



HAL
open science

Quelle pourrait être la consultation de prévention annuelle chez le patient de 16 à 25 ans en médecine générale ?

Clémence Hervé-Body

► To cite this version:

Clémence Hervé-Body. Quelle pourrait être la consultation de prévention annuelle chez le patient de 16 à 25 ans en médecine générale ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03541049

HAL Id: dumas-03541049

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03541049v1>

Submitted on 24 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.

**UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
UFR SANTÉ**

Année : 2021

N° : 2021LARE097M

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**Quelle pourrait être la consultation de prévention annuelle chez
le patient de 16 à 25 ans en médecine générale ?**

Présentée et soutenue publiquement le 25/11/2021 à 17h30
à La Réunion

par Clémence HERVÉ-BODY
née le 03/02/1991

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Madame la Docteure Capucine BENOIT DE COIGNAC

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Madame la Docteure Fernande DONZ-FONTAINE

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Lucas CHEYMOL

Table des matières

I. Introduction	7
1. Prévention en médecine	7
a. Évolution de la définition	7
b. Évolution de la législation	8
2. Le médecin généraliste	9
a. Son rôle dans la prévention	9
b. Les freins rencontrés	11
c. La consultation de prévention	12
3. Prévention en cabinet de médecine générale	12
a. Chez l'enfant et l'adolescent	12
b. Chez le jeune adulte (avant 25 ans)	14
c. Chez l'adulte (à partir de 25 ans).....	15
4. Problématique	17
II. Matériel et Méthodes	18
1. Méthode Delphi	18
2. Accords préalables	18
3. Rédaction du premier tour Delphi®	18
4. Les experts	19
a. Critères d'inclusion.....	19
b. Recrutement	19
5. Recueil des données	20
6. Traitement et analyse des données	20
a. Premier tour Delphi®	20
b. Deuxième tour Delphi®.....	21
c. Troisième tour Delphi®	22
d. Arrêt des tours Delphi	23
III. Résultats	24
1. Premier tour Delphi®	24
a. Proposition appropriée avec un accord fort	28
b. Propositions appropriées avec un accord relatif	29
c. Propositions incertaines pour absence de consensus	29

d.	Propositions incertaines pour indécision.....	30
e.	Commentaires sur l'ensemble du questionnaire	30
2.	Deuxième tour Delphi®.....	31
a.	Propositions appropriées avec un accord fort.....	35
b.	Propositions appropriées avec un accord relatif	36
c.	Propositions incertaines pour absence de consensus	36
d.	Propositions incertaines pour indécision.....	37
3.	Troisième tour Delphi®.....	38
a.	Propositions appropriées avec un accord fort.....	40
b.	Propositions appropriées avec un accord relatif	40
c.	Propositions incertaines pour absence de consensus	40
d.	Proposition incertaine pour indécision	41
4.	Consultation-type de prévention chez les 16-25 ans	41
IV.	Discussion	43
1.	Discussion de la méthode	43
a.	Choix de la méthode	43
	En fonction de l'objectif de l'étude	43
	Avantages de la méthode.....	43
	Limites de la méthode	44
b.	Choix des experts	46
c.	Constitution des questionnaires	47
d.	Méthode de recueil	47
e.	Arrêt des tours Delphi®.....	48
2.	Principaux résultats et comparaison à la littérature	48
a.	Discussion du premier tour Delphi® :.....	48
	Propositions appropriées avec un accord relatif.....	48
	Propositions incertaines pour absence de consensus.....	49
	Propositions incertaines pour indécision	49
	Commentaires sur l'ensemble du premier tour.....	51
b.	Discussion du deuxième tour Delphi®	51
	Propositions incertaines pour absence de consensus.....	51
c.	Discussion du troisième tour Delphi®	52
3.	Consultation-type de prévention chez les 16-25 ans en médecine générale	52
4.	Perspectives	55

V. Conclusion	57
VI. Bibliographie.....	58
VII. Annexes.....	64
1. Annexe 1 – Constitution du premier questionnaire.....	64
2. Annexe 2 – Questionnaire n°1 soumis en ligne aux experts	77
3. Annexe 3 – Constitution du deuxième questionnaire	84
4. Annexe 4 – Questionnaire n°2 soumis en ligne aux experts	94
5. Annexe 5 – Questionnaire n°3 soumis en ligne aux experts	98

Liste des figures

Figure 1 - Marguerite des compétences du médecin généraliste	10
Figure 2 - Calendrier des vaccinations 2021 en France	14
Figure 3 - Algorithme de dépistage du cancer du col utérin chez la femme de 30 à 65 ans.....	16
Figure 4 - Professions des experts ayant participé au 1er tour Delphi®.....	24
Figure 5 - Professions des experts ayant participé au 2e tour Delphi®.....	31
Figure 6 - Professions des experts ayant répondu au 3e tour Delphi®	38
Figure 7 - Questionnaire de pré-consultation proposé par le Pr Alvin	79
Figure 8 - Questionnaire CRAFFT (ou ADOSPA).....	81
Figure 9 - BITS-test	81
Figure 10 - Questionnaire SCOFF-F	82

Liste des tableaux

Tableau 1 - Calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent.....	13
Tableau 2 - Critères utilisés pour l'analyse des résultats.....	21
Tableau 3 - Caractéristiques de genre et d'âge des experts du 1er tour Delphi® ..	25
Tableau 4 - Résultats par item du 1er tour Delphi®.....	26
Tableau 5 - Caractéristiques de genre et d'âge des experts du 2e tour Delphi®....	32
Tableau 6 - Résultats par item du 2e tour Delphi®.....	33
Tableau 7 - Caractéristiques de genre et d'âge des experts du 3e tour Delphi®....	38
Tableau 8 - Résultats par item du 3e tour Delphi®.....	39
Tableau 9 - Consultation-type de prévention chez les 16-25 ans	42

Abréviations

ACP : Auscultation cardio-pulmonaire
ALD : Affection de longue durée
AM : Assurance maladie
ARS : Agence régionale de santé
ARS OI : Agence régionale de santé océan Indien
AVP : Accident de la voie publique
BITS-test : Brimades insomnie tabac stress (test de dépistage du risque suicidaire)
CEDIP : Centre d'évaluation de documentation et d'innovation pédagogiques (entité du CMVRH)
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CMVRH : Centre ministériel de valorisation des ressources humaines
CNGE : Collège National des généralistes enseignants
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP : Comité de protection des personnes
CRAFFT/ADOSPA : Car relax alone forget family/friends trouble / Auto détente oubli seul problèmes amis/famille (test de dépistage du risque d'addiction à une substance psycho-active)
DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
EPS : Examen de prévention en santé
HAS : Haute Autorité de santé
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HPST : Hôpital patients santé territoires
HPV : Papillomavirus humain
IMC : Indice de masse corporel
INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ORL : Oto-rhino-laryngologiste
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
SCOFF-F : Sick control one stane fat food french (version française d'un test de dépistage de d'un TCA)
TA : Tension artérielle
TCA : Trouble du comportement alimentaire
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians (i.e. Organisation Mondiale des médecins généralistes)

I. Introduction

1. Prévention en médecine

a. Évolution de la définition

En août 2006, la HAS définit la prévention ainsi : « [Elle] consiste à éviter l'apparition, la progression ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. [On distingue] la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence » (1). La prévention primaire intervient donc avant l'apparition de tout état pathologique. Son rôle est d'éviter l'apparition d'une maladie, en agissant par exemple sur des facteurs de risques connus. Les préventions secondaires et tertiaires sont mises en jeu lorsque la maladie est installée, que ce soit à un stade très précoce (prévention secondaire) en évitant l'évolution vers un stade plus avancé de la pathologie ; ou à un stade déjà avancé de celle-ci (prévention tertiaire). L'objectif de cette dernière est de limiter le risque de récurrences, minimiser l'impact des éventuelles déficiences acquises du fait de la maladie (limiter le handicap), favoriser la réinsertion sociale (2).

La prévention, aujourd'hui bien intégrée par le corps médical, a subi quelques modifications au cours des années. En 1948, l'OMS la définissait comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Dans le même temps, elle distinguait trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire basés sur la chronologie d'apparition d'une maladie (3).

En 1982, RS. Gordon propose un angle d'analyse différent, en distinguant la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée. Cette analyse est basée sur la population cible et non plus sur la chronologie d'une pathologie (4). Ainsi, la prévention universelle s'adresse à toute la population, quand la prévention sélective s'adresse à un sous-groupe (selon l'âge et/ou le sexe par exemple). La prévention ciblée concerne une personne parmi un sous-groupe et dépend de ses qualités propres (antécédents personnels, familiaux, professions, habitudes de vie, etc.) La vaccination contre le tétanos est un exemple de prévention universelle. Le

dépistage du cancer colorectal à partir de 50 ans en France par le test Hémocult® est un acte de prévention sélective. Selon les antécédents familiaux de chaque patient, un test de dépistage du cancer colo-rectal plus précoce peut être proposé. La prévention devient alors ciblée.

En 1995, le Comité de Classification de la WONCA intègre la notion de prévention quaternaire (5,6). Celle-ci, proposée initialement par le Dr M. Jamouille, est basée sur le principe latin « Primum non nocere » (i.e. « En premier ne pas nuire »), qui dicte l'art de la médecine selon Hippocrate (7). La prévention quaternaire concernait initialement la prise en charge des patients en soins palliatifs, les protégeant de l'acharnement thérapeutique. Elle désigne également la prévention de la surmédicalisation chez tout patient, que ce soit en termes de thérapeutiques ou d'examens complémentaires (5,6,8).

En 2009, le Professeur San Marco, Professeur de santé publique à l'Université de Marseille et membre du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) suggère que le patient ne doit pas être passif dans la prévention. Le soignant doit être considéré comme un accompagnant. Il conseille le patient, le renseigne sur la prévention. C'est ce dernier qui prend en charge sa propre santé. La prévention est effectuée par lui-même sous les conseils du soignant. Le Professeur San Marco promeut ainsi l'éducation pour la santé, la prévention des maladies et l'éducation thérapeutique (9).

Cette dernière définition de la prévention en santé s'accompagne de la modification de la relation médecin-patient. En effet, le modèle paternaliste où le praticien, le « sachant », décidait pour le patient laisse place à un modèle plus autonomiste (10). La décision thérapeutique devient partagée entre le malade et son soignant. Le médecin délivre une information claire, loyale et adaptée selon les données de la littérature scientifique disponibles. Ensemble, ils décident de la prise en charge la mieux adaptée, la plus personnalisée.

b. Évolution de la législation

Sur le plan politique, les lois sur le système de santé font évoluer les soins primaires et la place de la prévention. La loi du 9 août 2004 relative à la Santé Publique a permis l'organisation de la prévention en médecine générale

(dépistages, vaccinations,...) (11). L'instauration du médecin traitant pour tout patient âgé de 16 ans ou plus votée la même année et effective au 1^{er} janvier 2006 favorise la coordination des soins. Cette mesure est renforcée par la généralisation du médecin traitant à toute personne, y compris les enfants de moins de 16 ans depuis 2017 (12).

Le rapport Flajolet, établi courant 2008 par Monsieur André Flajolet député du Nord-Pas-de-Calais, dresse un état des lieux de la prévention en France. Il redéfinit ainsi des objectifs nationaux en matière de prévention collective et individuelle (3). Il préconise notamment de favoriser la formation de médecine générale au sein des universités de médecine en insistant sur le patient dans sa globalité. Il recommande la répartition des rôles entre les collectivités locales, régionales, nationales et les professionnels de santé. Il avance également l'importance du travail pluridisciplinaire (3).

La même année, le plan pour la Santé des jeunes propose de mettre en place une consultation annuelle prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie (AM) pour les patients de 16 à 25 ans (13). L'objectif était alors de favoriser la prévention auprès de cette population. Depuis le 1^{er} mars 2019, seule une consultation à 15-16 ans est instaurée au sein des vingt examens de suivi médical de l'enfant et l'adolescent. Elle est prise en charge à 100 % par l'AM (cf Tableau 1 - Calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent).

Toutes ces mesures politiques sont vouées à faciliter la prévention auprès des patients en plaçant le médecin traitant (composé à 97 % de médecins généralistes) au cœur de cet objectif de santé (14).

2. Le médecin généraliste

a. Son rôle dans la prévention

En 2009, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a établi un rapport répertoriant les différentes missions du médecin généraliste (15). La prévention en fait pleinement partie au titre de la compétence : « Éducation en santé, Dépistage, Prévention individuelle et communautaire » (Figure 1) (15).

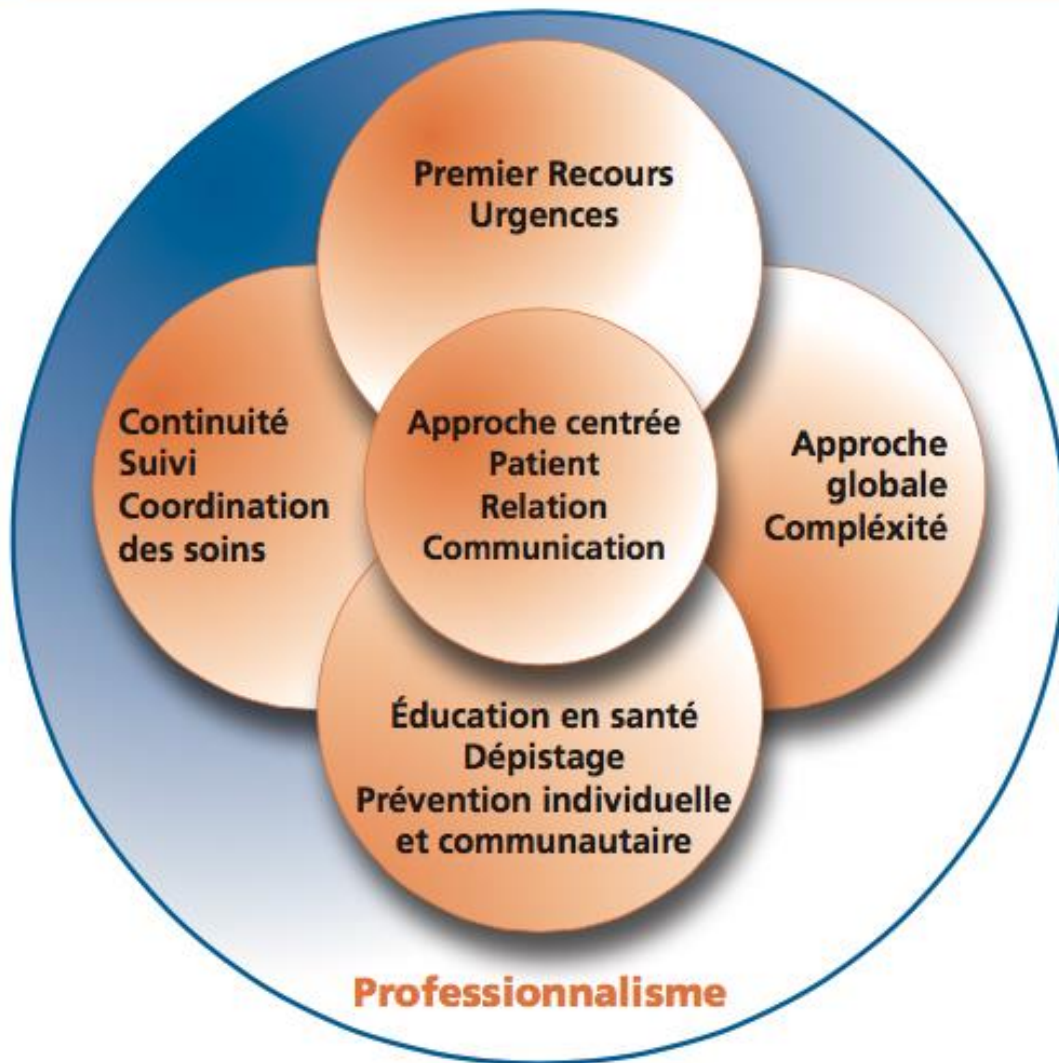


Figure 1 - Marguerite des compétences du médecin généraliste (Compagnon L. et al)

Les médecins généralistes reconnaissent leur rôle dans la prévention (2). Cependant, celle-ci est pratiquée de façon « opportuniste », en fonction du motif de consultation. Elle est souvent effectuée au cabinet en fonction du temps restant (16). En effet, à l'heure actuelle, les médecins généralistes sont sollicités par les patients qui viennent en consultation pour des motifs précis (17). Certains sont vus régulièrement lorsque le traitement nécessite un renouvellement mensuel, ou trimestriel par exemple. Le patient est parfois convoqué par son médecin pour discuter de résultats d'examen, mais l'est très rarement pour parler uniquement de prévention (16).

Sur le plan national, des programmes de dépistages sont mis en place par les autorités sanitaires en collaboration avec le médecin généraliste. Ils sont détaillés en troisième partie.

On observe donc un décalage entre les objectifs fixés en matière de prévention autour du médecin généraliste et la mise en pratique. La volonté des médecins ne semble pas être à l'origine du problème (2).

b. Les freins rencontrés

Si les médecins généralistes s'accordent pour dire que la prévention doit être effectuée par eux-mêmes, ils décrivent plusieurs freins à sa bonne réalisation. Le manque de temps est le paramètre le plus cité (2). En effet, une consultation dure environ 16 minutes (18). Le praticien n'a pas le temps de délivrer toutes les informations relatives à la prévention adaptée au cas par cas en une consultation. Tout au plus, la prévention est effectuée autour du problème qui fait consulter le patient.

Les médecins généralistes estiment par ailleurs que leur rôle dans le domaine préventif doit être mieux connu du grand public, et que leur formation doit être optimisée sur ce sujet. Les moyens tels que des supports écrits ainsi qu'une rémunération axée sur la prévention seraient un atout pour eux. Ils reconnaissent par ailleurs que les campagnes grand public les aident dans ce domaine, et suggèrent de déléguer certaines applications de la prévention (comme c'est le cas avec l'éducation thérapeutique des patients diabétiques effectuée par certains infirmiers par exemple) (2).

Par ailleurs, l'accès facile à des données nombreuses et variées grâce aux nouvelles technologies ne positionne plus le patient en tant que « non sachant ». Le praticien complète l'information connue du consultant, et doit parfois l'ajuster (9).

Enfin, les connaissances scientifiques sont de plus en plus précises, et la médecine tend à se spécialiser voire se surspécialiser. Ainsi, le patient consulte plusieurs spécialistes et le médecin généraliste peine parfois à conserver son rôle central dans la prise en charge. La relation soignant-soigné est alors mise à mal. Le travail en équipe requis entre un médecin et son patient pour décider de la prise en charge la plus adaptée, personnalisée, est ainsi rendu difficile (9,19).

Ainsi, le médecin généraliste est prêt à effectuer la prévention au sein de son cabinet. Cette démarche est devenue l'enjeu du couple soignant-soigné en collaboration et non plus du praticien seul. Ceci nécessite une bonne relation médecin-patient. Or cette relation semble altérée par divers facteurs. Le manque de temps est le plus souvent incriminé par les médecins généralistes. Dans ce contexte ; une consultation entièrement consacrée à la prévention est-elle envisageable ? D'après une étude de 2008, les praticiens et les patients seraient favorables à ce genre de pratique (20).

c. La consultation de prévention

La notion de consultation périodique de prévention n'est pas nouvelle. En 1921, elle était déjà évoquée sous le terme de bilan de santé annuel (11). Il semble admis qu'un examen périodique soit efficace pour éviter l'apparition de pathologies (11). Cependant, jusqu'à 2008, il n'a pas été retrouvé de preuve de l'intérêt d'une consultation annuelle de prévention (3). Peu d'études sur ce sujet ont été effectuées depuis 2009. Qu'en est-il aujourd'hui ?

En 2019, la HAS avait statué quant à l'intérêt de l'instauration d'une consultation de prévention chez les femmes à l'âge de 25 ans. Elle avait établi un intérêt pour une population ciblée (en situation de précarité sociale ou de handicap), mais n'avait pas retenu l'indication pour toutes les femmes de cet âge (21). Comment pallier alors au manque de temps évoqué par les médecins généralistes pour effectuer la prévention au sein de leur cabinet ?

3. Prévention en cabinet de médecine générale

a. Chez l'enfant et l'adolescent

Depuis le 1^{er} mars 2019, 20 examens cliniques de suivi médical ont été mis en place pour l'enfant et l'adolescent. Le Tableau 1 ci-dessous les répertorie (22). Ils sont obligatoires et pris en charge à 100 % par l'AM. Trois examens donnent lieu à la rédaction d'un certificat médical, au 8^e jour au 9^e mois et au 24^e mois. Ils

permettent de suivre le développement psycho-moteur et staturo-pondéral des enfants et adolescents.

Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent	
Calendrier	Nombre d'examens
Au cours de la 1 ^{ère} année	11 examens : <ul style="list-style-type: none"> • dans les 8 jours qui suivent la naissance • au cours de la 2^e semaine • avant la fin du 1^{er} mois • 1 fois par mois entre le 2^e et le 6^e mois (5 examens) • au cours des 9^e, 12^e et 13^e mois
Au cours de la 2 ^e année	2 examens : <ul style="list-style-type: none"> • entre 16 et 18 mois • au cours du 24^e ou du 25^e mois
De la 3 ^e à la 6 ^e année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Tableau 1 - Calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent (l'Assurance maladie)

Ces consultations sont aussi l'occasion d'effectuer les vaccinations dont 11 ont été rendues obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2018 (cf Figure 2 ci-dessous) (23). La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) est recommandée en France à partir de l'âge de 11 ans. Ce vaccin permet de protéger contre le risque de cancer à huit localisations différentes. Tout d'abord le cancer du col utérin, 12^e cancer le plus fréquent chez la femme, qui a une incidence de 2900 nouveaux cas par an en France en 2015 (24). Puis par ordre de fréquence, il protège contre les cancers de l'anus, de l'oropharynx, de la vulve et du vagin, de la cavité orale, du larynx et du pénis. Initialement réservé aux filles en France, la recommandation vaccinale contre les HPV oncogènes est généralisée aux deux sexes depuis le 1^{er} janvier 2021 (25).

Vaccination : êtes-vous à jour ?

2021 calendrier simplifié des vaccinations

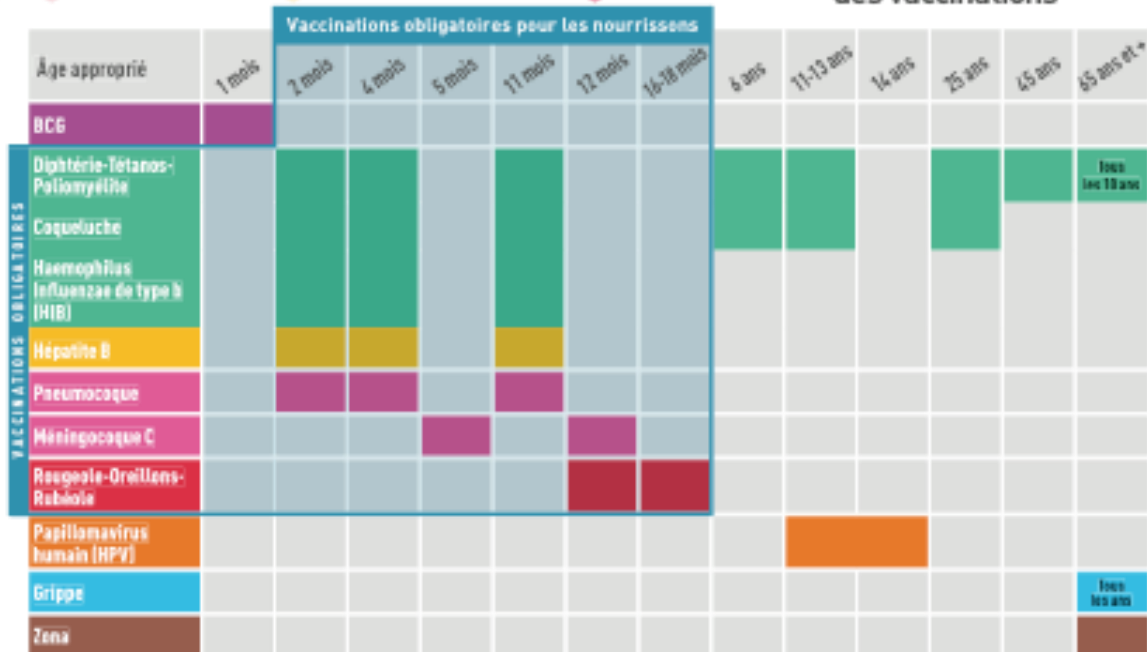


Figure 2 - Calendrier des vaccinations 2021 en France (ministère des Solidarités et de la Santé)

Nous observons que les consultations annuelles proposées en 2008 par le Plan Santé des Jeunes pour les 16-25 ans ont laissé place à une seule consultation de prévention à l'âge de 15-16 ans.

Une consultation pour parler de la contraception et de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les jeunes femmes mineures existe. Elle est prise en charge à 100 % par l'AM (26).

b. Chez le jeune adulte (avant 25 ans)

Un amendement proposant la mise en place d'une consultation chez la femme de 25 ans pour prévention et dépistage du cancer (col utérin et sein) avait été validé en 2019. À l'heure actuelle, cette consultation n'est pas mise en place (27). En effet, la HAS avait conclu que la consultation de prévention pouvait avoir un intérêt de façon orientée vers les publics précaires (femmes en situation de précarité sociale ou de handicap notamment). En revanche, ceci ne semblait pas intéressant dans le cadre d'un dépistage national (28). La HAS recommandait

d'attendre la preuve de l'efficacité d'une consultation de prévention avant la multiplication de ce type de démarches auprès de toute la population française.

Des examens périodiques de santé secondairement appelés examens de prévention en santé (EPS) ont été définis par l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux articles L. 221-1 (3°), L. 321-3 et R. 321-5 du Code de la Sécurité Sociale. Ils sont gérés par certains organismes d'AM (régime général d'Assurance maladie, Mutualité sociale agricole, Régime social des indépendants) (11). Les EPS visent principalement les personnes âgées de plus de 16 ans et qui sont hors parcours de soin. Ils permettent de faire le point sur la prévention ciblée en fonction de l'âge et des caractéristiques du patient. La consultation avec un médecin peut donner lieu à des examens complémentaires et une prise en charge sociale si besoin (29). Les EPS à partir de 16 ans avaient probablement pour vocation de s'inscrire dans la continuité des consultations établies chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à l'âge de 15-16 ans.

Cependant, si les EPS sont bien instaurés en métropole, ils ne sont pas mis en place à La Réunion. Or à La Réunion, 54,3 % des moins de 30 ans vivraient sous le seuil de pauvreté selon une étude de l'INSEE de 2018. Les recommandations de la HAS au sujet d'une consultation de prévention ciblée sur les patients en situation de précarité pourraient donc remettre à l'ordre du jour une telle consultation chez les 16-25 ans à La Réunion (28).

c. Chez l'adulte (à partir de 25 ans)

Le dépistage du cancer du col utérin s'effectue chez les femmes à partir de l'âge de 25 ans, quel que soit leur statut vaccinal contre le HPV. Il consiste en la réalisation périodique d'un frottis cervico-utérin en première intention jusqu'à l'âge de 30 ans ; puis d'une recherche d'infection à un HPV oncogène en première intention de 30 à 65 ans. Selon les résultats à ces tests de dépistages, d'autres examens complémentaires sont nécessaires pour rechercher un cancer (21).

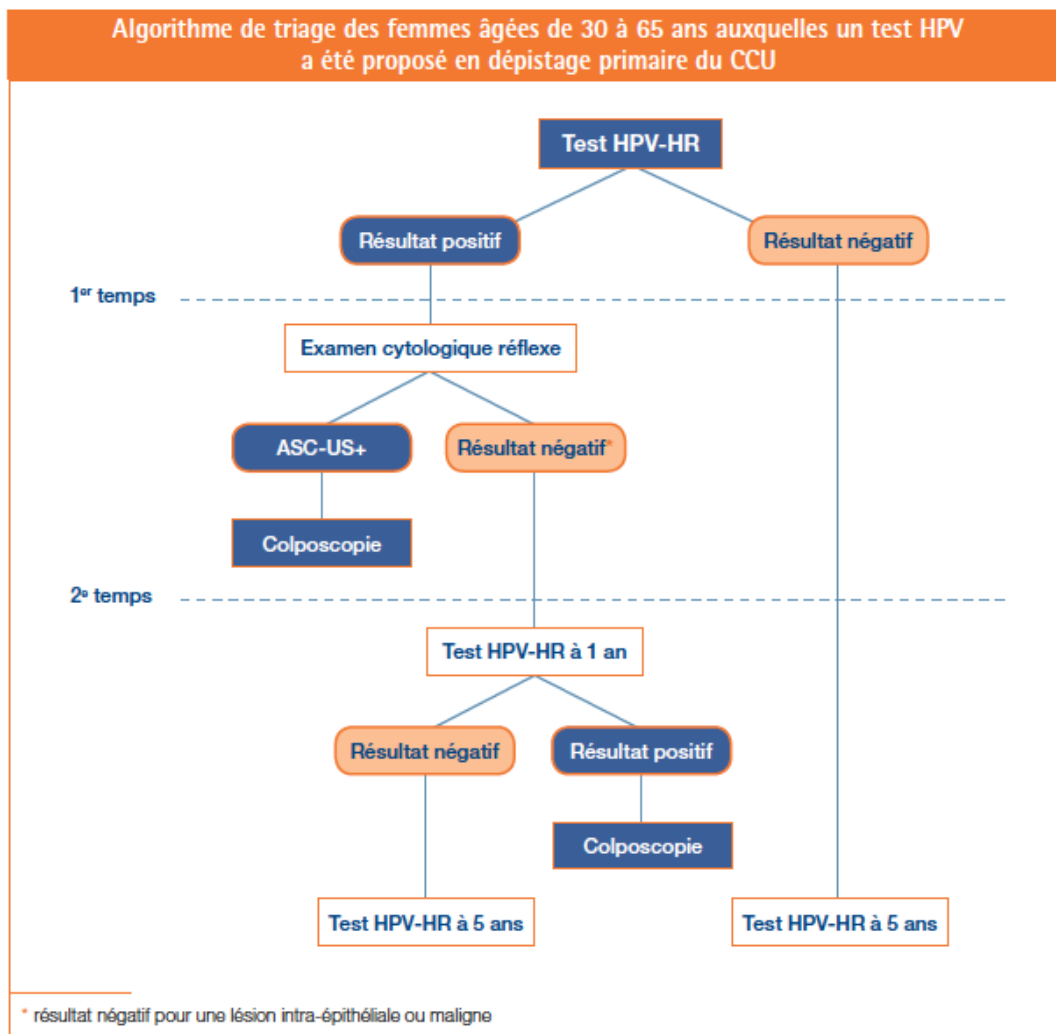


Figure 3 - Algorithme de dépistage du cancer du col utérin chez la femme de 30 à 65 ans (Haute Autorité de santé)

À l'âge de 50 ans, plusieurs programmes de prévention sont mis en place sur le plan national. Tout d'abord, le dépistage du cancer colorectal avec la réalisation d'un test Hémocult® à effectuer tous les deux ans jusqu'à l'âge de 74 ans, concerne toute la population française (30). Ensuite, le dépistage du cancer du sein préconisé chez toutes les femmes jusqu'à 74 ans avec un examen physique et une mammographie à réaliser tous les deux ans en l'absence d'anomalie dépistée (31).

Par ailleurs, la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires est un axe majeur de la prévention pour cette tranche d'âge (32). Les rappels vaccinaux et la vaccination anti-grippale comme précisés en Figure 2 constituent une part non négligeable de la prévention en médecine générale, notamment à partir de 65 ans.

4. Problématique

La prévention en médecine générale est bien régulée et encadrée pour les nouveaux-nés jusqu'à l'âge de 15-16 ans avec les consultations périodiques établies (Tableau 1). Le plan pour la Santé des jeunes de 2008 prévoyait une consultation annuelle de prévention chez les 16-25 ans. Or, celle-ci n'a laissé la place qu'à une seule consultation à l'âge de 15-16 ans. Le fait qu'une consultation périodique de prévention n'ait pas montré ses preuves sur des travaux effectués jusqu'en 2008 est probablement une des raisons de ce changement d'organisation (3). De plus, les EPS à partir de l'âge de 16 ans, avaient peut-être pour vocation de remplacer la consultation périodique de prévention. Cependant, ils ne sont pas mis en place à la Réunion. Quelle alternative peut-on proposer afin que le travail de prévention soit effectué auprès des 16-25 ans ?

Nous savons que 80,7 % des jeunes de 12-25 ans consultent leur médecin traitant annuellement au rythme moyen de 2,3 fois par an en France (33) et que 97 % des médecins traitants sont des médecins généralistes (14). Ces derniers ne seraient-ils pas les meilleurs interlocuteurs auprès des patients pour effectuer la prévention ? Ce d'autant plus, qu'il sont favorables à remplir ce rôle, mais évoquent le manque de temps comme principal frein à sa réalisation (2).

L'objectif de ce travail était donc d'envisager une consultation-type de prévention adaptée pour la tranche d'âge des 16-25 ans à La Réunion et à réaliser au cabinet de façon annuelle par le médecin généraliste. La rédaction d'un tel travail pourrait permettre, à la Réunion, de favoriser la prévention chez les jeunes adultes en permettant un temps dédié en cabinet.

II. Matériel et Méthodes

1. Méthode Delphi

L'étude réalisée était une étude qualitative de type méthode de consensus utilisant la méthode Delphi®.

Cette méthode a été développée par la Fondation RAND® (Research AND Development) à la fin de la seconde Guerre Mondiale dans le domaine militaire initialement. Elle a investi le milieu de la santé au cours des années soixante-dix (34).

Elle consiste en la consultation d'experts sur un sujet ou une question donné(e), par échange de courriers ou de mails. Ceux-ci ne se rencontrent donc jamais. L'objectif est l'obtention d'un consensus, et pour cela, plusieurs sollicitations sont nécessaires. Après chaque sollicitation, un compte-rendu est envoyé à tous les experts. Les propositions sont parfois modifiées après analyse des résultats afin d'être à nouveau soumises aux experts. Cela leur permet d'avoir l'avis de leurs confrères sans avoir d'échange direct avec eux.

2. Accords préalables

Le recueil de données était strictement anonyme et n'engageait pas d'informations impliquant des personnes humaines.

L'étude n'a pas nécessité de demande préalable auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), ni du Comité de protection des personnes (CPP).

3. Rédaction du premier tour Delphi®

Un questionnaire au sujet de la consultation-type a été rédigé à partir de la littérature. La recherche bibliographique a été effectuée sur les sites Pubmed®, Sciencedirect®, Sudoc®, Google scholar®, Cismef®, le site de la HAS, la Banque de Données de Santé Publique (<http://www.santepubliquefrance.fr>) et le site

Legifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr/>) pour l'aspect légal. Le détail de la constitution du premier questionnaire figure en Annexe 1. Le questionnaire a ensuite été constitué à l'aide du logiciel en ligne Limesurvey® (Annexe 2).

Pour chaque item, il était demandé aux experts de juger si sa présence était pertinente au sein d'une consultation-type. L'échelle utilisée pour ce faire était une échelle numérique de Likert® de 1 à 9. Les professionnels interrogés répondaient par un chiffre compris entre 1 et 9 selon leur avis (1 = pas du tout pertinent et 9 = tout à fait pertinent) (34).

4. Les experts

a. Critères d'inclusion

Un groupe d'experts a été constitué. Il s'agissait de médecins scolaires (ou de l'Éducation nationale) et universitaires, médecins généralistes, pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres. Ils devaient travailler avec des jeunes entre 16 et 25 ans.

b. Recrutement

Les personnes sollicitées pour intégrer le groupe d'experts ont été choisies aléatoirement. Après récupération des données téléphoniques via Internet, sur l'annuaire du rectorat¹, le site de l'université de la Réunion², et le site des Pages Jaunes®, les experts ont été contactés par téléphone. Ceci dans le but de récupérer les adresses mails et/ou d'expliquer le projet de thèse. S'ils étaient intéressés par l'étude, ils communiquaient leurs adresses mails. Un premier mail leur a ensuite été envoyé expliquant l'objectif et le déroulé de l'étude.

¹ <https://portail.ac-reunion.fr/annur/annur/Dispatcher?operation=division&codedv=49>

² www.univ-reunion.fr

5. Recueil des données

En mai 2021, un deuxième mail a été envoyé aux experts via le logiciel Limesurvey®. Il comportait un descriptif du déroulé de la première étape, ainsi que le lien vers le questionnaire à remplir en ligne.

À partir des réponses obtenues au premier questionnaire et une relecture de la bibliographie si nécessaire, un deuxième questionnaire a été rédigé et soumis de la même manière aux experts entre août et septembre 2021 (Annexes 3 et 4).

Selon le même procédé, un troisième questionnaire a été rédigé et soumis aux experts en septembre 2021 (Annexe 5).

6. Traitement et analyse des données

a. Premier tour Delphi®

Les résultats au questionnaire du premier tour Delphi® ont été exportés du site Limesurvey® vers le logiciel Microsoft Excel®. Les cotations obtenues par chaque proposition ont ensuite été analysées. La médiane des cotations a été calculée à l'aide du logiciel Microsoft Excel®. Les critères suivants ont été utilisés :

- La proposition était considérée « appropriée » s'il n'y avait pas de désaccord et que la médiane des cotations était supérieure ou égale à 7.

- La proposition était considérée « incertaine » s'il y avait désaccord, si la médiane des cotations avait la valeur 3,5 à 6,5 ou s'il y avait absence de consensus entre les experts.

- La proposition était considérée « inappropriée » s'il n'y avait pas de désaccord et que la médiane des cotations était inférieure ou égale à 3.

- Il y avait désaccord si plus de 30 % des cotations étaient inférieures ou égales à 3 et plus de 30 % des cotations étaient supérieures ou égales à 7.

La puissance de l'accord au sujet du caractère « approprié » ou « inapproprié » de la proposition était ensuite analysée selon l'intervalle dans lequel les cotations étaient comprises. Le tableau ci-dessous répertorie l'ensemble des critères (35,36).

Proposition jugée	Valeur de la médiane	Degré d'accord du groupe d'experts	Répartition des cotations dans l'intervalle
Appropriée	≥ 7	Fort	[7-9]
		Relatif	[5-9]
Inappropriée	≤ 3	Fort	[1-3]
		Relatif	[1-5]
Incertaine	$3 > \text{méd} < 7$	Indécision	Toute répartition
	Toute valeur	Absence de consensus	Toute autre répartition

Tableau 2 - Critères utilisés pour l'analyse des résultats

Une proposition jugée appropriée avec un accord fort était validée d'office et non soumise au questionnaire suivant.

Une proposition jugée appropriée avec un accord relatif était modifiée en fonction des commentaires des experts et des données de la littérature ajustées. Elle était ensuite soumise au questionnaire suivant. Il en était de même pour les propositions jugées incertaines et celles jugées inappropriées avec un accord relatif.

Les items jugés inappropriés avec un accord fort étaient éliminés d'office.

b. Deuxième tour Delphi®

Les résultats au questionnaire du deuxième tour Delphi® ont été analysés en exportant les données du site Limesurvey® vers le logiciel Microsoft Excel® de la même manière qu'à la première étape d'analyse.

Si une proposition était jugée appropriée avec un accord fort, elle était validée d'office.

Si une proposition était considérée appropriée avec un accord relatif et qu'elle avait obtenu le même résultat au premier questionnaire, elle était validée également.

Une proposition jugée incertaine aux deux questionnaires était éliminée.

Une proposition jugée inappropriée au deuxième questionnaire était éliminée si elle avait été jugée inappropriée au premier questionnaire.

En cas de discordance entre les deux questionnaires, la proposition était modifiée selon la littérature et les commentaires des experts. Par exemple, une proposition jugée incertaine à un questionnaire mais appropriée à l'autre était retravaillée et soumise à nouveau aux experts.

Certains items ont été intégrés au deuxième questionnaire et étaient absents du premier. Dans ce cas, les mêmes règles de sélection qu'au premier tour Delphi® ont été utilisées.

Pour l'analyse des résultats au sujet de l'intervalle des cotations, une valeur extrême inférieure était supprimée quand elle était en incohérence avec les réponses du groupe. Par exemple, si dix-sept des experts avaient coté dans l'intervalle [7 ; 9] et qu'une personne avait répondu 1 pour une proposition, la note de « 1 » était éliminée. Cela permettait ainsi de conclure sur la proposition. L'objectif n'était en effet pas d'obtenir l'unanimité des experts mais bien un consensus. La suppression d'une valeur extrême est autorisée par la méthodologie Delphi® selon la taille de l'échantillon et la médiane. En effet, si la médiane est supérieure ou égale à 7 et l'échantillon supérieur à neuf, une valeur extrême inférieure peut être retirée (35). Il en est de même si la médiane est inférieure ou égale à 3. En cas d'échantillon plus important (supérieur ou égal à 15), deux cotations extrêmes peuvent être retirées.

c. Troisième tour Delphi®

Les résultats au questionnaire du troisième tour Delphi® ont été analysés en exportant les données du site Limesurvey® vers le logiciel Microsoft Excel® de la même manière qu'à la première et à la deuxième étape d'analyse.

Si une proposition était jugée appropriée avec un accord fort, elle était validée d'office.

Si une proposition était considérée appropriée avec un accord relatif et qu'elle avait obtenu le même résultat à un précédent questionnaire (premier ou deuxième), elle était validée également.

Une proposition jugée incertaine à deux questionnaires était éliminée. Il en était de même des propositions jugées inappropriées avec un accord faible à deux questionnaires.

Une proposition jugée inappropriée avec un accord fort au troisième questionnaire était éliminée.

De la même manière qu'au deuxième questionnaire, une valeur extrême était enlevée si elle était en discordance avec le reste du groupe.

d. Arrêt des tours Delphi

Nous avons décidé d'arrêter l'étude en cas de consensus sur tous les items, ou en cas d'effectif d'experts devenu insuffisant malgré les relances.

III. Résultats

1. Premier tour Delphi®

Vingt-quatre experts sur 71 sollicités par mail ont répondu au moins partiellement au questionnaire. Vingt-deux experts ont répondu complètement au questionnaire, soit 31 % des sollicités. Le questionnaire avait été rédigé de sorte que chaque question était obligatoire. Les réponses partielles au questionnaire n'ont pas été analysées.

Parmi les experts ayant complètement répondu au questionnaire, il y avait des médecins généralistes (11/22 soit 50 % d'entre eux), des médecins scolaires (6/22 soit 27,3 % d'entre eux), des médecins universitaires (3/22 soit 13,6 %), un pédopsychiatre (4,6 %) et un psychiatre (4,6 %). Quinze experts ayant répondu, soit 68,2 % de l'effectif total étaient des femmes.

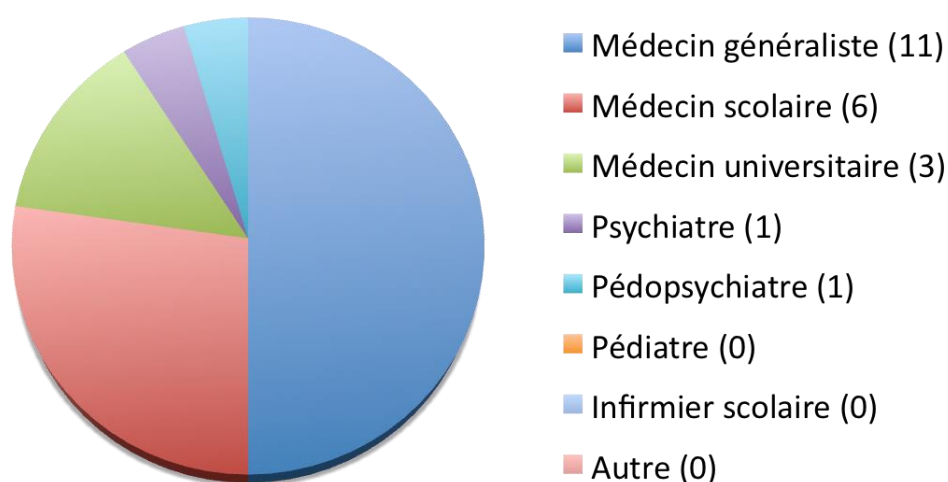


Figure 4 - Professions des experts ayant participé au 1er tour Delphi®

Caractéristiques	Nombre	Proportion
Genre		
Femme	15	68,2 %
Homme	7	31,8 %
Âge		
Moins de 35 ans	3	13,6 %
35 à 45 ans	9	40,9 %
45 à 55 ans	2	9,1 %
55 à 65 ans	7	31,8 %
Plus de 65 ans	1	4,6 %

Tableau 3 - Caractéristiques de genre et d'âge des experts du 1er tour Delphi®

Le compte-rendu des résultats du premier questionnaire est présenté sous forme de tableaux. Les propositions ont été classées selon leur ordre d'apparition dans le questionnaire soumis en ligne. La médiane des cotations attribuées par les experts ainsi que l'intervalle contenant toutes les cotations sont présentés dans le Tableau 4 ci-après.

Proposition	Médiane	Intervalle	Conclusion	Degré d'accord
Pré-consultation				
- Questionnaire	7	[5-9]	Appropriée	Relatif
Format de la consultation				
- Secret médical	9	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Accompagnateur en salle d'attente	9	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus
Informations générales				
- Tutoiement/Vouvoiement	5	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Études/travail	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Loisirs	9	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Projets	8,5	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Activité physique	9	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Repas quotidiens	8	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Vaccinations, carnet de santé	9	[7-9]	Appropriée	Fort
Circulation routière				
- Port de la ceinture de sécurité	7	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Port du casque	7	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus

Tableau 4 - Résultats par item du 1er tour Delphi® (1/3)

Proposition	Médiane	Intervalle	Conclusion	Degré d'accord
Réseaux sociaux				
- Temps quotidien sur les écrans	9	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Temps quotidien sur les réseaux sociaux	9	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Dialogue avec des inconnus sur les réseaux sociaux	9	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Harcèlement	9	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Volume de musique	5,5	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Protection auditive aux concerts	7	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
Addictions				
- Questionnaire CRAFFT/ADOSPA	9	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus
- ADOSPA en pré-consultation	6,5	[3-9]	Incertaine	Indécision
- Jeux d'argent	7,5	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus
Risque suicidaire				
- BITS-test pour évaluation du risque suicidaire	8	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- BITS-test en pré-consultation	5,5	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Idées suicidaires	6	[1-9]	Incertaine	Indécision

Tableau 4 - Résultats par item du 1^{er} tour Dephi® (2/3)

Proposition	Médiane	Intervalle	Conclusion	Degré d'accord
TCA				
- Questionnaire SCOFF-F	5	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Questionnaire SCOFF-F en pré-consultation	5	[1-9]	Incertaine	Indécision
Sexualité				
- Orientation sexuelle	8	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- IST	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Contraception	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
Prévention ciblée				
- Vaccination HPV / dépistage cancer du col	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- ATCD familiaux d'endométriose	5	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Dysménorrhées	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Dyspareunies	8	[2-9]	Incertaine	Absence de consensus
Examen Clinique				
- Poids, Taille, IMC, courbes	9	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Posture, dépistage scoliose	9	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Développement pubertaire, Tanner	5,5	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Auscultation cardio-pulmonaire	9	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus

Tableau 4 - Résultats par item du 1^{er} tour Delphi® (3/3)

a. Proposition appropriée avec un accord fort

Une seule proposition a été validée d'office car elle a obtenu l'appropriation des experts avec un accord fort. Il s'agit de l'item au sujet de l'analyse du carnet de santé et la mise à jour des vaccinations si nécessaire. Il a donc été intégré à la

consultation de prévention chez les 16-25 ans sans être proposé aux tours suivants.

b. Propositions appropriées avec un accord relatif

Six propositions ont obtenu un accord relatif par les experts.

Quatre parmi elles ont été modifiées puis proposées au questionnaire numéro 2. Il s'agit des propositions au sujet des études et/ou du travail des patients, des infections sexuellement transmissibles (IST), de la contraception et des dysménorrhées.

Deux propositions n'ont pas été reconduites. La question de la vaccination HPV a été intégrée à celle des vaccins en général. Le questionnaire de pré-consultation a été supprimé car il ne correspondait pas à la consultation à proprement parler.

c. Propositions incertaines pour absence de consensus

Vingt-et-une propositions n'ont pas obtenu le consensus des experts.

Une proposition a été annulée et non soumise au deuxième questionnaire. Il s'agissait de celle sur les discussions avec des inconnus sur les réseaux sociaux.

Vingt propositions ont été retravaillées pour intégrer le questionnaire du deuxième tour Delphi®. Il s'agissait des propositions au sujet du secret médical, de l'accompagnateur en salle d'attente, des loisirs, des projets professionnels, de l'activité physique, de l'alimentation, du port de la ceinture de sécurité et du casque, du temps quotidien passé sur les écrans et sur les réseaux sociaux, du harcèlement, de la protection auditive, du questionnaire CRAFFT/ADOSPA, des jeux d'argent, du BITS-test, de l'orientation sexuelle, des dyspareunies, des mesures anthropométriques, de la recherche d'une scoliose, de l'auscultation cardio-pulmonaire.

d. Propositions incertaines pour indécision

Neuf propositions ont obtenu l'incertitude des experts.

Quatre propositions ont été modifiées pour être soumises au deuxième questionnaire. Il s'agissait des questions sur le tutoiement ou le vouvoiement du patient, le volume de la musique écoutée, les idées suicidaires, et le questionnaire SCOFF-F.

Trois propositions concernant le questionnaire de pré-consultation n'ont pas été reposées telles quelles au deuxième questionnaire. Il s'agissait de l'intégration de l'ADOSPA, du BITS-test et du SCOFF-F au questionnaire de pré-consultation.

Deux propositions ont été éliminées après analyse de ces résultats. Les experts n'étaient pas unanimes quant au fait de rechercher des antécédents familiaux d'endométriose. La stadification de Tanner a été supprimée car l'âge de la population cible ne correspondait pas.

e. Commentaires sur l'ensemble du questionnaire

Plusieurs experts ont souligné la problématique de la durée concernant cette consultation de prévention. Aborder tous les sujets présentés paraît difficile voire impossible en une consultation de 30 minutes sans les survoler.

Certains professionnels interrogés ont regretté ne pas voir apparaître la prévention bucco-dentaire dans cette consultation, ainsi que la mesure de l'acuité visuelle.

Un expert a suggéré de rajouter une question sur la sexualité en abordant la notion de consentement.

Un expert a proposé d'ajouter au pré-questionnaire le thème du harcèlement scolaire.

2. Deuxième tour Delphi®

Pour le deuxième tour Delphi® seuls les experts ayant répondu au premier questionnaire ont été sollicités. Dix-huit des 22 experts ont répondu, soit 81,8 % d'entre eux.

Parmi les experts ayant complètement répondu au questionnaire, il y avait dix médecins généralistes (soit 55,6 % d'entre eux), cinq médecins scolaires (soit 27,8 % d'entre eux), deux médecins universitaires (11,1 %) et un psychiatre (5,6 %). Treize experts du deuxième tour soit 72,2 % d'entre eux étaient des femmes. Concernant les tranches d'âge, deux des experts du deuxième tour Delphi® soit 11,1 % avaient moins de 35 ans ; huit soit 44,4 % avaient de 35 à 45 ans ; sept soit 38,9 % avaient de 55 à 65 ans, et un expert avait plus de 65 ans soit 5,6 % d'entre eux.

Les caractéristiques des experts sont répertoriées dans les tableaux ci-après.

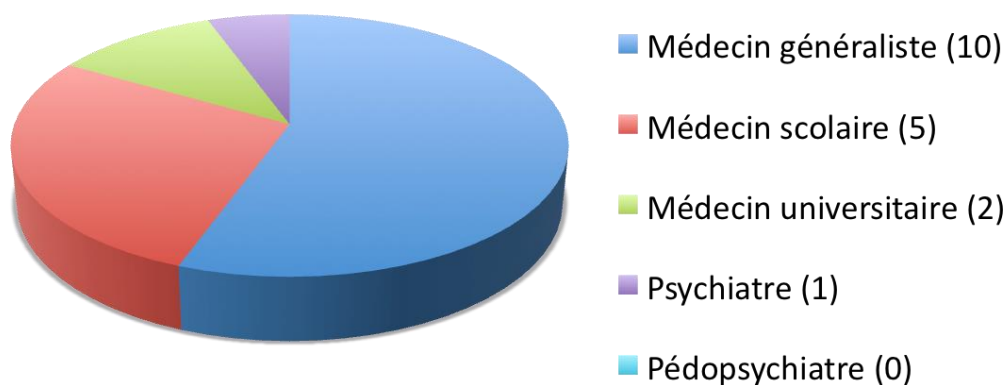


Figure 5 - Professions des experts ayant participé au 2e tour Delphi®

Caractéristiques	Nombre	Proportion
Genre		
Femme	13	72,2 %
Homme	5	27,8 %
Âge		
Moins de 35 ans	2	11,1 %
35 à 45 ans	8	44,4 %
45 à 55 ans	0	0 %
55 à 65 ans	7	38,9 %
Plus de 65 ans	1	5,6 %

Tableau 5 - Caractéristiques de genre et d'âge des experts du 2e tour Delphi®

Le compte-rendu des résultats du deuxième questionnaire est présenté sous forme de tableaux. Les propositions ont été classées selon leur ordre d'apparition dans le questionnaire soumis en ligne. La médiane des cotations attribuées par les experts ainsi que l'intervalle contenant toutes les cotations sont présentées dans le Tableau 6 ci-après.

Proposition	Médiane	Intervalle	Conclusion	Degré d'accord
Format de la consultation				
- Accompagnateur en salle d'attente	8,5	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Secret médical	8,5	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Tutoiement/Vouvoiement	6,5	[1-9]	Incertaine	Indécision
Informations générales				
- Études/Travail	9	[7-9]	Appropriée	Fort
- Loisirs	8,5	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Filière/Formation	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Activité physique	8	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Alimentation	8	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
Circulation routière				
- Ceinture	4,5	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Casque	5	[1-9]	Incertaine	Indécision
Écrans, réseaux sociaux, harcèlement				
- Temps quotidien sur les écrans	7,5	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Types d'écrans	7,5	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Horaire de consommation des écrans	6	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Harcèlement	7,5	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Risques auditifs	6,5	[2-9]	Incertaine	Indécision

Tableau 6 - Résultats par item du 2e tour Delphi® (1/3)

Proposition	Médiane	Intervalle	Conclusion	Degré d'accord
Addictions				
- CRAFFT/ADOSPA	7	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Jeux d'argent	5	[2-9]	Incertaine	Indécision
- Précision sur les jeux d'argent	6	[1-9]	Incertaine	Indécision
Risque suicidaire				
- Harcèlement/Maltraitance à l'école	8	[2-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Harcèlement/Maltraitance hors de l'école	8	[2-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Insomnie	8	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Cauchemar	6	[1-9]	Incertaine	Indécision
- Tabac	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Stress	8	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Idées noires/idées suicidaires	8,5	[5-9]	Appropriée	Relatif
TCA				
- Bien dans votre corps	7	[1-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Préoccupation par votre poids	7	[2-9]	Incertaine	Absence de consensus
- SCOFF-F	6	[1-9]	Incertaine	Indécision

Tableau 6 - Résultats par item du 2^e tour Delphi® (2/3)

Proposition	Médiane	Intervalle	Conclusion	Degré d'accord
Sexualité				
- Interrogations sur votre sexualité	8	[3-9]	Indécision	Absence de consensus
- IST	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Contraception	9	[2-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Mots ou gestes sous la contrainte	8	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Rapports sexuels contre argent	5	[1-9]	Incertaine	Indécision
Femmes				
- Dysménorrhées	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Dyspareunies	8	[3-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Endométriose	8,5	[2-9]	Incertaine	Absence de consensus
Examen physique				
- Poids, taille, IMC, courbes	9	[8-9]	Appropriée	Fort
- Dépistage scoliose	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Auscultation CP	9	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
- Santé bucco-dentaire	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Acuité visuelle	8,5	[5-9]	Appropriée	Relatif
- Audiométrie tonale et vocale	6,5	[1-9]	Incertaine	Indécision

Tableau 6 - Résultats par item du 2e tour Delphi® (3/3)

a. Propositions appropriées avec un accord fort

Deux propositions ont obtenu le consensus des experts avec un accord fort. Il s'agissait de l'orientation professionnelle du patient ainsi que de l'item sur les mesures anthropométriques. Elles ont donc été validées pour la consultation-type.

b. Propositions appropriées avec un accord relatif

Deux propositions ont obtenu un accord relatif au premier et au deuxième questionnaire. Il s'agit de la question des IST et des dysménorrhées. Elles ont donc été validées pour la consultation-type.

Trois propositions ont obtenu un accord relatif au deuxième questionnaire contre une incertitude pour indécision ou pour absence de consensus au premier. Il s'agit des propositions au sujet du projet professionnel, de la recherche d'idées noires associées ou non aux idées suicidaires et de la recherche d'une scoliose. Elles ont donc été soumises au troisième questionnaire.

Six propositions ont obtenu l'accord relatif des experts au deuxième questionnaire, et n'étaient pas présentes dans le premier. Il s'agit des items au sujet de l'insomnie, de la consommation du tabac, du stress, des mots ou gestes sous la contrainte au cours d'un rapport sexuel, de la santé bucco-dentaire et de l'examen de l'acuité visuelle. Ces items ont donc été soumis au troisième questionnaire.

c. Propositions incertaines pour absence de consensus

L'item sur l'auscultation cardio-pulmonaire a obtenu une absence de consensus. Elle a été soumise au troisième questionnaire pour des raisons expliquées en discussion.

Cinq propositions ont obtenu l'absence de consensus des experts au deuxième questionnaire sans avoir été soumises au cours du premier. Elles ont donc été modifiées selon les commentaires des experts et soumises une nouvelle fois au cours du troisième questionnaire. Il s'agit des items au sujet du harcèlement, de la préoccupation par le poids, de l'interrogation sur la sexualité ainsi que de la recherche de l'endométriose.

La proposition sur la contraception a obtenu une absence de consensus au deuxième questionnaire contre un accord relatif au premier. Devant cette discordance entre les deux questionnaires, la question a été soumise au cours du troisième.

Neuf propositions n'ont obtenu le consensus des experts ni au premier tour ni au deuxième. Il s'agit des propositions au sujet de l'accompagnateur en salle

d'attente, du secret médical, des loisirs, de l'activité physique, de l'alimentation, du temps quotidien passé sur les écrans, du harcèlement, du questionnaire CRAFFT/ADOSPA et des dyspareunies. Elles ont donc été supprimées de la consultation-type.

d. Propositions incertaines pour indécision

Trois propositions ont reçu l'indécision des experts au deuxième questionnaire et n'avaient pas obtenu leur consensus au premier. Il s'agit des items sur la sécurité routière et sur les jeux d'argent. Ils ont donc été supprimés de la consultation-type.

Trois propositions ont obtenu l'indécision aux deux questionnaires. Il s'agit de la question du tutoiement ou du vouvoiement, du volume de la musique écoutée et du questionnaire SCOFF-F. Elles ont donc été supprimées de la consultation-type.

Quatre propositions présentes dans le deuxième questionnaire mais absentes du premier ont été éliminées d'office. Elles faisaient référence à des thèmes qui ont été supprimés après les deux questionnaires, et ont obtenu soit l'indécision des experts, soit une absence de consensus entre eux. Il s'agit des précisions sur les écrans, de la précision sur les jeux d'argent et de la perception du corps.

Pour trois propositions qui n'avaient pas été soumises au premier questionnaire, les experts ont été indécis. Elles ont donc été proposées au cours du troisième questionnaire. Il s'agit de la question de la présence de cauchemars, des rapports sexuels contre de l'argent ou des cadeaux, et de l'examen auditif avec audiométrie.

3. Troisième tour Delphi®

Neuf experts sur les 18 du deuxième tour Delphi® ont répondu au questionnaire. Celui-ci avait été rédigé de telle sorte que chaque question était obligatoire. Les réponses partielles au questionnaire n'ont pas été analysées.

Parmi les experts ayant complètement répondu, il y avait des médecins généralistes (5/9 soit 55,6 % d'entre eux), des médecins de l'Éducation Nationale (3/9 soit 33,3 % d'entre eux) et un médecin universitaire (11,1 %). Sept soit 77,8 % d'entre eux étaient des femmes.

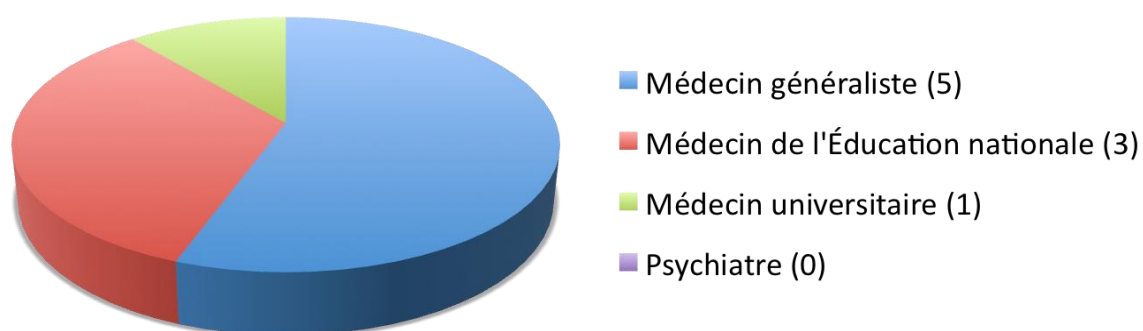


Figure 6 - Professions des experts ayant répondu au 3e tour Delphi®

Caractéristiques	Nombre	Proportion
Genre		
Femme	7	77,8 %
Homme	2	22,2 %
Âge		
Moins de 35 ans	1	11,1 %
35 à 45 ans	4	44,4 %
45 à 55 ans	0	0 %
55 à 65 ans	3	33,3 %
Plus de 65 ans	1	11,1 %

Tableau 7 - Caractéristiques de genre et d'âge des experts du 3e tour Delphi®

Le compte-rendu des résultats du troisième questionnaire est présenté sous forme de tableau. Les propositions ont été classées selon leur ordre d'apparition dans le questionnaire soumis en ligne.

Proposition	Médiane	Intervalle	Conclusion	Degré d'accord
Informations générales				
Travail, formation	9	[7-9]	Appropriée	Fort
Habitus				
Tabagisme	9	[9-9]	Appropriée	Fort
Contraception	9	[6-9]	Appropriée	Relatif
Moral, sommeil, stress, harcèlement				
Moral	9	[6-9]	Appropriée	Relatif
Insomnie	9	[9-9]	Appropriée	Fort
Cauchemars	9	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
Stress	9	[7-9]	Appropriée	Fort
Harcèlement à l'école	9	[9-9]	Appropriée	Fort
Harcèlement en dehors de l'école	9	[9-9]	Appropriée	Fort
Idées noires	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
Idées suicidaires	9	[9-9]	Appropriée	Fort
Sexualité				
Questions	9	[6-9]	Appropriée	Relatif
Mots ou gestes sous la contrainte	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
Rapport sexuel contre argent ou cadeau	7	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
Endométriose				
Recherche endométriose si dysménorrhées avec retentissement sur les AVQ	9	[5-9]	Appropriée	Relatif
TCA				
Préoccupation par le poids	9	[8-9]	Appropriée	Fort
Examen physique				
ACP et prise de TA	9	[9-9]	Appropriée	Fort
Examen bucco-dentaire	9	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
Scoliose	9	[6-9]	Appropriée	Relatif
AV de près et de loin	9	[4-9]	Incertaine	Absence de consensus
Acoumétrie	5	[1-9]	Incertaine	Indécision

Tableau 8 - Résultats par item du 3e tour Delphi®

AVQ : Activités de la vie quotidienne

ACP : Auscultation cardio-pulmonaire

TA : Tension artérielle

AV : Acuité visuelle

a. Propositions appropriées avec un accord fort

Neuf propositions ont été considérées appropriées avec un accord fort par les experts. Il s'agit de celles au sujet du travail ou de la formation, de la recherche d'un tabagisme, d'insomnies, de stress au travail, de harcèlement à l'école ou en dehors, la recherche d'idées suicidaires, la préoccupation du patient par son poids et l'auscultation cardio-pulmonaire avec la prise de la tension artérielle. Elles ont donc été validées pour la consultation-type.

b. Propositions appropriées avec un accord relatif

Quatre propositions ont obtenu un accord relatif au troisième questionnaire et avaient obtenu un accord relatif au premier ou au deuxième questionnaire. Il s'agit de la question de la contraception, des idées noires, des mots ou gestes sous la contrainte au cours d'un rapport sexuel, de la recherche de scoliose. Elles ont donc été validées pour la consultation-type.

Deux propositions ont obtenu un accord relatif au troisième questionnaire et avaient obtenu une absence de consensus au deuxième questionnaire sans avoir été soumises au premier. Il s'agit des questions sur la sexualité et la recherche d'endométriose. Elles n'ont donc pas été intégrées à la consultation-type.

La question du moral a été jugée appropriée par les experts avec un accord relatif sans avoir été soumise aux questionnaires précédents. Elle n'a pas été intégrée à la consultation-type de prévention car elle ne respecte pas les critères énoncés en début d'étude. Il conviendrait de soumettre cette proposition au cours d'une étude ultérieure.

c. Propositions incertaines pour absence de consensus

Deux propositions n'ont pas reçu le consensus des experts et avaient obtenu un accord relatif au deuxième questionnaire sans être présentes au premier. Il s'agit des items sur l'examen bucco-dentaire et l'acuité visuelle.

Deux propositions n'ont pas reçu le consensus des experts et avaient obtenu l'indécision au deuxième questionnaire sans avoir été soumises au premier. Il s'agit

de la recherche de cauchemars et de rapports sexuels contre de l'argent ou des cadeaux.

Ces quatre items n'ont donc pas été intégrés à la consultation-type.

d. Proposition incertaine pour indécision

Une proposition a obtenu l'incertitude pour indécision des professionnels interrogés. Il s'agit de celle au sujet de l'acoumétrie. Le dépistage d'un déficit auditif avait été proposé par audiométrie tonale et vocale au cours du deuxième questionnaire et avait obtenu une indécision également. Il n'a donc pas été retenu pour la consultation-type.

4. Consultation-type de prévention chez les 16-25 ans

Les items retenus pour la consultation sont présentés dans le tableau suivant. Ils ont été classés par catégories.

Proposition	Puissance de l'accord (Questionnaire référent)
Informations générales	
- Vaccinations, carnet de santé	Fort (Q1)
- Orientation professionnelle	Fort (Q2)
- Travail, formation	Fort (Q3)
Habitus, mode de vie	
- Tabagisme	Fort (Q3)
- Contraception	Relatif (Q1 et Q3)
Stress, harcèlement, idées noires	
- Insomnie	Fort (Q3)
- Stress	Fort (Q3)
- Harcèlement à l'école/travail	Fort (Q3)
- Harcèlement en dehors de l'école/travail	Fort (Q3)
- Idées noires	Relatif (Q2 et Q3)
- Idées suicidaires	Fort (Q3)
TCA	
- Préoccupation par le poids	Fort (Q3)
Sexualité	
- IST	Relatif (Q2 et Q3)
- Mots ou gestes contraints au cours d'un RS	Relatif (Q2 et Q3)
Prévention ciblée pour les femmes	
- Dysménorrhées	Relatif (Q1 et Q2)
Examen physique	
- ACP et TA	Fort (Q3)
- Mesures anthropométriques	Fort (Q2)
- Scoliose	Relatif (Q2 et Q3)

**Tableau 9 - Consultation-type de prévention chez les 16-25 ans
selon les résultats obtenus au cours de cette étude**

IV. Discussion

1. Discussion de la méthode

a. Choix de la méthode

En fonction de l'objectif de l'étude

La méthode Delphi® est un type d'étude qualitative ayant pour objectif l'obtention d'un consensus. Elle est très utilisée au début d'un projet, au cours de l'analyse du sujet et lorsque de nombreuses incertitudes persistent (37). Son objectif est l'obtention d'un consensus entre les personnes sollicitées autour d'un sujet déterminé. Elle permet aussi de collecter des idées et de les confronter afin d'enrichir la réflexion des chercheurs sur le sujet choisi (38). Le but de notre travail était de créer une consultation de prévention chez les 16-25 ans en cabinet de médecine générale. Une telle consultation n'existe pas, et la revue bibliographique nous a permis d'en constituer un prototype. La méthode Delphi® a été choisie car elle permettait de compléter cette recherche par l'avis de professionnels, en fonction de leurs expériences. La mise à disposition de commentaires libres leur permettait d'apporter de nouvelles idées que nous avons pu intégrer aux questionnaires du deuxième et du troisième tour afin de les confronter au reste du groupe. Le choix de la méthode était donc adapté à l'objectif fixé.

Le consensus est « un accord général, tacite ou exprimé d'une manière formelle, parmi les membres d'un groupe » (38). Il exclut la recherche de l'unanimité et inclut les divergences d'opinions et de pratiques propres à chaque praticien. Ceci respecte la liberté de pratiques des médecins généralistes libéraux (39).

Avantages de la méthode

La méthode Delphi® inclut un recueil de données à distance, en communiquant avec les personnes interrogées par courrier (voie postale ou

numérique). Ceci était pratique si ce n'est indispensable en cours de la pandémie de SARS-COV2 où les regroupements étaient rendus difficiles.

De plus, cela est moins chronophage pour les experts qui n'ont pas à se déplacer et peuvent répondre de leur cabinet ou de chez eux. L'étude n'ampute pas leur temps de consultation, leur permettant de répondre au moment le plus opportun pour eux, et donc plus sereinement. Ceci limite ainsi le risque de biais affectif, sans le supprimer cependant (40).

En outre, les réponses aux questionnaires sont anonymes. Les experts ne se côtoient pas et n'échangent pas directement. Ainsi, ils ne craignent pas d'être jugés et sont libres de donner leur avis. L'effet de groupe est absent et chaque professionnel interrogé fait entendre sa voix. Le biais d'influence ou de soumission au groupe est donc limité (40,41). Il n'y a pas de risque de se couper la parole, ni de crainte face à la prise de parole en public. Les experts ont moins de difficultés à assumer leurs avis et ne recherchent pas à plaire aux autres (groupe ou chercheurs). Le biais de désirabilité sociale est ainsi évité (40). De même, le biais de mesure induit par l'effet Hawthorne éventuel est atténué par cette méthode de recueil. L'effet Hawthorne consiste en la modification des résultats observés lorsque le sujet sait qu'il est étudié. Cet effet peut être positif ou négatif. Il reste présent car les médecins interrogés avaient conscience qu'ils participaient à l'étude, mais l'absence d'interaction directe le limite (42).

L'anonymat des participants a également un intérêt pour l'analyse des résultats par les chercheurs. Il permet d'éviter le biais d'enquêteur ou de subjectivité.

La méthode Delphi® utilisée est enfin de faible coût et relativement rapide dans le recueil des données (34,35).

Limites de la méthode

La validité de la méthode Delphi® est discutée si certains paramètres sont modifiés. Toutes les variantes de la technique pré-citée n'ont en effet pas fait l'objet d'études (38). Cependant, plusieurs critères réunis sont un gage de qualité de la méthode Delphi®. Le groupe d'experts doit comporter au moins 9 personnes (35), être pluridisciplinaire (41). Les étapes doivent être décrites aux participants, les

termes et critères de validation ou d'annulation d'items et d'arrêt de l'étude doivent être définis au préalable. Des relances doivent être effectuées afin d'obtenir une bonne adhésion des participants, et les analyses des résultats doivent être transmises aux membres du groupe (41). Ces conditions ont été respectées. Une seule relance a été effectuée au troisième tour Delphi, contre 2 à 3 relances pour les autres tours. Ceci explique peut-être la diminution drastique du nombre de participants au dernier tour. Une dernière condition n'a pas été remplie dans notre travail, celle d'utiliser des items proposés par les experts initialement. En effet, la constitution du premier questionnaire a été effectuée à partir d'une revue bibliographique et non à partir d'une consultation des experts (41). La validité interne de notre étude est donc discutable.

Le fait de communiquer par écrit avec les experts peut favoriser l'incompréhension de ces derniers. Ils peuvent interpréter une formulation de phrase différente de celle envisagée par ceux qui ont rédigé le questionnaire. La communication est rendue difficile par mail interposé. Il s'agit du biais cognitif (40). Cependant, deux solutions ont été mises en place pour tenter de pallier à ce problème. Premièrement, les commentaires en libre accès pour tout item permettaient aux experts de préciser leur pensée et ainsi d'être mieux compris par nous qui analysons les réponses. Deuxièmement, nous leur avons fait savoir que nous étions disponibles en cas de toute interrogation au sujet de l'étude. S'ils ne comprenaient pas une idée ou le sens d'une question, ils avaient l'opportunité de nous le communiquer.

Le biais de mesure peut apparaître lorsque le questionnaire est trop long. Les experts se lassent d'y répondre (40). Ainsi, si 22 experts ont répondu au premier questionnaire, seuls 18 ont rempli le deuxième et seulement 9 ont complété le troisième. Un expert a d'ailleurs fait remarquer une difficulté à revenir en arrière dans le premier questionnaire. Pour les deuxième et troisième tours de l'étude, il a été expliqué qu'une réponse partielle au questionnaire pouvait être complétée secondairement. Ceci dans le but d'éviter une lassitude des professionnels sollicités.

Le biais d'attrition concerne également la diminution de l'effectif interrogé. Les experts qui n'ont pas répondu au deuxième et a fortiori au troisième questionnaire sont des perdus de vue. Ils ont peut-être abandonné parce qu'ils

n'étaient pas en accord avec les propositions de la consultation-type. Ceci peut impacter les résultats obtenus.

b. Choix des experts

Les experts sont des professionnels qui connaissent le sujet de l'étude. Ils sont représentatifs des personnes ciblées par l'étude. Ils n'ont pas besoin de faire partie d'une organisation compétente dans le domaine. Le fait de pratiquer l'objet dans leur quotidien professionnel suffit (38). Le groupe d'experts que nous avons constitué avait l'avantage d'être pluridisciplinaire. En effet, plusieurs types d'acteurs de la prévention ont été interrogés (médecins généralistes, médecins universitaires, médecins de l'éducation nationale). L'ajout des psychiatres et pédopsychiatres a été décidé devant la prépondérance des items autour de la psychiatrie (addictions, risque suicidaire,...) Ceci permettait d'avoir des avis complémentaires sur un même item (38).

Le groupe d'experts était composé pour moitié du public cible. En effet, à chaque tour Delphi®, au moins 50 % de l'effectif était représenté par les médecins généralistes. La mise en place d'une telle consultation était prévue en cabinet de médecine générale. Les experts qui exerçaient au sein de l'éducation nationale, des universités ou en cabinet de psychiatrie ou pédopsychiatrie, pouvaient avoir des difficultés à se projeter au sein d'un cabinet de médecine générale (37). Ceci représentait donc un biais de sélection. De plus, la consultation de prévention visait des patients de 16 à 25 ans. Les pédopsychiatres et pédiatres étaient peu concernés par cette tranche d'âge. Ceci explique peut-être que les pédiatres sollicités n'aient pas répondu au premier questionnaire, et que le pédopsychiatre présent au premier tour ait été absent de la suite de l'étude.

Les effectifs des trois tours étaient suffisants pour analyser les données selon la méthode Delphi®, puisqu'ils comportaient au moins neuf personnes. Environ la moitié était composée de médecins généralistes, population cible de l'étude. Plus de deux tiers des experts étaient des femmes, cette proportion a augmenté au fur et à mesure des tours (respectivement 68 % des experts du premier tour, puis 72 % des experts du deuxième tour puis près de 78 % des experts du troisième tour). En ce sens, le groupe n'était pas représentatif de la population des médecins généralistes réunionnais qui est composée à 44 % de

femmes en 2021 (43). Concernant les tranches d'âge des professionnels interrogés, la majorité avait de 35 à 45 ans (plus de 40 %) puis de 55 à 65 ans (plus de 30 %) pour une médiane entre 35 et 45 ans pour les trois questionnaires. La répartition des experts selon la tranche d'âge est restée stable sur les trois tours de l'étude.

c. Constitution des questionnaires

Les constitutions du premier et du deuxième questionnaire en fonction de la recherche bibliographique figurent en Annexes 1 et 3. L'analyse de la littérature nous expose à un biais de publication, qui consiste à dire qu'une étude qui a montré une différence significative ou un intérêt significatif d'un questionnaire a plus de chance d'être publiée qu'une étude ayant conclu l'inverse.

d. Méthode de recueil

Le fait de proposer aux experts de laisser des commentaires quelle que soit leur réponse permettait de mieux comprendre leur avis. Cependant, le fait de ne pas l'imposer en cas de cotation éloignée de la tendance générale du groupe peut être critiqué. La première raison de ce choix est que lors du premier tour, nous ne connaissions pas la tendance générale. La deuxième raison est que nous craignons de décourager les experts. En effet, laisser un commentaire en expliquant sa pensée peut être considéré comme chronophage, et les professionnels concernés auraient pu être tentés de répondre différemment de leur pensée initiale pour ne pas avoir à se justifier. Cette méthode de recueil de données est critiquable car les experts qui laissent des commentaires sans y être obligés peuvent être ceux qui ont le même point de vue que les chercheurs. En ce sens, les propositions risquent d'être peu enrichies des avis divergents. Ceci peut favoriser le biais de confirmation (40).

e. Arrêt des tours Delphi®

La méthode Delphi® comporte en moyenne 2 à 4 tours de questionnaire. La décision d'arrêter l'étude dépend de l'obtention du consensus. Celui-ci peut être défini par la stabilité des réponses d'un tour à l'autre (44). Il a été décidé d'arrêter l'étude au 3^e tour pour plusieurs motifs. Tout d'abord, trois tours ont permis de valider ou d'éliminer presque tous les items de la consultation-type selon les définitions données en début d'étude. Seul l'item au sujet du moral n'a été présenté qu'au cours d'un questionnaire (le troisième). Quatre items ont obtenu des résultats discordants entre deux questionnaires (absence de consensus à l'un et accord relatif à l'autre). Ensuite, la diminution drastique des experts observée au fur et à mesure des tours faisait craindre un quatrième tour potentiellement non analysable. La méthode Delphi® nécessite en effet un minimum de 9 cotations pour être validée (35).

2. Principaux résultats et comparaison à la littérature

La méthode Delphi® permet d'obtenir un consensus entre les experts. Son objectif n'est pas de trouver la « bonne » réponse, mais plutôt la meilleure réponse d'après les professionnels interrogés (45). Il faut donc vérifier que les résultats obtenus sont en cohérence avec la littérature scientifique (validité externe de l'étude) (44).

a. Discussion du premier tour Delphi® :

Les commentaires des experts interrogés au sujet des propositions sont présentés en italique entre guillemets.

Propositions appropriées avec un accord relatif

Deux propositions n'ont pas été reconduites.

La question de la vaccination HPV a été intégrée à celle des vaccins en général. Certains experts ont en effet évoqué l'âge de la population-cible un peu précoce pour aborder le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes,

qui débute à l'âge de 25 ans (24,46). Ils ont proposé que la vaccination anti-HPV soit incluse à celle des vaccins. Un rattrapage est en effet possible jusqu'à 19 ans pour tous et jusqu'à 26 ans pour les hommes homosexuels (24).

Le questionnaire de pré-consultation a obtenu une médiane à 7 pour un intervalle des cotations [5-9]. Cependant, les experts le trouvaient « *long* » avec « *beaucoup de questions* » et doutaient de son intérêt quant au gain de temps. Ils considéraient certaines questions peu appropriées pour la tranche d'âge et regrettaient certaines questions manquantes. Certains experts proposaient de l'envoyer par mail ou de le remettre en salle d'attente. De plus, l'étude était déjà longue pour les experts puisque le premier questionnaire comportait une quarantaine de questions. L'intérêt de supprimer la partie pré-consultation permettait d'alléger l'étude et de limiter le risque de biais de mesure.

Propositions incertaines pour absence de consensus

Une proposition a été annulée et non soumise au deuxième questionnaire. Il s'agissait de celle sur les discussions avec des inconnus sur les réseaux sociaux. Certains experts estimaient que l'âge de la population-cible n'était pas adapté à ce sujet « *Question qui me semble surtout pertinente pour les plus jeunes. Maintenant concerne aussi les enfants mais c'est hors de la présente étude* ». « *Cela dépend de l'âge du patient, oui pour poser la question à 16 ans, moins évident si le patient a 25 ans* ». Un professionnel s'est demandé s'il ressortait du rôle du médecin d'aborder ce sujet.

Propositions incertaines pour indécision

Trois propositions concernant le questionnaire de pré-consultation n'ont pas été posées au deuxième questionnaire. Il s'agissait de l'intégration de l'ADOSPA, du BITS-test et du SCOFF-F au questionnaire de pré-consultation.

L'intégration du CRAFFT/ADOSPA pour dépister les patients à risque d'usage problématique de substances psychoactives a divisé les médecins. Beaucoup d'entre eux considéraient qu'il devait être fait en consultation « *pour moi,*

il semble plus pertinent de le poser en consultation » ; « plutôt en consultation si évocation d'alcool ou drogues sur le pré-questionnaire » ; « plutôt "en direct" ».

L'intégration du BITS-test pour évaluer le risque suicidaire au questionnaire de pré-consultation a suscité l'indécision des experts. Ils ont trouvé le test redondant par rapport à celui déjà proposé. *« Il est déjà question de sommeil, de stress, de tabac et d'alcool dans le questionnaire de pré-consultation ».* Ils trouvaient certains items difficiles à aborder autrement qu'en face à face *« plutôt "en direct" pour brimades / harcèlement et stress pour une meilleure évaluation ».* Un médecin considérait que la question des idées suicidaires devait être évoquée indépendamment du BITS-test *« même si ce questionnaire n'est pas fait il me semble légitime de demander si la personne a déjà essayé de se tuer aussi ».*

Le sujet du questionnaire SCOFF-F en pré-consultation a obtenu les mêmes résultats que le SCOFF-F au cours de la consultation. Certains considéraient que le SCOFF-F était plus adapté en pré-consultation qu'au cours de la consultation, quand d'autres pensaient le contraire.

Deux propositions ont été éliminées après analyse de ces résultats.

Les experts n'étaient pas unanimes quant au fait de rechercher des antécédents familiaux d'endométriome. *« Je ne suis pas sûre qu'il existe obligatoirement un caractère familial prouvé à la survenue de l'endométriome. Aussi je pense que cette question risque d'induire des inquiétudes, voire même des recherches tous azimuts sur internet par exemple. » ; « Je ne sais pas, je ne connais pas les corrélats génétiques dans l'endométriome, s'il y en a : oui ».* En effet, les antécédents familiaux ne font pas partie des facteurs de risque établis d'endométriome. Un antécédent d'endométriome chez une apparentée n'indique pas un dépistage systématique (47). À ce titre, cette question ne semblait pas avoir sa place en consultation de prévention. Elle a donc été éliminée des étapes suivantes.

Au sujet de la stadification de Tanner, certains experts ont évoqué l'âge cible de la population peu approprié pour un tel examen *« le public est peut être un peu vieux pour cela » ; « pourquoi pas à 16 ans mais à 25 ans, peu d'intérêt... »* En effet, la stadification de Tanner est adaptée pour une tranche d'âge plus jeune que celle visée par l'étude et n'avait donc pas sa place ici.

Commentaires sur l'ensemble du premier tour

Plusieurs experts ont souligné la problématique de la durée de la consultation de prévention. Aborder tous les sujets présentés paraît difficile voire impossible en une consultation de 30 minutes sans les survoler.

Certains professionnels interrogés ont regretté ne pas voir apparaître la prévention bucco-dentaire dans cette consultation, ainsi que la mesure de l'acuité visuelle.

Un expert a suggéré de rajouter une question sur la sexualité en abordant la notion de consentement.

Un expert a proposé d'ajouter au pré-questionnaire le thème du harcèlement scolaire.

b. Discussion du deuxième tour Delphi®

Propositions incertaines pour absence de consensus

Une proposition a obtenu une absence de consensus en considérant les réponses de tous les experts. Il s'agissait de l'auscultation cardio-pulmonaire. Ces résultats paraissent discordants au vu de la place de cet examen en consultation de médecine générale. D'après la méthode Delphi®, il est possible de retirer une à deux cotations extrêmes en fonction de la tendance générale des réponses (35). Si l'effectif est supérieur ou égal à 9, une cotation peut être retirée. Si l'effectif est supérieur à 15, deux cotations extrêmes peuvent être enlevées. L'item au sujet de la consultation cardio-pulmonaire avait obtenu une absence de consensus au premier questionnaire en considérant toutes les réponses (médiane à 9 et intervalle [3-9]). Une seule note n'était pas comprise dans l'intervalle [5-9]. En supprimant la valeur extrême inférieure de « 3 », ceci classe la proposition en appropriée avec un accord faible. Au deuxième questionnaire, la médiane de cet item était à 9 et l'intervalle [4-9] en retirant une cotation extrême inférieure, le classant en incertain pour absence de consensus. Ainsi, devant la discordance entre les deux questionnaires et l'importance de l'auscultation cardio-pulmonaire en cabinet de médecine générale, cette proposition a été intégrée au troisième questionnaire.

La question de la contraception a obtenu une absence de consensus au deuxième questionnaire contre un accord relatif au premier. La médiane était de 9 pour un intervalle de [2-9] après avoir supprimé une valeur extrême inférieure de 1. Un professionnel considérait que la question pouvait « être remplacée par "Quelle contraception utilisez-vous ?" » Devant cette discordance entre les deux questionnaires, la question a été soumise au cours du troisième.

c. Discussion du troisième tour Delphi®

Le fait de n'avoir réalisé que trois tours Delphi® peut poser problème pour certains items. En effet, quatre items ont obtenu des résultats divergents entre deux questionnaires et n'ont pas été soumis une troisième fois. C'est le cas de la recherche d'endométriose, de l'interrogation du patient sur sa sexualité, de l'examen bucco-dentaire et de la mesure de l'acuité visuelle. Ils nécessiteraient d'être à nouveau soumis.

3. Consultation-type de prévention chez les 16-25 ans en médecine générale

L'étude a permis d'établir une consultation-type à effectuer en cabinet de médecine générale. Chaque item validé par le groupe d'experts a été mis en lien avec la bibliographie afin de confirmer la validité externe de notre étude.

La mise à jour des vaccins permet de faire le point sur les vaccins obligatoires en fonction des recommandations et des orientations professionnelles de chacun. C'est aussi l'occasion d'évoquer la vaccination contre le papillomavirus et d'effectuer le rattrapage si besoin (25). Il s'agit d'un des éléments de la prévention en médecine générale qui est bien encadrée par les recommandations nationales.

Les facteurs environnementaux et notamment le statut socio-économique sont des éléments déterminants dans la santé globale des patients, principalement des jeunes (48).

Le tabac est un toxique connu pour ses implications dans de nombreuses pathologies cardiovasculaires et oncologiques (49). L'importance de sa consommation à La Réunion en fait un élément prépondérant de la prévention chez les 16-25 ans. En effet, près de deux tiers des adolescents de 17 ans en 2014 avaient essayé le tabac et un sur cinq en consommait quotidiennement (50,51). En revanche, l'item n'incluait pas la consommation de zamal (cannabis local) qui est pourtant marquée à La Réunion. C'est effectivement près d'un jeune sur deux qui expliquait avoir déjà essayé cette substance en 2014 (51). On connaît ses complications sur les plans neurologiques et psychiatriques (51), et tous ces éléments nous invitent à reconsidérer sa place dans la consultation de prévention.

La contraception est un sujet important de la prévention pour cette tranche d'âge. À La Réunion, la moyenne d'âge de la première prise d'une contraception est de 19,5 ans quand le premier rapport sexuel a lieu vers 18 ans. De plus, 11 % des grossesses déclarées sont non désirées et environ un quart des Réunionnaises évoque avoir déjà eu recours à une IVG (52). La discordance entre le premier et le deuxième questionnaire nous a conduit à proposer cet item au troisième questionnaire. Le résultat final est en cohérence avec la littérature.

Le manque de sommeil concerne environ 20 à 25 % des 15-20 ans. Il a de nombreuses conséquences sur le plan métabolique et endocrinien, neurocognitif et psychologique (53). Tous ces éléments confirment l'importance de rechercher des troubles du sommeil chez les jeunes en consultation de médecine générale.

Le stress est un facteur de risque de pathologies psychiatriques et cardiovasculaires (32,54). Il est donc important de le rechercher au sein de la population générale.

Le harcèlement est un autre sujet d'actualité concernant parfois directement les réseaux sociaux. Une étude française de 2012 a retrouvé que 35 % des personnes interrogées avaient connu un cyber-harcèlement pour une moyenne d'âge de 17,8 ans avec un écart-type de 5,86 (55). La tranche d'âge des 16-25 ans est donc directement concernée par ce problème qui peut mener à des complications parfois graves (55). Quatorze pour cent des stalkers (ou « traqueurs ») seraient des personnes inconnues de la victime (56). Le fait de demander précisément au patient le lieu de harcèlement (école/travail ou hors école/travail) permet de l'aider à identifier des lieux de sécurité et de mesurer l'ampleur du phénomène dans son quotidien.

La prévalence des idées suicidaires chez les 15-19 ans est élevée. En effet, ils sont 8,4 % à y avoir pensé au cours de l'année précédente, et 15 % à avoir déjà eu un geste suicidaire en France (57). La recherche d'idées noires permet d'évoquer le moral général et d'aborder la question des idées suicidaires progressivement.

Les experts ont retenu la question de la préoccupation par le poids qui permet de rechercher un mal-être, ainsi qu'un éventuel TCA selon la réponse. En 2010, la HAS incluait dans ses recommandations de poser la question du problème de poids à une population à risque (58), c'est-à-dire les adolescentes, les jeunes femmes, les personnes pratiquant une activité physique qui peut nécessiter un contrôle du poids (danseurs, mannequins, sports en compétition,...), ainsi que les personnes atteintes de pathologies recommandant un régime particulier (58). La prépondérance du surpoids voire de l'obésité à La Réunion avait fait poser la question à tous les patients de 16 à 25 ans au cours de la consultation. Les résultats sont donc en accord avec la bibliographie (59,60).

Depuis 2018, on note une recrudescence des IST (61). En effet, entre 2017 et 2019, une augmentation de 58 % des gonococcies, 29 % des chlamydioses et 6 % des sérologies positives au VIH ont été retrouvées en France (61). Elles sont facilement prévenues par le port d'un préservatif moyennant une bonne utilisation de ce produit, en plus de la vaccination pour les pathologies concernées. Ce sujet a donc toute sa place dans la consultation de prévention chez les 16-25 ans.

Dans le domaine de la sexualité des patients, le sujet de la coercition est un phénomène fréquent mais peu connu. « Environ [un tiers] des étudiantes rapporte avoir été victimes de rapports sexuels non consentants spécifiquement durant leurs années universitaires », et près de deux tiers « des participants issus de la population générale rapportent avoir commis au moins un comportement s'apparentant à la coercition sexuelle » (62). Ce type de pratiques peut être banalisé et les conséquences notamment psychologiques peuvent être graves (idées suicidaires et tentatives de suicides par exemple) (63).

La prévalence de l'endométriose est estimée entre 10 et 15 % chez les femmes françaises, et pourrait être sous-estimée (64). La présence de symptômes cliniques doit faire rechercher cette pathologie par un examen gynécologique et une échographie d'après les recommandations de la HAS de 2017 (65). Les symptômes concernés sont les dysménorrhées, les douleurs pelviennes non menstruelles et les

dyspareunies. La HAS n'était pas en faveur d'un dépistage systématique, mais propose une conduite à tenir en cas de plainte de la patiente. Cependant, l'impact négatif sur la qualité de vie d'une douleur chronique est bien connu et plusieurs solutions existent pour prendre en charge des dysménorrhées (66). Ces dernières sont souvent banalisées et peuvent avoir de lourdes répercussions sur la vie des patientes. Les rechercher systématiquement pourrait permettre de lever le tabou sur ce sujet et d'améliorer la qualité de vie de nombreuses patientes.

L'auscultation cardio-pulmonaire et la prise de la tension artérielle sont des éléments importants de tout examen médical.

La prise des mesures anthropométriques est un élément important au cours de la croissance et la surveillance du poids tout au long de la vie permet de dépister de nombreuses pathologies. Ces mesures font en effet partie de l'état général du patient. Si le surpoids est associé à de nombreuses comorbidités (risques cardiovasculaire, ostéo-articulaire et psychologique notamment) (67,68), une maigreur peut être le signe de pathologies organiques ou psychiatriques (58).

Enfin, la scoliose concerne 2 % de la population générale. Elle est le plus souvent asymptomatique mais peut avoir des conséquences importantes. Elle doit donc être recherchée par un examen physique (69).

4. Perspectives

L'objectif de ce travail était d'établir une consultation-type de prévention au sein de la population des 16-25 ans en médecine générale. Elle pourrait être complétée par différentes conduites à tenir selon les réponses du patient aux questions posées. En effet, le travail de prévention ne s'arrête pas au simple fait d'aborder un sujet mais de l'approfondir en cas de besoin et d'agir en fonction des données collectées. Par exemple, en cas de tabagisme actif, il convient de demander au patient s'il souhaite arrêter, et de proposer de l'accompagner le cas échéant. Cela pourrait être fait sous forme d'arbre décisionnel ou de questionnaire interactif.

La consultation établie pourrait être testée en cabinet de médecine générale, en étudiant la faisabilité et l'acceptabilité par le praticien et par le patient. Ceci présuppose que le praticien programme une consultation de prévention pour cette

tranche d'âge au sein de son cabinet. Elle pourrait également être transcrite sous forme d'un questionnaire à faire remplir annuellement par le patient et à remettre au médecin traitant. Ce dernier pourrait recontacter le patient au besoin. Pour chaque issue proposée, une étude spécifique devra être réalisée.

La consultation créée pourrait enfin être intégrée à un logiciel-métier médical. Ceci rendrait son utilisation facilitée par les professionnels et permettrait de conserver les données recueillies dans le dossier médical. De plus, le suivi du patient serait assuré, en permettant de comparer les données d'une année à l'autre par exemple.

V. Conclusion

La prévention est un des rôles majeurs du médecin généraliste. Actuellement, elle est pratiquée de façon opportuniste. Les praticiens regrettent de ne pas pouvoir effectuer plus de prévention auprès de leurs patients. Le manque de temps est souvent imputé.

Notre travail avait pour objectif d'établir une consultation-type de prévention chez les 16-25 ans en cabinet de médecine générale. Au moyen de la méthode Delphi®, dix-huit items ont été retenus par le groupe d'experts pour la constituer.

Proposer un tel document pourrait permettre un gain de temps aux médecins généralistes et ainsi favoriser la prévention. Il conviendrait d'évaluer auprès des médecins généralistes son acceptabilité et sa faisabilité. Cette consultation-type pourrait être intégrée à un logiciel-métier afin de faciliter son utilisation, et le suivi du patient.

VI. Bibliographie

1. Haute Autorité de santé. Prévention. [En ligne]. 2006, [consulté le 03/09/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention>
2. Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Baromètre santé médecins généralistes. 2009;45-83.
3. Flajolet A (Député du Pas-de-Calais), Bonamy M (Rapporteur). Rapport Flajolet – Peut-on réduire les disparités de santé ? Paris : La Documentation française; 2008. Commandité par le Premier Ministre.
4. Lemoullec N, Chopinet-Dijou S, Eygonnet F, Thiria J. Conférence de consensus sur le diabète à la Réunion et à Mayotte - Référentiel prévention ciblée. 2016. Commandité par l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien, IREPS.
5. Jamouille M. Prévention quaternaire. Pratiques. 2013;(63):76-9.
6. Jamouille M. La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. La Rev Pres. 2012;32(345):552-4.
7. Hippocrate. Épidémies I, 5. In: Épidémies. 410 apr. J.-C.
8. Bentzen N (Editeur). Wonca International Classification Committee. An international glossary for general/family practice. Family Practice. 1995;12(3):341-69.
9. San Marco J-L. La prévention : fondements et méthodes. In : Bourdillon F. Traité de prévention. Paris : Flammarion; 2009. (Médecine-Sciences) p.3-8.
10. Larche-Mochel M, Esteve D. Éthique et rôle du médecin du travail. Arch Mal Prof. 2004;65(2-3):162-8.
11. Baudier F (Rapporteur et membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)). Consultations de prévention - Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Commandité par la Direction Générale de la Santé au HCSP. Site du HCSP [en ligne]. 2009, [consulté le 10/10/2021]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=70>>
12. Article L-162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale modifié par Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 – art. 2. Legifrance [en ligne].2021, [consulté le 10/10/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499910>
13. Roselyne Bachelot-Narquin (ministre de la Santé de la Jeunesse et des Sports), Présentation du Plan « Santé des jeunes » [en ligne]. 2021, [consulté le 15/10/2021]. Disponible sur Internet : <<https://www.cnle.gouv.fr/le-plan-sante-des-jeunes.html>>
14. Lettre aux médecins généralistes. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? Site de MG France [en ligne]. 2019, [consulté le 03/10/2021]. Disponible sur Internet : <<https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2142-patients-sans-medecin-traitantmythe-ou-realite>>
15. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148-55.

16. Bouziane-Rahmani Y. La démarche de prévention des médecins généralistes au cabinet médical: enquête qualitative par entretiens semi dirigés de 13 médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nice : Université Sophia Antipolis Faculté de Médecine ; 2015.
17. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2008;20(5):489.
18. Breuil-Genier P, Goffette C (Membres de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques). La durée des séances des médecins généralistes. *Études et Résultats*. 2006;(481):1-8. Commandité par le ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement et le ministère de la Santé et des Solidarités.
19. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Acad Natl Med*. 2021;205(8):857-866.
20. Chevallier P, Colombet I, Wajs C, Leneveut L, Chatellier G. Étude C-PRED-EsPeR : nouveau concept pour la vraie vie ? *Exercer*. 2008;19(81):36-41.
21. Haute Autorité de santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humain (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. Synthèse de la recommandation en Santé publique [en ligne]. 2019, [consulté le 10/10/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67>
22. L'Assurance maladie. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent. [en ligne]. 2019, [consulté le 14/12/2020]. Disponible sur Internet: <[https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent](https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent)>
23. Article L3111-2 du Code de la Santé Publique, modifié par la Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 – art. 49 (V). *Legifrance* [en ligne]. 2017, [consulté le 10/10/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000036358484/>
24. Institut national du cancer. Papillomavirus et cancer - État des lieux et des connaissances - Fiches repères. *E-cancer* [en ligne]. 2018, [consulté le 09/09/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.e-cancer.fr/content/download/240202/3301879/file/Papillomavirus_et_cancer_mel_20180704.pdf>
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2021. *Solidarités santé gouv* [en ligne]. 2021, [consulté le 09/09/2021]. Disponible sur Internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_090721.pdf>
26. L'Assurance maladie. Contraception. *Ameli* [en ligne]. 2021, [consulté le 17/10/2021]. Disponible sur Internet : <<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>>
27. Amendement n°1209 après le 23° de l'article L.160-14 du Code de la Sécurité Sociale. *Assemblée nationale* [en ligne]. 2017, [consulté le 09/09/2021]. Disponible sur Internet: <<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/0269/AN/1209>>

28. Le Guludec D (Présidente du Collège de la Haute Autorité de santé). Avis n°209.0033/AC/SEESP du 29 mai 2019 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la place des consultations de prévention dans la stratégie nationale de santé. HAS. [en ligne] 2019, [consulté le 10/10/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_2973371/fr/avis-n-2019-0033/ac/seesp-du-29-mai-2019-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-a-la-place-des-consultations-de-prevention-dans-la-strategie-nationale-de-sante>
29. L'Assurance maladie. Examen de prévention en santé. Ameli [en ligne]. 2020, [consulté le 06/02/2021]. Disponible sur Internet : <<https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>>
30. Haute Autorité de santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). HAS [en ligne]. 2013, [consulté le 09/09/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_1623732/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-colorectal>
31. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage - Recommandations en Santé Publique. HAS [en ligne]. 2014, [consulté le 11/09/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage>
32. Laura D, Nouyrigat E, Revel-Delhom C, Cheddani L. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. HAS [en ligne]. 2020, [consulté le 10/10/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3260834>
Commandité par la Haute Autorité de santé.
33. Housseau B, Vincent I (Membres de l'INPES). Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009. Commandité par le ministère de la Santé et des Sports.
34. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011;22(99):170-7.
35. Laurence M, Dhénain M, André-Vert J (Membres de la Haute Autorité de santé). Élaboration de recommandations de bonne pratique - Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». Guide méthodologique. 2010.
36. Fitch K, éditeur. The Rand/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: Rand; 2001.
37. Slocum N. Présentation de la méthode Delphi. In: Slocum N. Méthodes participatives - Un guide pour l'utilisateur. Fondation Roi Baudouin et Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek. 2006.
38. Bourree F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. Rev Epid San Pub. 2008; 56(2008):415-23.
39. Laurent F, Sicsic J, Saint-Lary O. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) : quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ? Rev Epid San Pub. 2015;63(2):67-76.

40. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information - Les fiches en ligne de la lettre du Centre d'Évaluation de Documentation et d'Innovation Pédagogiques [en ligne]. 2014, [consulté le 06/10/2021]. Disponible sur Internet : <<http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matiere-de-a1113.html>>
41. Prévost S, Metz J-P, Mottet N. Élaboration d'un outil d'information sur l'accouchement : consensus par la méthode Delphi. *Gynecol Obstet Fertil Sen.* 2021;3509:1-9.
42. Berthelot J-M. The Hawthorne effect : Stronger than the placebo effect ? *Joint Bone Spine.* 2011;78(4):335-6.
43. Bouet P, Gerard-Varet J-F (Membres du CNOM). Situation au 1er janvier 2021 - Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne]. 2021, [consulté le 07/10/2021]. Disponible sur Internet: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf>
44. Vincent-Desliers S. Prévention de l'obésité infantile par intervention brève (POPIB) : Élaboration d'une intervention brève par méthode Delphi. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Tours : Université François-Rabelais Faculté de Médecine; 2013.
45. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995;311(7001):376-80.
46. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus: le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. HAS [en ligne]. 2020, [consulté le 20/09/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans>
47. Bourdel N, Chauvet P, Canis M. Stratégies diagnostiques dans l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynecol Obstet Fertil Sen.* 2018;46(3):209-13.
48. Guitton E, Arnaud C, Godeau E, Navarro F, Grandjean H. Statut socio-économique, comportements de santé et santé des adolescents français : l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). *Rev Epidemiol Sante.* 2005;53(4):383-92.
49. Urban T, Hureau J, Justeau G, de Chabot G. Facteurs de risque des cancers bronchiques : tabac, exposition professionnelle et environnementale. *Rev Mal Respir.* 2018;10(3):186-91.
50. Ricquebourg M, Stojcic I, Rachou E (Membres de l'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien). Les addictions à La Réunion - Actualisation des données disponibles en 2015. 2015.
51. Daveluy A, Haramburu F. Consommation de substances psychoactives à la Réunion et à Mayotte, départements français de l'Océan Indien. *Therapie.* 2018;73(5):419-27.
52. Bardot M, Bernard C, Bernede-Bauduin C, Dassa B, Stojcic I, Rachou E (Membres de l'Observatoire Régional de la Santé La Réunion). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels en 2012 - Contraception et grossesses non prévues. Enquête KAPB Réunion. 2014.
53. Bat-Pitault F, Da Fonseca D. Réduction du temps de sommeil chez les adolescents : conséquences et prise en charge ? *Arch Pédiatrie.* 2012;19(10):1095-9.

54. Collange J, Bellinghausen L, Chappé J, Saunder L, Albert E. Stress perçu : à partir de quel seuil devient-il un facteur de risque pour les troubles anxiodépressifs ? Arch Mal Prof Enviro. 2013;74(1):7-15.
55. Rémond J-J, Kern L, Romo L. Étude sur la « cyber-intimidation » : cyberbullying, comorbidités et mécanismes d'adaptations. Encephale. 2015;41(4):287-94.
56. Cailleau V, Harika-Germaneau G, Delbreil A, Jaafari N. Le stalking : de la « poursuite romantique » à la prédation sexuelle. Presse Med. 2018;47(6):510-8.
57. Purper-Ouakil D. Repérer et prendre en charge la dépression et les conduites suicidaires chez l'adolescent. Encephale. 2009;Hors-série 1(3-7):5.
58. Jeammet P, Vénisse J-L, Nouyrigat E, Michel L. Anorexie mentale : prise en charge - Recommandations de bonne pratique. Haute Autorité de santé [en ligne]. 2010, [consulté le 10/10/2021]. Disponible sur Internet: <https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge>
59. Agence Régionale de Santé Océan Indien. Chiffre clés 2020 : le diabète et les personnes diabétiques à La Réunion. La Réunion ARS [en ligne]. 2020, [consulté le 12/09/2021]. Disponible sur Internet : <<https://www.lareunion.ars.sante.fr/chiffre-cles-2020-le-diabete-et-les-personnes-diabetiques-la-reunion>>
60. Merceron S, Thibault P (Membres de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Un Réunionnais sur dix déclare être en mauvaise santé - Enquête Santé à La Réunion en 2019. Insee Analyses Reunion [Internet]. 2021, [consulté le 31/08/2021]. Disponible sur Internet : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5363533>>
61. Mach F, Marchandin H, Bichon F. Les infections sexuellement transmissibles, une recrudescence préoccupante. Actual Pharm. 2021;60(608):8-12.
62. Benbouriche M, Parent G. La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale : définition, données disponibles et implications. Sexologies. 2018;27(2):81-6.
63. Coker AL, McKeown RE, Sanderson M, Davis KE, Valois RF, Huebner ES. Severe dating violence and quality of life among South Carolina high school students. Am J Prev Med. 2000;19(4):220-7.
64. Tuffereau CJM. Endométriose : prise en charge et conséquences sur la fertilité. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne Faculté de Médecine; 2017.
65. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'endométriose - Démarche diagnostique et traitement médical. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. HAS [en ligne]. 2017, [consulté le 26/04/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf>
66. Mach F, Marchandin H, Bichon F. Les dysménorrhées, des troubles qui altèrent la qualité de vie. Actual Pharm. 2021;60(604):42-5.
67. Sultan A. Médiateurs métaboliques du risque cardiovasculaire au cours du surpoids et de l'obésité. Med Mal Metab. 2015;9(4):76-7.
68. Auréal M, Coury F. Pathologies rhumatismales associées au surpoids ou à l'obésité. Med Mal Metab. 2021;15(5):455-63.

69. Vincent C, Soubeyrand M, Court C. Actualités de la prise en charge chirurgicale des scolioses de l'adulte. J Readapt Med. 2012;32(2):79-89.

VII. Annexes

1. Annexe 1 – Constitution du premier questionnaire

Le questionnaire n°1 figure en Annexe 2. Il a été constitué à partir d'une recherche bibliographique initiale qui est détaillée item par item ici.

A. Pré-consultation

Nous avons suggéré d'intégrer un questionnaire de pré-consultation. Celui-ci permettrait en effet un gain de temps précieux pour le praticien (1). Son objectif serait d'aider le patient à réfléchir aux sujets qui seront abordés au cours de la consultation. Il permettrait également d'aider le praticien à mieux cibler les besoins spécifiques du patient, afin d'adapter au mieux la consultation de prévention. L'équipe du Professeur P. Alvin propose un questionnaire au sein de ses services (hospitalisation et consultations). Il a été reconnu par le ministère de la Santé et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) (2). Il était initialement adressé pour une patientèle reçue en pédiatrie donc pour les mineurs. Il aborde des sujets divers et variés, et constitue une base qui pourrait être modifiée selon les commentaires des experts.

B. Format de la consultation

a. Secret médical

Le secret médical n'est pas une notion comprise par tous. Les jeunes craignent souvent que leurs parents ne soient mis au courant, ce qui peut biaiser leurs réponses (3). L'âge minimal de la population cible pour la consultation de prévention est de 16 ans, âge auquel le patient doit désigner un médecin traitant. Il nous semblait alors opportun d'expliquer le secret médical.

b. Accompagnant en salle d'attente

Proposer de voir le jeune adulte seul permet de limiter les biais liés à la présence d'un tiers. Le patient ne réagit pas de la même manière s'il est en présence d'une autre personne, et notamment d'un parent (2).

C. Informations générales

a. Tutoiement/vouvoiement

La question du tutoiement et du vouvoiement, qui peut paraître acquise de longue date chez le médecin traitant qui soigne depuis l'enfance, peut être perçue différemment par le patient. Ce dernier peut trouver appréciable qu'on lui pose la question (2).

b. Études/travail, projets professionnels, loisirs

Les facteurs environnementaux et notamment le statut socio-économique sont des éléments déterminants dans la santé globale des patients, et notamment des jeunes (4). Les loisirs et les projets professionnels sont des facteurs qui permettent de mieux connaître le patient et d'évaluer les risques spécifiques liés à ces activités.

c. Activité physique et alimentation

Les questions concernant l'activité physique et l'alimentation permettent de rechercher des facteurs de risque cardiovasculaires et d'obésité ou de trouble du comportement alimentaire. En effet, selon une étude réalisée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) en 2019, 7 % des Réunionnais de moins de 25 ans souffraient d'obésité. Ils étaient 14 % tout âge confondu à ne pas faire d'activité physique, et 60 % des Réunionnais de moins de 25 ans ne consommaient pas de fruits et légumes quotidiennement (5).

d. Vaccination et carnet de santé

La mise à jour des vaccins permet de faire le point sur les vaccins obligatoires en fonction des recommandations et des orientations professionnelles de chacun. C'est aussi l'occasion d'évoquer la vaccination contre le papillomavirus et d'effectuer le rattrapage si besoin (6).

D.Circulation routière

Les accidents de la voie publique (AVP) sont la première cause de décès chez les jeunes. Ils représentaient en effet en France métropolitaine, 24,6 % des causes de décès chez les 15-24 ans d'après une étude de l'INSEE de août 2019 (Source INSERM-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès)) (7). En 2005, les AVP représentaient 22,8 décès pour 100.000 habitants à la Réunion soit 1,7 % des décès toute cause confondue et tout âge confondu, contre 18,2 décès pour 100.000 habitants en Métropole (8). La ceinture de sécurité a montré son intérêt pour limiter la gravité ou les risques de décès au cours d'un accident de la route (9). Le port du casque fait partie des facteurs de risque de gravité d'un accident de la route modifiables (10). La ceinture de sécurité aux places avant ainsi que le port du casque pour les motos sont devenus obligatoires en 1973 (11). Devant les risques sanitaires représentés par l'absence de port de casque ou de ceinture de sécurité chez les 15-24 ans, il nous paraissait important que le médecin en discute avec son patient.

E.Réseaux sociaux

a. Écrans et réseaux sociaux

L'exposition aux écrans a largement été étudiée chez les enfants. Ses conséquences délétères sur le développement cognitif, sur la quantité et la qualité du sommeil, sur le risque de développer des comportements favorisant le surpoids et l'obésité sont bien connues (12,13). D'autres conséquences sont encore à l'étude, comme l'augmentation du risque de myopie par exemple (12,14). Chez l'adolescent et le jeune adulte, les études commencent à apparaître. Il est notamment retrouvé un lien entre consommation des écrans et troubles de

l'attention au sein d'une population de 18 à 32 ans (14,15). Environ 10 % des adultes présenteraient des difficultés à contrôler leur propre consommation (13). La consommation des écrans est donc un phénomène de société avec des risques sur la santé non négligeables. Sensibiliser les jeunes de 16 à 25 ans pourrait permettre de limiter les risques pour eux-mêmes ainsi que pour leurs enfants à venir.

L'utilisation des réseaux sociaux est un phénomène de société. En effet, 26 millions de Français utilisent Facebook® (16), soit près de 40 % de la population française. Elle concerne surtout les adolescents et les jeunes adultes, puisque 80 % des utilisateurs des réseaux sociaux ont entre 12 et 30 ans (17). Les réseaux sociaux présentent un risque addictogène, notamment chez les femmes de 18 à 24 ans, quand les hommes sont plutôt concernés par un risque d'addiction à Internet en général (16,18). Plusieurs études tentent de dresser des profils d'utilisateurs dits problématiques des réseaux sociaux. L'anxiété, la dépression et la personnalité limite sont par exemple retrouvées chez ces personnes (16). Aucun lien de cause à effet n'a cependant encore été trouvé.

b. Harcèlement

Le harcèlement est un autre sujet d'actualité concernant parfois directement les réseaux sociaux. Une étude française de 2012 a retrouvé que 35 % des personnes interrogées avaient connu un cyber-harcèlement pour une moyenne d'âge de 17,8 ans avec un écart-type de 5,86 (19). La tranche d'âge des 16-25 ans est donc directement concernée par ce problème qui peut mener à des complications de type dépression notamment (19).

Le « stalking » (signifiant « traque » en anglais), est une forme grave de harcèlement (20). Quatorze pour cent des stalkers seraient des personnes inconnues de la victime (20). La question d'un contact éventuel avec un inconnu permettrait d'aborder le sujet du harcèlement ou du cyber-harcèlement en complément de la question dédiée.

c. Audition

Six pour cent des 15-24 ans sont concernés par une surdité qui est le plus souvent acquise. Les loisirs sont un facteur de risque principal en dehors de

l'exposition professionnelle (21). En effet, environ 20 % des 18-25 ans écoutent de la musique à pleine puissance. Concernant un dépistage de la surdité chez les adolescents et les adultes, les médecins généralistes sont peu équipés en France, et il existe peu de recommandations pour cette tranche d'âge (21). Un article de 2014 préconisait d'effectuer de la prévention plutôt que du dépistage auprès des adolescents, afin que les facteurs de risques modifiables puissent être compris par cette population (22).

F. Addictions

Concernant les addictions, l'alcool est le produit psychoactif le plus consommé à La Réunion. En 2014, 81 % des jeunes de 17 ans l'avaient expérimenté et 5 % en avaient un usage régulier. Quant au tabac, 59 % des adolescents de 17 ans l'avaient essayé et un sur cinq en consommait quotidiennement. Le zamal (cannabis local) était consommé régulièrement par 8 % d'entre eux, et ils étaient 44 % à l'avoir déjà essayé (23,24). Au sujet des autres substances consommées par les Réunionnais de 17 ans en 2014, ils étaient 4 % à avoir testé les champignons hallucinogènes et les produits inhalés, 2 % la cocaïne, et 1 % le poppers, les amphétamines, l'héroïne et l'ecstasy (23,24). Outre le risque addictif que représentent ces consommations, chaque produit peut avoir des complications à court ou à long terme. Les complications à court terme peuvent être directes (complications cardiovasculaires et psychiatriques, coma voire décès en cas de surdosage) ou indirecte (accidents de la voie publique en cas de conduite après avoir consommé). Les complications à long terme sont représentées par les risques cardiovasculaires, neurologiques et oncologiques notamment (25,26).

En 2011, deux tiers des médecins généralistes déclaraient aborder la consommation de tabac en consultation. Ils étaient 23 % à évoquer celle de l'alcool, et 7 % celle du cannabis (27). Le questionnaire CRAFFT en anglais ou ADOSPA en français a montré son intérêt dans le dépistage de troubles de la consommation de substances chez les 14-18 ans (28). Il est l'acronyme de Car Relax Alone Forget Family/friends Trouble (CRAFFT) ou Auto Détente Oubli Seul Problèmes Amis/famille (ADOSPA) en rapport avec les items abordés (29). Nous l'avons choisi parce que la tranche d'âge pour laquelle il a été validé est proche de celle des patients concernés par notre étude, parce qu'il est court, compréhensible, et permet

d'aborder ce sujet délicat. Pour la question de la consommation du cannabis, à la Réunion, le terme « haschich » peut être remplacé par « zamal » pour être plus adapté. Il a été proposé d'intégrer le CRAFFT/ADOSPA au questionnaire de pré-consultation afin de laisser du temps au patient de le remplir et d'en discuter en consultation.

Concernant les jeux de hasard et d'argent, en 2011, 44 % des jeunes Français de 17 ans annonçaient avoir déjà essayé (30). Les hommes de 18 à 34 ans représenteraient le profil-type des joueurs en ligne (31). Le principal risque encouru est l'addiction aux jeux avec les complications que cela peut avoir sur le plan social (isolement) et financier (dettes de jeu) (31).

G. Risque suicidaire

Le suicide représente la deuxième cause de mortalité des jeunes après les accidents (2). Huit virgule cinq pour cent des 15-19 ans et 5,3 % des 20-25 ans ont déjà eu des idées suicidaires (2). Ce sujet représente donc une partie importante de la prévention chez les 16-25 ans. Le BITS-test a été évalué initialement sur une population d'adolescents de 15 ans. Il a l'avantage d'être plus récent et d'aborder des sujets plus actuels que le TSTS-Cafard (32). Il présente un côté pratique et très complet à l'approche de ce sujet. Nous avons décidé de proposer une question sur les idées suicidaires en systématique afin d'aborder ce sujet avec la population-cible. En effet, 8,4 % des 15-19 ont déjà eu des idées suicidaires, quand ils sont 15 % à avoir déjà eu un geste suicidaire (33). Il nous paraissait alors important, devant une telle prévalence, de poser la question des idées suicidaires.

H. Troubles du comportement alimentaire

Un Français sur dix souffre de troubles du comportement alimentaire (TCA). Chez les femmes de 15 à 24 ans, l'anorexie mentale serait la troisième cause de maladie chronique. De plus, la précocité de détection d'un TCA améliore son pronostic (34). Le questionnaire SCOFF-F a été validé en France en 2008 pour le dépistage de patients souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie (35). En 2010, la HAS inclut dans ses recommandations pour le dépistage de poser la question du problème de poids, ou d'utiliser le SCOFF-F (36). Ceci pour une population à risque

de TCA, soient les adolescentes, les jeunes femmes, les personnes pratiquant une activité physique qui peut nécessiter un contrôle du poids (danseurs, mannequins, sports en compétition,...), ainsi que les personnes atteintes de pathologies recommandant un régime particulier (36). La population identifiée pour le dépistage des TCA est donc une population davantage ciblée. Or, La Réunion est un département très touché par le diabète et le surpoids voire l'obésité avec une indication de mesures hygiéno-diététiques à suivre. En effet, environ 8 % des patients du régime général de la sécurité sociale étaient diabétiques en 2018 (37) et 7 % des moins de 25 ans étaient obèses en 2019 (5). C'est pourquoi la question permettant le dépistage des TCA a été généralisée à tous les patients de 16 à 25 ans dans le questionnaire.

I. Sexualité

a. Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle est une question qui peut paraître intrusive au cours d'une consultation avec son médecin traitant. Il s'agit pourtant d'un outil permettant de détecter une population à risque psychique et infectieux. En effet, les minorités sexuelles présentent un risque d'anxiété, de dépression, un risque suicidaire et un risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) plus élevés que les personnes hétérosexuelles (38).

b. Contraception

L'âge moyen du premier rapport sexuel est entre 17 et 18 ans chez les garçons comme les filles. Pour 18 %, il a lieu entre 13 et 15 ans (39). À La Réunion en 2012, ils étaient près de 63 % parmi les 15-17 ans et 45 % parmi les 18-29 ans à avoir déjà eu recours à une contraception d'urgence (40). La même année, environ 24 % des femmes réunionnaises interrogées avaient déjà eu recours à l'IVG (Interruption volontaire de grossesse) (40). La prévention autour de ce sujet reste donc primordiale.

c. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Les IST connaissent une recrudescence en France depuis 2018. La prévention est un paramètre important de leur prise en charge (41).

J. Prévention ciblée

a. Papillomavirus (HPV pour Human PapillomaVirus)

Le dépistage du cancer du col de l'utérus commence chez les femmes à partir de l'âge de 25 ans selon un protocole bien défini par la HAS (42). La prévention de cette pathologie débute à l'adolescence entre 11 et 14 ans avec la vaccination recommandée chez les filles et les garçons depuis le 1^{er} janvier 2021. Un rattrapage est possible jusqu'à 19 ans, voire 26 ans pour les hommes ayant des rapports homosexuels (6,41).

b. Endométriose

La prévalence de l'endométriose est estimée entre 10 et 15 % chez les femmes françaises, et pourrait être sous-estimée (43). Le dépistage systématique de la population générale n'est pas recommandé (44). En revanche, la présence de symptômes cliniques doit faire rechercher cette pathologie par un examen gynécologique et une échographie d'après les recommandations de la HAS de 2017 (44). La recherche de dysménorrhées avec impact sur les activités de la vie quotidienne, de douleurs pelviennes régulières et de dyspareunies en soins primaires permettrait donc d'orienter les patientes vers un gynécologue. Pour ne pas alourdir un questionnaire déjà long, seules les questions de dysménorrhées impactant les activités de la vie quotidienne et les dyspareunies ont été abordées.

Plusieurs études avancent le caractère génétique et les antécédents familiaux comme un facteur de risque de développer une endométriose (43). Pour cette raison, la question des antécédents a été incluse, même si elle ne fait pas partie des recommandations de la HAS de 2017.

K. Examen clinique

a. Mesures anthropométriques

Les mesures anthropométriques avec prise de poids, taille et calcul de l'IMC (Indice de masse corporel) sont nécessaires pour dépister un surpoids ou un poids inférieur à la norme. Le surpoids est en effet associé à de nombreuses comorbidités (risques cardiovasculaires, ostéo-articulaires et psychologiques notamment) (45,46). Un IMC inférieur à 18,5 peut être le signe d'un trouble du comportement alimentaire avec anorexie. Une cassure dans les courbes de poids et de taille peut aussi être un indicateur de problèmes sus-cités ou de problèmes cardiaques, néphrologiques, endocrinologiques,... (36).

b. Scoliose

La scoliose concerne 2 % de la population totale, tous âges confondus. Elle est en général asymptomatique et nécessite donc d'être recherchée par un examen physique (47). Celui-ci permet de mettre en évidence une asymétrie du tronc (ou gibbosité) (48).

c. Stadification de Tanner

La stadification de Tanner permet d'évaluer le développement pubertaire chez les adolescents. Elle est utile pour rechercher un retard du développement qui est significatif après 13 ans chez la fille et 14 ans chez le garçon (49).

d. Auscultation cardio-pulmonaire

L'auscultation cardio-pulmonaire est enfin la base de tout examen physique en médecine générale. L'intégrer à une consultation de prévention permettrait de dépister d'éventuelles anomalies non encore détectées sur le plan cardio-pulmonaire.

Bibliographie de l'Annexe 1

1. Lassalle G. Élaboration d'un auto-questionnaire patient et évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux Faculté des Sciences médicales; 2016.
2. Housseau B, Vincent I (Membres de l'INPES). Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009. Commandité par le ministère de la Santé et des Sports.
3. Rufo M, Choquet M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Paris : Anne Carrière; 2007.
4. Guitton E, Arnaud C, Godeau E, Navarro F, Grandjean H. Statut socio-économique, comportements de santé et santé des adolescents français : l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Rev Epidemiol Sante. 2005;53(4):383-92.
5. Merceron S, Thibault P (Membres de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Un Réunionnais sur dix déclare être en mauvaise santé - Enquête Santé à La Réunion en 2019. Insee Analyses Reunion [Internet]. 2021, [consulté le 31/08/2021]. Disponible sur Internet : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5363533>>
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2021. Solidarités santé gouv [en ligne]. 2021, [consulté le 09/09/2021]. Disponible sur Internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_090721.pdf>
7. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Causes de décès des jeunes et des enfants - Données annuelles de 2000 à 2016. INSEE [en ligne]. 2019, [consulté le 10/09/2021]. Disponible sur: <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386052#tableau-figure2>>
8. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Chapitre 6.2 Maladie, accidents. In : INSEE Réunion. Tableau Économique Régional (TER) 2010. 2010;138-9.
9. Charbotel B, Gadegbeku B, Bergeret A, Laumon B. De l'intérêt pour les conducteurs de poids lourds de porter leur ceinture de sécurité. Arch Mal Prof Environ. 2004;65(7-8):551-6.
10. Lagarde E. Les enjeux actuels de l'insécurité routière en France, focus sur le risque routier professionnel. Arch Mal Prof Environ. 2020;81(5):413.
11. Sécurité routière. Les grandes dates de la sécurité routière [en ligne]. 2012, [consulté le 11/09/21]. Disponible sur Internet: <<https://www.securite-routiere.gouv.fr/mieux-nous-connaître/qui-sommes-nous/les-grandes-dates-de-la-securite-routiere>>
12. Duché P, Billette-de-Villemeur A, Com-Ruelle L, Halley des Fontaines V (Membres du Haut Conseil de la Santé Publique). Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. Rapport du HCSP. 2020;84.
13. Harlé B, Desmurget M. Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. Arch Pédiatrie. 2012;19(7):772-6.

14. Chatard H. Toxicité des écrans sur la vision : quelles sont les conséquences de l'utilisation excessive des écrans chez l'enfant et le jeune adulte ? *Rev Fr Orthoptie*. 2017;10(3-4):129-31.
15. Swing EL, Gentile DA, Anderson CA, Walsh DA. Television and Video Game Exposure and the Development of Attention Problems. *Pediatrics*. 2010;126(2):214-21.
16. Delfour M, Moreau A, Laconi S, Goutaudier N, Chabrol H. Utilisation problématique de Facebook à l'adolescence et au jeune âge adulte. *Neuropsychiat Enf*. 2015;63(4):244-9.
17. Vilca LW, Vallejos M. Construction of the Risk of Addiction to Social Networks Scale (Cr.A.R.S.). *Comput Hum Behav*. 2015;48:190-8.
18. Simion O, Dorard G. L'usage problématique des réseaux sociaux chez les jeunes adultes : quels liens avec l'exposition de soi, l'estime de soi sociale et la personnalité ? *Psychol Fr*. 2020;65(3):243-59.
19. Rémond J-J, Kern L, Romo L. Étude sur la « cyber-intimidation » : cyberbullying, comorbidités et mécanismes d'adaptations. *Encephale*. 2015;41(4):287-94.
20. Cailleau V, Harika-Germaneau G, Delbreil A, Jaafari N. Le stalking : de la « poursuite romantique » à la prédation sexuelle. *Presse Med*. 2018;47(6):510-8.
21. Laëtitia M. Développement et évaluation d'un test de dépistage de la surdité des jeunes adultes en médecine générale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris : Université Paris Diderot; 2015.
22. François M. Perte auditive chez l'adolescent : quel dépistage ? *Real Ped*. 2014;(187):55-7.
23. Ricquebourg M, Stojcic I, Rachou E (Membres de l'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien). Tableau de bord. Les addictions à La Réunion - Actualisation des données disponibles en 2015. 2015;9.
24. Daveluy A, Haramburu F. Consommation de substances psychoactives à la Réunion et à Mayotte, départements français de l'Océan Indien. *Therapies*. 2018;73(5):419-27.
25. Urban T, Hureauux J, Justeau G, de Chabot G. Facteurs de risque des cancers bronchiques : tabac, exposition professionnelle et environnementale. *Rev Mal Respir*. 2018;10(3):186-91.
26. Jeanne G, Purper-Ouakil D, Rigole H, Franc N. Nouveaux styles de consommation de produits psychoactifs chez les adolescents en France. *Encephale*. 2017;43(4):346-53.
27. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev Epid San Pub*. 2011;59(5):285-94.
28. Knight J, Sherritt L, Shrier L, Harris S, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediat Adol Med*. 2002;156(6):607-14.
29. Peniak I. L'adolescent face à l'alcool [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nancy: Université Henri Poincaré; 2009.
30. Beck F, Dervaux A, Du Roscoät E, et. al. (Membres de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale). Conduites addictives chez les adolescents - Usages,

prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Les éditions INSERM. 2014.

31. Bonnaire C. Jeux de hasard et d'argent sur Internet : quels risques ? *Encephale*. 2012;38(1):42-9.
32. Binder P, Heintz A-L, Servant C, Roux M-T, Robin S, Gicquel L, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care : the bullying - insomnia - tobacco - stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychia*. 2018;12(4):637-44.
33. Purper-Ouakil D. Repérer et prendre en charge la dépression et les conduites suicidaires chez l'adolescent. *Encephale*. 2009;Hors-série 1(3-7):5.
34. Pawlak J. Le questionnaire SCOFF-F : Utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'anorexie mentale ou de la boulimie. [Thèse de Doctorat d'Université, Droit et Santé, Médecine]. Lille : Université Henri Warembourg; 2016.
35. Garcia F, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychia*. 2010;11(7):888-93.
36. Jeammet P, Vénisse J-L, Nouyrigat E, Michel L. Anorexie mentale : prise en charge - Recommandations de bonne pratique. Haute Autorité de santé [en ligne]. 2010, [consulté le 10/10/2021]. Disponible sur Internet: <https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge>
37. Agence Régionale de Santé Océan Indien. Chiffre clés 2020 : le diabète et les personnes diabétiques à La Réunion. La Réunion ARS [en ligne]. 2020, [consulté le 12/09/2021]. Disponible sur Internet : <<https://www.lareunion.ars.sante.fr/chiffre-cles-2020-le-diabete-et-les-personnes-diabetiques-la-reunion>>
38. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France. [Thèse de Doctorat d'Université, Droit et Santé, Médecine]. Lille : Université Henri Warembourg; 2018.
39. Rahib D, Lydié N. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. *BEH* 29. 2018;590-5.
40. Bardot M, Bernard C, Bernede-Bauduin C, Dassa B, Stojcic I, Rachou E (Membres de l'Observatoire Régional de la Santé La Réunion). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels en 2012 - Contraception et grossesses non prévues. Enquête KAPB Réunion. 2014.
41. Mach F, Marchandin H, Bichon F. Les infections sexuellement transmissibles, une recrudescence préoccupante. *Actual Pharm*. 2021;60(608):8-12.
42. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. HAS [en ligne]. 2020, [consulté le 20/09/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans>
43. Tuffereau CJM. Endométriose : prise en charge et conséquences sur la fertilité. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne Faculté de Médecine; 2017.

44. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'endométriose - Démarche diagnostique et traitement médical. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. HAS [en ligne]. 2017, [consulté le 26/04/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_l'endometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf>
45. Sultan A. Médiateurs métaboliques du risque cardiovasculaire au cours du surpoids et de l'obésité. *Med Mal Metab.* 2015;9(4):76-7.
46. Auréal M, Coury F. Pathologies rhumatismales associées au surpoids ou à l'obésité. *Med Mal Metab.* 2021;15(5):455-63.
47. Vincent C, Soubeyrand M, Court C. Actualités de la prise en charge chirurgicale des scoliose de l'adulte. *J Readapt Med.* 2012;32(2):79-89.
48. Carricaburu J, Biot B, Bollini G, Clément J-L, Dargencourt M, Guillaumat M. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25°) jusqu'à maturation rachidienne - Guide Affection de Longue Durée. Service des ALD et accords conventionnels. 2008. Commandité par la Haute Autorité de santé.
49. Alvin P, De Tournemire R, Chambry J, Laurence M. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires - Recommandations pour la pratique clinique. Service des recommandations professionnelles. 2005. Commandité par la Haute Autorité de santé.

2. Annexe 2 – Questionnaire n°1 soumis en ligne aux experts

Consultation type de prévention chez les 16 - 25 ans en médecine générale

Le Plan pour la Santé des Jeunes de 2008 prévoyait de mettre en place pour les jeunes de 16 à 25 ans, une consultation annuelle prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Depuis 2019, seule la consultation de prévention pour les jeunes de 15-16 ans a été instaurée. Elle s'inscrit parmi les 20 examens de suivi médical de l'enfant et l'adolescent de la naissance à 16 ans.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice pour la validation du Doctorat en médecine générale, je réalise une étude ayant pour objectif la constitution d'une consultation type de prévention chez le jeune de 16 à 25 ans. L'objectif étant ainsi de faciliter le suivi médical pour la tranche d'âge non encore concernée par un plan de prévention structuré par l'Assurance maladie.

À cet effet, nous considérons que la consultation se déroule en 20 à 30 minutes environ. Il s'agit d'une étude qualitative à visée d'obtention d'un consensus par la méthode Delphi°. Vous faites partie du groupe d'experts volontaires pour participer à cette étude et je vous en remercie.

Vous participez au premier tour Delphi° de cette étude. Une consultation-type de prévention de l'adolescent de 16 à 25 ans a été rédigée à partir de la littérature. Votre avis est sollicité quant à la pertinence de chaque item au sein de cette consultation. Vous devez noter le degré de pertinence que vous accordez à chaque proposition à l'aide d'une échelle allant de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (tout à fait pertinent). Les items entre guillemets concernent les questions adressées à l'adolescent(e). Les items hors guillemets vous sont adressés directement. Des encadrés "Commentaires" sont présents à chaque question pour compléter vos réponses si nécessaire. Ils aideront à modifier la consultation-type pour le 2e tour.

Informations générales concernant les experts

Ces informations vous sont demandées afin d'analyser le groupe d'experts constitué sur la base du volontariat. Les réponses sont anonymisées, et seules les données renseignées au sein du questionnaire seront analysées.

- Quelle profession exercez-vous ?

Médecin généraliste

Médecin scolaire

Médecin universitaire

Pédiatre

Pédopsychiatre

Psychiatre

Infirmier scolaire

Autre :

- Quel est votre genre ?

F

M

Autre :

- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Moins de 35 ans

35 à 45 ans

45 à 55 ans

55 à 65 ans

Plus de 65 ans

Pré-consultation

Un questionnaire a été établi par l'équipe du Pr P. Alvin du Centre Hospitalier Bicêtre et validé par le ministère de la Santé et des Sports et l'INPES. Il est présent en page suivante.

- Que pensez-vous de le faire remplir avant la consultation-type de prévention, soit en le distribuant dans la salle d'attente, soit en l'envoyant par mail ?

1. Pas du tout pertinent

2.

3.

4.

5. Moyennement pertinent

6.

7.

8.

9. Tout à fait pertinent

Le choix des réponses à partir de maintenant suivra le même format d'échelle de Likert de 1 à 9. 1 = Pas du tout pertinent ; 9 = Tout à fait pertinent. Les réponses sont suivies d'un encadré pour laisser un commentaire libre.

Format de la consultation (1)

- Vous expliquez le secret médical au patient et l'accompagnateur éventuel.

- Vous demandez à/aux accompagnateur(s) de patienter en salle d'attente le temps de la phase questionnaire de la consultation.

Informations générales

Vous posez maintenant les questions directement au patient.

- " Souhaitez-vous que je vous tutoie ou que je vous vouvoie ? "

- " Que faites-vous comme études/travail ? "

- " Quels sont vos loisirs ? "

- " Qu'est-ce que vous aimeriez faire plus tard ? "

- " Pratiquez-vous une activité physique régulièrement ? "

- " Décrivez-moi vos repas sur une journée. "

- Vaccinations : récupération du carnet de santé, mise à jour des vaccins si nécessaire.



Questionnaire

PRÉ-CONSULTATION

Voici un questionnaire confidentiel. Remplis-le et donne-le au professionnel qui va te voir. Tu n'es pas forcé de répondre à toutes les questions, mais tes réponses (« oui » ou « non ») permettront de gagner du temps et de mieux t'aider.

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. As-tu déjà fumé de l'herbe ou du hash ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Est-ce que tu as un « régime alimentaire » particulier ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin ou d'autres alcools ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Est-ce que tu sautes souvent un repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Si oui, plusieurs fois par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Est-ce que tu fumes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. En scooter ou en moto, tu portes ton casque tout le temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. En voiture, tu portes une ceinture tout le temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D'autres adolescents comme toi parlent souvent de certains problèmes. En voici quelques-uns (ici aussi, réponds par « oui » ou « non »).

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. J'ai du mal à m'endormir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. L'école, c'est un problème pour moi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Je me réveille souvent la nuit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Depuis quelques temps, ça marche moins bien à l'école. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Je suis assez fatigué pendant la journée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Il m'arrive encore de faire pipi au lit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. J'ai peur de devenir enceinte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. J'ai souvent mal à la tête. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. J'ai peur de rendre une fille enceinte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. J'ai souvent mal au ventre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Sais-tu ce qu'est la contraception ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. J'ai souvent des douleurs aux jambes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. J'ai des règles douloureuses. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. J'ai l'impression que mes seins sont trop petits / trop gros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux parler de tout ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ma santé m'inquiète. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (ou elle) était très triste ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Je me sens trop maigre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Je me sens trop gros / trop grosse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. Si tu veux, tu peux écrire ici d'autres choses ou d'autres questions que tu as en tête. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Je me sens trop petit / trop petite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 25. Je me sens trop grand / trop grande. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 26. Je pense que mes parents s'entendent bien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 27. Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 28. J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 29. Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. As-tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas écrire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Figure 7 - Questionnaire de pré-consultation proposé par le Pr Alvin

Circulation routière

- " Mettez-vous votre ceinture de sécurité à chaque fois que vous montez dans une voiture (y compris avec vos amis) ? "
- " Portez-vous un casque à chaque fois que vous faites du vélo, de la moto, du scooter (y compris avec vos amis) ? "

Réseaux sociaux

- " Combien de temps en moyenne par jour passez-vous sur les écrans (téléphone, tablette, ordinateur, télévision, jeux vidéos,...) ? "
- " Combien de temps par jour en moyenne passez-vous sur les réseaux sociaux ? "
- " Sur les réseaux sociaux, parlez-vous avec des personnes que vous ne connaissez pas ? "
- " Vous sentez-vous harcelé(e) par quelqu'un que vous connaissez ou ne connaissez pas ? "
- " Quand vous écoutez de la musique, quel volume mettez-vous ? "
- " Quand vous allez à des concerts festivals, portez-vous une protection auditive (type boules Quiès®) ? "

Addictions

Le test CRAFFT ou ADOSPA est un outil de repérage des pratiques addictives chez les patients (2). Il est présent en page suivante.

- Le proposeriez-vous en consultation de prévention chez le patient de 16 à 25 ans?
- L'intégreriez-vous au questionnaire de pré-consultation ?
- " Avez-vous déjà joué à des jeux d'argent ? "

Risque suicidaire

Le BITS-test (BITS = Brimades Insomnie Tabagisme Stress) est le test de référence pour dépister le risque suicidaire chez l'adolescent. Il a été validé pour une tranche d'âge de 13 à 18 ans. Il remplace le TSTS CAFARD en l'actualisant (apparition de la notion de harcèlement via les réseaux sociaux notamment) (3). Il est présent en page suivante.

Un score > 3 au BITS test requiert de poser la question des idées suicidaires.

- Utiliseriez-vous le BITS-test pour évaluer le risque suicidaire de votre patient(e) et ainsi poser la question des idées suicidaires selon le score ?
- Intégreriez-vous le BITS-test au questionnaire de pré-consultation ?
- Poseriez-vous la question des idées suicidaires systématiquement ?

Partie A

Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous:

1. Bu de l'alcool (plus que quelques gorgées)? (Ne comptez pas les gorgées d'alcool prises au cours de rassemblements familiaux ou religieux.)
2. Fumé de la marijuana ou du haschich?
3. Utilisé autre chose pour vous droguer? («autre chose» comprend les drogues illicites, médicaments en vente libre et sous ordonnance, et ce qui s'inhale ou s'aspire...)

Le patient a-t-il répondu « oui » à une ou plusieurs questions de la Partie A ?

Non : En Partie B, posez la 1^{ère} question uniquement, puis arrêtez-vous.

Oui : En Partie B, posez les 6 questions.

Partie B

1. Etes-vous déjà monté dans une voiture dont le conducteur (y compris vous-même) conduisait sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?
2. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue pour vous détendre, pour être mieux dans votre peau ou pour vous sentir mieux accepté(e) ?
3. Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue lorsque vous êtes seul(e) ?
4. Vous arrive-t-il d'oublier des choses que vous avez faites sous l'emprise de l'alcool ou de drogues ?
5. Est-ce que votre famille ou vos amis vous disent que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue ?
6. Avez-vous déjà eu des ennuis lorsque vous étiez sous l'emprise de l'alcool ?

Figure 8 - Questionnaire CRAFFT (ou ADOSPA)

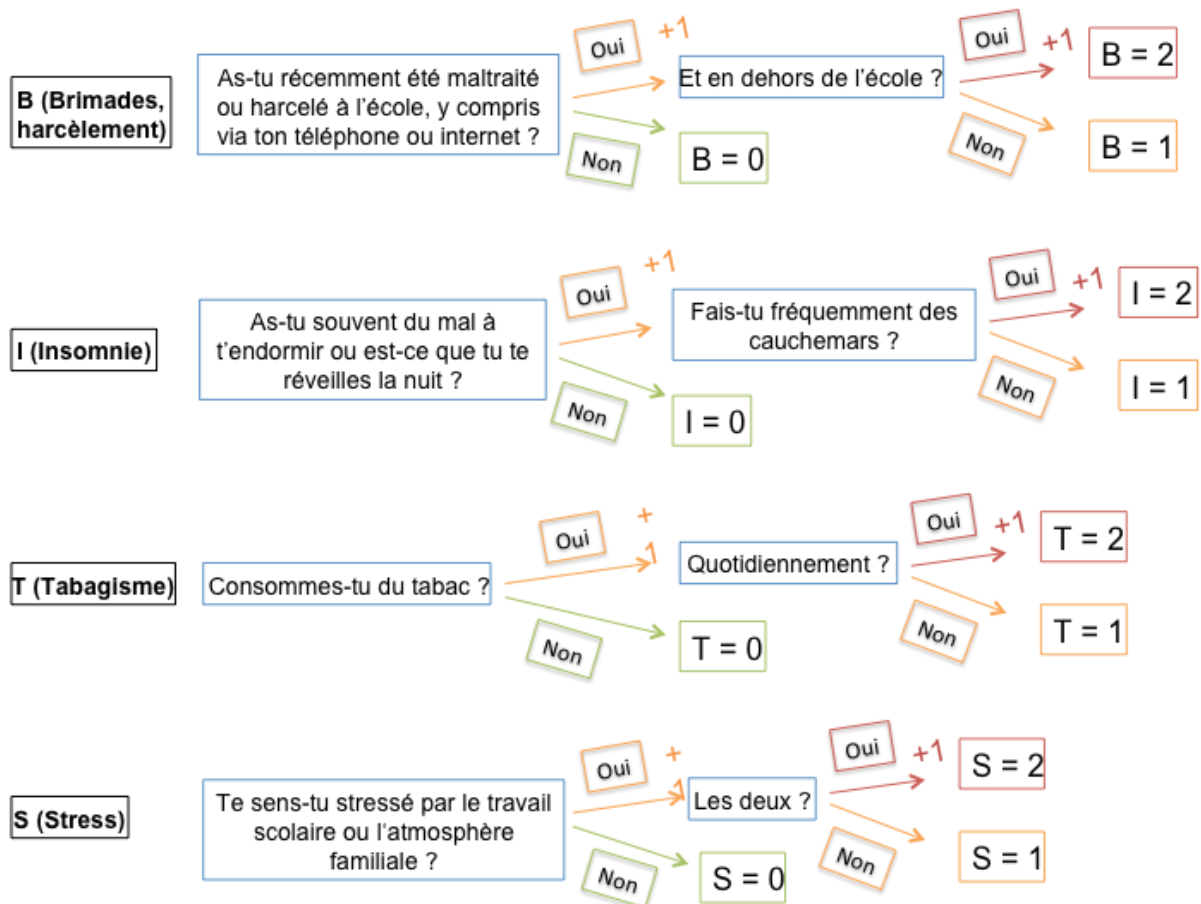


Figure 9 - BITS-test

Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)

Le questionnaire SCOFF-F (Sick control one stane fat food french) est la version française du questionnaire SCOFF, établi pour faciliter le dépistage des patient(e)s atteint(e)s d'anorexie mentale ou de boulimie (4).

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

Figure 10 - Questionnaire SCOFF-F

Utilisation du questionnaire SCOFF-F :

Pour chaque « Oui » répondu, compter 1 point.

Un score > 2 indique un possible trouble du comportement alimentaire et doit orienter vers une prise en charge spécialisée.

- Que pensez-vous d'intégrer ce questionnaire SCOFF-F à la consultation de prévention ?
- Que pensez-vous d'intégrer ce questionnaire SCOFF-F au questionnaire pré-consultation ?

Sexualité (2)

- " Est-ce que votre orientation sexuelle est une question qui vous préoccupe ? "
- " Savez-vous ce que sont les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) et comment s'en protéger ?"
- " Savez-vous ce qu'est la contraception ? "

Prévention ciblée (5)

- Informations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les filles/femmes (vaccination, frottis, test HPV,...). Informations sur la vaccination HPV chez les garçons/hommes.
- Pour les patientes: "Est-ce que dans votre famille des femmes souffrent d'endométriose ?"
- Pour les patientes : "Est-ce que vos règles sont douloureuses au point de retentir sur vos activités quotidiennes (absentéisme à l'école, au travail, aux activités physiques,...) ?"
- Pour les patientes qui ont déjà eu un rapport sexuel : " Est-ce que vous souffrez de douleurs pelviennes pendant les rapports sexuels ?"

Examen clinique

- Mesures du poids, de la taille, calcul de l'IMC et réalisation des courbes staturopondérales.
- Analyse de la posture pour dépistage des attitudes scoliotiques ou des scolioses constituées.
- Examen du développement pubertaire et stadification de Tanner.
- Auscultation cardio-pulmonaire à la recherche d'anomalies non connues.

Remarques générales

Je vous remercie pour votre participation à cette première étape. Vous serez informés par mail des résultats mi-juin. Vous recevrez par mail le lien vers le 2e questionnaire, adapté selon vos réponses.

Bibliographie du questionnaire n°1 soumis en ligne

1. Housseau B, Vincent I (Membres de l'INPES). Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009. Commandité par le ministère de la Santé et des Sports.
2. Beck F, Dervaux A, Du Roscoät E, et. al. (Membres de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale). Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Les éditions INSERM. 2014.
3. Binder P, Heintz A-L, Servant C, Roux M-T, Robin S, Gicquel L, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care : the bullying - insomnia - tobacco - stress test. A population-based pilot study. Early Interv Psychia. 2018;12(4):637-44.
4. Pawlak J. Le questionnaire SCOFF-F : Utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'anorexie mentale ou de la boulimie. [Thèse de Doctorat d'Université, Droit et Santé, Médecine]. Lille : Université Henri Warembourg; 2016.
5. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'endométriose - Démarche diagnostique et traitement médical. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. HAS [en ligne]. 2017, [consulté le 26/04/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf>

3. Annexe 3 – Constitution du deuxième questionnaire

A. Format de la consultation

a. Accompagnateur en salle d'attente

L'item au sujet de l'accompagnateur éventuel a été modifié, l'objectif étant de parvenir à un consensus entre les experts. Au lieu d'imposer à la tierce personne de patienter en salle d'attente, il est proposé au patient son avis à ce sujet. Ceci peut en revanche présenter un inconvénient quant à la véracité des propos recueillis au cours de la consultation (1).

b. Secret médical

La question du secret médical a été reposée telle quelle. En effet, les commentaires mettaient en avant une divergence d'opinion quant à la nécessité de rappeler cette notion au patient en systématique. Cependant, les cotations étaient en faveur d'un accord relatif. De plus, l'expert ayant coté cette proposition à 1 exposait sa crainte quant à l'adressage à d'autres professionnels. Or, le secret médical peut être partagé avec d'autres professionnels de santé si cela a un intérêt pour la prise en charge du patient (2).

c. Tutoiement/Vouvoiement

Le vouvoiement ou tutoiement a été reposé en ajoutant le paramètre de la relation déjà existante entre le praticien et son patient. Ceci permet d'inclure la continuité de la relation entre le médecin et son patient (1,3).

B. Informations générales

a. Études/travail, loisirs, projet professionnel

L'item au sujet des études et du travail a été légèrement modifié en ajoutant « et/ou » pour répondre à une suggestion d'un des experts.

La question des loisirs a été reposée en faisant préciser les modalités de ceux-ci (volume horaire, environnement social, etc.)

L'interrogation sur le projet professionnel a été reconduite. Des précisions sur l'adéquation avec ce qui était souhaité par le patient ont été ajoutées.

b. Activité physique et alimentation

La recherche d'une activité physique a été proposée au deuxième questionnaire, en apportant des précisions sur le type d'activité et le volume horaire. Ceci afin de cibler des risques liés aux types d'activité notamment.

La question sur les repas a été modifiée en commençant par demander au patient de juger si son alimentation lui paraissait équilibrée ou non. Ceci a pour vocation d'ouvrir le débat, de comprendre les représentations du jeune adulte qui diffèrent d'un individu à un autre (4).

C. Circulation routière

La question du port de la ceinture de sécurité a été posée à nouveau, en ajoutant les précisions « conducteur et passager ». Au sujet du port du casque, la même précision a été apportée. Le port du casque en vélo a été en revanche supprimé de cette dernière question, celui-ci n'étant obligatoire que jusqu'à l'âge de 12 ans en France. Au-delà, il est en effet simplement fortement recommandé (5).

D. Écrans, réseaux sociaux et harcèlement

a. Écrans

La question des écrans a été modifiée. Des précisions quant à la consommation ont été apportées en plus du volume horaire quotidien (type d'écrans et d'activités, heure de la journée). En effet, selon le type d'écrans et l'âge des patients, les conséquences ne sont pas les mêmes. Par exemple, l'utilisation des jeux vidéo le soir est plus problématique que l'utilisation d'un ordinateur pour les adolescents (6). De plus, si l'utilisation concerne quatre types d'écrans

différents, ceci est plus délétère qu'un seul type d'écran (6). Enfin, l'exposition aux écrans le soir a un impact plus délétère sur le sommeil qu'une utilisation diurne, et ce, quel que soit le type d'écrans (6).

b. Réseaux sociaux

Le sujet des réseaux sociaux a été couplé avec celui sur les écrans. L'importance de ce sujet est en effet de rechercher une potentielle addiction, en observant la quantité passée sur ce type de sites ou applications (7). De plus, les réseaux sociaux peuvent présenter un risque en cas de harcèlement, et cela a été posé au sein d'une question ultérieure.

La question de la discussion avec un inconnu n'a pas été reconduite au deuxième questionnaire. En effet, en parcourant à nouveau la littérature, l'implication d'un inconnu dans les phénomènes de harcèlement ou de stalking ne l'était que dans 14 % des cas (8), soit dans une minorité des cas. Ceci ne légitimait donc pas une question à part entière, la question du harcèlement suffisant.

c. Harcèlement

Le sujet du harcèlement a été précisé. La définition du terme a été donnée, afin que le patient sache de quoi le praticien parle, et surtout, qu'il comprenne que ce genre de comportement n'est pas normal. Ceci dans le but d'apporter une prise de conscience au jeune adulte qui consulte, et d'ouvrir la porte aux confidences s'il y en a.

d. Audition

Au sujet de la prévention autour de la surdité, la question a été modifiée. En effet, il était difficile d'évaluer les décibels écoutés par les patients. Il a alors été préféré, pour être en accord avec les conseils d'ORL et avec les moyens dont disposent les médecins généralistes, de poser une question ouverte au patient au sujet des risques favorisant les pertes auditives (9,10). Ceci nécessite cependant une compétence du médecin généraliste dans ce domaine.

E. Addictions

Le questionnaire CRAFFT/ADOSPA a été à nouveau proposé sans modification. Il avait en effet presque obtenu l'accord relatif des experts au premier questionnaire. De plus, il est validé scientifiquement pour dépister des troubles de la consommation de psychotropes (11).

La question des jeux d'argent a été posée à nouveau. Une seconde question demandant des précisions sur ce sujet a été ajoutée.

F. Risque suicidaire

Le BITS-test proposé au premier questionnaire a été supprimé. Les questions appartenant au BITS-test ont été proposées séparément. L'objectif était d'évaluer les thèmes individuellement et de poser la question des idées suicidaires indifféremment des réponses à ces questions. En effet, il nous paraissait intéressant d'aborder les troubles du sommeil, les questions de harcèlement, le stress ressenti par le patient. La consommation de tabac a également été posée. De plus, au premier questionnaire, les experts avaient été plutôt en faveur d'aborder chaque sujet séparément. Certains items peuvent paraître redondants entre les différentes sections (harcèlement et consommation tabagique), mais leur présence pouvait paraître plus appropriée à une partie qu'à une autre.

La question des idées suicidaires a été proposée en deux parties. En effet, au vu de la littérature, il me paraissait important d'aborder la question en consultation de prévention chez les 16-25 ans (12). Le fait de commencer par le sujet des idées noires, qui est un terme plus large, permet de ne pas évoquer celui du suicide avec des jeunes adultes qui vont bien.

G. Troubles du comportement alimentaire (TCA)

Le SCOFF-F a été proposé en fonction de deux questions préliminaires permettant d'évaluer une population à risque et donc plus ciblée. Les questions préalables ont été rédigées en fonction des commentaires des experts au premier questionnaire.

H. Sexualité

a. Interrogation sur la sexualité

La question de l'orientation sexuelle a été incluse dans une interrogation plus large au sujet de la sexualité.

b. IST

Au sujet des IST, il a été ajouté des précisions à apporter au patient quelle que soit sa réponse. En effet, il convient de vérifier ce que le patient connaît ou ce qu'il croit connaître afin de ne pas laisser de fausses informations circuler et de rendre plus efficace la prévention dans ce domaine. Les IST connaissent effectivement une recrudescence ces dernières années, signe qu'il faut renforcer les messages aux patients (13).

c. Contraception

La question de la contraception a été conservée. Il a été notifié d'ajouter des précisions auprès du patient afin de ne pas se contenter d'une réponse positive ou négative. Ceci dans le but de clarifier le message de prévention qui peut parfois être déformé selon les sources par exemple.

d. Coercition sexuelle

La coercition sexuelle est un phénomène fréquent. En effet, « environ 30 % des étudiantes rapportent avoir été victimes de rapports sexuels non consentants spécifiquement durant leurs années universitaires », et « 59 % des participants issus de la population générale rapportent avoir commis au moins un comportement s'apparentant à la coercition sexuelle » (14). Ce type de pratiques peut être banalisé et les conséquences notamment psychologiques peuvent être graves (idées suicidaires et tentatives de suicides par exemple) (15).

e. Prostitution

La question de la prostitution permet de dépister une population à risque d'IST et à risque psychique (idées noires voire suicidaires) (16).

I. Pour les femmes

a. Dysménorrhées

La recherche de dysménorrhées a été intégrée au deuxième questionnaire. La question simple de douleurs de règles a précédé celle du retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Ceci dans le but de mieux correspondre aux recommandations de la HAS de 2017 au sujet de cette pathologie (17).

b. Dyspareunies

La question des dyspareunies a été posée de la même manière qu'au premier questionnaire, c'est-à-dire à ne demander qu'aux femmes ayant déjà eu des rapports sexuels.

c. Endométriose

Il a été proposé de rechercher une endométriose en cas de dysménorrhées et dyspareunies retrouvées à l'interrogatoire. Il n'a cependant pas été précisé de quelle manière. Les recommandations de la HAS sont en faveur d'un complément d'interrogatoire à savoir la recherche de troubles digestifs et/ou urinaires, de dyspareunies profondes (17).

J. Examen physique

a. Mesures anthropométriques

La prise des mesures anthropométriques a été à nouveau proposée au deuxième questionnaire. La réalisation des courbes staturo-pondérales n'a été

proposée que jusqu'à vingt ans puisqu'au-delà de cet âge, la taille ne varie plus. En effet, la croissance staturale chez les hommes se termine autour des 19 ans en moyenne (18).

b. Scoliose

La question du dépistage de la scoliose chez les patients a été posée de la même façon. En effet, même si la scoliose idiopathique apparaît dans l'enfance (19), il n'est pas exclu qu'un tel diagnostic soit passé inaperçu.

c. Auscultation cardio-pulmonaire

L'auscultation cardio-pulmonaire a été à nouveau proposée en consultation de prévention.

d. Examen bucco-dentaire

La prévention des caries est recommandée chez les enfants depuis l'apparition des premières dents. Depuis janvier 2018, elle a été étendue chez les jeunes de 15, 18, 21 et 24 ans. Cet examen est pris en charge par l'Assurance maladie. La prévalence des caries dentaires augmente effectivement à l'adolescence et chez le jeune adulte, pour des raisons principalement financières (absence de revenu et de mutuelle) (20). Un examen clinique chez le médecin généraliste permet de dépister d'éventuelles caries, de rappeler les règles de prévention individuelles (brossage des dents et utilisation de produits fluorés si besoin), et de rappeler les examens à effectuer chez le dentiste (20).

e. Examen visuel

Concernant le dépistage de troubles visuels, il avait été suggéré par un expert au décours du premier questionnaire. Des recommandations de la HAS établies en 2005 pour les jeunes jusqu'à 18 ans ont préconisé la réalisation d'une mesure de l'acuité visuelle de près et de loin tous les 2 à 3 ans (21). Devant la consommation croissante des écrans et les risques de myopies que cela

représente, il ne paraît pas inadapté de proposer un dépistage plus précoce des troubles visuels par mesure de l'acuité visuelle (6).

Le dépistage d'un trouble de la vision des couleurs à l'aide de tables d'Ishihara a été proposé de façon unique en médecine scolaire par le groupe de travail de la HAS en 2005 (21). Il n'a donc pas été proposé au deuxième questionnaire.

f. Examen auditif

Plus d'un jeune sur cinq présente une perte auditive supérieure ou égale à 15dB (10). Un dépistage en médecine de l'éducation nationale est déjà prévu entre 10 et 13 ans puis 14 et 18 ans. Le dépistage permet de rappeler les consignes de préservation de l'audition, puisque les traumatismes sonores sont la première cause d'hypoacousie chez les jeunes adultes (10). Les audiométries tonale et vocale ont l'avantage d'être rapides à réaliser et de ne pas nécessiter de matériel autre qu'un diapason, c'est pourquoi elles ont été choisies pour pratiquer le dépistage en médecine générale.

Bibliographie de l'Annexe 3

1. Housseau B, Vincent I (Membres de l'INPES). Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009. Commandité par le ministère de la Santé et des Sports.
2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Droits de la personne. Code de la Santé Publique, Art. L1110-4.
3. Herasse M, Romier M, Hentgen V, Duquesne A, Larbre JP, Maillard H, et al. Perception des relations entre les jeunes patients et les médecins lors de la transition de la pédiatrie à la médecine adulte : résultat d'une enquête réalisée auprès de 100 médecins et 104 jeunes. *Rev Med Interne*. 2020;41:A2-3.
4. Guitton E, Arnaud C, Godeau E, Navarro F, Grandjean H. Statut socio-économique, comportements de santé et santé des adolescents français : l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). *Rev Epidemiol Sante*. 2005;53(4):383-92.
5. Direction de l'information légale et administrative (Premier Ministre). Accessoires obligatoires à vélo. Service public [en ligne]. 2021,[consulté le 25/09/2021]. Disponible sur Internet: <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34169>>
6. Duché P, Billette-de-Villemeur A, Com-Ruelle L, Halley des Fontaines V (Membres du Haut Conseil de la Santé Publique). Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. Rapport du HCSP. 2020;84.
7. Delfour M, Moreau A, Laconi S, Goutaudier N, Chabrol H. Utilisation problématique de Facebook à l'adolescence et au jeune âge adulte. *Neuropsychiatr Enf*. 2015;63(4):244-9.
8. Cailleau V, Harika-Germaneau G, Delbreil A, Jaafari N. Le stalking : de la « poursuite romantique » à la prédation sexuelle. *Presse Med*. 2018;47(6):510-8.
9. Laëtitia M. Développement et évaluation d'un test de dépistage de la surdité des jeunes adultes en médecine générale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Paris : Université Paris Diderot; 2015.
10. François M. Perte auditive chez l'adolescent : quel dépistage ? *Real Ped*. 2014;(187):55-7.
11. Knight J, Sherritt L, Shrier L, Harris S, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediat Adol Med*. 2002;156(6):607-14.
12. Purper-Ouakil D. Repérer et prendre en charge la dépression et les conduites suicidaires chez l'adolescent. *Encephale*. 2009;Hors-série 1(3-7):5.
13. Mach F, Marchandin H, Bichon F. Les infections sexuellement transmissibles, une recrudescence préoccupante. *Actual Pharm*. 2021;60(608):8-12.
14. Benbouriche M, Parent G. La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale : définition, données disponibles et implications. *Sexologies*. 2018;27(2):81-6.

15. Coker AL, McKeown RE, Sanderson M, Davis KE, Valois RF, Huebner ES. Severe dating violence and quality of life among South Carolina high school students. *Am J Prev Med.* 2000;19(4):220-7.
16. Côté P-B, Blais M, Manseau H. Le processus d'interprétation des risques sexuels chez les jeunes en situation de rue à Montréal. *Sexologies.* 2016;25(4):191-5.
17. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'endométriose - Démarche diagnostique et traitement médical. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. HAS [en ligne]. 2017, [consulté le 26/04/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf>
18. Donzeau A, Bouhours-Nouet N, Coutant R. Croissance staturopondérale normale. *J Ped Pueric.* 2018;31(1) :2-17.
19. Carricaburu J, Biot B, Bollini G, Clément J-L, Dargencourt M, Guillaumat M. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25°) jusqu'à maturation rachidienne - Guide Affection de Longue Durée. Service des ALD et accords conventionnels. 2008. Commandité par la Haute Autorité de santé.
20. Buxeraud J. Prévention de la carie dentaire. *Actual Pharm.* 2017;56(568):51-4.
21. Alvin P, De Tournemire R, Chambry J, Laurence M. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires - Recommandations pour la pratique clinique. Service des recommandations professionnelles. 2005. Commandité par la Haute Autorité de santé.

4. Annexe 4 – Questionnaire n°2 soumis en ligne aux experts

Consultation type de prévention des 16-25 ans en médecine générale - Partie 2

Le Plan pour la Santé des Jeunes de 2008 prévoyait de mettre en place pour les jeunes de 16 à 25 ans, une consultation annuelle prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Depuis 2019, seule la consultation de prévention pour les jeunes de 15-16 ans a été instaurée. Elle s'inscrit parmi les 20 examens de suivi médical de l'enfant et l'adolescent de la naissance à 16 ans.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice pour la validation du Doctorat en médecine générale, je réalise une étude ayant pour objectif la constitution d'une consultation type de prévention chez le jeune de 16 à 25 ans. L'objectif étant ainsi de faciliter le suivi médical pour la tranche d'âge non encore concernée par un plan de prévention structuré par l'Assurance maladie.

Il s'agit d'une étude qualitative à visée d'obtention d'un consensus par la méthode Delphi®. Vous faites partie du groupe d'experts volontaires pour participer à cette étude et je vous en remercie.

Vous participez au deuxième tour Delphi® de cette étude. Une consultation-type de prévention de l'adolescent de 16 à 25 ans a été rédigée à partir de la littérature et de vos réponses au premier tour Delphi® de cette étude. Votre avis est sollicité quant à la pertinence de chaque item au sein de cette consultation. Vous devez noter le degré de pertinence que vous accordez à chaque proposition à l'aide d'une échelle allant de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (tout à fait pertinent). Les items entre guillemets concernent les questions adressées à l'adolescent(e). Les items hors guillemets vous sont adressés directement. Des encadrés "Commentaires" sont présents à chaque question pour compléter vos réponses si nécessaire.

Il vous est possible de sauvegarder vos réponses et de terminer de compléter le questionnaire plus tard. Votre questionnaire est modifiable à tout moment jusqu'à la date limite affichée.

Informations générales concernant les experts

Ces informations vous sont demandées afin d'analyser le groupe d'experts constitué sur la base du volontariat. Les réponses sont anonymisées, et seules les données renseignées au sein du questionnaire seront analysées.

- Quelle profession exercez-vous ?

Médecin généraliste

Médecin scolaire

Médecin universitaire

Pédiatre

Pédopsychiatre

Psychiatre

Infirmier scolaire

- Quel est votre genre ?

F

H

- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Moins de 35 ans

35 à 45 ans

45 à 55 ans

55 à 65 ans

Plus de 65 ans

- Où exercez-vous ?

En libéral

En structure (type de structure à préciser en commentaire)

En ville

En campagne

Autre :

Format de la consultation

- Vous proposez au patient de faire sortir l'accompagnateur pour la consultation.

- Vous expliquez le secret médical au patient.

- Proposition de vouvoyer ou tutoyer le patient selon la relation que vous avez avec lui.

Informations générales

- "Que faites-vous comme études et/ou travail ?"

- "Quels sont vos loisirs et sous quelles modalités (club, seul, compétition, fréquence hebdomadaire,...) ?"

- "Dans quelle filière/formation êtes-vous ? Est-ce que cela vous plaît ? Est-ce que cela correspond à votre projet professionnel ?"

- "Pratiquez-vous une activité physique régulièrement ? Si oui, laquelle et selon quelles modalités (seul(e), en équipe, horaires,...) ?"

- "Pensez-vous manger équilibré ?" Rappels des principes de base quelle que soit la réponse.

Circulation routière

- "Mettez-vous votre ceinture de sécurité à chaque fois que vous montez dans une voiture, en tant que conducteur et/ou passager (y compris avec vos amis) ?"

- "Mettez-vous votre casque à chaque fois que vous montez sur un scooter/une moto, en tant que conducteur et/ou passager (y compris avec vos amis) ?"

Écrans, réseaux sociaux et harcèlement

- "Combien de temps en moyenne par jour passez-vous sur les écrans ?"

- "Le(s)quel(s) ? Pour quelle(s) activité(s) ?"

- "À quel moment de la journée utilisez-vous le plus les écrans ?"

- Définir le harcèlement. "Le harcèlement est le fait de tenir des propos ou d'avoir des comportements répétés ayant pour but ou effet une dégradation des conditions de vie de la victime. Cela se traduit par une dégradation de la santé physique ou mentale de la personne harcelée (anxiété, maux de ventre....)." (1) "Vous êtes-vous déjà senti(e) ou vous sentez-vous harcelé(e) par quelqu'un ?" Si oui, faire préciser les modalités (qui, contexte, recours,...)

- "Connaissez-vous les risques liés à l'écoute de la musique trop forte ?" Question suivie d'explications.

Addictions (cf Figure 5 p. 83)

- Proposeriez-vous le questionnaire CRAFFT/ADOSPA en consultation de prévention chez le patient de 16 à 25 ans ?

- "Avez-vous déjà joué à des jeux d'argent ?"

- Si oui à la question précédente : "Y jouez-vous souvent ? Dans quel contexte (entre amis, en ligne, en soirée) ? Quelle somme misez-vous ?"

Risque suicidaire

- "Avez-vous récemment été maltraité ou harcelé à l'école, y compris via votre téléphone ou internet ?"

- "Avez-vous récemment été maltraité ou harcelé en dehors de l'école, y compris via votre téléphone ou internet ?"

- "Avez-vous souvent du mal à vous endormir ou est-ce que vous vous réveillez la nuit ?"

- "Faites-vous fréquemment des cauchemars ?"

- "Est-ce que vous fumez du tabac ?" Si oui, "est-ce que votre consommation est quotidienne?"

- "Vous sentez-vous stressé par le travail scolaire et/ou l'atmosphère familiale ?"

- "Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des idées noires ?" Si oui : "Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des idées suicidaires ?"

Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) (cf Figure 7 p. 84)

- Q°1 : "Est-ce que vous vous sentez bien dans votre corps ?"

- Q°2 : "Est-ce que votre poids est quelque chose qui vous préoccupe ?"

- Si le patient répond "Non" à la Q°1 et "Oui" à la Q°2 : Que pensez-vous de proposer le questionnaire SCOFF-F ?

Sexualité

- "Est-ce que vous vous posez des questions sur votre sexualité ?"

- "Savez-vous ce que sont les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) et comment s'en protéger ?"

Si oui : Faire préciser le patient et explications éventuelles à donner

Si non : Explications à donner au patient

- "Savez-vous ce qu'est la contraception ?"

Si oui : Faire préciser le patient et apporter des explications complémentaires au besoin.

Si non : Explications à donner au patient

- Pour les patient(e)s ayant déjà eu des rapports sexuels :
- "Vous êtes-vous déjà senti(e) obligé(e) de faire ou dire quelque chose contre votre volonté avec un(e) partenaire sexuel(le) ?"
- Avez-vous déjà eu ou failli avoir un rapport sexuel contre de l'argent ou un cadeau?

Pour les femmes

- "Est-ce que vos règles sont douloureuses ?"

Si oui : "Est-ce que vos règles sont douloureuses au point de retentir sur vos activités quotidiennes (absentéisme à l'école, au travail, aux activités physiques,...) ?"

- Pour les femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels : "Est-ce que vous souffrez de douleurs pelviennes pendant les rapports ?"
- Proposition d'une recherche d'endométriose si réponse "Oui" aux deux questions précédentes.

Examen physique

- Mesure du poids, de la taille, calcul du l'IMC pour tous. Réalisation des courbes staturopondérales jusqu'à 20 ans.
- Analyse de la posture pour dépistage des attitudes scoliotiques ou des scolioses constituées.
- Auscultation cardio-pulmonaire à la recherche d'anomalies non connues.
- Examen de la santé bucco-dentaire.
- Examen de l'acuité visuelle de près (échelle de Parinaud) et de loin (échelle de Monoyer).
- Audiométrie tonale et vocale.

Je vous remercie pour votre participation à cette deuxième étape.

Vous recevrez un mail avec l'analyse des résultats de ce second questionnaire dès que toutes les réponses auront été reçues et traitées.

Bibliographie du 2e questionnaire soumis en ligne

1. Service public. Harcèlement. Service public [en ligne]. 2020 Mar 31, [consulté le 01/04/2021]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2354>>

5. Annexe 5 – Questionnaire n°3 soumis en ligne aux experts

Consultation type de prévention de l'adolescent en médecine générale – 3

Le Plan pour la Santé des Jeunes de 2008 prévoyait de mettre en place pour les jeunes de 16 à 25 ans, une consultation annuelle prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Depuis 2019, seule la consultation de prévention pour les jeunes de 15-16 ans a été instaurée. Elle s'inscrit parmi les 20 examens de suivi médical de l'enfant et l'adolescent de la naissance à 16 ans.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice pour la validation du Doctorat en médecine générale, je réalise une étude ayant pour objectif la constitution d'une consultation type de prévention chez le jeune de 16 à 25 ans. L'objectif étant ainsi de faciliter le suivi médical pour la tranche d'âge non encore concernée par un plan de prévention structuré par l'Assurance maladie. Il s'agit d'une étude qualitative à visée d'obtention d'un consensus par la méthode Delphi®.

Vous faites partie du groupe d'experts volontaires pour participer à cette étude et je vous en remercie. Vous participez au troisième tour Delphi® de cette étude. Une consultation-type de prévention de l'adolescent de 16 à 25 ans a été rédigée à partir de la littérature et de vos réponses au premier tour Delphi® de cette étude. Votre avis est sollicité quant à la pertinence de chaque item au sein de cette consultation. Vous devez noter le degré de pertinence que vous accordez à chaque proposition à l'aide d'une échelle allant de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (tout à fait pertinent). Les items entre guillemets concernent les questions adressées à l'adolescent(e). Les items hors guillemets vous sont adressés directement. Des encadrés "Commentaires" sont présents à chaque question pour compléter vos réponses si nécessaire.

Il vous est possible de sauvegarder vos réponses et de terminer de compléter le questionnaire plus tard. Votre questionnaire est modifiable à tout moment jusqu'à la date limite affichée.

Informations générales concernant les experts

- Quelle profession exercez-vous ?

Médecin généraliste

Médecin de l'éducation nationale

Médecin universitaire

Pédiatre

Pédopsychiatre

Psychiatre

Autre

- Quel est votre genre ?

F

H

- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Moins de 35 ans

35 à 45 ans

45 à 55 ans
55 à 65 ans
Plus de 65 ans

Informations générales

- " Est-ce que vous travaillez ? " Si oui, " Est-ce que cela vous plaît ? "
- " Est-ce que vous faites une formation ? " Si oui, " Est-ce que cela vous plaît ? "

Habitus

- " Est-ce que vous fumez du tabac ? " Si oui, quantifier.
- " Avez-vous une contraception ? " Si oui : " Laquelle ? " Si non : " Savez-vous ce que c'est et connaissez-vous les différents types ? "

Moral, sommeil, stress, harcèlement

- " Comment vous sentez-vous ? "
- " Avez-vous souvent du mal à vous endormir ou est-ce que vous vous réveillez souvent la nuit ? " Si oui, " Depuis quand ? À quelle fréquence ? "
- " Faites-vous fréquemment des cauchemars ? " Si oui, " Depuis quand ? À quelle fréquence ? "
- " Vous sentez-vous stressé par le travail scolaire et/ou l'atmosphère familiale ? "
- Définir le harcèlement. "Le harcèlement est le fait de tenir des propos ou d'avoir des comportements répétés ayant pour but ou effet une dégradation des conditions de vie de la victime. Cela se traduit par une dégradation de la santé physique ou mentale de la personne harcelée (anxiété, maux de ventre....)." (1)
- " Avez-vous récemment été maltraité ou harcelé à l'école, y compris via votre téléphone ou internet ? "
- " Avez-vous récemment été maltraité ou harcelé en dehors de l'école, y compris via votre téléphone ou internet ? "
- " Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des idées noires ? "

Si oui à la question précédente : " Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des idées suicidaires ? "

Si oui : Rechercher un scénario, des antécédents

Sexualité

- " Est-ce que vous vous posez des questions sur votre sexualité ? "
 - " Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? "
- Si oui : " Vous êtes-vous déjà senti(e) obligé(e) de faire ou dire quelque chose contre votre volonté avec un(e) partenaire sexuel(le) ? "
- " Avez-vous déjà eu ou failli avoir un rapport sexuel contre de l'argent ou un cadeau ? "

Endométriose

- Proposition d'une recherche d'endométriose si dysménorrhées avec retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

- Explication de la pathologie à la patiente.

TCA

- Est-ce que votre poids est quelque chose qui vous préoccupe ?

Examen physique

- Auscultation cardio-pulmonaire et mesure de la tension artérielle.


- Examen de la santé bucco-dentaire.

- Analyse de la posture pour dépistage des attitudes scoliotiques ou des scolioses constituées.

- Examen de l'Acuité Visuelle de près (échelle de Parinaud) et de loin (échelle de Monoyer).

- Acoumétrie au diapason : Test de Rinne et test de Weber.

Orientation vers un spécialiste en fonction des résultats.

Je vous remercie de votre participation. 

Vous recevrez les résultats de ce troisième tour par mail dans les prochaines semaines.

Bibliographie du 3^e questionnaire soumis en ligne

1. Service public. Harcèlement. Service public [en ligne]. 2020, [consulté le 01/04/2021]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2354>>

Serment du médecin - Déclaration de Genève

Il figure en annexe du code de déontologie médicale et a été validé par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale en 1948. La version présentée est celle du site de l'Ordre National des Médecins et date d'octobre 2017³.

« En ma qualité de membre de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'Humanité ;

Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;

Je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement. »

³ Disponible sur Internet : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>

Quelle pourrait être la consultation de prévention annuelle chez le patient de 16 à 25 ans en médecine générale ?

Résumé

Introduction : La prévention est bien organisée chez les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans. Au-delà, les examens de prévention en santé (EPS) gérés par les organismes d'Assurance Maladie prennent le relais dans la plupart des régions de métropole. Cependant, ils sont absents du territoire réunionnais. Le médecin généraliste peut-il effectuer la prévention pour cette tranche d'âge ? Comment alors faciliter ce rôle ? L'objectif de ce travail était donc d'envisager une consultation-type de prévention adaptée pour les 16-25 ans à La Réunion et à réaliser au cabinet de façon annuelle par le médecin traitant.

Méthode : L'étude réalisée était une étude qualitative de type méthode de consensus utilisant la méthode Delphi®. Une consultation-type a été rédigée à partir d'un travail bibliographique puis soumise à un groupe d'experts pour avoir leurs avis. Les résultats du premier tour ont permis de rédiger une deuxième consultation-type. Trois tours ont été effectués. Les items retenus étaient ceux qui avaient obtenus un consensus auprès du groupe d'experts.

Résultats : Dix-huit items ont obtenu l'accord des experts pour intégrer la consultation de prévention chez les 16-25 ans en médecine générale.

Conclusion : Ce travail a permis d'établir une consultation-type de prévention chez les 16-25 ans. Il conviendrait d'étudier l'acceptabilité et la faisabilité de cette consultation auprès des médecins interrogés et des patients, ainsi que son efficacité.

Discipline

Médecine générale

Mots-Clés

Prévention – Médecine générale – Médecin traitant – Consultation de prévention

What could be the annual preventive consultation for the 16 to 25-year-old patients in general practice ?

Abstract

Background : Prevention is well organized for children up to the age of 16. Beyond that age, preventive health examinations (PHEs) managed by health insurance organizations take over in most regions of metropolitan France. However they are not available on Reunion Island. Can the general practitioner carry out prevention for this age group ? How can this role be facilitated ? The objective of this study was to consider a standard prevention consultation adapted to the 16-25 years old age group on Reunion Island and to be carried out in the office on an annual basis by the General Practitioner.

Method : The study carried out was a qualitative consensus method study using the Delphi® method. A type of consultation was drafted from a literature review and then submitted to a panel of experts to get their opinions. The results of the first round were used to draft a second type of consultation. Three rounds were conducted. The items retained were those that had obtained a consensus from the group of experts.

Results : Eighteen items were accepted by the experts for inclusion in the prevention consultation for 16-25-years-olds in general practice.

Conclusion : This work made it possible to establish a standard prevention consultation for 16-to-25-years-olds. The acceptability and feasibility of this consultation should be studied by the physicians interviewed and the patients, as well as its effectiveness.

Discipline

General Medical Practice

Keywords

Prevention – General practice – General practitioner - Prevention consultation