d'hommes.

68% des experts étaient médecins généralistes ou pédiatres non spécialisés.

La tranche d'âge moyenne était 40-49ans. L'activité était libérale dans 53% des cas et mixtes (Hôpital ou Clinique et Libéral) dans 9% des cas.

Parmi les experts, 50% étaient Maître de Stage des Universités (MSU).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des experts

	Sexe	Age	Spécialité médicale	Formations médicales complémentaires	Année de début d'exercice	Année de début d'installation	Statut salarié	Lieu d'exercice	Maître de stage des universités
<u>Expert 1</u>	F	40-49ans	Médecin Généraliste		2005	2013		Libéral	OUI
<u>Expert 2</u>	H	60-69ans	Orthopédiste Pédiatrique		1984		PUPH	Hôpital / Clinique	OUI
<u>Expert 3</u>	F	30-39ans	Psychiatre	Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)	2015		PH	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 4</u>	F	40-49ans	Pédiatre	Endocrinologie pédiatrique	2006	2018		Hôpital / Clinique	OUI
<u>Expert 5</u>	F	40-49ans	Addictologue	DU Tabacologie, DU TCC, DU Pédagogie	2004		PH	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 6</u>	F	30-39ans	Gynécologue Médicale	Sexologie, Colposcopie	2019		Docteur	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 7</u>	F	40-49ans	Médecin Généraliste	Hypnose	2005	2012		Libéral	NON
<u>Expert 8</u>	F	30-39ans	Médecin Généraliste	DU Entretien Motivationnel	2014			Libéral	OUI
<u>Expert 9</u>	F	40-49ans	Pédopsychiatre	DU Adolescent, DU Attachement	2002		PH	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 10</u>	F	40-49ans	Médecin Généraliste	DU Nutrition de l'obésité, DIU Troubles du comportement alimentaire	2010		Docteur	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 11</u>	F	30-39ans	Médecin Généraliste		2014	2017		Libéral	OUI
<u>Expert 12</u>	F	30-39ans	Gynécologue Médicale	DU de Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence	2020		Assistante	Mixte	NON
<u>Expert 13</u>	H	30-39ans	Médecin nutritionniste		2010		PH	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 14</u>	F	30-39ans	Pédopsychiatre		2016		PHC	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 15</u>	F	30-39ans	Médecin Généraliste	Acupuncture	2015			Libéral	NON
<u>Expert 16</u>	F	40-49ans	Pédiatre Endocrinologue	DIU Obésité pédiatrique, DIU Endocrinologie et diabétologie pédiatrique	2009	2009	Docteur	Mixte	NON
<u>Expert 17</u>	F	40-49ans	Orthopédiste Pédiatrique	DU de Chirurgie de la main et du pied	2011		PH	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 18</u>	H	40-49ans	Médecin Généraliste	Capacité d'Addictologie Clinique	2005		Docteur	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 19</u>	H	40-49ans	Médecin Généraliste	DU Psychopathologies psychosomatiques	2005	2002	MCA	Libéral	OUI
<u>Expert 20</u>	F	50-59ans	Médecin Généraliste	Capacité Médecine d'Urgence	2000	2000		Libéral	OUI
<u>Expert 21</u>	F	40-49ans	Médecin Généraliste	Capacité d'Addictologie Clinique	2005	2010	PA	Mixte	NON
<u>Expert 22</u>	F	40-49ans	Médecin Généraliste	DIU de Gynécologie, DU de Pédiatrie	2007	2007		Libéral	OUI
<u>Expert 23</u>	F	30-39ans	Médecin Généraliste	DIU de Gynécologie	2014	2015		Libéral	OUI
<u>Expert 24</u>	H	40-49ans	Médecin Généraliste	DIU Gynécologie / Agrément IVG médicamenteuses	2005	2008		Libéral	OUI
<u>Expert 25</u>	F	60-69ans	Médecin Généraliste	DU diabète et maladies métaboliques	1988	1993		Libéral	OUI
<u>Expert 26</u>	H	20-29ans	Psychiatre	Urgences pédopsychiatriques	2021		Docteur	Hôpital / Clinique	NON
<u>Expert 27</u>	F	40-49ans	Médecin Généraliste	DU Entretien Motivationnel	2006	2009		Libéral	OUI
<u>Expert 28</u>	H	60-69ans	Médecin Généraliste	DU de Médecine tropicale	1989	1989		Libéral	OUI
<u>Expert 29</u>	H	50-59ans	Pédiatre		2002	2002		Libéral	NON
<u>Expert 30</u>	F	40-49ans	Médecin Généraliste	DU de Pédiatrie	2006	2007		Libéral	OUI
<u>Expert 31</u>	F	30-39ans	Pédopsychiatre		2016		PH	Hôpital / Clinique	OUI
<u>Expert 32</u>	F	50-59ans	Médecin Généraliste	DU Diététique médicale, DU de relaxation et maladies psychosomatiques	1995	1995	MCU	Libéral	OUI
<u>Expert 33</u>	F	40-49ans	Médecin Généraliste	DU Pédagogie médicale , DU de Gynécologie	2005	2009	MCA	Libéral	OUI
<u>Expert 34</u>	H	40-49ans	Médecin Généraliste	DU Tabacologie	2014			Libéral	NON

3.3 Synthèse des résultats des 3 tours

L'application de la méthode Delphi a permis d'obtenir un consensus final concernant 198 des 237 facteurs de risque présentés soit 83,5% et 56 des 81 outils présentés soit 69%.

3.3.1 Dépistage des troubles orthopédiques

À l'issue des 3 tours, 23 facteurs de risques sur 34 soit 68 % et 10 outils de repérage sur 12 soit 83% ont été sélectionnés par les experts.

Figure 1 : Diagramme des résultats des 3 tours des facteurs de risque des troubles orthopédiques

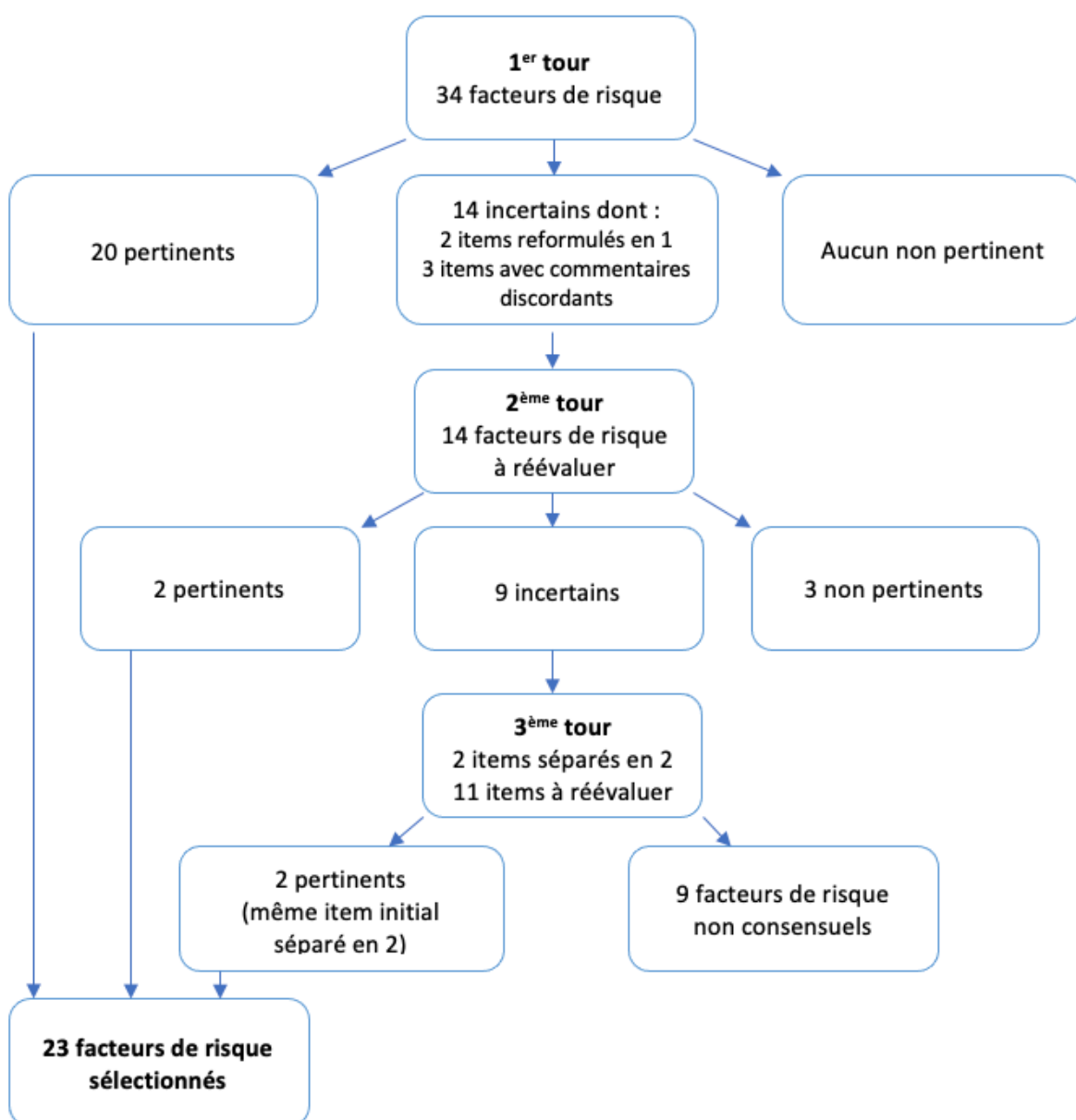


Tableau 2 : Facteurs de risque des troubles orthopédiques sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Facteurs de risque sélectionnés à l'issue des 3 tours 23 sur 34
Hypercyphose thoracique 0 sur 3	Aucun
Maladie de Scheuermann 3 sur 3	Sexe masculin
	Facteurs génétiques, antécédents familiaux Surcharge statique (mauvaise posture, sacs lourds, station prolongée) et dynamique (activités contraignant les vertèbres : vélo, combats, rugby, haltérophilie)
Rachialgies communes 6 sur 11	Trop ou trop peu d'activité physique
	IMC bas
	Antécédents personnels de douleur des membres inférieurs ou du rachis
	Fatigue / Troubles du sommeil / Dépression
	Mauvaise posture / Asymétrie du tronc
Scoliose 3 sur 4	Poids et Type de sacs
	Sexe féminin Facteurs génétiques et antécédent au 1er degré pour la scoliose idiopathique Pathologies congénitales, neuromotrices, tumorales ou dégénératives pour la scoliose secondaire
Maladie d'Osgood-Schlatter 2 sur 5	Poussée de croissance : Garçons 12-15ans > Filles 8-11ans
	Surmenage sportif par répétition des mouvements, sur-sollicitation (sauts, squats, accélérations) et surspécialisation
Maladie de Sever 5 sur 5	8 à 12 ans, sexe masculin, sportif, saut ou course répétés, terrain dur, chaussage inadapté
	Poids, taille et IMC supérieurs à la moyenne
	Brièveté du triceps sural, genu varum, défaut d'alignement du médio-pied, varus de l'avant pied, pied creux ou plat
	Mauvaise hygiène de vie (sommeil, alimentation, hydratation) Non respect de la règle des 10% (augmentation charge travail > 10%/sem), pas d'étirement passif à distance de l'entraînement
Syndrome fémoro-patellaire 3 sur 3	Filles 12-17ans, sportifs
	Hypotrophie du quadriceps, déséquilibre du quadriceps/ischiojambiers (raideur), malposition ou hypermobilité (laxité) ou traumatisme patellaire Activité en charge (saut > accroupissement) spécialisation sportive, Mauvais équipement

Figure 2 : Diagramme des résultats des 3 tours des outils des troubles orthopédiques

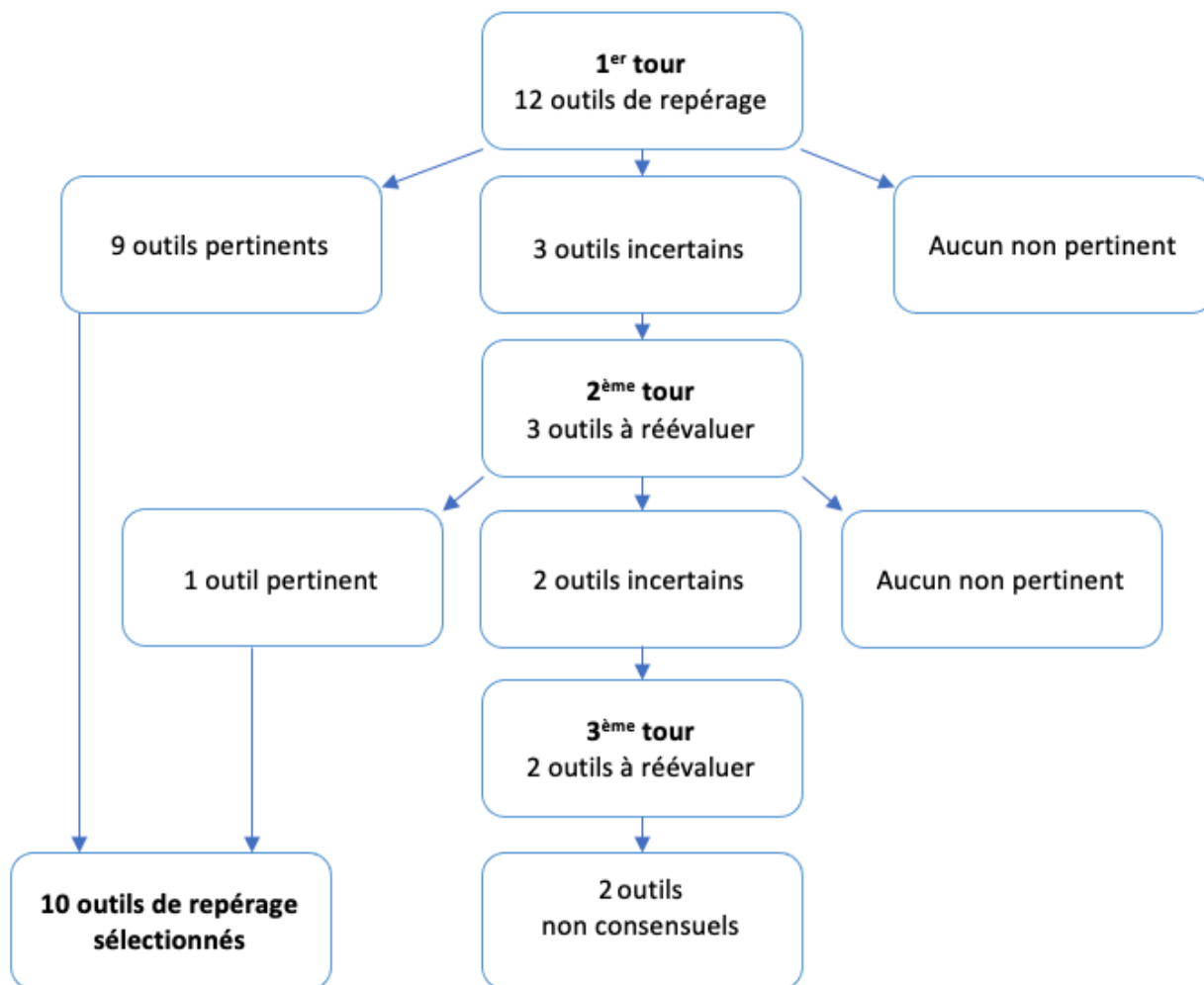


Tableau 3 : Outils de repérage des troubles orthopédiques sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Outils de repérage sélectionnés à l'issue des 3 tours 10 sur 12
Maladie de Scheuermann 1 sur 2	Inspection (enroulement des épaules, brièveté des clavicules, rétraction des pectoraux, tête en avant)
Scoliose 3 sur 3	Test d'Adam
	Scoliomètre
	Examen morphologique, neurologique et cutané
Raideur du rachis lombaire 2 sur 2	Test de Schober
	Distance doigts-sol
Syndrome fémoro-patellaire 4 sur 5	Inspection (hypotrophie quadriceps, raideur ischio-jambiers, malposition patella, genu varum/valgum)
	Position accroupie douloureuse / Signe du cinéma
	Test de Zholen
	Test du Tilt patellaire

3.3.2 Dépistage de l'obésité et des TCA

À l'issue des 3 tours, 27 facteurs de risques sur 31 soit 87% et 14 outils de repérage sur 18 soit 78% ont été sélectionnés par les experts.

Figure 3 : Digramme des résultats des 3 tours des facteurs de risque d'obésité et TCA

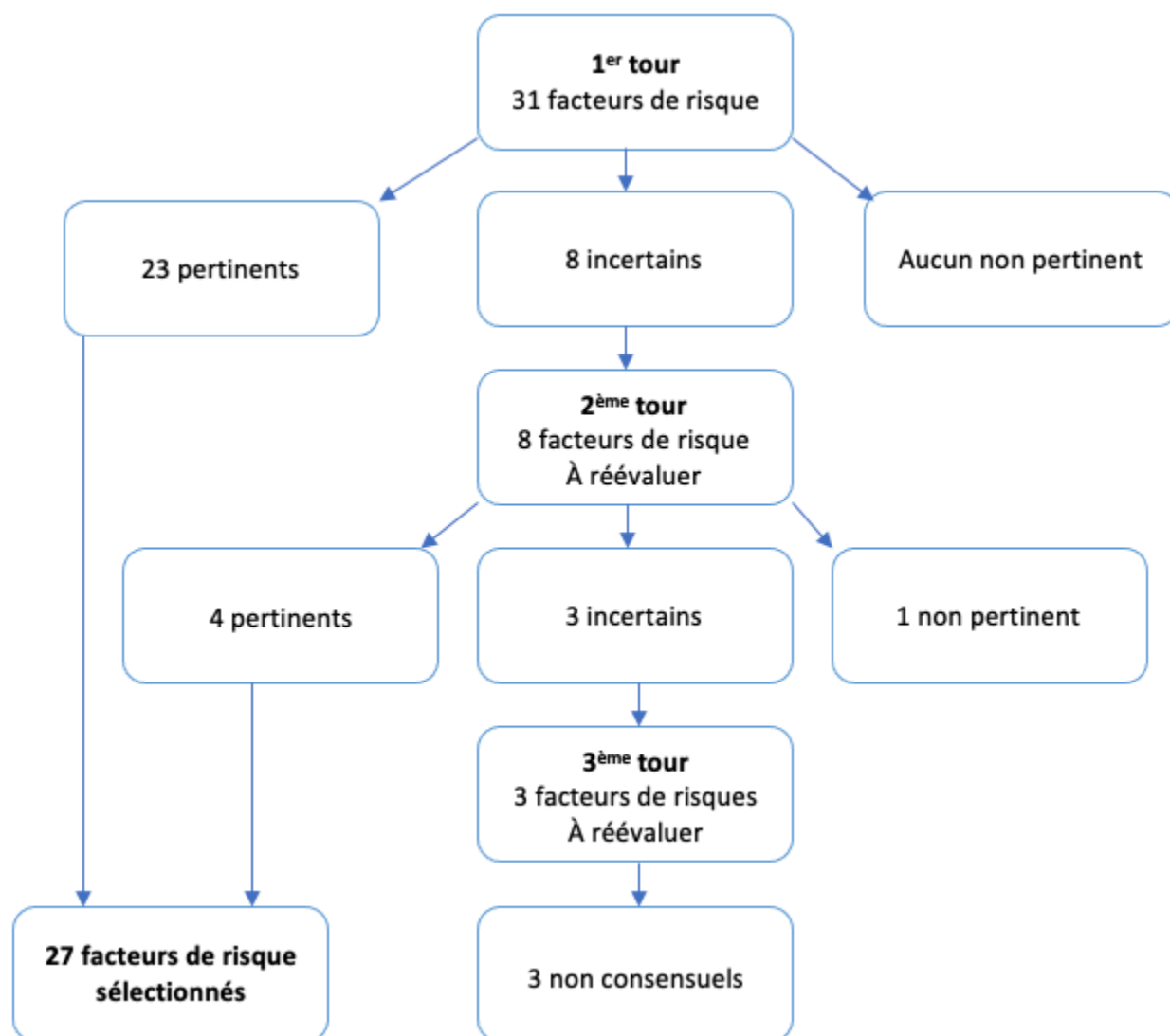


Tableau 4 : Facteurs de risque de l'obésité et des TCA sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Facteurs de risque sélectionnés à l'issue des 3 tours 27 sur 31
Obésité 15 sur 17	Facteurs génétiques
	Prise poids importante/Surpoids pendant grossesse
	Diabète gestationnel
	Rebond d'adiposité < 6ans / changement de couloir
	Poids parental
	Mauvaise hygiène alimentaire
	Peu d'activité physique
	Consommation d'écrans (augmentation de la sédentarité, grignotage, altération du sommeil)
	Bas niveau socio-économique
	Bas niveau d'éducation ou d'instruction
	Limites parentales (dîners en famille, fruits/légumes, pratique sportive, fast-food, trop restrictif ou permissif)
	Environnement social (proches obèses, tensions vs sport d'équipe, soutien)
	Environnement scolaire (alimentation et activités proposées)
	Aménagement du quartier (équipements, structures alimentaires, mode de transport pour l'école)
Troubles du comportement alimentaire 9 sur 9	Etat anxiodépressif
	Sexe féminin
	Adolescence
	Régime alimentaire
	Mauvaise estime de soi, insatisfaction corporelle, préoccupation liée au poids, surpoids ou obésité, troubles anxieux ou dépression
	Mauvaises relations familiales ou avec les pairs
	Idéal de la minceur par les médias
	Consommation alcoolo-tabagique
	Prédisposition génétique, antécédents familiaux psychiatriques (dont TCA)
Carences alimentaires 3 sur 5	Sport intensif ou avec exigences sur l'apparence corporelle, mannequin
	Sexe féminin (menstruations)
	Régime restrictif / végétarien / végétalien
	Précarité (vitamine D)

Figure 4 : Diagramme des résultats des 3 tours des outils de repérage de l'obésité et des TCA

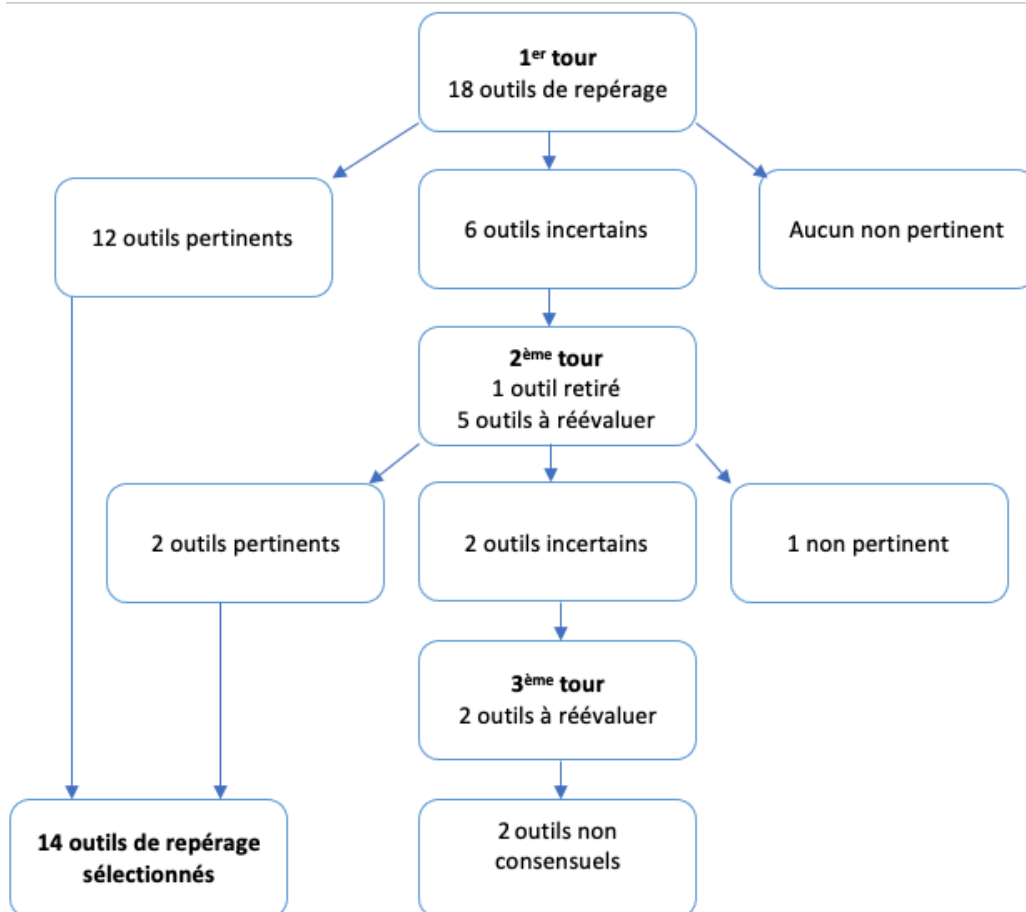


Tableau 5 : Outils de repérage de l'obésité et des TCA sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Outils de repérage sélectionnés à l'issue des 3 tours 14 sur 18
Obésité 3 sur 3	IMC \geq 30kg/m ²
	IMC \geq seuil IOTF-30 selon la HAS
	Tour de taille en cm / taille en cm > 0,5
Préoccupation liée au poids 1 sur 2	«Pensez-vous beaucoup à être plus mince ?», «Craignez-vous de prendre du poids ?», «Au cours des six derniers mois, quelle importance votre poids ou votre forme a-t-elle eu dans la façon dont vous vous sentez? »
Mauvaise estime de soi 1 sur 1	Échelle de Rosenberg Self-Esteem
Insatisfaction corporelle 1 sur 1	Échelles des silhouettes à 9 points
TCA 8 sur 11	Suivi de l'IMC pour repérer un changement rapide de couloir
	Questionnaire SCOFF
	"5 items screening version of the Eating Disorder Inventory-3"
	"College Oriented Eating Disorders Screen"
	"Brief Behavioral and Attitudinal Measures"
	"Eating disorder Screen for Primary care"
	Site internet "Anorexiclic"
"Patient Health Questionnaire -Eating Disorder"	

3.3.3 Dépistage de la puberté, des IST, des conduites sexuelles à risque

A l'issue des 3 tours, 26 facteurs de risques sur 26 soit 100% et 2 outils de repérage sur 4 soit 50% ont été sélectionnés par les experts.

Tableau 6 : Facteurs de risque de la puberté, des IST, des conduites sexuelles à risque sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Facteurs de risque sélectionnés à l'issue des 3 tours 26 sur 26
Puberté 5 sur 5	Sexe (filles = puberté précoce ; garçon = retard pubertaire)
	Surpoids / Obésité
	Stress physique, sport intensif
	Stress psychologique (adoption, tensions, abus)
	Niveau socio-économique et d'éducation, immigration
Infections sexuellement transmissibles 9 sur 9	Partenaires multiples
	Migrants, retour de pays d'endémie
	Homosexuels Hommes
	Absence de vaccination (HPV /HBV)
	Femme enceinte
	Autres IST, antécédents d'IST
	Conduites à risque (drogues IV, commerce du sexe)
	Absence de conseils, d'informations
	Rupture sociale, familiale ou scolaire
Comportements sexuels à risque 12 sur 12	Âge précoce du 1er rapport
	Partenaires multiples dans l'année
	Bas niveau d'étude
	Bas niveau socio-économique, coût de la contraception
	Difficultés familiales ou scolaires
	Mauvaise estime de soi, dépression, abus
	Situations à risque (alcool, tabac, drogue...)
	Mauvaise observance/utilisation de la contraception
	Contraception inadaptée, manque d'information
	Mauvaise perception du risque de grossesse ou du risque lié au moyen de contraception
	Crainte de la non confidentialité ou anonymat, absence de temps de consultation seul, stigmatisation
	Difficulté d'accessibilité aux soins

Figure 5 : Diagramme des résultats des 3 tours des outils « Puberté, IST, conduites sexuelles »

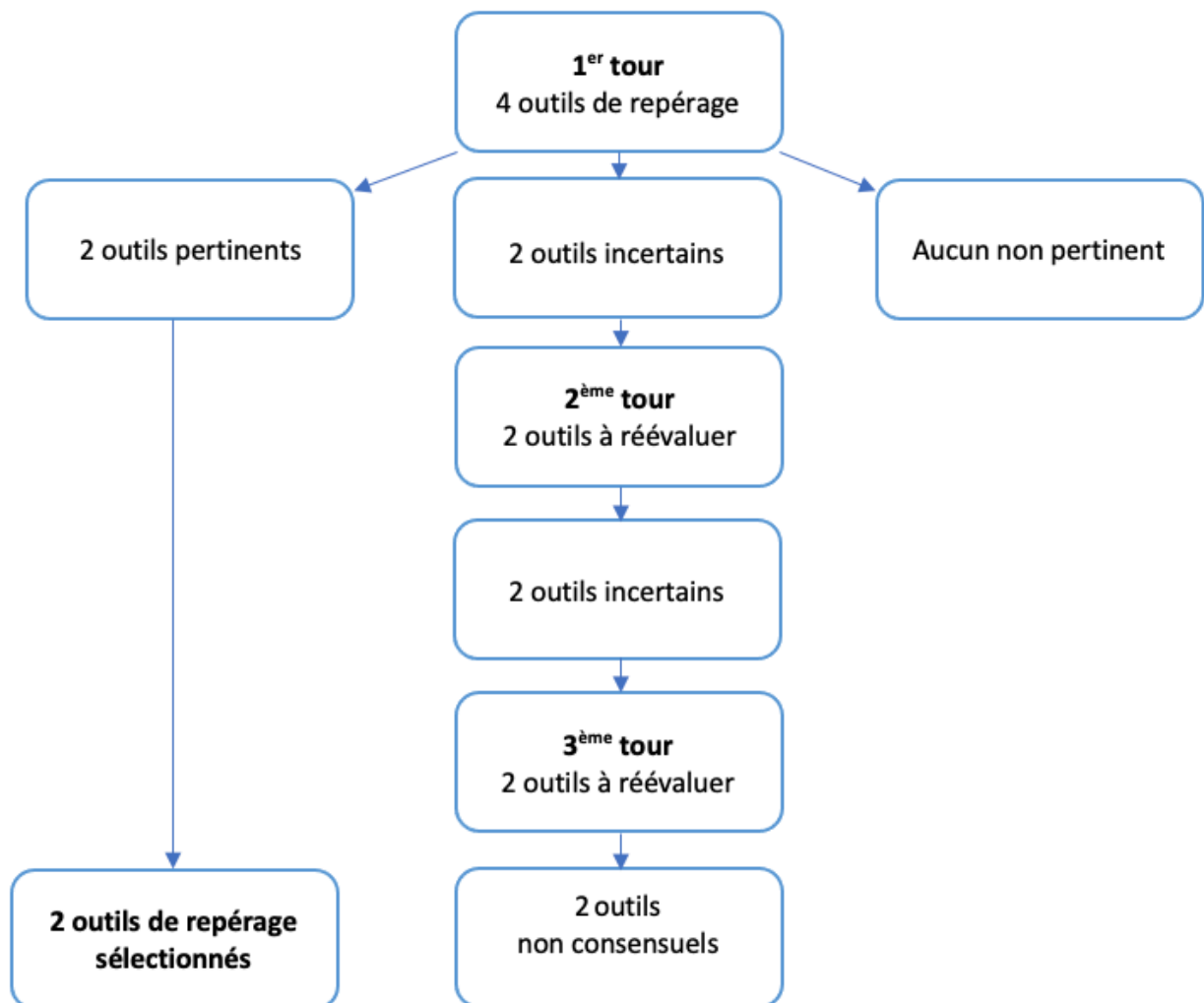


Tableau 7 : Outils de repérage de « Puberté, IST, Conduites sexuelles à risque » sélectionnés à l’issue des 3 tours

Pathologies	Outils de repérage sélectionnés à l'issue des 3 tours 2 sur 4
Avance / Retard pubertaire 2 sur 2	Échelle de Tanner
	Surveillance poids, taille, IMC
Aide au choix d'une contraception 2 sur 2	Aucun

3.3.5 Dépistage des mésusages et addictions

À l'issue des 3 tours, 40 facteurs de risques sur 47 soit 85% et 10 outils de repérage sur 19 soit 53% ont été sélectionnés par les experts.

Figure 6 : Diagramme des résultats des 3 tours des facteurs de risques des mésusages

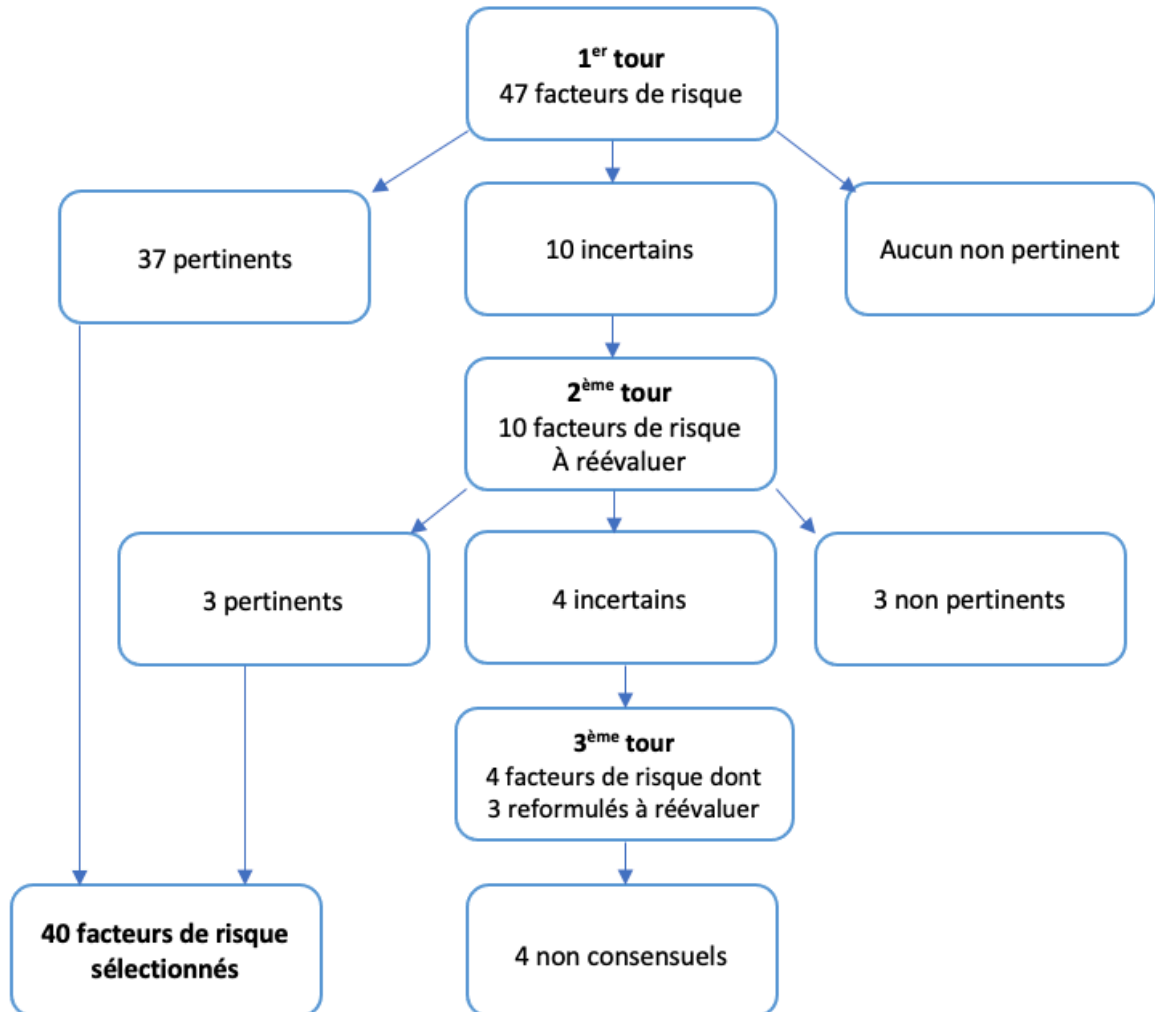


Tableau 8 : Facteurs de risque des mésusages et addictions sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Facteurs de risque sélectionnés à l'issue des 3 tours 40 sur 47
Consommation d'alcool 11 sur 14	Sexe masculin
	Avancée en âge dans l'adolescence
	1er usage précoce
	Tabagisme ou usage de drogues
	Troubles du sommeil
	Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, TDAH, trouble de la personnalité, antécédent de violence
	Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire
	Faible niveau socio-économique, vie en milieu rural
	Mauvaises relations familiales, vie en foyer, trouble psychiatrique ou addictif familial
	Mauvaises relations avec des pairs, festivités
	Antécédents judiciaires, comportements à risque
Consommation de tabac 9 sur 11	Avancée en âge dans l'adolescence
	1er usage précoce
	Alcool, drogues
	Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, TDAH, troubles de la personnalité, trouble mental, antécédent de violence
	Mauvaises relations avec ou influences des pairs
	Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial
	Troubles du sommeil
	Comportement anti-social ou à risque
Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural	
Consommation de drogues 11 sur 12	Avancée en âge dans l'adolescence
	1er usage précoce
	Sexe masculin
	Tabagisme
	Consommation d'alcool
	Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, troubles de la personnalité, trouble mental, antécédent de violence
	Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire
	Mauvaises relations ou influence pairs, festivités
	Mauvaises relations familiales, tb psy/addictif familial
	Antécédents judiciaires, comportements à risque
Bas niveau socio-économique, vie en milieu urbain	
Consommation d'écrans / Internet 9 sur 10	Sexe masculin
	Caractéristiques addictogènes du jeu
	Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, troubles de la personnalité, trouble mental, antécédent de violence
	Mauvaises relations avec ou influences des pairs
	Comportements à risque, intolérance à la frustration
	Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial
	Bas niveau socio-économique
	Tabac, alcool, drogues
Difficultés scolaires	

Figure 7 : Diagramme des résultats des 3 tours des outils des mésusages et addictions

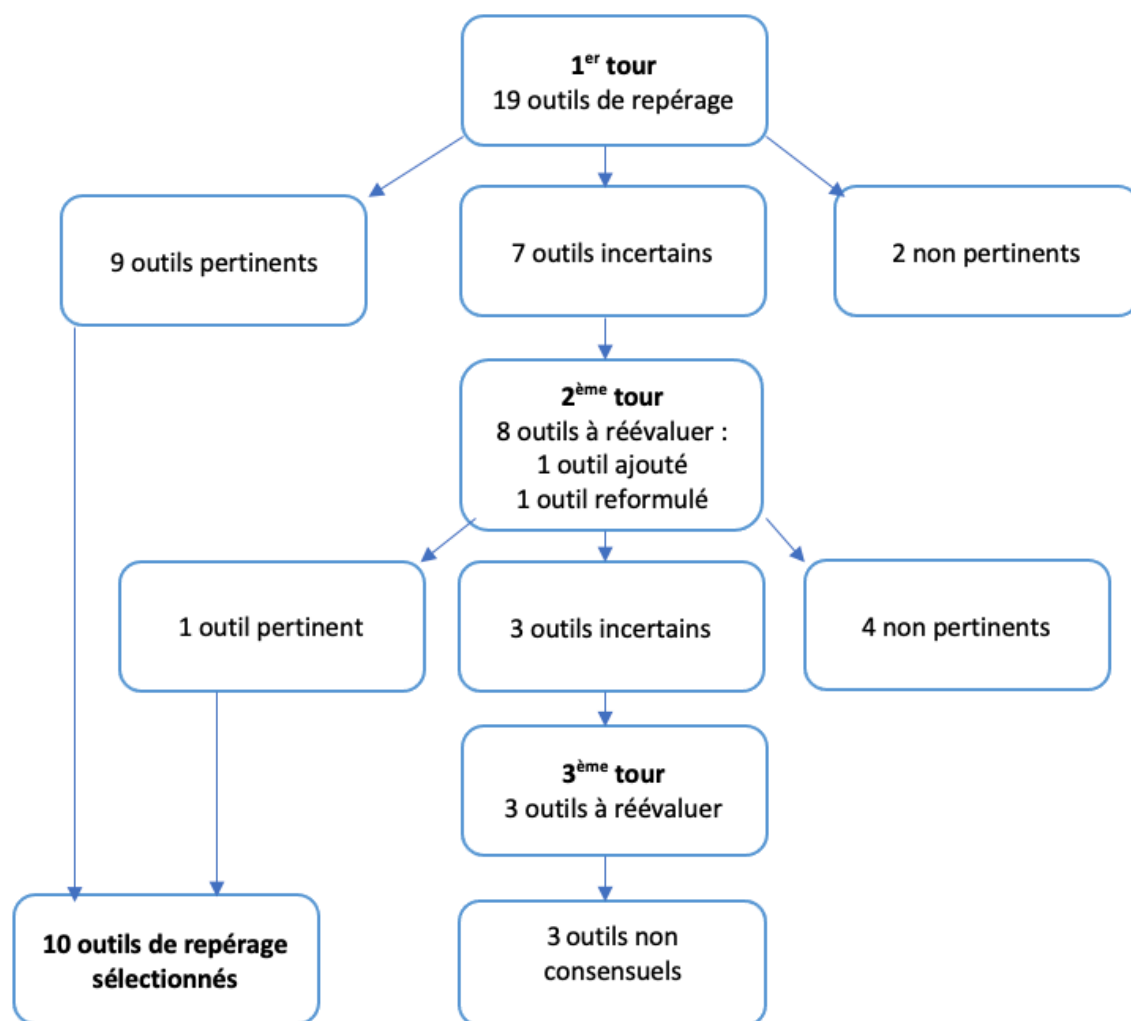


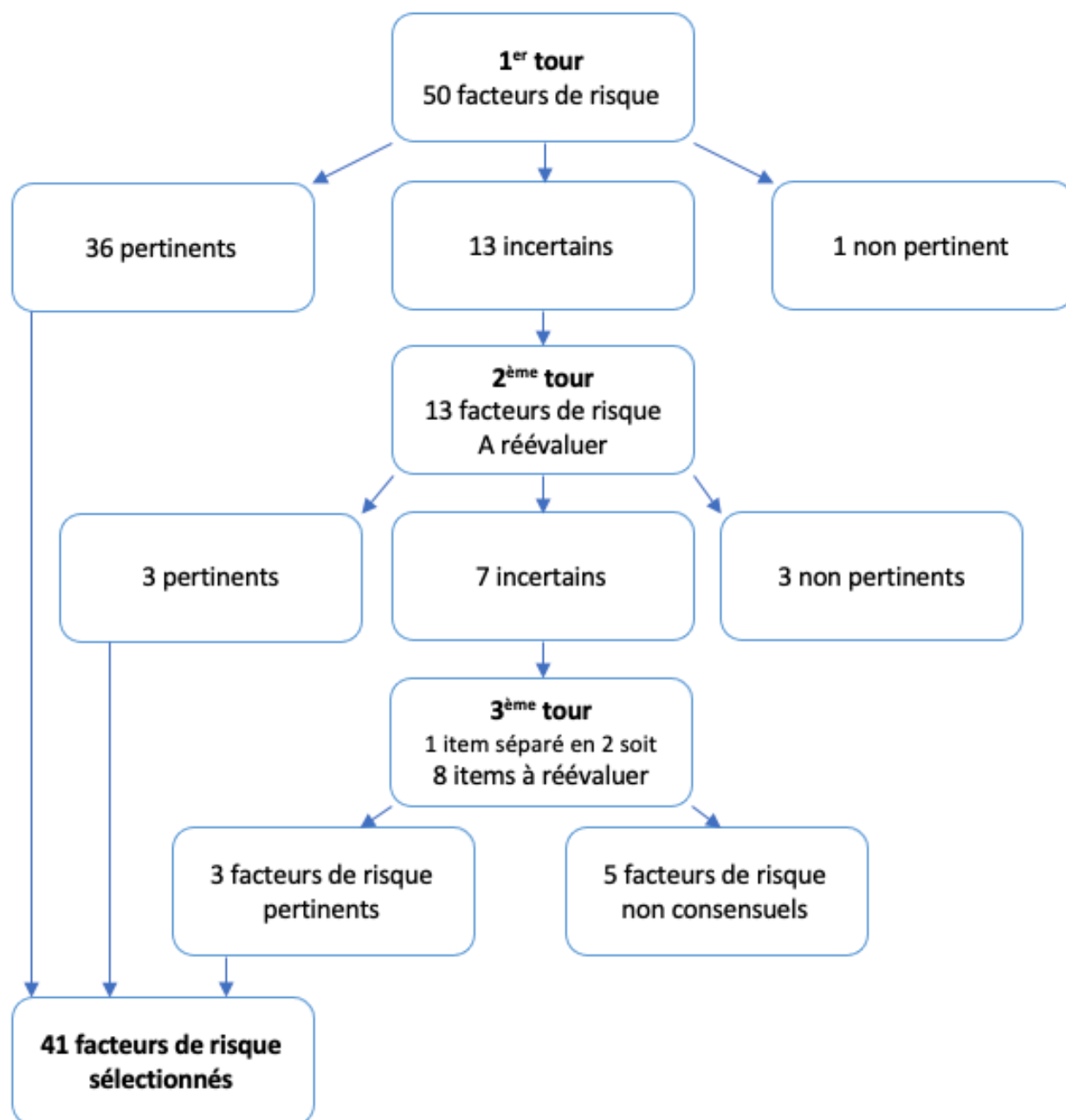
Tableau 9 : Outils de repérage des mésusages et addictions sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Outils de repérage sélectionnés à l'issue des 3 tours 10 sur 19
Mésusage de l'alcool 3 sur 7	DSM-IV 2-item scale
	Alcohol Use Disorders Identification Test - Version courte
	Questionnaire "C.A.G.E"
Dépendance Tabac 1 sur 1	Test de Fagerström
Dépendance cannabis 1 sur 1	"Cannabis Abuse Screening Test"
Mésusage Alcool et autres drogues 2 sur 3	"Brief Screening test for adolescent Tobacco, Alcohol, and Drug Use"
	Questionnaire ADOSPA (Adolescents et Substances Psychoactives)
Mésusage Ecrans 3 sur 5	"Game Addiction Scale 7-items"
	"Problem Video Game Playing scale"
	"Lie/Bet Questionnaire"
Mésusage jeux d'argent 0 sur 2	Aucun

3.3.6 Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement

À l'issue des 3 tours, 41 facteurs de risques sur 50 soit 82% et 4 outils de repérage sur 7 soit 57% ont été sélectionnés par les experts.

Figure 8 : Diagramme des résultats des 3 tours des facteurs de risque des conduites à risque et troubles du comportement



**Tableau 10 : Facteur de risque des conduites à risque et troubles du comportement
sélectionnés à l'issue des 3 tours**

Pathologies	Facteurs de risque sélectionnés à l'issue des 3 tours 41 sur 50
Accident de la voie publique 6 sur 8	Sexe masculin
	Deux roues, jeunes conducteurs
	Mauvaises relations ou influence des pairs, festivités (été, nuit, week-end)
	Comportements à risque (vitesse, alcool, drogues), distractions au volant (téléphone, radio)
	Souffrance psychologique, trouble de la personnalité
	Somnolence, troubles du sommeil
Mauvaises relations familiales 0 sur 2	Aucun
Mauvaises relations avec les pairs 1 sur 2	Mauvaises relations avec les parents
Echec scolaire 3 sur 4	Absence de soutien familial, conflits familiaux, responsabilités précoces
	Comportements à risque (alcool, drogue, violence..)
	Mauvais résultats, absentéisme, absence d'activité extra-scolaire
Conduites à risque et conduites violentes 14 sur 16	Sexe masculin
	Antécédent de victimisation
	Victime dès le début de l'adolescence, auteur(e) avec l'avancée en âge
	1er acte violent précoce
	Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial, vie en foyer
	Mauvaises relations avec ou influences des pairs
	Tabac / Alcool / Drogues (NB: ils étaient séparés en 3 items distincts)
	Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire
	Consommation d'écrans ou de médias
	Souffrance psychologique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, trouble de la personnalité, trouble mental
	Difficultés périnatales (tabac, alcool, mère jeune, grossesse non désirée, prématurité, complication à la naissance)
	Bas niveau socio-économique, migrant
Troubles du comportement et des conduites 9 sur 10	Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel ; minorité sexuelle
	Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial
	Tabac / Alcool / Drogues
	Sexe masculin
	Prématurité, petit poids de naissance, tabagisme péri-natal, mère jeune, complications obstétricales
	Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire
	Impulsivité, recherche de sensations, TDAH
	Traumatisme crânien, violences subies dans l'enfance
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs
Troubles psychotiques 8 sur 9	Sexe masculin, avancée dans l'adolescence
	Troubles du sommeil
	Antécédent de violence subie, décès parent
	Tabac / Alcool / Drogues
	Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire
	Complications obstétricales (dont grippe), grossesse non désirée (toxiques), stress
	Maladie chronique, faible quotient intellectuel, syndrome de délétion 22q11.2
	Mauvaises relations avec les pairs

Figure 9 : Diagramme des résultats des outils « conduites à risque, troubles du comportement »

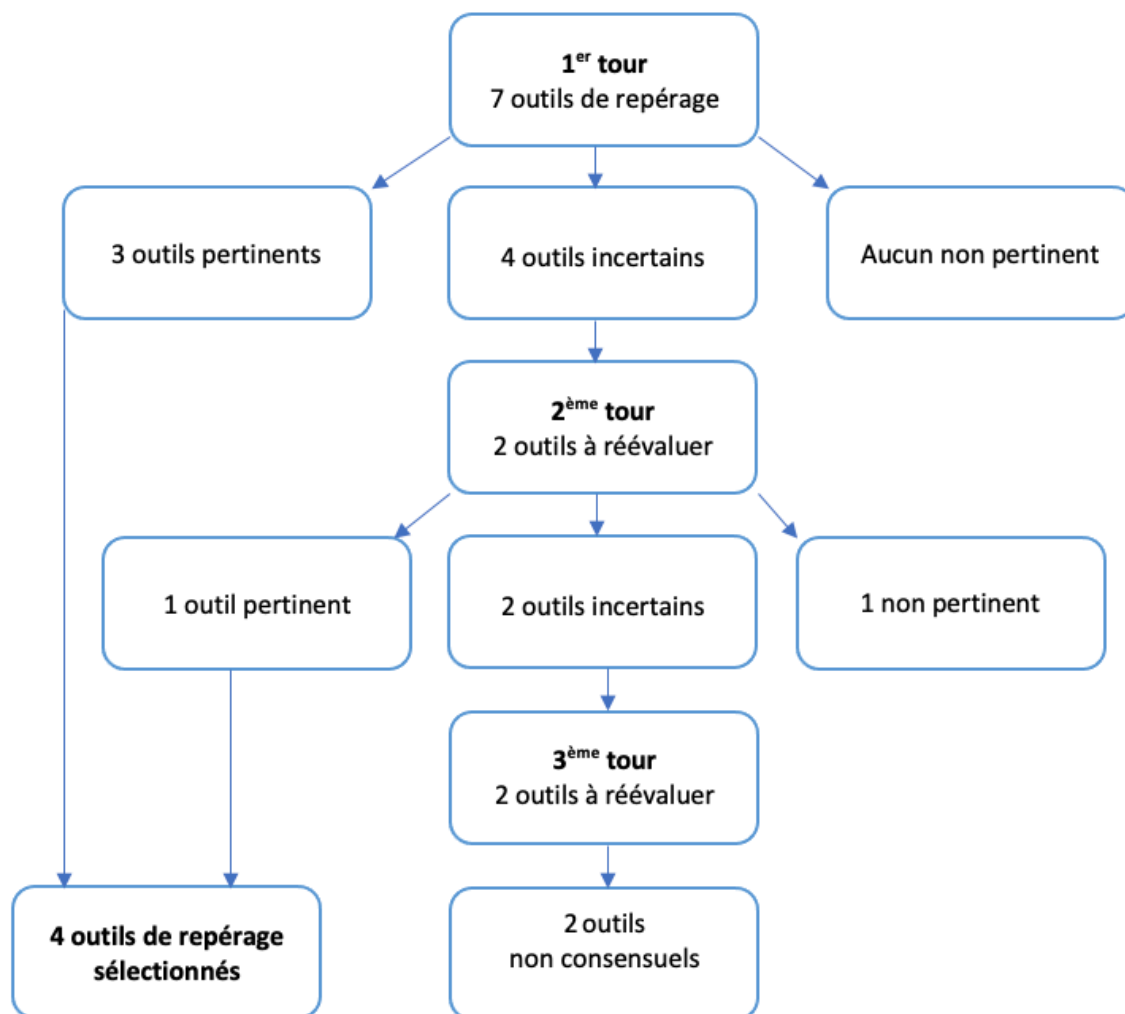


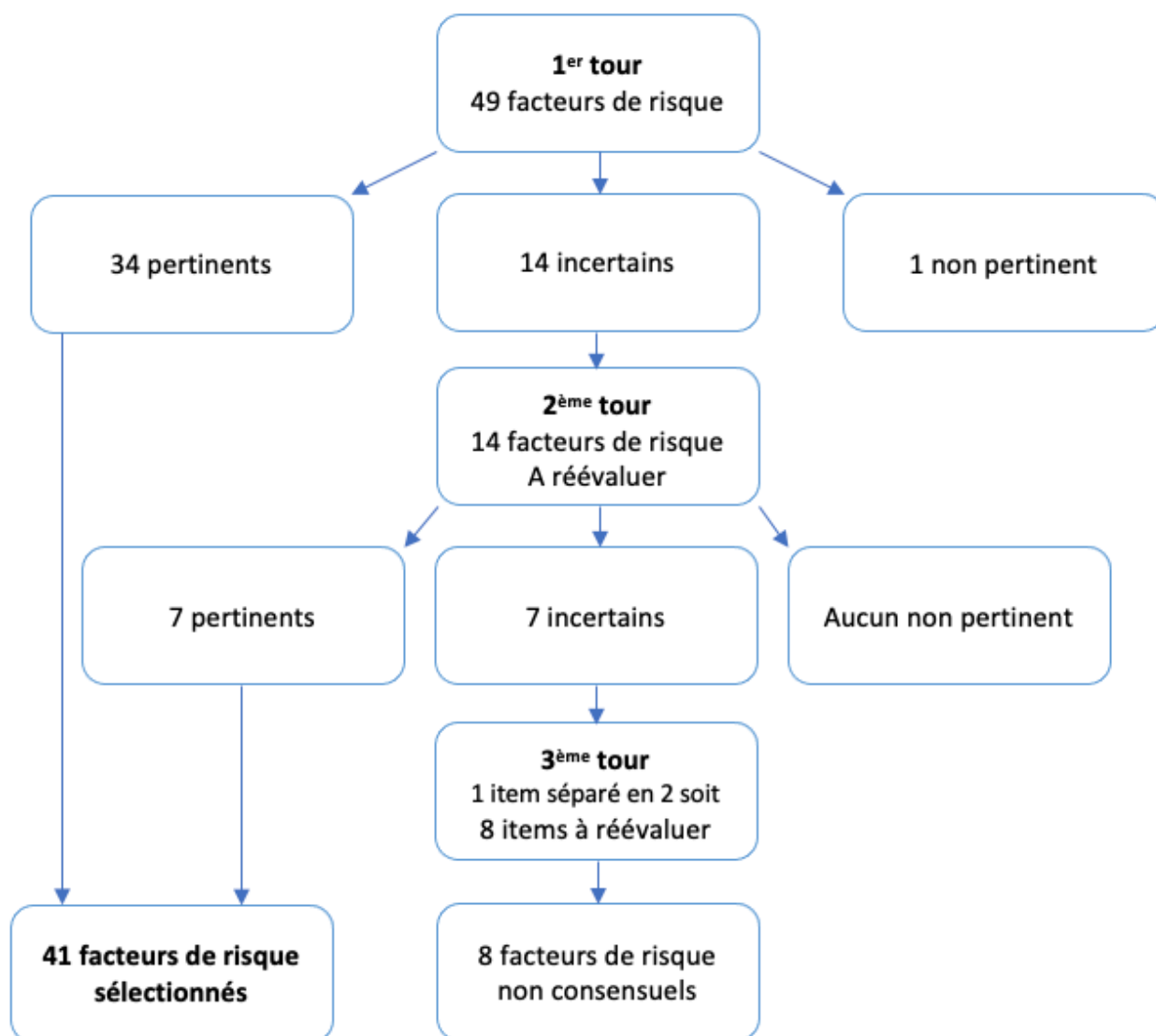
Tableau 11 : Outils de repérage des conduites à risque et troubles du comportement sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Outils de repérage sélectionnés à l'issue des 3 tours 4 sur 7
Conduites addictives 1 sur 1	Questionnaire "DEP ADO"
Maltraitance 1 sur 1	Fiche Mémo HAS "Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir"
Conduites à risque 0 sur 1	Aucun
Troubles du comportement et des conduites 0 sur 1	Aucun
Personnalité anti- sociale 0 sur 1	Aucun
Troubles psychotiques 2 sur 2	"Brief Psychiatric Rating Scale"
	"Prodromal Questionnaire -Brief version (PQ-16)"

3.3.7 Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques

À l'issue des 3 tours, 41 facteurs de risques sur 49 soit 84% et 16 outils de repérage sur 21 soit 76% ont été sélectionnés par les experts.

Figure 10 : Diagramme de résultats des 3 tours des facteurs de risque des troubles psychiatriques



**Tableau 12 : Facteurs de risque des troubles du sommeil et des troubles psychiatriques
sélectionnés à l'issue des 3 tours**

Pathologies	Facteurs de risque sélectionnés à l'issue des 3 tours 41 sur 49
Troubles du sommeil 7 sur 8	Consommation d'alcool, tabac, drogues, café
	Stress, Anxiété, dépression
	Autisme, Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité
	Mauvaises relations familiales ou avec les pairs, vie en foyer, maltraitance
	Difficultés scolaires, excès d'activités extra-scolaires
	Situation financière difficile, vie en milieu urbain
	Consommation d'écrans
Dépression Risque suicidaire 13 sur 17	Antécédent de tentative de suicide
	Troubles du sommeil
	Alcool
	Drogues
	Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire
	Antécédent de violence subie
	Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial
	Perte d'un être cher, séparation
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs
	Trouble de la personnalité, trouble mental, anxiété, impulsivité, mauvaise estime de soi, troubles du comportement alimentaire
	Minorité sexuelle, homophobie
	Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel
Antécédents judiciaires, intolérance à la frustration	
Anxiété 9 sur 10	Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel; minorité sexuelle
	Troubles de la personnalité, trouble mental, mauvaise estime de soi
	Troubles du sommeil
	Consommation d'écrans
	Antécédent de violence subie
	Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs
	Prématurité, attachement "insecure"
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	
Troubles Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité 9 sur 11	Sexe masculin
	Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial
	Antécédent de violence, Traumatisme crânien dans l'enfance
	Troubles du sommeil
	Tabac, Alcool, Drogues
	Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire
	Prématurité, petit poids de naissance, alcool pendant la grossesse
	Impulsivité, recherche de sensations
	Mauvaises relations avec les pairs
Troubles envahissant du développement 3 sur 3	Sexe masculin
	Antécédent personnel ou familial de trouble mental
	Prématurité, Petit poids de naissance

Figure 11 : Diagramme des résultats des 3 tours des outils des troubles psychiatriques

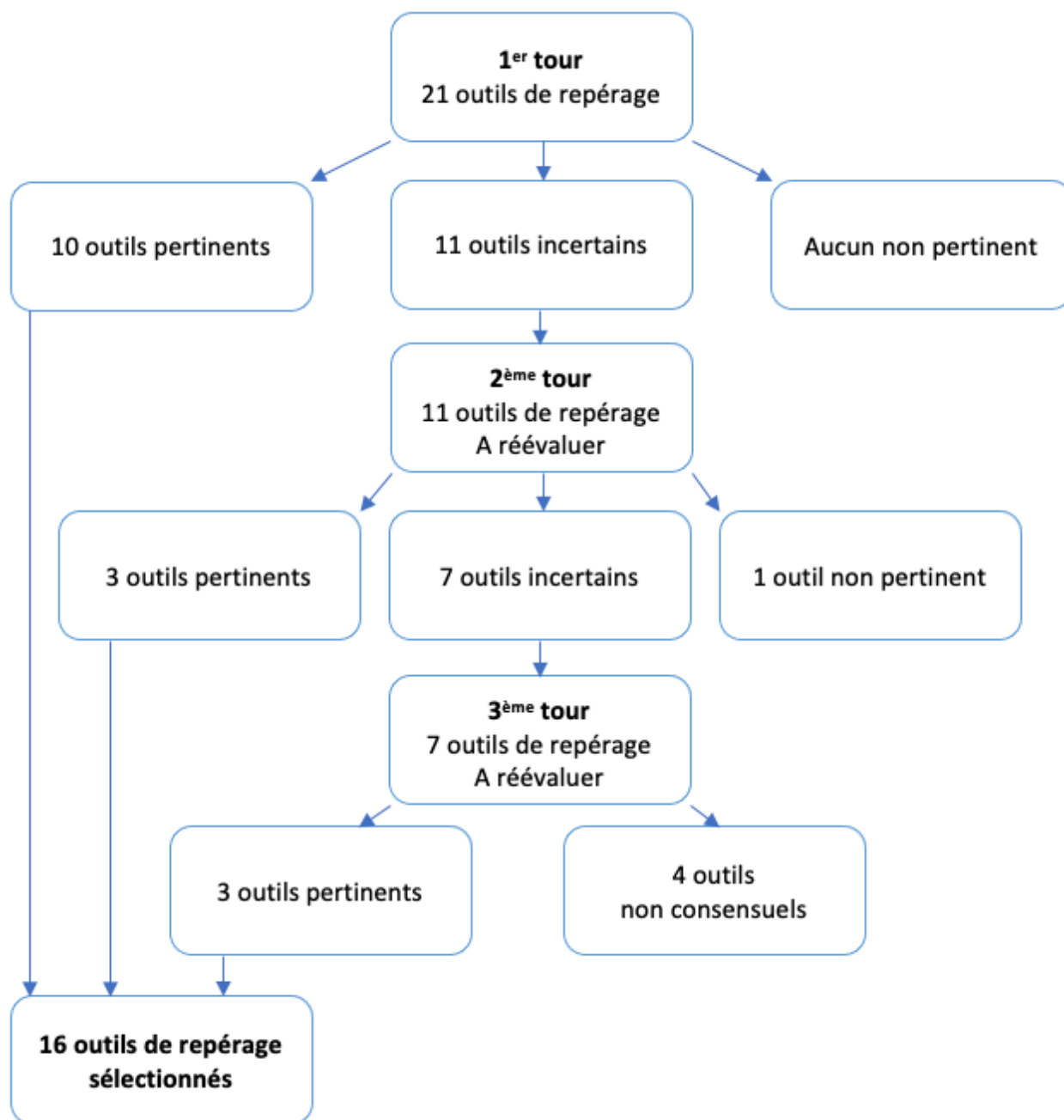


Tableau 13 : Outils de repérage des troubles du sommeil et des troubles psychiatriques
sélectionnés à l'issue des 3 tours

Pathologies	Outils de repérage sélectionnés à l'issue des 3 tours 16 sur 21
Troubles du sommeil 1 sur 2	Échelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16ans
Dépression 4 sur 4	Echelle d'Hamilton
	Questionnaire "Patient Health Questionnaire for Adolescent"
	Questionnaire de dépression de Beck
	Échelle "Beck Hopelessness Scale"
Risque suicidaire 4 sur 6	Test BITS (Brimades, Insomnies, Tabagisme, Stress)
	Outil "Tool for Assessment of Suicide Risk Adolescent Version"
	Questionnaire "Suicide Behavior Questionnaire Revised"
	Tableau "Signes d'alerte suicidaire" de la HAS
Anxiété et Dépression 1 sur 1	Échelle "Hospital Anxiety and Depression Scale"
Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité 2 sur 2	Échelle de Conners
	Fiche synthèse de la HAS "Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDAH"
Tics 2 sur 2	Échelle "Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey"
	Questionnaire "Parent Tic Questionnaire"
Troubles obsessionnels compulsifs 1 sur 1	Questionnaire "Short Obsessive Compulsive disorder Screener"
Trouble psycho-social 1 sur 2	Questionnaire "Pediatric Symptom Checklist"
Trouble Spectre Autistique 0 sur 1	Aucun

3.4 Résultats détaillés des 3 tours

3.4.1 Résultats du 1^{er} tour de questionnaire

Le premier tour s'est déroulé du 04 au 22 octobre 2021. 2 relances ont été envoyées par courrier électronique. Les 34 experts souhaitant participer à l'étude ont répondu au 1^{er} tour du Delphi.

3.4.1.1 Dépistage des troubles orthopédiques (Annexe 17)

Sur les 34 facteurs de risque présentés :

- 20 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 14 ont été jugés incertains.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

Parmi les facteurs de risque jugés incertains, on retrouve :

- Pour l'hypercyphose thoracique :
 - Les 3 facteurs de risque « Mauvaise posture », « Port de sacs lourds », « Absence d'activité physique adaptée » ont été jugés pertinents par le groupe mais les commentaires de plusieurs experts étant discordants avec les résultats, ils ont été réévalués au deuxième tour.
- Pour la scoliose : « IMC bas »
- Pour les rachialgies communes :
 - « Sexe féminin », « Antécédents familiaux », « Puberté / Age avancé dans l'adolescence », « Fatigue / Troubles du sommeil / Dépression », « Tabagisme chez les parents »
 - « Asymétrie du tronc, Attitude scoliotique, Scoliose » a été jugé pertinent par le groupe mais plusieurs experts ont souligné le fait qu'une attitude scoliotique et une scoliose primaire sont INDOLORES. L'item a donc été reformulé en « Mauvaise posture / Asymétrie du tronc »
- Pour la maladie d'Osgood-Schlatter :
 - « Gaucher ; quadriceps trop court, peu élastique ; pas d'étirement régulier »
 - « Mauvaise hygiène de vie (sommeil, alimentation hydratation) »
 - « Non respect de la règle des 10% ; pas d'étirement passif à distance »
- Pour le syndrome fémoro-patellaire : « Filles 12-17ans, sportifs »

Sur les 12 outils de repérage présentés :

- 9 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 3 ont été jugés incertains :
 - Utilisation d'un fil de plomb pour dépister une maladie de Scheuermann
 - Utilisation d'un scoliomètre pour dépister une gibbosité
 - Test du Tilt patellaire pour dépister un syndrome fémoro-patellaire
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

3.4.1.2 Dépistage de l'obésité et des TCA (Annexe 18)

Sur les 31 facteurs de risque présentés :

- 23 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 8 ont été jugés incertains.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

Parmi les facteurs de risque jugés incertains, on retrouve :

- Pour l'obésité :
 - « Tabagisme pendant la grossesse »
 - « Diabète gestationnel »
 - « Minorité ethnique, migrant »
 - « Environnement social (proches obèses, tensions VS sport d'équipe, soutien) »
 - « Environnement scolaire (alimentation, activités) »
 - « Aménagement du quartier (équipements, structures alimentaires, mode de transport pour l'école) »
- Pour les carences alimentaires :
 - « Adolescence », « Phototype foncé, peu d'UV (vitamine D) »

Sur les 18 outils de repérage présentés :

- 12 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 6 ont été jugés incertains :
 - « Échelle de Rosenberg Self-Esteem » pour dépister une mauvaise estime de soi.
 - « Évaluation semi-structurée des comportements alimentaires » pour dépister un comportement alimentaire de contrôle du poids.
 - « Brief Behavioral and Attitudinal Measures » pour dépister un TCA.
 - Utilisation du site “Expali” pour dépister un TCA : il a été retiré du 2^{ème} tour car jugé non pertinent dans les tableaux du travail de Charlène (*voir Annexe 3bis*).
 - « Dutch Eating Behavior Questionnaire » pour dépister un TCA chez l'adolescent présentant une obésité.
 - « Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 » pour dépister une boulimie.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

3.4.1.3 Dépistage de la puberté, des IST, conduites sexuelles à risque (Annexe 19)

Sur les 26 facteurs de risque présentés :

- 26 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- Aucun n'a été jugé incertain.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

Sur les 4 outils de repérage présentés :

- 2 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 2 ont été jugés incertains :
 - La fiche mémo HAS comme aide au choix de la contraception en consultation. Elle a été jugée « Pertinente » avec une médiane à 7 mais plusieurs commentaires d'experts suggéraient de prendre connaissance de la fiche en dehors de la consultation.
 - La fiche mémo INPES comme aide au choix de la contraception en consultation.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

3.4.1.5 Dépistage des mésusages et addictions (Annexe 20)

Sur les 46 facteurs de risque présentés :

- 37 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 10 ont été jugés incertains.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

Parmi les facteurs de risque jugés incertains, on retrouve :

- Pour la consommation d'alcool :
 - « Minorité sexuelle », « Puberté ou parentalité précoce », « Consommation d'écrans »
- Pour consommation de tabac :
 - « Troubles du sommeil », « Minorité sexuelle », « Consommation d'écrans »
- Pour consommation de drogues :
 - « Consommation d'écrans »
- Pour mésusage des écrans et d'Internet :
 - « Avancée en âge dans l'adolescence »
 - « Bas niveau socio-économique »
 - « Tabac, alcool, drogues »

Sur les 18 outils de repérage présentés :

- 9 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 7 ont été jugés incertains.
- 2 ont été jugés non pertinents :
 - « Severity of Alcohol Dependence Questionnaire » : il a été jugé inadapté au dépistage d'un mésusage de l'alcool de part sa longueur et son contenu qui évalue la sévérité du trouble de l'usage d'alcool.
 - « Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol scale revised »: il a été jugé inadapté au dépistage d'un mésusage de l'alcool car il évalue la sévérité d'un syndrome de sevrage.

Parmi les outils de repérage jugés incertains, on retrouve :

- Pour le mésusage de l'alcool :
 - « The Michigan Alcoholism Screening Test
 - « Alcohol Use Disorders Identification Test
 - « Leeds Dependance Questionnaire » car il évalue la dépendance et non le mésusage. Cependant plusieurs commentaires soulignaient la pertinence des items du questionnaire, c'est pourquoi l'intitulé de la question a été reformulé pour le 2^{ème} tour en « Pensez-vous que le questionnaire "Leeds Dependance Questionnaire" soit un outil utilisable en consultation pour dépister une addiction à l'alcool ou autres drogues chez l'adolescent ? ».
- Pour le mésusage des écrans et d'Internet :
 - « Problematic Online Game Questionnaire -Short Form »
 - « Internet Addiction Disorder de Young »
- Pour le jeu pathologique :
 - « South Oaks Gambling Scale - Revised Adolescent »
 - « Questionnaire DSM IV Jeu »

3.4.1.6 Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement (Annexe 21)

Sur les 50 facteurs de risque présentés :

- 36 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 13 ont été jugés incertains.
- 1 a été jugé non pertinent :
 - « Nuits et week-end » comme facteur de risque de conduites à risque et de conduites violentes. Le groupe n'a pas compris en quoi cet item était un facteur de risque. Nous l'avons donc retiré.

Parmi les facteurs de risque jugés incertains, on retrouve :

- Pour les accidents de la voie publique :
 - « Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural »
- Pour les mauvaises relations familiales :
 - « Avancée en âge dans l'adolescence »
 - « Relation père-enfant ». Cet item a été jugé flou par le panel. Il a été reformulé en « Mauvaise relation père-enfant ».
- Pour les mauvaises relations avec les pairs :
 - « Sexe masculin » ; « Mauvaise relation avec les parents »
- Pour l'échec scolaire :
 - « Avancée en âge dans l'adolescence »
- Pour les conduites à risque et les conduites violentes :
 - « Bas niveau socio-économique, migrant »
 - « Minorité sexuelle »
- Pour troubles du comportement et des conduites
 - « Bas niveau socio-économique »
- Pour les troubles psychotiques :
 - « Troubles du sommeil »
 - « Complications obstétricales (dont grippe), grossesse non désirée (toxiques), stress »
 - « Maladie chronique, faible quotient intellectuel, syndrome de délétion 22q11.2 ; minorité sexuelle »
 - « Mauvaises relations avec les pairs »
 - « Bas niveau socio-éco, milieu urbain, immigration »

Sur les 7 outils de repérage présentés :

- 3 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 4 ont été jugés incertains :
 - « West Virginia University Adolescent Risk Score » pour dépister les conduites à risque.
 - « Questionnaire Points forts - Points faibles » pour dépister les troubles du comportement ou des conduites.
 - « Big Five – Modèle à 5 facteurs » pour dépister une personnalité anti-sociale.
 - « Brief Psychiatric Rating Scale » pour dépister un trouble psychotique.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

3.4.1.7 Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques (Annexe 22)

Sur les 49 facteurs de risque présentés :

- 34 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 14 ont été jugés incertains.
- 1 a été jugé non pertinent :
 - « Sexe féminin » pour les troubles du sommeil

Parmi les facteurs de risque jugés incertains, on retrouve :

- Pour la dépression et le risque suicidaire :
 - « Bas niveau socio-économique », « Sexe féminin », « Tabagisme », « Consommation d'écrans »
- Pour l'anxiété :
 - « Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel ; minorité sexuelle »
 - « Bas niveau socio-économique »
- Pour le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité :
 - « Sexe masculin »
 - « Faible QI, maladies chroniques ; minorité sexuelle »
 - « Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial »
 - « Antécédent de violence, TC dans l'enfance »
 - « Bas niveau socio-économique »

Sur les 21 outils de repérage présentés :

- 10 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 11 ont été jugés incertains.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

Parmi les outils de repérage jugés incertains, on retrouve :

- Pour dépister les troubles du sommeil :
 - « International Classification of Sleep Disorders-II »
 - « Échelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16ans »
- Pour dépister une dépression :
 - Échelle « Beck Hopelessness Scale »
- Pour dépister un risque suicidaire :
 - Test « BITS »
 - Échelle « Scale for Suicide Ideation -Beck »
 - Échelle « Harkavy-Asnis Suicide Scale »
 - Questionnaire « Suicide Behavior Questionnaire Revised »
- Pour dépister un trouble du spectre autistique :
 - Autism-Tics ADHD and other Comorbidities inventory
- Pour dépister des tics:
 - « Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey »
 - « Parent Tic Questionnaire »
- Pour dépister un trouble psycho-social :
 - « Pediatric Symptom Checklist-17

3.4.2 Résultats du 2^{ème} tour de questionnaire

Le deuxième tour s'est déroulé du 22 octobre au 8 novembre. 2 relances ont été envoyées par courrier électronique. Il y a eu 1 seul perdu de vue pour le questionnaire « Dépistage des troubles orthopédiques » qui n'a compté que 7 experts pour ce second tour.

3.4.2.1 Dépistage des troubles orthopédiques (Annexe 23)

Sur les 14 facteurs de risque à réévaluer :

- 2 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 9 ont été jugés incertains.
- 3 ont été jugés non pertinents :
 - Pour la scoliose : « IMC bas ».
 - Pour les rachialgies communes : « Tabagisme chez les parents ».
 - Pour la maladie d'Osgood-Schlatter : « Mauvaise hygiène de vie ».

Parmi les facteurs de risque jugés incertains à nouveau, on retrouve :

- Pour l'hypercyphose thoracique :
 - Les 3 facteurs de risque « Mauvaise posture », « Port de sacs lourds », « Absence d'activité physique adaptée ».
- Pour les rachialgies communes :
 - « Sexe féminin », « Antécédents familiaux », « Puberté / Age avancé dans l'adolescence »,
- Pour la maladie d'Osgood-Schlatter :
 - « Gaucher ; quadriceps trop court, peu élastique ; pas d'étirement régulier ». Suivant les commentaires des experts, cet item a été séparé en 2 items distincts au 3^{ème} tour : « Gaucher » et « Quadriceps trop court, peu élastique ». Pas « d'étirement régulier » a été retiré car répétitif avec l'item qui suit.
 - « Non-respect de la règle des 10% ; pas d'étirement passif à distance de l'entraînement »
- Pour le syndrome fémoro-patellaire :
 - « Filles 12-17ans, sportifs ». Suivant les commentaires des experts, cet item a été séparé en 2 items distincts au 3^{ème} tour : « Filles 12-17ans » et « Sportifs ».

Sur les 3 outils de repérage à réévaluer :

- 1 a été jugé pertinent et a obtenu un consensus.
- 2 ont été jugés incertains :
 - Utilisation d'un fil de plomb pour dépister une maladie de Scheuermann.
 - Tilt test ou test patellaire pour dépister un syndrome fémoro-patellaire.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

3.4.2.2 Dépistage de l'obésité et des TCA (Annexe 24)

Sur les 8 facteurs de risque à réévaluer :

- 4 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 3 ont été jugés incertains.
 - Pour l'obésité : « Minorité ethnique, migrant »
 - Pour les carences : « Adolescence » et « Phototype foncé, manque d'UV (vit D) »
- 1 a été jugé non pertinent.

Sur les 5 outils de repérage à réévaluer :

- 2 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 2 ont été jugés incertains :
 - « Évaluation semi-structurée des comportements alimentaires » pour dépister un comportement de contrôle du poids.
 - « Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 » pour dépister une boulimie.
- 1 a été jugé non pertinent.
 - « Dutch Eating Behavior Questionnaire » car trop long.

3.4.2.3 Dépistage de la puberté, des IST, conduites sexuelles à risque (Annexe 25)

Les 2 outils à réévaluer ont de nouveau obtenu une médiane entre 4 et 6,5. Les commentaires des experts s'accordaient pourtant sur le fait qu'une utilisation de ses outils en consultation n'était pas adaptée. Ils ont été réévalués au tour suivant.

3.4.2.5 Dépistage des mésusages et addictions (Annexe 26)

Sur les 10 facteurs de risque à réévaluer :

- 3 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 4 ont été jugés incertains :
 - Le facteur de risque « consommation d'écrans » a été jugé incertain pour dépister une consommation d'alcool, de drogues, de tabac car selon les experts, cela n'était valable seulement si cette consommation était excessive. Cet item a été reformulé au tour suivant comme « Consommation excessive d'écrans ».
- 3 ont été jugés non pertinents :
 - Pour la consommation d'alcool : « Puberté ou parentalité précoce », « Minorité sexuelle »
 - Pour la consommation de tabac : « Minorité sexuelle »

Sur les 7 outils de repérage présentés :

- 1 a été jugé pertinent et a obtenu un consensus.
- 3 ont été jugés incertains :
 - « Leeds Dependance Questionnaire » pour dépister une addiction à l'alcool et autres drogues
 - « Problematic Online Game Questionnaire -Short Form » pour dépister le mésusage des écrans et d'Internet
 - « South Oaks Gambling Scale - Revised Adolescent » pour dépister le jeu pathologique
- 3 ont été jugés non pertinents :
 - « The Michigan Alcoholism Screening Test » et « Alcohol Use Disorders Identification Test » pour dépister un mésusage de l'alcool car trop longs.
 - « Internet Addiction Disorder de Young » pour dépister un mésusage des jeux vidéos car trop long.
 - « Questionnaire DSM IV Jeu » pour dépister le jeu pathologique car trop complexe.

3.4.2.7 Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement (Annexe 27)

Sur les 13 facteurs de risque à réévaluer :

- 3 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 7 ont été jugés incertains :
 - Pour les mauvaises relations avec les pairs : « Avancées en âge dans l'adolescence » et « Mauvaises relations entre père-enfant »
 - Pour les troubles psychotiques
 - « Complications obstétricales, grossesse non désirée, stress »
 - « Maladie chronique, faible quotient intellectuel, syndrome de délétion 22q11.2 ; minorité sexuelle ». Suivant les commentaires des experts, « Minorité sexuelle » a été séparé dans un item distinct pour le 3^{ème} tour.
 - « Bas niveau socio-économique, vie en milieu urbain, immigration »
- 3 ont été jugés non pertinents :
 - Pour les mauvaises relations avec les pairs : « Sexe masculin »
 - Pour l'échec scolaire : « Avancée en âge dans l'adolescence »
 - Pour les conduites à risque et conduite violente : « Minorité sexuelle »

Sur les 4 outils de repérage à réévaluer :

- 1 a été jugé pertinent et a obtenu un consensus.
- 2 ont été jugés incertains :
 - « West Virginia University Adolescent Risk Score » pour dépister les conduites à risque.
 - « Questionnaire Points forts - Points faibles » pour dépister les troubles du comportement et des conduites.
- 1 a été jugé non pertinent :
 - « Big five = modèle à 5 facteurs » pour dépister une personnalité anti-sociale car trop complexe.

3.4.2.9 Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques » (Annexe 28)

Sur les 14 facteurs de risque à réévaluer :

- 7 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 7 ont été jugés incertains.
- Aucun n'a été jugé non pertinent.

Parmi les facteurs de risque jugés à nouveau incertains, on retrouve :

- Pour la dépression et le risque suicidaire :
 - « Bas niveau socio-économique », « Sexe féminin », « Tabagisme », « Consommation d'écrans »
- Pour l'anxiété : « Bas niveau socio-économique »
- Pour le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité :
 - « Faible QI, maladies chroniques ; minorité sexuelle ». Suivant les commentaires des experts, « Minorité sexuelle » a été individualisé dans un item distinct.
 - « Bas niveau socio-économique »

Sur les 11 outils de repérage à réévaluer :

- 3 ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus.
- 7 ont été jugés incertains.
- 1 a été jugé non pertinent.
 - « International Classification of Sleep Disorders-II » pour dépister les troubles du sommeil car trop complexe.

Parmi les outils de repérage jugés à nouveau incertains, on retrouve :

- Pour dépister les troubles du sommeil : Échelle de dépistage des troubles du sommeil 4 à 16ans
- Pour dépister une dépression : Échelle « Beck Hopelessness Scale »
- Pour dépister un risque suicidaire :
 - Échelle « Scale for Suicide Ideation -Beck »
 - Échelle « Harkavy-Asnis Suicide Scale »
 - Questionnaire « Suicide Behavior Questionnaire Revised »
- Pour dépister un TSA : Autism-Tics ADHD and other Comorbidities inventory
- Pour dépister un trouble psycho-social : « Pediatric Symptom Checklist-17

3.4.3 Résultats du 3^{ème} tour de questionnaire

Le troisième tour s'est déroulé du 09 novembre au 19 novembre. 2 relances ont été envoyées par courrier électronique. Les 34 experts ont participé à ce dernier tour, soit 100% du panel.

3.4.3.1 Dépistage des troubles orthopédiques (Annexe 29)

Lors de ce dernier tour, deux items ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus. Il s'agit de « Fille 12-17ans » et « Sportifs » comme facteur de risque d'un syndrome fémoro-patellaire.

3.4.3.2 Dépistage de l'obésité et des TCA (Annexe 30)

Pour ce dernier tour, les 5 items à réévaluer ont à nouveau été jugés non consensuels.

3.4.3.3 Dépistage de la puberté, IST, des conduites sexuelles à risque (Annexe 31)

Les deux items à réévaluer n'ont pas obtenu de médiane supérieure ou égale à 7 lors du dernier tour. Ils ne sont pas retenus.

3.4.3.4 Dépistage des mésusages et addictions (Annexe 32)

Lors de ce dernier tour, aucun item à réévaluer n'a obtenu de consensus.

3.4.3.5 Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement (Annexe 33)

Pour ce dernier tour, 2 facteurs de risque d'un trouble psychotique ont été jugés pertinents et ont obtenu un consensus :

- Complications obstétricales (dont grippe), grossesse non désirée (toxiques), stress
- Maladie, chronique, faible QI, syndrome de délétion 22q11.2

3.4.3.6 Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques (Annexe 34)

Lors de ce dernier tour, 3 outils ont été jugés pertinents en l'absence de désaccord :

- « Échelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16ans » pour dépister des troubles du sommeil.
- L'échelle « Beck Hopelessness Scale » et l'échelle « Suicide Behavior Questionnaire Revised » pour dépister un risque suicidaire.

3.5 Regroupement thématique des commentaires libres

3.5.1 Commentaires libres sur les facteurs de risque

Plusieurs thèmes se sont détachés dans les commentaires des médecins experts concernant les facteurs de risque.

3.5.1.1 *Remise en question du facteur de risque*

Plusieurs experts considéraient que l'item n'était pas un facteur de risque de la pathologie présentée.

- *« Aucun de ces trois éléments ne favorise une hypercyphose. L'attitude scoliotique n'évolue jamais vers une scoliose, la mauvaise posture penchée en avant ne donne pas d'hypercyphose (sinon tous les adolescents seraient en hypercyphose). Un cartable lourd peut donner des dorsalgies mais pas d'hypercyphose. Les enfants sans activité physique ne sont pas plus cyphotiques que les grands sportifs. »*
- *« Pas certaine que ce soit vraiment la posture ou les sacs lourds qui entraînent une réelle cyphose. »*
- *« Je ne vois pas vraiment de lien avec l'âge et mauvaises relation familiales »*
- *« Je ne suis pas d'accord pour "prématurité". »*
- *« Je ne vois pas le lien avec le tabagisme parental. »*
- *« Je ne vois pas pourquoi "Gaucher" est cité comme facteur de risque. »*
- *« "Troubles du sommeil" et "Consommation d'écran" sont à mon avis des facteurs influençant la quantité consommée en cas de consommation avérée mais pas des facteurs de risque »*
- *« Une scoliose idiopathique ou une attitude scoliotique ne créent pas de douleur. Au contraire, il faut systématiquement faire des investigations complémentaires si c'est le cas (recherche tumeur rachidienne, lyse isthmique...). La posture non plus, le poids du sac... (...)»*
- *« (...) L'absence d'antécédent chez les parents ne signifie pas qu'il n'y en ait pas chez l'adolescent. »*

De plus, le genre comme facteur de risque d'une pathologie a été de nombreuses fois discuté.

- « *La maladie peut toucher également les filles.* »
- « *Dépistage à faire chez tout le monde quel que soit le genre.* »
- « *Pour moi les mauvaises relations concernent tout autant les filles.* »
- « *Attention au sexe : Chez le garçon plus souvent tableau typique, probablement lié au diagnostic plus fréquent, chez la fille moins souvent d'hyperactivité, donc plus se méfier chez les filles.* »
- « *Il me semble que le sexe ratio est de 1 pour les troubles du sommeil.* »
- « *Sexe masculin a statistiquement plus de suicide abouti.* » ("Sexe féminin" était présenté comme facteur de risque d'une dépression /du risque suicidaire)
- « *De plus en plus de garçons concernés par des TCA mais avec des formes un peu différentes.* »
- « *Les rachialgies peuvent se retrouver également chez le garçon. (...)* »

3.5.1.2 Manque de compétences et formation

Plusieurs experts soulignaient leur manque de compétence ou de formation pour rechercher certains facteurs de risque. Cela concernait essentiellement le dépistage des troubles orthopédiques.

- « *Pas assez de compétences pour évaluer la statique des pieds.* »
- « *Pas assez formée/compétente (à moins de malformations majeures).* »
- « *Questions trop précises sur les étirements, la souplesse du quadriceps etc... Cela me semble compliqué à poser de manière systématique sur une consultation générale.*»
- « *(...) Quadriceps court difficile à estimer si non formé.* »
- « *(...) Pour les autres items c'est de la spécialité je trouve.* »

3.5.1.4 Difficultés d'évaluation

Certains experts ont évoqué une difficulté à évaluer les facteurs de risque notamment les antécédents de grossesse ou certains facteurs de risque de troubles orthopédiques.

- « *"Antécédent de grossesse" n'est pas évident si l'adolescent est vu seul.* »
- « *Ce qui s'est passé pendant la grossesse est intéressant mais on ne peut pas se permettre en consultation de chercher tout sur tout, et l'adolescent ne saura pas forcément répondre.* »
- « *Règles des étirements : difficile à évaluer en consultation, (...)* »
- « *Poids et type de sac me semblent difficiles à évaluer, à moins que le patient vienne avec son sac en consultation.* »

3.5.1.5 Propositions d'adaptation

Quelques propositions de facteurs de risque ou d'adaptation de l'intitulé ont été suggérées dans les commentaires.

- « *L'item "relation père-enfant" n'est pas un facteur de risque en soi identifiable car trop vague (j'ai eu du mal à répondre), précisez plus par exemple : "mauvaise qualité de la relation père-enfant".* »
- « *Il manque faible quotient intellectuel et haut potentiel intellectuel (HPI).* » (concernant les facteurs de risque d'anxiété)
- « *Ces critères ne me semblent pas les plus pertinents. J'aurais ajouté : orientation sexuelle ou amoureuse / difficultés ou décrochage scolaires / anxiété de performance scolaire / difficultés familiales (conflits parentaux/fratrie...) (dépistage dépression et risque suicidaire)* » (concernant les facteurs de risque de dépression et de risque suicidaire)
- « *L'adoption est un facteur de risque de puberté précoce.* »

3.5.2 Commentaires libres sur les outils de repérage

Pour les outils de repérage, plusieurs thèmes se sont également détachés dans les commentaires des médecins experts.

3.5.2.1 Manque de formation ou de compétence

La méconnaissance ou le manque d'expérience ou de formation de nombreux outils de dépistage étaient fréquents dans les commentaires des médecins.

- Méconnaissance de certains tests :

- « *Je ne connais pas cet outil.* »
- « *Pas assez de connaissance en pratique.* »
- « *Je ne connaissais pas ce test.* »
- « *Je ne connais pas cette classification et ne l'utilise pas.* »

- Manque d'expérience ou de formation :

- « *Besoin d'une certaine habitude dans l'examen pour être fiable.* »
- « *Pour la spécialité, je ne suis pas formée à ça et je n'ai pas le temps.* »
- « *Pas d'expérience sur la durée de passation du questionnaire et sa faisabilité en consultation courante.* »
- « *Cela me paraît bien mais il faudrait former les médecins généralistes.* »

3.5.2.2 Freins à l'exécution de l'outil

Le principal frein à la réalisation d'un test selon les commentaires des experts était sa longueur et le manque de temps en consultation pour le proposer. Ensuite étaient pointés du doigt la complexité de l'outil, la difficulté de son interprétation, son inadéquation avec l'adolescence. Le fait que la plupart des outils soient en anglais a été également largement commenté. Enfin, quelques commentaires déploraient le manque d'équipement pour réaliser certains tests préventifs en médecine générale.

- Longueur du test

- « *Outil trop long pour du dépistage.* »
- « *Le questionnaire est trop long pour une utilisation en routine.* »
- « *Questions pertinentes mais trop nombreuses (ou alors à faire remplir en amont de la consultation pour la préparer).* »
- « *Questionnaire long, pas adapté en médecine générale.* »
- « *Outil trop long.* »

▪ Complexité du test :

- « Outil qui m'a l'air un peu complexe. »
- « Outil pas assez synthétique pour une utilisation facile en consultation. »
- « Trop compliqué pour être utilisé en consultation. »
- « Lourdeur de réalisation. »
- « Les items sont plus subjectifs et complexes. »
- « Trop long et compliqué à coter en pratique et pour du dépistage. »

▪ Difficulté d'interprétation :

- « Faisabilité très basse en pratique car long et pas simple à interpréter. »
- « Interprétation des questions et calcul du score trop compliqués le temps d'une consultation. »
- « (...) je ne comprends pas le système des résultats, trop compliqué. »
- « Trop long, Score incompréhensible. »
- « Questionnaire intéressant mais je ne comprends pas la cotation. »

▪ Tests non adaptés à l'adolescent

- « Questionnaire intéressant chez l'adulte mais probablement moins sensible chez le jeune. »
- « Plus pertinent pour le dépistage du mésusage de l'alcool chez un adulte. Trop long et questions assez fermées ("interrogatoire") dont les réponses peuvent être minimisées. »
- « Complexe et anxiogène pour un adolescent ou une adolescente. »
- « C'est une aide mais pas très adaptée à la population adolescente. »
- « Plus adapté aux enfants plus jeunes. »
- « Un peu léger pour les adolescents. Public cible plus jeune (< 12ans). »

▪ Version anglophone :

- « Pas utilisable en anglais mais des items pertinents. »
- « Peut-être, mais alors, vraiment, à traduire !... »
- « Il manque la validation en Français. »
- « Je préfère les échelles françaises. »
- « C'est en anglais, donc peu pertinent. »

- Manque d'outil :
- « *Je n'ai pas de scoliomètre.* »
- « *Je n'ai pas de fil à plomb...* »
- « *Pas d'accès à la polysomnographie.* »
- « *Pas d'équipement des médecins généralistes.* »
- « *Les médecins généralistes ne sont pas équipés.* »

3.5.2.3 Outils diagnostiques ou trop spécialisés

Plusieurs commentaires évoquaient le fait que l'outil soit trop spécialisé ou soit un outil de diagnostic d'une pathologie plus que de dépistage. Cela était essentiellement le cas pour des outils concernant le dépistage des mésusages et addictions.

- « *Plus un outil de diagnostic que de repérage.* »
- « *Test d'évaluation intéressant et complet mais pas pour du dépistage.* »
- « *(...) évaluation de la fréquence du trouble qui n'est déjà plus du dépistage (il faut des réponses oui/non pour du dépistage, questions ouvertes dans un 2^{ème} temps).* »
- « *Plutôt un outil d'évaluation de la dépendance, en deuxième intention. Pas en dépistage.* »
- « *C'est plus un questionnaire de caractérisation du mésusage qu'un test de dépistage.* »
- « *Un peu plus long. Cela me semble plutôt un outil d'évaluation du niveau de dépendance.* »
- « *Bon questionnaire mais plutôt pour évaluer la dépendance que repérer.* »
- « *Outil qui relève plutôt de la consultation spécialisée que du dépistage.* »
- « *(...) Après je me pose la question si ce test n'est pas déjà pour le spécialiste.* »
- « *Pas pour la médecine générale, examen de spécialiste.* »

3.5.2.5 Propositions d'adaptation

Enfin, certains médecins experts ont proposé en commentaire une adaptation de certains outils de dépistage présentés ou de nouveaux outils.

- « *Il vaut mieux une discussion avec des questions ouvertes et une écoute active qu'une échelle.* » (Pour dépister une mauvaise estime de soi)
- « *Le questionnaire "ADO BED" me semble un peu plus complet.* » (Pour dépister la boulimie)
- « *Il faudrait réactualiser les images car ne sont pas trop adaptées aux ados mais en pratique cela fonctionne quand même.* » (Pour l'échelle des silhouettes)
- « *On utilise plutôt la Child Depression Inventory » (CDI) ou Hamilton.* »
- « *(...) En pratique, nous utilisons l'outil RUD (Risque Urgence Dangerosité) qui se trouve dans le Collège de Psychiatrie.* » (Pour dépister le risque suicidaire)
- « *Trop général. On utilise l'ADHD-RS qui est plus avancé donc peut-être pas pour la ville.* » (Pour dépister un TDAH)
- « *Échelle pratique à utiliser lors d'une consultation, qui ouvre la possibilité d'une discussion autour des différents items. À rapprocher de l'efficacité du questionnaire "questions de l'ELFE" extrêmement concis mais très utile pour une première consultation pour souffrances psychologiques.* »
- « *Il vaut mieux utiliser une échelle dédiée au Trouble du spectre autistique (M-CHAT).* »
- « *J'aime bien le schéma "BERCER" »* (Pour l'aide au choix d'une contraception)
- « *(...) J'utilise plutôt des supports avec dessins ou des échantillons pour montrer aux patientes.* » (Pour l'aide au choix d'une contraception)
- « *Oui surtout si on peut le donner comme autotest.* »
- « *Le signe du cinéma à l'interrogatoire sera plus fiable. Il faut rester un bon moment accroupi pour que la douleur apparaisse.* »
- « *Ils n'ont pas forcément mal le jour du rendez-vous. On peut demander à l'interrogatoire si la station accroupie déclenche des douleurs.* »

4 DISCUSSION

4.1 Synthèse des résultats principaux

La méthode Delphi utilisée dans notre étude a rempli son objectif en permettant une sélection par des experts des facteurs de risque les plus pertinents à rechercher et des outils de repérage les plus adaptés à utiliser en consultation de médecine de premier recours pour le dépistage chez l'adolescent dans les champs de prévention suivants :

- Dépistage des troubles orthopédiques
- Dépistage de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire
- Dépistage de la puberté, des infections sexuellement transmissibles, des conduites sexuelles à risque
- Dépistage des conduites à risque et des troubles du comportement
- Dépistage des troubles du sommeil et des troubles psychiatriques

Les commentaires des experts se sont révélés être d'une aide précieuse pour interpréter les cotations, reformuler les énoncés et enrichir les différentes rondes du Delphi.

Cette sélection servira de support au futur outil numérique d'aide au dépistage chez l'adolescent en soins primaires.

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Forces de l'étude

4.2.1.1 *Choix de la méthode*

Cette étude mutualise les connaissances et l'expérience de tous les participants, grâce à la méthode de consensus Delphi et permet de proposer une réponse collégiale au sujet du dépistage de nombreuses pathologies chez l'adolescent.

Cette méthode qualitative est reproductible et peut être reprise pour le dépistage d'autres pathologies fréquentes en soins primaires.

La méthode Delphi se distingue des techniques usuelles de communication de groupe sur les plans suivants (11) :

- Elle aide à consigner les opinions d'experts dans un domaine précis.
- Elle permet de recueillir les opinions à distance, via Internet, sans que les experts soient tenus de se rencontrer.
- Elle préserve l'anonymat des participants, afin d'éviter les effets d'influence.
- Elle est flexible dans sa conception et dans son administration du questionnaire.
- Elle aide à obtenir un consensus à l'issue des questionnaires successifs.
- Elle facilite le retour contrôlé des réponses du groupe, afin de permettre aux participants de confronter leurs opinions, d'étudier les points de vue divergents et de revoir leurs positions s'ils le jugent nécessaire.

4.2.1.2 Choix des experts

- *Pluridisciplinarité du groupe d'expert*

Il ressort des données socio-professionnelles des experts (Tableau 1) une diversité de formation et d'exercice conférant au panel une hétérogénéité de connaissances et d'expérience pratique, idéale pour notre étude (19)(20).

L'âge moyen de notre panel est situé entre 40 et 49ans. Il est comparativement plus jeune que l'âge moyen des médecins en activité régulière en France évalué à 50,3ans selon le dernier atlas de démographie médicale en France au 1er janvier 2021 (21).

Notre panel est féminisé à hauteur de 73%. Il comprend un pourcentage plus important de femmes comparé aux données de l'atlas qui évalue à 49,8% le nombre de femmes médecins en activité régulière toutes spécialités confondues.

- *Implication des experts tout au long de l'étude*

Chaque groupe était constitué de 8 experts. Même si selon Ekionea et al, limiter le nombre de participants à l'étude (entre 7 et 18 experts) facilite le travail d'identification et de sélection d'experts (15), pour Paliwoda, la taille idéale du groupe est de 10 à 12 experts (22).

On peut imaginer que cette taille comprend le taux de perdu de vue de 20%.

Or, lors de cette étude le taux de perdu de vue a été de 0% pour les 1^{er} et 3^{ème} tours et de 3% pour le 2^{ème} tour, ce qui est très faible comparativement aux études de ce type (23)(24)(25).

Au final, les participants ont montré un intérêt et une implication louables, illustrés par les nombreux commentaires faits et une participation importante jusqu'à la fin de l'étude avec un très faible taux de perdus de vue.

4.2.1.3 *Apport des commentaires libres*

L'évaluation par échelle de cotation ne permet pas l'expression libre des opinions et l'appréciation du ressenti des médecins. Nous avons proposé aux médecins d'émettre des commentaires libres s'ils souhaitaient exprimer leur désaccord ou justifier leur réponse. Ainsi, les experts ont eu la possibilité d'exprimer librement leurs opinions et d'émettre leurs idées.

De la sorte, nous avons pu comprendre certaines cotations extrêmes et déterminer quels sont les principaux freins à la réalisation de certains tests, les difficultés auxquelles sont exposés les médecins au quotidien mais également recueillir les attentes quant aux qualités d'un outil de dépistage en médecine générale. Ces éléments seront d'une aide précieuse pour la construction de l'outil à venir.

- *Caractéristiques des outils non retenus*

En médecine de premiers recours, le temps imparti en consultation est de l'ordre de 16min(26). Il n'est donc pas étonnant que l'un des principaux freins à l'exécution d'un test de dépistage en consultation soit sa durée de passation trop longue, ce qui a été largement commenté pour justifier l'inadaptation d'un outil de repérage.

De plus, de nombreux outils présentés étaient en anglais, ce qui a été un frein pour plusieurs experts. Pour pallier le risque de juger un outil intéressant non pertinent sur le seul fait qu'il soit en anglais, il a été précisé avant le dernier tour de ne pas prendre en compte ce critère dans le jugement de la pertinence. Une traduction et validation en français seraient nécessaires aux questionnaires en version anglaise sélectionnés.

Si l'absence d'interprétation de certains tests n'a pas été relevée dans les commentaires, la difficulté de cotation et d'interprétation lorsqu'elle était présente a été quant à elle limitante. On peut facilement imaginer qu'un test de dépistage avec un système de cotation et un scoring difficilement compréhensible limitent sa reproductibilité d'un investigateur à un autre.

Cette limite pourra être palliée en reprenant les résultats avec l'aide des commentaires libres avant de les intégrer dans l'outil.

- *Caractéristiques des outils retenus*

Après avoir relevé les limites des outils présentés, on peut se poser la question suivante : quelles sont les caractéristiques d'un bon test de dépistage ?

Plusieurs experts ont commenté les raisons pour lesquelles l'outil était adapté au dépistage.

Les qualités principales selon les experts de notre étude étaient la simplicité et rapidité d'exécution du test.

- « *Celui-là me paraît simple et efficace.* »
- « *Simple d'utilisation et bonne ergonomie.* »
- « *Rapide, simple à comprendre, bien pour un "dépistage".* »
- « *Simple, rapide à effectuer (...)* »

Certains médecins ont même suggéré qu'un outil avec des réponses binaires (oui/non) était plus approprié dans le cadre d'un dépistage.

- « *Je préfère pour un "dépistage" les questionnaires avec réponses oui/non plus rapides à faire en consultation.* »
- « *Un peu long mais les réponses binaires en font un outil simple.* »
- « *Je préfère les questionnaires avec des réponses oui/non, (...)* »

Ensuite, un outil était plus susceptible d'être jugé pertinent s'il était déjà utilisé en pratique par les experts...

- « *Le seul qui m'ait été présenté par une addictologue et qu'elle utilise souvent avec les adolescents.* »
- « *Oui car c'est le seul que je connaisse.* »
- « *On s'en sert assez régulièrement. (...)* »

...ou s'il était validé dans les recommandations :

- « *Oui, il est recommandé en France* »
- « *Recommandation claire.* »
- « *Les performances du BITS test sont très argumentées en médecine générale.* »

La notion de bonne sensibilité et de bonne valeur prédictive positive était des qualités intrinsèques indispensables selon les experts.

- « *Il fait partie des tests de base. Bonne valeur prédictive positive (...)* »
- « *Fait mais je crains qu'il soit peu sensible en pratique.* »
- « *Questionnaire très sensible dans le repérage et très facile à mettre en œuvre (...)* »
- « *Oui plus adapté que la forme longue. Bonne sensibilité* »

Un autre atout primordial était le caractère adapté, acceptable dans la population concernée : les adolescents. En effet, plusieurs médecins experts insistent sur le caractère non jugeant, non stigmatisant :

- « *Simple, rapide à effectuer, pas de questions pouvant être interprétées comme des jugements par rapport à la consommation, ouvre la parole sur le sujet (...)* »
- « *Rapide à faire, pas trop jugeant dans l'interprétation (pas de critères de légalité etc...)*»
- « *À condition d'avoir présenté l'absence de conséquences pour l'adolescent d'avoir répondu oui à une des questions !* »
- « *Facile à demander car posé "comme si on discutait banalement de sa vie quotidienne". Évidemment, il faut voir l'adolescent seul.* »

Pour finir, comme on a pu le voir précédemment, l'interprétation claire d'un outil de dépistage est une caractéristique importante. Un test qui n'a pas d'interprétation standardisée serait pour nos experts moins reproductible et donc moins pertinent.

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé ((27), un test de dépistage doit être simple, fiable, reproductible, acceptable, valide et peu coûteux.

Ces qualités sont également retrouvées dans l'argumentaire rédigé par la Haute Autorité de Santé sur les « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires » (28).

Ainsi, l'ensemble des commentaires des experts de notre étude rejoignent les caractéristiques admises pour un test de dépistage : simple, fiable (bonne sensibilité et valeur prédictive positive), reproductible (interprétation claire et standardisée), acceptable (pour la population adolescente), valide (recommandé).

4.2.2 Limites de l'étude

4.2.2.1 *Choix de la méthode*

La principale limite de la méthode Delphi est sa mise en place qui est consommatrice de temps. Les réponses successives des experts peuvent être ressenties comme une contrainte risquant un abandon de l'étude avec des perdus de vue.

Le second inconvénient correspond au fait que seules les opinions des déviants sont poussées à justifier leur position.

En effet, le questionnaire est déroulé selon une liste de propositions fermées et dirigées par l'administrateur. Lorsque la proposition est jugée appropriée par le panel, elle n'engendre pas d'évolution d'idées. Seules les propositions inappropriées ou incertaines ressortent dans les résultats et facilitent l'expression d'opinions.

Cette méthode reste cependant un choix méthodique adapté à notre question de recherche.

4.2.2.2 *Rédaction des questionnaires*

Le plus difficile a été de trouver les questionnaires que les revues de la littérature mentionnaient. Lors de mes recherches, je me suis aperçue que beaucoup de questionnaires n'étaient pas disponibles facilement et gratuitement pour tous les médecins. De trop nombreux outils étaient payants, ou soumis au copyright (système de protection des œuvres littéraires et artistiques en vigueur dans les pays anglo-saxons, et dont la diffusion nécessite une autorisation de l'auteur), ce qui rend difficile voire impossible leur utilisation par le plus grand nombre.

De plus, pour plusieurs outils leur interprétation a été difficile à retrouver. Parfois, elle n'a pas été retrouvée du tout ou elle était clairement laissée libre à l'investigateur.

Pour la rédaction des questionnaires, je me suis appuyée sur les revues de la littérature qui ont été réalisées entre 2015 et 2019. Entre-temps, d'autres outils de repérage ont pu être développés. Il faudra probablement réaliser une veille bibliographique sur les outils à paraître pour que l'outil numérique reste pertinent.

4.2.2.3 Résultats

Le nombre de propositions ayant obtenu le consensus final est de l'ordre de 80%.

Cela peut s'expliquer par la pertinence de la pré-sélection établie en amont pour réaliser les questionnaires. En effet, ce travail par méthode Delphi a été réalisé à partir d'une revue de la littérature avec une méthodologie de recherche stricte visant à sélectionner les facteurs de risque et outils préventifs dans la littérature internationale. Les experts avaient une mission de 2^{ème} sélection.

Néanmoins, nous nous attendions à ce que les experts opèrent une sélection plus affirmée et que les propositions consensuelles soient moins nombreuses.

Par exemple, pour le questionnaire sur « Dépistage de la puberté, des IST, des conduites sexuelles à risque », 100% des facteurs de risque présentés ont été jugés pertinents à rechercher en consultation or comme l'un des experts le commente « *Tout est pertinent mais manque de temps pour tout rechercher* ». Si les facteurs de risque sont pertinents, il faudra réfléchir l'outil à venir pour qu'il soit utilisable en pratique ambulatoire en termes d'ergonomie et de temps.

De plus, dans les tableaux sur lesquels je me suis appuyée, beaucoup de facteurs de risque étaient regroupés en un seul item ce qui a pu poser problème aux experts qui en ont fait part lors de leurs commentaires.

- « *"Minorité sexuelle" et "Maladie chronique ou génétique" dans le même facteur de risque me pose problème pour répondre à la question.* »
- « *Cela m'embête qu'épisode dépressif caractérisé et suicide soient mis ensemble.* »
- « *"Prématurité, attachement insécuré" ne devrait pas être un seul item. Prématurité = facteur de risque neuro-développemental / Attachement insécuré peut être la résultante de nombreux facteurs.* »

Grâce aux commentaires, certains ont pu être reformulés mais on peut imaginer que certains items ont été jugés pertinents sur seulement quelques facteurs de risque compris dans l'intitulé et non sur la totalité des facteurs de risque regroupés dans le même énoncé.

Enfin, nous avons demandé aux experts d'émettre un commentaire non obligatoire pour les cotations inférieures à 7, afin de préciser leur position et/ou d'apporter une proposition d'amélioration. Cette contrainte a probablement accentué les cotations supérieures ou égales à 7 ainsi que le nombre important d'items retenus.

Cependant, cette supposition peut être nuancée. En effet, ce biais a pu être limité par le caractère facultatif du commentaire comparé à d'autres études où ce commentaire a été rendu obligatoire (24)(29). Un commentaire obligatoire aurait rallongé le temps de questionnaire, ce qui aurait pu mener à un plus grand nombre de perdu de vue (24).

4.3 Comparaison de nos résultats à la littérature

Notre étude est unique en son genre dans le sens où il n'existe pas d'autre étude dont l'objectif est d'élaborer un outil d'aide au dépistage chez l'adolescent en médecine de premiers recours en utilisant la méthode Delphi, à laquelle comparer nos résultats.

Cependant, plusieurs études utilisant la méthode Delphi pour élaborer d'autres outils de dépistage ou des outils d'aide à la décision médicale existent.

Le travail qui se rapproche le plus du nôtre, est la thèse d'exercice du Dr Hidden dont l'objectif était de proposer un outil adapté à la médecine générale pour dépister les troubles visuels de l'enfant de moins de 3ans. Nos démarches méthodologiques étaient similaires sur l'administration des questionnaires, les règles de cotation, l'analyse des résultats (23).

Sur les 62 propositions, 51 ont obtenu un consensus soit 82%. Ces résultats sont comparables à ceux de notre étude (80%). Ainsi, le fort taux de sélection des facteurs de risque et outils par les experts ne semble pas un critère de mauvaise méthode pour atteindre notre objectif dans le cadre de la construction d'un outil.

Le travail du Dr Luscan, intitulé « Deuxième étape de la création d'un outil d'aide à la prise en charge des urgences de la main : élaboration d'un consensus d'expert sur le contenu de cet outil » se rapproche également de notre étude sur son objectif et sa méthode (29). La principale différence dans ce travail était l'obligation de justification en commentaire pour toute cotation inférieure à 7. À l'issue du Delphi, 63 propositions ont été sélectionnées soit 100% des propositions présentées. Ce résultat a notamment pu s'expliquer par le temps annoncé du questionnaire assez long (30minutes) qui a pu provoquer chez certains experts un frein à critiquer chaque proposition et donc à surcoter certaines d'entre elles.

A contrario, à l'issue de la sélection par méthode Dephi de l'étude menée par le Dr Daygue concernant la conception d'un support d'aide à la prise en charge en soin des douleurs neuropathiques chroniques destiné aux médecins généralistes, seulement 38,7% des propositions soumises ont été validées (24). La formulation des propositions (complémentaires ou en concurrence) était probablement en cause dans ce résultat. En effet, cette étude est difficilement comparable à la nôtre car le questionnaire initial comprenait plusieurs questions redondantes ou qui s'opposaient et souvent les experts ne devaient choisir d'une assertion parmi deux ou plus.

4.4 Perspectives

Tout d'abord, au vu des résultats, il serait judicieux de se demander si une sélection plus affinée est nécessaire en prenant compte des remarques des experts notamment sur l'intitulé des items. Une traduction et validation en français seraient nécessaires pour beaucoup d'outils sélectionnés.

De plus, il serait intéressant d'étudier les propositions d'outils faites par les experts. Le "BED ADO" pour dépister une boulimie, le schéma "BERCER" pour le choix d'une contraception, l'échelle "Risque Urgence Dangerosité" pour le risque suicidaire semblent être des outils pertinents et adaptés aux adolescents.

L'échelle "ADHD Rating Scale" mentionnée par un expert pour dépister un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité est un outil recommandé par la HAS dans sa fiche synthèse « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDAH » présentée et sélectionnée dans cette étude, au même titre que le questionnaire de Connors également sélectionné dans cette étude (30).

La "Child Depression Inventory" (CDI) évalue la sévérité d'une dépression grâce à 27 items. Selon la HAS, la CDI est inspirée de la Beck Depression Inventory (Questionnaire de dépression de Beck), outil sélectionné par les experts lors de cette étude (28).

Pour certaines pathologies, aucun des tests présentés n'a été retenu. C'est le cas notamment pour le mésusage des jeux d'argent, pour les conduites à risque, les troubles du comportement ou les troubles du spectre autistique (TSA). Pour dépister un TSA, le test "M-CHAT" a été proposé mais il s'applique aux enfants de moins de 3ans et non aux adolescents. Une veille bibliographique serait intéressante pour rechercher d'autres outils pour ces pathologies.

5 Conclusion

Par ce travail, les médecins experts ont sélectionné par méthode Delphi les facteurs de risque les plus pertinents à rechercher et les outils de repérage les plus adaptés et applicables en consultation de médecine de premiers recours dans plusieurs champs de prévention.

L'application de la méthode Delphi a permis d'obtenir un consensus final concernant 198 des 237 facteurs de risque présentés soit 83,5% et 56 des 81 outils présentés soit 69%.

Le nombre global de propositions ayant été sélectionnées est de l'ordre de 80%.

L'analyse thématique des commentaires a permis de recueillir l'opinion des médecins concernant les freins à rechercher certains facteurs de risque ou à utiliser certains outils, principalement l'insuffisance de formation et d'expérience et la contrainte du temps imparti à une consultation. Les experts ont également insisté sur les qualités indispensables d'un bon outil de dépistage en médecine générale : simple, fiable, reproductible, acceptable, valide.

La sélection comprenant un nombre important de propositions retenues sera sans doute à affiner pour que notre outil soit le plus adapté possible.

La finalité de ce travail étant la création d'un outil numérique d'aide au dépistage chez l'adolescent en soins primaires, il est également intéressant de recenser les outils numériques déjà disponibles dans ce domaine. Un travail de thèse est en cours sur ce sujet, encadré par le Dr Million.

De plus, pour utiliser les résultats de cette étude par méthode Delphi, il conviendra d'y coupler l'analyse de la revue numérique et une analyse de la cohérence d'ensemble ainsi que de la faisabilité en pratique ambulatoire par un comité d'expert.

Enfin, repérer ne suffira pas, il faudra aussi dans l'outil pouvoir aider les professionnels à orienter leurs jeunes patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Santé des adolescents et des jeunes adultes [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
2. Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. Traité de santé publique [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016. 728 p. (Traités). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794.htm>
3. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
4. Vergne C. Les adolescents: prévention en cabinet de médecine générale. [Thèse de médecine]. Montpellier; 2017.
5. Magat E. La vaccination des adolescents: une revue de la littérature [Thèse de médecine]. Montpellier; 2015.
6. Guigout C. Prévention de l'obésité chez l'adolescent: une revue de la littérature [Thèse de médecine]. [Montpellier]; 2018.
7. Delaporte C. Dépistage des troubles de l'alimentation chez les adolescents en médecine générale : une revue de la littérature [Thèse de médecine]. Montpellier; 2019.
8. Malafosse S. Prévention chez l'adolescent: troubles du sommeil, addictions, conduites à risque, troubles mentaux. Une revue de la littérature. [Thèse de médecine]. Montpellier; 2016.
9. Guerin C. Dépistage et prévention en soins primaires des troubles orthopédiques chez l'adolescent et l'adulte jeune: une revue de la littérature [Thèse de médecine]. [Montpellier]; 2019.
10. Rahoui M. Prévention chez l'adolescent : contraception, infections sexuellement transmissibles, puberté, relations sociales. Une revue de la littérature. [Thèse de médecine]. Montpellier; 2015.
11. Lettriart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelles méthodes utiliser ? Exercer. 2011;
12. Corbière M, Larivière N. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. PUQ; 2020. 738 p.
13. McPherson S, Reese C, Wendler MC. Methodology Update: Delphi Studies. Nurs Res. 2018;67(5):404-10.
14. HAS. Elaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». Guide Méthodologique [Internet]. Paris: HAS; 2010 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf
15. Ekionea J-PB, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. :25.
16. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi Survey Technique. J Adv Nurs. 1 nov 2000;32:1008-15.
17. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. Int J Clin Pharm. 2016;38:655-62.
18. Fitch K, éditeur. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: Rand; 2001. 109 p.
19. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. J Adv Nurs. 2003;41(4):376-82.
20. Baker J, Lovell K, Harris N. How expert are the experts? An exploration of the concept of

'expert' within Delphi panel techniques. Nurse Res. oct 2006;14(1):59-70.

21. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France 2021 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
22. Paliwoda SJ. Predicting the Future Using Delphi. Manag Decis. 1 janv 1983;21(1):31-8.
23. Hidden A. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant de 0 à 3 ans en médecine générale: élaboration d'un outil par méthode Delphi. :124.
24. Daygue H. Conception, selon la méthode de consensus Delphi, d'un support d'aide à la prise en soin des douleurs neuropathiques chroniques destiné aux médecins généralistes. :159.
25. Mouangvong A. Coliques du nourrisson, élaboration d'un projet de fiche-conseil destinée aux parents: enquête par méthode Delphi auprès de médecins généralistes et pédiatres. 2019;107.
26. Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes. [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
27. ANAES. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? [Internet]. ANAES; 2004. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
28. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires [Internet]. HAS; 2005. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060130.pdf
29. Luscan V. Deuxième étape de la création d'un outil d'aide à la prise en charge des urgences de la main: élaboration d'un consensus d'experts sur le contenu de cet outil. :157.
30. HAS. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Recommandation de bonnes pratiques [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_recommandations.pdf

LES ANNEXES

Annexe 1: Tableau des résultats des facteurs de risque des troubles orthopédiques

Trouble concerné	Facteur de Risque	Etudes confirmant FdR	Etudes infirmant FdR	Ambulatoire ?	Pertinence/conclusion	Justification impertinence
	Mauvaise posture	(13)(16: +cf figure 8p41)		Applicable	Pertinent	
Hypercyphose thoracique	Sexe féminin	(13)(16) (mauvaise posture pour cacher développement mammaire)	(14: sexe féminin facteur protecteur)	Applicable	Peu pertinent	contredit dans les études
	Port de sacs lourds	(13)(16)		Applicable	Pertinent	
Déviations vertébrales	Sommeil > 10h/nuit	(13)(16)		Applicable	Pertinent	
Hyperlordose lombaire	8 à 12 ans	(13)(16)	(14: protecteur hypercyphose dorsale)	Applicable	Pertinent	
Hypercyphose	Absence d'activité physique adaptée (ex. aérobie+renforcement os+m. 1hx3/sem et moins de temps assis)	(13)(17)(18: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/831434/Withdrawn_CYP_infographic.pdf)		Applicable	Pertinent	
	Pays nordiques	(20).		Applicable	Peu pertinent	pas assez discriminant sur territoire français ?
	Sexe féminin	(20)(21)(34)(37)(39)(40)(48)(49)	(19: également F. de sévérité)	Applicable	Pertinent	
Scoliose	Facteur biomécanique (asymétrie croissance corps vertébraux et forces cisaillement post.)	(42)(48)(49)(53)		Non applicable	Non pertinent	difficilement évuable en pratique clinique
	IMC bas	(31)(48)(49)(51)		Applicable	Pertinent	
	Facteurs métaboliques (Mélatonine/Calmoduline/E2/GH/Leptine/Mucopolysaccharides/lipoprot)	(20)(32)(42)(48)(49)(52)	plusieurs études	Non applicable	Non pertinent	pas adapté à la pratique clinique et contredit
Scoliose idiopathique	Dysfonctionnement contrôle postural	(42)(48)(49)		Applicable	Peu pertinent	difficilement évuable en pratique clinique
	Facteurs génétiques/ATCD 1°degré	(20)(21)(24)(28)(32)(48)(49)(50)		Applicable	Pertinent	
Scoliose secondaire	pathologies congénitales,neuromotrices, tumorales, dégénératives.	(20)(21)(28)(42)(49)(54)(60)		Applicable	Pertinent	
	ATCD familiaux	(71)(72)(73)(80)(85)(86)(89)(90)(91)(92) (93)(94:cervicalgie)(95)	(76: pas pour les garçons)	Applicable	Pertinent	
	Puberté / Avancée en âge dans adolescence	(71)(72)(73)(76)(80)(83)(85)(86)(89)(90) (91)(92)(93)		Applicable	Pertinent	
	Sexe féminin	(71)(72)(73)(76)(80)(85)(86)(89)(90)(91) (92)(93)	(83: pas de différence entre 2 sexes)	Applicable	Pertinent	
	Trop ou trop peu d'activité physique	(71)(72)(73)(76)(77)(79)(80)(85)(86)(89) (90)(91)(92)(93)		Applicable	Pertinent	
	IMC bas ou élevé	(71)(72)(73)(80)(85)(86)(89)(90)(91)(92) (93)(95)(96)		Applicable	Pertinent	
Rachialgie commune	ATCD perso douleurs MI ou rachis	(71)(72)(73)(80)(85)(86)(89)(90)(91)(92) (93)(95)		Applicable	Pertinent	
	Fatigue, Trouble sommeil, Dépression	(71)(72)(73)(80)(85)(86)(89)(90)(91)(92) (93)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaise posture (notamment lors utilisation produits numériques)	(71)(72)(73)(79)(80)(81)(83)(85)(86)(89) (90)(91)(92)(93)(97)(98)(105)(106)(107)		Applicable	Pertinent	
	Tabagisme des parents	(71)(72)(73)(76)(80)(85)(86)(89)(90)(91) (92)(93)		Applicable	Pertinent	
	Poids et type de sacs	(71)(72)(73)(76)(80)(85)(86)(89)(90)(91) (92)(93)		Applicable	Pertinent	
	Asymétrie du tronc, attitude scoliotique, scoli	(71)(72)(73)(76)(80)(85)(86)(89)(90)(91) (92)(93)		Applicable	Pertinent	

	Gaucher ; Quadriceps trop court/peu élastique/pas d'étirement régulier	(111)(113)(115)(121)(122)(123)	(115: implication quadriceps pas significatif)	Applicable	Pertinent	
Osgood-Schlatter	Poussée croissance : Garçons 12-15ans > Filles 8-11ans ; Sportifs	(111)(113)(115)(119)(120)(121)(122)(123)		Applicable	Pertinent	
	Surmenage sportif par répétition mvmts sur-sollicitation (sauts/ squats/ accélérations) et surspécialisation	(111)(113)(115)(116)(120)(121)(122)(123)	(123: course à pied pas FdR Osgood)	Applicable	Pertinent	
	8 à 11/12 ans, sexe masculin, sportif, saut/course répétés, terrain dur, chaussage inadapté	(111)(115)(116)(118)(120)(121)		Applicable	Pertinent	
Sever	Poids, taille et IMC supérieurs à la moy.	(111)(115)(116)(118)(120)(121)	(thèse français:poids/IMC pas significatif)	Applicable	Pertinent	
	Brièveté triceps sural, genu varum, défaut alignement médio pied, varus avant pied, pied creux ou plat	(115)(116)(118)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaise hygiène de vie (sommeil, alimentation, hydratation)	(111)(116)(120)(121)		Applicable	Pertinent	
Osgood-Schlatter et Sever	Non respect règle 10% (augmentation charge travail>10%/sem), Pas d'étirement passif à distance entraînement	(116)(120)(124)		Applicable	Pertinent	
	Sexe masculin	(129).		Applicable	Pertinent	NB: absence d'état des pratiques
Scheuermann	Facteurs génétiques , ATCD familiaux	(126)(129)		Applicable	Pertinent	NB:absence d'état des pratiques
	lourds, station prolongée, talons) & dynamique (activités contraignant vertèbres. : haltérophilie/vélo/combats/rugby)	(127).		Applicable	Pertinent	NB :absence d'état des pratiques
	Filles 12-17ans, sportifs	(130)(134)(135)(138)(141)	(137, 139: sexe féminin non significatif)	Applicable	Pertinent	
Syndrome fémoro-patellaire	Hypotrophie quadriceps, Déséquilibre quadriceps/ischiojambiers (raideur), Malposition ou hypermobilité (laxité) ou Trauma patellaire	(122)(130)(132)(134)(135)(137)(140)(142)		Applicable	Pertinent	<i>NB : inégalité longueur MI et genu varum/valgum, hyperpronation pied =également évoqués</i>
	Activité en charge (saut > accroupissement), Spécialisation sportive , Mauvais équipement	(122)(130)(131)(132)(133)(134)(135)(137)(140)(142)		Applicable	Pertinent	
	IMC bas ou élevé	(72)(138)	(136, 139: pas de différence)	Applicable	Peu pertinent	<i>2 études pour 2 études non significatives</i>

Annexe 1bis : Tableau des résultats des outils de repérage des troubles orthopédiques

Trouble concerné	Facteur de Risque (FdR)	Comment? / Outil	Etudes confirmant outil	Etudes infirmant outil	Ambulatoire ?	Pertinence / Conclusion	Justification impertinence
Cyphose et lordose	Déviations rachis plan frontal	Inclinomètre	(15) (cf figure 9 p42).	<i>plan saggital=divergences</i>	Nécessité formation et nécessité achat instrument	Peu pertinent, manque de fiabilité	Autres outils plus simples pour la MG
Cyphose, lordose, scoliose	Déviations rachis	Guide dépistage déviations vertébrales	(19=HAS 2005)		Une fiche pratique plus synthétique serait plus simple d'utilisation	Peu pertinent	Peut être une aide
Rotation bassin, cyphose, lordose, scoliose	Déviations rachis plan saggital	fil à plomb en C7	(8)(19)(21)(26)(28)(37)(49)(56)		Facile d'utilisation, peu coûteux, examen plus rigoureux	Pertinent	
Raideur rachidienne et MI / rachialgies	Manque souplesse lombaire et MI	Indice Schober =test flexion (distance doigts-sol)	(8)(19)(21)(26)(28)(37)(49)(56)(95)(102)		Examen clinique	Pertinent	
Réductibilité courbures	Déviations rachis	Hyper-extension en décubitus ventral	(8)(19)(21)(26)(28)(37)(49)(56)		Examen clinique	Peu pertinent	Peu informatif
Cyphose, lordose, scoliose	Déviations rachis plan saggital	Position assise (disparition lordose lombaire)	(8)(19)(21)(26)(28)(37)(49)(56)		Examen clinique	Pertinent	
		Test d'Adam ou Forward Bend Test	(19)(20)(28)(29)(57)(58)(59) (cf figure 14 p57)		Examen clinique, qualitatif	Pertinent	+++
		Goniomètre (distance gibbosité-épineuses)	(28).		Nécessité achat instrument	Peu pertinent	Quantitatif mais moins pertinent que scoliomètre
Scoliose	Gibbosité (rotation vertébrale dans le plan horizontal)	Scoliomètre (angle d'inclinaison du tronc > 5°)	(19)(20)(27)(28)(29)(57)(59) (cf figure 15 p58)		Pas nécessité achat instrument : appli gratuite (iHandy Inc)	Pertinent	NB : études complémentaires à envisager afin de valider utilisation
		Mesure bosse (hauteur concavité / convexité > 5mm)	(20).		Nécessité achat instrument	Peu pertinent	Peu informatif
		Topographie de Moiré (transillumination dos)	(19)(27)(29)(35)(57) (cf figure 16 p60)		Difficilement applicable en MG	Peu pertinent	Nécessité matériel
Scoliose secondaire	Pathologies congénitales, neuromotrices, tumorales, dégénératives.	Examens morphologique, cutané et neurologique	(20)(21)(28)(42)(49)(54)(60)		Examen clinique	Pertinent	
	Troubles musculosquelettiques	Questionnaire nordique modifié et adapté ado	(99).		Pas validé et utilisable en pratique	Non pertinent	Non validé
	Situations sollicitant dos	Test "les 24h de votre dos" de l'INPES	(100).		Questionnaire	Peu pertinent	Non spécifique adolescent
	Insuffisance d'équilibre	Privation visuelle sur une jambe	(73).	(76: résultat non confirmé)	Examen clinique	Peu pertinent	Contredit
Rachialgie commune	Immobilité colonne lombaire	Test Schober (repères L5 et +10cm : différence debout/fléchi)	(75)(101) (cf figure 17 p73)	étude récente de bonne valeur méthod	Examen clinique	Pertinent	
	Manque souplesse lombaire (et MI)	Indice Schober =test flexion (distance doigts-sol)	(95)(102).		Examen clinique	Pertinent	
	Déficiences de posture	Test de levé de bras ou test Matthiass		(76: manque de fiabilité)	Examen clinique	Peu pertinent	Pas d'étude confirmant intérêt
	Ensemble de FdR	Nomogramme	(93: pour footballeurs)		Non applicable à tous les adolescents	Peu pertinent	Pour footballeurs
Scheuermann	Enroulement épaules, brièveté clavicules, rétraction pectoraux, tête en avant	Inspection	(128).		Examen clinique	Pertinent	
	cyphose thoracique > 50° et lordose lombaire < 20°	Fil à plomb C7	(127), cf figure 22 p87!		Facile d'utilisation, peu coûteux	Pertinent	
	Douleur antérieure du genou	Manceuvre accroupie	(131).		Examen clinique	Pertinent	++
	Hypertrophie quadriceps, raideur ischiojambiers, malposition patella, genu varum/valgum	Facteurs de risques intrinsèques	(130)(132)(134)(135)(137)		Inspection	Pertinent	
	Raideur et hypermobilité patellaire	Glide test =test mobilité patellaire	(135: cf figure 23 p92)		Examen clinique	Pertinent	
	Frottement/accrochage patella/trochlé	Signe du rabot	(77)(135: cf figure 22 p93).		Examen clinique	Peu pertinent	Plus évocateur d'arthrose
Syndrome fémoro-patellaire	Raideur des structures latérales	Test du "tilt patellaire"	(77)(135: cf figure 23 p 93).		Examen clinique	Pertinent	
	Douleur au test d'appréhension	Test de Zholen = ascension contrariée patella	(77)(135: cf figure 24 p 94)(137)		Examen clinique	Pertinent	
	Caractéristiques des douleurs	Version abrégée questionnaire SNAPPS	(133)(143)		Questionnaire	Peu pertinent	Pas en français, plutôt pour diagnostic
	Douleur et retentissement	Version abrégée de l'échelle AKPS	(144).	<i>u des 13 de l'AKPS donc plus facilement</i>	Questionnaire	Peu pertinent	Evaluation retentissement atteinte
	Ressenti gonalgie	IKDC subjectif	(122)(145)		Questionnaire	Peu pertinent	Evaluation retentissement atteinte

Annexe 2 : Tableau des résultats des facteurs de risque de l'obésité

Trouble concerné	Facteur de Risque	Etudes confirmant FdR	Etudes infirmant FdR	Ambulatoire ?	Pertinence / Conclusion	Justification impertinence
	Facteurs génétiques	(1)(12)(19)(32)(54)(56)(57)(58)(59)(60)(61)(62)		Applicable	Pertinent	
	Sexe féminin	(13)(59)(63)(64)(67: mais moins d'activité physique)	absence de différence entre les 2 sexes(33) sexe masculin=FdR	Applicable	Peu pertinent	Résultats divergeants
	Tabagisme pendant la grossesse	(12)(17)(32)(57)(72)(73)(74)		Applicable	Pertinent	Si connaissance ATCD maternel
	Prise pds importante / Surpoids pendant la grossesse	(11)(12)(32)(54)(57)(72)(75)		Applicable	Pertinent	Si connaissance ATCD maternel
	Diabète gestationnel	(1)(11)(12)(32)(57)(76)		Applicable	Pertinent	Si connaissance ATCD maternel
	RCIU et Poids Naissance < 2,5kg	(1)(11)(12)(16)(17)(32)(56)	(75: pas de différence significative avec PN normaux)	Applicable	Peu pertinent	Faible niveau de preuve
	Poids Naissance > 3,8kg	(1)(11)(12)(16)(32)(56)(65)(77)		Applicable	Peu pertinent	Faible niveau de preuve
	Allaitement maternel < 4 mois	(1)(12)(13)(17)(28)(32)(54)(56)(57)(65)(78)(79)(80)	(11: peu probable qu'AME protecteur)	Applicable	Peu pertinent	Faible effet protecteur
	Rebond adiposité < 6ans ou changement couloir	(1)(11)(12)(16)(28)(32)(56) (77)(263)		Applicable	Pertinent	
	Poids parental	(12)(32)(65)(81)(82)(83)(84)(85). surtout mère-enfant(1)(86)	(87: pas pour IMC paternel)	Applicable	Pertinent	
	Mauvaise hygiène alimentaire	(3)(19)(20)(23)(27)(41)(51)(89)(90)(99)(100)(101)(102)(103)(106)(107) Augmentation quantité (1) (21) (78) (91) (92) (93)(94)(95)(98) Sodas et grignotage (32) (45)(46)(76)(105)(108)(109)(113) Saut petit déj' (13) (17) (45) (65)(66) (82) (87) (88)(92)(109)		Applicable	Pertinent	
	Peu d'activité physique	(1)(17)(29)(32)(93)(96)(121)(122)(123)(124)	(125: résultats non significatifs)	Applicable	Pertinent	
Obésité	Ecrans (Augmentation sédentarité / Grignotage / Altération sommeil)	(1)(17)(26)(32)(49)(56)(66)(78)(93)(96)(104)(113)(115)(117)(121)(123)(127)(128)(129)(130)(131)(132)(133)(134)(135)(136)	(46, 89: Øcorrélation obésité/jeux vidéos) (105:garçons=écrans+activité physique)	Applicable	Pertinent	
	Manque de sommeil	(1)(11)(12)(17)(56)(83)(88)(89)(94)(104)(115)(118)(129)(136)		Applicable	Peu pertinent	Troubles sommeil= cause et conséquence obésité
	Bas niveau socio-économique	(1)(12)(13)(21)(26)(46)(51)(56)(63)(70)(90)(96)(99)(103)(107)(109)(113)(116)(128)(129)(136)(138)(139)(140)(143)(144)	que pour les 12-14ans) (142: + de sodas dans classe aisée) (146: pas dans pays défavorisés)	Applicable	Pertinent	
	Bas niveau d'éducation/instruction	(1)(20)(32)(51)(68)(90)(103)(121)(129)(141)(147)(148)	(84,90: que pour les femmes) (149, 153: données contradictoires)	Applicable	Pertinent	
	Limites parentales (dîner en famille, fruits/légumes, pratique sportive vs. fast food, trop restrictif ou permissif)	(12)(30)(67)(85)(88)(92)(93)(109)(131)(132)(137)(155)(156)(157)(158)(159)(160)(161)	(113: peu d'associations observées)	Applicable	Pertinent	
	Fratrie < 3	(164).		Applicable	Peu pertinent	Une étude de cohorte brésilienne
	Minorité ethnique / Migrant (sauf asiatiques)	(11)(17)(33)(35)(87)(90)(103)(132)(138)(142)(145)(165)(167)(168)(169)(170)(171)(172)(173)(174)	(166: sauf asiatiques)	Applicable	Pertinent	
	Environnement social (proche obèse, tensions vs. sport d'équipe, soutien)	(13)(57)(59)(82)(109)(120)(131)(138)(175)(176)(177)(178)(179)(180)		Applicable	Pertinent	
	Environnement scolaire (alimentation et activités proposées)	(115)(181)(182)(183)(184)	(167: pas d'association retrouvée si fast food à proximité)	Applicable	Pertinent	
	Aménagement du quartier (équipements, structures alimentaires, mode transport pour l'école)	(1)(11)(20)(32)(37)(64)(78)(84)(90)(93)(96)(97)(99)(101)(115)(119)(121)(129)(141)(144)(172)(177)(185)(186)(187)(188)(192)(193)(194)	(37, 46, 83, 181, 189, 190: pas d'association retrouvée) (149, 185: pas pour les hommes)	Applicable	Pertinent	
	Etat anxio-dépressif, estime de soi	(1)(12)(13)(22)(59)(70)(131)(195)(196)(197)(198)		Applicable	Pertinent	

Annexe 2bis : Tableau des résultats des outils de repérage de l'obésité

Facteurs de Risque	Comment? / Outil	Etudes confirmant outil	Etudes infirmant outil	Ambulatoire ?	Pertinence / Conclusion	Justification impertinence
Poids et taille adulte	IMC ≥ 30 kg/m ² selon l'OMS (min./6M)	(12).		Applicable	Pertinent	
Poids et taille enfant	IMC ≥ seuil IOTF-30 selon la HAS.	(12) (13) (16) (17) (219) figure 10 p36 (10)(18: courbes corpulence www.inpes.fr)		Applicable	Pertinent	
Poids et taille par rapport à la médiane pour le sexe et l'âge	$Z\text{-score} = \frac{IMC_{\text{observé}} - IMC_{\text{médian}}_{\text{age/sexe}}}{\text{Ecart Type}_{\text{pour age/sexe}}}$	(12).		Applicable pour quantifier précisément obésité	Peu pertinent	plus difficile à calculer qu'IMC
Répartition tissu adipeux	Tour Taille/ taille > 0,5 <=> excès graisse abdo	(11)(12)(21)(236)(270)		Applicable	Pertinent et corrélé risque CV/métabolique	
Plis cutanés	Adipomètre(4 mesures haut du corps)	(23).		Peu adapté	Peu pertinent	sous estime obésité gynoïde et périviscérale, nécessité opérateur entraîné, mesures difficiles si obésité sévère
Répartition masse grasse	Absorptiométrie biphotonique ou Dual X-Ray Absorptiometry(DXA)	(12).		Non applicable	Impertinent	non adaptés à la pratique clinique

Annexe 3 : Tableau des résultats des facteurs de risques des troubles du comportement alimentaire

Trouble concerné	Facteur de Risque	Etudes confirmant FdR	Etudes infirmant FdR	Ambulatoire ?	Pertinence / Conclusion	Justification impertinence
	Adolescence	(17)(20)(23)(24)(25)(26)(28)(30)		Applicable	Pertinent	
	Filles (++) si menstruations importantes pour le fer)	(17)(22)(24)(25)(27)(30)		Applicable	Pertinent	
Carences alimentaires	Régime restrictif/végétarien/végétalien	(19)(25)(27)(28)(35/38)(42) (67/68: pour les végétaliens)	(67/68: apport en fer suffisant)	Applicable	Pertinent	
	Précarité (vitamine D)	(27)(28)		Applicable	Pertinent	
	Surpoids (vitamine D)	(30).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Phototype foncé, peu d'UV (vitamine D)	(27)(28)(30)		Applicable	Pertinent	
	Femme	(4)(5)(7)(23)(39)(41)(74)(77)(78)(79) (81) (82)(106)		Applicable	Pertinent	
	Adolescence	(5)(7)(74)(78)(79)(80)(81)(82)(91)		Applicable	Pertinent	
	Régime alimentaire	(6)(35/38)(42)(74)(76)(77)(78)(79)(81) (99) (110)(111)(112)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaise estime de soi, insatisfaction corporelle, préoccupation liée au poids, surpoids et obésité, troubles anxieux et dépression (filles++)	(5)(36)(46)(48)(49)(50)(51)(52)(54)(61) (62)(74)(75)(76)(77)(78)(79)(81)(83)(84) (93) (99)(100)(102)(107)(108)(109)	(7: pas de lien entre corpulence et TCA)	Applicable	Pertinent	
TCA	Mauvaises relations familiales ou avec les pairs, Régime ou préoccupation du poids par entourage	(5)(48)(52)(55)(56)(57)(58)(59)(60)(61)(75) (100)		Applicable	Pertinent	
	Idéal de minceur par les médias	(6)(41)(55)(78)(105)		Applicable	Pertinent	
	Consommation alcoolo-tabagique	(5)(54)(75)(79)(81)		Applicable	Pertinent	
	Trouble de l'identité sexuelle (anorexie masculine)	(76).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Prédisposition génétique, antécédents familiaux psy (dont TCA)	(5)(48)(52)(78)(96)(97)(98)(103)(104)		Applicable	Pertinent	
	Perfectionnisme	(101).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Sport intensif ou avec exigences sur l'apparence corporelle, Mannequin	(74)(76)		Applicable	Pertinent	

Annexe 3bis : Tableau des résultats des outils de repérage des troubles du comportement alimentaire

Trouble concerné	Facteurs de Risque	Comment? / Outil	Etudes confirmant outil	Etudes infirmant outil	Ambulatoire ?	Pertinence / Conclusion	Justification impertinence
	Mauvaise estime de soi	Echelle de Rosenberg Self-Esteem	(6)(45)(46)(48)(50)(56)(60)(62)(69)		Applicable	Pertinent	
	Préoccupation liée au poids	«Pensez-vous beaucoup à être plus mince ?», «Craignez-vous de prendre du poids ?», «Au cours des six derniers mois, quelle importance votre poids ou votre forme a-t-elle eu dans la façon dont vous vous sentez? »	(6)(45)(46)(48)(50)(56)(60)(62)(69)		Applicable	Pertinent	
	Insatisfaction corporelle	échelle de Likert et questionnaire des silhouettes à 9 points (ANNEXE 1)	(6)(45)(46)(48)(50)(56)(60)(62)(69)		Applicable	Pertinent	
	Comportement alimentaire de contrôle du poids	questionnaire ESSCA	(70).		Applicable si surpoids	Pertinent	
	Changement rapide de couloir	IMC	(74)(118)(154)		Applicable	Pertinent	
		questionnaire SCOFF-F	(74)(112)(119)(120)(121)(122)(123)(124)(154)	(125: meilleur outil pour écarter le diagnostic que pour le suspecter)	Applicable	Pertinent +++	
		Eating Disorder Inventory / EDI 2 et 3	(118)(121)(126)(127)		Peu applicable (contrainte de te	Peu pertinent	64 à 91 items
		Five items version of the EDI-3	ANNEXE 6 (128)		Applicable	Pertinent	
		Eating Attitude Test-40 et EAT-26	ANNEXE 7 (121)(129)(130)	(118: sensibilité insuffisante pour dépistage)	Applicable	Peu pertinent	26 à 40 items
	Sujet à risque de TCA	Eating Disorder Examination et EDE-Q	ANNEXE 8 (118)(131)(132)(133)(135)(136)(137)	(134: pas forcément représentatif population générale)	Applicable	Peu pertinent	EDE=diagnostic ; EDE-Q=28 items et pas validé en population générale
Régime et Troubles du		College Oriented Eating Disorders Screen	ANNEXE 12 (144)(145)		Applicable	Pertinent	
Comportement Alimentaire		Brief Behavioral and Attitudinal Measures	ANNEXE 13 (146)		Applicable	Pertinent	
		Eating disorder Screen for Primary care	ANNEXE 15 (121)(151)		Applicable	Pertinent +++	
		Outil Expali	(157)(158)(159)		Applicable	Peu pertinent	algorithme diagnostic du CHU de Rouen
		Anorexicic	ANNEXE 16 (155)(156)		Applicable	Pertinent	
		échelle Bulimic Investigatory Test Edinburgh	ANNEXE 9 (138)(140)(154)	(139: données limitées chez ado et population masculine)	Applicable	Peu pertinent	33 items
		Binge Eating Scale	ANNEXE 10 (83)(141)(161)		Applicable	Peu pertinent	temps de passation
		BULMia Test-Revised	ANNEXE 11 (133)(142)(143)		Applicable	Peu pertinent	36 items
	Sujet à risque de boulimie	Binge Eating Disorder Test	(133: population obèse)		Applicable	Pertinent	
		Patient Health Questionnaire-Eating Disorder	ANNEXE 14 (147)(148)		Applicable	Pertinent	
		Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5	(133)(149)(150)(161)		Applicable	Pertinent	
		Dutch Eating Behavior Questionnaire	(152: population obèse) (161)		Applicable	Pertinent	

Annexe 4: Tableau des résultats des infections sexuellement transmissibles, puberté, conduites sexuelles à risque, troubles relationnels

Trouble concerné	Facteur de Risque (FdR)	Etudes confirmant FdR	Etudes infirmant FdR	Ambulatoire ?	Pertinence/conclusion	Justification impertinence
	Age précoce au 1er rapport	(20)(21)		Applicable	Pertinent si sujet abordable	les adolescents parlent peu de sexualité avec leur médecin(17)
	Plusieurs partenaires dans l'année ou relation longue	(12)(37)(42)(53)		Applicable	Pertinent si sujet abordable	les adolescents parlent peu de sexualité avec leur médecin(17)
	Bas niveau d'étude	(3)(39)(74)		Applicable	Pertinent	
	Bas niveau socioéconomique, coût contraception	(3)(46)(49)(50)(51)(52)(65)(79)(80)(92)	(41: malgré remboursement nombre de grossesse stable) (53: milieu avantageé utilise plus contraception d'urgence)	Applicable	Pertinent	
	Minorités culturelles	(92).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
Comportements sexuels à risque	Difficultés familiales ou scolaires	(12)(77)		Applicable	Pertinent	
(Non utilisation contraception / Rapports non protégés / Contraception d'urgence/ IVG...)	Mauvaise estime de soi, Dépression, Abus	(42)(53)(74)		Applicable	Pertinent	
	Situations à risque (alcool, tabac, drogue...)	(12)(42)(53)(74).		Applicable	Pertinent	
	Mauvaise observance / Utilisation d'un moyen contraception	(3)(18)(20)(23)(27)(43)(46)(58)(77)(95)		Applicable	Pertinent +++	
	Contraception non choisie/inadaptée, Manque d'information/connaissance	(17)(32)(36)(45)(46)(47)(50)(51)(52)(53)(54)(55)(60)(65)(77)(79)(80)(82)(92)(94)(95)(97)(98)(99) + annexe C	(93: centre de santé scolaire n'influence pas l'utilisation d'une contraception chez le garçon).	Applicable	Pertinent ++	une seule source infirmant chez garçon
	Mauvaise perception du risque de grossesse ou celui lié au moyen de contraception	(48)(53)(65)(77)(95)(176)(177)		Applicable	Pertinent +++	
	Crainte non confidentialité/anonymat, Absence temps de consultation seul, Stigmatisation	(18)(25)(40)(56)(65)(79)(80)(95)(96)(99)		Applicable	Pertinent +++	
	Difficulté accessibilité aux soins	(17)(25)(65)(79)(80).	(3: citadine utilisent moins la contraception)	Applicable	Pertinent	
	femme >19 ans	(1)(3)(18)(67)	(12: <19 ans utilise davantage la contraception d'urgence)	Applicable	Peu pertinent	contredit selon les études, faible niveau de preuve
	Avancée en âge dans l'adolescence	(14)(270)		Applicable	Pertinent	
	Absence de soutien familial, Conflits familiaux, Responsabilités précoces	(14)(267)(272)(275)	(275: aide aux devoirs lié échec scolaire)	Applicable	Pertinent	
Echec scolaire	Comportements à risque (alcool, drogue, violence, sexualité)	(24 : grossesse et abandon scolaire) (272).		Applicable	Pertinent	
	Mauvais résultats, Absentéisme, Absence d'activité extra-scolaire	(272)(273)		Applicable	Pertinent	
	Absence de parrainage / Tutorat scolaire	(272)(274)		Applicable	Peu pertinent	le tutorat et le parrainage sont peu répandus en France

	Avancée en âge dans l'adolescence	(14)(277)(278)		Applicable	Pertinent	
Mauvaises relations familiales	Relation père-enfant	(14)(277)(278)	(267: pas d'influence du sexe parental)	Applicable	Pertinent	
	Absence de participation à un programme (parentalité ou pour ados)	(280).		Applicable	Peu pertinent	peu de programmes proposés en France
Mauvaises relations avec les pairs	Mauvaises relations avec parents	(268)(279)		Applicable	Pertinent	
	Garçons	(14)(268)(281)	(281: les filles ruminent d'avantage)	Applicable	Pertinent	
	Victimisation multiple	(284)(286)(297)(300)(301)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec famille/pairs, Négligence parentale, Mauvaise estime de soi	(282)(286)(293)(296)(300)(305)(306)(307)	(291/297/308/309: dépression conséquences maltraitance)	Applicable	Pertinent	
	Niveau socio-économique ou d'éducation faible, Echec scolaire	(282)(288)(295)(300)(305)(306)(307)	(286: niveau élevé)(306: quelque soit le niveau socio économique)	Applicable	Peu pertinent	résultats contradictoires
Violences et victimisation	Activités extra-scolaires	(286).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Handicap, Troubles du comportement, Conduites à risque	(282)(305)(306)	(291/297/308/309: conséquences maltraitance)	Applicable	Pertinent	cause ou conséquence cela semble être un marqueur de risque
	Obésité	(295).	(291/308/309: conséquences maltraitance)	Applicable	Pertinent	cause ou conséquence cela semble être un marqueur de risque
	Minorités sexuelle ou ethnique	(271)(289)(295)		Applicable	Pertinent	

	Facteurs génétiques	(238)(252).		Applicable	Peu pertinent	identification gènes responsables difficile
	Niveau socio-économique et d'éducation, Immigration	(237)(258)	(252: pas d'influence dans les pays développés)	Applicable	Pertinent	
	Sexe	filles=puberté précoce(242)(245)(246) garçons=retard pubertaire(241)(242)		Applicable	Pertinent	
	Surpoids / Obésité	filles=puberté précoce(252)(253)(254) garçons=retard pubertaire(247)		Applicable	Pertinent	
Facteurs influençant l'âge de début de la puberté	Stress physique, Sport intensif	(237)(260)(261)		Applicable	Pertinent	retard pubertaire(IMC faible?)
	Stress psychologique (adoption, tensions, abus)	(237)(252)(257)(258)	(259: anxiété=cause ou conséquence?)	Applicable	Pertinent	peuvent induire un retard ou une avance pubertaire
	Prise poids importante pendant la grossesse	ménarche précoce(252).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Exposition intra-utérine aux perturbateurs endocriniens et tabac	(237)(252)(262)		Applicable	Peu pertinent	nombreux facteurs de confusion
	Faible poids de naissance, rattrapage rapide poids de naissance	puberté précoce(252).	(256: non significatif).	Applicable	Peu pertinent	peu de sources, résultats controversés

	1er rapport précoce	(183).		Applicable	Peu pertinent pour justifier à lui seul dépistage IST	une source, mais aussi FdR comportement à risque
	Multipartenariat	(107)(112)(113)(114)(117)(119)(126)(127)(136)(138)(139)(158)(166)(167)		Applicable	Pertinent si sujet abordable	
	Migrants, Retour pays d'endémie	(106)(111)(114)(120)(122)(124)(126)(127)(141)(143)(156)(158)(159)(164)(166)(167)(169)(170)(171)(178)(183)(184)	(182: pays non endémique>endémique)	Applicable	Pertinent	
	Homosexuels hommes	(106)(111)(112)(114)(115)(117)(119)(124)(127)(135)(141)(148)(151)(153)(154)(156)(158)(169)(170)(171)(178)	(114: peu de trichomonas chez HSH)	Applicable	Pertinent si sujet abordable	
	Jeunes adultes (femme<25ans / homme<35ans)	(108)(110)(111)(112)(113)(115)(117)(134)(135)(137)(138)(141)(145)(146)(155)(156)(162)(164)(183)(184)(189)(228)	Plus âgés : (115: syphilis) (126: VHB) (142:lympho-granulomatose rectale) (168/178/185: VIH)	Applicable	Peu pertinent	tout adolescent et donc concerné
Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	Femme enceinte	(112)(114)(124)(126)(127)(129)(131)		Applicable	Pertinent	
	Autres IST, ATCD IST	(110)(111)(112)(113)(114)(117)(119)(124)(126)(129)(130)(132)(133)(134)(137)(141)(180)		Applicable	Pertinent +++	
	Conduites à risque (usage de drogue injectable +/-commerce du sexe)	(112)(113)(114)(115)(120)(124)(125)(126)(127)(131)(158)(160)(166)(167)(170)(171)(182)(206)		Applicable	Pertinent	
	Absence de counseling(4) / d'informations	(112)(114)(127)(129)(131)(134)(135)(160)(174)(175)(184)(189)(190)(191)(192)(193)(194)(196)(197)(198)(199)(200)(201)(203)(204)(205)(206)(207)(208)(209)(210)(211)(212)(215)(217)(224)(225)(226)(227)(228)(229)(230)(231)(232)(233)(234)(235)	(155: 90% ados connaissance sur VIH) (195/202/214: interventions sans impact sur VIH) (213)(216)	Applicable	Pertinent +++	
	Absence de circoncision	(114)(189)(191)(215)	(221)(222)(223)	Applicable	Peu pertinent	résultats mitigés
	Violences sexuelles	(184).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Rupture sociale, financière, familiale ou scolaire	(140)(146)(158)(165)(166)(167)(179)(184)(206)		Applicable	Pertinent	
	Absence vaccination (HPV/VHB)	(114)(120)(121)(124)(125)(189)(191)		Applicable	Pertinent	

Annexe 4bis : Tableau des résultats des outils de repérage des IST, puberté, conduites sexuelles à risque, troubles relationnels

Trouble concerné	Facteur de Risque	Comment? / Outil	Etudes confirmant outil	Etudes infirmant outil	Ambulatoire ?	Pertinence/conclusion	Justification impertinence
Comportements sexuels à risque	Contraception non choisie, inadaptée, Manque d'informations	Fiche mémo HAS(annexe A) et Fiche repère INPES(annexe B)	Annexe A, Annexe B, (36) (cf figures 4 p104 et 5 p106) (5)(237)		Applicable, informer la patiente	Pertinent	
Avance ou Retard pubertaire	Maturation sexuelle anormale	Echelle de Tanner	(242)		Applicable	Pertinent+++	
	Changement couloir	Surveillance poids/taille/IMC	(5)(242)(243)(244).		Applicable	Pertinent+++	
Maltraitance	Absence de repérage FdR	Fiche mémo HAS (305)	(305).		Applicable	Pertinent	

Annexe 5 : Tableau des résultats des facteurs de risque des troubles du sommeil, addictions, conduites à risque, troubles mentaux

Trouble concerné	Facteur de Risque (FdR)	Etudes confirmant FdR	Etudes infirmant FdR	Ambulatoire ?	Pertinence / Conclusion	Justification impertinence
	Sexe féminin	(3)(18)(21)(22)(25)		Applicable	Pertinent	
	20-25ans	(3).	(3: 15-19ans déclarent une plus grosse dette de sommeil)	Applicable	Peu pertinent	
	Alcool, Tabac, Drogues, Café	(17)(19)(21)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence
	Stress, Anxiété, Dépression	(17)(19)(21)(24)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence
Troubles du sommeil	Autisme, TDAH	(24)(318)		Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Mauvaises relations familiales ou avec les pairs, Vie en foyer, Maltraitance	(3)(17)(19)(21)(22)(25)(26)		Applicable	Pertinent	
	Difficultés scolaires, excès d'activités extra-scolaires	(22).		Applicable	Pertinent	
	Situation financière difficile, Vie en milieu urbain	(3)(17)		Applicable	Pertinent	
	Ecrans	(27)(28)(29)(50)		Applicable	Pertinent	

	Maladie chronique, handicap, faible QI ; minorité sexuelle	(37)(274)(278)		Applicable	Pertinent	
	Bas niveau socio-économique	(37)(265)(322)		Applicable	Pertinent	
	Troubles de la personnalité/mental, Mauvaise estime de soi	(275)(302)		Applicable	Pertinent	
	Troubles du sommeil	(17)(19)(21)		Applicable	Pertinent	
	Tabac, Alcool, Drogues	(37)(125)(274)(278)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(275)(316)
Anxiété	Ecrans	(28)(50)(182)(183)(188)(190)(191)(196)(197)(198)(199)(200)(201)(202)		Applicable	Pertinent	
	ATCD violence	(37)(47)(124)(193)(224)(265)(324:TOCS)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations familiales, Trouble psy/addictif familial	(37)(243)(263)(265)(275). (323, 324:TOCS)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs	(37)(274)(275)(278)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(317)
	Prématurité, attachement insecure	(265).		Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(1)(37)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(275)(315)

	Sexe féminin (15-19ans++)	(1)(5)(18)(34)(261)(270)(286)	(34, 269: homme=suicide abouti) NB: TS homme 20-24ans>15-19ans(5)	Applicable	Pertinent	
	ATCD Tentative suicide	(18)(263)		Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Troubles du sommeil	(17)(19)(21)(28)(263)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)(285)
	Tabagisme	(3)(37)(118)(261)(264)(274)(278)		Applicable	Pertinent	
	Alcool	(3)(37)(8)(34)(50)(51)(52)(258)(263) (266)(267)(270)(271)(274)(275)(278) (286)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)(266)
	Drogues	(34)(37)(47)(50)(154)(161)(162)(169) (251)(258)(261)(263)(266)(267)(269) (271)(274)(275)(278)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(120)(266)
	Ecrans	(28)(50)(182)(185)(188)(189)(190) (191)(192)		Applicable	Pertinent	
	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(1)(37)(47)(76)(236)(258)(261)(263) (269)(272)(273)(275)(287)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)(285)(298)
Dépression / Suicide	ATCD violence (subie)	(1)(3)(37)(47)(124)(193)(224)(233) (234)(235)(236)(261)(263)(265)(266) (267)(268)(269)(270)(280)(281)(282) (283)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations familiales, trouble psy/addictif familial	(1)(3)(37)(236)(243)(258)(263)(264) (265)(267)(268)(269)(270)(271)(272) (274)(275)		Applicable	Pertinent	
	Perte d'un être cher, séparation	(1)(37)(258)(263)(265)(271)(272) (1)(3)(37)(47)(236)(256)(258)(261) (263)(271)(273)(274)(275)(278)(280) (281)(282) (283)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs	(1)(5)(34)(37)(193)(258)(260)(263) (267)(268)(269)(270)(271)(272)(274) (275)(276)(277)(278)(279)(302)(320) (37)(261)(263)(266)(269)(271)(273) (274)(278)(284)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)(285)
	Troubles de la personnalité/mental, anxiété, impulsivité, mauvaise estime de soi, TCA			Applicable	Pertinent	
	Minorité sexuelle et homophobie			Applicable	Pertinent	
	Maladie chronique, Handicap, Faible QI	(37)(47)(258)(263)(266)(267)(274) (278)(280)(281)		Applicable	Pertinent	
	Bas niveau socio-économique	(1)(3)(37)(261)(266)(269)(322)		Applicable	Pertinent	
	ATCD judiciaires, intolérance à la frustration	(236)(258)(263)(269)(271)(272)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)

	Sexe masculin	(265).	Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Faible QI, maladie chronique ; minorité sexuelle	(37)(265)(274)(278)(330)	Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations familiales, trouble psy/addictif familial	(37)(193)(265)(330)	Applicable	Pertinent	
	ATCD violence ; Traumatisme crânien dans l'enfance	(37) ; (193)(265)	Applicable	Pertinent	
	Troubles du sommeil	(17)(19)	Applicable	Pertinent	
Trouble déficit de l'attention	Tabac, Alcool, Drogues	(37)(50)(73)(274)(278)	Applicable	Pertinent	cause et conséquence(319)
avec ou sans hyperactivité	Bas niveau socio-économique	(37).	Applicable	Pertinent	mais une seule source
(TDAH)	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(37)(249)(265)	Applicable	Pertinent	cause et conséquence(193)(315)(319)
	Prématurité, petit Poids Naissance, Alcool pendant la grossesse	(193)(331)	Applicable	Pertinent	
	Impulsivité, recherche de sensations	(37)(193)	Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec les pairs	(37)(274)(275)(278)	Applicable	Pertinent	
	Sexe masculin, Avancée dans l'adolescence	(314).	Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Troubles du sommeil dans l'enfance	(23).	Applicable	Pertinent	mais une seule source
	ATCD violence (subie), décès parent	(37)(338)(339)	Applicable	Pertinent	
	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(37).	Applicable	Pertinent	mais une seule source
Psychoses	Tabac, Alcool, Drogues	(37)(50)(113)(118)(158)(159)(274)(278)(301)(314)(337)	Applicable	Pertinent	cause et conséquence(314)
	Mauvaises relations familiales, trouble psy/addictif familial	(37)(265)(334)(338)	Applicable	Pertinent	
	Complications obstétricales (dont grippe), Grossesse non désirée(toxiques)/stress	(265)(314)(335)	Applicable	Pertinent	
	Maladie chronique, Faible QI et syndrome de délétion 22q11.2 ; Minorité sexuelle	(37)(274)(278)(333)(336)	Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec les pairs	(37)(274)(275)(278)	Applicable	Pertinent	
	Bas niveau socio-économique, Vie en milieu urbain, Immigration	(37)(301)(314)	Applicable	Pertinent	
	ATCD perso/familiaux de trouble mental	(37)(265)(303)(325)(326)	Applicable	Pertinent	
Autisme et TED	Sexe masculin	(265)(303)	Applicable	Pertinent	
	Prématurité, petit Poids Naissance	(303)(327)	Applicable	Pertinent	

	Sexe masculin	(3)(47)(48)(49)(69)(70)(71)		Applicable	Pertinent	
	Avancée en âge dans l'adolescence	(3)(47)(48)(49)(50)(69)(72)(78)(89)(90)		Applicable	Pertinent	
	1er usage précoce	(7)(82)(95)		Applicable	Pertinent	
	Troubles du sommeil	(16)(17)(19)		Applicable	Pertinent	
	Tabagisme ou usage de drogues	(97)(114)(115)(119)(125)		Applicable	Pertinent	
	Prédispositions génétiques	(95).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Souffrance psy/anxiété, Mauvaise estime de soi, Impulsivité/TDAH, troubles de la personnalité/mental, ATCD violence	(1)(5)(7)(16)(48)(82)(83)(84)(85)(86)(90)(95)(96)(97)(193)(224)(230)(233)(302)(319)	(153: programmes de prévention pour améliorer estime de soi inefficaces)	Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(266)
Consommation d'alcool	Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	(7)(16)(47)(49)(50)(75)(76)(77)(78)(95)(96)(97)(114)		Applicable	Pertinent	
	Faible niveau socio-économique, Vie en milieu rural	(1)(7)(16)(49)(50)(77)(78)(79)(90)(95)(96)	(16, 97: beaucoup d'argent de poche) (49, 72 : milieu familial aisé)	Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations familiales, Vit en foyer, Trouble psy/addictif familial	(1)(7)(16)(48)(49)(72)(79)(80)(81)(82)(95)(96)(97)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec les pairs ou leur influence, festivités	(1)(3)(7)(16)(48)(49)(50)(51)(69)(77)(78)(83)(87)(88)(90)(95)(96)(97)(108)(109)(110)(111)(112)		Applicable	Pertinent	
	Ecrans/médias	(1)(28)(50)(92)(93)(94)(188)(189)(190)(191)(192)(194)(200)(203)		Applicable	Pertinent	
	Antécédents judiciaires, Comportement anti-social ou à risque	(7)(16)(71)(79)(95)(114)		Applicable	Pertinent	
	Minorité sexuelle	(91).		Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Puberté ou parentalité précoce	(16)(95)(97)		Applicable	Pertinent	
	Avancée en âge dans l'adolescence	(22)(47)(48)(49)(50)(69)(70)(114)(120)(123)		Applicable	Pertinent	
	1er usage précoce	(2)(3)(95)(141)		Applicable	Pertinent	
	Alcool / Drogues	(49)(127)		Applicable	Pertinent	
	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(3)(7)(47)(49)(50)(75)(76)(77)(78)(95)(96)(118)(130)(138)		Applicable	Pertinent	
	Souffrance psy/anxiété, Mauvaise estime de soi, Impulsivité/TDAH, Troubles de la personnalité/mental, ATCD violence	(5)(7)(50)(95)(96)(124)(127)(131)(132)(133)(134)(135)(136)(138)(193)(224)(230)(233)(234)(319)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs	(7)(50)(77)(87)(95)(96)(124)(127)(130)(138)(143)		Applicable	Pertinent	
Tabagisme	Mauvaises relations familiales, troubles psy/addictif familial	(7)(49)(50)(95)(96)(118)(124)(127)(128)(138)		Applicable	Pertinent	
	Prédispositions génétiques	(95).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Troubles du sommeil	(17)(19)		Applicable	Pertinent	
	Comportement antisocial ou à risque	(7)(95)(131)		Applicable	Pertinent	
	Parentalité précoce	(95).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural	(3)(7)(49)(96)	3, 49 : haut niveau socio-éco également	Applicable	Pertinent	
	Minorité sexuelle	(137).		Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Ecrans / Médias	(50)(113)(121)(130)(186)(189)(190)		Applicable	Pertinent	

	Avancée en âge dans l'adolescence	(47)(50)(150)	(87: les produits à inhaler sont rapidement abandonnés)	Applicable	Pertinent	
	1er usage précoce	(3)(7)(50)(95)(118)		Applicable	Pertinent	
	Sexe masculin	(34)(49)(50)(148)(152)		Applicable	Pertinent	
	Tabagisme	(49)(50)(119)(125)		Applicable	Pertinent	
	Alcool	(8)(50)(51)(52)(97)(109)(114)(157)(174)		Applicable	Pertinent	
	Souffrance psy/anxiété, Mauvaise estime de soi, Impulsivité, Troubles de la personnalité/mental, ATCD violence	(1)(5)(7)(37)(47)(50)(95)(96)(120)(138)(153)(154)(166)(168)(169)(173)(193)(224)(233)(302)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)(266)
	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(1)(7)(34)(47)(50)(76)(77)(78)(95)(96)(138)(153)(154)(155)(158)(166)(168)(242)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)(113)(153)
Usage de drogues	Mauvaises relations avec ou influence des pairs, festivités	(1)(7)(50)(76)(77)(87)(95)(96)(113)(138)(153)(158)(166)(167)(171)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations familiales, troubles psy/addictif familial	(1)(7)(37)(47)(50)(95)(96)(109)(138)(153)(158)(166)(172)(173)		Applicable	Pertinent	
	Antécédents judiciaires, Comportement anti-social ou à risque	(7)(95)(113)(153)(154)(156)(166)(170)		Applicable	Pertinent	
	Bas niveau socio-économique, vie en milieu urbain	(47)(49)(50)(96)	, 49, 50: haut niveau socio-éco égalem€	Applicable	Pertinent	
	Prédispositions génétiques	(7)(95)		Applicable	Peu pertinent	
	Parentalité précoce	(95).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Ecrans/médias	(1)(28)(50)(94)(121)(186)(188)(189)(190)(191)(192)(194)(200)(203)		Applicable	Pertinent	
	Avancée en âge dans l'adolescence	(29).		Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Sexe masculin	(113)(211)	(50: même temps devant écrans mais garçons=jeux vidéos, filles=réseaux	Applicable	Peu pertinent	résultats divergents
	Caractéristiques addictogènes du jeu (illimité, évolutif, réalisme, multijoueurs) et expositions aux publicités	(28)(50)(181)		Applicable	Pertinent	
	Souffrance psy/anxiété, Mauvaise estime de soi, Impulsivité, Troubles de la personnalité/mental, ATCD violence	(7)(28)(29)(35)(181)(182)(183)(185)(189)(190)(196)(197)(198)(199)(200)(201)(202)(203)(204)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(28)(188)(191)
Mésusage écrans / Internet	Mauvaises relations avec ou influence des pairs	(7)(28)(50)(210)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)(189)
	Comportement antisocial ou à risque, intolérance à la frustration	(7)(28)(29)(50)(182)(183)(201)(202)(203)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(191)(193)(195)(196)
	Mauvaises relations familiales, Trouble psy/addictif familial	(7)(28)(29)(50)(189)(191)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)
	Bas niveau socio-économique	(7)(50)(186)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)
	Tabac, Alcool, Drogues	(28)(113)(186)(188)(189)(190)(191)(200)(203)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(1)(28)(50)(121)(192)(194)
	Difficultés scolaires	(7)(29)(50)(197)		Applicable	Pertinent	cause et conséquence(50)(188)(189)

	Sexe masculin	(34)(160)(213)(214)(215)(216)(220)(223)		Applicable	Pertinent	
	Deux roues, jeune conducteur auto	(3)(17)(19)(34)(214)(215)(216)		Applicable	Pertinent	
	Comportement à risque (vitesse, alcool, drogues), Distractions au volant (téléphone/radio)	(8)(36)(37)(38)(47)(50)(51)(52)(97)(105)(113)(118)(160)(213)(214)(215)(217)(219)(220)(222)(223)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs, festivités (été/nuît/week-end)	(38)(213)(214)(215)(216)(218)		Applicable	Pertinent	
Accident de la Voie Publique	Souffrance psy, Trouble personnalité	(218)(223)		Applicable	Pertinent	
	Bas niveau socio-économique, Vie en milieu rural	(34)(213)(214)(216)		Applicable	Pertinent	
	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(216).	(223: études 2aires plus déviants)	Applicable	Peu pertinent	résultats divergents
	Somnolence / Troubles sommeil	(3)(17)(19)(214)(215)(217)(221)		Applicable	Pertinent	
	Boissons énergisantes, café, tabac	(221).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Ecrans / médias	(213).		Applicable	Peu pertinent	une seule source
	Victime dès le début de l'adolescence, Auteur(e) avec l'avancée en âge	(1)(47)(230)		Applicable	Pertinent	
	Sexe masculin	(47)(193)(224)(229)	(193, 224, 232: féminin pour violence sexuelle)	Applicable	Pertinent	
	ATCD victimisation	(47)(124)(224)(230)(232)(233)(235)(238)(242)(254)		Applicable	Pertinent	
	1er acte violent précoce	(47)(193)(224)(226)(242)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations familiales, Trouble psy/addictif familial, vie en foyer	(37)(193)(200)(224)(226)(229)(230)(231)(232)(233)(237)(238)(239)(240)(242)(243)(244)(245)(246)(247)(253)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs	(37)(193)(224)(226)(229)(231)(235)(237)(238)(242)(243)(244)(245)(246)(256)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(233)
Conduites à risque / Violence	Tabagisme	(118).		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(224)(230)(233)(234)
	Alcool	(8)(51)(52)(97)(118)(224)(229)(230)(242)(243)(245)(250)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(224)(230)(233)
	Drogues	(109)(113)(153)(154)(156)(157)(161)(192)(193)(224)(229)(241)(242)(251)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(173)(224)(233)
	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(37)(224)(226)(235)(237)(238)(240)(241)(242)(243)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(233)
	Ecrans / Médias	(18)(28)(50)(118)(191)(192)(193)(194)(195)(196)(237)(256)		Applicable	Pertinent	
	Souffrance psy/anxiété, Mauvaise estime de soi, Impulsivité, Trouble de la personnalité/mental	(5)(37)(193)(224)(226)(230)(232)(237)(238)(241)(242)(243)(245)(248)(249)(254)(256)(302)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(1)(3)(47)(124)(224)(233)(234)(235)(236)
	Difficultés périnatales (tabac, alcool, mère jeune, grossesse non désirée, prématurité, complications à la naissance)	(224)(238)(239)(242)		Applicable	Pertinent	
	Bas niveau socio-économique, migrant	(24)(193)(224)(226)(230)(231)(237)(238)(242)(243)(254)		Applicable	Pertinent	
	Minorité sexuelle	(252).		Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Nuit / Week-end	(228)(229)		Applicable	Pertinent	

	Victime dès le début de l'adolescence, Auteur(e) avec l'avancée en âge	(1)(47)(230)		Applicable	Pertinent	
	Sexe masculin	(47)(193)(224)(229)	(193, 224, 232: féminin pour violence sexuelle)	Applicable	Pertinent	
	ATCD victimisation	(47)(124)(224)(230)(232)(233)(235)(238)(242)(254)		Applicable	Pertinent	
	1er acte violent précoce	(47)(193)(224)(226)(242)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations familiales, Trouble psy/addictif familial, vie en foyer	(37)(193)(200)(224)(226)(229)(230)(231)(232)(233)(237)(238)(239)(240)(242)(243)(244)(245)(246)(247)(253)		Applicable	Pertinent	
	Mauvaises relations avec ou influence des pairs	(37)(193)(224)(226)(229)(231)(235)(237)(238)(242)(243)(244)(245)(246)(256)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(233)
Conduites à risque / Violence	Tabagisme	(118).		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(224)(230)(233)(234)
	Alcool	(8)(51)(52)(97)(118)(224)(229)(230)(242)(243)(245)(250)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(224)(230)(233)
	Drogues	(109)(113)(153)(154)(156)(157)(161)(192)(193)(224)(229)(241)(242)(251)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(173)(224)(233)
	Difficultés scolaires, Absence d'activité extra-scolaire	(37)(224)(226)(235)(237)(238)(240)(241)(242)(243)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(233)
	Ecrans / Médias	(18)(28)(50)(118)(191)(192)(193)(194)(195)(196)(237)(256)		Applicable	Pertinent	
	Souffrance psy/anxiété, Mauvaise estime de soi, Impulsivité, Trouble de la personnalité/mental	(5)(37)(193)(224)(226)(230)(232)(237)(238)(241)(242)(243)(245)(248)(249)(254)(256)(302)		Applicable	Pertinent	cause ou conséquence(1)(3)(47)(124)(224)(233)(234)(235)(236)
	Difficultés périnatales (tabac, alcool, mère jeune, grossesse non désirée, prématurité, complications à la naissance)	(224)(238)(239)(242)		Applicable	Pertinent	
	Bas niveau socio-économique, migrant	(24)(193)(224)(226)(230)(231)(237)(238)(242)(243)(254)		Applicable	Pertinent	
	Minorité sexuelle	(252).		Applicable	Pertinent	mais une seule source
	Nuit / Week-end	(228)(229)		Applicable	Pertinent	

Annexe 5bis : Tableau des résultats des outils de repérage des troubles du sommeil, addictions, conduites à risque, troubles mentaux

Trouble concerné	Facteur de Risque (FdR)	Comment? / Outil	Etudes confirmant outil	Etudes infirmant outil	Ambulatoire ?	Pertinence / Conclusion	Justification impertinence	
Troubles du sommeil	Troubles physiologiques et psychologiques	Sleep Disturbance Scale for Children (annexe 2)	(30)(31)		Applicable	Pertinent		
	Insomnie (et ses conséquences)	International Classification of Sleep Disorders-II (annexe 3)	(32).		Applicable	Pertinent		
Consommation substances psycho-actives		DSM IV 2 Items scale (annexe 16)	(100).		Applicable	Pertinent		
		Michigan Alcohol Screening Test (annexe 17)	(82).		Applicable	Pertinent		
		dès 17 ans : Alcohol Use Disorders Identification Test (annexe 12)	(79)(82)		Applicable	Pertinent		
	Mésusage alcool	dès 17 ans : AUDIT-C (annexe 20)	(101)(102)(103)		Applicable	Pertinent		
		dès 17 ans : Severity of Alcohol Dependence Questionnaire(annexe 13)	(79).		Applicable	Pertinent		
		dès 17 ans : Clinical Institute Withdrawal Assessment of - Alcohol scale revised (annexe 15)	(79).		Applicable	Pertinent		
		Mésusage tabac	Fagerstrom (annexe 29)	(50).		Applicable	Pertinent	
		Mésusage cannabis	Cannabis Abuse Screening Test. (annexe 33)	(49)(113)(164)(176)		Applicable	Pertinent	
		Mésusage alcool/cannabis	Cut down, Annoyed, Guilty and Eye-opener (annexe 18)	(82).		Applicable	Pertinent	
			Drug Abuse Substance Test(annexe 19)	(82).		Applicable	Pertinent	
Addiction comportementale aux nouvelles technologies	Mésusage alcool/drogues	dès 17 ans : Leeds Dependence Questionnaire(annexe 14)	(79).		Applicable	Pertinent		
		12-17 ans : Brief Screening test for adolescent Tobacco, Alcohol and Drug use (annexe 10)	(98).		Applicable	Pertinent		
	Mésusage alcool/tabac/cannabis	14-18ans : ADOSPA (annexe 11)	(5)(16)(61)(72)(97)(99)		Applicable	Pertinent		
	Mésusage alcool/tabac/drogues	8-16 ans : MINI Kid 2 (annexe 21)	(104).		Applicable	Pertinent		
		Game Addiction Scale ou échelle de Lemmens(annexe 38)	(29)(206)		Applicable	Pertinent		
		Problem Video game Playing scale (annexe 39)	(28)(183)(206)		Applicable	Pertinent		
		DSM IV : Multiple Response ou jeu (annexe 36)	(181)(189)(190)(201)(206)(207)		Applicable	Pertinent		
		Mésusage jeux vidéos	Lie/Bet (annexe 40)	(50)(182)(189)(190)		Applicable	Pertinent	
			Problematic Online Game Questionnaire - Short Form (annexe 41)	(208).		Applicable	Pertinent	
			South Oaks Gambling Scale (annexe 42)	(189)(201)(209)(210)	190 : limites psychométriques	Applicable	Pertinent	
		SOGS-Revised Adolescent (annexe 43)	(189)(201)(209)(210)	190: limites psychométriques	Applicable	Pertinent		
	Mésusage internet	Internet Addiction Disorder / Internet Addiction Test de young (annexe 49)	(28)(206)		Applicable	Pertinent		

Suite Annexe 5bis

		7-17 ans: BASC-2 Behavioral and Emotional Screening System (annexe 52)	(225).		Applicable	Pertinent
		12-17 ans: Niveau de Service auprès des Jeunes Délinquants - Inventaire de la Gestion des Cas version filtrage(annexe 56)	(225).		Applicable	Pertinent
	Trouble du comportement	2-16 ans: Eyberg Child Behavior Inventory (annexe 58)	(233).		Applicable	Pertinent
		5-18 ans: School Social Behaviour Scales (annexe 53)	(225).		Applicable	Pertinent
Violence		13-18ans: Social Skills Improvement System (annexe 54)	(225).		Applicable	Pertinent
et conduites à risque	Maltraitance	0-18 ans : Parent-Child Conflict Tactics Scale (annexe 59)	(233).		Applicable	Pertinent
	Conduites addictives	14-17 ans: DEP-ADO (annexe 22)	(225).		Applicable	Pertinent
		12-18ans: Structured Assessment of Violence Risk in Youth (annexe 55)	(225).		Applicable	Pertinent
	Violence	West Virginia University Adolescent Risk Score (annexe 57)	(47).		Applicable	Pertinent
		Historical Clinical Risk management-20 items scale (annexe 60)	(255).		Applicable	Pertinent
		HAMILTON Depression rating scale (annexe 69)	(286).		Applicable	Pertinent
		dès 17ans: Beck Hopelessness Scale (annexe 79)	(274)(276)		Applicable	Pertinent
	Dépression	11-17ans: Patient Health Questionnaire for -Adolescent (annexe 82)	(290).		Applicable	Pertinent
		dès 14ans: Beck Depression Inventory - Primary Care (annexe 83)	(290).		Applicable	Pertinent
		Grilles comportementales différenciant adolescence normale et dépression (tableaux 22-25 p278-281)	(50).		Applicable	Pertinent
		dès 17ans: Scale for Suicide Ideation - Beck (annexe 71)	(286).		Applicable	Pertinent
		14-18ans: Evaluation of Suicide Risk Among and Imminent Danger Assessment (annexe 73)	(276).		Applicable	Pertinent
		Suicidal Behaviour Interview (annexe 74)	(276).		Applicable	Pertinent
		Tool for Assessment of Suicide Risk - Adolescent version (annexe 75)	(276).		Applicable	Pertinent
	Risque suicidaire	10-18ans: Harkavy-Asnis Suicide Scale (annexe 76)	(276).		Applicable	Pertinent
		12-18ans: Suicide Ideation Questionnaire (annexe 77)	(276).		Applicable	Pertinent
		Suicide Behavior Questionnaire revised (annexe 78)	(276).		Applicable	Pertinent
		dès 14ans: Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte signes d'alerte suicidaire HAS 2014 (tableau 26 p282)	(263).		Applicable	Pertinent
	Dépression / Anxiété	dès 16ans: Hospital Anxiety and Depression Scale (annexe 68)	(288)(289)		Applicable	Pertinent
		Child Suicide Potential Scales(annexe 72)	(276).		Applicable	Pertinent
	TICS	Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey (annexe 96)	(344).		Applicable	Pertinent
Troubles mentaux		Parent Tic Questionnaire (annexe 97)	(344).		Applicable	Pertinent
	TOCS	11-15ans : Short Obsessive Compulsive disorder Screener (annexe 98)	(323).		Applicable	Pertinent
	Phobies sociales	8-14ans: Social Phobia and Anxiety Inventory for -Children (annexe 94)	(342).		Applicable	Pertinent
	Troubles du comportement et des conduites, TDAH	3-16ans: Strengths and Difficulties Questionnaire for children or young people (annexe 90)	(241).		Applicable	Pertinent
		Psychopathy Checklist -Revised. (annexe 101)	(255)(350)		Applicable	Pertinent
	Personnalité anti-sociale	big five-modèle à 5 facteurs (annexe 104)	(193).		Applicable	Pertinent
		Historical Clinical Risk management-20 items scale (annexe 60)	(255).		Applicable	Pertinent
	TDAH	Recommandation repérage HAS	(356).		Applicable	Pertinent
		3-17ans: Conners Teacher Rating Scale (annexe 99)	(193).		Applicable	Pertinent
	Trouble psychotique	Prodromal Questionnaire -Brief version (annexe 100)	(347).		Applicable	Pertinent
		Brief Psychiatric Rating Scale (annexe 70)	(286).		Applicable	Pertinent
		9-24ans: Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services. (annexe 81)	(290).		Applicable	Pertinent
	Troubles mentaux	8-16 ans : MINI Kid 2 (annexe 21)	(104).		Applicable	Pertinent
		Adolescent Health Review (annexe 80)	(290).		Applicable	Pertinent
	Bien être mental	12-18ans: Mental Health Continuum - Short Form (annexe 93)	(340).		Applicable	Pertinent
	Autisme, TED	Autism-Tics ADHD and other Comorbidities inventory (annexe 98)	(346).		Applicable	Pertinent
	Déficiences psychosociales	dès 6ans: Pediatric Symptom Checklist (annexe 91) et PSC 17 (annexe 92)	(37).		Applicable	Pertinent

Annexe 6 : Questionnaire « Dépistage des troubles orthopédiques chez l'adolescent »

L'objectif est de sélectionner par méthode Delphi :

- les facteurs de risque les plus pertinents à rechercher à l'interrogatoire en consultation
 - les outils de dépistage les plus pertinents à utiliser en consultation
- pour dépister la pathologie donnée chez l'adolescent

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une hypercyphose thoracique ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Mauvaise posture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Port de sacs lourds	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence d'activité physique adaptée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soit pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une maladie de Scheuermann ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facteurs génétiques, antécédents familiaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surcharge statique (mauvaise posture, sacs lourds, station prolongée) et dynamique (activités contraignant les vertèbres : vélo, combats, rugby, haltérophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Pensez-vous que l'utilisation d'un fil de plomb soit un outil pertinent pour dépister une maladie de Scheuermann chez l'adolescent (cyphose thoracique $> 50^\circ$ et lordose lombaire $< 20^\circ$) en consultation ?

Figure 5. ▲
Différents types cliniques de statique rachidienne sagittale.

▶ **Figure 6.**
Examen clinique de la statique rachidienne sagittale.

Figure 7.
Exercice d'assouplissement de la cyphose et appréciation de sa réductibilité. ▼



Principe : On mesure la distance du fil à plomb au creux de la lordose, habituellement L2. La distance habituelle est de 40 mm.
La mesure de la flèche de cyphose s'obtient indirectement par la demi-somme des flèches cervicales et lombaires, soit habituellement 40 mm (1 mm correspond à environ 1° d'angulation).
Référence : C. Marty, J.L. Tassin. Maladie de Scheuermann ou dystrophie rachidienne de croissance. La Lettre du Rhumatologue - n° 251 - avril 1999

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

4. Pensez-vous que l'inspection (enroulement des épaules, brièveté des clavicules, rétraction des pectoraux, tête en avant) soit pertinente pour dépister une maladie de Scheuermann chez l'adolescent en consultation ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une scoliose ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Sexe féminin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IMC bas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facteurs génétiques et antécédent au 1er degré pour la scoliose idiopathique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pathologies congénitales, neuromotrices, tumorales ou dégénératives pour la scoliose secondaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Pensez-vous que le test d'Adam soit un outil pertinent pour dépister une gibbosité chez l'adolescent en consultation ?

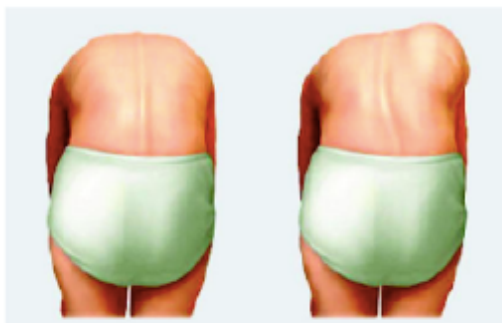


Fig 1 The Adam's forward bend test performed by (left) a patient without scoliosis, and (right) a patient with scoliosis showing a rib prominence

Le test d'Adam (Adam's forward bend test) consiste à demander à l'adolescent de se pencher, comme pour toucher ses orteils. Cette position permet de voir s'il y a une proéminence osseuse plus prononcée d'un côté que de l'autre.

Référence : Altaf, F., Gibson, A., Dannawi, Z., & Noordeen, H. (2013). Adolescent idiopathic scoliosis. *BMJ*, 346(apr30 1), f2508. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2508>

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

7. Pensez-vous que l'usage du scoliomètre (recherche d'un angle d'inclinaison du tronc $> 5^\circ$) soit un outil pertinent pour dépister une gibbosité chez l'adolescent en consultation ?



Référence : Ma, HH., Tai, CL., Chen, LH. et al. Application of two-parameter scoliometer values for predicting scoliotic Cobb angle. *BioMed Eng OnLine* 16, 136 (2017).
<https://doi.org/10.1186/s12938-017-0427-7>

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

8. Pensez-vous que les examens morphologique, neurologique et cutané soient pertinents pour dépister une scoliose secondaire chez l'adolescent en consultation ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

9. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister des rachialgies communes ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Sexe féminin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents familiaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puberté / Avancée en âge dans l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trop ou trop peu d'activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IMC bas ou élevé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents personnels de douleur des membres inférieurs ou du rachis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigue / Troubles du sommeil / Dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise posture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabagisme chez les parents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poids et type de sacs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asymétrie du tronc, attitude scoliotique, scoliose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Pensez-vous que le test de Schober soit un outil pertinent en consultation pour dépister une immobilité du rachis lombaire chez l'adolescent ?

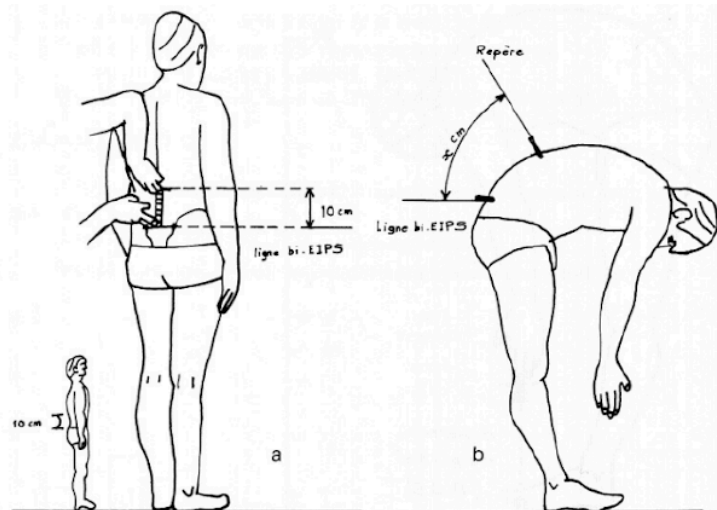


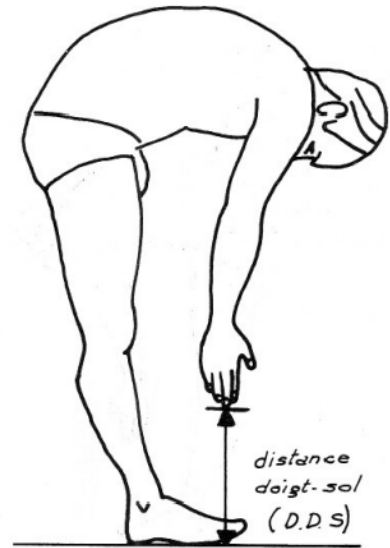
FIG. 16. - Test de Schober.

Test de Schober : repères tracés en L5 (niveau des épinos iliaques postéro-supérieures) et à +10cm ; le patient se penche en avant ; on mesure la distance entre les deux repères ; normal si distance ≥ 15 cm ; pathologique si écart ≤ 3 cm

Référence : LEMPEREUR J-J. Evaluation statistique des mesures cliniques de la mobilité du rachis. Ann. Kinésithér., 1981,8, 11-34

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

11. Pensez-vous que l'indice de Schober (test de flexion : mesure de la distance doigts/sol) soit un outil pertinent en consultation pour dépister un manque de souplesse lombaire l'adolescent ?



chez

FIG. 14. - D.D.S.

Référence : LEMPEREUR J-J. Evaluation statistique des mesures cliniques de la mobilité du rachis. Ann. Kinésithér., 1981,8, 11-34

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

12. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une maladie d'Osgood-Schlatter ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Gaucher ; quadriceps trop court, peu élastique ; pas d'étirement régulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poussée de croissance : Garçons 12-15ans > Filles 8-11ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surmenage sportif par répétition des mouvements, sur-sollicitation (sauts, squats, accélérations) et surspécialisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise hygiène de vie (sommeil, alimentation, hydratation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non respect de la règle des 10% (augmentation charge travail > 10%/sem) ; pas d'étirement passif à distance de l'entraînement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une maladie de Sever ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
8 à 12 ans, sexe masculin, sportif, saut ou course répétés, terrain dur, chaussage inadapté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poids, taille et IMC supérieurs à la moyenne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brièveté du triceps sural, genu varum, défaut d'alignement du médio pied, varus de l'avant pied, pied creux ou plat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise hygiène de vie (sommeil, alimentation, hydratation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non respect de la règle des 10% (augmentation charge travail > 10%/sem), pas d'étirement passif à distance de l'entraînement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister un Syndrome fémoro-patellaire ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Filles 12-17ans, sportifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypotrophie du quadriceps, déséquilibre du quadriceps / des ischiojambiers (raideur), malposition ou hypermobilité (laxité) ou traumatisme patellaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
activité en charge (saut > accroupissement) spécialisation sportive, mauvais équipement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Pensez-vous que l'inspection soit pertinente (hypotrophie du quadriceps, raideur des ischio-jambiers, malposition de la patella, genu varum / valgum) pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent en consultation ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

16. Pensez-vous que la mise en position accroupie (recherche une douleur antérieure du genou) soit une manoeuvre pertinente pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent en consultation ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

17. Pensez-vous que le test de Zholen soit un outil pertinent pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent en consultation ?



Figure 4. Test de Zholen ou ascension contrariée de la patella

Le genou en extension, l'examineur plaque la patella vers le bas et demande au patient de contracter le quadriceps. L'examineur empêche que la patella se déplace vers le haut. Le test est positif si une douleur est induite. Il est important de faire également la manoeuvre du côté controlatéral pour améliorer l'interprétation.

Référence : Saubade, M., Gremion, G., Martin, R., Becker, A. (2014). 'Mieux comprendre le syndrome douloureux fémoro-patellaire... pour mieux le traiter', Rev Med Suisse 2014; volume 0. no. 437, 1451 - 1456 doi:

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

18. Pensez-vous que le test du Tilt patellaire (évaluation de la raideur des structures latérales) soit un outil pertinent pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent en consultation ?

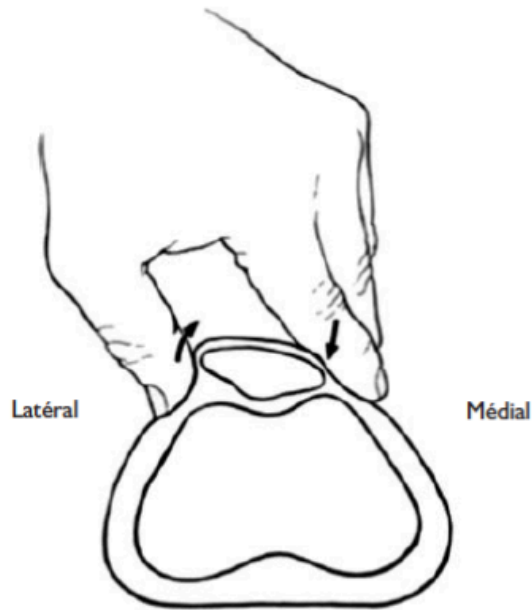


Figure 3. Test du «tilt patellaire»

(Adaptée de réf.³).

Ce test évalue la raideur des structures latérales. La patella est saisie entre le pouce et l'index avec le genou en extension. La partie médiale est alors compressée et la partie latérale élevée. Le test est positif si la partie latérale de la patella ne peut s'élever et reste en position horizontale.

Référence : Saubade, M., Gremion, G., Martin, R., Becker, A. (2014). 'Mieux comprendre le syndrome douloureux fémoro-patellaire... pour mieux le traiter', Rev Med Suisse 2014; volume 0. no. 437, 1451 - 1456 doi:

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

19. Pensez-vous que le Glide test (test de mobilité patellaire) soit un outil pertinent pour dépister un syndrome fémoro- patellaire chez l'adolescent en consultation ?

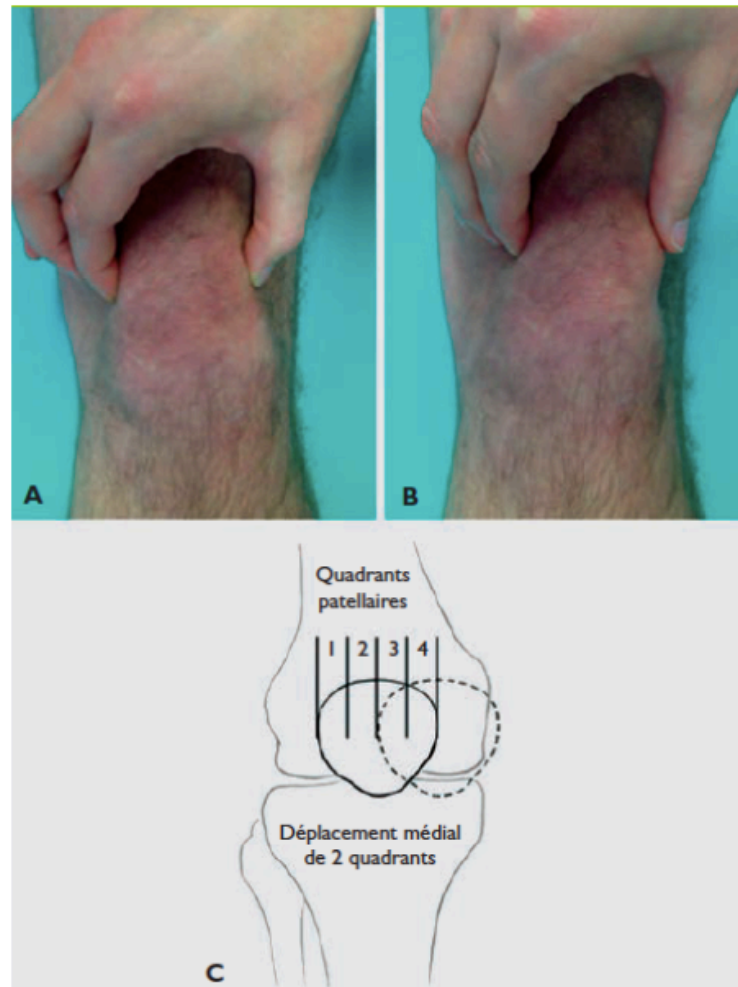


Figure 1. «Glide test» ou test de mobilité patellaire

(Adaptée de réf.³).

Illustration de la mobilité patellaire médiale du genou droit. La patella est saisie en position de repos (A), puis déplacée médialement (B). L'amplitude du déplacement est évaluée en fonction de la largeur de la patella, divisée en quatre quadrants de même largeur (C). Le déplacement de moins d'un quadrant indique une raideur latérale, et de plus de trois quadrants une hypermobilité.

Saubade, M., Gremion, G., Martin, R., Becker, A. (2014). 'Mieux comprendre le syndrome douloureux fémoro-patellaire... pour mieux le traiter', Rev Med Suisse 2014; volume 0. no. 437, 1451 - 1456 doi:

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

Annexe 7 : Questionnaire « Dépistage de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire (TCA) chez l'adolescent »

L'objectif est de sélectionner par méthode Delphi :

- les facteurs de risque les plus pertinents à rechercher à l'interrogatoire en consultation
 - les outils de dépistage les plus pertinents à utiliser en consultation
- pour dépister l'obésité et les troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une obésité chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Facteurs génétiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabagisme pendant la grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise de poids importante / Surpoids pendant la grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète gestationnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rebond d'adiposité < 6ans ou changement de couloir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poids parental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise hygiène alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peu d'activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation d'écrans (augmentation de la sédentarité,, grignotage,, altération du sommeil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau d'éducation ou d'instruction	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limites parentales (dîners en famille,, fruits/légumes,, pratique sportive,, fast-food,, trop restrictif ou permissif)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minorité ethnique,, migrant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Environnement social (proches obèses,, tensions vs sport d'équipe,, soutien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Environnement scolaire (alimentation et activités proposées)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aménagement du quartier (équipements,, structures alimentaires,, mode de transport pour l'école)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etat anxio-dépressif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Pensez-vous que les outils suivants soient pertinents à utiliser en consultation pour dépister une obésité chez l'adolescent ?

	1 = Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9 = Tout à fait d'accord
Indice de masse corporelle (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IMC \geq seuil IOTF-30 selon la HAS (IOTF = International Obesity Task Force)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tour de taille en cm / taille en cm $> 0,5$ (excès de graisse abdominale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent ?

	1 = Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9 = Tout à fait d'accord
Sexe féminin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Régime alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise estime de soi, insatisfaction corporelle, préoccupation liée au poids, surpoids ou obésité, troubles anxieux ou dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales ou avec les pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idéal de la minceur par les médias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation alcoolotabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prédisposition génétique, antécédents familiaux psychiatriques (dont TCA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport intensif ou avec exigences sur l'apparence corporelle, mannequin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des carences alimentaires chez l'adolescent ?

	1 = Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9 = Tout à fait d'accord
Adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexe féminin (menstruations)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Régime restrictif / Régime végétarien / Régime végétalien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Précarité (vitamine D)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Phototype foncé, peu d'UV (vitamine D)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Pensez-vous que le contrôle de l'IMC soit un outil pertinent à utiliser en consultation pour repérer un changement rapide de couloir chez l'adolescent ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

6. Pensez-vous que les questions suivantes : «Pensez-vous beaucoup à être plus mince ?», «Craignez-vous de prendre du poids ?», «Au cours des six derniers mois, quelle importance votre poids ou votre forme a-t-elle eu dans la façon dont vous vous sentez?» soient un outil pertinent à utiliser en consultation pour dépister une préoccupation liée au poids chez l'adolescent ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

7. Pensez-vous que l'"Echelle de Rosenberg Self-Esteem" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une mauvaise estime de soi chez l'adolescent ?

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDESORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions 1, 2, 4, 6 et 7.

Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un score inférieur à 25, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un score entre 25 et 31, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un score entre 31 et 34, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un score compris entre 34 et 39, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un score supérieur à 39, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

8. Pensez-vous que le questionnaire "Evaluation semi-structurée des comportements alimentaires (ESSCA)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un comportement alimentaire de contrôle du poids chez l'adolescent ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

EVALUATION SEMI-STRUCTUREE DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES : GUIDE D'ENTRETIEN

ESSCA (Evaluation Semi-Structurée des Comportements Alimentaires) est un entretien semi-structuré qui permet l'évaluation des déterminants qui guident la prise alimentaire, un dépistage d'éventuels comportements alimentaires problématiques (CAP) ou de comportements pathologiques chez la personne venue consulter dans le cadre d'une prise en charge diététique avec une demande de perte de poids.

Le contenu et la structure de l'entretien ont pour but de mettre le patient en confiance pour qu'il puisse parler de son vécu librement. Les patients qui viennent chercher une aide professionnelle ne mentionneront généralement pas spontanément les problèmes de comportement alimentaire qu'ils peuvent présenter. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- La honte : émotion fréquemment associée aux troubles des conduites alimentaires, la honte est la cause majeure d'une prise en charge tardive, aux dépens de la santé des patients qui se péjore avec la chronicisation du trouble.
- La culpabilité : en lien avec la honte, la culpabilité est typique de tout désordre alimentaire et des CAP chez les personnes qui aimeraient faire attention à leur prise alimentaire et qui voient leur comportement leur échapper. En l'absence d'informations, elles pensent manquer de volonté alors qu'elles sont parfois enfermées dans de réels cercles vicieux.
- Le déni : qui peut prendre la forme de « j'arrête quand je veux ». Certains patients ont fait l'expérience que le suivi d'un « régime amaigrissant » leur apportait un cadre qui normalise les CAP et les désordres alimentaires le temps du régime. Le patient ne perçoit pas (d'où ce terme de « déni ») les risques que comporte une modification seulement temporaire du comportement alimentaire, ni que ses désordres alimentaires réapparaîtront à la fin du régime.
- La banalisation : la personne justifie pour elle-même ses « écarts » avec des pensées du type « je l'ai bien mérité avec tous les efforts que je fais » ou « il faut être un peu gentil avec soi ». Elle ne les mentionnera donc pas au professionnel.
- Un biais cognitif : la sous-estimation de la prise alimentaire est fréquente, et particulièrement parmi les personnes obèses [1].

L'investigateur¹ pose les questions de cette trame d'entretien et demande des précisions au besoin. « Semi-structuré » signifie qu'une place est laissée à l'interprétation de l'investigateur. Les questions en gras sont à poser telles quelles et les ajouts entre crochets proposent des consignes ou des précisions éventuelles à demander, selon l'aisance de l'investigateur.

L'ordre des questions est dans la mesure du possible à respecter, des liens entre certaines questions sont suggérés. Après la question introductive, l'entretien est structuré en trois parties. La partie 1 sert à évaluer les déterminants de la prise alimentaire, la restriction cognitive et ce qui pousse la personne à manger et à s'arrêter. La partie 2 s'intéresse aux CAP, définit plus loin, tels que grignotages ou pertes de contrôle. C'est à partir des réponses obtenues dans cette deuxième partie

¹ ci-après le professionnel qui mène ESSCA est nommé « investigateur », il peut s'agir d'un diététicien ou d'un autre professionnel de la santé et est à lire au masculin et féminin

que l'investigateur décide s'il aborde avec le patient la partie 3, qui traite de troubles des conduites alimentaires plus spécifiquement rencontrés dans des cas de surpoids, c'est-à-dire le *binge eating disorder*² et le syndrome d'alimentation nocturne.

Le temps passé à parcourir l'entretien est estimé à 15-30 minutes. L'investigateur essaie dans la mesure du possible de rester focalisé sur les questions posées. Néanmoins il fera évidemment preuve de sensibilité face aux émotions exprimées par la personne. Si elle évoque un sujet qui la bouleverse ou un élément important, il est bienvenu de la laisser parler plutôt que d'enchaîner directement avec la question suivante.

Ci-après sont présentées la question introductive puis les trois parties, avec pour débiter chaque partie un texte explicatif.

QUESTION INTRODUCTIVE

Ce premier item permet de faire le point sur la conscience et l'interprétation qu'a la personne de l'origine de son problème de poids. Certains patients disent qu'ils mangent mal et ne font pas assez d'activité physique, mais d'autres ont l'impression de manger normalement voire peu et de prendre du poids. Ce type d'attribution externe que l'on considère parfois comme du déni n'est pas forcément complètement erroné : à force de régimes répétés, certaines personnes en arrivent à ne pas pouvoir perdre du poids tout en mangeant moins qu'auparavant, à cause d'un métabolisme ralenti et d'une propension accrue à stocker les graisses [3].

Cet item permet également de laisser parler la personne sur sa demande si elle en a une. L'investigateur s'assure que le tour de la question a été fait en demandant « y a-t-il autre chose ? ». Les origines du problème proposées entre crochets permettent d'aborder des points auquel le patient n'aura peut-être pas pensé.

QUESTION INTRODUCTIVE

Item 1. Causes perçues à l'origine du problème de poids	
A quoi attribuez-vous votre problème de poids ? [ou reformulation de la demande de la personne suivi de : « y a-t-il autre chose ? »]	
	[Hérédité, baisse activité physique, alimentation, arrêt tabac, grossesse, traitement médicamenteux, événements de vie, maladie...]

² Dans la traduction française du DSM-5[2] la dénomination « hyperphagie boulimique » qui qualifiait dans le DSM-IV la présence de crises de boulimie sans comportement compensatoire (en anglais « binge eating disorder ») a été remplacée par la dénomination « accès hyperphagiques » (au pluriel, un accès hyperphagique étant par ailleurs le terme utilisé dans le DSM-5 comme alternative à celui de crise de boulimie). Dans ce texte, pour éviter les confusions, nous nous référons au terme anglophone *binge-eating disorder* pour parler du syndrome, et nous utiliserons la dénomination « accès hyperphagique » pour évoquer les crises de boulimie.

PARTIE 1. DETERMINANTS DE LA PRISE ALIMENTAIRE

Cette première partie a pour but d'évaluer les différents facteurs qui interagissent dans la régulation de la prise alimentaire. Il est primordial d'y apporter de l'attention car cela va servir de base au traitement diététique qui va suivre. Les réponses à ces questions donnent des indications de pistes de traitement qui devront être élaborées en fonction des possibilités du patient.

Cette partie débute avec deux questions sur la restriction cognitive et la restriction alimentaire (items 2 et 3). Elles sont volontairement placées en début, alors que le patient n'a pas encore été amené à réfléchir à la faim et au rassasiement. Comme manger parce qu'on a faim et s'arrêter parce qu'on est rassasié sont les comportements « socialement attendus », la personne pourrait omettre de parler de ses tentatives de restriction si on aborde la restriction cognitive après avoir déjà passé du temps sur ces concepts de faim et de rassasiement.

La restriction cognitive (item 2) est l'intention de contrôler son alimentation dans le but de perdre ou de maintenir son poids [4]. Elle n'est pas toujours suivie d'un effet sur le poids. En effet, la restriction cognitive peut ne pas être suivie d'actions restrictives effectives (c'est-à-dire de restriction alimentaire évaluée dans l'item 3). Par ailleurs, la restriction cognitive peut être suivie d'actions restrictives mais en lien avec des pertes des contrôles alimentaires et des grignotages, ce qui limite l'effet de la restriction sur le poids ou favorise les fluctuations pondérales.

Néanmoins, des études suggèrent que c'est l'aspect rigide de la restriction cognitive qui serait négatif [5]. Un contrôle souple par contre serait associé à un poids stable. C'est pourquoi l'item 2 propose d'aller plus en avant dans l'exploration de l'aspect rigide de la restriction avec une question ouverte sur les règles suivies et une question sur l'évitement d'aliments qui se rapportent à cet aspect de contrôle rigide. Si le patient mentionne un comptage de calories ou que l'on peut déceler dans son discours une obsession pour la quantification, il s'agit plutôt de contrôle rigide, tout comme lorsque certains groupes d'aliments sont supprimés.

Un contrôle rigide est caractérisé par une approche dichotomique, de type « tout ou rien », de l'alimentation et du poids. Il est plus souvent corrélé avec des pertes de contrôle alimentaire, rendant difficile le maintien ou la perte de poids. Un contrôle flexible est quant à lui caractérisé par une vision plus tempérée du contrôle de l'alimentation et du poids. Par exemple, le patient sera capable de manger des aliments à forte densité énergétique (« qui font grossir » dans la représentation de la population) en quantité limitée et en parvenant à les apprécier. S'il a l'occasion de faire un bon repas où il mange plus que sa faim, il mangera moins au repas suivant.

L'item 3 explore le côté effectif, réel, de la restriction alimentaire. L'exemple que donne la personne sur la manière dont elle fait attention permet de percevoir s'il y a contrôle flexible, rigide, ou plus aucun contrôle. Il peut arriver que la personne ait lâché toute tentative de contrôle à cause d'idéaux restrictifs inatteignables (signe donc d'un contrôle plutôt rigide).

Suit l'item 4 sur la faim, avec une question ouverte pour savoir si la personne se représente qu'elle mange parce que c'est l'heure, parce qu'elle a faim, parce qu'elle a de la nourriture à disposition, ou pour d'autres raisons qu'elle pourra évoquer spontanément. De même dans l'item 5, elle pourra dire

si elle s'arrête de manger car elle est rassasiée, ou parce que son assiette est vide (ou pour des questions de temps, etc.) avant de parler plus précisément du rassasiement et de la différence entre avoir assez et trop mangé. En cas de troubles des conduites alimentaires ou de restriction cognitive prononcée, les questions plus précises portant sur la faim (item 4) et le rassasiement (item 5) seront difficiles : le patient n'a généralement plus accès à ses sensations alimentaires ou ne les écoute plus.

L'item 6 porte sur l'envie de manger, thème important car les patients la confondent souvent avec la faim. Aborder cette question permet de voir à quel point la personne est consciente de cette confusion, et de l'aider à commencer à clarifier ces notions, déjà en mentionnant la différence qu'il y a entre les deux. La personne peut spontanément évoquer des CAP, auquel cas on pourra faire un lien avec la deuxième partie de l'entretien qui porte sur ce sujet, particulièrement si elle mentionne un « besoin impérieux » de manger (« craving » en anglais, qui représente une « envie irrésistible »). Cela peut concerner les grignotages (lien avec item 7), les pertes de contrôle sur l'alimentation (lien avec item 8), ou l'envie de manger sans avoir faim lors de situations émotionnelles (lien avec items 11 et 12). Le patient peut donner d'autres exemples, comme l'envie de manger parce qu'il voit de la nourriture ; ces exemples devront être repris dans l'item 9, qui porte sur les déclencheurs des pertes de contrôle.

PARTIE 1. DETERMINANTS DE LA PRISE ALIMENTAIRE

Item 2. Restriction cognitive	
Est-ce qu'il vous arrive de vous dire : « je dois faire attention à ce que je mange aujourd'hui »	[si oui, évaluer la fréquence : constamment – plusieurs fois par jour – plusieurs fois par semaine – occasionnellement]
[Si constamment ou plusieurs fois par jour, investiguer d'abord de manière ouverte quels principes la personne suit:] Quelles sont les règles que vous suivez quand vous faites attention ?	
[Évaluer si la personne montre des signes de restriction rigide, tels que :] Évitez-vous de manger certains aliments par principe, même si vous les aimez ?	
Item 3. Restriction alimentaire	
Est-ce que votre intention de faire attention à votre alimentation se traduit en un contrôle réel sur vos choix alimentaires (en quantité ou qualité) ?	
[si oui faire donner un exemple, par exemple avec :] Quel type de contrôle arrivez-vous à exercer sur votre alimentation ?	
Item 4. Faim	
Qu'est-ce qui fait que vous débutez une prise alimentaire ? [par exemple, la dernière fois que vous avez mangé quelque chose, c'était quand ? c'était pourquoi ? Pouvez-vous imaginer d'autres situations où vous auriez mangé pour d'autres raisons ?]	
Comment sentez-vous la faim ? [faire décrire les sensations physiques]	
Item 5. Rassasiement	
Et qu'est-ce qui fait que vous arrêtez de manger ? [par exemple, la dernière fois, qu'est-ce qui a fait que vous avez arrêté de manger ? Pouvez-vous imaginer d'autres situations où vous auriez arrêté de manger pour d'autres raisons ? Pouvez-vous laisser quelque chose dans l'assiette ?]	
Comment sentez-vous le rassasiement, c'est-à-dire le fait d'avoir assez mangé ? [faire décrire les sensations physiques]	
Est-ce que parfois vous avez l'impression d'avoir trop mangé ? [si oui, décrire : fréquence, intensité, conséquences éventuelles sur le comportement]	
Item 6. Envie [Cette question peut directement mener aux items de la partie suivante (partie 2 : comportements alimentaires problématiques), si la personne parle de grignotages, perte de contrôle ou si elle présente une alimentation émotionnelle]	
Quelles différences voyez-vous entre la faim et l'envie de manger ?	
Est-ce qu'il vous arrive d'avoir envie de manger sans avoir faim ? [si oui, faire décrire au patient ce qu'il fait, ce qu'il se passe, la dernière fois que ça s'est produit c'était quand ? comment ? Est-ce qu'il s'agit d'un « besoin impérieux » de manger (craving) ?]	

PARTIE 2. COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PROBLÉMATIQUES (CAP)

La seconde partie de l'entretien porte sur les CAP. Cette partie est charnière entre la première partie sur les déterminants et la troisième partie sur les comportements pathologiques. Certains points peuvent avoir été spontanément abordés lors de la première partie de l'entretien, où l'investigateur aura laissé parler le patient et aura déjà pris des notes, pour y revenir ici. Il y fera alors référence lorsqu'il abordera l'item. Les réponses données lors de cette seconde partie aideront l'investigateur à décider s'il veut poursuivre avec la troisième partie car le patient mentionne des pertes de contrôle ou une alimentation nocturne à investiguer plus précisément ; dans le cas contraire l'entretien s'arrête là.

Les items de cette partie abordent les comportements alimentaires dénommés problématiques, et non pathologiques, car c'est leur intensité ou leur forme qui provoquera une interférence avec une démarche de perte de poids, alors que ces comportements peuvent par ailleurs être présents dans la population des personnes sans problèmes de poids. Ils ne sont donc pas forcément à éradiquer, mais à investiguer et si besoin à désamorcer.

L'item 7 porte sur les grignotages. La définition du grignotage est variable selon les auteurs. Nous avons choisi: *manger de manière répétitive de petites quantités sans avoir faim*. Quelle que soit la définition choisie dans les études, les grignotages ne sont généralement pas associés à l'indice de masse corporelle et même une population sans troubles des conduites alimentaires rapporte des pourcentages de grignotages qui peuvent être élevés [6]. Il ne s'agit donc pas forcément d'un comportement problématique en lui-même. Par contre les grignotages peuvent conduire la personne préoccupée par son poids et son alimentation à culpabiliser et à douter, avec en conséquence des tentatives de restriction, qui peuvent mener à des pertes de contrôle. C'est pourquoi ils doivent être pris en compte dans l'évaluation du comportement alimentaire.

Certains patients disent grignoter en parlant de prises alimentaires qui peuvent être catégorisées comme des collations, c'est pourquoi il est souhaitable de demander de décrire le comportement pour ensuite décider s'il s'agit de grignotage ou de collation.

L'item 8 porte sur les pertes de contrôle alimentaire, que l'on nomme également compulsions alimentaires. La perte de contrôle est un des deux dénominateurs de l'accès hyperphagique, l'autre étant l'absorption d'une grande quantité de nourriture. C'est pourquoi si des pertes de contrôle alimentaire sont présentes, l'investigateur posera systématiquement les questions en lien avec le *binge-eating disorder* contenue dans la 3^{ème} partie. Chez certains patients avec troubles des conduites alimentaires, les accès hyperphagiques sont devenus quotidiens et sont organisés. Il n'y a donc plus de sensation de perte de contrôle. L'investigateur relèvera néanmoins des « pertes de contrôle organisées » pour l'item 8 et abordera la troisième partie.

Il est important de signaler que la perte de contrôle peut également survenir parce qu'on a trop faim, et que cet aspect est gérable lors du traitement diététique. L'hypoglycémie ou les quelques jours précédents les menstruations sont des facteurs qui déclenchent des pertes de contrôle alimentaire, que l'on retrouve dans la population qui a un poids normal sans que cela nécessite un traitement. Le

tour de la question doit être fait de manière approfondie afin d'estimer s'il s'agit d'un comportement pathologique. C'est pour cette raison que l'item 9 investigate les déclencheurs des grignotages ou des pertes de contrôle. Les déclencheurs récoltés orienteront également la prise en charge thérapeutique.

L'item 10 permet d'évaluer la présence d'alimentation nocturne. En cas de réponse affirmative, on poursuivra l'investigation avec les questions sur le syndrome d'alimentation nocturne de la 3^{ème} partie.

Les deux items 11 et 12 traitent de l'alimentation émotionnelle. L'alimentation peut tout à fait avoir un rôle de réconfort, mais elle ne doit pas être la seule manière de gérer les émotions négatives. Il est important d'explorer ces nuances chez le patient. Certaines personnes mangent pour ne plus sentir, voire même avant de ressentir, et toute activation émotionnelle, même positive, déclenchera une prise alimentaire permettant de se tranquilliser.

PARTIE 2. COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PROBLÉMATIQUES

[Si certains points de cette partie ont déjà été abordés dans la partie 1 sur les déterminants de la prise alimentaire, y revenir en mentionnant [comme vous me l'avez dit] ou sauter la question si c'est trop répétitif]	
Item 7. Grignotages	
Est-ce qu'il vous arrive de grignoter, c'est-à-dire de manger de petites quantités de manière répétitive sans faim ? [si oui, faire donner un exemple pour décider si grignotage ou collation]	
Item 8. Perte de contrôle	
[si oui à l'item 7]	
Quand cela vous arrive, avez-vous l'impression qu'il s'agit d'une envie irrésistible de manger ? Est-ce que vous avez parfois l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter ? [si non à l'item 7]	
Est-ce que cela vous arrive d'avoir une envie irrésistible de manger ? Est-ce que vous avez parfois l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter ? [si oui, investiguer la quantité. Qu'il s'agisse de petites ou de grandes quantités, y revenir dans le module <i>binge-eating disorder</i>]	
Items 9. Déclencheurs des pertes de contrôle	
[On peut déjà avoir eu des indications sur ce qui déclenche des envies en explorant l'item 6. Sinon, si la personne a répondu positivement à au moins un des items précédents (item 7 ou 8), rechercher les facteurs déclencheurs, s'ils sont accessibles à la personne : faim, vue des aliments, émotions, période prémenstruelle, habitude...]	
Dans ces moments où vous mangez sans faim, savez-vous ce qui déclenche /ces grignotages/ ou /ces pertes de contrôle/ ?	
Item 10. Alimentation nocturne	
Est-ce que vous mangez parfois beaucoup durant la soirée, après le repas du soir, ou durant la nuit ? [si oui, faire donner un exemple, la fréquence, et y revenir dans le module syndrome d'alimentation nocturne]	
Item 11. Réaction aux affects négatifs	
Quand ça ne va pas, par exemple quand vous vous ennuyez, si vous êtes triste ou contrarié-e, est-ce que vous mangez plus, moins ou pareil ? [si plus, faire donner un exemple, p.ex. la dernière fois que c'est arrivé]	
Item 12. Réaction aux affects positifs	
Quand ça va bien, par exemple lors d'un événement joyeux, lorsque vous êtes détendu-e, heureux-se, est-ce que vous mangez plus, moins ou pareil ? [si plus, faire donner un exemple, p.ex. la dernière fois que c'est arrivé]	

PARTIE 3. COMPORTEMENTS PATHOLOGIQUES

Cette troisième partie de l'entretien sert à dépister la présence d'un *binge-eating disorder* ou d'un syndrome d'alimentation nocturne, décrits dans le DSM-5 [7]. Les critères diagnostiques sont repris dans les questions posées dans l'entretien. Notons que pour le syndrome d'alimentation nocturne, des critères plus détaillés ont été proposés et utilisés en recherche mais ils ne font pas encore l'objet d'un consensus [8].

On note la présence possible de *binge-eating disorder* lorsque les items 13 à 17 remplissent les critères. Tout d'abord il doit y avoir la présence d'accès hyperphagiques (critère A, ces critères font référence à ceux du DSM), au moins une fois par semaine pendant les trois derniers mois (critère D). Si le critère de fréquence et de durée n'est pas rempli, il peut s'agir d'un « autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié » (DSM-5). La « grande quantité de nourriture » qui signale un accès hyperphagique doit être évaluée par l'investigateur en fonction de l'âge et du sexe du patient, de son style de vie et du contexte. La perte de contrôle, deuxième élément nécessaire, est généralement présente, mais elle peut être absente si le comportement est planifié. Cela arrive particulièrement quand le trouble est installé depuis longtemps. Il s'agit néanmoins quand-même d'un accès hyperphagique. Les patients n'utilisent pas ce terme d'« accès hyperphagique », certains parlent de leurs « crises de boulimie », de « compulsions alimentaires », ou donnent un autre nom à ces pertes de contrôle alimentaire sur de grandes quantités de nourriture. Il est important de respecter le vocabulaire employé par le patient pour parler de son comportement. C'est volontairement que le terme « crise de boulimie », pourtant devenu commun, ne figure dans aucune question d'ESSCA. En effet le terme « boulimie » compris dans « crise de boulimie » peut provoquer une réaction forte chez les patients qui se défendent alors de présenter ce comportement, pensant aux vomissements ou aux moyens extrêmes de contrôle du poids liés à cette pathologie.

Par rapport au critère B, trois des caractéristiques doivent être présentes parmi les cinq proposées. Il doit également y avoir une détresse marquée associée au comportement (critère C). Certains patients parlent ouvertement de « souffrance » et répondront positivement à la question y relative, mais pour d'autres, les termes de détresse ou de souffrance sont trop forts. C'est pourquoi une deuxième question évoquant un malaise ou un mal-être (plus psychique) a été ajoutée. Le fait d'expliquer ce qui gêne ou fait souffrir permet à l'investigateur de juger s'il s'agit vraiment d'une détresse « marquée » et si la question a été comprise.

Aucune question dans ESSCA n'aborde l'influence que peuvent avoir la silhouette et le poids sur l'estime de soi. Ce lien entre estime de soi et silhouette est un critère diagnostique de la boulimie mais pas du *binge-eating disorder*, même s'il est fréquemment observé chez ces patients. C'est pourquoi même si le patient évoque des comportements compensatoires, signes de boulimie, on ne dispose pas avec ESSCA de tous les critères pour juger de la présence de cette pathologie.

Le syndrome d'alimentation nocturne figure dans la section « autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifié » du DSM-5. Les critères diagnostiques comprennent des épisodes récurrents d'alimentation nocturne, c'est-à-dire une alimentation excessive après le repas du soir (vu avec l'item 10) ou après s'être réveillé (item 18). Le patient doit également ressentir un mal-être

significatif et/ou une réduction de ses capacités fonctionnelles. Les critères d'exclusion sont la présence de *binge-eating disorder* ou d'un autre trouble psychique (y compris la consommation de substances) ou somatique qui expliquerait ce comportement, des circonstances sociales ou culturelles ou l'effet d'une médication.

Pour conclure il est important de souligner qu'ESSCA ne permet pas de poser un diagnostic. Si le patient présente les signes énumérés ici, ou en cas de doute, il est conseillé d'adresser la personne à un spécialiste des troubles des conduites alimentaires pour une évaluation.

PARTIE 3. COMPORTEMENTS PATHOLOGIQUES

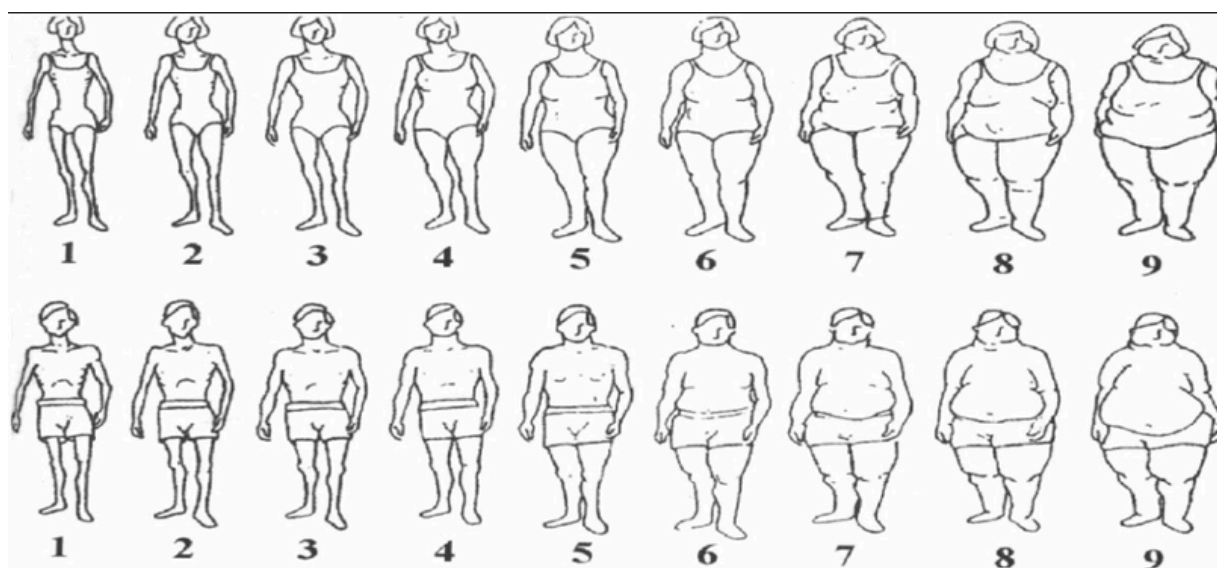
<i>Binge-eating disorder</i>	
Item 13. Accès hyperphagiques (critère A)	
[Faire le lien avec l'item B : « comme nous en avons parlé tout à l'heure/la dernière fois »]	
Vous m'avez dit qu'il vous arrivait d'avoir une envie irrésistible de manger, d'avoir parfois l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter	Oui – Non
[Si la quantité de nourriture a déjà été évaluée dans l'item 8, l'investigateur coche ce qui est adéquat sans poser la question. Si pas encore évalué avec item 8 :]	Oui – Non (faire décrire, l'évaluateur détermine en fonction de la personne s'il s'agit d'une grande quantité)
Est-ce qu'il s'agit alors de grandes quantités de nourriture ?	
Item 14. Caractéristiques associées (critère B)	
J'ai maintenant des questions à vous poser que nous avons déjà partiellement abordées mais je les passe en revue pour vérifier.	
- Dans ces moments-là, mangez-vous très rapidement ?	Oui – Non
- Dans ces moments-là, est-ce que vous ressentez une sensation pénible de distension abdominale/ une sensation d'inconfort physique au niveau du ventre ?	Oui – Non
- Dans ces moments-là, mangez-vous de grandes quantités de nourriture en l'absence de sensation de faim ?	Oui – Non
- Dans ces moments-là, cherchez-vous à être seul-e parce que vous êtes gêné-e de la quantité de nourriture que vous mangez ?	Oui – Non
- Après ces moments-là, vous sentez-vous dégoûté-e de vous-même ou déprimé-e ou coupable ?	Oui – Non
Item 15. Détresse marquée par rapport au comportement (critère C)	
Ce comportement vous fait-il souffrir ?	Oui – Non
[Si la personne répond par la négative, peut-être parce que les termes employés sont trop forts, poursuivre.]	Oui – Non
Est-ce que vous ressentez un malaise ou du mal-être par rapport à ce comportement ?	
[Si la personne répond par l'affirmative à une des deux questions, demander.]	
Arrivez-vous à m'expliquer ce qui vous gêne ou ce qui vous fait souffrir ?	
Item 16. Fréquence et durée (critère D)	
Est-ce que ces accès hyperphagiques [ou le terme utilisé par la personne] sont survenues au moins une fois par semaine en moyenne au cours des trois derniers mois ? [12 fois sur trois mois]	Oui – Non

Item 17. Absence de comportement compensatoire (critère E)		
[à répéter avant chaque sous-question] Au cours des trois derniers mois, cela vous est-il arrivé de :		
- Vomir dans le but de compenser ce que vous avez mangé ?	Oui – Non	
- Prendre des laxatifs, des lavements, ou des diurétiques dans le but de compenser ce que vous avez mangé ?	Oui – Non	
- Faire de l'exercice physique excessif dans le but de compenser ce que vous avez mangé ?	Oui – Non	
- Restreindre de manière importante ce que vous mangiez dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids ?	Oui – Non	
Pour évaluer la présence possible de <i>binge-eating disorder</i> , mettre une croix dans la case correspondant si :		
Item 13 : deux réponses « oui »	<input type="checkbox"/>	Si toutes les cases sont cochées, <i>binge-eating disorder</i> possible
Item 14 : au moins trois réponses « oui »	<input type="checkbox"/>	
Item 15 : au moins une réponse « oui »	<input type="checkbox"/>	
Item 16 : réponse « oui »	<input type="checkbox"/>	
Item 17 : réponse « non » partout	<input type="checkbox"/>	
Syndrome d'alimentation nocturne		
[Si oui à l'item 10, faire le lien : « vous m'avez dit que vous mangiez parfois durant la soirée ou la nuit »]		
Item 18. Manger après le repas du soir		
[Si cela n'est pas encore apparu dans les exemples précédents:]		
Est-ce qu'il vous arrive de vous réveiller la nuit et de vous relever pour manger ? [si oui, faire donner un exemple, la fréquence]		
Item 19. Détresse marquée		
[On pose cette question si la personne a répondu oui à l'item 10 et/ou 18]		
Est-ce que le fait de manger durant la soirée ou la nuit vous procure un mal-être ou est handicapant dans votre vie quotidienne ?		
Pour évaluer la présence possible d'un syndrome d'alimentation nocturne :		
- Grandes quantités mangées durant la soirée ou la nuit dont le patient se rappelle		
- Cause de mal-être ou de dysfonctionnement durant la journée		
- Pas dû uniquement à la présence de <i>binge-eating disorder</i> ou à un autre trouble psychique		
- Pas dû à des circonstances sociales ou culturelles, ni à un changement du cycle sommeil-éveil		
- Pas dû à un problème médical ou à l'effet d'une médication		

RÉFÉRENCES

1. Little, P., et al., *The validity of dietary assessment in general practice*. J Epidemiol Community Health, 1999. 53(3): p. 165-72.
2. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* 5e ed 2015, Issy-les-Moulineaux: Masson.
3. Sumithran, P. and J. Proietto, *The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss*. Clin Sci (Lond), 2013. 124(4): p. 231-41.
4. Herman, C.P. and D. Mack, *Restrained and unrestrained eating*. J Pers, 1975. 43(4): p. 647-60.
5. Westenhoefer, J., A.J. Stunkard, and V. Pudel, *Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint*. Int J Eat Disord, 1999. 26(1): p. 53-64.
6. Reas, D.L., et al., *Nibbling: frequency and relationship to BMI, pattern of eating, and shape, weight, and eating concerns among university women*. Eat Behav, 2012. 13(1): p. 65-6.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)* 2013, Washington DC: American Psychiatric Association.
8. Allison, K.C., et al., *Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome*. Int J Eat Disord, 2010. 43(3): p. 241-7.

9. Pensez-vous que "l'échelle des silhouettes à 9 points de Stunkard" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une insatisfaction corporelle chez l'adolescent ?



1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

10. Pensez-vous que le "Questionnaire SCOFF" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent ?

Questionnaire SCOFF (version anglaise et française)

- 1 / Do you make you Sick because you feel uncomfortably full ?
 2 / Do you worry that you have lost Control over how much you eat ?
 3 / Have you recently lost more than One stone (14lb) in a 3-month period ?
 4 / Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin ?
 5 / Would you say that Food dominates your life ?

- 1 / Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop-plein ?
 2 / Êtes vous inquiet d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
 3 / Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?
 4 / Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 5 / Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Une réponse positive est cotée 1, une réponse négative est cotée 0. Si le score total est supérieur ou égal à 2 sur l'ensemble du test, alors un TCA est suspecté.

Référence : F. Duarte Garcia - Troubles du comportement alimentaire : mieux dépister pour traiter précocement - Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition - Vol. XV - nos9-10 - novembre-décembre 2011

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

12. Pensez-vous que le "Five items screening version of the Eating Disorder Inventory-3" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent ?

5-item screening version of EDI-3

Screening for Anorexia Nervosa (AN):

- . I worry that my feelings will get out of control
- . I feel bloated after eating a normal meal
- . I believe that relaxing is simply a waste of time

Screening for Bulimia Nervosa (BN):

- . I have the thought of trying to vomit in order to lose weight
- . I have gone on eating binges where I felt that I could not stop

Référence: Friborg O, Clausen L, Rosenvinge JH. A five-item screening version of the Eating Disorder Inventory (EDI-3). *Compr Psychiatry*. 2013 Nov;54(8):1222-8. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.05.004. Epub 2013 Jun 10. PMID: 23756110.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

13. Pensez-vous que le "College Oriented Eating Disorders Screen" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent ?

Appendix A. The final version of the College Oriented Eating Disorders Screen (COEDS)

Directions: Circle the number that best describes your thoughts and behaviors for each question.

	Never	Sometimes	Half the time	Often	Always
1. I am embarrassed when I am with a group of people and I am the only one ordering food.	1	2	3	4	5
2. I compare my body to other women's/men's bodies when I go to a social gathering.	1	2	3	4	5
3. I get very upset when I weigh myself and I have gained a few pounds.	1	2	3	4	5
4. I can see my body getting fatter after I eat a meal.	1	2	3	4	5
5. I believe I am fatter than most people say I am.	1	2	3	4	5
6. I feel very competitive with other women/men who have better bodies than I do.	1	2	3	4	5
7. I feel guilty or sad after I eat something fatty.	1	2	3	4	5

Référence: Bucciari, J. M., Roberson-Nay, R., Strong, D. R., Nowak, J. A., & Lejuez, C. W. (2005). Construct validity and reliability of the College Oriented Eating Disorders Screen (COEDS). *Eating Behaviors*, 6(4), 393–402. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2005.03.001>

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

14. Pensez-vous que le "Brief Behavioral and Attitudinal Measures" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent ?

Brief behavioral and attitudinal measures	<p>Attitude: item de l'EAT-26: . I am preoccupied with a desire to be thinner. (never, rarely, sometimes, often, usually, ou always).</p> <p>Comportement : combien de fois au cours des 3 derniers mois les étudiants ont :</p> <p>. Vomit pour contrôler leur poids . Fait des crises de boulimie. (7 options de réponse: never, less than once a month, 1-3 times per month, once per week, 2-6 times per week, once per day, and > once per day.)</p>
--	--

Référence : TREILLE DE GRANDSAIGNE Anna. Quel instrument pour repérer les troubles des conduites alimentaires en soins primaires : analyse d'une revue systématique de la littérature. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Tours ; 2016

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

15. Pensez-vous que le "Eating disorder Screen for Primary care (ESP)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent

	YES	NO
1. Are you satisfied with your eating patterns?		
2. Do you ever eat in secret?		
3. Does your weight affect the way you feel about yourself?		
4. Have any members of your family suffered with an eating disorder?		
5. Do you currently suffer with or have you ever suffered in the past with an eating disorder?		

* A "no" to question 1 is considered an abnormal response.

** A "yes" to questions 2-5 are considered abnormal responses.

Any abnormal response indicates that client needs further assessment.

Référence : Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. J Gen Intern Med. 2003;18(1):53-56. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20374.x

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

17. Pensez-vous que le site internet "Anorexiclic" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent ? voir lien <https://tca-poitoucharentes.fr/anorexiclic>

DEPISTAGE

SITUATION A RISQUE

Maladie astreignant à un régime particulier (Diabète de type 1, Maladie cœliaque, maladie inflammatoire digestive, hypercholestérolémie familiale...)	<input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>
Autres régimes			
Activité physique soutenue (>6h/semaine)	<input type="checkbox"/>	Sportifs de haut niveau	<input type="checkbox"/>
Autres sports intenses			
Danseuse	<input type="checkbox"/>	Mannequin	<input type="checkbox"/>

SIGNES D'ALERTE

Perte de poids de plus de 10%	<input type="checkbox"/>	Préoccupations alimentaires excessives	<input type="checkbox"/>
Troubles du cycle menstruel	<input type="checkbox"/>	Demande de régime alimentaire sans surpoids	<input type="checkbox"/>
Activité physique soutenue	<input type="checkbox"/>	Un IMC < 17,5	<input type="checkbox"/>

LE SCOFF

1 - Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?	<input type="checkbox"/>	2 - Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	<input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?	<input type="checkbox"/>	4 - Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?	<input type="checkbox"/>
5 - Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?	<input type="checkbox"/>	SCOFF ≥ 2 : test positif	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

18. Pensez-vous que le site internet "Expali" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent ? voir lien <http://expali.gilibert.fr/?lang=fr>

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

19. Pensez-vous que le "Dutch Eating Behavior Questionnaire" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent présentant une obésité ?

Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)

Nom et prénom :

Date :

Vous trouverez dans les pages qui suivent un certain nombre de questions concernant vos habitudes alimentaires. Lisez attentivement chaque question et marquez d'une croix la case correspondant à la réponse que vous considérez comme la meilleure. Vous ne devez donner qu'une seule réponse par question. Votre première impression est souvent la meilleure, ne vous attardez donc pas trop longtemps sur chaque question.

1. Quand vous êtes irrité(e), avez-vous envie de manger ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne suis jamais irrité(e)
2. Si vous trouvez un plat savoureux, en mangez-vous plus que d'habitude ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
3. Avez-vous envie de manger lorsque vous n'avez rien à faire ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - J'ai toujours quelque chose à faire
4. Quand vous avez pris un peu de poids, mangez-vous moins que d'habitude ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne prends jamais de poids
5. Avez-vous envie de manger lorsque vous êtes déprimé(e) ou découragé(e) ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne suis jamais déprimé(e) ou découragé(e)
6. Si un plat vous paraît appétissant par son odeur ou son aspect, en mangez-vous plus que d'habitude ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
7. Vous arrive-t-il de refuser de la nourriture ou des boissons que l'on vous offre parce que vous voulez faire attention à votre poids ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
8. Avez-vous envie de manger lorsque vous vous sentez seul(e) ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne me sens jamais seul(e)
9. Quand vous voyez ou vous sentez quelque chose d'appétissant, l'envie vous prend-elle de manger ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
10. Quand vous vous sentez abandonné(e), avez-vous envie de manger ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne me sens jamais abandonné(e)
11. Aux repas, essayez-vous de manger moins que ce que vous auriez envie de manger ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
12. Si vous disposez de quelque chose d'appétissant, le mangez-vous immédiatement ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
13. Quand vous êtes fâché(e), avez-vous envie de manger ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne suis jamais fâché(e)

14. Surveillez-vous exactement ce que vous mangez ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
15. Lorsque vous passez devant une boulangerie, l'envie vous prend-elle d'acheter quelque chose ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
16. Lorsque quelque chose de désagréable vous attend, avez-vous envie de manger ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
17. Mangez-vous volontairement des nourritures peu caloriques ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
18. Lorsque vous voyez d'autres personnes manger, l'envie vous prend-elle de manger également ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
19. Quand vous avez trop mangé, mangez-vous moins le lendemain que d'habitude ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne mange jamais trop
20. Avez-vous envie de manger lorsque vous êtes inquiet(e), soucieux(euse) ou tendu(e) ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne suis jamais inquiet(e), soucieux(euse) ou tendu(e)
21. Pouvez-vous résister à des nourritures délicieuses ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
22. Mangez-vous volontairement un peu moins pour ne pas grossir ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
23. Quand quelque chose vous contrarie ou ne se déroule pas comme vous le souhaitez, avez-vous envie de manger ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
24. Si vous passez devant un snack-bar ou un café, avez-vous envie d'entrer prendre quelque chose de bon ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
25. Lorsque vous êtes énervé(e), avez-vous envie de manger ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne suis jamais énervé(e)
26. Essayez-vous de ne pas manger entre les repas parce que vous surveillez votre poids ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
27. Mangez-vous plus que d'habitude en voyant d'autres gens manger ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
28. Avez-vous envie de manger quand vous vous ennuyez ou quand vous ne tenez pas en place ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne m'ennuie jamais ou je suis toujours calme

29. Pendant la soirée, essayez-vous de ne pas manger parce que vous surveillez votre poids ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

30. Quand vous êtes anxieux(euse), avez-vous de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne suis jamais anxieux(euse)

31. Lorsque vous mangez, tenez-vous compte de votre poids ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

32. Lorsque vous êtes déçu(e), avez-vous envie de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne suis jamais déçu(e)

33. Quand vous préparez un repas, avez-vous tendance à manger quelque chose ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Cet outil de 33 items permet d'évaluer 3 facteurs distincts du comportement alimentaire que sont : la restriction cognitive, l'alimentation émotionnelle et l'externalité.

Chaque question permet 5 possibilités de réponses notées de façon croissante de 0 à 5 points. Les réponses possibles sont : jamais (1 point), rarement (2 points), parfois (3 points), souvent (4 points), très souvent (5 points).

Les scores établis sont les suivants:

- **Score de restriction**: 10 questions (n° 4, 7, 11, 14, 17, 19, 22, 26, 29 et 31) sur la volonté «organisée» de contrôler son poids.

- **Score d'émotivité** : 13 questions réparties en deux sous-scores :

- l'émotivité diffuse pour 4 questions (n° 3, 8, 10 et 28)
- l'émotivité définie pour 9 questions (n° 1, 5, 13, 16, 20, 23, 25, 30 et 32).

- **Score d'externalité** : 10 questions (n° 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27 et 33).

Ce score permet de savoir si le sujet est sensible aux stimuli externes des aliments, et à leurs qualités sensorielles, qui influencent les prises alimentaires.

Pour chaque score, si la moyenne des réponses est supérieure à 30, le sujet est considéré respectivement : restreint, présentant une alimentation émotionnelle ou une externalité.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

20. Pensez-vous que le "Patient Health Questionnaire -Eating Disorder (PHQ-ED)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une hyperphagie boulimique chez l'adolescent ?

PHQ-ED : Pour évaluer l'hyperphagie boulimique

Question 1 : Avez-vous souvent l'impression de ne pas pouvoir contrôler ce que vous mangez ou les quantités de nourriture que vous mangez ?

Question 2 : Mangez-vous souvent, sur une période de 2 heures, ce que la plupart des gens considéreraient comme une quantité anormalement importante de nourriture ?

Si vous avez répondu « oui » aux questions 1) et 2), répondez aux questions suivantes :

Question 3 : En moyenne, cela s'est-il produit 2 fois par semaine au cours des 3 derniers mois ?

Question 4 : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous souvent agi de la manière suivante pour éviter de prendre du poids ? Vous faire vomir ? Prendre plus de deux fois la dose recommandée de laxatifs ? Jeûner, ne rien manger du tout pendant au moins 24 heures ? Faire de l'exercice pendant plus d'une heure précisément pour éviter de prendre du poids après avoir beaucoup trop mangé ?

Si vous avez répondu « oui » à l'un de ces moyens d'éviter de prendre du poids, cela s'est-il produit en moyenne 2 fois par semaine au cours des 3 derniers mois ?

Référence : DELAPORTE Célestine. Dépistage des troubles de l'alimentation chez les adolescents en médecine générale : une revue de la littérature. Thèse de Doctorat en médecine. Université de Montpellier ; 2019

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

21. Pensez-vous que le "Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister la boulimie chez l'adolescent ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5
(QEW-5)©

Susan Z. Yanovski, Marsha D. Marcus, Thomas A. Wadden, and B. Timothy Walsh

Last name _____ First name _____ M.I. _____

Date _____ I.D. Number _____

Thank you for completing this questionnaire. Please circle or check the appropriate number or response, and write in information where asked. You may skip any question you do not understand or do not wish to answer.

1. Age ____ years
2. Sex: 1. Male ____ 2. Female ____
3. What is your ethnic/racial background?
 - a. Are you Latino, Hispanic, or of Spanish origin? (please check Yes or No).
Yes ____ Please continue with question 3b
No ____ Please continue with question 3b
 - b. Which of the following best describes you? (You may check more than one.)
African American/Black ____
American Indian/Native American/Alaskan Native ____
Asian ____
Pacific Islander ____
White ____
Other (please specify): _____

Page 2
4.

How far did you go in school?

1. Some high school or less
2. High school graduate or equivalent (GED)
3. Some college or associate degree
4. Completed college
5. Advanced degree

5. How tall are you?

____ feet ____ inches

6. How much do you weigh now (if you are unsure, please provide your best guess)?

_____ pounds

7. What has been your highest adult weight ever (for women, when not pregnant)?

_____ pounds

8. During the past **three** months, did you ever eat, in a short period of time--for example, a two hour period-- what most people would think was an unusually large amount of food?

1. YES 2. NO IF NO, SKIP TO QUESTION 21

9. During the times when you ate an unusually large amount of food, did you ever feel you could not stop eating or control what or how much you were eating?

1. YES 2. NO IF NO, SKIP TO QUESTION 21

10. During the past three months, how often, on average, did you have episodes like this -- that is, eating large amounts of food plus the feeling that your eating was out of control? (There may have been some weeks when this did not happen -- just average those in.)

- 1. Less than 1 episode per week
- 2. 1 episode per week
- 3. 2-3 episodes per week
- 4. 4-7 episodes per week
- 5. 8-13 episodes per week
- 6. 14 or more episodes per week

11. Did you usually have any of the following experiences during these episodes?

- a. Eating much more rapidly than normal? Yes No
- b. Eating until feeling uncomfortably full? Yes No
- c. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry? Yes No
- d. Eating alone because of feeling embarrassed by how much you were eating? Yes No
- e. Feeling disgusted with yourself, depressed, or feeling very guilty afterward? Yes No

12. Think about a typical episode when you ate this way (that is, when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control):

a. What time of day did the episode start?

- 1. (8 AM to 12 Noon)
- 2. (12 Noon to 4 PM)
- 3. (4 PM to 8 PM)
- 4. (8 PM to 12 Midnight)
- 5. (12 Midnight to 8 AM)

b. Approximately how long did this episode of eating last?

____ hours ____ minutes

d. At the time this episode started, how long had it been since you had previously finished eating a meal or snack?

____ hours ____ minutes

13. In general, during the past three months, how upset were you by these episodes (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1. Not at all
- 2. Slightly
- 3. Moderately
- 4. Greatly
- 5. Extremely

14. During the past three months, did you ever make yourself vomit in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1. Yes
- 2. No

IF YES: How often, on average, was that?

- 1. Less than 1 episode per week
- 2. 1 episode per week
- 3. 2-3 episodes per week
- 4. 4-7 episodes per week
- 5. 8-13 episodes per week
- 6. 14 or more episodes per week

c. As best you can remember, please list everything you ate and drank during that episode. Please list the foods eaten and liquids consumed during the episode. Be specific - include brand names where possible, and amounts or portion sizes as best you can estimate.

15. During the past three months, did you ever take more than the recommended dose of laxatives in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1. Yes
- 2. No

IF YES: How often, on average, was that?

- 1. Less than 1 time per week
- 2. 1 time per week

- 3. 2-3 times per week
- 4. 4-5 times per week
- 5. 6-7 times per week
- 6. 8 or more times per week

16. During the past three months, did you ever take more than the recommended dose of diuretics (water pills) in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1. Yes
- 2. No

IF YES: How often, on average, was that?

- 1. Less than 1 time per week
- 2. 1 time per week
- 3. 2-3 times per week
- 4. 4-5 times per week
- 5. 6-7 times per week
- 6. 8 or more times per week

17. During the past three months, did you ever fast – for example, not eat anything at all for at least 24 hours -- in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1. Yes
- 2. No

IF YES: How often, on average, was that?

- 1. Less than 1 day per week
- 2. 1 day per week
- 3. 2 days per week
- 4. 3 days per week
- 5. 4-5 days per week
- 6. More than 5 days per week

Page 6

18. During the past three months, did you ever exercise excessively –for example, exercised even though it interfered with important activities or despite being injured –specifically in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1. Yes
- 2. No

IF YES: How often on average, was that?

- 1. Less than 1 time per week
- 2. 1 time per week
- 3. 2-3 times per week
- 4. 4-7 times per week
- 5. 8-13 times per week
- 6. 14 or more times per week

19. During the past three months, did you ever take more than the recommended dose of a diet pill in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

- 1. Yes
- 2. No

IF YES: How often on average, was that?

- 1. Less than 1 time per week
- 2. 1 time per week
- 3. 2-3 times per week
- 4. 4-5 times per week
- 5. 6-7 times per week
- 6. 8 or more times per week

20. During the past three months, on average, how important has your weight or shape been in how you feel about or evaluate yourself as a person-- as compared to other aspects of your life, such as your performance at work or as a parent, or how you get along with other people?

- 1. Weight and shape were **not very important**
- 2. Weight and shape played a part in how you felt about yourself
- 3. Weight and shape were **among the main things** that affected how you felt about yourself
- 4. Weight and shape were the **most important things** that affected how you felt about yourself.

Page 7

Continue here after completing question 20 **OR** if you skipped to question 21 from question 8 or 9

21. During the past three months, did you ever have episodes during which you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating but in which you did **not** consume what most people would think was an unusually large amount of food?

- 1. YES
- 2. NO
- IF NO, SKIP TO QUESTION 26

22. During the past three months how often did you have episodes like this -- the feeling that your eating was out of control, but you did **not** consume what most people would think was an unusually large amount of food? (There may have been some weeks when this did not happen --just average those in.)

- 1. Less than 1 episode per week
- 2. 1 episode per week
- 3. 2-3 episodes per week
- 4. 4-7 episodes per week

- 5. 8-13 episodes per week
- 6. 14 or more episodes per week

23. Did you usually have any of the following experiences during these episodes?
- a. Eating much more rapidly than normal? Yes No
 - b. Eating until feeling uncomfortably full? Yes No
 - c. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry? Yes No
 - d. Eating alone because of feeling embarrassed by how much you were eating? Yes No
 - e. Feeling disgusted with yourself, depressed, or feeling very guilty afterward? Yes No

24. Think about a typical episode when you ate this way (that is, when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating) but in which you did *not* consume an unusually large amount of food):

a. What time of day did the episode start?

- 1. (8 AM to 12 Noon)
- 2. (12 Noon to 4 PM)
- 3. (4 PM to 8 PM)
- 4. (8 PM to 12 Midnight)
- 5. (12 Midnight to 8 AM)

b. Approximately how long did this episode of eating last?

_____ hours _____ minutes

c. As best you can remember, please list everything you ate and drank during that episode. Please list the foods eaten and liquids consumed during the episode. Be specific – include brand names where possible, and amounts or portion sizes as best you can estimate.

d. At the time this episode started, how long had it been since you had previously finished eating a meal or snack?

_____ hours _____ minutes

25. In general, during the past three months, how upset were you by these episodes (that is, when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating but in which you did *not* consume an unusually large amount of food)?

- 1. Not at all
- 2. Slightly
- 3. Moderately
- 4. Greatly
- 5. Extremely

Continue here after completing question 25 *OR* if you skipped to question 26 from question 21

26. Please take a look at these silhouettes. Put a circle around the silhouettes that most resemble the body builds of your biological father and mother at their heaviest. If you have no knowledge of your biological father and/or mother, don't circle anything for that parent.

e 10 **DECISION RULES FOR SCREENING FOR POSSIBLE DIAGNOSIS OF BINGE EATING DISORDER (BED) USING THE QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5 (FOR RATER'S USE ONLY)**

QUESTION NUMBER	RESPONSE	POSSIBLE DIAGNOSIS OF BED
8 AND 9	1 (BINGE EATING)	
10	2, 3, 4, 5, OR 6 (AT LEAST 1 EPISODE PER WEEK FOR THREE MONTHS)	
11 a through e	3 OR MORE ITEMS MARKED "YES" (AT LEAST 3 ASSOCIATED SYMPTOMS DURING BINGE EATING EPISODES)	
13	4 OR 5 (MARKED DISTRESS REGARDING BINGE EATING)	

POSSIBLE DIAGNOSIS OF BED REQUIRES ALL OF THE ABOVE ALONG WITH THE ABSENCE OF INAPPROPRIATE COMPENSATORY BEHAVIORS AS SEEN IN BULIMIA NERVOSA, AS DEFINED BELOW.

QUESTION NUMBER	RESPONSE	POSSIBLE DIAGNOSIS OF BULIMIA NERVOSA
8 AND 9	1 (BINGE EATING)	
10	2, 3, 4, 5, OR 6 (AT LEAST 1 EPISODE PER WEEK FOR THREE MONTHS)	
14,15,16,17,18, OR 19	ANY RESPONSE 2, 3, 4, 5, OR 6 (INAPPROPRIATE COMPENSATORY BEHAVIOR AT LEAST 1 TIME PER WEEK FOR THREE MONTHS)	
20	3 OR 4 (OVERVALUATION OF WEIGHT/SHAPE)	

QUESTIONS FOR RESEARCH PURPOSES ONLY

(NOT TO BE USED FOR DIAGNOSIS OF BED OR BULIMIA NERVOSA)

12 a through d	EXAMINER'S JUDGMENT THAT AMOUNT OF FOOD DESCRIBED IS UNUSUALLY LARGE GIVEN CIRCUMSTANCES (I.E., TIME OF DAY, HOURS SINCE PREVIOUS MEAL) YES___ NO___ UNSURE_____
21	1 (SUBJECTIVE BULIMIC EPISODE/LOSS OF CONTROL EATING)
24 a through d	EXAMINER'S JUDGMENT THAT AMOUNT OF FOOD DESCRIBED IS UNUSUALLY LARGE GIVEN CIRCUMSTANCES (I.E., TIME OF DAY, HOURS SINCE PREVIOUS MEAL) YES___ NO___ UNSURE_____
26	SILHOUETTES MAY BE USED TO ESTIMATE PARENTAL HISTORY OF OBESITY

The QEWP-5 is a revised version of the QEWP-R,¹ updated to reflect Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; criteria for Binge Eating Disorder.

Silhouettes from: Stunkard AJ, Sorenson T, Schulzinger F. Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness. In: Kety SS, Roland LP, Sidman RL, Matthysse S.W., eds. *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders*. Raven Press: New York. 1983:119. Used by permission.

¹Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD. (HaPI Record). 1994; Pittsburgh PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer). McLean, VA: BRS Search Service (Vendor)

²American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, Washington, DC; 2013.

The QEWP-5 may be cited as: Yanovski SZ, Marcus MD, Wadden TA, Walsh BT. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5). *Int J Eating Disorders*. DOI: 10.1002/eat.22372. Permission to adapt the QEWP-5 may be obtained from Marsha D. Marcus, Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213. Email: marcusmd@upmc.edu

Copyright © 2014 by Marsha D. Marcus, Thomas A. Wadden, B. Timothy Walsh

Annexe 8 : Questionnaire « Dépistage de la puberté, des infections sexuellement transmissibles et des conduites sexuelles à risque chez l'adolescent »

L'objectif est de sélectionner par méthode Delphi :

- les facteurs de risque les plus pertinents à rechercher à l'interrogatoire en consultation
- les outils de dépistage les plus pertinents à utiliser en consultation pour dépister la pathologie donnée chez l'adolescent

1. Pensez-vous que les items suivants soient des facteurs influençant l'âge de début de la puberté pertinents à rechercher en consultation ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Sexe (filles = puberté précoce ; garçon = retard pubertaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surpoids / Obésité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress physique, sport intensif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress psychologique (adoption, tensions, abus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niveau socio-économique et d'éducation, immigration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Pensez-vous que l'échelle de Tanner soit un outil pertinent à utiliser en consultation pour évaluer l'avance ou le retard pubertaire ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

3. Pensez-vous que la surveillance du poids, de la taille et de l'indice de masse corporelle (IMC) soit un outil pertinent à utiliser en consultation pour évaluer l'avance ou le retard pubertaire ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les infections sexuellement transmissibles (IST) chez l'adolescent(e) ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Partenaires multiples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrants, retour de pays d'endémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homosexuels hommes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeunes adultes (femmes <25ans ; hommes <35ans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Femme enceinte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres IST, antécédents d'IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conduites à risque (usage de drogue injectable, commerce du sexe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence de conseils, d'informations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rupture sociale, familiale ou scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des comportements sexuels à risque chez l'adolescent(e) (rapports non protégés, non utilisation d'une contraception, risque de grossesse, contraception d'urgence, interruption volontaire de grossesse) ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Age précoce du 1er rapport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partenaires multiples dans l'année	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau d'étude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique, coût de la contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés familiales ou scolaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise estime de soi, dépression, abus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situations à risque (alcool, tabac, drogue...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise observance ou mauvaise utilisation d'un moyen de contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contraception non choisie ou inadaptée, manque d'information ou de connaissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise perception du risque de grossesse ou du risque lié au moyen de contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crainte de la non confidentialité ou anonymat, absence de temps de consultation seul, stigmatisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté d'accessibilité aux soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Pensez-vous que l'utilisation de la fiche mémo de la HAS soit un outil d'aide pertinent en consultation au choix d'une contraception adaptée chez l'adolescente ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

Fiche Mémo

Contraception chez l'adolescente

Juillet 2013
Mise à jour mars 2018

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, en toute confidentialité et gratuitement

- L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de consultation uniquement avec elle.
- L'adolescente doit être informée de la confidentialité de l'entretien, mais également de la gratuité de la consultation, de la méthode contraceptive et des actes liés à la contraception.
- Une prise en charge gratuite et confidentielle est également possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

La démarche de conseil/accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins

- Engager le dialogue en évitant d'être intrusif, évoquer ses habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, rassurer l'adolescente quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses désirs, ses craintes...
- Évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure et son évolution.
- Recueillir des informations sur les antécédents personnels ou familiaux en utilisant des termes compréhensibles.
- Expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel.
- Prendre en compte les comportements à risque (addictions tabac, alcool, drogues, dépression, mauvaise estime de soi, difficultés scolaires, manque de soutien familial, niveau d'éducation et de revenus) et évaluer la possibilité de contrainte ou violence dans les relations sexuelles.
- Réévaluer chaque année l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.

L'examen gynécologique peut être différé

- L'examen clinique comprend : examen général, taille, indice de masse corporelle, **tension artérielle**, autres éléments comme importance et localisation de l'acné, pilosité.
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1^{re} consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du 1^{er} entretien et programmé pour une consultation ultérieure.

L'information à délivrer

- Informer sur les différentes méthodes contraceptives disponibles :
 - l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive, en dehors de la stérilisation ;
 - contenu de l'information : mode d'emploi, efficacité (optimale et en utilisation courante), contre-indications, risques (notamment risque thromboembolique) et effets indésirables possibles (notamment sur l'acné et les règles), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement...

L'information à délivrer (suite)

- Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescentes concernant :
 - la prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule estroprogestative, relation entre prise de poids et progestatifs seuls mal documentée ;
 - l'acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale ;
 - le retour de la fertilité : est en général immédiat **sauf après injection de progestatif** où il peut prendre jusqu'à 12 mois ;
 - l'impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule estroprogestative, risque de trouble des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.
- Informer sur les préservatifs, les IST y compris le sida : encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation. Évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et la possibilité d'une réticence à leur utilisation.
- Contraception d'urgence : informer sur :
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal), de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles ;
 - la gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou en centre de planification ou d'éducation familiale de la contraception d'urgence.

Méthodes utilisables

- Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.
- Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

- Les estroprogestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel², hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine...).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : les pilules de 3^e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4^e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent pas être utilisées en première intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patch) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération³ et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.
- Le prescripteur doit fournir des informations aux adolescentes et s'assurer de leur bonne compréhension concernant :
 - les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : pour la voie orale, prise quotidienne, toujours au même moment de la journée. Trouver avec l'adolescente les moyens d'une bonne observance (sonnerie sur le téléphone portable, etc.) ;
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h⁴ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
 - leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux⁵ ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informez sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)⁶ ;
 - la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture...) ;
 - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsifs, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁷ ;
 - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).

3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2012).

4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - <http://www.inpes.santia.fr/CFESBases/catalogue/pdf/3369.pdf>

5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).

6. Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysse, appétit ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.

7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Théaurus des interactions médicamenteuses » disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.santia.fr>

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

- Les progestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne).
- Plusieurs voies d'administration sont disponibles :
 - pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
 - implant à l'étonogestrel - méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Intéressant chez des adolescentes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de trouble menstruel (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
 - les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.
- Les adolescentes doivent être informées sur :
 - les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
 - le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticoagulants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁸ ;
 - la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.
- Les macroprogestatifs per os ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et à « Théaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

- Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/nulligestées).
- Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables, après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*⁹ avant la pose). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.
- Les adolescentes doivent être informées sur :
 - l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
 - leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
 - l'impact du DIU sur les cycles (règles plus abondantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;
 - la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.
- Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes.
- Le DIU au LNG est à considérer avec précaution chez l'adolescente, notamment en raison des difficultés de la pose. Il est cependant possible de le proposer aux adolescentes ayant des règles abondantes, à condition qu'elles acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.
- Il faut conseiller aux adolescentes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexplicables.

9. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

- Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Néanmoins, le risque d'échec est plus élevé chez les jeunes.
- Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être envisagée et discutée avec les adolescents.

Méthodes barrières (suite)

- Préservatifs (masculins, féminins) :
 - seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
 - efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
 - informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)¹⁰ ;
 - informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.
- Diaphragme, cape cervicale, spermicides :
 - efficacité contraceptive du diaphragme / de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
 - ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida.
 - la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, par le praticien (médecin ou sage-femme) après examen gynécologique et l'apprentissage se font en consultation.
 - les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

10. Voir documents de l'Inpes :

- Mode d'emploi du préservatif féminin - <http://www.inpes.sante.fr/CFR/FR/ressources/catalogue/pdf/010.pdf>
- Mode d'emploi du préservatif masculin - <http://www.inpes.sante.fr/CFR/FR/ressources/catalogue/pdf/746.pdf>

Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

- Méthodes peu adaptées aux adolescentes en raison de l'irrégularité de leur cycle, de leur indice de fertilité élevé et du risque d'échec élevé de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »).

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

- Non autorisées par la loi chez les mineures¹¹.

11. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP).



Ressources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : www.ansm.sante.fr
- Association fil-santé jeunes : www.fil-santejeunes.com
- Association française pour la contraception : www.contraceptions.org
- Centres de planification ou d'éducation familiale : www.jvg.social-sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale
- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : www.inpes.sante.fr, www.choisisacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr
- Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr - rubrique « Contraception »
- Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org

HAS

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

7. Pensez-vous que l'utilisation de la fiche repère INPES soit un outil d'aide pertinent en consultation au choix d'une contraception adaptée chez l'adolescente ?

Une démarche spécifique pour l'adolescente ?

Les méthodes de 1^{er} choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale (surtout oestroprogestative), éventuellement en association.

Même si la démarche d'aide au choix est globalement similaire à celle proposée pour toute femme, il existe un certain nombre de points clés :

- **Recevoir l'adolescente sans ses parents** (même si leur évocation dans la conversation reste importante) et l'assurer de la confidentialité de l'entretien³. Elle peut souhaiter la présence de son partenaire ou d'une amie.
- **Aborder sans a priori le sujet de la sexualité.**
- **Adapter la démarche à l'âge et aux besoins** : éviter d'être intrusif, questionner graduellement l'adolescente sur ses camarades et sur ses habitudes de vie ; partir de ses représentations de la sexualité et de la grossesse, de ses projets et de ses besoins ; le cas échéant la rassurer sur sa normalité (transformations physiques, désirs, craintes, etc.) ; travailler avec elle la manière de répondre à une demande insistante d'avoir des rapports sexuels si elle n'en a pas envie.
- **Ne pas hésiter à reporter l'examen gynécologique et les examens sanguins** à une consultation ultérieure (sauf symptômes ou antécédents).
- **Aider l'adolescente à se projeter dans une utilisation future** de la méthode envisagée, en abordant la question des **freins à son utilisation** (représentations, opinion du partenaire, coût, approvisionnement, accessibilité des services).
- **Discuter de la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule et des méthodes de rattrapage possibles** en cas de non-utilisation ou de rupture de préservatif.
- **Pour la contraception d'urgence hormonale**, préciser que la délivrance est anonyme, non soumise à prescription et qu'elle est gratuite pour les mineures. Indiquer aussi les lieux où elle est disponible (pharmacies, infirmeries scolaires, centres de planification et d'éducation familiale).
- **Informez sur les IST** et l'efficacité des préservatifs en prévention.
- **Prévoir un suivi régulier et rapproché.**

Ressources

<p>Haute Autorité de santé (HAS) www.has-sante.fr</p> <p>Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme (07/12/04). D'autres documents sur la contraception sont accessibles sur ce site.</p>	<p>Ministère chargé de la santé www.sante.gouv.fr</p> <p>(mots clés : contraception, IVG). Dossier d'information sur les méthodes contraceptives (avec questions/réponses) ; Bilans relatifs à l'utilisation de la contraception d'urgence par les mineures, guide remis aux patients souhaitant une stérilisation à visée contraceptive ; Législation-réglementation en vigueur ; coordonnées utiles : centres de planification ou d'éducation familiale, établissements d'information, de consultation et de conseil familial de tous les départements ; Permanences téléphoniques régionales.</p>
<p>Inpes www.inpes.sante.fr</p> <p>Commande gratuite de documents. Préconçus : brochures sur les modes d'emploi des préservatifs masculins et féminins. Certaines existent en plusieurs langues. Documents d'information sur sexualité / contraception / IST : pour tous publics, pour les femmes et pour les adolescents (« Questions Q », « L'amour en question », « Questions d'ado », « Les premières fois »).</p>	<p>Fil Santé Jeunes 0 800 235 236</p> <p>Appel gratuit, 7j/7 ; 8h00-00h00</p> <p>Ecoute, information, orientation des jeunes en matière de santé physique, psychique et sociale. www.filsantejeunes.com</p>

Ecoute Sexualité Contraception
Numéros verts locaux
0 800 803 803 pour Paris
0 800 105 105 pour Marseille et une partie du sud de la France
Information, conseil ou réponse à des problèmes liés à la sexualité. www.planning-familial.org







³ La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception précise que « le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures ».

Comment aider une femme à choisir sa contraception ?

La contraception en France est l'objet d'un paradoxe marquant : le taux d'IVG ne décroît pas (200 000 IVG pratiquées chaque année) malgré un taux de couverture contraceptive qui augmente. Pour améliorer l'efficacité des méthodes contraceptives, des recommandations ont été émises fin 2004 par l'Anaes, l'Afssaps et l'Inpes¹, à la demande de la Direction générale de la Santé. Elles reposent sur l'idée centrale que pour être bien acceptée et bien suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne.

Pourquoi impliquer la femme ou le couple dans le choix ?

La relation médecin-patient a évolué au cours des dernières décennies, avec une participation de plus en plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé. Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande **satisfaction** ainsi qu'à une **meilleure utilisation des méthodes** : un choix adapté pourrait améliorer l'**efficacité pratique** des méthodes contraceptives, laquelle est généralement inférieure à leur efficacité théorique (celle des essais thérapeutiques). La littérature souligne également l'impact positif de l'accord du partenaire sur le suivi de la méthode et donc l'importance, le cas échéant, de considérer le couple dans la démarche contraceptive.

En pratique

- **La volonté de s'impliquer dans la décision est variable d'une femme à l'autre** : certaines préféreront s'en remettre à vos conseils, tandis que d'autres souhaiteront participer au choix. Il paraît donc important d'explorer le niveau d'implication souhaité par chaque femme.

A quelle occasion aborder la question ?

Les occasions sont nombreuses : au début de la vie sexuelle d'une femme (et notamment chez l'adolescente), en cas de changement de partenaire, au décours d'une grossesse, en cas d'IVG, en cas de souhait de changement de méthode (arrêt du préservatif notamment), en présence d'un facteur de risque : infection sexuellement transmissible (IST), hypercholestérolémie, tabagisme, etc.

¹ Très complètes, ces recommandations comprennent un état des lieux de la contraception en France, présentent les méthodes disponibles avec leurs indications et contre-indications, explorent les déterminants psychosociaux du choix et du suivi d'une méthode et abordent les stratégies d'aide au choix. C'est sur ce dernier point qu'il a été choisi de centrer la présentation. L'ensemble des recommandations est accessible sur : www.has-sante.fr

Quelles sont les étapes de l'aide au choix ?

La **première consultation** au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait autant que possible être **spécifiquement dédiée à cette question**.

En cas d'impossibilité – urgence notamment – il est recommandé de réserver un temps à ce sujet dans la consultation et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

L'aide au choix peut s'inscrire dans une approche éducative ou dans une démarche de conseil et d'accompagnement (*counseling*)². En pratique, le **modèle BERCCER** de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en **6 étapes** : **Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour**. Chacune peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment. Pour plus d'information sur BERCCER, cf. site OMS : www.inforhealth.org/pr/prf/fj48edsum.shtml

• Bienvenue

Temps d'**accueil** de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

• Entretien

Temps de **recueil d'information et d'expression de la femme** sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un **diagnostic éducatif** partagé.

En pratique : voir encadré « diagnostic éducatif » ci-contre

• Renseignement

Délivrance d'une **information claire, hiérarchisée et sur mesure**. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la **bonne compréhension des informations** concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.

En pratique : voir encadré « méthodes » ci-contre, et recommandations Anaes/Afssaps/Inpes

• Choix

Le professionnel souligne que la **décision finale appartient à la consultante**. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à

faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

• Explication

Discussion autour de la **méthode choisie** et de son **emploi** : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

• Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de **réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée** à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour **discuter un changement de méthode**. Cette phase **prendra en compte les modifications de ses situations personnelle, affective et sociale**. A partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cancéreux et cardio-vasculaires.

En pratique : qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ?

- Il permet à la consultante, avec l'aide du professionnel, d'**identifier** ses besoins, d'**appréhender** les différents aspects de sa personnalité, de **prendre en compte** ses demandes. Il s'agit d'**explorer ensemble** :

« ce qu'elle a »

→ état de santé, facteurs de risque personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thromboemboliques...), maladies et traitements éventuels, histoire de sa contraception, etc. ;

« ce qu'elle fait »

→ situations familiale et professionnelle, activités sociales et de loisirs, lieu de vie, niveau de ressource, couverture sociale, etc. ;

« ce qu'elle sait »

→ en matière de contraception (les méthodes, leurs utilisations, etc.) ;

« ce qu'elle croit »

→ croyances relatives aux bienfaits ou aux méfaits des méthodes contraceptives, croyances liées à sa culture, à sa situation sociale et familiale, son éducation et son parcours, etc. ;

« ce qu'elle ressent »

→ au sujet de sa vie affective et sexuelle et vis-à-vis de la contraception (inquiétude, résignation, impuissance, motivation, etc.) ;

« ce dont elle a envie »

→ ses projets, un désir de grossesse, une méthode contraceptive précise, etc.

En pratique : quelles méthodes contraceptives proposer ?

La contraception oestroprogestative

→ est l'une des méthodes de 1^{re} intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, hépatique, cancéreux, etc.).

La contraception par progestatif seul

→ peut être utilisée dans certaines situations où les pilules oestroprogestatives sont contre-indiquées (risque cardio-vasculaire notamment), mais également en 1^{re} intention. Il s'agit essentiellement de la pilule micro progestative (prise rigoureuse, tous les jours à la même heure). Ses effets secondaires (aménorrhée, spotting, etc.), possiblement gênants, sont mieux acceptés si la femme en est avertie.

Les dispositifs intra-utérins (DIU)

→ ne sont pas uniquement destinés aux multipares et peuvent être envisagés en 1^{re} intention à condition de respecter les contre-indications, d'évaluer et d'écarter les situations à risques d'infection et de grossesse extra-utérine (GEU) et d'informer la consultante sur les risques.

→ le DIU peut être utilisé comme méthode de contraception d'urgence (méthode la plus efficace).

L'aménorrhée lactationnelle

→ est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi-exclusif (intervalle maximum de 6 heures entre 2 tétées).

Les préservatifs, masculins ou féminins

→ sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST. A proposer en cas de partenaires multiples, de relations occasionnelles, d'absence de relation stable, etc. seuls ou en association avec d'autres méthodes. Ils nécessitent une pédagogie ciblée.

Les autres méthodes naturelles

→ devraient être réservées à des personnes connaissant bien leur cycle, la méthode, et pouvant s'exposer à un risque de grossesse.

Les méthodes de stérilisation

→ peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations. Il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles. Elles ne peuvent être pratiquées sur une personne mineure et un délai de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.

NB : la contraception d'urgence hormonale n'est pas recommandée en tant que seule méthode contraceptive régulière, en raison des effets secondaires et du risque de grossesse majorés par rapport à une méthode hormonale continue.

² Le **counseling** renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la personne, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d'autre part il engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies.

La **démarche éducative**, pour sa part, renvoie à un partenariat pédagogique, centré sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette approche est individualisée et se fonde à la fois sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et sur ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

Annexe 9 : Questionnaire « Dépistage des mésusages et des addictions (alcool, tabac, drogues, écrans, jeux d'argent) chez l'adolescent »

L'objectif est de sélectionner par méthode Delphi :

- les facteurs de risque les plus pertinents à rechercher à l'interrogatoire en consultation
- les outils de dépistage les plus pertinents à utiliser en consultation pour dépister les mésusages et addictions chez l'adolescent

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une consommation d'alcool chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avancée en âge dans l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1er usage précoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabagisme ou usage de drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, TDAH, trouble de la personnalité, antécédent de violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faible niveau socio-économique, vie en milieu rural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales, vie en foyer, trouble psychiatrique ou addictif familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec ou influences des pairs, festivités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents judiciaires, comportement anti-social ou à risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minorité sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puberté ou parentalité précoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation d'écrans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Pensez-vous que les deux items du DSM-IV ("DSM-IV 2-item scale") soient un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?

In the past year, have you sometimes been under the influence of alcohol in situations where you could have caused an accident or gotten hurt?

Have there often been times when you had a lot more to drink than you intended to have?

Durant la dernière année, as tu été sous l'influence de l'alcool dans des situations où tu aurais pu causer un accident ou te blesser?

Y a-t-il eu des moments où tu as beaucoup plus bu que tu n'en n'avais l'intention ?

Interprétation : Une réponse "oui" à au moins une des deux questions : mésusage probable de l'alcool
Référence : Newton AS, Gokiart R, Mabood N, Ata N, Dong K, Ali S, Vandermeer B, Tjosvold L, Hartling L, Wild TC. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. Pediatrics. 2011 Jul.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

3. Pensez-vous que le questionnaire "The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

Patient Name: _____

Date: _____

The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

Please circle either Yes or No for each item as it applies to you.

1. Do you feel you are a normal drinker? (By normal we mean you drink less than or as much as most other people.)	Yes	No
2. Have you ever awakened the morning after some drinking the night before and found that you could not remember a part of the evening?	Yes	No
3. Does your wife, husband, a parent, or other near relative ever worry or complain about your drinking?	Yes	No
4. Can you stop drinking without a struggle after one or two drinks?	Yes	No
5. Do you ever feel guilty about your drinking?	Yes	No
6. Do friends or relatives think you are a normal drinker?	Yes	No
7. Are you able to stop drinking when you want to?	Yes	No
8. Have you ever attended a meeting of Alcoholics Anonymous (AA)?	Yes	No
9. Have you gotten into physical fights when drinking?	Yes	No
10. Has your drinking ever created problems between you and your wife, husband, a parent, or other relative?	Yes	No
11. Has your wife, husband (or other family members) ever gone to anyone for help about your drinking?	Yes	No
12. Have you ever lost friends because of drinking?	Yes	No
13. Have you ever gotten into trouble at work or school because of drinking?	Yes	No
14. Have you ever lost a job because of drinking?	Yes	No
15. Have you ever neglected your obligations, your family or your work for two or more days in a row because you were drinking?	Yes	No
16. Do you drink before noon fairly often?	Yes	No
17. Have you ever been told you have liver trouble? Cirrhosis?	Yes	No
18. After heavy drinking have you ever had Delirium Tremens (D.T.s) or severe shaking, or heard voices or seen things that really were not there?	Yes	No
19. Have you ever gone to anyone for help about your drinking?	Yes	No
20. Have you ever been in a hospital because of drinking?	Yes	No
21. Have you ever been a patient in a psychiatric hospital or on a psychiatric ward of a general hospital where drinking was part of the problem that resulted in hospitalization?	Yes	No
22. Have you ever been seen at a psychiatric or mental health clinic, or gone to any doctor, social worker, or clergyman for help with an emotional problem, where drinking was part of the problem?	Yes	No
23. Have you ever been arrested for drunk driving, driving while intoxicated, or driving under the influence of alcoholic beverages? (If YES, how many times? _____)	Yes	No
24. Have you ever been arrested, or taken into custody even for a few hours, because of other drunk behavior? (If YES, how many times? _____)	Yes	No

Scoring the MAST

The version of the MAST included on this web site was provided by Professor Selzer, who indicated that the version published in 1971 in the American Journal of Psychiatry was modified in 1980.

In scoring the MAST points are assigned to a response depending upon whether the item is worded positively or negatively.

For items 1, 4, 6 and 7 negative answers are consistent with alcoholic responses.

For items 2, 3, 5, and 9-25 positive responses are consistent with alcoholic responses.

The scale assigns a 1-5 weighting to each of the items, with a rating of 5 being considered diagnostic of alcoholism. Questions that were highly discriminating were given a value of two points and others assigned a one-point value. An alcoholic response to questions 8, 19, or 20 is considered diagnostic and is assigned a value of five points.

A total score is computed as a sum of item values as seen in the table below. Total scores range from 0 to 53.

MAST Point System

Question	Points Assigned
1. (negative responses are alcoholic)	2
2.	2
3.	1
4. (negative responses are alcoholic)	2
5.	1
6. (negative responses are alcoholic)	2
7. (negative responses are alcoholic)	2
8.	5
9.	1
10.	2
11.	2
12.	2
13.	2
14.	2
15.	2
16.	1
17.	2
18.	2
19.	5
20.	5
21.	2
22.	2
23.	2
24.	2

Citation: Selzer ML: The Michigan Alcoholism Screening test (MAST): the quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry 3:176-181, 1975

4. Pensez-vous que le questionnaire "Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?


QUESTIONNAIRE
QUESTIONNAIRE AUDIT
(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)
REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verre d'alcool consommez vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	


QUESTIONNAIRE AUDIT

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
TOTAL					<input type="text"/>	

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool
- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcoologie, 2015.

Point d'attention : Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alcoo-info-service.fr

5. Pensez-vous que le questionnaire "Alcohol Use Disorders Identification Test version courte (AUDIT-C)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?

Questionnaire AUDIT. – Alcohol Use Disorder Identification Test à dix items, conçu pour dépister un usage d'alcool à risque ou nocif. Les questions portent sur les 12 derniers mois. Score ≥ 6 chez la femme ou score ≥ 7 chez l'homme : mésusage probable de l'alcool.

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?		3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	
Jamais	[0]	Jamais	[0]
1 fois par mois ou moins	[1]	Moins de 1 fois par mois	[1]
2 à 4 fois par mois	[2]	1 fois par mois	[2]
2 à 3 fois par semaine	[3]	1 fois par semaine	[3]
Au moins 4 fois par semaine	[4] []	Tous les jours ou presque	[4] []

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2	[0]		
3 ou 4	[1]		
5 ou 6	[2]		
7 à 9	[3]		
10 ou plus	[4] []	TOTAL	[]

Questionnaire AUDIT-C. – Trois premières questions du Alcohol Use Disorder Identification Test pour le dépistage d'un usage d'alcool à risque. Score ≥ 3 chez la femme ou score ≥ 4 chez l'homme : mésusage probable de l'alcool.

Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement - Recommandation de bonne pratique - Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (1) : 5-84

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

6. Pensez-vous que le questionnaire "Severity of Alcohol Dependence Questionnaire" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

NOTES ON THE USE OF THE SADQ

The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire was developed by the Addiction Research Unit at the Maudsley Hospital. It is a measure of the severity of dependence. The AUDIT questionnaire, by contrast, is used to assess whether or not there is a problem with dependence.

The SADQ questions cover the following aspects of dependency syndrome:

- physical withdrawal symptoms
- affective withdrawal symptoms
- relief drinking
- frequency of alcohol consumption
- speed of onset of withdrawal symptoms.

Scoring

Answers to each question are rated on a four-point scale:

Almost never - 0

Sometimes 1

Often 2

Nearly always 3

A score of 31 or higher indicates "severe alcohol dependence".

A score of 16 -30 indicates "moderate dependence"

A score of below 16 usually indicates only a mild physical dependency.

A chlordiazepoxide detoxification regime is usually indicated for someone who scores 16 or over.

It is essential to take account of the amount of alcohol that the patient reports drinking prior to admission as well as the result of the SADQ.

There is no correlation between the SADQ and such parameters as the MCV or GGT.

SEVERITY OF ALCOHOL DEPENDENCE QUESTIONNAIRE (SADQ-C)¹

NAME _____ AGE _____ No. _____

DATE:

Please recall a typical period of heavy drinking in the last 6 months.

When was this? Month:..... Year:.....

Please answer all the following questions about your drinking by circling your most appropriate response.

During that period of heavy drinking

1. The day after drinking alcohol, I woke up feeling sweaty.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
2. The day after drinking alcohol, my hands shook first thing in the morning.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
3. The day after drinking alcohol, my whole body shook violently first thing in the morning if I didn't have a drink.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
4. The day after drinking alcohol, I woke up absolutely drenched in sweat.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
5. The day after drinking alcohol, I dread waking up in the morning.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
6. The day after drinking alcohol, I was frightened of meeting people first thing in the morning.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
7. The day after drinking alcohol, I felt at the edge of despair when I awoke.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
8. The day after drinking alcohol, I felt very frightened when I awoke.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
9. The day after drinking alcohol, I liked to have an alcoholic drink in the morning.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
10. The day after drinking alcohol, I always gulped my first few alcoholic drinks down as quickly as possible.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS
11. The day after drinking alcohol, I drank more alcohol to get rid of the shakes.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN NEARLY ALWAYS

12. The day after drinking alcohol, I had a very strong craving for a drink when I awoke.
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN ALMOST ALWAYS
13. I drank more than a quarter of a bottle of spirits in a day (OR 1 bottle of wine OR 7 beers).
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN ALMOST ALWAYS
14. I drank more than half a bottle of spirits per day (OR 2 bottles of wine OR 15 beers).
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN ALMOST ALWAYS
15. I drank more than one bottle of spirits per day (OR 4 bottles of wine OR 30 beers).
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN ALMOST ALWAYS
16. I drank more than two bottles of spirits per day (OR 8 bottles of wine OR 60 beers).
ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN ALMOST ALWAYS

Imagine the following situation:

1. You have been **completely off drink for a few weeks**
2. You then drink **very heavily for two days**

How would you feel the **morning after** those two days of drinking?

17. I would start to sweat.
NOT AT ALL SLIGHTLY MODERATELY QUITE A LOT
18. My hands would shake.
NOT AT ALL SLIGHTLY MODERATELY QUITE A LOT
19. My body would shake.
NOT AT ALL SLIGHTLY MODERATELY QUITE A LOT
20. I would be craving for a drink.
NOT AT ALL SLIGHTLY MODERATELY QUITE A LOT

SCORE

CHECKED BY:

ALCOHOL DETOX PRESCRIBED: YES/NO

¹ Stockwell, T., Sitharan, T., McGrath, D. & Lang, . (1994). The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction*, 89, 167-174.

7. Pensez-vous que le questionnaire "Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol scale revised (CIWA-Ar)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?

Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar)

Patient: _____ Date: _____ Time: _____ (24 hour clock, midnight = 00:00)

Pulse or heart rate, taken for one minute: _____ Blood pressure: _____

NAUSEA AND VOMITING -- Ask "Do you feel sick to your stomach? Have you vomited?" Observation.
 0 no nausea and no vomiting
 1 mild nausea with no vomiting
 2
 3
 4 intermittent nausea with dry heaves
 5
 6
 7 constant nausea, frequent dry heaves and vomiting

TACTILE DISTURBANCES -- Ask "Have you any itching, pins and needles sensations, any burning, any numbness, or do you feel bugs crawling on or under your skin?" Observation.
 0 none
 1 very mild itching, pins and needles, burning or numbness
 2 mild itching, pins and needles, burning or numbness
 3 moderate itching, pins and needles, burning or numbness
 4 moderately severe hallucinations
 5 severe hallucinations
 6 extremely severe hallucinations
 7 continuous hallucinations

TREMOR -- Arms extended and fingers spread apart. Observation.
 0 no tremor
 1 not visible, but can be felt fingertip to fingertip
 2
 3
 4 moderate, with patient's arms extended
 5
 6
 7 severe, even with arms not extended

AUDITORY DISTURBANCES -- Ask "Are you more aware of sounds around you? Are they harsh? Do they frighten you? Are you hearing anything that is disturbing to you? Are you hearing things you know are not there?" Observation.
 0 not present
 1 very mild harshness or ability to frighten
 2 mild harshness or ability to frighten
 3 moderate harshness or ability to frighten
 4 moderately severe hallucinations
 5 severe hallucinations
 6 extremely severe hallucinations
 7 continuous hallucinations

PAROXYSMAL SWEATS -- Observation.
 0 no sweat visible
 1 barely perceptible sweating, palms moist
 2
 3
 4 beads of sweat obvious on forehead
 5
 6
 7 drenching sweats

VISUAL DISTURBANCES -- Ask "Does the light appear to be too bright? Is its color different? Does it hurt your eyes? Are you seeing anything that is disturbing to you? Are you seeing things you know are not there?" Observation.
 0 not present
 1 very mild sensitivity
 2 mild sensitivity
 3 moderate sensitivity
 4 moderately severe hallucinations
 5 severe hallucinations
 6 extremely severe hallucinations
 7 continuous hallucinations

ANXIETY -- Ask "Do you feel nervous?" Observation.
 0 no anxiety, at ease
 1 mild anxious
 2
 3
 4 moderately anxious, or guarded, so anxiety is inferred
 5
 6
 7 equivalent to acute panic states as seen in severe delirium or acute schizophrenic reactions

HEADACHE, FULLNESS IN HEAD -- Ask "Does your head feel different? Does it feel like there is a band around your head?" Do not rate for dizziness or lightheadedness. Otherwise, rate severity.
 0 not present
 1 very mild
 2 mild
 3 moderate
 4 moderately severe
 5 severe
 6 very severe
 7 extremely severe

AGITATION -- Observation.
 0 normal activity
 1 somewhat more than normal activity
 2
 3
 4 moderately fidgety and restless
 5
 6
 7 paces back and forth during most of the interview, or constantly thrashes about

ORIENTATION AND CLOUDING OF SENSORIUM -- Ask "What day is this? Where are you? Who am I?"
 0 oriented and can do serial additions
 1 cannot do serial additions or is uncertain about date
 2 disoriented for date by no more than 2 calendar days
 3 disoriented for date by more than 2 calendar days
 4 disoriented for place/or person

Total CIWA-Ar Score _____
 Rater's Initials _____
 Maximum Possible Score _____

The CIWA-Ar is not copyrighted and may be reproduced freely. This assessment for monitoring withdrawal symptoms requires approximately 5 minutes to administer. The maximum score is 67 (see instrument). Patients scoring less than 10 do not usually need additional medication for withdrawal.

Sullivan, J.T.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C.A.; and Sellers, E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction* 84:1353-1357, 1989.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

8. Pensez-vous que les items suivants soient des facteurs de risque de consommation de tabac chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Avancée en âge dans l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1er usage précoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool, drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, TDAH, troubles de la personnalité, trouble mental, antécédent de violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec ou influences des pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement anti-social ou à risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minorité sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation d'écrans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Pensez-vous que le test de Fagerstrom soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépendance au tabac chez l'adolescent ?

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

10. Pensez-vous que le test "Cannabis Abuse Screening Test" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépendance au cannabis chez l'adolescent ?



CAST Cannabis Abuse Screening Test

Pour évaluer votre consommation de cannabis, vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous.

Ce questionnaire a déjà été testé sur plusieurs milliers d'adolescents.

En principe, deux réponses positives au test doivent vous amener à vous interroger sérieusement sur les conséquences de votre consommation. Trois réponses positives ou plus devraient vous amener à vous faire aider.

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? oui non
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ? oui non
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? oui non
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? oui non
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? oui non
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) oui non

Important : L'association du cannabis avec d'autres drogues augmente la possibilité que votre consommation ait des conséquences graves pour vous ou pour votre entourage.

Plus d'information : www.respadd.org

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

11. Pensez-vous que les items suivants soient des facteurs de risque de consommation de drogue chez l'adolescent ?

	1= Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9 = Tout à fait d'accord	
Avancée en âge dans l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1er usage précoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, troubles de la personnalité, trouble mental, antécédent de violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mauvaises relations avec ou influences des pairs, festivités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Antécédents judiciaires, comportement anti-social ou à risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bas niveau socio-économique, vie en milieu urbain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Consommation d'écrans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

12. Pensez-vous que le questionnaire "Leeds Dependence Questionnaire" soit un outil utilisable pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?



Leeds Dependence Questionnaire - LDQ

Here are some questions about the importance of alcohol or other drugs in your life. Think about the main substance you have been using over the **last 4 weeks** and tick the closest answer to how you see yourself

	Never 0	Sometimes 1	Often 2	Nearly Always 3
Do you find yourself thinking about when you will next be able to have another drink or take more drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is drinking or taking drugs more important than anything else you might do during the day?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel that your need for drink or drugs is too strong to control?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you plan your days around getting and taking drink or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you drink or take drugs in a particular way in order to increase the effect it gives you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you drink or take drugs morning, afternoon and evening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel you have to carry on drinking or taking drugs once you have started?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is getting an effect more important than the particular drink or drug you use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you want to take more drink or drugs when the effects start to wear off?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you find it difficult to cope with life without drink or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leeds Dependence Questionnaire (LDQ)

The LDQ (www.leedspft.nhs.uk/our_services/leeds_addiction_unit/RESULT) is derived from a psychological understanding of the nature of dependence and is, therefore, suitable for measuring dependence during periods of substance use or abstinence. The LDQ is an indicator of how addicted a person is and, therefore, how difficult it will be to achieve a positive outcome.

For help seeking populations the LDQ is a reasonable proxy for substance use, however, for people who are socially quite stable, employed and having functional families, heavy drinking or other drug use is less well correlated with dependence.

There are 10 items scored 0-3.

Cut offs are:

- <10 = low dependence;
- 10-22 = medium dependence; and
- >22 = high dependence.

Practitioners should advise people to contact their GP or Substance Misuse Services at www.changegrowlive.org

Please note the Substance Misuse Services may also be contacted for consultation or information at www.changegrowlive.org

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

13. Pensez-vous que le questionnaire "Brief Screening test for adolescent Tobacco, Alcohol, and Drug Use (BSTAD)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool, du tabac et un usage de drogues ?

FRIENDS' USE	
<i>Do you have friends who smoked cigarettes or used other tobacco products <u>in the past year</u>?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<i>Do you have friends who drank beer, wine, or any drink containing alcohol <u>in the past year</u>?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<i>Do you have friends who <u>in the past year</u>:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - sniffed or "huffed" anything; - took illegal drugs like marijuana (weed, blunts), cocaine, etc; - took prescription medications that were not prescribed for them; or - took prescription or over-the-counter medications and took more than they were supposed to take? 	
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
PERSONAL USE	
<i>In the past year, have you smoked cigarettes or used other tobacco products?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<i>In the past year, have you had more than a few sips of beer, wine, or any drink containing alcohol?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<i>In the past year, have you:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - sniffed or "huffed" anything; - taken illegal drugs like marijuana (weed, blunts), cocaine, etc; - taken prescription medications that were not prescribed for you; or - taken prescription or over-the-counter medications and took more than you were supposed to take? 	
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
[IF DRUGS ARE ENDORSED IN THE PERSONAL USE QUESTION, ASK THE FOLLOWING:]	
<i>Which of the following substances have you used in the past year? (check all that apply)</i>	
<input type="checkbox"/> Marijuana or Hashish <input type="checkbox"/> Cocaine or crack <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> Amphetamines or methamphetamine (nonpharmaceutical) <input type="checkbox"/> Hallucinogens (eg, Mushrooms, LSD) <input type="checkbox"/> Inhalants	
<i>Which of the following medications have you used in the past year that were not prescribed for you or which you took more of than you were supposed to take? (check all that apply)</i>	
<input type="checkbox"/> Prescription pain relievers (eg, morphine, percocet, vicodin, oxycontin, dilaudid, methadone, buprenorphine) <input type="checkbox"/> Prescription sedatives (eg, Valium, Xanax, Klonopin, Ativan) <input type="checkbox"/> Prescription stimulants (eg, Adderall, Ritalin) <input type="checkbox"/> Over-the-Counter Medications (eg, Nyquil, Benadryl, cough medicine, sleeping pills)	
[FOR EACH SUBSTANCE WHERE USE WAS ENDORSED, ASK:]	
<i>In the <u>past 30 days</u>, on how many days have you...</i>	
smoked cigarettes or used other tobacco products/used alcohol/used [SUBSTANCE]?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> days
<i>In the <u>past 90 days</u>, on how many days have you...</i>	
smoked cigarettes or used other tobacco products/used alcohol/used [SUBSTANCE]?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> days
<i>In the <u>past year</u>, on how many days have you...</i>	
smoked cigarettes or used other tobacco products/used alcohol/used [SUBSTANCE]?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> days

Références : Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Validity of Brief Screening Instrument for Adolescent Tobacco, Alcohol, and Drug Use. Pediatrics. 2014;133(5):819–826 - January 01, 2017

Interprétation :

BSTAD Response : 0 day ; Risk Category : No Reported Use

BSTAD Response : 1 day ; Risk Category : Lower Risk

BSTAD Response : ≥ 2 days (alcohol or other drugs) and/or ≥ 6 days (tobacco); Risk Category : Higher Risk

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

14. Pensez-vous que le questionnaire "ADOSPA" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un usage nocif de substances psychoactives chez l'adolescent ?

ADOLESCENTS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Au cours des douze derniers mois...

1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (A uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était sous l'emprise de drogue(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà utilisé(e) de l'alcool ou d'autres drogues pour vous D étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Vous est-il arrivé d' O ublier ce que vous aviez fait (ou de faire des choses que vous n'auriez pas faites) sous l'emprise de drogues(s) ou d'alcool ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes S eul(e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà eu des P roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6. Vos A mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogue(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Au moins 2 réponses affirmatives sur les 6 questions indiquent un usage nocif de drogues ou d'alcool, c'est-à-dire un mode de consommation répété qui entraîne des méfaits sur le plan physique, affectif, psychologique ou social.

Référence : Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents - OFDT - Fédération Addiction 2013

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

15. Pensez-vous que les items suivants soient des facteurs de risque de mésusage des écrans/ Internet chez l'adolescent ?

	1= Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9 = Tout à fait d'accord
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avancée en âge dans l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caractéristiques addictogènes du jeu (illimité, évolutif, réalisme, multijoueurs) et expositions aux publicités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, troubles de la personnalité, trouble mental, antécédent de violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec ou influences des pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement anti-social ou à risque, intolérance à la frustration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac, alcool, drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Pensez-vous que l'échelle "Game Addiction Scale 7-items" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéos chez l'adolescent ?

French Translation of the Game Addiction Scale (GAS)

Les prochaines questions portent sur les jeux online (Internet), sur le temps que vous passez sur Internet pour jouer et sur les jeux électroniques (Nintendo, Playstation, X-Box, Wii, PC, etc.)

Au cours des six derniers mois, à quelle fréquence...

Cochez une case par ligne.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
...avez-vous pensé à jouer?					
...avez-vous joué plus longtemps que prévu?					
...avez-vous joué à des jeux pour oublier votre vie quotidienne?					
... est-ce que d'autres personnes de votre entourage ont essayé, sans succès, de vous faire réduire le temps que vous passez à jouer ?					
...vous êtes-vous senti mal quand vous ne pouviez pas jouer?					
... avez-vous eu des conflits avec des membres de votre entourage (famille, amis) en raison du temps que vous passez à jouer ?					
...votre temps de jeu a-t-il causé un manque de sommeil ?					

Interprétation :

Avoir répondu "parfois" ou plus aux 7 items = usage pathologique des jeux ("pathological gaming")

Avoir répondu "parfois" ou plus à au moins 4items = usage excessif des jeux ("excessive gaming")

Référence : Sophie Gaetan, Agnès Bonnet, Vincent Bréjard, François Cury. French validation of the 7-item Game Addiction Scale for adolescents . European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée, Elsevier, 2014

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

17. Pensez-vous que l'échelle "Problem Video Game Playing scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéos chez l'adolescent ?

Annexe 39 : Problem Video game Playing scale (PVP)

À remplir par l'enfant

1. Quand je ne joue pas aux jeux vidéo, j'y pense sans cesse, je me rappelle du jeu, je prévois le prochain jeu...
2. Je passe de plus en plus de temps à jouer aux jeux vidéo
3. J'ai essayé de contrôler, de diminuer ou d'arrêter de jouer aux jeux vidéo, ou la plupart du temps je joue aux jeux vidéo plus longtemps que ce que j'avais prévu
4. Quand je perds à un jeu vidéo ou quand je n'ai pas obtenu le résultat souhaité, j'ai besoin de rejouer jusqu'à ce que je réussisse
5. Quand je ne peux pas jouer aux jeux vidéo, je deviens agité ou je me mets en colère
6. Quand je ne me sens pas bien, c'est-à-dire énervé, triste ou en colère, ou quand j'ai des problèmes, je joue aux jeux vidéo plus souvent
7. Parfois je cache aux autres (mes parents, mes amis, mes instituteurs...) que je joue aux jeux vidéo
8. À cause des jeux vidéo, il m'est arrivé de ne pas aller en classe, ou de mentir, ou de voler, ou de me disputer ou de me battre avec mes amis ou mes parents
9. À cause des jeux vidéo, j'ai moins fait mes devoirs, ou j'ai manqué un repas, ou je me suis couché tard, ou j'ai passé moins de temps avec quelqu'un

Interprétation :

9 items cotés sur une échelle dichotomique : «oui» ou «non».

Le score total se situe entre 0 et 9.

Score \geq 5 réponses "oui": «joueurs problématiques»

Score $<$ 5 réponses "oui": «joueurs sociaux»

Référence : Problem Video game Playing Scale, Tejeiro, 2002 ; traduction Bioulac et al., 2004)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

18. Pensez-vous que le questionnaire "Lie/Bet Questionnaire" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéo chez l'adolescent ?

Lie/Bet⁴

1. Avez-vous déjà dû mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent ?
2. Avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent ?

Le test est positif (très bonnes sensibilité et spécificité), si la réponse est affirmative à au moins une des deux questions.

Référence : Johnson EE, Hamer RM, Nora RM. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers : A follow-up study. Psychol Rep 1998;83:1219-24.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

19. Pensez-vous que le questionnaire "Problematic Online Game Questionnaire -Short Form" soit un outil pertinent et utilisable en pour dépister un mésusage des jeux vidéo chez l'adolescent ?

Problematic Online Gaming Questionnaire Short Form (POGQ-SF)

Please read the statements below regarding *online gaming*. The questionnaire REFERS TO ONLINE GAMES exclu-

sively, but we use the expression "game" in each statement for simplicity's sake. Please indicate on the scale from 1 to 5 to what extent, and how often, these statements apply to you!

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
1. When you are not gaming, how often do you think about playing a game or think about how would it feel to play at that moment?	1	2	3	4	5
2. How often do you play longer than originally planned?	1	2	3	4	5
3. How often do you feel depressed or irritable when not gaming only for these feelings to disappear when you start playing?	1	2	3	4	5
4. How often do you feel that you should reduce the amount of time you spend gaming?	1	2	3	4	5
5. How often do the people around you complain that you are gaming too much?	1	2	3	4	5
6. How often do you fail to meet up with a friend because you were gaming?	1	2	3	4	5
7. How often do you daydream about gaming?	1	2	3	4	5
8. How often do you lose track of time when gaming?	1	2	3	4	5
9. How often do you get restless or irritable if you are unable to play games for a few days?	1	2	3	4	5
10. How often do you unsuccessfully try to reduce the time you spend on gaming?	1	2	3	4	5
11. How often do you argue with your parents and/or your partner because of gaming?	1	2	3	4	5
12. How often do you neglect other activities because you would rather game?	1	2	3	4	5

<i>Preoccupation</i>	<i>Immersion</i>	<i>Withdrawal</i>	<i>Overuse</i>	<i>Interpersonal conflicts</i>	<i>Social isolation</i>
1, 7	2, 8	3, 9	4, 10	5, 11	6, 12

Interprétation : Score ≥ 32 points = problematic gamers

Référence : Pápay O., Urbán R., Griffiths M.D., Nagygyörgy K., Farkas J., Psychometric Properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short-Form and Prevalence of Problematic Online Gaming in a National Sample of Adolescents. Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw. 2013;16:340–348.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

20. Pensez-vous que le questionnaire "Internet Addiction Disorder de Young (IAD)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage d'internet chez l'adolescent ?

Internet Addiction Test (IAT)

Questions	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Toujours
Merci d'entourer, pour chaque question, le chiffre qui correspond à votre réponse					
À quelle fréquence demeurez-vous en ligne plus longtemps que vous ne l'aviez prévu ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence négligez-vous vos travaux domestiques pour passer plus de temps en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence préférez-vous le divertissement que vous procure l'Internet, à l'intimité avec votre partenaire ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence vous arrive-t-il de créer de nouvelles relations interpersonnelles en étant en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence vos proches se plaignent-ils du temps que vous passez en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence négligez-vous vos études ou vos travaux scolaires à cause du temps passé en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence regardez-vous vos courriels avant de faire d'autres tâches pressantes ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence votre performance au travail ou votre productivité ont été affectées à cause de l'Internet ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous été sur la défensive ou offusqué si quelqu'un vous demandait ce que vous faites en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence oubliez-vous vos problèmes personnels en focalisant votre attention sur l'Internet ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous anticipé de vous retrouver encore en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous pensé que la vie sans Internet serait ennuyante, vide et sans joie ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence vous êtes-vous mis en colère si quelqu'un vous dérangeait lorsque vous étiez en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous manqué de sommeil parce que vous étiez resté en ligne trop tard le soir ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous pensé à l'Internet ou souhaité être en ligne, quand vous n'étiez pas en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence, lorsque vous étiez en ligne, vous êtes-vous dit à vous-mêmes : « juste quelques minutes encore » ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous tenté sans succès de diminuer votre temps d'utilisation de l'Internet ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous tenté de dissimuler le temps que vous passez en ligne ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous choisi d'être en ligne plutôt que de sortir avec d'autres personnes ?	1	2	3	4	5
À quelle fréquence vous êtes-vous senti déprimé, triste ou nerveux si vous n'étiez pas en ligne et que votre humeur revenait à la normale si vous retourniez en ligne ?	1	2	3	4	5

Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Score de 20 à 49 : pas d'usage excessif d'internet

Score de 50 à 79 : usage problématique d'internet avec de possibles conséquences sur votre vie

Score de 80 à 100 : usage problématique d'internet avec de sévères répercussions sur votre vie



21. Pensez-vous que le questionnaire "South Oaks Gambling Scale - Revised Adolescent (SOGS-RA)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux d'argent chez l'adolescent ?

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN: REVISED FOR ADOLESCENTS (SOGS-RA)

The 12 scored items for the SOGS-RA from Winters, K.C., Stinchfield R.D. and Fulkerson, J. (1993a) are listed below.

- a. How often have you gone back another day to try and win back money you lost gambling?
Every time/Most of the time/Some of the time/Never
- b. When you were betting, have you ever told others you were winning money when you weren't?
Yes/No
- c. Has your betting money ever caused any problems for you such as arguments with family and friends, or problems at school or work? Yes/No
- d. Have you ever gambled more than you had planned to? Yes/No
- e. Has anyone criticized your betting, or told you that you had a gambling problem whether you thought it true or not? Yes/No
- f. Have you ever felt bad about the amount of money you bet, or about what happens when you bet money? Yes/No
- g. Have you ever felt like you would like to stop betting, but didn't think you could? Yes/No
- h. Have you ever hidden from family or friends any betting slips, IOUs, lottery tickets, money that you won, or any signs of gambling? Yes/No
- i. Have you had money arguments with family or friends that centered on gambling? Yes/No
- j. Have you borrowed money to bet and not paid it back? Yes/No
- k. Have you ever skipped or been absent from school or work due to betting activities? Yes/No
- l. Have you borrowed money or stolen something in order to bet or to cover gambling activities? Yes/No

Scoring Rules for SOGS-RA

Each item is scored either 1 (affirmative) or 0 (nonaffirmative). Item "a" is scored 1 if respondent indicates "every time" or "most of the time" and is scored 0 otherwise. Calculations for broad and narrow rates come from Winters, Stinchfield and Kim, 1995.

Calculation of Narrow Rates

- Level 0 = No past year gambling.
- Level 1 = SOGS-RA score of _ 1
- Level 2 = SOGS-RA score of 2 or 3
- Level 3 = SOGS-RA score of _ 4

Calculation of Broad Rates

- Level 0 = No past year gambling
- Level 1 = Gambling less than daily and SOGS-RA score = 0, OR, less than weekly gambling and SOGS-RA score _ 1.
- Level 2 = At least weekly gambling and SOGS-RA score _ 1 OR gambling less than weekly and SOGS-RA score _ 2.
- Level 3 = At least weekly gambling + SOGS-RA score _ 2 OR daily gambling

Winters, K.C., Stinchfield, R.D. & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 63-84.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

22. Pensez-vous que le questionnaire "DSM IV Jeu" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux d'argent chez l'adolescent ?

DSM-IV-MR-J# Criteria and Test Questions To Identify Adolescent Problem Gambling

(#MR = Multiple response, J = Juvenile)

Dimension of Problem Gambling	Adolescent Criteria	Adolescent Test Questions	Response			
			Never	Once or twice	Sometimes	Often
1. Preoccupation	Preoccupied with gambling (e.g. thinking about gambling or planning next venture)	In the past year how often have you found yourself thinking about gambling or planning to gamble?	Never	Once or twice	Sometimes	Often
2. Tolerance	Needs to gamble with increasing amounts of money in order to achieve the desired excitement	During the course of the past year have you needed to gamble with more and more money to get the amount of excitement you want?	Yes		No	
3. Loss of control	Often spent much more money on gambling than planned	In the past year have you ever spent much more than you planned to on gambling?	Never	Once or twice	Sometimes	Often
4. Withdrawal	Restlessness or irritability when attempting to cut down or stop gambling	In the past year have you felt bad or fed up when trying to cut down or stop gambling?	Never	Once or twice	Sometimes	Often Never tried to cut down
5. Escape	Gambles as a way of escaping from problems or relieving dysphoric mood (e.g. feelings of helplessness, guilt, anxiety, depression)	In the past year how often have you gambled to help you to escape from problems or when you are feeling bad?	Never	Once or twice	Sometimes	Often
6. Chasing	After losing money gambling, often returns another day in order to get even ("chasing" one's losses)	In the past year, after losing money gambling, have you returned another day to try and win back money you lost?	Never	Less than half the time	More than half the time	Every time
7. Lies	Lies to family about gambling behavior	In the past year has your gambling ever led to: Lies to your family?	Never	Once or twice	Sometimes	Often
8. Illegal acts*	Committed unsocial or illegal acts, such as gambling with school dinner or fare money, stealing from the home or stealing from outside of the home	In the past year have you ever taken money from the following without permission to spend on gambling: School dinner money or fare money? Money from your family? Money from outside the family?	Never	Once or twice	Sometimes	Often
9. Risked job, education, or relationship	Has had arguments with family, friends, or others or truanted from school because of gambling	In the past year has your gambling ever led to: Arguments with family or friends or others? Missing school?	Never	Once or twice	Sometimes	Often
10. Bail out	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

*Adolescent version includes unsocial acts

Page 1
Assessment Instruments
Youth Gambling Project
Prevention and Recovery Services

Interprétation :

DSM-IV-MR-J (MR multiple response, J juvenile) was developed for use with adolescents who have gambled in the past year.

The items on the scale are scored as follows, based on the responses provided:

A 'yes' answer to DSM-IV-MR-J items 1 and 3 is represented by the response 'often.'

A yes answer to item 2 is represented by 'yes.'

A 'yes' answer to items 4 and 5 is represented by 'sometimes' or 'often.'

A 'yes' answer to question 6 is represented by 'more than half the time' or 'every time.'

A 'yes' answer to questions 7, 8, and 9 is represented by 'once or twice,' 'sometimes' or 'often.'

A respondent who scores four 'yes' answers is classified as a 'problem gambler.'

Référence : Fisher S. Developing the DSM-IV-DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. J Gambl Stud. 2000 Autumn;16(2-3):253-73.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Annexe 10 : Questionnaire « Dépistages des comportements à risque (Accident de la voie publique, troubles relationnels, conduites à risque et violence), des troubles du comportement, du trouble de la personnalité anti-sociale et des troubles psychotiques chez l'adolescent

L'objectif est de sélectionner par méthode Delphi :

- les facteurs de risque les plus pertinents à rechercher à l'interrogatoire en consultation
 - les outils de dépistage les plus pertinents à utiliser en consultation
- pour dépister l'obésité et les troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les accidents de la voie publique chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deux roues, jeune conducteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations ou influence des pairs, festivités (été, nuit, week-end)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportements à risque (vitesse, alcool, drogues), distractions au volant (téléphone, radio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrance psychologique, trouble de la personnalité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somnolence, troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister de mauvaises relations familiales chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Avancée en âge dans l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
relation père-enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister de mauvaises relations avec les pairs chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise relation avec les parents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un échec scolaire chez l'adolescent ?


	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Avancée en âge dans l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence de soutien familial, conflits familiaux, responsabilités précoces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportements à risque (alcool, drogue, violence, sexualité)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvais résultats, absentéisme, absence d'activité extra-scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des conduites à risque et des conduites violentes chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de victimisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Victime dès le début de l'adolescence, auteur(e) avec l'avancée en âge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1er acte violent précoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial, vie en foyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec ou influences des pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation d'écrans ou de médias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrance psychologique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, trouble de la personnalité, trouble mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés périnatales (tabac, alcool, mère jeune, grossesse non désirée, prématurité, complication à la naissance)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique, migrant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minorité sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nuit et Week-end	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Pensez-vous que le questionnaire "DEP-ADO" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les conduites addictives chez l'adolescent ?

[**DEP-ADO**
DEPistage de consommation problématique d'alcool
et de drogue chez les ADOLESCENTS]



Auteur(s) Michel Germain
Michel Landry
Conseiller recherche au Centre Dollard-Cormier / Institut universitaire sur les dépendances, Montréal (Québec) et Professeur associé à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

E-mail michel.landry@ssss.gouv.qc.ca

Date de publication 2004

Type Questionnaire d'entretien structuré (en 7 items)

Objectifs Permettre au médecin un repérage des consommations problématiques d'alcool ou de drogues illicites et le conseiller sur la suite à donner

Population-cible Jeunes de 11 à 18 ans

Période de temps sur laquelle porte l'outil Vie entière et 12 derniers mois

Cotations, scores	Version 7 items	Version 6 items	Indication
- Score de 0 à 8	0 à 13		pas d'intervention (feu vert)
- Score de 9 à 16	14 à 19		intervention souhaitable (feu jaune)
- Score ≥ 17	≥ 20		intervention nécessaire (feu rouge)

Durée de passation 15 minutes et 1 à 2 minutes pour la correction [temps supplémentaire pour l'interprétation des résultats en lien avec le jeune]

Langues **Français** (version 3.2, septembre 2007 : grille validée pour une population québécoise de 14 à 17 ans), **anglais** (version 3.2, septembre 2007 : grille non validée mais traduction validée), **inuktitut** (version 3.1, octobre 2003 : grille adaptée en 2004 et non validée)

Bibliographie (par ordre chronologique)

- Landry M, Tremblay J, Guyon L, Bergeron J, Brunelle N. (2004). 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. *Drogues, santé et société*, 3(1): 19-35.
- Landry M, Brunelle N, Tremblay J, Desjardins L, RISQ-CIRASST. (2005). L'utilisation de la DEP-ADO dans l'intervention et les enquêtes : questions éthiques et méthodologiques. *RISQ-Info*, 13(1): 3-5.
- Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinest L, Laget J, Stepha P, et al. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use*, 10, 385-395.
- De Germond-Burquier V, Haller DM, Narring F. (2010). "J'te dis si tu m'demandes". Repérage de la consommation de substances auprès d'adolescents et jeunes adultes. *Revue Médicale Suisse*, 6(253): 1242-1247.

Site Internet http://www.risqtoxico.ca/documents/DEP-ADO_fr_V3.2_2008.pdf

[**DEP-ADO**
DEPistage de consommation problématique d'alcool
et de drogue chez les ADOLESCENTS]

DEP-ADO (GRILLE DE DEPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUE CHEZ LES ADOLESCENTS - VERSION 3.2 - SEPTEMBRE 2007)

N° de dossier [] [] [] []

Date [] [] [] [] [] [] [] []
Année Mois Jour

Quel est ton niveau scolaire actuel ?
 Secondaire I
 Secondaire II
 Secondaire III
 Secondaire IV
 Secondaire V
 Autre niveau _____

Nom : _____ Prénom : _____
 Âge : [] [] Sexe : Garçon Fille

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?
(noircir une seule réponse par produit)

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours	Réservé à l'usage de l'intervenant		
							Facteur 1 = alcool et cannabis	Facteur 2 = autres drogues	Facteur 3 = conséquences
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis (ex. : mari pot, hashich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaine (ex. : coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogènes (ex. : LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne (ex. : smack)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines/speed (ex. : upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, rituels.

2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?
 Oui → Passez à 2b
 Non → Passez à 3
 (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement _____ de l'alcool ? [] [] Ans
 _____ une ou des drogues ? [] [] Ans

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ? Oui Non

Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, → passe à la question 7

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ? Oui Non

Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J., (2007). DEP-ADO-Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes. Version 3.2, septembre 2007. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ)

[DEP-ADO
DEPistage de consommation problématique d'alcool
et de drogue chez les ADOlescents]

N° de dossier

Réserve à l'usage de l'intervenant

5. Au cours des **12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris :

a) Garçons

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

b) Filles

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

6. Au cours des **12 derniers mois**, cela t'est-il arrivé ?

	Oui	Non	
a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex. : problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex. : anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex. : absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex. : vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex. : relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des **12 derniers mois** (noter une seule réponse)

<input type="radio"/> Pas consommé	<input type="radio"/> La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine
<input type="radio"/> À l'occasion	<input type="radio"/> 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours
<input type="radio"/> Une fois par mois environ	<input type="radio"/> Tous les jours

SCORE BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e) **V J R**

[DEP-ADO
DEPistage de consommation problématique d'alcool
et de drogue chez les ADOlescents]

GRILLE DE COTATION DEP-ADO (VERSION 3.2¹)

1. Au cours des **12 derniers mois**, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines/speed	0	1	2	3	4	5
Autres*	0	1	2	3	4	5

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. b) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?

Alcool	< 12 ans = 3	12 à 15 ans = 2	16 ans ou + = 1	Drogues	< 14 ans = 3	14 à 15 ans = 2	16 ans ou + = 1
--------	--------------	-----------------	-----------------	---------	--------------	-----------------	-----------------

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?

Oui = 8 Non = 0

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des **30 derniers jours** ?

Oui = 8 Non = 0

5. Au cours des **12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris **8 (Garçons) 5 (Filles)** consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Aucune fois = 0 1 à 2 fois = 1 3 à 25 fois = 2 26 fois et plus = 3

6. Au cours des **12 derniers mois**, cela t'est-il arrivé ?

Oui = 8 Non = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

13 et moins	FEU VERT	Aucun problème évident de consommation (aucune intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	FEU JAUNE	Problème en émergence (intervention précoce souhaitable)
20 et +	FEU ROUGE	Problème évident (intervention spécialisée nécessaire)

1. Cette grille de cotation se rattache à la DEP-ADO version 3.2, septembre 2007. La grille de cotation a été conservée telle quelle depuis octobre 2003 puisqu'aucune modification n'a été requise.

7. Pensez-vous que le questionnaire "West Virginia University Adolescent Risk Score" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister les conduites à risque chez l'adolescent ?

WEST VIRGINIA UNIVERSITY ADOLESCENT RISK SCORE (pretraining suggested)			
Date _____	Zip code _____	Insurance Type _____	
	<u>No Risk (0)</u>	<u>Moderate Risk (1)</u>	<u>High Risk (2)</u>
BMI	Between 15–85%; satisfied	Between 5–15%/85–95%; below 50% wants to lose	<5%/>95%. Below 15% and wants to lose
Nutrition	3 Meals/day; fruit, veg, fiber	<3 Meals/day; vegetarians, milk, egg	Snacks; fats + conc. sweets
Exercise	5× week—20 min; inc HR/sweat	Exercise < 5× week	No reg cardiovascular stim
Tobacco	No smoke/chew	<Daily smoke/chew; cessation <6 wk	Smoke/chew daily
Drug	None	Previous use, none in past 3 mo	Huffing, use marijuana, LSD, cocaine, heroin, etc
Alcohol	None, other than taste or religious purpose	Social only, not over 1 × week/<3 beers or 2 liquors at 1 time	Blackouts; drunkenness; interferes w/activity; 4 drinks at a time
Sexually active	Never; or is married	Not in last 6 mo.; safe sex w/condoms	Regularly; irreg use condoms onset before age 16
School	B/C or better; steady progress	Grades slipping; detention problem	Failing grades; behavior problems
Depression	Usually happy	Discouraged often	Thoughts of suicide
Abused	No physical or sexual	Abused, reported and rec'd counseling	Physical/sexual abuse unresolved
Safety	Uses seatbelt, helmet; no rides with drunk driver	Seatbelt/helmet—not always; or rides with drunk driver	No seatbelt/helmet; drives after drinking; rides w/drunken driver
Violence	No fights; no gun or knife; no threats	Threatens to hurt self, others, property; family arguments	Threatens; fights; carries gun or knife
Family relationship/responsibility	Relates well to family; responsible employment/chores	Family arguments; no employment; rare chores	Constant differences; irresponsible
Friend recreation	Friends—male female; club activities	Few friends; loner recreation	No friends; gang/cult
Good qualities/future plans	Expresses 3 good qualities; realistic plan future	Slow to think of good qualities; little interest and poor plan future	Denies any good qualities; no constructive interest
Range	0	1–15	16–30
Main Diagnosis _____			
Provider Initial: _____		Total _____	

Référence : Perkins K, Ferrari N, Rosas A, Bessette R, Williams A, Omar H. You won't know unless you ask: the biopsychosocial interview for adolescents. Clin Pediatr (Phila). 1997 Feb;36(2):79-86

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

8. Pensez-vous que la fiche établie par la HAS soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une maltraitance chez l'adolescent ?



Fiche Mémo

Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir

Octobre 2014
Mise à jour Juillet 2017

Messages clés

- Y penser souvent :
 - la maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit ;
 - elle existe dans toutes les classes sociales ;
 - il faut y penser en consultation même devant des signes non spécifiques.
- Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider.
- Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale :
 - le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente.

Préambule

La maltraitance est définie par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) (cf. article 375 du Code civil, annexe 1.1). La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger (qui inclut la maltraitance).

La présente fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » concerne les enfants maltraités comme ceux en risque de l'être. Cette fiche est dans la continuité des travaux déjà engagés par la HAS sur la question des violences interpersonnelles et de leur impact sur la santé. Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant avec une insistance plus particulière sur la place des médecins compte tenu de leur rôle décisionnel. Elle concerne donc les : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ; médecins et puéricultrices de PMI ; médecins et infirmières scolaires ; médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences, des services de pédiatrie et de radiologie) ; sages-femmes ; médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, et des services médico-sociaux.

Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille. La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du professionnel, expliquent la nécessité de mettre à la disposition des professionnels des informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant.

Cette fiche se présente en trois parties :

- le repérage de la maltraitance et les décisions qui lui font suite ;
- les documents déjà élaborés par la HAS relatifs à trois situations particulières : la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, les maltraitances sexuelles intrafamiliales ;
- deux annexes : 1. les aspects législatifs et réglementaires ; 2. le modèle de signalement établi par l'ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et de la Famille et les associations de protection de l'enfance.

Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?

La situation

→ Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

- ▶ chez l'enfant :
 - la prématurité,
 - des troubles du développement et/ou du comportement,
 - le handicap ;
- ▶ chez les parents :
 - tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du *post-partum*, etc.),
 - des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance,
 - des violences conjugales,
 - des addictions,
 - l'isolement social et surtout moral,
 - des troubles psychopathologiques.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

L'anamnèse

→ Une maltraitance est à évoquer :

- ▶ chez le nourrisson : en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;
- ▶ à tout âge devant :
 - des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
 - une lésion pour laquelle :
 - il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué,
 - l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
 - un retard de recours aux soins,
 - des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
 - des antécédents d'accidents domestiques répétés,
 - une ou plusieurs tentatives de suicide,
 - des fugues et conduites à risque,
 - une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
 - des faits de maltraitance dans la fratrie.

Des signes physiques

Ecchymoses

→ Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche) ;
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
- ecchymoses multiples d'âge différent ;
- ecchymoses de grande taille ;
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Les contusions (ecchymoses et hématomes) sont suspectes en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

Des signes physiques (suite)

Brûlures

- Sont évocatrices d'une maltraitance les :
 - brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;
 - brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette) ;
 - brûlures qui atteignent les plis ;
 - brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ;
 - lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

Morsures

Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée.

Fractures

- Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :
 - ▶ chez un nourrisson :
 - toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur) ;
 - à tout âge :
 - les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie (cf. infra).

Lésions viscérales

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter.

Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscéra creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.).

Des signes de négligences lourdes

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

Des signes de maltraitance psychologique

- chez le nourrisson : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- à tout âge : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

Des signes comportementaux de l'enfant

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars ;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

Des signes comportementaux de l'entourage

- vis-à-vis de l'enfant :
 - parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale, parlant à la place de l'enfant,
 - ou, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis de l'enfant (absence de regard, de geste, de parole),
 - parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec l'enfant,
 - parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires source de carences, malgré des avis médicaux répétés ;
- vis-à-vis des intervenants :
 - minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dire de l'enfant,
 - dénigrement ou accusation de l'enfant,
 - refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable,
 - ou attitude d'hyper recours aux soins,
 - attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

Que rechercher et comment ?

À l'examen clinique

- Il s'agit d'un examen clinique complet de l'enfant dévêtu comprenant :
 - la mesure des paramètres de croissance (périmètre crânien, taille, poids) et leur report sur les courbes ;
 - l'évaluation de son développement psychomoteur et de ses capacités ;
 - un examen cutané rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps ;
 - un examen des muqueuses notamment de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses ;
 - une palpation généralisée à la recherche de signes de fractures, d'hémorragie interne par atteinte viscérale (défense abdominale, douleur, masse...) ;
 - une observation du comportement de l'enfant et de son entourage durant l'examen clinique.

Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant

- Il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement. L'objectif est de recueillir des informations concernant :
 - les antécédents médicaux personnels et familiaux ;
 - les événements de vie qui ont pu affecter l'enfant ;
 - le comportement habituel de l'enfant, l'environnement dans lequel il vit ;
 - l'environnement familial (nombre d'enfants, y compris les ½ frères et sœurs ; stabilité du couple, règles éducatives ; conflits ; violences conjugales ; antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents) ;
 - la relation parent-enfant (favorable, hostile ou indifférente).

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.

Au cours de l'entretien avec l'enfant

- Il est recommandé d'avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord, et de :
 - débiter l'entretien par des questions d'ordre général (relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains) ;
 - laisser l'enfant s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes, en lui montrant qu'on croit sa parole.

L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelle discordances entre les lésions observées et les explications données.

Que rechercher et comment (suite) ?

À l'imagerie réalisée en milieu hospitalier

- Sur les radios, certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :
 - ▶ chez un nourrisson (radiographie du squelette complet) :
 - fractures des côtes notamment des arcs moyens et postérieurs (bébé serré fortement ou secoué),
 - fractures des extrémités (orteils, doigts : par torsion) ;
 - ▶ à tout âge :
 - fractures métaphysaires : petits arrachements osseux provoqués par des gestes de traction et de torsion,
 - fractures complexes du crâne (avec d'éventuels dégâts cérébraux),
 - décollements épiphysaires (humérus distal et proximal, fémur),
 - réactions périostées (par torsion),
 - fractures diaphysaires des os longs par coup direct (transverse) ou par torsion (oblique ou spiroïde).

Notes dans le dossier du patient et le carnet de santé

Toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique doivent être consignées dans le dossier du patient. Les propos de l'enfant et de la famille sont retranscrits mot pour mot, entre guillemets, tels qu'ils ont été entendus ou observés, en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle. Les diverses lésions peuvent être retranscrites sur un schéma. Elles devraient être, dans la mesure du possible, photographiées.

Dans le carnet de santé (outil de liaison entre les différents professionnels de santé) ne sont reportées que les données objectives relatives au développement de l'enfant et à la pathologie observée.

Décisions possibles pour protéger l'enfant

Quelques règles de base

- Le médecin est tenu de protéger l'enfant (art. 43 et 44 du Code de déontologie médicale [annexe 1.2]).
 - ▶ Il existe des situations où l'hospitalisation immédiate est nécessaire :
 - lorsque l'enfant est un nourrisson ;
 - lorsqu'il existe un risque médical important, voire vital ;
 - lorsque la mise à l'abri de l'enfant est nécessaire.
- Le médecin peut être amené à rédiger un certificat médical initial (ITT) qui ouvrira des droits à réparation.

Décisions possibles

En situation d'urgence

- En cas d'urgence vitale, appel du SAMU centre 15 pour transfert de l'enfant à l'hôpital qui doit faire le signalement.
- En cas de danger important, nécessité de mise à l'abri immédiate de l'enfant (forte suspicion de maltraitance avec auteur présumé au domicile de l'enfant), il faut :
 - hospitaliser sans délai : prévenir le senior des urgences et s'assurer de la venue effective de l'enfant ;
 - informer le procureur de la République par téléphone et adresser le signalement par fax et courrier en gardant une copie (annexe 2). Le signalement est réalisé, après concertation, soit par le médecin qui adresse l'enfant, soit par l'hôpital.

Décisions possibles pour protéger l'enfant (suite)

En dehors des situations d'urgence

- Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en danger et en risque de danger, les réflexions doivent se faire de façon collégiale avec notamment le médecin scolaire et/ou le médecin de PMI.
- Ces situations relèvent de la compétence du conseil général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » transmise à la cellule départementale de recueil d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) par téléphone et fax et/ou courrier.
- La CRIP a également un rôle de conseil pour les professionnels lorsqu'ils sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un enfant.

Quel que soit le degré d'urgence, informer les parents de ses inquiétudes par rapport à l'enfant sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

En amont du danger

Avant la naissance : il faut porter attention aux situations à risque décelées notamment lors de l'entretien prénatal précoce (repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective) (cf. RBP Préparation à la naissance et à la parentalité – HAS 2005), et orienter les familles vers les structures de soutien mère - bébé existantes (PMI, CAMSP, CMPP, CMP, services sociaux).

Obligations et risques pour le médecin

Comme tout citoyen, le médecin est tenu de porter assistance à l'enfant, et la non-assistance vise « non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir » (pour protéger l'enfant). Il n'y a ici aucune exception, professionnels et non-professionnels y sont soumis. Dans le doute, le médecin peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'Ordre. S'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri, il DOIT la signaler aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République (voir annexe 1.2).

Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de nom cité (voir le modèle de certificat de signalement présenté en annexe 2).

Cas particuliers

Mort inattendue du nourrisson (MIN)

Les décès par homicide, tout particulièrement ceux de la première année de vie (infanticides), sont, selon la littérature internationale, fortement sous-estimés dans tous les pays. Il n'est pas rare que, lors de la certification des décès, il y ait des confusions entre homicide, accident, et MIN, ce dernier diagnostic recouvrant des réalités très polymorphes.

Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique avec la famille

- En cas de suspicion de décès ou de décès avéré d'un nourrisson et si les personnes qui ont trouvé l'enfant inanimé n'ont pas directement alerté le centre 15 :
 - il est recommandé au professionnel de santé (médecin de famille, médecin urgentiste, etc.) ou à la structure de secours (pompiers, etc.) qui reçoit l'appel téléphonique de contacter immédiatement un médecin régulateur du centre 15.

Cas particuliers (suite)

Conduite à tenir par le premier intervenant sur place

- Sur le lieu de l'intervention, en urgence, il est recommandé :
 - de procéder à un examen complet de l'enfant dénudé (noter les lésions cutanéomuqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.) ;
 - de s'entretenir avec chacune des personnes présentes (entretien si possible mené par le même intervenant et recherchant d'éventuelles discordances ou incohérences) ;
 - de procéder à un examen détaillé du lieu du décès ;
 - d'organiser une prise en charge systématiquement médicalisée de l'enfant et des parents ;
 - de remplir une fiche d'intervention (lien RBP HAS Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)) afin de recueillir tous les éléments d'information notés sur place ;
 - d'organiser le transport du corps de l'enfant vers un centre de référence MIN (médecin sur place ou centre 15) en accord avec les parents ;
 - de recueillir le carnet de santé et les ordonnances récentes de l'enfant.

Quand alerter l'autorité judiciaire ?

La question du signalement peut se poser à tout moment de la prise en charge s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, et quel que soit le lieu du décès (domicile ou chez un tiers, etc.).

Certains signes (ecchymoses multiples ou d'âge différent, morsures, brûlures de cigarette, maigreur extrême) font d'emblée fortement évoquer une maltraitance et requièrent un signalement judiciaire immédiat (appel au procureur de la République).

Dans ce cas, il est important d'informer les parents (ou le tiers) de la démarche qui a été engagée et de leur expliquer les éléments d'observation qui ont conduit au signalement.

Dans les autres cas, la situation sera évaluée au cas par cas aussi bien sur le lieu du décès qu'à l'hôpital, à la lumière des résultats des premières investigations médicales (dont l'autopsie).

Établissement du certificat de décès

Dans ce contexte particulier, il faut établir le certificat de décès en deux étapes.

- Lors de la constatation du décès, compléter un certificat de décès à transmettre à l'état civil :
 - **partie administrative** : si décès non suspect cocher la case « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès », si décès suspect cocher la case « obstacle médico-légal » (article 81 du Code civil) ;
 - **partie médicale** : mentionner la cause la plus probable du décès.

→ Un certificat médical de décès complémentaire sera rempli à l'issue des explorations diagnostiques.

Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est un traumatisme crânien infligé par secouement.

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois.

Le taux de récurrence du secouement est élevé : plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. Il faut donc détecter le plus tôt possible les premiers signes de violence.

La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères persistantes ou de décès. Le coût humain et financier de ce syndrome est considérable.

Dans les cas les plus graves, l'enfant est trouvé mort.

Signes orientant vers une atteinte neurologique

- malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, hypotonie, grande pâleur, plafonnement du regard, évoquant une atteinte grave avec hypertension intracrânienne aiguë, voire un engagement ;
- autres signes : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

Syndrome du bébé secoué (suite)

Signes non spécifiques d'atteinte neurologique

- modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, sans fièvre, sans diarrhée, souvent catalogués à tort de gastro-entérite, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

Examen clinique

(complet, sur un nourrisson dévêtu, comportant la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu, la face, sur et derrière les oreilles, l'intérieur de la bouche, le cou, les creux axillaires).

→ Intérêt majeur de l'association de certains signes, par exemple :

- association de vomissements avec une tension de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance ;
- association de convulsions avec une hypotonie axiale, une tension de la fontanelle ;
- tension de la fontanelle avec cassure vers le haut de la courbe de périmètre crânien.

Anamnèse

- absence d'intervalle libre : le secouement entraîne immédiatement des symptômes ; mais il peut y avoir un délai entre le secouement et la consultation ;
- retard de recours aux soins ;
- absence d'explications des signes, ou explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou explications changeantes ;
- histoire spontanément rapportée d'un traumatisme crânien minime ;
- consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit ;
- histoire de mort(s) dans la fratrie.

Conduite à tenir en urgence

- faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant ;
- poser l'indication d'une hospitalisation en urgence pour que des examens soient réalisés ;
- se mettre en contact avec l'équipe hospitalière avant d'y adresser l'enfant ;
- s'assurer que le bébé est amené à l'hôpital par ses parents ;
- à l'issue des investigations cliniques et paracliniques, le signalement sera fait à la justice avec copie à la CRIP.

Maltraitance sexuelle intrafamiliale

La maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle avec ou sans contact physique, et/ou l'exploiter sexuellement.

Le dévoilement du mineur

- Les faits évoqués peuvent être actuels ou plus anciens et dévoilés alors qu'ils sont terminés.
- Il peut s'agir d'un dévoilement fortuit, ou à l'occasion d'un besoin de se confier à un tiers ou d'une révélation délibérée.
- Le dévoilement est parfois fluctuant (le mineur peut se rétracter ou varier dans ses propos), d'où l'importance d'être en alerte pour y penser quel que soit le contexte de révélation.

Signes d'appel

- Aucun des signes d'appel rapportés ci-dessous n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle. Ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, ils se répètent, ils s'inscrivent dans la durée, ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.
- **Signes généraux** : manifestations très variées non spécifiques de ce type de maltraitance, par exemple : troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, difficultés scolaires, ou des signes somatiques et fonctionnels non spécifiques (douleurs abdominales isolées, céphalées, etc.).

Maltraitance sexuelle intrafamiliale (suite)

→ Signes au niveau de la sphère génito-anale

- Certains signes peuvent être évocateurs : s'ils sont observés chez l'enfant prépubère (ces signes étant moins évocateurs chez l'adolescent) ; si aucune cause médicale n'est retrouvée ; ou si aucune pathologie médicale n'est diagnostiquée ; d'autant plus, s'ils sont répétés.
- Les signes les plus évocateurs sont : les saignements, les pertes génitales ; les irritations ou les prurits génitaux ; les douleurs génitales ou anales ; les troubles mictionnels ; les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.

→ **Comportement du mineur** : il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle.

→ **Comportement de l'entourage** : être attentif au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, vis-à-vis du professionnel ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux.

Examen psychique

Il a pour but de rechercher des signes évocateurs mais non spécifiques :

- un syndrome psychotraumatique :
 - des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en *flash-back* spontané ou provoqué par des événements, etc.),
 - des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.),
 - des symptômes neurovégétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc. ;
- et aussi : un état dépressif ; des troubles du comportement (dans les sphères sexuelle, relationnelle, scolaire) ; des troubles des conduites ; une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

Examen physique

- Est à adapter selon le mode d'exercice du médecin, son expérience, les moyens dont il dispose et les circonstances de découverte. Il est aussi adapté à l'âge du mineur et orienté en fonction des signes d'appel et des propos du mineur.
- L'absence de signe à l'examen physique n'élimine pas une agression à caractère sexuel même si les données de l'examen ne sont pas corrélées aux dires du mineur.
- L'examen génital et anal est à faire si le médecin le juge utile. Un examen génital et anal normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle (les lésions très suspectes sont très rares, les infections sexuellement transmissibles sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez l'adolescente dans ces situations).
- Les situations justifiant un examen en urgence sont :
 - **médico-judiciaires** : si agression depuis moins de 72 heures, avec notion de pénétration : pour rechercher des lésions récentes ;
 - **médico-chirurgicales** : signes somatiques ou psychiques sévères (lésions chirurgicales, perturbation psychologique aiguë, etc.).

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle et contact permanent ou fréquent avec l'agresseur : assurer la protection immédiate de l'enfant en danger (signalement avec ou sans hospitalisation).

Annexe 1. Aspects législatifs et réglementaires

Annexe 1.1. Article 375 du Code civil

« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil général, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du Code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel. »

Annexe 1.2. Cadre juridique du signalement par un professionnel de santé de maltraitance à enfant

La violation du secret professionnel est punie par l'article 226-13 du Code pénal. Toutefois, des dérogations à cet article permettent à des professionnels de santé de signaler les privations et sévices qu'ils ont constatés.

→ **L'article 226-14 du code pénal** permet la révélation d'une information à caractère secret :

- « 1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- 2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. »

→ **L'article L. 226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles** prévoit que : « [...] les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du Code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code [...] ».

Cette information transmise doit être strictement limitée « à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance [...] » article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

En vertu de l'article 226-14 du Code pénal, un professionnel de santé n'encourt d'ailleurs aucune sanction pénale disciplinaire, sur le fondement de la révélation d'une information couverte par le secret professionnel, si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article.

→ Par ailleurs, les **articles 43 et 44 du code de déontologie médicale** prévoient que :

- le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage (art. 43) ;
- lorsqu'un médecin constate qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, « il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience » (art. 44).

Enfin, un professionnel de santé a une obligation de porter assistance à personne en danger (article 223-6 du Code pénal).

Annexe 2. Modèle type de signalement

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République.

Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Cachet
du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

► L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

► Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : « _____

_____ ».

- l'enfant nous a dit que : « _____

_____ ».

Cachet
du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

- Oui
- Non

(rayer la mention inutile)

► Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

-
-
-
-

► Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

-
-
-
-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le _____

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :



En savoir plus

- Maltraitance chez l'enfant : repérage et mesures de protection. Rapport d'élaboration, HAS 2014.
- Protection de l'enfance. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide pratique, 2011.
- Agir contre la maltraitance. Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. Enfance et Partage, 2014.

Liste des recommandations

- Syndrome du bébé secoué. Recommandation de bonne pratique, HAS 2017.
- Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Recommandation de bonne pratique, 2011.
- Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Recommandation de bonne pratique, HAS, 2007.
- *When to suspect child maltreatment - Clinical Guideline. National Institute for Health and Care Excellence, 2013.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

9. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des troubles du comportement et des conduites chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9 = Tout à fait d'accord
Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel ; minorité sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac / Alcool / Drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prématurité, petit poids de naissance, tabagisme périnatal, mère jeune, complications obstétricales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impulsivité, recherche de sensations, TDAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatisme crânien, violences subies dans l'enfance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec ou influence des pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Pensez-vous que le "Questionnaire Points forts - Points faibles" (version française de "Strengths and Difficulties Questionnaire") soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les troubles du comportement ou des conduites chez l'adolescent en consultation ?

Cotation du Questionnaire Points fort - Points faible (SDQ-Fra) rempli par les parents ou les professeurs

Les 25 items au SDQ-Fra comprennent 5 échelles de 5 items chacune. Il est en général plus facile de coter d'abord les 5 échelles avant de calculer la note totale obtenue au questionnaire. Les items "parfois ou un peu vrai" sont toujours cotés 1 tandis que la cotation aux réponses "pas vrai" et "très vrai" peut varier selon l'item. Pour ces notes, veuillez vous référer aux 5 échelles ci-dessous. Pour chacune des 5 échelles, le score peut varier de 0 à 10 à condition que tous les 5 items soient complétés. Les scores des échelles peuvent être inférées à condition qu'au moins 3 items soient complétés.

Echelle de troubles émotionnels	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Se plaint souvent de maux de tête ou d'estomac ...	0	1	2
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	0	1	2
Souvent malheureux(se), abattu(e) ...	0	1	2
Mal à l'aise ou se cramponne aux adultes ...	0	1	2
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	0	1	2
Echelles de troubles comportementaux			
	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Fait souvent des colères, s'énerve facilement	0	1	2
En général obéissant(e) envers les adultes	2	1	0
Se bagarre souvent avec les autres enfants ...	0	1	2
Ment ou triche souvent	0	1	2
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	0	1	2
Echelle d'hyperactivité			
	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Agité(e), turbulent(e), hyperactif(ve) ...	0	1	2
A la boueotte, se tortille constamment	0	1	2
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	0	1	2
Réfléchit avant d'agir	2	1	0
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs ...	2	1	0
Echelle de troubles relationnel avec les pairs			
	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul	0	1	2
A au moins un(e) ami(e)	2	1	0
Généralement aimé(e) des autres enfants	2	1	0
Se fait souvent embêter par les autres enfants	0	1	2
S'entend mieux avec les adultes qu'avec ...	0	1	2
Echelle prosocial			
	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Est sensible aux autres ...	0	1	2
Partage facilement avec les autres enfants	0	1	2
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ...	0	1	2
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	0	1	2
Toujours prêt(e) à aider les autres	0	1	2

Score total de difficultés: Celui-ci est obtenu en sommant les notes aux autres échelles excepté celle de l'échelle prosocial.

Interprétation du score des symptômes et définition du cas des scores de symptômes

Les limites provisoires figurant ci-dessous ont été choisies de façon à ce que 80% des enfants dans la population en général soient normaux, 10% soient limites et 10% soient anormaux. Dans une étude d'échantillon à haut-risque et où les faux positifs ne représentent pas un problème sérieuse, on peut identifier des cas conformes par un score limite ou par un score élevé à une des échelles de difficultés globale. Dans une étude sur un échantillon à risque peu élevé où il était plus important de réduire les faux positifs, on peut identifier les cas conformes par un score élevé sur l'une des échelles de difficultés globales.

	Normal	Etat limite	Anormal
Questionnaire complété par les parents			
Score total de difficultés	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Score troubles émotionnels	0 - 3	4	5 - 10
Score troubles comportementaux	0 - 2	3	4 - 10
Score d'hyperactivité	0 - 5	6	7 - 10
Score troubles relationnels	0 - 2	3	4 - 10
Score prosocial	6 - 10	5	0 - 4

Questionnaire complété par le professeur

Score total de difficultés	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Score troubles émotionnels	0 - 4	5	6 - 10
Score troubles comportementaux	0 - 2	3	4 - 10
Score d'hyperactivité	0 - 5	6	7 - 10
Score troubles relationnels	0 - 3	4	5 - 10
Score prosocial	6 - 10	5	0 - 4

Elaboration et interprétation des scores d'impact

Quand on utilise une version du SDQ-Fra qui comporte un "supplément d'impact", les items concernant les perturbations générales et sociales peuvent être additionnés pour élaborer un score d'impact, qui peut varier de 0 à 10 pour les versions cotées par les parents, et de 0 à 6 pour les versions cotées par les professeurs.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Questionnaire complété par les parents				
Les difficultés dérangeant ou gênent l'enfant	0	0	1	2
Troubles dans la vie à la maison	0	0	1	2
Troubles dans les amitiés	0	0	1	2
Troubles dans les apprentissages à l'école	0	0	1	2
Troubles dans les loisirs	0	0	1	2

Questionnaire complété par le professeur

Les difficultés dérangeant ou gênent l'enfant	0	0	1	2
Troubles dans les amitiés	0	0	1	2
Troubles dans les apprentissages à l'école	0	0	1	2

Les réponses aux questions sur la chronicité et le fardeau ne sont pas incluses dans le score d'impact. Lorsque les sujets ont répondu non à la première question au supplément d'impact (c'est à dire lorsqu'ils ne perçoivent aucun trouble émotionnel ou du comportement chez l'enfant), alors on ne leur demande pas de répondre aux questions suivantes et le score d'impact est automatiquement coté 0 dans cette situation.

Selon que la cotation est faite par les parents ou par les professeurs, un score d'impact total de 2 ou plus est anormal, tandis qu'un score de 1 est limite et un score de 0 est normal.

11. Pensez-vous que le questionnaire "big five=modèle à 5 facteurs " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une personnalité anti-sociale chez l'adolescent ?

LES 5 DOMAINES / FACTEURS	
NEVROSISME (N) <i>Neuroticism</i>	
N élevé	Inadaptation et Névrosisme Affects négatifs (peur, tristesse, gêne, colère, culpabilité, dégoût) Mauvaise maîtrise des pulsions, difficultés face aux stress, coping inefficace
N basse	Adaptation et Stabilité émotionnelle calme, détente, capacité à faire face aux situations stressantes
EXTRAVERSION (E) <i>Extraversion</i>	
E élevée	Extraversion Sociabilité (préférence pour les groupes) Assurance, naturel joyeux, gai, énergique et optimiste
E basse	Introversi on (absence d'extraversion plutôt que son opposé) Réservés, indépendants, constants et réguliers Ni malheureux, ni pessimistes
OUVERTURE (O) <i>Openness</i>	
O élevée	Ouverture Curieux de leur univers interne et externe, vie riche Pensée divergente, idées nouvelles, valeurs non conventionnelles Emotions positives et négatives intenses
O basse	Conservatisme Tendance à être conservateurs et conventionnels dans les opinions et les comportements Préférence des situations familières à la nouveauté
AGREABILITE (A) <i>Agreeableness</i>	
A élevée	Altruisme sympathie, disposition à aider et à coopérer avec les autres
A basse	Egocentrisme, Doute des intentions d'autrui, compétition
CONSCIENCE (C) <i>Conscientiousness</i>	
C élevée	Résistance aux tentations, réfléchi, déterminé, organisé et de mise à exécution des tâches Personnes scrupuleuses, ponctuelles et fiable Exigence exagérée, besoin compulsif d'ordre et de propreté, surmenage
C basse	Hédonisme Application des principes moraux moins exacte, nonchalance dans la poursuite des objectifs Recherches hédonistes.

LES FACETTES	
NEVROSISME	
N1, Anxiété <i>(Anxiety)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Timide, craintif, nerveux, tendu, inquiet (n'évalue pas les peurs et phobies spécifiques) • Calme et détendue, ne s'attarde pas sur les choses pouvant poser problème 	
N2, Colère-Hostilité <i>(Angry Hostility)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Tendance à éprouver colère, frustration, amertume (l'expression dépend de l'Agréabilité) • Facile à vivre, rarement en colère 	
N3, Dépression <i>(Depression)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Culpabilité, tristesse, sentiments d'impuissance, de solitude, de découragement • Rarement de telles émotions (mais pas forcément gai et enjoué, traits liés à l'Extraversion) 	
N4, Timidité sociale <i>(Self-Consciousness)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Sensible au ridicule, honte et embarras en présence d'autrui, tendance à se sentir inférieur • Moins perturbé par les situations sociales (pas nécessairement aisance sociale) 	
N5, Impulsivité <i>(Impulsiveness)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité à maîtriser ses désirs et besoins (nourriture, cigarettes, possessions...) • Meilleure tolérance à la frustration 	
N6, Vulnérabilité <i>(Vulnerability)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité à faire face au stress ; dépendance, désespoir, panique face aux problèmes • Capacité de se contrôler dans les situations difficiles 	

LES FACETTES
EXTERNALITE
<p>E1, Chaleur (<i>Warmth</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affectueux et amical, relations proches avec les autres aisées • Formalisme, plus réservé et distant (pas nécessairement hostile ou sans compassion)
<p>E2, Grégarité (<i>Gregariousness</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préférence pour la compagnie des autres • Plutôt solitaire, ne recherche pas ou évite même activement les stimulations sociales
<p>E3, Assertivité (<i>Assertiveness</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dominance, énergie et ambition sociale • Préfère se tenir à l'écart, laisse les autres parler
<p>E4, Activité (<i>Activity</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigueur, énergie, occupations constantes, vie dense au rythme rapide • Tempo plus lent et plus tranquille (pas nécessairement apathique ou paresseuse)
<p>E5, Recherche de sensations (<i>Excitement-Seeking</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin impérieux d'animation et de stimulation (environnements bruyants...) • Peu besoin de stimulation
<p>E6, Emotions positives (<i>Positive Emotions</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Joie, gaieté, bonheur, optimisme, amour et exaltation. • Moins exubérante et moins vive, pas nécessairement malheureuses

LES FACETTES
OUVERTURE
<p>O1, Ouverture aux Rêveries (<i>Fantasy</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imagination vive, active, et créative • Prosaïque, individus préférant s'en tenir à ce qu'ils font
<p>O2, Ouverture à l'Esthétique (<i>Aesthetics</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intérêt et sensibilité pour les arts et la beauté, pas nécessairement de talent artistique • Insensible à l'art et à la beauté, ou peu d'intérêt
<p>O3, Ouverture aux Sentiments (<i>Feelings</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réceptif à ses propres sentiments et émotions, large gamme d'états émotionnels différents • Accorde peu ou pas d'importance aux états émotionnels, affects semblant émoussés
<p>O4, Ouverture aux Actions (<i>Actions</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préférence pour la nouveauté et la variété, pour essayer des activités différentes • Changement vécu difficilement, préférence pour ce qui est déjà connu
<p>O5, Ouverture aux Idées (<i>Ideas</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curiosité intellectuelle, ouverture aux idées nouvelles et parfois non conventionnelles • Curiosité limitée, concentration sur des sujets circonscrits
<p>O6, Ouverture aux Valeurs (<i>Values</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remise en question des valeurs sociales, politiques et religieuses. • Conservatisme, tendance à accepter l'autorité et à respecter les traditions.

LES FACETTES
AGREABILITE
<p>A1, Confiance (<i>Trust</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment que les autres sont honnêtes et bien intentionnés • Tendance être cynique et sceptique, les autres étant perçus malhonnêtes ou dangereux
<p>A2, Droiture (<i>Straightforwardness</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Franchise, sincérité • Manipulation d'autrui par la flatterie ou la ruse, tactique ressentie nécessaire en société
<p>A3, Altruisme (<i>Altruism</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation active du bien-être des autres, générosité, volonté d'aider autrui • Egocentrisme, peu sensible aux problèmes des autres
<p>A4, Compliance (<i>Compliance</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendance à se soumettre aux autres, à inhiber son agressivité, à pardonner et à oublier • Agressivité, goût pour la compétition, expression de sa colère quand nécessaire
<p>A5, Modestie (<i>Modesty</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humilité et effacement (pas nécessairement manque de confiance ou d'estime de soi) • Image positive de soi, perçu comme arrogant et prétentieux par les autres
<p>A6, Sensibilité (<i>Tender-Mindedness</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Touché par les besoins d'autrui, accent sur l'aspect humain de la politique sociale • Plus dur, peu ému par la pitié ; se considère réaliste, rationnel, logique froide

LES FACETTES
CONSCIENCE
<p>C1, Compétence (<i>Competence</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité, prudence et efficacité, sentiment de pouvoir affronter la vie • Mauvaise opinion de ses capacités, sentiment d'incapacité, d'être peu préparé
<p>C2, Ordre (<i>Order</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation, méthodique, rigoureux • Incapacité à s'organiser, manque de méthode.
<p>C3, Sens du devoir (<i>Dutifulness</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adhésion stricte à ses principes éthiques, scrupuleux face aux obligations morales • Désinvolture, manque de fiabilité, instable
<p>C4, Recherche de réussite (<i>Achievement Striving</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirations élevées, application et investissements importants pour l'atteint du but visé • Nonchalance, manque d'ambition, parfois paresseux
<p>C5, Autodiscipline (<i>Self-Discipline</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité à se motiver pour entreprendre et terminer ses tâches malgré l'ennui, la distraction • Tendance à la procrastination, facilement découragé
<p>C6, Délibération (<i>Deliberation</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendance à réfléchir avant d'agir, prudence, réflexion • Précipitation, engagements sans envisager les conséquences des paroles et des actes

RESUME DES OBJECTIFS DU NEO PI-R

- Etude de personnalité des patients porteurs de troubles psychopathologiques
- Hypothèses pronostiques relative à l'indication et à l'évolution thérapeutique
- Contribution au diagnostic des troubles de personnalité

APPLICATION CLINIQUE

AVANTAGES

- Interprétation des profils permettant d'articuler domaines et facettes
- Description des différences de personnalité à partir des cinq domaines
- Hiérarchisation du modèle structuré en deux étages superposés :
 - Premier niveau, proche des comportements observables, description des conduites en termes de traits relativement constants
 - Deuxième niveau, plus global, regroupement des traits en cinq grands domaines ou facteurs
- Facettes applicables aux sujets normaux et aux patients psychopathologiques
- Intérêt d'aborder le profil avec le patient

INCONVENIENTS

- Familiarité avec la langue écrite et volonté de coopérer nécessaires
- Différentes sources de déformation (falsification délibérée, distorsions cognitives...)

PERSONNALITE DES PATIENTS PRESENTANT UN TROUBLE DE L'AXE I

N : La facette Dépression, génératrice d'une souffrance psychologiques, est reconnue comme telle par les patients concernées. Cette souffrance est souvent un motif puissant de consultation, et favorise l'alliance thérapeutique.

O : Une tendance à l'Ouverture est de bon pronostic. Les thérapies cognitives sont liées en outre à l'Ouverture aux Idées.

A : Des notes basses aux différentes facettes traduisent la méfiance, le manque d'égards pour autrui, l'antagonisme, l'inflation du moi et l'insensibilité, et demandent des efforts particuliers au thérapeute pour établir l'alliance thérapeutique.

Autres : L'Impulsivité est estimée par les facettes E5 (Recherche de sensations, haute), C6 (Délibération, basse).

DIAGNOSTIC DES TROUBLES CLINIQUES DE LA PERSONNALITE

Groupe A : « Bizarres et excentriques ».

- **Personnalité paranoïaque** : Les caractéristiques sont surtout la méfiance et l'hostilité soupçonneuse. Notes *basses* aux facettes de Confiance (A1), Droiture (A2), Compliance (A4), Chaleur (E1), Grégarité (E2), Emotions positives (E6), Ouverture à l'esthétique et aux sentiments ; notes *élevées* aux facettes de Colère-Hostilité (N2), Anxiété (A1), et Sentiment de compétence.
- **Personnalité schizoïde** : Le trait dominant est l'introversion sociale. Notes *basses* d'Extraversion, tout spécialement sensible sur les facettes de Chaleur (E1) et Grégarité (E2). Le deuxième trait est l'émoussement affectif. Notes *modérées* au Névrosisme, et notes *basses* aux facettes de Recherche de sensations (E5) et Emotions positives (E6).
- **Personnalité schizotypique** : Ce troubles se caractérise par une méfiance paranoïde et par une introversion sociale. Notes *basses* aux facettes de Confiance (A1), Chaleur (E1) et Grégarité (E2) ; notes *élevées* pour le Névrosisme et les facettes d'Ouverture aux Rêveries (O1), aux Idées (O5), et aux valeurs (O6).

Groupe B : « Drame, émotion et désordre ».

- **Personnalité antisociale** : Notes *basses* d'Agréabilité, particulièrement aux facettes de Franchise, Altruisme, Compliance (A4), Modestie (A5), Sensibilité, Sens du devoir, Autodiscipline et Délibération.
- **Personnalité limite** : Notes *basses* aux facettes de Droiture (A2) et Compliance (A4) ; notes *élevées* de Névrosisme (>75), Extraversion, notamment aux facettes de Grégarité (E2), Assertivité (E3) et Emotions positives (E6).
- **Personnalité histrionique** : Notes *basses* aux facettes de Droiture et Altruisme ; notes *élevées* d'Extraversion, toutes ses facettes (E1 à E6), et Névrosisme, sur les facettes de Colère-Hostilité (N2), Timidité sociale (N4), Vulnérabilité au stress (N6), Confiance.
- **Personnalité narcissique** : Notes *basses* d'Agréabilité, sur les facettes de Droiture, Altruisme, Compassion, Modestie. Névrosisme et ses facettes (N1 à N6) bas par déni.

Groupe C : « Anxiété et peur ».

- **Personnalité évitante** : Conflit entre un désir de relations avec autrui et un malaise dans la relation interpersonnelle. Notes *basses* d'Extraversion, d'Ouverture aux actions (O4) ; notes *hautes* de Névrosisme (≠schizoïdes), de Chaleur (E1).
- **Personnalité dépendante** : Ces personnes cherchent la protection d'autrui, désirent éviter les conflits, obtenir l'amour et le soutien d'autrui par la soumission. Notes *basses* sur l'Assertivité (E3), l'Activité (E4), la Recherche de sensations (E5), et de Recherche de réussite (C4) ; notes *hautes* d'Agréabilité, de Névrosisme, et des facettes Compliance (A4), Modestie (A5), Altruisme, Chaleur (E1) et Grégarité (E2), Anxiété (N1), Timidité sociale (N4) et Vulnérabilité au stress (N6).

- **Personnalité obsessionnelle-compulsive** : Caractérisée par le perfectionnisme et la rigidité des règles et des principes. Notes *basses* de Compliance (A4), Droiture (A2), Ouverture aux Valeurs ; notes *hautes* de Conscience, Névrosisme, et Assertivité (E3).
- Autres troubles de la personnalité** : « Critères et axes proposés pour des études supplémentaires ».
- **Personnalité dépressive** : Notes *basses* d'Extraversion, d'Agréabilité, de Conscience, et des facettes Assertivité, Activité, Recherche de sensations, Emotions positives ; notes *hautes* de Névrosisme, Dépression (N3), Anxiété (N1), Anxiété sociale, Vulnérabilité, parfois Colère-Hostilité (N2).
 - **Personnalité passive-agressive** : Notes *basses* d'Agréabilité, Franchise et Compliance, et Conscience ; notes *hautes ou basses* en raison de déni pour le Névrosisme.
 - **Personnalité à conduite d'échec** : Notes *basses* à la Volonté de réussir (C4) ; notes *hautes* pour le Névrosisme, Timidité sociale (N4) et Vulnérabilité au stress (N6).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

12. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un trouble psychotique chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9 = Tout à fait d'accord
Sexe masculin, avancée dans l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de violence subie, décès parent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac, alcool, drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complications obstétricales (dont grippe), grossesse non désirée (toxiques), stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie chronique, faible quotient intellectuel, syndrome de délétion 22q11.2 ; minorité sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec les pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique. vie en milieu urbain, immigration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Pensez-vous que l'échelle "Brief Psychiatric Rating Scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble psychotique chez l'adolescent ?

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Patient Name _____ Today's Date _____

Please enter the score for the term that best describes the patient's condition.

0 = Not assessed, 1 = Not present, 2 = Very mild, 3 = Mild, 4 = Moderate, 5 = Moderately severe, 6 = Severe, 7 = Extremely severe

Score	
<input type="checkbox"/>	1. SOMATIC CONCERN Preoccupation with physical health, fear of physical illness, hypochondriasis.
<input type="checkbox"/>	2. ANXIETY Worry, fear, over-concern for present or future, uneasiness.
<input type="checkbox"/>	3. EMOTIONAL WITHDRAWAL Lack of spontaneous interaction, isolation deficiency in relating to others.
<input type="checkbox"/>	4. CONCEPTUAL DISORGANIZATION Thought processes confused, disconnected, disorganized, disrupted.
<input type="checkbox"/>	5. GUILT FEELINGS Self-blame, shame, remorse for past behavior.
<input type="checkbox"/>	6. TENSION Physical and motor manifestations of nervousness, over-activation.
<input type="checkbox"/>	7. MANNERISMS AND POSTURING Peculiar, bizarre, unnatural motor behavior (not including tic).
<input type="checkbox"/>	8. GRANDIOSITY Exaggerated self-opinion, arrogance, conviction of unusual power or abilities.
<input type="checkbox"/>	9. DEPRESSIVE MOOD Sorrow, sadness, despondency, pessimism.
<input type="checkbox"/>	10. HOSTILITY Animosity, contempt, belligerence, disdain for others.
<input type="checkbox"/>	11. SUSPICIOUSNESS Mistrust, belief others harbor malicious or discriminatory intent.
<input type="checkbox"/>	12. HALLUCINATORY BEHAVIOR Perceptions without normal external stimulus correspondence.
<input type="checkbox"/>	13. MOTOR RETARDATION Slowed, weakened movements or speech, reduced body tone.
<input type="checkbox"/>	14. UNCOOPERATIVENESS Resistance, guardedness, rejection of authority.
<input type="checkbox"/>	15. UNUSUAL THOUGHT CONTENT Unusual, odd, strange, bizarre thought content.
<input type="checkbox"/>	16. BLUNTED AFFECT Reduced emotional tone, reduction in formal intensity of feelings, flatness.
<input type="checkbox"/>	17. EXCITEMENT Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity.
<input type="checkbox"/>	18. DISORIENTATION Confusion or lack of proper association for person, place or time.

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Instructions for the Clinician:

The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) is a widely used instrument for assessing the positive, negative, and affective symptoms of individuals who have psychotic disorders, especially schizophrenia. It has proven particularly valuable for documenting the efficacy of treatment in patients who have moderate to severe disease.

It should be administered by a clinician who is knowledgeable concerning psychotic disorders and able to interpret the constructs used in the assessment. Also considered is the individual's behavior over the previous 2-3 days and this can be reported by the patient's family.

The BPRS consists of 18 symptom constructs and takes 20-30 minutes for the interview and scoring. The rater should enter a number ranging from 1 (not present) to 7 (extremely severe). 0 is entered if the item is not assessed.

First published in 1962 as a 16-construct tool by Drs. John Overall and Donald Gorham, the developers added two additional items, resulting in the 18-item scale used widely today to assess the effectiveness of treatment.

BPRS Scoring Instructions:

Sum the scores from the 18 items. Record the total score and compare the total score from one evaluation to the next as the measure of response to treatment.

Overall, JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin* 24:97-99, 1988.

14. Pensez-vous que "Prodromal Questionnaire -Brief version" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble psychotique chez l'adolescent ?

Annexe 1 : Le prodromal questionnaire 16 items version française traduite à Limoges

(fPQ16) Référence : H K. Isinz, W Veline, RL. Loewy et al. (2012) The Validity of the 16-Item Version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to Screen for Ultra High Risk of Developing Psychosis in the General Help-Seeking Population, Schizophrenia Bulletin, 38, 1288-1296, traduction faite à Limoges par Sarah Pivert

Veillez indiquer si vous avez déjà vécu les affirmations ci-dessous, récemment ou à un autre moment de votre vie, en entourant vrai ou faux pour chacune d'entre elles.

Attention, ces expériences doivent avoir été vécues SANS avoir été sous l'emprise de stupéfiant, d'alcool ou de médicaments non prescrits.

Pour chaque affirmation, répondez à la question suivante : à quel point cela vous perturbe ?

1	J'ai perdu de l'intérêt pour les choses que j'aimais avant.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
2	J'ai souvent l'impression de revivre des situations déjà vécues.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
3	Il m'arrive de sentir des odeurs ou des goûts que les autres ne peuvent pas sentir.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
4	J'entends souvent des sons inhabituels comme des coups, des claquements, des effillements, des connorice.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
5	Il m'est arrivé de me demander si ce que je vivais, était réel ou imaginaire.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
6	Lorsque je regarde les autres ou moi même dans un miroir, il m'est arrivé de voir les visages changer, sous mes yeux.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
7	Je suis extrêmement anxieux quand je rencontre des gens pour la première fois.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
8	J'ai déjà vu des choses que les autres ne pouvaient apparemment pas voir.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
9	Mes pensées sont parfois tellement fortes que je peux presque les entendre.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
10	Parfois, je trouve des significations particulières dans les publicités, les vitrines ou dans la façon dont les choses sont disposées autour de moi.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
11	Des fois, j'ai l'impression que ce n'est pas moi qui contrôle mes propres idées ou pensées.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
12	Il m'arrive parfois d'être déconcentré d'un coup, par un bruit lointain auquel je ne ferais pas attention d'habitude.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
13	J'ai déjà entendu des choses comme des voix, des chuchotements, des discussions, que les autres ne peuvent pas entendre.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
14	J'ai souvent l'impression que les autres ont quelque chose contre moi.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
15	J'ai déjà ressentie une force ou une personne près de moi, même si je ne pouvais pas la voir.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
16	J'ai l'impression que mon corps a changé d'une certaine manière ou qu'une partie ne fonctionne plus comme avant.	Vrai	Faux	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup

Interprétation : dès 4 réponses positives = risque de trouble psychotique

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Annexe 11 : Questionnaire « Dépistages des troubles du sommeil et des troubles psychiatriques chez l'adolescent (Dépression, Risque suicidaire, Anxiété, Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), Troubles envahissants du développement, Tics, TOCs)

L'objectif est de sélectionner par méthode Delphi :

- les facteurs de risque les plus pertinents à rechercher à l'interrogatoire en consultation
 - les outils de dépistage les plus pertinents à utiliser en consultation
- pour dépister l'obésité et les troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les troubles du sommeil chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Sexe féminin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation d'alcool, tabac, drogues, café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress, anxiété, dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autisme, TDAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales ou avec les pairs, vie en foyer, maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires, excès d'activités extra-scolaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situation financière difficile, vie en milieu urbain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation d'écran	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Pensez-vous que l'"International Classification of Sleep Disorders - II" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les insomnies chez l'adolescent en consultation ?

Diagnostic Criteria: Psychophysiologic Insomnia

A. A complaint of insomnia is present and is combined with a complaint of decreased functioning during wakefulness

B. Indications of learned sleep-preventing associations are found and include the following:

1. Trying too hard to sleep, suggested by an inability to fall asleep when desired, but ease of falling asleep during other relatively monotonous pursuits, such as watching television or reading.
2. Conditioned arousal to bedroom or sleep-related activities, indicated by sleeping poorly at home but sleeping better away from the home or when not carrying out bedtime routines

C. There is evidence that the patient has increased somatized tension (e.g., agitation, muscle tension, or increased vasoconstriction)

D. Polysomnographic monitoring demonstrates all of the following:

1. An increased sleep latency
2. Reduced sleep efficiency
3. An increased number and duration of awakenings

E. No other medical or mental disorders accounts for the sleep disturbance

F. Other sleep disorders can coexist with the insomnia, e.g., inadequate sleep hygiene, obstructive sleep apnea syndrome, etc.

Minimal Criteria: A plus B.

Severity Criteria:

Mild

Moderate

Severe

Duration Criteria:

Acute: 4 weeks or less.

Subacute: More than 4 weeks but less than 6 months.

Chronic: 6 months or longer.

Référence : American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual. Chicago, Illinois:

American Academy of Sleep Medicine, 2001.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

3. Pensez-vous que l'"Échelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16ans" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les troubles du sommeil chez l'adolescent en consultation ?

Échelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16 ans ^(1,2)

Prénom de l'enfant : Date de naissance :/...../..... Taille :
 Nom de l'enfant : Sexe : Garçon Fille Poids :

i Pour répondre à ce questionnaire, basez-vous sur les observations que vous avez pu faire durant les six derniers mois et cochez les cases qui correspondent le mieux à ce que vous avez observé de votre enfant. Merci de répondre à toutes les questions en remplissant les lignes ou en entourant les nombres

	Plus de 9h	8h à 9h	7h à 8h	5h à 7h	Moins de 5h	A	B	C	D	E
1 - Combien d'heures l'enfant dort-il la plupart des nuits ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
	Moins de 15 min	15-30 min	30-45 min	45-60 min	Plus de 60 min					
2 - Combien de temps après sa mise au lit l'enfant met-il habituellement pour s'endormir ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
	Jamais	Rarement 1 à 3 fois / mois	Parfois 1 à 2 fois / semaine	Souvent 3 à 5 fois / semaine	Toujours Tous les jours					
3 - L'enfant va au lit avec réticence	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
4 - L'enfant a des difficultés à s'endormir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
5 - L'enfant ressent de l'anxiété ou des peurs au moment de s'endormir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
6 - Lorsque l'enfant s'endort, il semble vivre ses rêves	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
7 - L'enfant transpire excessivement à l'endormissement	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
8 - L'enfant se réveille plus de 2 fois par nuit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
9 - L'enfant a des difficultés à s'endormir à nouveau après s'être réveillé dans la nuit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
10 - Dans son sommeil, l'enfant a des mouvements brusques ou des secousses des jambes ou il change souvent de position durant la nuit ou encore il jette les couvertures au pied de son lit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
11 - L'enfant a des difficultés à respirer durant la nuit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
12 - L'enfant fait des pauses respiratoires ou cherche sa respiration pendant son sommeil	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
13 - L'enfant ronfle	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
14 - L'enfant transpire excessivement pendant la nuit	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
15 - Vous avez assisté à un épisode de somnambulisme de l'enfant (il se lève et déambule pendant son sommeil)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
16 - Vous avez déjà entendu l'enfant parler dans son sommeil	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
17 - L'enfant grince des dents pendant son sommeil	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
18 - L'enfant se réveille en hurlant ou est confus au point qu'il est impossible de l'approcher, mais il n'a aucun souvenir de ces événements le matin suivant	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
19 - L'enfant fait des cauchemars dont il ne se rappelle pas le matin venu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
20 - L'enfant est difficile à réveiller le matin	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
21 - L'enfant se réveille le matin en se sentant fatigué	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
22 - L'enfant se sent incapable de bouger quand il se réveille le matin	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
23 - L'enfant est somnolent durant la journée	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
24 - L'enfant s'endort brutalement, de façon inattendue, à l'école ou lors de ses activités	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
25 - Lorsque l'enfant rit, il a une perte de tonus musculaire qui peut entraîner un affaissement du corps ou une chute	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					

Facteurs	Sommes	Scores	Seuils	Normes			Sous-scores				
				Moyenne	Écart-type	Q1 et Q3	A	B	C	D	E
Troubles du sommeil	1 à 25 (sur 125)	.....	>45 <input type="checkbox"/>	38	8,8	32-44					
A. Insomnies	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 (sur 35)	.....	>21 <input type="checkbox"/>	12	4,2	9-14					
B. Parasomnies	6, 10, 15, 16, 17, 18, 19 (sur 35)	.....	>17 <input type="checkbox"/>	10	3	8-12					
C. Problèmes respiratoires	7, 11, 12, 13, 14 (sur 25)	.....	>12 <input type="checkbox"/>	6	2,4	5-8					
D. Sommeil non réparateur	20, 21, 22 (sur 15)	.....	>11 <input type="checkbox"/>	5	2,5	4-7					
E. Somnolence diurne excessive	23, 24, 25 (sur 15)	.....	>5 <input type="checkbox"/>	3	0,8	3-3					

Ces scores ne peuvent en aucun cas remplacer le diagnostic d'un spécialiste du sommeil. Si les scores A, C ou E > seuils, consultez un spécialiste.

1. Bruni O, et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. J Sleep Res. 1996;5(4):251-61.
 2. Putois B, et al. The French Sleep Disturbance Scale for Children. Sleep Med. 2017; 32:56-65.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une dépression et un risque suicidaire chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Sexe féminin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de tentative de suicide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation d'écrans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de violence subie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perte d'un être cher, séparation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec ou influence des pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de la personnalité, trouble mental, anxiété, impulsivité, mauvaise estime de soi, troubles du comportement alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minorité sexuelle, homophobie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents judiciaires, intolérance à la frustration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Pensez-vous que l'échelle "Hamilton Depression rating scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent ?

Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes; y compris les personnes âgées (même si certaines questions concernent les activités professionnelles)

Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

- de 10 à 13: les symptômes dépressifs sont légers
- de 14 à 17: les symptômes dépressifs sont légers à modérés
- au dessus de 18: les symptômes dépressifs sont modérés à sévères

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

6. Pensez-vous que l'échelle "Beck Hopelessness Scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent dès 17ans ?
Interprétation : 4-8: dépression légère ; 9-14: dépression modérée ; à partir de 15 : dépression sévère

Beck's Hopelessness Inventory

The following is a self-report inventory designed to measure levels of hopelessness. Please answer each question by circling true or false based on how you have been feeling in the past weeks, including today.

- | | |
|---|-------------------|
| 1. I look forward to the future with hope and enthusiasm. | TRUE FALSE |
| 2. I might as well give up because I can't make things better for myself. | TRUE FALSE |
| 3. When things are going badly, I am helped by knowing they can't stay that way forever. | TRUE FALSE |
| 4. I can't imagine what my life would be like in 10 years. | TRUE FALSE |
| 5. I have enough time to accomplish the things I most want to do. | TRUE FALSE |
| 6. In the future, I expect to succeed in what concerns me most. | TRUE FALSE |
| 7. My future seems dark to me. | TRUE FALSE |
| 8. I expect to get more of the good things in life than the average person. | TRUE FALSE |
| 9. I just don't get the breaks, and there's no reason to believe I will in the future. | TRUE FALSE |
| 10. My past experiences have prepared me well for my future. | TRUE FALSE |
| 11. All I can see ahead of me is unpleasantness rather than pleasantness. | TRUE FALSE |
| 12. I don't expect to get what I really want. | TRUE FALSE |
| 13. When I look ahead to the future, I expect I will be happier than I am now. | TRUE FALSE |
| 14. Things just won't work out the way I want them to. | TRUE FALSE |
| 15. I have great faith in the future. | TRUE FALSE |
| 16. I never get what I want so it's foolish to want anything. | TRUE FALSE |
| 17. It is very unlikely that I will get any real satisfaction in the future. | TRUE FALSE |
| 18. The future seems vague and uncertain to me. | TRUE FALSE |
| 19. I can look forward to more good times than bad times. | TRUE FALSE |
| 20. There's no use in really trying to get something I want because I probably won't get it | TRUE FALSE |



1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

7. Pensez-vous que le questionnaire "Patient Health Questionnaire for Adolescent" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent (11-17ans) ?

Patient Health Questionnaire-Modified for Teens

Over the <i>last 2 weeks</i> , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things?	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, irritable or hopeless?	0	1	2	3
3. Trouble falling asleep, or staying asleep, or sleeping too much?	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy?	0	1	2	3
5. Poor appetite, weight loss, or overeating?	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things like school work, reading, or watching TV?	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite, being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

For office coding: 0 + + +
= Total Score

10. If you are experiencing any of the problems on this form, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	Not difficult at all <input type="checkbox"/>	Somewhat difficult <input type="checkbox"/>	Very difficult <input type="checkbox"/>	Extremely difficult <input type="checkbox"/>
11. In the <i>past year</i> , have you felt depressed or sad most days, even if you felt OK sometimes?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
12. Has there been a time in the <i>past month</i> when you have had serious thoughts about ending your life?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
13. Have you <i>ever, in your whole life</i> , tried to kill yourself or made a suicide attempt?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

Adapted from the patient health questionnaire (PHQ) screeners (www.phqscreeners.com). Accessed October 6, 2016. See website for additional information and translations.

Scoring the PHQ-9 modified for Teens

Scoring the PHQ-9 modified for teens is easy but involves thinking about several different aspects of depression.

To use the PHQ-9 as a diagnostic aid for Major Depressive Disorder:

- Questions 1 and/or 2 need to be endorsed as a "2" or "3"
- Need five or more positive symptoms (positive is defined by a "2" or "3" in questions 1-8 and by a "1", "2", or "3" in question 9).
- The functional impairment question (How difficult....) needs to be rated at least as "somewhat difficult."

To use the PHQ-9 to screen for all types of depression or other mental illness:

- All positive answers (positive is defined by a "2" or "3" in questions 1-8 and by a "1", "2", or "3" in question 9) should be followed up by interview.
- A total PHQ-9 score > 10 (see below for instructions on how to obtain a total score) has a good sensitivity and specificity for MDD.

To use the PHQ-9 to aid in the diagnosis of dysthymia:

- The dysthymia question (In the past year...) should be endorsed as "yes."

To use the PHQ-9 to screen for suicide risk:

- All positive answers to question 9 as well as the two additional suicide items MUST be followed up by a clinical interview.

To use the PHQ-9 to obtain a total score and assess depressive severity:

- Add up the numbers endorsed for questions 1-9 and obtain a total score. See table below for score interpretations.

Score	Severity
0-4	None-minimal
5-9	Mild
10-14	Moderate
15-19	Moderately Severe
20-27	Severe

Adapted from the patient health questionnaire (PHQ) screeners (www.phqscreeners.com). Accessed October 6, 2016. See website for additional information and translations.

8. Pensez-vous que le questionnaire de dépression de Beck ("Beck Depression Inventory-Fast Screen" traduit en français) soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent dès 14ans ?

Questionnaire de dépression de Beck (BDI-FS-Fr).

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre état au cours de ces 2 dernières semaines.

1 Tristesse

- 0- Je ne me sens pas triste.
- 1- Je me sens très souvent triste.
- 2- Je suis tout le temps triste.
- 3- Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0- Je ne me sens pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1- Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2- Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3- J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Echecs dans le passé

- 0- Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une(e) raté(e).
- 1- J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2- Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3- J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0- J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1- Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2- J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3- Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments négatifs envers moi-même

- 0- Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
- 1- J'ai perdu confiance en moi.
- 2- Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3- Je ne m'aime pas du tout.

6 Attitude critique envers soi

- 0- Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1- Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2- Je me reproche tous mes défauts.
- 3- Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

7 Pensées ou désirs de suicide

- 0- Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1- Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2- J'aimerais me suicider.
- 3- Je me suiciderais si l'occasion se présentait

Interprétation : score ≤ 3 : absence de dépression ; score compris entre 4–6 : dépression légère ; score compris entre 7–9 : dépression modérée ; score compris entre 10–21 : dépression sévère

Référence : M. Alsaleh, R. Lebreuilly. Validation de la traduction française d'un questionnaire court de dépression de Beck (BDI-FS-Fr). Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2017, 175 (7)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

9. Pensez-vous que le "BITS test" (Brimades, Insomnies, Tabagisme, Stress) soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?

1.BITS TEST

Objectif : Dépister le mal être

Glaner suffisamment d'éléments cliniques simples et anodins pour se permettre d'aborder directement l'existence d'antécédents suicidaires ou de mal-être.

Réalisation :

Lors de l'interrogatoire ou lors de l'examen clinique, réaliser un test rapide d'exploration du mal-être.

Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant quatre questions à poser en deux temps :

BITS	
= Brimades, harcèlement	As-tu récemment été maltraité ou harcelé à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ?
	... et en dehors de l'école ?
= Insomnies et troubles du sommeil	As-tu souvent des troubles du sommeil ?
	... fais-tu fréquemment des cauchemars ?
= tabagisme	Consommes-tu du tabac ?
	... quotidiennement ?
= stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou l'atmosphère familiale ?
	... par les deux ?

Une réponse positive à la première partie de la question compte pour 1 point. Une réponse positive à la deuxième partie de la question compte pour 2 points. Seul le score maximum de chaque question est pris en compte. Le score maximal est donc de 8 points.

Un score ≥ 3 doit interpeller le praticien et l'amener à interroger l'adolescent sur ses idées suicidaires.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

10. Pensez-vous que l'échelle "Scale for Suicide Ideation -Beck" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent dès 17ans ?

Scale of Suicidal Ideation

Original references:

Beck AT Kovacs M Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale of suicide ideation. *J Consult Clin Psychology*. 1979; 47: 343-352.

Beck AT Steer RA Rantieri WF. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychology*. 1988; 44: 499-505.

The scale of suicidal ideation consists of 19 items, scored 0 to 2, which can be used to evaluate a patient's suicidal intentions. It can also be used to monitor a patient's response to interventions over time.

Item	Response	Points
1. Wish to live	moderate to strong	0
	weak	1
	none	2
2. Wish to die	none	0
	weak	1
	moderate to strong	2
3. Reasons for living/dying	for living outweigh for dying	0
	about equal	1
	for dying outweigh for living	2
4. Desire to make active suicide attempt	none	0
	weak	1
	moderate to strong	2
5. Passive suicidal desire	would take precautions to save life	0
	would leave life/death to chance	1
	would avoid steps necessary to save or maintain life	2
6. Duration of suicide ideation/wish	brief fleeting periods	0
	longer periods	1
	continuous (chronic) or almost continuous	2
7. Frequency of suicide ideation	rare occasional	0
	intermittent	1
	persistent or continuous	2
8. Attitude toward ideation/wish	rejecting	0
	ambivalent indifferent	1
	accepting	2

Scale of Suicidal Ideation

Item	Response	Points
9. Control over suicidal action/acting-out wish	has sense of control	0
	unsure of control	1
	has no sense of control	2
10. Deterrents to active attempt	would not attempt because of a deterrent	0
	some concern about deterrents	1
	minimal or no concern about deterrents	2
11. Reason for contemplated attempt	to manipulate the environment; get attention or revenge	0
	combination of desire to manipulate and to escape	1
	escape surcease solve problems	2
12. Method: specificity or planning of contemplated attempt	not considered	0
	considered but details not worked out	1
	details worked out and well-formulated	2
13. Method: availability or opportunity for contemplated attempt	method not available or no opportunity	0
	method would take time or effort; opportunity not readily available	1
	method and opportunity available	2
	future opportunity or availability of method anticipated	2
14. Sense of "capability" to carry out attempt	no courage too weak afraid incompetent	0
	unsure of courage or competence	1
	sure of competence courage	2
15. Expectancy/anticipation of actual attempt	no	0
	uncertain not sure	1
16. Actual preparation for contemplated attempt	yes	2
	none	0

Scale of Suicidal Ideation

Item	Response	Points
17. Suicide note	none	0
	started but not completed; only thought about	1
	completed	2
18. Final acts in anticipation of death	none	0
	thought about or made some arrangements	1
	made definite plans or completed arrangements	2
19. Deception or concealment of contemplated suicide	revealed ideas openly	0

Scoring:

The total score for the 19 items is calculated.

Minimum score = 0

Maximum score = 38

Higher scores indicate greater suicidal ideation

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

11. Pensez-vous que l'échelle "Tool for Assessment of Suicide Risk Adolescent Version (TASR-A)" soit un outil utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?

Interprétation : La présence ou l'absence de chacun des facteurs de risque identifiés sur le TASR-A doit être notée dans la case appropriée. Une fois le TASR-A complété, le clinicien décide du niveau de risque suicidaire immédiat et le note sur la ligne prévue du TASR-A.

Référence : Identification, diagnostic et traitement de la dépression chez l'adolescent (Trouble Dépressif Majeur) – Une trousse pour les intervenants en santé de première ligne © Kutcher Chehil 2009

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

Outil pour évaluation du risque suicidaire : version pour l'adolescent
Tool for Assessment of Suicide Risk : Adolescent Version (TASR-A)

Nom : _____

Fiche N° _____

Facteurs individuels de risque	oui	non
Sexe masculin		
Histoire familiale de suicide		
Maladie psychiatrique		
Usage de drogue		
Milieu social défavorisé/environnement défavorable		

Facteurs symptomatiques de risque	oui	non
Symptômes de dépression		
Symptômes psychotiques		
Sentiment de sans espoir/dévalorisation		
Anhédonie		
Colère/impulsivité		

Facteurs de risque tirés de l'entretien	oui	non
Idée suicidaire		
Intention suicidaire		
Plan suicidaire		
Accès à des moyens matériels de passage à l'acte		
Antécédent de comportement suicidaire		
Sentiment d'insolvabilité des problèmes actuels		
Sujet à des hallucinations de commandement (suicide/homicide)		
Usage récent de drogue		

Résultat du KADS à 6 items : _____

Niveau de risque suicidaire immédiat :

Haut _____

Modéré _____

Bas _____

Disposition d'humeur _____

Évaluation remplie par _____ Date _____

12. Pensez-vous que l'échelle "Harkavy-Asnis Suicide Scale (HASS)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent (10-18ans) ?

Référence : Harkavy Friedman, J. M., & Asnis, G. M. (1989). Assessment of suicidal behavior: A new instrument. *Psychiatric Annals*, 19(7), 382-387. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19890701-11>

FIGURE 1
HASS-Demo

Demographic Data: Adult

Please answer each question by placing a check or the answer in the space provided.

Name: _____ Date: _____

Age: _____

Sex: Male _____ Female _____

Education: 0-6 years _____ 7-12 years _____ 13+ years _____

Race: White _____ Black _____ Hispanic _____ Oriental _____ Other _____

Religion: Catholic _____ Protestant _____ Jewish _____ Other _____ None _____

Is your mother alive? Yes _____ No _____
If no, how old were you when she died? _____ years old

Is your father alive? Yes _____ No _____
If no, how old were you when he died? _____ years old

Marital status: Single _____ Married _____ Divorced _____ Separated _____ Other _____

Who do you live with? Please check all who apply:

Alone _____	Spouse _____	Brothers _____	Other relatives _____
Father _____	Sons _____	Sisters _____	Non-relatives _____
Mother _____	Daughters _____	Grandparents _____	Other _____

- Do you know what suicide is? Yes _____ No _____
If yes, please define in your own words: _____
- Have you ever *thought* about killing yourself but did not actually try? Yes _____ No _____
If yes:
 - Have those thoughts ever persisted for at least seven days in a row? Yes _____ No _____
 - How old were you when you had these thoughts? (list each age): _____
 - Did you have a plan? Yes _____ No _____
If yes, what specifically were you going to do: _____
- Have you *thought* about killing yourself in the past week?
Yes _____ No _____ If yes:
 - Have these thoughts persisted for 7 days in a row? Yes _____ No _____
Do you have a plan? Yes _____ No _____
If yes, what specifically are you thinking of doing? _____

FIGURE 1 (continued)

4. Have you ever <i>tried</i> to kill yourself? If yes, please fill in the table below for each time: How many times? _____ How specifically did you try to kill yourself? At what age? How come you tried to kill yourself? (Please be specific.)	Yes _____ No _____ First attempt* _____																
Did you require medical treatment after you tried to kill yourself? If yes, what kind and where?	Yes _____ No _____																
Did you tell anyone before?	Yes _____ No _____																
Did you tell anyone after?	Yes _____ No _____																
Did you <i>want</i> to die?	Yes _____ No _____																
Did you expect to die?	Yes _____ No _____																
Were you in psychiatric treatment when you tried?	Yes _____ No _____																
Did you start psychiatric treatment within the month after you tried to kill yourself?	Yes _____ No _____																
5. Have family members <i>talked</i> about killing themselves? If yes, <i>who</i> ? (relationship) 1. _____ 2. _____	Yes _____ No _____																
6. Has anyone in your family <i>tried</i> to kill him/herself? If yes, <i>who</i> ? (relationship) 1. _____ 2. _____	Yes _____ No _____ How many times? _____ How? _____																
7. Has anyone in your family <i>killed</i> him/herself? If yes, <i>who</i> ? (relationship) 1. _____ 2. _____	Yes _____ No _____ How? _____																
8. Did you know <i>anybody</i> who has <i>tried</i> to kill him/herself? If yes, <i>who</i> ? (relationship) 1. _____ 2. _____	Yes _____ No _____ How? _____																
9. Do you know <i>anybody</i> who has <i>killed</i> him/herself? If yes, <i>who</i> ? (relationship) 1. _____ 2. _____	Yes _____ No _____ How? _____																
10. Have you ever seen an individual such as a counselor, psychiatrist, psychologist or social worker for any emotional problems you were having? If yes, please list the profession of the person you were seeing, how old you were and how long you were seeing that person. Please list this information for each person you were seeing. <table border="0"> <tr> <td>Profession</td> <td>Dates</td> <td>Length of Treatment</td> <td>Age When Started</td> </tr> <tr> <td>a. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>b. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>c. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> Are you in any kind of treatment right now? Yes _____ No _____	Profession	Dates	Length of Treatment	Age When Started	a. _____	_____	_____	_____	b. _____	_____	_____	_____	c. _____	_____	_____	_____	Yes _____ No _____
Profession	Dates	Length of Treatment	Age When Started														
a. _____	_____	_____	_____														
b. _____	_____	_____	_____														
c. _____	_____	_____	_____														

* Actual HASS includes four attempts.

FIGURE 2
HASS-I

INSTRUCTIONS

Please circle the number that fits best.

These questions just pertain to the **past 2 weeks**. Here, the numbers you circle have the following meaning:

- 0 = Never
- 1 = Once
- 2 = 1-2 times per week
- 3 = 3-4 times per week
- 4 = Daily

Please answer all questions. Thank you for your cooperation.

HOW OFTEN HAVE YOU:

	Never	Once	1-2 times/wk	3-4 times/wk	Daily		Never	Once	1-2 times/wk	3-4 times/wk	Daily
1. thought that you would be better off dead?	0	1	2	3	4	12. had a plan of how you would kill yourself?	0	1	2	3	4
2. dreamed about death?	0	1	2	3	4	13. wished you were dead?	0	1	2	3	4
3. had ideas about killing yourself?	0	1	2	3	4	14. felt that life was not worth living?	0	1	2	3	4
4. thought that the world would be better off without you?	0	1	2	3	4	15. drunk alcoholic beverages?	0	1	2	3	4
5. thought about death and dying?	0	1	2	3	4	16. thought about killing yourself but did not try to do it?	0	1	2	3	4
6. smoked marijuana?	0	1	2	3	4	17. tried to kill yourself?	0	1	2	3	4
7. been in high places and felt like jumping?	0	1	2	3	4	18. dreamed about killing yourself?	0	1	2	3	4
8. thought about ways to kill yourself?	0	1	2	3	4	19. talked to someone about killing yourself?	0	1	2	3	4
9. taken drugs other than marijuana or prescription drugs?	0	1	2	3	4	20. had a plan to kill yourself, started to do it and then stopped at the last minute?	0	1	2	3	4
10. gotten so discouraged that you thought about ending your life?	0	1	2	3	4	21. smoked cigarettes?	0	1	2	3	4
11. felt like running into traffic?	0	1	2	3	4						

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

13. Pensez-vous que l'échelle "Suicide Behavior Questionnaire Revised" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?

The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) - Overview

The SBQ-R has 4 items, each tapping a different dimension of suicidality:¹

- Item 1 taps into lifetime suicide ideation and/or suicide attempt.
- Item 2 assesses the frequency of suicidal ideation over the past twelve months.
- Item 3 assesses the threat of suicide attempt.
- Item 4 evaluates self-reported likelihood of suicidal behavior in the future.

Clinical Utility

Due to the wording of the four SBQ-R items, a broad range of information is obtained in a very brief administration. Responses can be used to identify at-risk individuals and specific risk behaviors.

Scoring

See scoring guideline on following page.

Psychometric Properties¹

	Cutoff score	Sensitivity	Specificity
Adult General Population	≥7	93%	95%
Adult Psychiatric Inpatients	≥8	80%	91%

1. Osman A, Bagge CL, Guitierrez PM, Konick LC, Kooper BA, Barrios FX., *The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples, Assessment, 2001, (5), 443-454.*

SBQ-R - Scoring

Item 1: taps into lifetime suicide ideation and/or suicide attempts			
Selected response 1	Non-Suicidal subgroup	1 point	
Selected response 2	Suicide Risk Ideation subgroup	2 points	
Selected response 3a or 3b	Suicide Plan subgroup	3 points	
Selected response 4a or 4b	Suicide Attempt subgroup	4 points	Total Points
Item 2: assesses the frequency of suicidal ideation over the past 12 months			
Selected Response:	Never	1 point	
	Rarely (1 time)	2 points	
	Sometimes (2 times)	3 points	
	Often (3-4 times)	4 points	
	Very Often (5 or more times)	5 points	Total Points
Item 3: taps into the threat of suicide attempt			
Selected response 1		1 point	
Selected response 2a or 2b		2 points	
Selected response 3a or 3b		3 points	Total Points
Item 4: evaluates self-reported likelihood of suicidal behavior in the future			
Selected Response:	Never	0 points	
	No chance at all	1 point	
	Rather unlikely	2 points	
	Unlikely	3 points	
	Likely	4 points	
	Rather Likely	5 points	
	Very Likely	6 points	Total Points
Sum all the scores circled/checked by the respondents.			
The total score should range from 3-18.			Total Score

AUC = Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve; the area measures discrimination, that is, the ability of the test to correctly classify those with and without the risk. [.90-1.0 = Excellent; .80-.90 = Good; .70-.80 = Fair; .60-.70 = Poor]

	Sensitivity	Specificity	PPV	AUC
Item 1: a cutoff score of ≥ 2				
• Validation Reference: Adult Inpatient	0.80	0.97	.95	0.92
• Validation Reference: Undergraduate College	1.00	1.00	1.00	1.00
Total SBQ-R : a cutoff score of ≥7				
• Validation Reference: Undergraduate College	0.93	0.95	0.70	0.96
Total SBQ-R: a cutoff score of ≥ 8				
• Validation Reference: Adult Inpatient	0.80	0.91	0.87	0.89

©Osman et al (1999)

SBQ-R Suicide Behaviors Questionnaire-Revised

Patient Name _____ Date of Visit _____

Instructions: Please check the number beside the statement or phrase that best applies to you.

1. Have you ever thought about or attempted to kill yourself? (check one only)

- 1. Never
- 2. It was just a brief passing thought
- 3a. I have had a plan at least once to kill myself but did not try to do it
- 3b. I have had a plan at least once to kill myself and really wanted to die
- 4a. I have attempted to kill myself, but did not want to die
- 4b. I have attempted to kill myself, and really hoped to die

2. How often have you thought about killing yourself in the past year? (check one only)

- 1. Never
- 2. Rarely (1 time)
- 3. Sometimes (2 times)
- 4. Often (3-4 times)
- 5. Very Often (5 or more times)

3. Have you ever told someone that you were going to commit suicide, or that you might do it? (check one only)

- 1. No
- 2a. Yes, at one time, but did not really want to die
- 2b. Yes, at one time, and really wanted to die
- 3a. Yes, more than once, but did not want to do it
- 3b. Yes, more than once, and really wanted to do it

4. How likely is it that you will attempt suicide someday? (check one only)

- 0. Never
- 1. No chance at all
- 2. Rather unlikely
- 3. Unlikely
- 4. Likely
- 5. Rather likely
- 6. Very likely

© Osman et al (1999) Revised. Permission for use granted by A.Osman, MD

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

14. Pensez-vous que le tableau suivant "Signes d'alerte suicidaire" de la HAS soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?

Signes d'alerte suicidaire

AE	Il est recommandé de rechercher les signes d'alerte suicidaire qui se distinguent parmi les facteurs de risque de dépression et de suicide (cf. tableau ci-dessous).
-----------	--

Tableau. Signes d'alerte suicidaire

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

* Certains facteurs signalent la gravité de la tentative de suicide : préméditation, dissimulation du geste, absence de facteur déclenchant explicatif, moyen ou scénario à fort potentiel létal, moyen toujours à disposition. ** Il existe un degré de gravité croissant entre les idées de mort, l'idéation suicidaire, l'intention suicidaire et la préparation du geste suicidaire.

Référence : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_fiche_de_synthese_reperage_diagnostic_et_strategie.pdf

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

15. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une anxiété chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9 = tout à fait d'accord
Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel; minorité sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles de la personnalité, trouble mental, mauvaise estime de soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation d'écrans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de violence subie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec ou influence des pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prématurité, attachement "insecure"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Pensez-vous que l'échelle "Hospital Anxiety and Depression Scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression ou de l'anxiété chez l'adolescent dès 16ans ?

Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'auparavant <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
👉 Total du score pour l'anxiété		👉 Total du score pour la dépression	

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

Référence : <https://www.ecancer.fr/content/download/59147/538020/file/Questionnaire%20HADS.pdf>

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

17. Pensez-vous que les items suivants soient des facteurs de risque pertinents à rechercher en consultation pour dépister un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adolescent ?

	1= Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9= Tout à fait d'accord
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faible quotient intellectuel, maladie chronique ; minorité sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de violence, traumatisme crânien dans l'enfance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac, Alcool, Drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas niveau socio-économique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prématurité, petit poids de naissance, alcool pendant la grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impulsivité, recherche de sensations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaises relations avec les pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Pensez-vous que l'échelle de Conners à l'intention des enseignants (ConnersTeacher Rating Scale - short version) soit un outil pertinent et utilisable pour dépister une trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adolescent ?

Fiche d'observation de l'élève

Questionnaire de Conners à l'intention des enseignants

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant des comportements parfois rencontrés en milieu scolaire. Lisez chaque énoncé attentivement et décidez du degré auquel le comportement décrit s'applique à l'élève concerné. Faites un X dans la colonne choisie.

NOM DE L'ENFANT CLASSE

DATE DE NAISSANCE

NOM DU RÉPONDANT

DATE

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Énormément
1. Est agité, se tortille sur sa chaise.				
2. Fait des bruits déplacés quand il ne faut pas.				
3. Ses demandes doivent être satisfaites immédiatement.				
4. Est impertinent, impoli, arrogant.				
5. Fait des crises de colère, a des conduites imprévisibles.				
6. Est trop sensible à la critique.				
7. Est distrait.				
8. Perturbe les autres élèves.				
9. Est rêveur.				
10. Fait la moue, boude facilement.				
11. A une humeur qui change rapidement et de façon marquée.				
12. Est bagarreur.				

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Énormément
13. A une attitude soumise à l'égard de l'autorité.				
14. Est agité, va constamment à droite et à gauche.				
15. S'excite facilement, est impulsif.				
16. Demande une attention excessive de l'enseignant(e).				
17. Semble mal accepté par le groupe.				
18. Se laisse mener par les autres.				
19. Est mauvais joueur, refuse de perdre.				
20. Semble manquer de capacité à entraîner ou mener les autres.				
21. A de la difficulté à terminer ce qu'il commence.				
22. Est puéril, immature, agit en bébé.				
23. Nie ses erreurs, accuse les autres.				
24. A de la difficulté à s'entendre avec les autres élèves.				
25. Coopère peu avec ses camarades de classe.				
26. S'énervé facilement quand il doit faire un effort.				
27. Coopère peu avec l'enseignant.				
28. Éprouve des difficultés d'apprentissage.				

Clé de correction : questionnaire des enseignants

Les énoncés les plus discriminants sont regroupés selon les trois facteurs suivants :

A. Difficultés de comportement : énoncés 4-5-6-10-11-12-23-27

B. Impulsivité, hyperactivité : énoncés 1-2-3-8-14-15-16

C. Inattention, passivité : énoncés 7-9-18-20-21-22-26-28

Les dix énoncés 1-5-7-8-10-11-14-15-21-26 sont ceux de la forme abrégée du questionnaire de Conners et correspondent à l'échelle d'hyperactivité. En cotant chaque appréciation 0-1-2 ou 3 (Pas du tout = 0 ; Énormément = 3) et en divisant le total obtenu par 10, on obtient un score moyen allant de 0 à 3. Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant¹⁵.

¹⁵ Source : Goyette, Conner et Ulrich, « Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales », in *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol.6, 1978.

19. Pensez-vous que la fiche synthèse de la HAS "Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDAH" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adolescent ?

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Décembre 2014

TDAH (trouble déficit de l'attention/hyperactivité) :

- déficit de l'attention, impulsivité, hyperactivité associés à des degrés divers ;
- entraînant une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire et de la qualité de vie.

MESSAGES CLÉS

- La prise en charge du TDAH repose sur une démarche collaborative entre le médecin de premier recours et le médecin spécialiste du trouble.
- Le médecin de premier recours a pour mission d'engager une démarche diagnostique, d'initier une prise en charge et d'orienter si nécessaire l'enfant vers un spécialiste du trouble (ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH [pédopsychiatre, psychiatre, pédiatre, neuropédiatre, neurologue]).
- Il s'agit d'un trouble chronique, qui peut persister à l'âge adulte.
- Le retard diagnostique peut conduire à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires et sociales.

REPÉRAGE PAR LE MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

Signes d'appel évocateurs d'un TDAH

- Plaintes ou difficultés exprimées par l'enfant ou émanant de sa famille ou de l'entourage (scolaire, extra-scolaire, etc.).
- Apparues avant l'âge de 12 ans, ayant des répercussions négatives au niveau familial, social et scolaire, observées dans différents environnements (familiale, scolaire, extra-scolaire) et persistant au cours du temps (> 6 mois).
- À apprécier en tenant compte de l'âge, du stade développemental, du niveau scolaire et du contexte de vie de l'enfant.

Tableau 1. Exemples de plaintes ou difficultés évocatrices d'un TDAH (aucune n'est spécifique du TDAH)

Rapportées par l'enfant	Rapportées par sa famille	Rapportées par le milieu scolaire
<ul style="list-style-type: none"> ■ Peu ou pas d'amis ■ En conflit avec les parents ■ Faible estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facilement distrait, n'écoute pas ■ Difficultés à s'organiser, oublis fréquents ■ Agité, ne reste pas assis, conduites dangereuses ■ Coupe la parole, impatient 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rêveur, dans la lune ■ Fluctuation des capacités de concentration ■ Difficultés à se concentrer, à mémoriser, à être autonome

ÉVALUATION PAR LE MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

- Entretiens avec l'enfant et ses parents (antécédents médicaux et familiaux, sphère familiale, environnement scolaire, etc.).
- Examen clinique de l'enfant.
- Recueil d'informations complémentaires auprès des parents et des enseignants (SNAP-IV, Conners, ADHD-RS, etc.).
- Recherche des diagnostics associés (comorbidités) ou différentiels.

Tableau 2. Principaux diagnostics associés (comorbidités) ou différentiels

<ul style="list-style-type: none"> ■ Troubles des apprentissages (dyslexie, dysgraphie, dyscalculie, dyspraxie, etc.) ■ Troubles du comportement (troubles oppositionnels, trouble des conduites, etc.) ■ Comportement à risque (abus de substances psychoactives, mise en danger, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Troubles de l'usage de substances ■ Troubles du spectre autistique ■ Déficience intellectuelle, précocité intellectuelle ■ Troubles anxieux, dépression ■ Troubles bipolaires ■ Troubles du sommeil, etc.
---	--

DANS L'ATTENTE DU DIAGNOSTIC : RÔLE DU MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

- Orienter vers un médecin spécialiste, en cas de suspicion de diagnostic de TDAH.
- Informer la famille que cette hypothèse diagnostique doit être évaluée et confirmée par un spécialiste du TDAH. C'est ce spécialiste qui proposera la prise en charge la plus adaptée à l'enfant.
- Accompagner l'enfant et sa famille par des conseils et stratégies pour les aider à gérer les difficultés au quotidien.
- Expliquer les spécificités du TDAH afin d'aider l'enfant et sa famille à relativiser leur part de responsabilité, les informer de l'existence d'associations de patients.
- Débuter la prise en charge des comorbidités déjà identifiées.

Mesures d'accompagnement scolaire

En cas de difficultés scolaires

- Mettre en place un lien entre l'enseignant, les personnels de santé de l'Éducation nationale, la famille et les soignants.
- Initier des aménagements pédagogiques adaptés aux difficultés de l'enfant.

SUIVI PAR LE MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

- Organiser le suivi en coordination avec le spécialiste et les autres intervenants prenant en charge les comorbidités.
- Assurer un suivi régulier de l'enfant et de sa famille.
- Suivre l'évolution des symptômes en fonction des prises en charge et les adapter si besoin.
- Surveiller l'évolution des symptômes au niveau médical, psychosocial, scolaire et psychologique.
- Adapter la fréquence du suivi en fonction de la sévérité des symptômes et des comorbidités.

Information sur les prises en charge possibles

Prise en charge multimodale comprenant des éléments de la prise en charge non médicamenteuse associés si besoin à une prise en charge médicamenteuse :

- Prise en charge non médicamenteuse, comprenant des mesures psychologiques, éducatives et sociales (approches cognitivo-comportementales, psychodynamiques, systémiques et psycho-éducatives, guidance parentale, aménagements scolaires, etc.).
- Prise en charge médicamenteuse : méthylphénidate (lorsqu'une prise en charge psychologique, éducative et sociale seule s'avère insuffisante).

L'intérêt de cette approche multimodale a été démontré dans plusieurs études. Cette approche est efficace pour traiter l'ensemble des symptômes et agir sur les différents domaines de la vie du patient.

Paramètres à surveiller en cas de traitement médicamenteux

- Observance et tolérance à l'interrogatoire.
- Courbe staturo-pondérale, PA et FC à l'examen clinique.
- Effets indésirables : diminution de l'appétit, ralentissement du développement staturo-pondéral, retentissement cardio-vasculaire, troubles du sommeil, symptômes psychiatriques, troubles du comportement, etc.

Règles de prescription

- La prescription initiale hospitalière et les renouvellements annuels sont réservés aux spécialistes et/ou services hospitaliers spécialisés (pédopsychiatre, neurologue, neuropédiatre, psychiatre, pédiatre, médecin des centres du sommeil).
- Les autres renouvellements peuvent être faits par tout médecin, avec possibilité d'adapter les posologies.
- La prescription (ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 j) est délivrée dans une pharmacie choisie par les parents, mentionnée sur chaque ordonnance.
- L'ordonnance doit être présentée au pharmacien dans les trois jours, au-delà elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir.
- Une même ordonnance ne peut pas faire l'objet d'un renouvellement de la délivrance.

COORDINATION AVEC LE SPÉCIALISTE ET LES AUTRES INTERVENANTS

- Mettre en place des échanges réguliers avec le médecin spécialiste et les autres professionnels participant à la prise en charge (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, etc.).
- Partager des informations pour optimiser le suivi (bilan diagnostique, évolution des symptômes, effets indésirables éventuels, etc.).
- Favoriser une communication régulière avec les professionnels de l'Éducation nationale.

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » – Recommandations de bonne pratique – Décembre 2014.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

20. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les troubles envahissants du développement chez l'adolescent ?

	1=Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7	8	9=Tout à fait d'accord
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent personnel ou familial de trouble mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prématurité, petit poids de naissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Pensez-vous que l'inventaire "Autism-Tics ADHD and other Comorbidities inventory" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du spectre autistique chez l'adolescent ?

The Autism-Tics ADHD and other Comorbidities inventory (A-TAC)
Section qui dépiste les troubles du spectre autistique

H. Language		The essential aspect of each question is whether the problems/characteristics has been pronounced compared to peers during any period of life	Yes	Yes, to some extent	No
34	Was his/her language development delayed or doesn't he/she speak at all?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Does he/she have difficulties participating in discussions with others?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Does he/she like to repeat words and expressions or does he/she use words in a way other people find strange?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Has he/she difficulties with pretend play or does he/she imitate considerably less than other children?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Does he/she talk in too high a pitch or too quietly?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Does he/she have difficulties keeping "on track" when telling other people something?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Social interaction		The essential aspect of each question is whether the problems/characteristics have been pronounced compared to peers during any period of life	Yes	Yes, to some extent	No
40	Does he/she have difficulties expressing emotions and reactions with facial gestures, prosody, or body language?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Does he/she exhibit considerable difficulties interacting with peers?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Is he/she uninterested in sharing joy, interests, and activities with others?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Can he/she only be with other people on his/her terms?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Does he/she have difficulties behaving as expected by peers?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Do other people easily influence him/her?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Flexibility		The essential aspect of each question is whether the problems/characteristics have been pronounced compared to peers during any period of life	Yes	Yes, to some extent	No
46	Does he/she get absorbed by his/her interests in such a way as being repetitive or too intense?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Does he/she get absorbed by routines in such a way as to produce problems for himself or for other?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Has he/she ever engaged in strange hand movements or walking high on tiptoe when he/she was happy or upset?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Does he/she get absorbed by details?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Does he/she dislike changes in daily routines?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interprétation : "No" = 0 ; "Yes, to some extent" = 0,5 ; "Yes" = 1

Score total $\geq 4,5$ = trouble du spectre autistique probable

Référence : Larson T, Anckarsäter H, Gillberg C, et al. The autism--tics, AD/HD and other comorbidities inventory (A-TAC): further validation of a telephone interview for epidemiological research. BMC Psychiatry. 2010;10:1.

Published 2010 Jan 7. doi:10.1186/1471-244X-10-1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

22. Pensez-vous que le questionnaire "Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey (MOVES)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister des tics chez l'adolescent ?

Questionnaire Moves

Pour ce questionnaire, répondez à chaque question en cochant l'un des 4 choix possibles :

- jamais
- quelques fois
- souvent
- toujours

Répondez aux questions ci-dessous à propos des 4 dernières semaines	Jamais (0)	Parfois (1)	Souvent (2)	Toujours (3)
1. Je fais des bruits (comme des grognements) que je ne peux retenir.				
2. J'ai des secousses répétées de certaines parties de mon corps que je ne peux pas contrôler.				
3. J'ai sans cesse de mauvaises pensées que je ne peux pas retenir.				
4. Je dois faire des choses dans un certain ordre ou de certaines manières (tel que toucher des choses).				
5. Des mots sortent (de ma bouche) sans que je puisse les retenir ou les contrôler.				
6. Par moments, j'ai la même secousse ou le même tic qui se répète.				
7. Certains gros mots ou mauvaises pensées me passent par la tête.				
8. Je me sens obligé de faire exactement le contraire de ce qu'on me dit.				
9. La même pensée ou image désagréable ou idiote me passe par la tête.				
10. Je ne peux pas contrôler tous mes mouvements.				
11. Je dois répéter plusieurs mouvements dans le même ordre.				
12. Des jurons ou des gros mots sortent sans que je le veuille.				
13. J'éprouve le besoin irrésistible de parler, crier ou hurler.				
14. J'ai des idées qui m'inquiètent (tels les microbes ou le fait de me couper).				
15. Je refais plusieurs fois certains gestes (tels que sauter ou taper).				
16. J'ai des habitudes ou des mouvements qui se manifestent plus quand je suis angoissé.				
17. Je dois répéter des choses que viennent de dire d'autres personnes.				
18. Je dois reproduire les gestes que font d'autres personnes.				
19. Je dois faire des gestes grossiers (comme un bras d'honneur).				
20. Je dois répéter des mots ou des phrases plusieurs fois de suite.				

Gaffney GR, Sieg K, Hellings J. The MOVES: A Self-Rating Scale for Tourette's Syndrome. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1994;4(4):269-80.

Jalenques, I ; Guiguet-Auclair, C ; Derost, P ; Joubert, P ; Foures, L ; Hartmann, A Muellner J, Rondepierre F, Syndrome de Gilles de La Tourette Study Group. The MOVES (Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey): cross-cultural evaluation of the French version and additional psychometric assessment. *Journal of Neurology*, 2018, 265, 678-687.

Interprétation : Score ≥ 10 = probable syndrome de Gilles de la Tourette

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

23. Pensez-vous que le questionnaire "Parent Tic Questionnaire" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister des tics chez l'adolescent ?

PARENT TIC QUESTIONNAIRE

Name/Initials _____ Date _____

Informant _____

For each of the tics listed below, please mark "Yes" or "No" as to whether or not your child has had a tic in the past week.

For each tic you mark as "Yes", please mark how **FREQUENTLY** the tic occurred over the past week according to the following:

Constant, almost all the time during the day

Hourly, at least once per hour

Daily, at least several times per day

Weekly, just a few times or less

Under **INTENSITY**, rate how intense you believe the tic felt to your child over the past week. For example, if it was very mild, like a weak twitch, that would be a "1" or "2". A much more forceful tic that would be very noticeable to others and may even be painful would be rated as a "6" or even higher. Any tic that would be obviously noticeable to others should be rated as at least a "4".

MOTOR TICS	PRESENT		FREQUENCY				INTENSITY 0-8
	YES	NO	C	H	D	W	
			4	3	2	1	
Eye blinking							
Eye rolling / darting							
Head jerk							
Facial grimace							
Mouth/tongue movements							
Shoulder shrugs							
Chest/stomach tightening							
Pelvic tensing movements							
Leg/feet movements							
Arm/hand movements							
Echopraxia (copying another's gestures)							
Copropraxia (obscene gestures)							
Other motor tics							
Complex motor combinations (multiple tics at once)							

Référence : Chang, S., Himle, M. B., Tucker, B. T. P., Woods, D. W., & Piacentini, J. (2009). Initial Psychometric Properties of a Brief Parent-Report. Instrument for Assessing Tic Severity in Children with Chronic Tic Disorders. *Child & Family Behavior Therapy*, 31 (3), 181-191.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

24. Pensez-vous que le questionnaire "Short Obsessive Compulsive disorder Screener" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble obsessionnel compulsif (TOC) chez l'adolescent ?

The Short OCD Screener (SOCS)

PLEASE ANSWER EACH QUESTION BY TICKING THE BOX THAT MOST APPLIES:			
Does your mind often make you do things - such as checking or touching things or counting things - even though you know you don't really have to?	No <input type="checkbox"/>	A bit <input type="checkbox"/>	A lot <input type="checkbox"/>
Are you particularly fussy about keeping your hands clean?	No <input type="checkbox"/>	A bit <input type="checkbox"/>	A lot <input type="checkbox"/>
Do you ever have to do things over and over a certain number of times before they seem quite right?	No <input type="checkbox"/>	A bit <input type="checkbox"/>	A lot <input type="checkbox"/>
Do you ever have trouble finishing your school work or chores because you have to do something over and over again?	No <input type="checkbox"/>	A bit <input type="checkbox"/>	A lot <input type="checkbox"/>
Do you worry a lot if you've done something not exactly the way you like?	No <input type="checkbox"/>	A bit <input type="checkbox"/>	A lot <input type="checkbox"/>
WHEN ANSWERING THE NEXT TWO QUESTIONS, PLEASE THINK OF WHAT WAS MENTIONED IN THE FIRST FIVE QUESTIONS, ESPECIALLY THOSE THAT YOU HAVE ANSWERED 'A lot' or 'A bit':			
Do these things interfere with your life?	No <input type="checkbox"/>	A bit <input type="checkbox"/>	A lot <input type="checkbox"/>
Do you try to stop them?	No <input type="checkbox"/>	A bit <input type="checkbox"/>	A lot <input type="checkbox"/>

Interprétation : "No" = 0 ; "A bit" = 1 ; "A lot" = 2 ; Score total ≥ 6 = probable TOC

Référence : Piqueras JA, Rodríguez-Jiménez T, Ortiz AG, Moreno E, Lázaro L, Godoy A. Validation of the Short Obsessive-Compulsive Disorder Screener (SOCS) in children and adolescents. BJPsych Open. 2015;1(1):21-26. Published 2015 Jul 10. doi:10.1192/bjpo.bp.115.000695

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

25. Pensez-vous que le questionnaire "Pediatric Symptom Checklist" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble psycho-social chez l'adolescent ?

Name: _____ **Pediatric Symptom Checklist (PSC)** Date: _____
 DOB: _____

Emotional and physical health go together in children. Because parents are often the first to notice a problem with their child's behavior, emotions or learning, you may help your child get the best care possible by answering these questions.

	Please mark under the heading that best describes your child:	Never	Sometimes	Often
1	Complains of aches and pains			
2	Spends more time alone			
3	Tires easily, has little energy			
4	Fidgety, unable to sit still			
5	Has trouble with teacher			
6	Less interested in school			
7	Acts as if driven by a motor			
8	Daydreams too much			
9	Distract easily			
10	Is afraid of new situations			
11	Feels sad, unhappy			
12	Is irritable, angry			
13	Feels hopeless			
14	Has trouble concentrating			
15	Less interested in friends			
16	Fights with other children			
17	Absent from school			
18	School grades dropping			
19	Is down on him or herself			
20	Visits the doctor with doctor finding nothing wrong			
21	Has trouble sleeping			
22	Worries a lot			
23	Wants to be with you more than before			
24	Feels he or she is bad			
25	Takes unnecessary risks			
26	Gets hurt frequently			
27	Seems to be having less fun			
28	Acts younger than children his or her age			
29	Does not listen to rules			
30	Does not show feelings			
31	Does not understand other people's feelings			
32	Teases others			
33	Blames others for his or her troubles			
34	Takes things that do not belong to him or her			
35	Refuses to share			

Does your child have any emotional or behavioral problems for which she/he needs help? () Y () N
 If yes, what behaviors are you concerned about? _____

Completed by _____ Relationship _____
 Address _____ Phone _____
 School _____ Grade _____ Room _____

Family Services of Chemung County, Inc., 1019 E. Water St., Elmira, NY 14901

website

Interprétation : pour les 6-16ans : Score ≥ 28 = trouble psycho-social

Référence : <https://www.massgeneral.org/assets/MGH/pdf/psychiatry/psc/psc-french.pdf>

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

26. Pensez-vous que le questionnaire "Pediatric Symptom Checklist-17" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble psycho-social chez l'adolescent ?

Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17)

Caregiver Completing this Form: Date:.....

Name of Child:.....

	Please mark under the heading that best fits your child			For Office Use		
	NEVER	SOMETIMES	OFTEN	I	A	E
1. Fidgety, unable to sit still						
2. Feels sad, unhappy						
3. Daydreams too much						
4. Refuses to share						
5. Does not understand other people's feelings						
6. Feels hopeless						
7. Has trouble concentrating						
8. Fights with other children						
9. Is down on him or herself						
10. Blames others for his or her troubles						
11. Seems to be having less fun						
12. Does not listen to rules						
13. Acts as if driven by a motor						
14. Teases others						
15. Worries a lot						
16. Takes things that do not belong to him or her						
17. Distracted easily						
(scoring totals)						

Scoring:

- Fill in unshaded box on right with: "Never" = 0, "Sometimes" = 1, "Often" = 2
- Sum the columns.

PSC17 Internalizing score is sum of column I
PSC17 Attention score is sum of column A
PSC17 Externalizing score is sum of column E
PSC-17 Total Score is sum of I, A, and E columns

Suggested Screen Cutoff:

PSC-17 - I \geq 5
PSC-17 - A \geq 7
PSC-17 - E \geq 7
Total Score \geq 15

Higher Scores can indicate an increased likelihood of a behavioral health disorder being present.

PSC-17 may be freely reproduced.
Created by W Gardner and K Kelleher (1999), and based on PSC by M Jellinek et al. (1988)
Formatted by R Hilt, inspired by Columbus Children's Research Institute formatting of PSC-17

Interprétation : Score total \geq 15 = trouble psycho-social
"Attention" inclue le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
"Internalizing" inclue les troubles anxieux ou troubles de l'humeur
"Externalizing" inclue : troubles des conduites, troubles de comportement

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Annexe 12 : Exemple de mail de demande de participation au Delphi

Bonjour Dr X,

Je m'appelle Aude BRU, je suis médecin généraliste et je vous contacte dans le cadre de ma thèse d'exercice.

Je travaille avec le Dr Elodie Million, ma directrice de thèse, responsable du pôle Femme-Mère-Enfant du Département de Médecine Générale de Montpellier, sur un projet qui vise à élaborer un support numérique synthétique, validé par des experts, répertoriant les facteurs de risque et outils de repérage dans différents champs de prévention chez l'adolescent, pour aider le médecin généraliste/pédiatre dans sa pratique quotidienne.

Plusieurs revues de la littérature ont permis d'identifier les facteurs de risque et outils de dépistage dans différents domaines de prévention.

Mais tous ces facteurs et outils recensés dans la littérature n'étant pas pertinents pour une pratique ambulatoire (consultation de 15-20min), il est nécessaire de les prioriser.

Mon travail de thèse vise à soumettre à un comité d'experts les différents facteurs de risque et outils de dépistage identifiés chez l'adolescent pour une pathologie donnée, afin de sélectionner les plus pertinents en pratique. Pour réaliser ce travail, nous avons choisi la méthode Delphi*.

Je sollicite votre expertise de médecin généraliste, étant amené à voir au cabinet des adolescents.

Votre contribution consisterait à répondre à un questionnaire sur le dépistage des addictions chez l'adolescent. Ce seront des questions fermées qui évaluent votre degré d'accord avec les propositions présentées (Quels facteurs de risque et quels outils de dépistage sont les plus pertinents à repérer/utiliser pour dépister les addictions en consultation de ville).

Ce questionnaire prend 10-15minutes à réaliser.

Si vous souhaitez participer à ce travail, je vous prie de me répondre au plus vite, et je vous enverrai toutes les informations nécessaires.

Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ma demande et dans l'attente de votre retour, je vous prie de croire en ma sincère considération.

Je me tiens à votre disposition par téléphone ou mail, pour toute information complémentaire.

Bien confraternellement,

Aude BRU, Médecin Généraliste remplaçante

Elodie Million, Maître de Conférence Associé,
Responsable du pôle Femme-Mère-Enfant du DMG de Montpellier

* La méthode Delphi est une méthode de recherche qualitative qui rassemble l'avis d'experts par l'intermédiaire de tours successifs de questionnaires, afin d'obtenir un consensus.

Pour chaque réponse, la valeur médiane des cotations sera calculée afin de valider, d'exclure ou de rediscuter de la proposition. Les participants recevront à chaque tour une synthèse.

In fine, les résultats seront synthétisés dans le but de créer un outil numérique d'aide au dépistage chez l'adolescent à partir du consensus obtenu par les participants.

Annexe 13 : Questionnaire « Données socio-professionnelles »

- 1) Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme

- 2) Merci d'indiquer votre âge :
 - 20-29ans
 - 30-39ans
 - 40-49ans
 - 50-59ans
 - 60-69ans
 - ≥ 70ans

- 3) Merci d'indiquer votre spécialité médicale.

- 4) Merci d'indiquer vos formations complémentaires si nécessaire.

- 5) Merci d'indiquer votre année de début d'exercice.

- 6) Merci d'indiquer votre année de début d'installation (pour les médecins libéraux ; si remplaçant merci d'indiquer "non concerné").

- 7) Quel est votre statut salarié (Docteur, MCU ou MCA, PU, PA, PH...).

- 8) Merci d'indiquer votre lieu d'exercice.
 - Libéral
 - Hôpital ou clinique
 - Mixte

- 9) Êtes-vous maître de stage des universités ?
 - Oui
 - Non

Annexe 14 : Exemple de mail de 1^{er} tour de questionnaire

Chère Dr X,

Tout d'abord, je vous remercie grandement d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse dirigée par le Dr Elodie Million, responsable du pôle Femme-Mère-Enfant du Département de Médecine Générale de Montpellier.

Le projet final de ce travail est l'élaboration d'un site internet d'aide au dépistage en soins primaires chez les adolescents dans plusieurs champs de prévention (Troubles psychiatriques ; Addictions ; Conduites à risque ; Troubles orthopédiques ; Troubles des conduites alimentaires ; Obésité ; Puberté ; Infections sexuellement transmissibles). L'outil permettra de faire du repérage dans les différents champs sur une ou plusieurs consultations.

Dans un premier temps, une revue de la littérature a permis de recenser les facteurs de risque et outils de repérage dans les différents domaines.

Puis un autre travail de thèse a permis de faire une pré-sélection afin d'établir la liste qui vous sera présentée.

Ce travail fait appel à votre expertise de terrain, en tant que médecin généraliste ou médecins d'autres spécialités.

Objectif principal de l'étude : Sélectionner les facteurs de risque pertinents à repérer chez l'adolescent et les outils de dépistage pertinents à utiliser **en pratique en soins primaires** (consultation de 15-20min) par méthode Delphi.

Principe de la méthode Delphi – Déroulement de l'étude :

L'étude se déroulera en plusieurs « tours » de questionnaires successifs, trois au maximum.

Chaque questionnaire, présenté sous la forme d'un formulaire Google, vous propose une liste de facteurs de risque et outils de repérage pour une pathologie donnée.

Il s'agit d'évaluer leur pertinence en pratique.

Les propositions sont quantifiables par une échelle de cotation numérique allant de 1 à 9.

La valeur 1 correspond à « Pas du tout d'accord » et la valeur 9 correspond à « Tout à fait d'accord ».

Pour chaque réponse inférieure à 7, merci de laisser un commentaire justifiant votre désaccord.

A l'issue de chaque questionnaire, pour chaque proposition, sera calculé un score médian, médiane des scores attribués par chacun, 1 représentant l'accord le plus faible et 9 le plus élevé.

A la fin du 1^{er} tour, vous recevrez les résultats ainsi que les commentaires des participants anonymisés.

Lors du 2^{ème} tour, seules les propositions qui n'ont pas obtenu de consensus sont rediscutées.

Il y aura 2 à 3 tours successifs.

Délais - Timing

L'envoi des questionnaires et les retours se feront par mail.

Vous avez jusqu'au 17octobre inclus pour répondre au 1^{er} tour.

Le délai entre chaque tour sera selon la ponctualité du retour des questionnaires et le traitement des données.

Je vous demanderai de tenir votre participation à l'étude jusqu'au dernier tour. Je vous en serai grandement reconnaissante.

Voici deux liens, le premier vers un formulaire sur vos données socio-professionnelles (échantillonnage), le deuxième vers le questionnaire sur le dépistage des mésusages et addictions chez l'adolescent.

Je vous remercie une nouvelle fois, pour votre temps et votre intérêt et dans l'attente de votre réponse, je vous souhaite une bonne journée.

Aude BRU

Annexe 15 : Exemple de mail du 2^{ème} tour de questionnaire

Bonjour Dr X,

Je vous remercie vivement d'avoir répondu rapidement et avec beaucoup d'investissement au premier questionnaire.

Vous trouverez en pièce jointe les résultats du 1^{er} tour ainsi que les commentaires anonymisés des 8 experts participants au Delphi. Il est intéressant et vivement recommandé d'en prendre connaissance avant le 2^{ème} tour (certains items étant réévalués devant des commentaires discordants au résultat).

Un facteur de risque ou outil de dépistage est jugé :

- « Pertinent » (noté P dans le tableau) si sa médiane est ≥ 7 ;
- « Non pertinent » (noté NP dans le tableau) si sa médiane est $\leq 3,5$;
- « Incertain » donc à réévaluer si sa médiane est comprise entre 4 et 6,5 (noté **AR**).

Le désaccord est défini lorsqu'au moins 30% des cotations étaient situées dans l'intervalle [1-3] et 30% des cotations dans l'intervalle [7-9].

Pour ce second tour, je vous propose de réévaluer les items qui n'ont pas obtenu de consensus et ceux dont les commentaires sont discordants avec la médiane.

Je vous rappelle que notre objectif est de définir les facteurs de risque les plus appropriés à rechercher en consultation et les outils de dépistage les plus pertinents et réalisables en pratique pour un dépistage efficient.

Si certains tests vous semblent redondants, votre cotation doit privilégier les tests qui vous paraissent les plus efficients.

Vous pouvez répondre au 2^{ème} questionnaire jusqu'au **1^{er} novembre inclus**, les questionnaires étant plus rapides à réaliser. Je vous en serai vraiment reconnaissante.

Je vous remercie pour votre temps.

Au plaisir de lire vos réponses,

Aude BRU

CAGE Questionnaire

- Have you ever felt you should **C**ut down on your drinking?
- Have people **A**nnoyed you by criticizing your drinking?
- Have you ever felt bad or **G**uilty about your drinking?
- Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover (**E**ye opener)?

Scoring:

Item responses on the CAGE are scored 0 or 1, with a higher score an indication of alcohol problems. A total score of 2 or greater is considered clinically significant.

.....

Developed by Dr. John Ewing, founding Director of the Bowles Center for Alcohol Studies, University of North Carolina at Cahpel Hill, CAGE is an internationally used assessment instrument for identifying alcoholics. It is particularly popular with primary care givers. CAGE has been translated into several languages.

The CAGE questions can be used in the clinical setting using informal phrasing. It has been demonstrated that they are most effective when used as part of a general health history and should NOT be preceded by questions about how much or how frequently the patient drinks (see "Alcoholism: The Keys to the CAGE" by DL Steinweg and H Worth; American Journal of Medicine 94: 520-523, May 1993.

The exact wording that can be used in research studies can be found in: JA Ewing "Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire" JAMA 252: 1905-1907, 1984. Researchers and clinicians who are publishing studies using the CAGE Questionnaire should cite the above reference. No other permission is necessary unless it is used in any profit-making endeavor in which case this Center would require to negotiate a payment.

Annexe 17 : Résultats du 1^{er} tour – Dépistage des troubles orthopédiques

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une hypercyphose thoracique ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Mauvaise posture	7	13%	75%	OUI	AR
Port de sacs lourds	7	13%	63%	OUI	AR
Absence d'activité physique adaptée	8,5	13%	63%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Aucun de ces trois éléments ne favorise une hypercyphose. L'attitude scoliotique n'évolue jamais vers une scoliose, la mauvaise posture penchée en avant ne donne pas d'hypercyphose (sinon tous les adolescents seraient en hypercyphose). Un cartable lourd peut donner des dorsalgies mais pas d'hypercyphose. Les enfants sans activité physique ne sont pas plus cyphotique que les grands sportifs.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Pas certaine que ce soit vraiment la posture ou les sacs lourds qui entraînent une réelle cyphose.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Les 2 facteurs de risque principaux de l'hypercyphose sont avant tout génétique (présence d'autres membres de la famille ayant une cyphose), et l'excès de pratique sportive (micro-traumatismes répétés). La mauvaise posture en se tenant avachi joue probablement un rôle (d'où tout un business à ce propos) mais mineur par rapport aux deux facteurs de risque cités précédemment.				
2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soit pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une maladie de Scheuermann ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	7	0%	63%	OUI	P
Facteurs génétiques, antécédents familiaux	7,5	0%	63%	OUI	P
Surcharge statique (mauvaise posture, sacs lourds, station prolongée) et dynamique (activités contraignant les vertèbres : vélo, combats, rugby, haltérophilie)	7,5	13%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Fréquent également chez les filles. Rechercher un antécédent familial peut être utile mais peu spécifique ni sensible au final. On a besoin d'items plus "efficaces".				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Réponse idem à celle d'avant. Aussi rechercher la raideur rachidienne (distance doigts-sol) et la rétraction des ischio-jambiers.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	La maladie peut toucher également les filles.				
3. Pensez-vous que l'utilisation d'un fil de plomb soit un outil pertinent pour dépister une maladie de Scheuermann chez l'adolescent en consultation ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 1</u>	5	13%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Je ne l'utilise JAMAIS comme la majorité de mes collègues.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pour la spécialité, je ne suis pas formée à ça et je n'ai pas le temps.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Cherche aussi la possibilité de réductibilité.				

Suite Question 3	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 4</u>	L'outil est intéressant mais je ne pense pas que les médecins prendront le temps de faire les mesures en consultation.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je n'ai pas de fil à plomb...				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Outil qui serait facile à utiliser, mais médecins non équipés, donc pas en routine au vu des autres choses à dépister. Eventuellement sur une consultation spécifique ayant pour motif une suspicion de trouble de la statique rachidienne.				
4. Pensez-vous que l' inspection (enroulement des épaules, brièveté des clavicules, rétraction des pectoraux, tête en avant) soit pertinente pour dépister une maladie de Scheuermann ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 1</u>	7,5	13%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Cf explication plus haut. C'est exactement l'inverse. On suspecte une dystrophie rachidienne de croissance si épaules en arrière, la cyphose ne se réduit pas. Si on enroule les épaules, tout le monde est cyphotique.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Besoin de plus de formation pour dépister.				
5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher chez l'adolescent pour dépister une scoliose ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe féminin	7	0%	63%	OUI	P
IMC bas	5,5	25%	25%	OUI	AR
Facteurs génétiques et antécédent au 1er degré pour la scoliose idiopathique	8	0%	88%	OUI	P
Pathologies congénitales, neuromotrices, tumorales ou dégénératives pour la scoliose secondaire	9	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	La corrélation IMC / Scoliose n'est pas évidente.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Les 2 premiers items ne sont pas suffisamment spécifiques.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Concernant l'IMC: il est vrai que beaucoup de scolioses chirurgicales ont une morphologie longiligne mais se méfier de principe chez tous les adolescents.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Dépistage à faire chez tout le monde quelque soit le genre.				
6. Pensez-vous que le test d'Adam soit un outil pertinent pour dépister une gibbosité chez l'adolescent en consultation ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 2</u>	9	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Fait mais je crains qu'il soit peu sensible en pratique.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Meilleur moyen de démasquer la gibbosité. Bien vérifier qu'il n'y ait pas de différence de longueur des membres inférieurs (bassin horizontal) sinon le test sera faussé. Corriger la différence de longueur en mettant des planchettes sous le membre le plus court.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
7. Pensez-vous que l'usage du scoliomètre soit un outil pertinent pour dépister une gibbosité chez l'adolescent en consultation ?	6	13%	38%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Je ne suis pas formée.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pourquoi pas mais pas disponible en pratique courante. Il vaut mieux utiliser le goniomètre (ou n'importe quelle règle) que l'on dispose à l'horizontale au niveau de la gibbosité et mesurer la hauteur de la gibbosité.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je n'ai pas de scoliomètre.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas forcément d'intérêt d'une mesure précise. Il me semble que le dépistage de la gibbosité simplement "visuel" semble suffisant. Une fois de plus, problème d'équipement spécifique des MG.				
8. Pensez-vous que les examens morphologique, neurologique et cutané soient pertinents pour dépister une scoliose secondaire chez l'adolescent ?	7,5	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Je ne comprends pas de quel examen il s'agit.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pertinents et même indispensables.				
9. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister des rachialgies communes ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe féminin	5	25%	13%	OUI	AR
Antécédents familiaux	6	13%	50%	OUI	AR
Puberté / Avancée en âge dans l'adolescence	6,5	13%	50%	OUI	AR
Trop ou trop peu d'activité physique	8	0%	100%	OUI	P
IMC bas ou élevé	8	0%	88%	OUI	P
Antécédents personnels de douleur des membres inférieurs ou du rachis	8	0%	88%	OUI	P
Fatigue / Troubles du sommeil / Dépression	6,5	13%	50%	OUI	AR
Mauvaise posture	8	13%	75%	OUI	P
Tabagisme chez les parents	4	50%	13%	OUI	AR
Poids et Type de sacs	7	0%	75%	OUI	P
Asymétrie du tronc, Attitude scoliotique, Scoliose	9	13%	88%	OUI	A reformuler
<u>Commentaire Expert 1</u>	La scoliose est INDOLORE. C'est pour cela qu'on la dépiste. Si elle était douloureuse, tout les patients viendraient consulter et on aurait pas besoin du dépistage. IMC élevé oui pour rachialgies, bas non. Tabagisme oui, mais chez les parents ??				

suite Question 9	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Suite Commentaire Expert 1</u>	Pour dépister une scoliose lombaire débutante, la recherche d'une gibbosité sera très souvent prise en défaut. Dépistage de la scoliose thoracique, c'est la gibbosité (car il y a des côtes en thoracique et la gibbosité c'est les côtes). Pour dépister une scoliose lombaire, ce n'est pas la gibbosité qu'il faut rechercher, c'est l'asymétrie du pli de taille.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Items "Tabagisme", "Fatigue", "Sexe", "Antécédents familiaux" ne sont pas pas assez spécifiques.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Une scoliose idiopathique ou une attitude scoliotique ne créent pas de douleur. Au contraire, il faut systématiquement faire des investigations complémentaires si c'est le cas (recherche tumeur rachidienne, lyse isthmique...). La posture non plus, le poids du sac... Par contre souvent les adolescents ont des rétractions des ischio-jambiers dues à leur poussée de croissance qui positionne le bassin en rétroversion (sur-sollicitation des disques vertébraux lombaires). Et rechercher lyse isthmique par IRM (sur-sollicitation sportive).				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Les rachialgies peuvent se retrouver également chez le garçon. L'absence d'antécédent chez les parents ne signifie pas qu'il n'y en ait pas chez l'adolescent.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	"Poids et type de sac" me semble difficile à évaluer, à moins que le patient vienne avec son sac en consultation.				
10. Pensez-vous que le test de Schober soit un outil pertinent en consultation pour dépister une immobilité du rachis lombaire chez l'adolescent ?	7	13%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Examen de spécialiste. Je m'arrête à la distance doigts-sol.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	En pratique, c'est plutôt réalisé par les rhumatologues. En orthopédie pédiatrique, on regarde plutôt la distance doigts-sol.				
11. Pensez-vous que l'indice de Schober (mesure de la distance doigts/sol) soit un outil pertinent en consultation pour dépister un manque de souplesse lombaire chez l'adolescent ?	8	0%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	C'est avant tout un bon test pour mesurer une rétraction des ischio-jambiers.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Mais peut aussi être dû à une rétraction des ischio-jambiers.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Pas assez précis. Il peut s'agir également d'un raccourcissement des ischiojambiers				

12. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une maladie d'Osgood-Schlatter ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Gaucher ; quadriceps trop court, peu élastique ; pas d'étirement régulier	6,5	13%	50%	OUI	AR
Poussée de croissance: Garçons 12-15ans > Filles 8-11ans	8	13%	88%	OUI	P
Surmenage sportif par répétition des mouvements, sur-sollicitation (sauts, squats, accélérations) et surspécialisation	8	0%	88%	OUI	P
Mauvaise hygiène de vie (sommeil, alimentation...)	6,5	38%	50%	NON	AR
Non respect de la règle des 10% ; pas d'étirement passif à distance de l'entraînement	6,5	0%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Un quadriceps court, c'est une patella alta. Les patella alta donnent des Sidding Larsen, pas des Osgood Schlatter. Osgod Schlatter, fille 8 ans, à 63 ans j'en ai encore jamais vu.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Je ne vois pas pourquoi "Gaucher" est cité comme facteur de risque.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Se développe malgré l'hygiène de vie.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je ne connais pas tous les facteurs de risque de cette pathologie.				
<u>Comment Expert 6</u>	Questions trop précises sur les étirements, la souplesse du quadriceps etc... Cela me semble compliqué à poser de manière systématique sur une consultation générale.				
13. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher chez l'adolescent pour dépister une maladie de Sever ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
8 à 12 ans, sexe masculin, sportif, saut ou course répétés, terrain dur, chaussage inadapté	8,5	0%	100%	OUI	P
Poids, taille et IMC supérieurs à la moyenne	8	25%	63%	OUI	P
Brèveté du triceps sural, genu varum, défaut d'alignement du médio-pied, varus de l'avant pied, pied creux ou plat	7,5	13%	75%	OUI	P
Mauvaise hygiène de vie (sommeil, alimentation...)	7	25%	63%	OUI	P
Non respect de la règle des 10%, pas d'étirement	7	0%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	Je n'ai pas remarqué que les Sever avaient un IMC augmenté. Genu varum à 8-12 ans c'est rare. Les pieds creux ne font pas de Sever. Les Sever ont un avant-pied normal, c'est parfois un Achille court mais l'avant-pied et le médio-pied sont normaux.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Surtout brèveté du triceps sural. Le reste des déformations du pied pas plus que ça (sont souvent associées à brèveté du triceps sural qui est la cause de Sever + sur-sollicitation)				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Pas assez pertinent, se développe malgré l'IMC et règles hygiéno-diet.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas assez de compétences pour évaluer la statique des pieds.				

14. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister un Syndrome fémoro-patellaire ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Filles 12-17ans, sportifs	6,5	13%	50%	OUI	AR
Hypotrophie du quadriceps, déséquilibre du quadriceps/ischiojambiers (raideur), malposition ou hypermobilité (laxité) ou traumatisme patellaire	7,5	0%	63%	OUI	P
Activité en charge (saut > accroupissement) spécialisation sportive, Mauvais équipement	8	13%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	Les syndromes fémoro-patellaires sont rarement des sportifs. Je n'ai pas la notion qu'il y ait d'hypotrophie du quadriceps dans les sd fémoro patellaire. Oui les ischio-jambiers sont souvent rétractés.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	C'est la mode des squats et c'est la mode de ne pas s'étirer = consultations remplies de syndromes fémoro-patellaires.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Fréquent en cabinet chez des jeunes filles plus âgées.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas assez de compétences.				
15. Pensez-vous que l' inspection soit pertinente (hypotrophie quadriceps, raideur ischio-jambiers, malposition patella, genu varum/valgum) pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	7	0%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	C'est difficile de donner une note. A la question hypotrophie du quadriceps, je mettrais 0, malposition de la patella ou rétraction des ischio-jambiers, je mettrais 9.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	A l'inspection, il faut surtout chercher un signe de la baïonnette (excentration de la tête tibiale antérieure), un strabisme rotulien, et une patella alta.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas assez formée/compétente (à moins de malformations majeures).				
16. Pensez-vous que la mise en position accroupie (recherche douleur antérieure genou) soit pertinente pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	7,5	0%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	Le signe du cinéma à l'interrogatoire sera plus fiable. Il faut rester un bon moment accroupi pour que la douleur apparaisse. Donc peu pratique à rechercher en consultation.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Ils n'ont pas forcément mal le jour du RDV. On peut demander à l'interrogatoire si la station accroupie déclenche des douleurs.				
17. Pensez-vous que le test de Zholen soit un outil pertinent pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent en consultation ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	8	0%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Il fait partie des tests de base. Bonne valeur prédictive positive mais par contre si négatif n'élimine pas le syndrome fémoro-patellaire.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
18. Pensez-vous que le test du Tilt patellaire (évaluation de la raideur des structures latérales) soit un outil pertinent pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent en consultation ?	6,5	0%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	La rétraction de l'aileon rotulien externe fait partie des signes qui peuvent être associés au syndrome fémoro-patellaire, à rechercher, mais si absent ne l'élimine pas.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Besoin d'une certaine habitude dans l'examen pour être fiable.				
19. Pensez-vous que le Glide test (test de mobilité patellaire) soit un outil pertinent pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent en consultation ?	8	0%	75%	OUI	P

Annexe 18_: Résultats du 1^{er} tour – Dépistage de l'obésité et des troubles du comportement alimentaires

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une obésité chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Facteurs génétiques	7,5	25%	75%	OUI	P
Tabagisme pendant la grossesse	4,5	13%	25%	OUI	AR
Prise poids importante/ Surpoids pendant grossesse	7	13%	63%	OUI	P
Diabète gestationnel	6,5	25%	50%	OUI	AR
Rebond d'adiposité < 6ans / changement de couleur	9	0%	88%	OUI	P
Poids parental	8	0%	100%	OUI	P
Mauvaise hygiène alimentaire	9	0%	88%	OUI	P
Peu d'activité physique	9	0%	88%	OUI	P
Consommation d'écrans	9	0%	88%	OUI	P
Bas niveau socio-économique	8	0%	88%	OUI	P
Bas niveau d'éducation ou d'instruction	8	0%	75%	OUI	P
Limites parentales ((dîners en famille, fruits/légumes, pratique sportive, fast-food...))	7	13%	63%	OUI	P
Minorité ethnique, migrant	6	25%	38%	OUI	AR
Environnement social (proches obèses, tensions vs sport d'équipe, soutien)	6,5	13%	50%	OUI	AR
Environnement scolaire (alimentation, activités)	6,5	25%	50%	OUI	AR
Aménagement du quartier (équipements, structures alimentaires, mode de transport pour l'école)	6,5	25%	50%	OUI	AR
Etat anxio-dépressif	7,5	13%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je n'ai pas bien compris l'item "Environnement social".				
<u>Commentaire Expert 7</u>	"Antécédent de grossesse" n'est pas évident si l'ado est vu seul.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Tabagisme pendant la grossesse comme facteur de risque d'un RCIU à rechercher sur les données anthropométriques de naissance.				
2. Pensez-vous que les outils suivants soient pertinents à utiliser en consultation pour dépister une obésité chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
IMC ≥ 30kg/m ²	9	13%	88%	OUI	P
IMC ≥ seuil IOTF-30 selon la HAS	9	0%	100%	OUI	P
Tour de taille en cm / taille en cm > 0,5	8,5	0%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 6</u>	Outils très limités mais nous n'avons que ça à l'examen clinique.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Un IMC > 30 chez un adolescent témoigne d'une obésité mais pas de sa sévérité.				

3. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe féminin	8	13%	75%	OUI	P
Adolescence	8	0%	75%	OUI	P
Régime alimentaire	9	0%	100%	OUI	P
Mauvaise estime de soi, insatisfaction corporelle, préoccupation liée au poids, surpoids ou obésité, troubles anxieux ou dépression	9	0%	100%	OUI	P
Mauvaises relations familiales ou avec les pairs	7	0%	75%	OUI	P
Idéal de la minceur par les médias	8	0%	88%	OUI	P
Consommation alcool-tabagique	7	0%	63%	OUI	P
Prédisposition génétique, antécédents familiaux psychiatriques (dont TCA)	7,5	0%	88%	OUI	P
Sport intensif ou avec exigences sur l'apparence corporelle, mannequin	9	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 8</u>	De plus en plus de garçons concernés par des TCA mais avec des formes un peu différentes.				
4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des carences alimentaires chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Adolescence	6,5	13%	50%	OUI	AR
Sexe féminin (menstruations)	7	0%	63%	OUI	P
Régime restrictif / végétarien / végétalien	9	0%	100%	OUI	P
Précarité (vitamine D)	8,5	0%	75%	OUI	P
Phototype foncé, peu d'UV (vitamine D)	6,5	0%	50%	OUI	AR
5. Pensez-vous que le contrôle de l'IMC soit un outil pertinent à utiliser en consultation pour repérer un changement rapide de couleur chez l'adolescent ?	9	13%	88%	OUI	P
6. Pensez-vous que les questions suivantes : « Pensez-vous beaucoup à être plus mince ? », « Craignez-vous de prendre du poids ? », « Au cours des six derniers mois, quelle importance votre poids ou votre forme a-t-elle eu dans la façon dont vous vous sentez ? » soient un outil pertinent à utiliser en consultation pour dépister une préoccupation liée au poids chez l'adolescent ?	8	0%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 8</u>	Avec une formulation plus adaptée.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION		SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
7. Pensez-vous que l'"Echelle de Rosenberg Self-Esteem" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une mauvaise estime de soi chez l'adolescent ?	6	25%	50%	OUI	AR						
Commentaire Expert 3	Il vaut mieux une discussion avec des questions ouvertes et une écoute active qu'une échelle.										
Commentaire Expert 4	Outil trop long.										
Commentaire Expert 6	Je ne connais pas cet outil.										
Commentaire Expert 7	Echelle non connue mais pourquoi pas.										
Commentaire Expert 8	L'échelle de Rosenberg a le mérite d'être facile à faire passer aux adolescents (sauf l'item 8 parfois mal compris). Cependant, les résultats sont en tout ou rien chez les ados en fonction de ce qui s'est passé le jour même donc des fluctuations parfois importantes.										
8. Pensez-vous que "Evaluation semi-structurée des comportements alimentaires" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister un comportement alimentaire de contrôle du poids ?	5,5	25%	38%	OUI	AR						
Commentaire Expert 2	Trop compliqué pour l'utiliser en consultant.										
Commentaire Expert 3	Outil trop long.										
Commentaire Expert 4	Outil trop long.										
Commentaire Expert 6	Je ne connais pas cet outil mais il semble un peu long.										
Commentaire Expert 7	Outil qui relève plutôt de la consultation spécialisée que du dépistage.										
9. Pensez-vous que "l'échelle des silhouettes à 9 points" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une insatisfaction corporelle chez l'adolescent ?	7,5	0%	63%	OUI	P						
Commentaire Expert 8	Il faudrait réactualiser les images car ne sont pas trop adaptées aux ados mais en pratique cela fonctionne quand même.										
10. Pensez-vous que le "Questionnaire SCOFF" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un TCA chez l'adolescent ?	7	0%	88%	OUI	P						
11. Pensez-vous que "5 items screening version of the Eating Disorder Inventory-3" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un TCA chez l'adolescent ?	7	0%	75%	OUI	P						
12. Pensez-vous que "College Oriented Eating Disorders Screen" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un TCA chez l'adolescent ?	7,5	0%	75%	OUI	P						
13. Pensez-vous que "Brief Behavioral and Attitudinal Measures" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister un TCA chez l'adolescent ?	6,5	0%	50%	OUI	AR						
Commentaire Expert 8	Je ne connais pas ce test. Il paraît effectivement court donc simple d'utilisation mais il me semble que l'on peut passer à côté d'un TCA moins caractéristique.										
14. Pensez-vous que "Eating disorder Screen for Primary care" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister un TCA chez l'adolescent ?	8	0%	88%	OUI	P						
15. Pensez-vous que le site internet "Anorexicic" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un TCA chez l'adolescent ?	7	13%	63%	OUI	P						
Commentaire Expert 6	Ça recoupe d'autres outils, on ne peut pas tout faire en consultation.										
Commentaire Expert 7	Intéressant si on ne connaît pas bien les facteurs de risque										
16. Pensez-vous que le site internet "Expali" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un TCA chez l'adolescent ?	6,5	13%	50%	OUI	AR						
Commentaire Expert 6	Cet outil est semblable à d'autres.										
Commentaire Expert 7	Plus adapté à un usage en consultation que Anorexicic										
17. Pensez-vous que "Dutch Eating Behavior Questionnaire" soit un outil pertinent pour dépister un TCA chez l'ado présentant une obésité ?	5	13%	38%	OUI	AR						
Commentaire Expert 3	Outil trop long.										
Commentaire Expert 6	Outil trop long.										
Commentaire Expert 7	Outil trop long pour du dépistage.										
Commentaire Expert 8	Ce test est pertinent mais il faut avoir le temps de le faire passer et de l'interpréter donc nécessite une organisation sur 2 consultations.										
18. Pensez-vous que le "Patient Health Questionnaire -Eating Disorder" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une hyperphagie boulimique chez l'adolescent ?	7	0%	88%	OUI	P						
Commentaire Expert 8	Le questionnaire "ADO BED" me semble un peu plus complet.										
19. Pensez-vous que "Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister la boulimie chez l'ado ?	4	25%	38%	OUI	AR						
Commentaire Expert 3	Outil trop long.										
Commentaire Expert 4	Outil trop long.										
Commentaire Expert 7	Outil trop long.										
Commentaire Expert 8	Ce test a l'air prévu pour des adultes et ne me semble pas utilisable facilement. "ADO BED" me semble plus adapté.										

Annexe 19 : Résultats du 1^{er} tour – Dépistage de la puberté, des IST, des conduites sexuelles à risque

1. Pensez-vous que les items suivants soient des facteurs influençant l'âge de début de la puberté pertinents à rechercher en consultation ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe (filles = puberté précoce ; garçon = retard pubertaire)	8	13%	75%	OUI	P
Surpoids / Obésité	8,5	13%	75%	OUI	P
Stress physique, sport intensif	8	13%	75%	OUI	P
Stress psychologique (adoption, tensions, abus)	7,5	13%	75%	OUI	P
Niveau socio-économique et d'éducation, immigration	7	13%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Je ne connais pas de rapport entre niveau socio économique et puberté.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	L'adoption est un facteur de risque de puberté précoce.				
2. Pensez-vous que l'échelle de Tanner soit un outil pertinent et à utiliser en consultation pour évaluer l'avance ou le retard pubertaire ?	9	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 4</u>	Surtout S2 pour les filles et G2 pour les garçons.				
3. Pensez-vous que la surveillance du poids, de la taille et de l'indice de masse corporelle (IMC) soit un outil pertinent à utiliser en consultation pour évaluer l'avance ou le retard pubertaire ?	8,5	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 4</u>	L'obésité est à risque de puberté précoce mais attention à la confusion gynécomastie/bourgeon mammaire				
<u>Commentaire Expert 8</u>	L'évolution de l'IMC notamment : les fluctuations pondérales pouvant beaucoup influencer le développement de la puberté (surpoids/obésité comme maigreur).				
4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les IST chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Partenaires multiples	9	13%	88%	OUI	P
Migrants, retour de pays d'endémie	7	13%	88%	OUI	P
Homosexuels Hommes	8	13%	75%	OUI	P
Absence de vaccination (HPV /HBV)	7,5	13%	75%	OUI	P
Femme enceinte	7	13%	63%	OUI	P
Autres IST, antécédents d'IST	9	13%	88%	OUI	P
Conduites à risque (drogues IV, commerce du sexe)	9	13%	88%	OUI	P
Absence de conseils, d'informations	8	13%	75%	OUI	P
Rupture sociale, familiale ou scolaire	7	13%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 4</u>	Ce sont les pratiques qui font le risque plutôt que le jeune âge. Pour les femmes enceintes, dépistage systématique en début de grossesse des sérologies, Chlamydia/Gonocoque selon contexte.				

5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des comportements sexuels à risque chez l'adolescent(e) ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Age précoce du 1er rapport	7,5	13%	88%	OUI	P
Partenaires multiples dans l'année	8	13%	88%	OUI	P
Bas niveau d'étude	7	13%	88%	OUI	P
Bas niveau socio-économique, coût contraception	8	13%	88%	OUI	P
Difficultés familiales ou scolaires	7,5	13%	75%	OUI	P
Mauvaise estime de soi, dépression, abus	7	13%	75%	OUI	P
Situations à risque (alcool, tabac, drogue...)	8	13%	88%	OUI	P
Mauvaise observance/utilisation de contraception	9	13%	88%	OUI	P
Contraception inadaptée, manque d'information	9	13%	88%	OUI	P
Mauvaise perception du risque de grossesse ou du risque lié au moyen de contraception	9	13%	88%	OUI	P
Crainte de la non confidentialité ou anonymat, absence de temps de consultation seul, stigmatisation	8,5	13%	88%	OUI	P
Difficulté d'accessibilité aux soins	8	13%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Tout est pertinent mais manque de temps pour tout rechercher.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Pour "âge précoce" pour moi ça dépend surtout du contexte global.				
6. Pensez-vous que la fiche HAS soit un outil d'aide pertinent en consultation au choix d'une contraception adaptée chez l'adolescente ?	7	13%	63%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	A lire mais pas à utiliser en consultation				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Je ne m'en sers jamais en consultation. J'utilise plutôt des supports avec dessins ou des échantillons pour montrer aux patientes.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Ou autre (choisir sa contraception.fr)				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Difficilement lisible, pas assez synthétique pour une adolescente mais a l'avantage d'être complet. Eventuellement à lire chez soi pour en discuter ?				
7. Pensez-vous que la fiche INPES soit un outil d'aide pertinent en consultation au choix d'une contraception adaptée chez l'adolescente ?	6,5	13%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	A lire mais pas à utiliser en consultation.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas au moment de la consultation. A connaître et lire AVANT.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Plus synthétique que la précédente, messages en gras, ressources et numéros gratuits bien lisibles, implication de la patiente voire du couple dans la décision. J'aime bien le schéma "BERCER". Mais je ne trouve pas le tableau "en pratique" très pertinent : les explications ne sont pas très claires pour une ado hésitante (et l'option de l'aménorrhée lactationnelle ne me paraît pas être vraiment pertinente dans le contexte).				

Annexe 20 : Résultats du 1^{er} tour – Dépistage des mésusages et addictions

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une consommation d'alcool chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	8	0%	100%	OUI	P
Avancée en âge dans l'adolescence	7	0%	88%	OUI	P
1er usage précoce	9	0%	100%	OUI	P
Tabagisme ou usage de drogues	9	0%	100%	OUI	P
Troubles du sommeil	7,5	0%	63%	OUI	P
Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, TDAH, trouble de la personnalité, antécédent de violence	9	0%	100%	OUI	P
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	7	0%	100%	OUI	P
Faible niveau socio-économique, vie en milieu-rural	7,5	0%	75%	OUI	P
Mauvaises relations familiales, vie en foyer, trouble psychiatrique ou addictif familial	9	0%	100%	OUI	P
Mauvaises relations avec des pairs, festivités	8,5	0%	100%	OUI	P
Antécédents judiciaires, comportements à risque	9	0%	100%	OUI	P
Minorité sexuelle	4	25%	25%	OUI	AR
Puberté ou parentalité précoce	5,5	25%	38%	OUI	AR
Consommation d'écrans	6,5	13%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	Autant les troubles du sommeil sont un facteur de risque chez l'adulte, autant ils dépendent de l'accès au produit en préalable chez l'enfant (autres facteurs précités). La consommation d'écran que si définie comme trouble addictif (un usage nocif n'est pas un facteur de risque majeur).				
<u>Commentaire Expert 4</u>	"Troubles du sommeil" ; "Faible niveau socio-économique" ; "Minorité sexuelle" ; "Puberté ou parentalité précoce" ; "Consommation d'écrans" sont des tems trop généraux ou en liens avec facteurs extrinsèques peu spécifiques.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Le "binge-drinking" semble être devenu une mode (faire comme les copains, jouer à celui qui n'a peur de rien, banalisation de l'alcool dans l'environnement...) : tous les comportements à risque qu'on voit chez certains ados me semblent des facteurs de risque pertinents d'un abus de boissons alcoolisées.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	FDR parfois trop multiples dans le questionnaire mais globalement ok.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Forte corrélation entre pathologie psychiatrique et addiction				
2. Pensez-vous que " DSM-IV 2-item scale " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'ado?	8	0%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 5</u>	Facile à demander, car posé "comme si on discutait banalement de sa vie quotidienne". Evidemment, il faut voir l'adolescent seul.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
3. Pensez-vous que " The Michigan Alcoholism Screening Test " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?	4	38%	0%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Faisabilité très basse en pratique car long et pas simple à interpréter				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Questions pertinentes mais trop nombreuses (ou alors à faire remplir en amont de la consultation pour la préparer).				
<u>Commentaire Expert 3</u>	L'auto-questionnaire peut être fait avant la consultation (milieu scolaire par exemple, si anonymisé) mais très peu utilisable pendant celle-ci (trop long, peur du jugement etc...).				
<u>Commentaire Expert 4</u>	En anglais et c'est un auto-questionnaire, cotation trop compliquée et trop longue mais certains items sont pertinents.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Beaucoup trop long en pratique courante. Il peut être intéressant de connaître quelques items pour orienter son questionnement si on note un risque au dépistage du DSM-IV. Je ne maîtrise pas suffisamment l'anglais et certains items restent assez flous pour moi.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Outil compliqué et long.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pas de connaissance en pratique clinique.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Questionnaire long, pas adapté en médecine générale.				
4. Pensez-vous que le questionnaire " Alcohol Use Disorders Identification Test " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?	5	13%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Questionnaire intéressant chez l'adulte mais probablement moins sensible chez le jeune.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Plus pertinent pour le dépistage du mésusage de l'alcool chez un adulte. Trop long et questions assez fermées ("interrogatoire") dont les réponses peuvent être minimisées.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Mêmes limites que le MAST "pendant" la consultation et de plus, plus complexe (les réponses oui/non sont plus pratiques en dépistage).				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Des items trop longs ou à simplifier, certains inadaptés à l'adolescent, d'autres pertinents surtout chez l'adolescent				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Toujours un peu long à utiliser. Sans doute plus intéressant en évaluation qu'en dépistage, sur une consultation dédiée.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas adapté à l'adolescent.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pas de connaissance suffisante.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Questionnaire long, pas adapté en médecine générale.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
5. Pensez-vous que "Alcohol Use Disorders Identification Test version courte" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?	7,5	13%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	Questionnaire très sensible dans le repérage du trouble de l'usage, et très facile à mettre en oeuvre, utilisable en autogestionnaire en salle d'attente +++				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Simple, rapide à effectuer, pas de questions pouvant être interprétées comme des jugements par rapport à la consommation, ouvre la parole sur le sujet, mais très nettement limité sur la caractérisation du mésusage.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Outil trop court.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Chez l'adolescent, il y a plus d'intoxications aiguës massives avec mise en danger associée que de consommation chronique.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Il me semble adapté en pratique quotidienne.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Outil plus adapté que la forme longue. Bonne sensibilité.				
6. Pensez-vous que "Severity of Alcohol Dependence Questionnaire" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?	3,5	50%	0%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 1</u>	Complexe et anxiogène pour un adolescent ou une adolescente.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Peut être un peu long. Questions pertinentes mais je l'utiliserais plus pour évaluer la sévérité d'un alcoolisme que dans le cadre du dépistage d'un mésusage.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Très long, pas pour un dépistage en consultation. Probablement à laisser dans la salle d'attente à condition de retirer la partie sur les recommandations de sevrage en fin de questionnaire.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Ce n'est pas un questionnaire de dépistage mais d'évaluation de la sévérité du trouble de l'usage d'alcool				
<u>Commentaire Expert 5</u>	C'est un outil d'évaluation, pas un outil de dépistage. Beaucoup trop long et complexe.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Trop long pas adapté à la consommation des adolescents.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pas assez de connaissance sur les tests de dépistage des conso.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Pas adapté en médecine générale en consultation car trop long.				
7. Pensez-vous que "Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol scale revised" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?	2	63%	0%	OUI	NP

Suite Question 7	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 1</u>	Non c'est un questionnaire sur les symptômes de sevrage nécessaire au moment du sevrage en alcool				
<u>Commentaire Expert 2</u>	A utiliser pour évaluer un syndrome de sevrage selon moi, donc dans l'alcoolisme, plutôt que dans le dépistage du mésusage.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pas approprié pour un mésusage, à moins de vouloir dépister les alcoolodépendants avec dépendance physique forte.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Ce n'est pas un questionnaire de dépistage mais d'évaluation de la sévérité du syndrome de sevrage en alcool				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Pareil, il ne s'agit pas d'un outil de dépistage, mais d'un outil d'évaluation des symptômes liés à une consommation excessive d'alcool, voire une maladie d'alcool.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Trop long, non spécifique de l'ado.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Construction du questionnaire non ergonomique.				
8. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher pour dépister une consommation de tabac chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	8,5	0%	75%	OUI	P
1er usage précoce	9	0%	100%	OUI	P
Alcool, drogues	9	0%	100%	OUI	P
Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, TDAH, troubles de la personnalité, trouble mental, ATCD de violence	8,5	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations avec ou influences des pairs	7,5	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	8,5	0%	88%	OUI	P
Troubles du sommeil	5,5	25%	38%	OUI	AR
Comportement anti-social ou à risque	9	13%	88%	OUI	P
Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural	8	0%	75%	OUI	P
Minorité sexuelle	5	25%	25%	OUI	AR
Consommation d'écrans	4,5	25%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	S'il existe une asthénie en rapport avec le trouble du sommeil, cela peut être favorisant pour consommation d'un stimulant, mais plutôt un FDR concernant la consommation de sédatifs et d'anxiolytiques. Même remarque que pour l'alcool, la consommation d'écrans que si elle est caractérisée en trouble addictif.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Le tabagisme est moins associé que l'alcool à des tb comportementaux.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Forte corrélation entre consommation de tabac et troubles psychiatriques.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
9. Pensez-vous que le test de Fagerstrom soit un outil pertinent et utilisable pour dépister une dépendance au tabac chez l'adolescent ?	7	13%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Bon reflet de la dépendance chez l'adulte, mais certains items sont difficilement transposables chez l'ado (notamment s'il fume en cachette de ses parents).				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Ce n'est pas un test de dépistage, s'adresse au fumeur régulier, pertinent mais à simplifier; évalue la dépendance à la nicotine				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Oui car c'est le seul que je connaisse.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Pas vraiment sensible pour évaluer la dépendance.				
10. Pensez-vous que le test "Cannabis Abuse Screening Test" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépendance au cannabis chez l'adolescent ?	8,5	0%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Rapide à faire, pas trop jugeant dans l'interprétation (pas de critères de légalité etc...), quelques questions centrées sur la perte de contrôle (caractérisation du mésusage), réponses binaires (simple), pas la panacée (mais quel outil le serait) mais un très bon outil.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Oui, ce questionnaire est en fait très facile à utiliser quand on l'a dans la tête, et permet d'aborder facilement ensuite la question d'une prise en charge				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Simple d'utilisation et bonne ergonomie.				
11. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une consommation de drogue chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	8	0%	88%	OUI	P
1er usage précoce	9	0%	100%	OUI	P
Sexe masculin	8,5	0%	100%	OUI	P
Tabagisme	8	13%	75%	OUI	P
Consommation d'alcool	8,5	0%	88%	OUI	P
Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, troubles de la personnalité, trouble mental, antécédent de violence	9	0%	100%	OUI	P
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	7,5	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations ou influence pairs, festivités	8	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations familiales, tb psy/addictif familial	8,5	0%	100%	OUI	P
Antécédents judiciaires, comportements à risque	8,5	0%	100%	OUI	P
Bas niveau socio-économique, vie en milieu urbain	7	0%	75%	OUI	P
Consommation d'écrans	5	25%	38%	OUI	AR

Suite Question 11	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 3</u>	La consommation d'écrans est un facteur de risque surtout pour l'addiction aux écrans/internet.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je ne sais pas si les difficultés scolaires constituent un facteur de risque, de même que l'isolement. Dans mon expérience, il s'agit plutôt de jeunes ayant des difficultés relationnelles intra-familiales ou autres, ou des troubles psychiatriques sous jacents (schizophrénie, dépression, "borderline", psychoses diverses...). L'accès facile à des revendeurs est sans doute aussi un facteur de risque. Le fait de traîner dehors, l'influence des relations ... Le tabagisme en soi n'est pas à mon avis un facteur de risque, même si la plupart des toxicomanes sont des fumeurs de tabac également. Mais la relation inverse n'est pas vraie à mon avis.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	"Consommation d'écran" est un FDR imprécis, trop généraliste.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Triade médical/psychiatrique/social très importante dans l'étiologie ainsi que dans la prise en charge.				
13. Pensez-vous que "Leeds Dependence Questionnaire" soit un outil utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?	6	0%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Bon questionnaire mais plutôt pour évaluer la dépendance que repérer.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Evalue selon moi la dépendance plus que le risque de mésusage.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Un peu long pour une consultation et emploie certains termes pouvant être considérés comme jugeants ("illégal" par exemple). Echelle de réponse plus complexe que oui/non, plutôt pour caractériser l'usage que pour un dépistage.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Pas utilisable en anglais mais des items pertinents.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Il est assez clair et interroge toutes les addictions, et le niveau de la dépendance, mais toujours long à utiliser. Je ne suis pas sûre qu'il m'apporte plus que le questionnaire de type "AUDIT", qui me semble pouvoir être utilisé également pour d'autres substances que l'alcool.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Outil trop long.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Je ne l'utilise pas en pratique.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Semble facile d'accès mais je ne connais pas la sensibilité du test.				
14. Pensez-vous que "Brief Screening test for adolescent Tobacco, Alcohol, and Drug Use" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister un mésusage de l'alcool, du tabac et un usage de drogues ?	7	13%	63%	OUI	P

Suite Question 14	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Commentaire Expert 1	Je ne le connaissais pas, très intéressant en repérage et en possibilité d'ouvrir le dialogue.				
Commentaire Expert 3	Toujours un peu long, mais complet : consommation des pairs, beaucoup de produits (dont les prescriptions) sont nommés (permet d'ouvrir la parole, rien n'est tabou), encore le mot illégal qui peut bloquer la parole (peur du jugement).				
Commentaire Expert 4	Pas utilisable en anglais mais intéressant : ouvert sur les consommations de l'entourage, sur les consommations d'autres produits et l'usage/mésusage de médicaments.				
Commentaire Expert 5	En dépistage, c'est trop complexe. Pas sûre que faire le listing des produits consommés, et pendant combien de jours apporte grand chose pour permettre l'abord d'une consommation problématique de substances, et proposer une prise en charge. Seul intérêt, le questionnement sur les amis.				
Commentaire Expert 6	Jamais utilisé mais pourquoi pas.				
Commentaire Expert 7	Pas d'utilisation ni de connaissance particulière.				
Commentaire Expert 8	La possibilité de parler et de dépister plusieurs substances. Facile à comprendre. Pas trop long.				
15. Pensez-vous que "ADOSPA" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister un usage nocif de substances psychoactives chez l'ado ?	8	0%	88%	OUI	P
Commentaire Expert 1	Oui, il est recommandé en France				
Commentaire Expert 3	Plus simple et rapide, plus adapté à un temps de consultation pour un dépistage, ne nomme pas les drogues (dommage) mais met l'alcool sur un pied d'égalité (moins ostracisant), le mot "emprise" bloque parfois, je préfère le mot "effet".				
Commentaire Expert 5	Oui, ça c'est court et me semble facile à utiliser. Il ressemble beaucoup au questionnaire CAST par certains points.				
Commentaire Expert 7	Le seul qui m'ait été présenté par une addictologue et qu'elle utilise souvent avec les ados.				
Commentaire Expert 8	Je ne connaissais pas, mais semble compréhensible.				
16. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un mésusage des écrans/ Internet chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	7,5	13%	75%	OUI	P
Avancée en âge dans l'adolescence	6,5	25%	50%	OUI	AR
Caractéristiques addictogènes du jeu	9	13%	75%	OUI	P

Suite Question 16	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Souffrance psychique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, troubles de la personnalité, trouble mental, antécédent de violence	8,5	13%	88%	OUI	P
Mauvaises relations avec ou influences des pairs	7,5	13%	75%	OUI	P
Comportements à risque, intolérance à la frustration	7	13%	63%	OUI	P
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	7	0%	100%	OUI	P
Bas niveau socio-économique	6	0%	50%	OUI	AR
Tabac, alcool, drogues	6,5	13%	50%	OUI	AR
Difficultés scolaires	7,5	0%	63%	OUI	P
Commentaire Expert 5	Le niveau socio-économique est peut être un facteur du fait d'une moindre capacité à avoir accès à d'autres activités (sportives, culturelles, ...) mais je n'en suis pas certaine. De même pour les difficultés scolaires, peut-être plutôt en rapport avec un manque de sommeil à cause des écrans.				
Commentaire Expert 6	Doute entre facteur de risque ou complication.				
Commentaire Expert 8	Un domaine que je ne connais pas beaucoup.				
17. Pensez-vous que "Game Addiction Scale 7-items" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéos chez l'adolescent ?	7	0%	75%	OUI	P
Commentaire Expert 3	Je préfère les questionnaires avec des réponses oui/non, c'est plus un questionnaire de caractérisation du mésusage qu'un test de dépistage.				
Commentaire Expert 5	Assez court et facile à poser.				
Commentaire Expert 8	Questionnaire de taille raisonnable, semble bien construit. Le retentissement des différents champs de l'addiction sont abordés.				
18. Pensez-vous que l'échelle "Problem Video Game Playing scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéos chez l'adolescent ?	7	0%	75%	OUI	P
Commentaire Expert 3	A condition de présenter l'absence de conséquences pour l'adolescent d'avoir répondu "oui" à une des questions!				
Commentaire Expert 5	Un peu plus long. Cela me semble plutôt un outil d'évaluation du niveau de dépendance.				
Commentaire Expert 7	Pas de connaissance en pratique.				
Commentaire Expert 8	Echelle dichotomique mais plus long.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
19. Pensez-vous que " Lie/Bet Questionnaire " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéos chez l'adolescent ?	7	13%	75%	OUI	P
Commentaire Expert 3	Pour un dépistage de mésusage grave.				
Commentaire Expert 5	Jeux vidéos / jeux d'argent : un mélange des genres ?				
Commentaire Expert 8	Je ne connais pas ce test, mais permet de donner des indications.				
20. Pensez-vous que " Problematic Online Game Questionnaire -Short Form " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéos chez l'adolescent ?	5	13%	25%	OUI	AR
Commentaire Expert 1	Plutôt en deuxième intention.				
Commentaire Expert 3	Trop long en consultation, plus précis dans la caractérisation, mais difficile en dépistage.				
Commentaire Expert 4	Trop compliqué.				
Commentaire Expert 5	Quand il y a plus de 5/6 questions, on sort quand même du dépistage... Trop long.				
Commentaire Expert 6	Pas d'expérience sur ce questionnaire				
Commentaire Expert 7	Pas de connaissance en pratique.				
Commentaire Expert 8	Je ne suis pas sûre si le score est sous le cut off...				
21. Pensez-vous que " Internet Addiction Disorder de Young " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage d'internet chez l'adolescent ?	6	13%	50%	OUI	AR
Commentaire Expert 1	Plutôt en deuxième intention car niveau de dépendance.				
Commentaire Expert 3	Plus adapté à l'adolescent âgé ou à l'étudiant.				
Commentaire Expert 4	Trop d'item, trop fourni, à simplifier pour du dépistage sinon c'est déjà de l'évaluation du trouble de l'usage				
Commentaire Expert 5	C'est trop long pour un dépistage. Par contre, si j'ai dépisté un possible problème avec une intervention courte, je me verrai bien remettre ce questionnaire à remplir par le jeune pour en parler à la prochaine consultation (pas trop loin, du coup).				
Commentaire Expert 6	Pas d'expérience mais peut être intéressant				
Commentaire Expert 7	Pas de connaissance en pratique.				
Commentaire Expert 8	Je ne connaissais pas ce test.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
22. Pensez-vous que le questionnaire " South Oaks Gambling Scale - Revised Adolescent " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux d'argent chez l'adolescent ?	5,5	13%	25%	OUI	AR
Commentaire Expert 1	Pour le repérage nécessité d'un questionnaire court et facile à poser, ensuite le niveau de dépendance et les cas demandent plus de temps et peut être une consultation dédiée				
Commentaire Expert 4	Trop long, des items pertinents mais trop nombreux.				
Commentaire Expert 5	Peut-être, mais alors, vraiment, à traduire !...				
Commentaire Expert 6	Aucune expérience, pas d'avis.				
Commentaire Expert 7	Pas de connaissance en pratique.				
Commentaire Expert 8	Outil non pratique en consultation de médecine générale car 12 questions ...				
23. Pensez-vous que le questionnaire " DSM IV Jeu " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux d'argent chez l'adolescent ?	4,5	25%	13%	OUI	AR
Commentaire Expert 2	Interprétation des questions et calcul du score trop compliqués le temps d'une consultation.				
Commentaire Expert 5	Pas vraiment un outil de dépistage, mais d'évaluation (en plus, le texte est presque illisible sur le document fourni).				
Commentaire Expert 7	Pas de connaissance en pratique.				
Commentaire Expert 8	Pas pratique.				

Annexe 21 : Résultats du 2^{ème} tour – Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les accidents de la voie publique (AVP) chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	7,5	0%	75%	OUI	P
Deux roues, jeunes conducteurs	7,5	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations ou influence des pairs, festivités (été, nuit, week-end)	8	0%	100%	OUI	P
Comportements à risque (vitesse, alcool, drogues), distractions au volant (téléphone, radio)	9	0%	100%	OUI	P
Souffrance psychologique, trouble de la perso	7	0%	75%	OUI	P
Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural	6,5	0%	50%	OUI	AR
Somnolence, troubles du sommeil]	8,5	0%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Eléments révélateurs d'impulsivité, + facteurs environnementaux,				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Facteurs justifiés mais laborieux à rechercher en consultation.				
<u>Coomentaire Expert 8</u>	Je ne sais pas si bas niveau social ou milieu rural est associé un facteur de risque d'AVP.				
2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher pour dépister de mauvaises relations familiales chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	4	50%	25%	OUI	AR
Relation père-enfant	4,5	38%	13%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Rechercher les violences familiales.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Je ne vois pas l'utilité de rechercher sans idée derrière la tête (recherche d'épisode dépressif caractérisé (EDC), recherche de maltraitance, recherche de trouble neuro-développementaux?). Ce qui me semble pertinent pour dépister : pauser la question des relations au jeune et à la famille				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Je ne vois pas vraiment de lien avec l'âge et le père seul.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Question floue, pas de lien entre âge et relations familiales et entre relation père-enfant et mauvaises relations familiales (évidence ou redondance).				
<u>Commentaire Expert 7</u>	L'item "relation père-enfant" n'est pas un FDR en soi identifiable car trop vague (j'ai eu du mal à répondre), précisez plus par exemple : "mauvaise qualité de la relation père-enfant".				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Autant relation père/enfant que mère/enfants. A moins qu'il ne s'agisse des pairs?				
3. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister de mauvaises relations avec les pairs chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	5	25%	25%	OUI	AR
Mauvaise relation avec les parents	7	13%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	Pour moi les mauvaises relations concernent tout autant les filles.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Pas de liens entre les items.				
4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher pour dépister un échec scolaire chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	5,5	38%	38%	NON	AR
Absence de soutien familial, conflits familiaux, responsabilités précoces	9	13%	88%	OUI	P
Comportements à risque (alcool, drogue, violence..)	9	0%	88%	OUI	P
Mauvais résultats, absentéisme, absence d'activité extra-scolaire	9	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	OK, à condition que derrière on en recherche la cause.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Je ne vois pas non plus de lien avec l'âge.				
5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des conduites à risque et des conduites violentes chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	7	0%	88%	OUI	P
Antécédent de victimisation	7	13%	63%	OUI	P
Victime dès le début de l'adolescence, auteur(e) avec l'avancée en âge	8	13%	75%	OUI	P
1er acte violent précoce	9	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial, vie en foyer	9	0%	100%	OUI	P
Mauvaises relations avec ou influences des pairs	8,5	0%	100%	OUI	P
Tabagisme	7	25%	63%	OUI	P
Alcool	9	0%	88%	OUI	P
Drogues	9	0%	100%	OUI	P
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	8,5	0%	100%	OUI	P
Consommation d'écrans ou de médias	7	0%	50%	OUI	P
Souffrance psychologique, anxiété, mauvaise estime de soi, impulsivité, trouble de la personnalité, trouble mental	9	0%	88%	OUI	P

suite Question 5	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Difficultés périnatales (tabac, alcool, mère jeune, grossesse non désirée, prématurité, complication à la naissance)	7	0%	75%	OUI	P
Bas niveau socio-économique, migrant	6,5	13%	50%	OUI	AR
Minorité sexuelle	4,5	25%	25%	OUI	AR
Nuits et Week-end	1	88%	13%	OUI	NP
Commentaire Expert 1	"Nuits et week-end" est un terme pas très clair pour un facteur de risque... Est ce le fait de sortir ? de ne pas avoir de limites?				
Commentaire Expert 2	Nuits et week-end ?				
Commentaire Expert 3	Toujours pareil, en rechercher les facteurs environnementaux + troubles psychiques si positif				
Commentaire Expert 4	Je ne comprends pas "Nuits et Week-end".				
Commentaire Expert 5	Que signifie le facteur de risque "Nuits et Week-end" ?				
Commentaire Expert 6	Nuit et Week-end?				
Commentaire Expert 7	Je n'ai pas compris la partie de l'item "auteur(e) avec l'avancée en âge" (j'ai répondu seulement à "victime dès le début de l'adolescence"); pour l'item "Consommation d'écrans/médias", précisez peut être car quasi tous les ado consomment. Peut-être voulez-vous dire "conso excessive ?" ou "conso plus de X heures par jour ..." ?				
Commentaire Expert 8	Je n'ai pas compris le dernier item "Nuits et week-end". Pour les items à moins de 7, je ne les vois pas forcément comme les plus pertinents mais intéressants si associés à d'autres. Ex : "Minorité sexuelle" si associée au fait d'avoir des rapports sexuels avant la majorité sexuelle.				
6. Pensez-vous que le questionnaire "DEP-ADO" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister les conduites addictives chez l'adolescent ?	7	0%	63%	OUI	P
Commentaire Expert 1	Le questionnaire est trop long pour une utilisation en routine.				
Commentaire Expert 2	C'est une aide mais le contact direct me paraît préférable.				
Commentaire Expert 3	Me semble pas mal, mais pas ma pratique régulière à ce niveau, donc je passe. Peut-être pas le plus adapté à la médecine de ville?				
Commentaire Expert 5	Pas d'expérience sur la durée de passation du questionnaire et sa faisabilité en consultation courante.				
Commentaire Expert 7	Je ne connais pas ce questionnaire. En tout cas, il paraît très pointu et précis, peut-être un peu long à faire passer en MG? (peut-être le jeune pourrait le passer chez lui ou en salle d'attente)?				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
7. Pensez-vous que " West Virginia University Adolescent Risk Score " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister les conduites à risque chez l'adolescent ?	5	25%	25%	OUI	AR
Commentaire Expert 3	Pareil me semble complexe pour médecine de ville.				
Commentaire Expert 4	C'était mieux en français.				
Commentaire Expert 5	Outil trop vague et global et simpliste.				
Commentaire Expert 7	Intéressant l'IMC, la nutrition, la notion d'abus sexuel, l'exercice physique. Par contre, moins précis que le test précédent (par ex sur comment les produits sont consommés).				
Commentaire Expert 8	Je ne connais pas les études sur ce questionnaire en terme de pratique clinique et faisabilité.				
8. Pensez-vous que la fiche établie par la HAS soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une maltraitance chez l'adolescent ?	7,5	13%	63%	OUI	P
Commentaire Expert 3	Me semble pas mal. Au moins en avoir connaissance ou l'avoir déjà lu. Surtout la partie questions ouvertes.				
Commentaire Expert 5	Recommandation claire.				
Commentaire Expert 7	Utile pour le MG pour se former, ne rien oublier, trop long pour servir de support en consultation, élément bien : le modèle de certificat.				
Commentaire Expert 8	Importante à connaître et avoir de façon accessible pour s'y référer mais longue en pratique quotidienne pour l'utiliser de façon systématique face aux risques de maltraitance.				
9. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher pour dépister des troubles du comportement et des conduites chez l'adolescent?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel ; minorité sexuelle	8,5	0%	88%	OUI	P
Bas niveau socio-économique	6,5	0%	50%	OUI	AR
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	8,5	0%	100%	OUI	P
Tabac / Alcool / Drogues	9	0%	100%	OUI	P
Sexe masculin	7,5	0%	75%	OUI	P
Prématurité, petit poids de naissance, tabagisme péri-natal, mère jeune, complications obstétricales	7,5	0%	75%	OUI	P
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	8,5	0%	88%	OUI	P

Suite Question 9	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Impulsivité, recherche de sensations, TDAH	9	0%	88%	OUI	P
Trauma crânien, violences subies dans l'enfance	8,5	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations avec ou influence des pairs	8,5	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pareil, toujours chercher les causes qui aboutissent à ce tableau : Troubles neuro-développementaux, facteurs environnementaux. Ce diagnostic ne me semble pas être une finalité.				
10. Pensez-vous que "Questionnaire Points forts - Points faibles" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les troubles du comportement ou des conduites chez l'adolescent en consultation ?	6,5	13%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 4</u>	Me parait moins pertinent que les précédents, mais quand même avis des profs ce qui est intéressant.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Intéressant mais résultats pas très clairs.				
11. Pensez-vous que "Modèle à 5 facteurs" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une personnalité anti-sociale chez l'adolescent ?	5	25%	13%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Items un peu trop "psychologistes" et subjectifs.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Outil qui m'a l'air un peu complexe.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop compliqué, trop long et trop forte variabilité de passation.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Je ne le connais pas assez.				
12. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un trouble psychotique chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin, avancée dans l'adolescence	7,5	0%	75%	OUI	P
Troubles du sommeil	6	13%	38%	OUI	AR
Antécédent de violence subie, décès parent	8	25%	63%	OUI	P
Tabac, alcool, drogues	8,5	0%	75%	OUI	P
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	7,5	0%	50%	OUI	P
Complications obstétricales (dont grippe), grossesse non désirée (toxiques), stress	6	25%	50%	OUI	AR
Maladie chronique, faible quotient intellectuel, syndrome de délétion 22q11.2 ; minorité sexuelle	6,5	0%	50%	OUI	AR
Mauvaises relations avec les pairs	6,5	0%	50%	OUI	AR
Bas niveau socio-éco, milieu urbain, immigration	5,5	0%	38%	OUI	AR

Suite Question 12	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 5</u>	Facteurs de risque intéressants globalement mais pas forcément de lien avec un trouble psychotique émergent.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Symptômes psychotiques atténués surtout à partir de 16ans avec fréquence croissante avec l'âge. Les autres symptômes sont peu spécifiques. L'association d'un ensemble de facteurs, les antécédents familiaux également et l'évolution des troubles (apparition ou aggravation récente) justifie l'indication d'un suivi spécialisé de l'évolution.				
13. Pensez-vous que "Brief Psychiatric Rating Scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble psychotique chez l'adolescent ?	6	13%	38%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Il manque la validation en Français.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Dépister oui, Mais attention, pas diagnostiquer (bonne sensibilité, mais peu spécifique)				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Je préfère les échelles françaises.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Plutôt connaissance et utilisation de la PQ-16.				
14. Pensez-vous que "Prodromal Questionnaire - Brief version (PQ-16)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble psychotique chez l'adolescent ?	7,5	0%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Toutes ces échelles nécessitent bien une simplification pour une consultation en médecine générale.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Réponse similaire à la précédente. Après je me pose la question si ce test n'est pas déjà pour le spécialiste.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	En population clinique, j'avais plutôt connaissance d'un seuil à 8, et 6 en population générale. Elle est intéressante pour le dépistage mais peu spécifique. Pose l'indication surtout d'un avis spécialisé et suivi de l'évolution.				

Annexe 22 : Résultats du 1^{er} tour – Dépistage des troubles du sommeil et des troubles psychiatriques

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les troubles du sommeil chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe féminin	2	75%	13%	OUI	NP
Consommation d'alcool, tabac, drogues, café	7,5	0%	63%	OUI	P
Stress, anxiété, dépression	9	0%	88%	OUI	P
Autisme, TDAH	8	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations familiales ou avec les pairs, vie en foyer, maltraitance	8,5	0%	88%	OUI	P
Difficultés scolaires, excès d'activités extra-scolaires	8,5	100%	75%	OUI	P
Situation financière difficile, vie en milieu urbain	7	13%	63%	OUI	P
Consommation d'écran	8	13%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Il me semble que le sexe ratio est de 1 pour les troubles du sommeil. Par contre les questions d'identité de genre et d'orientation sexuelle peuvent peut-être être posées.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Sexe : il n'y a pas d'influence selon moi Toxiques : la consommation peut être source primaire ou conséquence des troubles du sommeil Episode dépressif caractérisé (EDC) / Anxiété : Pareil primaire ou conséquence Troubles du spectre autistique (TSA) / TDAH : souvent associé Maltraitance : toujours intéressant à rechercher (car parfois secondaire à un TDAH/TSA) Scolarité : Idem Ecran : Voir ça un peu comme les tox, mais généralement secondaire Toujours se méfier d'un syndrome des apnées chez les jeunes (pour raisons ORL)				
2. Pensez-vous que l' International Classification of Sleep Disorders-II soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister les insomnies chez l'adolescent ?	5,5	38%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Je ne connais pas cette classification et ne l'utilise pas. Elle ne me semble pas très exploitable en consultation de médecine générale.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Accès à la polysomnographie pour les <16 ans à Montpellier ?				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pas vraiment d'avis majeur. Je ne m'en sers pas personnellement. Peut être un peu chronophage.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Il manque "Consommations et écrans".				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
3. Pensez-vous que l'" Échelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16ans " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister les troubles du sommeil chez l'adolescent ?	6,5	0%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Un peu plus pertinent mais un peu chronophage et certains items ne sont pas adaptés à adolescent.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Outil intéressant mais je ne m'en sers pas en pratique quotidienne.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Outil plus adapté au petit enfant.				
4. Pensez-vous que ces facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une dépression / risque suicidaire chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Bas niveau socio-économique	6	13%	38%	OUI	AR
Sexe féminin	4	50%	38%	NON	AR
Antécédent de tentative de suicide	9	0%	100%	OUI	P
Troubles du sommeil	7,5	0%	100%	OUI	P
Tabagisme	5,5	25%	25%	OUI	AR
Alcool	7	13%	63%	OUI	P
Drogues	8	13%	75%	OUI	P
Consommation d'écrans	6,5	13%	50%	OUI	AR
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	8	13%	75%	OUI	P
Antécédent de violence subie	9	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	9	0%	88%	OUI	P
Perte d'un être cher, séparation	9	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations avec ou influence des pairs	7	0%	75%	OUI	P
Trouble de la personnalité, trouble mental, anxiété, impulsivité, mauvaise estime de soi, troubles du comportement alimentaire	9	0%	88%	OUI	P
Minorité sexuelle, homophobie	8	0%	88%	OUI	P
Maladie chronique, handicap, faible QI	7	13%	63%	OUI	P
Antécédents judiciaires, intolérance frustration	7,5	13%	75%	OUI	P

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION		SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 7</u>											
	Cela m'embête qu'épisode dépressif caractérisé (EDC) et suicide soient mis dans la même question. Tous les éléments évocateurs d'impulsivité (antécédents judiciaires, toxiques, trouble addictif familial, antécédents de violences subie (impulsivité familiale?)) sont évidemment des facteurs augmentant le niveau de risque suicidaire, mais pas nécessairement d'EDC.										
5. Pensez-vous que l'"échelle d'Hamilton" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent ?	7	0%	75%	OUI	P						
<u>Commentaire Expert 1</u>	C'est une aide mais pas très adaptée à la population adolescente.										
<u>Commentaire Expert 4</u>	Questionnaire long.										
<u>Commentaire Expert 7</u>	Beaucoup positive cette échelle. Quand on ne sait pas par où commencer c'est intéressant mais ne permet pas toujours de faire la différence entre EDC et trouble adaptatif (donc symptômes d'EDC) secondaire à une situation environnementale.										
6. Pensez-vous que l'échelle " Beck Hopelessness Scale " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent ?	6,5	13%	50%	OUI	AR						
<u>Commentaire Expert 1</u>	Je ne connaissais pas cette échelle mais elle semble intéressante.										
<u>Commentaire Expert 7</u>	On utilise plutôt la Child Depression Inventory ou Hamilton.										
7. Pensez-vous que " Patient Health Questionnaire for Adolescent " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent ?	7	0%	75%	OUI	P						
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pas utilisé en pratique, items intéressants en ce qui concerne la motivation, l'énergie, l'hédonie.										
8. Pensez-vous que le questionnaire de dépression de Beck soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent ?	8	0%	75%	OUI	P						
<u>Commentaire Expert 7</u>	Intéressant quand on ne sait pas par où commencer, ça permet de poser des questions sur les idées suicidaires.										
9. Pensez-vous que le " BITS test " soit un outil pertinent et utilisable pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	6	13%	50%	OUI	AR						
<u>Commentaire Expert 1</u>	Consommation de cannabis semble plus pertinente que tabac.										
<u>Commentaire Expert 2</u>	Outil trop sommaire.										
<u>Commentaire Expert 7</u>	Intéressant pour rechercher un mal être en quelques questions.										
						10. Pensez-vous que " Scale for Suicide Ideation -Beck " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	5	38%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Non représentatif du vécu des personnes ayant des idées suicidaires, stigmatisant sur la recherche de bénéfices secondaires.										
<u>Commentaire Expert 5</u>	Assez long à faire passer.										
<u>Commentaire Expert 7</u>	Beaucoup de questions fermées. En pratique, nous utilisons l'outil RUD (Risque Urgence Dangereusité) qui se trouve dans le Collège de Psychiatrie.										
<u>Commentaire Expert 8</u>	Outil trop long.										
11. Pensez-vous que " Tool for Assessment of Suicide Risk Adolescent Version " soit un outil utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	7	13%	63%	OUI	P						
<u>Commentaire Expert 1</u>	Pas assez complet.										
<u>Commentaire Expert 7</u>	Mieux, à condition que les questions sur les idées suicidaires soient assez ouvertes.										
12. Pensez-vous que " Harkavy-Asnis Suicide Scale " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	5	13%	38%	OUI	AR						
<u>Commentaire Expert 2</u>	Trop long (je me suis arrêtée à la question de la religion, le fait d'être croyant est un des éléments protecteurs mais pour le reste...).										
<u>Commentaire Expert 7</u>	Je préfère l'outil précédent.										
13. Pensez-vous que " Suicide Behavior Questionnaire Revised " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	5	25%	38%	OUI	AR						
<u>Commentaire Expert 1</u>	Pas assez clair.										
<u>Commentaire Expert 2</u>	Ne met pas en valeur les ressources mises en place par le patient ou les facteurs de protection.										
<u>Commentaire Expert 7</u>	Outil "lourd" pour un dépistage en médecin de ville.										
14. Pensez-vous que " Signes d'alerte suicidaire de la HAS " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	8	0%	75%	OUI	P						
<u>Commentaire Expert 7</u>	Je me questionne sur comment le formuler en consultation.										

15. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une anxiété chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Maladie chronique, handicap, faible quotient intellectuel; minorité sexuelle	6,5	13%	50%	OUI	AR
Bas niveau socio-économique	5	25%	25%	OUI	AR
Troubles de la personnalité, trouble mental, mauvaise estime de soi	7	0%	88%	OUI	P
Troubles du sommeil	7	0%	75%	OUI	P
Consommation d'écrans	7	13%	63%	OUI	P
Antécédent de violence subie	7,5	0%	75%	OUI	P
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	7,5	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations avec / influence des pairs	7,5	0%	75%	OUI	P
Prématurité, attachement "insécure"	7	0%	88%	OUI	P
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	7	0%	100%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Il manque faible QI et HPI. Je ne suis pas d'accord pour "prématurité".				
<u>Commentaire Expert 7</u>	"Prématurité, attachement insécure" ne devrait pas être un seul item. Prématurité = facteur de risque neuro-développemental / Attachement insécure peut être la résultante de nombreux facteurs. Je tiens à souligner qu'il reste important d'aller à la recherche des diagnostics différentiels ou co-morbidités. Un profil anxieux peut se construire sur des troubles neuro-développementaux et l'accompagnement des troubles neuro-développementaux est indispensable devant le risque d'inefficacité des soins ou de récurrence.				
16. Pensez-vous que l'échelle " Hospital Anxiety and Depression Scale " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression ou de l'anxiété chez l'adolescent dès 16ans ?	7	13%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Outil trop sommaire.				

17. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	5	25%	38%	OUI	AR
Faible QI, maladies chroniques ; minorité sexuelle	5	38%	25%	OUI	AR
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	6,5	13%	50%	OUI	AR
Antécédent de violence, TC dans l'enfance	5,5	38%	38%	NON	AR
Troubles du sommeil	7,5	0%	75%	OUI	P
Tabac, Alcool, Drogues	8,5	0%	88%	OUI	P
Bas niveau socio-économique	5,5	25%	38%	OUI	AR
Difficultés scolaires, absence d'activité extra-scolaire	8,5	0%	100%	OUI	P
Prématurité, petit PN, alcool pdt la grossesse	8	0%	75%	OUI	P
Impulsivité, recherche de sensations	8	0%	88%	OUI	P
Mauvaises relations avec les pairs	8	0%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 7</u>	"Faible QI", "ATCD familiaux" (impulsivité, addictions, violence, etc), "Prématurité" = Risque de troubles neuro-développementaux. Attention au sexe : Chez le garçon plus souvent tableau typique, probablement lié au diagnostic plus fréquent, chez la fille moins souvent d'hyperactivité, donc plus se méfier chez les filles. Le niveau socio-économique n'est pas directement en lien avec le TDAH, mais peut refléter une impulsivité familiale ancienne donc qui aurait pu être transmise génétiquement.				
18. Pensez-vous que l'échelle de Conners soit un outil pertinent et utilisable pour dépister un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adolescent ?	8	13%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Peu spécifique. Confusion avec trouble de l'opposition ou anxieux.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	On s'en sert assez régulièrement. Intéressant pour se faire une idée pour un TDAH simplexe, ne conviendra pas à des formes plus complexes.				
19. Pensez-vous que la fiche HAS suivante soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un TDAH chez	7	25%	50%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	En pratique, pas de personnels formés dans l'Education Nationale et pas de disponibilité de psychologues et médecins scolaires.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Outil pas assez synthétique pour une utilisation facile en consultation.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Trop général. On utilise l'ADHD-RS qui est plus avancé donc peut être pas pour la ville.				

20. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les troubles envahissants du développement chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	6	0%	50%	OUI	AR
Antécédent personnel ou familial de trouble mental	6	0%	50%	OUI	AR
Prématurité, Petit poids de naissance	6,5	0%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 7</u>	Même raisonnement que pour le TDAH.				
21. Pensez-vous que " Autism-Tics ADHD and other Comorbidities inventory " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du spectre autistique chez l'ado ?	5,5	13%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 7</u>	Ne me semble pas pertinent de passer cette échelle en systématique.				
22. Pensez-vous que " Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister des tics chez l'adolescent ?	6,5	0%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 7</u>	Autoquestionnaire, pas toujours facile à utiliser pour les patients. Attention au "diagnostic", toujours garder en tête de bien explorer les différentiels et co-morbidités.				
23. Pensez-vous que le questionnaire " Parent Tic Questionnaire " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister des tics chez l'adolescent ?	6,5	13%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Trop compliqué à remplir par les parents.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	S'il y a une plainte oui, mais pas de manière systématique.				
24. Pensez-vous que " Short Obsessive Compulsive disorder Screener " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un TOC chez l'adolescent ?	7,5	0%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 7</u>	Je passe mon tour, pas assez compétent.				
25. Pensez-vous que " Pediatric Symptom Checklist " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble psycho-social chez l'adolescent ?	7	0%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 7</u>	Questions intéressantes permettant d'orienter la suite des explorations				
26. Pensez-vous que " Pediatric Symptom Checklist-17 " soit un outil pertinent et utilisable pour dépister une trouble psycho-social chez l'adolescent ?	5	13%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Je ne comprends pas la 13 (problème de traduction ou culturel ?).				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Définir trouble psycho-social. Questions intéressantes, mais réflexion un peu similaire à la question précédente.				

Annexe 23 : Résultats du 2^{ème} tour – Dépistage des troubles orthopédiques

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une hypercyphose thoracique ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Mauvaise posture	5	29%	43%	NON	AR
Port de sac lourds	5	43%	43%	NON	AR
Absence d'activité physique adapté	7	43%	57%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Si les sacs lourds donnaient des hypercyphoses, tous les adolescents seraient cyphotiques. Les enfants ne pratiquant pas de sports n'ont pas plus de cyphose que les enfants sportifs. Une mauvaise posture ne donne pas d'hypercyphose, pas plus que l'attitude scoliotique n'évolue pas vers une scoliose. C'est un diagnostic différentiel. Est-il vouté irréductible (il est cyphotique) ou vouté réductible (attitude cyphotique).				
2. Pensez-vous que l'utilisation d'un fil de plomb soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une maladie de Scheuermann chez l'adolescent ?	5	29%	14%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Pas pour la médecine générale, examen de spécialiste.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	L'outil est intéressant, mais je continue à penser que les médecins ne prendront pas le temps de s'en servir.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je n'utilise pas de fil à plomb dans ma pratique.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas d'équipement des médecins généralistes.				
3. Pensez-vous que le facteur de risque suivant soit pertinent à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une scoliose ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
IMC bas	3	57%	14%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 4</u>	Le dépistage doit être fait chez tout le monde et l'IMC ne doit pas influencer la démarche diagnostique.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Ce n'est pas un critère suffisant.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	il est calculé automatiquement par nos logiciels.				
4. Pensez-vous que l'usage du scoliomètre soit un outil pertinent pour dépister une gibbosité chez l'adolescent en consultation ?	7	0%	71%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	C'est cher. Une règle et un rapporteur font aussi bien le travail.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Cela me paraît bien mais il faudrait former les médecins généralistes.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	C'est un outil simple, facile et rapide d'utilisation, pas cher et qui ne prend pas de place au cabinet.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Les médecins généralistes ne sont pas équipés.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Je n'en ai jamais vu.				

5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister des rachialgies communes ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe féminin	3	57%	29%	NON	AR
Antécédents familiaux	7	29%	71%	NON	AR
Puberté / Avancée en âge dans l'adolescence	7	29%	71%	NON	AR
Fatigue / Troubles du sommeil / Dépression	7	14%	86%	OUI	P
Tabagisme chez les parents	3	57%	0%	OUI	NP
Mauvaise posture / Asymétrie du tronc	8	0%	86%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 4</u>	"Sexe féminin", "Antécédents familiaux", "Puberté précoce", "Tabagisme" ne sont pas assez spécifiques par rapport aux autres items.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je ne vois pas le lien avec le tabagisme parental.				
6. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une maladie d'Osgood-Schlatter ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Gaucher ; quadriceps trop court, peu élastique ; pas d'étirement régulier	4	43%	14%	OUI	AR
Mauvaise hygiène de vie	3	57%	14%	OUI	NP
Non respect de la règle des 10% ; pas d'étirement passif à distance de l'entraînement	3	57%	29%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Je ne connais pas de rapport avec l'hygiène de vie. Pour les autres items c'est de la spécialité je trouve.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Règles des étirements: difficile à évaluer en consultation, mauvaise hygiène de vie: pas assez pertinent				
<u>Commentaire Expert 5</u>	La mauvaise hygiène de vie ne va pas spécialement m'interpeler.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Gaucher = facteur de risque d'Osgood Schlatter ? Quadriceps court difficile à estimer si non formé.				
7. Pensez-vous que le facteurs de risque suivant soit pertinent à rechercher en consultation pour dépister un Syndrome fémoro-patellaire ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Filles 12-17ans, sportifs	3	57%	43%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	L'âge oui indiscutablement. L'immense majorité des syndromes fémoro patellaire qu'on a en consultation ne sont pas du tout sportif.				
8. Pensez-vous que le "Tilt patellaire" soit un outil pertinent pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent en consultation ?	4	43%	29%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Je ne connaissais pas ce test.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Test opérateur-dépendant.				

Annexe 24 : Résultats du 2^{ème} tour – Dépistage de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une obésité chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Tabagisme pendant la grossesse	3	75%	0%	OUI	NP
Diabète gestationnel	7,5	13%	63%	OUI	P
Minorité ethnique, migrant	5,5	38%	50%	NON	AR
Environnement social	8	0%	100%	OUI	P
Environnement scolaire	7	0%	100%	OUI	P
Aménagement du quartier	7	0%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Ce qui s'est passé pendant la grossesse est intéressant mais on ne peut pas se permettre en consultation de chercher tout sur tout, et l'adolescent ne saura pas forcément répondre.				
2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des carences alimentaires chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Adolescence	6	13%	50%	OUI	AR
Phototype foncé, peu d'UV (vitamine D)	5	50%	50%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	Quelque soit le phototype, la carence en vit D concerne quasi tout le monde de nos jours (même si les phototypes foncés encore plus).				
<u>Commentaire Expert 4</u>	La question n'est pas claire. "Adolescence" en proposition de réponse ?				
3. Pensez-vous que l'" Echelle de Rosenberg Self-Esteem " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une mauvaise estime de soi chez l'adolescent ?	7	13%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Je ne me vois pas utiliser une échelle en consultation pour ce type de dépistage.				
4. Pensez-vous que " Evaluation semi-structurée des comportements alimentaires " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un comportement de contrôle du poids chez l'ado	4	38%	13%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Trop compliqué pour être utilisé en consultation.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Je pense que ça donne des pistes, mais trop long pour être fait en une seule consultation.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Trop long à faire en consultation.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	En consultation de MG, effectivement cela est trop long.				
5. Pensez-vous que le " Brief Behavioral and Attitudinal Measures " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du comportement alimentaire chez l'adolescent ?	7	13%	53%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Celui-là me paraît simple et efficace.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop court, trop restrictif. Je pense qu'on peut passer à côté d'un diagnostic de TCA.				
6. Pensez-vous que " Dutch Eating Behavior Questionnaire " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un TCA chez l'adolescent présentant une obésité ?	3,5	50%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 3</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Trop long à faire en consultation				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Pertinent mais peut-être trop long en consultation de MG.				
7. Pensez-vous que le " Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister la bulimie chez l'adolescent ?	4,5	38%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Un peu long mais contenu très adapté				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Questionnaire beaucoup trop long.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Trop long.				

Annexe 25 : Résultats du 2^{ème} tour – Dépistage de la puberté, des IST, des conduites sexuelles à risque

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
1. Pensez-vous que l'utilisation de la fiche mémo de la HAS soit un outil d'aide pertinent en consultation au choix d'une contraception adaptée chez l'adolescente ?	5	38%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	La fiche HAS est bien conduite pour aider le praticien en amont (fiche mnémotechnique) car il explique les différentes contraceptions type par type et le déroulement de la première consultation de contraception. Par contre, on ne peut pas l'utiliser comme outil de démonstration avec l'adolescente directement en consultation (trop technique et pas assez visuel). Les fiches des laboratoires sont souvent plus pratiques.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pas en consultation.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Je rejoins l'avis des autres experts : outils intéressants à lire mais un peu fastidieux en consultation.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Ce sont surtout des lieux communs, rien de bien instructif pour un médecin.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Non utilisable en consultation.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	C'est un outil intéressant et nécessaire à lire, mais, en effet, en dehors des consultations. Pas assez synthétique pendant la consultation.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Il a l'avantage d'être assez exhaustif, mais est peu synthétique. Outil d'aide à la prescription pour les soignants, mais non orienté pour les patientes (je ne l'utiliserais pas comme support de discussion autour de la contraception).				
2. Pensez-vous que l'utilisation de la fiche repère INPES soit un outil d'aide pertinent en consultation au choix d'une contraception adaptée chez l'adolescente ?	6	13%	38%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	IDEM que pour la fiche HAS sauf que pour le coup le paragraphe sur aménorrhée lactationnelle et les méthodes naturelles chez l'adolescente c'est pas franchement à conseiller...				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pas en consultation.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Plus simple et clair serait probablement une aide plus accessible au choix.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas en consultation.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Oui car plus synthétique, il peut servir de base ou de mémo si on en ressent le besoin pendant la consultation.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Plus synthétique et visuel, plus attractif pour une utilisation avec les patientes. Rappel des numéros de téléphones et sites ressources plus lisible. J'aime bien la référence au modèle BERCER. En revanche, je suis assez surprise de voir que l'aménorrhée lactationnelle apparaît dans la liste des options de contraception si ce flyer est à destination des ados...				

Annexe 26 : Résultats du 2^{ème} tour – Dépistage des mésusages et addictions

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une consommation d'alcool chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Minorité sexuelle	2,5	88%	0%	OUI	NP
Puberté ou parentalité précoce	3	75%	25%	OUI	NP
Consommation d'écrans	3,5	50%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	Les facteurs "Minorité sexuelle" et "Puberté précoce" sont trop génériques et "Consommation d'écrans" n'est valable en facteur de risque que si considérée comme trouble de l'usage.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Selon mon expérience, je pense que ces items sont non pertinents.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Absence de rapport ou de lien direct.				
2. Pensez-vous que "The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?	2	88%	0%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Assez long et plutôt pour dépistage d'un alcoolisme que mésusage.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Bien que les réponses de type binaire oui/non soient pratiques, le nombre d'items le rend trop long pour l'effectuer en consultation.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Trop long, pas pour du dépistage, mais certains items intéressants.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Dire si c'est pertinent ou non, c'est non pour moi.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Pas adapté pour l'adolescent.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	TROP long.....comparé à l'Audit -C.				
3. Pensez-vous que le questionnaire " Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'adolescent ?	2,5	63%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 3</u>	Je préfère pour un "dépistage" les questionnaires avec réponses oui/non plus rapides à faire en consultation.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Version simplifiée à privilégier.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop long, pas un outil de dépistage mais d'évaluation. Eventuellement utile en deuxième intention.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Trop long et peut impressionner les adolescents.				
4. Pensez-vous que le questionnaire " CAGE " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage de l'alcool chez l'ado ?	7,5	0%	88%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 4</u>	Rapide, simple à comprendre, bien pour un "dépistage".				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Comment on traduit "C.A.G.E" en français? ...				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Convient mieux en consultation que l'AUDIT version longue.				

5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une consommation de tabac chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Troubles du sommeil	7	25%	75%	OUI	P
Minorité sexuelle	2,5	75%	25%	OUI	NP
Consommation d'écrans	3	63%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	"Troubles du sommeil" et "Consommation d'écrans" sont à mon avis des facteurs influençant la quantité consommée en cas de consommation avérée mais pas des facteurs de risque.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Est-ce qu'appartenir à une minorité sexuelle fait que le groupe en question s'identifie par un usage accru du tabac, histoire de "faire groupe" justement ? Pas convaincue...				
6. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une consommation de drogues chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Consommation d'écrans	3	63%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	La polyaddiction étant souvent la règle, il faut systématiquement rechercher les comorbidités addictives.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Seulement si la consommation d'écrans est un trouble de l'usage.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Il faut évaluer la consommation d'écran qui peut relever d'un trouble de l'usage mais elle n'est pas un facteur de risque spécifique ou prédictif d'une autre consommation problématique ou à risque.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	L'usage pathologique des écrans me paraît plutôt à risque de rester enfermé chez soi, genre Hikikomori... et donc peu à risque de croiser des revendeurs de drogues, à moins qu'on puisse commander des drogues par internet ?				
<u>Commentaire Expert 8</u>	En ce qui me concerne, pas connaissance de lien.				
7. Pensez-vous que " Leeds Dependance Questionnaire " soit un outil utilisable en consultation pour dépister une addiction à l'alcool ou autres drogues chez l'adolescent ?	5	25%	38%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	Il me semble que le questionnaire recherche le niveau de dépendance, le trouble de l'usage est donc déjà caractérisé, mais permet de parler des autres produits.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Intéressant car questionne les consommations en général (Alcool et autres substances), auto-questionnaire bien introduit, interroge sur les 4 dernières semaines et pas l'année entière, c'est plus pertinent en pratique et surtout chez l'adolescent, semble accessible, en version française bien sûr				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Plutôt un outil d'évaluation de la dépendance, en deuxième intention. Pas en dépistage.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Ça reste difficile à caser en consultation de médecine générale.				

8. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un mésusage des écrans/ Internet chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	4,5	38%	25%	OUI	AR
Bas niveau socio-économique	7	13%	88%	OUI	P
Tabac, alcool, drogues	7,5	25%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Maintenant que l'accès aux écrans devient plus étendu, l'avancée en âge n'est plus un facteur de risque (exposition accrue ou accès facilité aux écrans) mais un facteur de gravité si trouble de l'usage avéré.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Il me semble que les "GEEK", sont plus branchés "écrans" qu'autre chose; à part peut-être le tabac, en vieillissant ?				
9. Pensez-vous que " Problematic Online Game Questionnaire -Short Form " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéos chez l'adolescent ?	5,5	38%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	Complexe et long en consultation.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Trop long pour du dépistage.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Un peu trop long. Outil d'évaluation, en deuxième intention.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Long, mais possibilité d'aider le médecin généraliste.				
10. Pensez-vous que " Internet Addiction Disorder de Young (IAD) " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage d'internet chez l'adolescent ?	2,5	63%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 3</u>	Trop long en consultation.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Trop d'item. Evaluation de la fréquence du trouble qui n'est déjà plus du dépistage (il faut des réponses oui/non pour du dépistage, questions ouvertes dans un 2eme temps)				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop long en dépistage, mais outil intéressant à remettre à l'adolescent, pour en discuter lors de la prochaine consultation.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Test trop long et pas adapté à l'adolescent.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	NON				
11. Pensez-vous que " South Oaks Gambling Scale - Revised Adolescent (SOGS-RA) " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux d'argent chez l'adolescent ?	7	38%	63%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Un peu long mais les réponses binaires en font un outil simple.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Trop long, Score incompréhensible.				

Suite question 11	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 5</u>	Toujours trop long. Seul intérêt des réponses simples, oui/non. De plus, ma maîtrise (relative) de l'anglais m'empêche de bien saisir toutes les nuances du questionnaire..				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Je suis toujours gêné, long en pratique clinique, peut-être en centre d'action spécialisée.				
12. Pensez-vous que le questionnaire " DSM IV Jeu " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux d'argent chez l'adolescent ?	3	63%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 1</u>	Plus un outil de diagnostic que de repérage.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Difficilement lisible.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Trop complexe.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Test d'évaluation intéressant et complet mais pas pour du dépistage.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop long et pas facile à utiliser en consultation de dépistage en MG.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Pas pratique.				

Annexe 27 : Résultats du 2^{ème} tour – Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les accidents de la voie publique chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural	3,5	50%	38%	NON	AR
2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister de mauvaises relations familiales chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	2,5	63%	38%	NON	AR
Mauvaises relations entre père-enfant	2,5	63%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	Eventuelles mauvaises relations avec les parents.				
3. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister de mauvaises relations avec les pairs chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	2	63%	25%	OUI	NP
4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un échec scolaire chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	3,5	50%	13%	OUI	NP
5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des conduites à risque et des conduites violentes chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Bas niveau socio-économique, migrant	7,5	25%	63%	OUI	P
Minorité sexuelle	3,5	50%	25%	OUI	NP
6. Pensez-vous que le questionnaire " West Virginia University Adolescent Risk Score " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister les conduites à risque chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	5,5	38%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	Comme dépistage pourquoi pas. Mais assez aspécifique. Attention à ne pas induire				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Peut être en français...				
7. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des troubles du comportement et des conduites chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Bas niveau socio-économique	4,5	50%	50%	NON	AR

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
8. Pensez-vous que le " Questionnaire Points forts - Points faibles " soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les troubles du comportement ou des conduites chez l'adolescent en consultation ?	6,5	25%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 2</u>	Lourdeur de réalisation.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Un peu léger pour les adolescents. Public cible plus jeune (< 12ans).				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Plus adapté aux enfants plus jeunes.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Questionnaire intéressant et facile mais je ne comprends pas le système des résultats, trop compliqué.				
9. Pensez-vous que le questionnaire " big five=modèle à 5 facteurs " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une personnalité anti-sociale chez l'adolescent ?	3	75%	0%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 1</u>	Les items sont plus subjectifs et complexes.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Trop complexe.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Plutôt pour des personnes n'ayant pas de troubles à mon sens. Cela peut donner des informations, mais pas en ville.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Je n'ai pas compris ce test.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Trop long et compliqué à côté en pratique et pour du dépistage.				
10. Pensez-vous que ces facteurs de risque soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un trouble psychotique chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Troubles du sommeil	7	0%	63%	OUI	P
Complications obstétricales, grossesse non désirée	6,5	25%	50%	OUI	AR
Maladie chronique, faible quotient intellectuel, syndrome de délétion 22q11.2 ; minorité sexuelle	6,5	25%	50%	OUI	AR
Mauvaises relations avec les pairs	7,5	0%	75%	OUI	P
Bas niveau socio-économique, vie milieu urbain, immigration	5	38%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pourquoi "Minorité sexuelle" ?				
<u>Commentaire Expert 5</u>	"Minorité sexuelle" et "Maladie chronique ou génétique" dans le même facteur de risque me pose problème pour répondre à la question.				
11. Pensez-vous que " Brief Psychiatric Rating Scale " soit un outil pertinent en consultation pour dépister un trouble psychotique chez l'ado ?	7	25%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	En dépistage, pas en diagnostic, beaucoup de faux positifs.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	C'est en anglais, donc peu pertinent.				

Annexe 28 : Résultats du 2^{ème} tour – Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
1. Pensez-vous que l'"International Classification of Sleep Disorders - II" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les insomnies chez l'adolescent en consultation ?	3	50%	13%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 1</u>	Trop complexe et en anglais. Polysomnographie aux adolescents ?				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Pas d'accès à la polysomnographie.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Moyennement facile à effectuer et peu efficace pour un dépistage car fait appel à un examen complémentaire (polysomnographie). Me semble néanmoins intéressant pour un suivi sur plusieurs consultations.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Outil non connu.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Trop complexe pour du dépistage.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Trop compliqué, polysomnographie nécessaire.				
2. Pensez-vous que l'"Echelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16ans" soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les troubles du sommeil chez l'adolescent en consultation ?	6,5	25%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Intéressant mais plus pour enfants. Pas vraiment pour les ados.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Outil long à côté.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	S'inclut très bien dans une consultation avec présence des parents.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Assez lourd. Peut-être une version simplifiée pour dépister. Discuter de la passation complète dans un second temps.				
3. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une dépression et un risque suicidaire chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe féminin	5	50%	50%	NON	AR
Consommation d'écrans	5,5	38%	38%	NON	AR
Tabagisme	5	38%	38%	NON	AR
Bas niveau socio-économique	4,5	50%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 5</u>	Ces critères ne me semblent pas les plus pertinents. J'aurais ajouté : orientation sexuelle ou amoureuse/ difficultés ou décrochage scolaires / anxiété de performance scolaire / difficultés familiales (conflits parentaux/fratrie...)				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Sexe masculin a statistiquement plus de suicide abouti.				
4. Pensez-vous que "Beck Hopelessness Scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent ?	6,5	25%	50%	OUI	AR

Commentaires questions 4.	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 1</u>	En anglais... pas adapté.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Existence d'une version française?				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Long à faire				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Echelle pratique à utiliser lors d'une consultation, qui ouvre la possibilité d'une discussion autour des différents items. A rapprocher de l'efficacité du questionnaire "questions de l'ELFE" extrêmement concis mais très utile pour une première consultation pour souffrances psychologiques.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pas utilisé en pratique.				
5. Pensez-vous que le "BITS test" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	7,5	13%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	Avantage d'être court. Par contre, je ne vois pas bien le problème du tabac ? Cannabis, OH ou autres drogues. Utile pour débrouillage rapide.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	C'est court.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	A mon sens non pour le risque. Après si mal être il y a, indication à poser la question des idées suicidaires.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Les performances du BITS test sont très argumentées en MG.				
6. Pensez-vous que l'échelle "Scale for Suicide Ideation -Beck" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent dès 17ans ?	6,5	25%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	La même en français serait notée 8.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Non adapté culturellement.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Lui ou le Hamilton.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Plutôt la RUD (Risque Urgence Danger).				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Traduction française validée ?				
7. Pensez-vous que l'échelle "Harkavy-Asnis Suicide Scale (HASS)" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent (10-18ans) ?	5	38%	25%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Trop long et en anglais.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Me paraît adaptée mais un peu longue à réaliser en pratique.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Echelle non connue.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Je mets 2 s'il faut trancher.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Traduction française validée ?				

8. Pensez-vous que l'échelle "Suicide Behavior Questionnaire Revised" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	7	38%	63%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	En anglais et trop compliqué.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Oui car plus court en consultation.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Me semble un peu cash, et je pense doit être introduite par un temps d'écoute de de questionnements important. Je dirais ok pour un dépistage spécifique du risque suicidaire, dans le cadre d'un suivi psychologique de soutien avec une alliance thérapeutique déjà solide.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Complexe à utiliser je pense.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Traduction française validée ?				
9. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une anxiété chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Maladie chronique, handicap, faible QI ; minorité sexuelle	8	25%	75%	OUI	P
Bas niveau socio-économique	5	50%	50%	NON	AR
10. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	7	25%	63%	OUI	P
Faible QI, maladie chronique ; minorité sexuelle	5	25%	25%	OUI	AR
Mauvaises relations familiales, trouble psychiatrique ou addictif familial	7,5	0%	88%	OUI	P
Antécédent de violence, TC dans l'enfance	7,5	0%	75%	OUI	P
Bas niveau socio-économique	5,5	38%	38%	NON	AR
<u>Commentaire Expert 4</u>	Surtout que pour certaines ceux sont des notions a intégrer de manière globale.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Sexe semble insuffisant. Tableau plus atypique chez la fille en moyenne, donc le sexe n'oriente pas tellement sur le diagnostic. Minorité sexuelle?				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Le QI est prédictif des performances scolaires et de la réponse au traitement, mais facteur de risque ?				
11. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les troubles	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe masculin	7	25%	63%	OUI	P
Antécédent personnel ou familial de trouble mental	8	0%	88%	OUI	P
Prématurité, petit poids de naissance	8	13%	88%	OUI	P

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
12. Pensez-vous que "Autism-Tics ADHD and other Comorbidities inventory" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du spectre autistique chez l'ado ?	5	25%	38%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	En anglais...				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Non spécifique				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Non connu.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Difficile de répondre. Peut-être un peu long pour le dépistage première ligne. Peut être un peu mieux si on a déjà quelques arguments avec une consultation dédiée.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Il vaut mieux utiliser une échelle dédiée au TSA (M-CHAT).				
13. Pensez-vous que "Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister des tics chez l'adolescent ?	8	0%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 4</u>	Oui surtout si on peut le donner comme autotest.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pas en première ligne.				
14. Pensez-vous que le questionnaire "Parent Tic Questionnaire" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister des tics chez l'adolescent ?	7,5	0%	75%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	En français ce serait mieux noté.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	oui surtout si on peut le donner comme autotest				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pas en première ligne.				
15. Pensez-vous que le questionnaire "Pediatric Symptom Checklist-17" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une trouble psycho-social chez l'adolescent ?	6,5	25%	50%	OUI	AR
<u>Commentaire Expert 1</u>	Je ne comprends pas				
<u>Commentaire Expert 7</u>	La définition de trouble psychosocial ne me paraît pas être consensuelle. Elle n'existe pas dans le DSM5 (trouble de symptôme somatique et troubles connexes. ?) ?				

Annexe 29 : Résultats du 3^{ème} tour - Dépistage des troubles orthopédiques

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une hypercyphose thoracique ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Mauvaise posture	5	38%	38%	NON	NP
Port de sacs lourds	5	38%	38%	NON	NP
Absence d'activité physique adaptée	5,5	38%	50%	NON	NP
<u>Commentaire Expert 1</u>	La posture et la déformation structurée c'est deux entités différentes non liées. Une mauvaise posture n'entraîne ni cyphose, ni scoliose.				
2. Pensez-vous que l'utilisation d'un fil de plomb soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une maladie de Scheuermann chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	4	38%	13%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pas besoin d'un fil à plomb pour dépister cliniquement une cyphose en excès ou un défaut de lordose.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je n'utilise pas de fil à plomb... mais c'est peut-être une erreur !				
<u>Commentaire Expert 6</u>	La plupart des MG non équipés				
3. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister des rachialgies communes ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe féminin	3,5	50%	25%	OUI	NP
Antédédents familiaux	6,5	25%	50%	OUI	NP
Puberté / Avancée en âge dans l'adolescence	5,5	25%	50%	OUI	NP
4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation chez l'adolescent pour dépister une maladie d'Osgood-Schlatter ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Gaucher	2	88%	0%	OUI	NP
Quadriceps trop court, peu élastique	3	63%	25%	OUI	NP
Non respect de la règle des 10% ; pas d'étirement	3,5	50%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 3</u>	Je n'ai toujours pas compris d'où sortait "gaucher".				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je ne connais pas le rapport avec le fait d'être gaucher.				
5. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher chez l'adolescent pour dépister un Syndrome fémoro-patellaire ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Filles 12-17ans	7	25%	63%	OUI	P
Sportifs	7	13%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 3</u>	Les douleurs d'un syndrome fémoro-patellaire se déclenchent lors de la pratique sportive, mais en pratique les patients ont souvent arrêté le sport à cause des douleurs lorsqu'on les voit en consultation.				
6. Pensez-vous que le test du Tilt patellaire soit un outil pertinent pour dépister un syndrome fémoro-patellaire chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	6,5	25%	50%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 3</u>	Une rétraction de l'aileron rotulien externe peut être associée au syndrome fémoro-patellaire mais n'est pas toujours présente.				

Annexe 30 : Résultats 3^{ème} tour – Dépistage de l'obésité et des TCA

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une obésité chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Minorité ethnique, migrant	5,5	0%	50%	OUI	NP
2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des carences alimentaires chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Adolescence	5	13%	38%	OUI	NP
Phototype foncé, peu d'UV (vitamine D)	4,5	38%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 4</u>	Rechercher l'adolescence chez un adolescent ?				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Si l'alimentation est correcte je ne pense pas que le phototype importe beaucoup				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Je suis d'accord avec expert 3, risque de carence en vitamine D à l'adolescence de toute façon, avec indication de supplémentation.				
3. Pensez-vous que " Evaluation semi-structurée des comportements alimentaires " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un comportement alimentaire de contrôle du poids chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	5,5	25%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Trop compliqué/trop long pour être utilisé en consultation.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Questionnaire beaucoup trop long.				
4. Pensez-vous que le " Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister la boulimie chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	4,5	25%	13%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Trop long.				
<u>Commentaire Expert 6</u>	Questionnaire trop long.				

Annexe 31 : Résultats 3^{ème} tour - Dépistage de la puberté, IST, des conduites sexuelles à risque

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
1. Pensez-vous que l'utilisation de la fiche mémo de la HAS soit un outil d'aide pertinent en consultation au choix d'une contraception adaptée chez l'adolescente ?	4	38%	38%	NON	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Pertinent pour avoir tout le panel de choix contraceptif. Il manque toutefois d'aspect pratico-pratique type schéma ou autre. Mais si on a une plaquette avec des dessins type plaquette de laboratoire c'est parfait comme association !				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Non utilisable en consultation.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Trop longue, fastidieuse en consultation. Destinée aux soignants, peu lisible pour les patientes.				
2. Pensez-vous que l'utilisation de la fiche repère INPES soit un outil d'aide pertinent en consultation au choix d'une contraception adaptée chez l'adolescente?	6,5	25%	50%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	J'ai mis 6 parce que je pense que cette fiche est moins pertinente que celle de l'HAS notamment avec l'aménorrhée de lactation.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Mitigée à cause des "méthodes naturelles" et de "l'aménorrhée lactationnelle" que je n'évoquerais pas en consultation avec les patientes adolescentes.				

Annexe 32 : Résultats du 3^{ème} tour – Dépistage des mésusages et addictions

1. Pensez-vous que le facteur de risque suivant soit pertinent à rechercher en consultation pour dépister une consommation d'alcool chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Consommation excessive d'écrans	3	63%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 3</u>	Toujours la même remarque, une addiction préexistante est un facteur de risque pour une autre addiction, même si la consommation est qualifiée d'"excessive" il n'y a pas de notion de perte de contrôle, donc je ne recherche pas ce facteur de risque dans le cadre d'un dépistage sur la consommation d'alcool.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Cela ne me paraît pas être un FDR de consommation d'alcool.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Absence de corrélation entre les deux, à mon sens.				
2. Pensez-vous que le facteur de risque suivant soit pertinent à rechercher en consultation pour dépister une consommation de tabac chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Consommation excessive d'écrans	2,5	75%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 3</u>	Mon avis n'a pas changé, la consommation excessive d'écran serait plus un facteur de gravité d'un tabagisme avéré plutôt qu'un facteur de risque.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Idem, pas un facteur de risque à proprement parler				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Plus un facteur possiblement associé que facteur de risque.				
3. Pensez-vous que le facteur de risque suivant soit pertinent à rechercher en consultation pour dépister une consommation de drogues chez	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Consommation excessive d'écrans	2,5	75%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 1</u>	Recherche de toutes les comorbidités addictives +++				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Recherche systématique de poly-addictions.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Si la consommation excessive d'écran relève d'un trouble de l'usage.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	La consommation d'écran peut s'évaluer comme les autres consommations, mais elle ne me paraît pas être un facteur de risque d'autres consommations.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Je ne crois pas que mes patients consommateurs de drogues soient de gros consommateurs d'écrans.				
4. Pensez-vous que " Leeds Dependence Questionnaire " soit un outil utilisable pour dépister addiction à l'alcool/autres drogues chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	4,5	38%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	J'imagine plutôt une utilisation en amont d'une consultation, pour amorcer un suivi ou en fin de consultation pour ouvrir la porte à l'ado. Moins au décours d'une consultation car trop longue liste de questions fermées.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Auto-questionnaire intéressant (permet de parler de l'ensemble des produits), des réponses oui/non permettraient probablement une meilleure utilisation en consultation (moins long) avec peut-être une caractérisation plus faible du niveau d'addiction.				

Suite Question 4	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
<u>Commentaire Expert 4</u>	Efficace en 10 questions, peut s'utiliser en consultation je pense, sous une forme adaptée (questions guidées pour éviter l'auto-questionnaire qui nécessite un temps à part pour le soumettre).				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Pas en dépistage, trop long.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	En pratique de dépistage en médecine générale, je ne pense pas car chronophage. Par contre, dans le cas d'une consultation dédiée ?				
5. Pensez-vous que le facteur de risque suivant soit pertinent à rechercher en consultation pour dépister un mésusage des écrans chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	2	75%	0%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Ecrans et internet sont malheureusement accessibles sans contrôle parental, et souvent sans limite, même chez les enfants et pré-ados (téléphone ++).				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Même remarque que pour le second tour: pas pertinent.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Mésusage des écrans à rechercher au plus tôt au contraire.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Les accros aux écrans, souvent, commencent tôt, il me semble.				
6. Pensez-vous que " Problematic Online Game Questionnaire -Short Form " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux vidéos chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	3	63%	13%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Trop long et précis pour un simple repérage.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Pas assez synthétique.				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Trop long				
<u>Commentaire Expert 4</u>	trop compliqué				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop long, deuxième intention, pour évaluer.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Je reviens toujours à la faisabilité en pratique de médecine générale.				
7. Pensez-vous que " South Oaks Gambling Scale - Revised Adolescent " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un mésusage des jeux d'argent chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
	3	63%	0%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Comme pour l'addiction aux drogues, utiliser selon moi plutôt en amorce d'une prise en soins (soit en amont d'une consultation dédiée, soit en fin d'une consultation pour inciter l'ado à revenir).				
<u>Commentaire Expert 3</u>	Une trame de question intéressante avec des réponses oui/non, mais trop long et effectivement comme dit au second tour. Score incompréhensible.				
<u>Commentaire Expert 4</u>	Trop détaillé pour du dépistage, pour un 2 ^{ème} temps d'évaluation.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop long, pas en dépistage. En évaluation dans un 2 ^{ème} temps.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Potentiellement sans le cadre d'une consultation dédiée.				

Annexe 33 : Résultats 3^{ème} tour – Dépistage des conduites à risque et troubles du comportement

1. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister les accidents de la voie publique chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Bas niveau socio-économique, vie en milieu rural	3,5	50%	13%	OUI	NP
2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister de mauvaises relations familiales chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Avancée en âge dans l'adolescence	2	63%	13%	OUI	NP
Mauvaises relations entre père-enfant	4,5	50%	50%	NON	NP
<u>Commentaire Expert 5</u>	Difficile de répondre à l'utilité de dépister le facteur de risque de mauvaise relation Père-jeune pour mauvaises relations familiales, c'est comme dépister la consommation de Tabac pour le tabagisme.				
3. Pensez-vous que " West Virginia University Adolescent Risk Score " soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister les conduites à risque chez l'adolescent ?	4	50%	38%	NON	NP
<u>Commentaire Expert 1</u>	Besoin d'une traduction française validée.				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Une simplification et une numérisation serait utile.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Trop long, à la limite en version française.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Trop compliqué				
4. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister des troubles du comportement et des conduites chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Bas niveau socio-économique	6	38%	38%	NON	NP
5. Pensez-vous que le " Questionnaire Points forts - Points faibles " soit un outil pertinent et utilisable pour dépister les troubles du comportement ou des conduites chez l'adolescent en consultation ?	6	25%	50%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Pertinent mais lourd.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Pour les enfants plus jeunes.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Passation par le médecin généraliste ou par parents / professeurs ?				
<u>Commentaire Expert 8</u>	Questionnaire intéressant mais je ne comprends pas la cotation.				
6. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher pour dépister un trouble psychotique chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Complications obstétricales (dont grippe), grossesse non désirée (toxiques), stress	7,5	25%	63%	OUI	P
Maladie chronique, faible quotient intellectuel, syndrome de délétion 22q11.2	7	13%	63%	OUI	P
Bas niveau socio-économique, vie en milieu urbain, immigration	6	38%	25%	OUI	NP
Minorité sexuelle	2	63%	13%	OUI	NP

Annexe 34 : Résultats du 3^{ème} tour – Dépistage des troubles du sommeil et troubles psychiatriques

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
1. Pensez-vous que l'"Echelle de dépistage des troubles du sommeil de l'enfant de 4 à 16ans" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister les troubles du sommeil chez l'adolescent ?	7	13%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	Chronophage, pas très clair dans les résultats et surtout adaptés aux petits enfants				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Questions simples, opportunes mais long à réaliser et à coter.				
<u>Commentaire Expert 5</u>	Un tout petit peu long, mais très adapté à une consultation.				
<u>Commentaire Expert 8</u>	La question est ambiguë "1 facteur de risque" vs échelle à 25 items.				
2. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister une dépression et un risque suicidaire chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Sexe féminin	5,5	25%	38%	OUI	NP
Consommation excessive d'écrans	6,5	38%	50%	NON	NP
Tabagisme	6,5	25%	50%	OUI	NP
Bas niveau socio-économique	6	25%	50%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 7</u>	Pour le sexe, cela dépend de comment on prend en compte.				
3. Pensez-vous que l'échelle "Beck Hopelessness Scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une dépression chez l'adolescent dès 17ans ?	7	0%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 2</u>	Un peu long mais pertinent.				
4. Pensez-vous que l'échelle "Scale for Suicide Ideation -Beck" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent dès 17ans ?	6,4	25%	50%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Le "ton" me dérange.				
5. Pensez-vous que l'échelle "Harkavy-Asnis Suicide Scale" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister une risque suicidaire chez l'adolescent (10-18ans) ?	5	38%	38%	NON	NP
<u>Commentaire Expert 1</u>	Certaines questions pas adaptées et beaucoup trop long				
<u>Commentaire Expert 5</u>	La forme questions/réponses me paraît plus facile à mettre en oeuvre que l'échelle précédente de beck, qui nécessite un temps d'analyse de la part du soignant, et donc de silence durant la consultation.				
<u>Commentaire Expert 7</u>	Il me semble long.				

	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
6. Pensez-vous que l'échelle "Suicide Behavior Questionnaire Revised" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un risque suicidaire chez l'adolescent ?	7	13%	63%	OUI	P
<u>Commentaire Expert 1</u>	Je n'ai pas compris...				
<u>Commentaire Expert 2</u>	Pertinent.				
7. Pensez-vous que le facteur de risque suivant soit pertinent à rechercher en consultation pour dépister une anxiété chez l'adolescent ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Bas niveau socio-économique	4,5	50%	38%	NON	NP
8. Pensez-vous que les facteurs de risque suivants soient pertinents à rechercher en consultation pour dépister un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'ado ?	SCORE MEDIAN	SCORE ENTRE 1-3	SCORE ENTRE 7-9	ACCORD	CONCLUSION
Faible quotient intellectuel, maladie chronique	5,5	38%	38%	NON	NP
Bas niveau socio-économique	4,5	38%	25%	OUI	NP
Minorité sexuelle	4,5	50%	38%	NON	NP
<u>Commentaire Expert 2</u>	Plutôt comme facteur aggravant ou comorbidités.				
10. Pensez-vous que "Autism-Tics ADHD and other Comorbidities inventory" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble du spectre autistique chez l'ado ?	5,5	0%	38%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 8</u>	Surpris qu'il n'y ai pas le m-CHAT (questionnaire destiné aux parents ?), la HAS fait référence au DSM5 pour le repérage et à des échelles non citées ici.				
11. Pensez-vous que le questionnaire "Pediatric Symptom Checklist-17" soit un outil pertinent et utilisable en consultation pour dépister un trouble psycho-social chez l'adolescent ?	6	0%	25%	OUI	NP
<u>Commentaire Expert 8</u>	Même remarque que précédemment : je ne sais pas ce qu'est un trouble psychosocial.				

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

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

- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Introduction : Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents. En les sensibilisant et en les formant à la santé des adolescents, on améliorerait le dépistage dans différents champs de prévention (les troubles orthopédiques, l'obésité, les troubles du comportement alimentaire, la puberté, les infections sexuellement transmissibles, les comportements à risque, les addictions, les troubles psychiatriques).

Objectif : Sélectionner par méthode Delphi les facteurs de risque et outils de repérage les plus pertinents et utilisables en consultation de médecine de premiers recours dans les différents domaines de prévention.

Méthode : Selon la méthode Delphi, nous avons évalué le degré d'accord entre les experts choisis par échelle de cotation, lors de 3 tours de questionnaires successifs.

Résultats : Un consensus final entre les experts a permis de sélectionner 198 facteurs de risque sur 237 soit 83,5% et 56 outils préventifs sur 81 soit 69%. L'analyse secondaire des commentaires a permis de recueillir les principaux freins à l'exécution du dépistage notamment le manque de formation et le manque de temps mais également de nombreuses suggestions sur les qualités indispensables d'un outil de dépistage en médecine générale.

Conclusion : Cette étude a permis de sélectionner les facteurs de risques et outils de repérage les plus pertinents dans les différents champs de prévention présentés, qu'il sera nécessaire de valider pour élaborer un outil numérique d'aide au dépistage chez l'adolescent en soins primaires.

Mots clefs : Prévention, dépistage, adolescent, facteur de risque, outil, méthode Delphi, médecine générale