



HAL
open science

Organisation d'une consultation dédiée à la santé de l'adolescent en soins primaires : revue systématique de la littérature

Audreys Leglise, Marion Sallier

► To cite this version:

Audreys Leglise, Marion Sallier. Organisation d'une consultation dédiée à la santé de l'adolescent en soins primaires : revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03892503

HAL Id: dumas-03892503

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03892503>

Submitted on 9 Dec 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.



U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Année 2022

Thèse n° 140 A-B

**Organisation d'une consultation dédiée à la santé de
l'adolescent en soins primaires: Revue systématique de la
littérature.**

Présentée et soutenue publiquement le 01 Décembre 2022

Par Audreys LEGLISE, née le 27 Septembre 1993, à Bordeaux (33)
et par Marion SALLIER, née le 23 Août 1996, à Bayonne (64)

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Madame le Docteur Racha ONAISI
Madame le Docteur Cristina BUSTOS
Madame le Docteur Virginie ROBERT
Monsieur le Docteur Brice AIME
Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Président
Rapportrice
Examinatrice
Examinatrice
Examineur
Examineur

Résumé

Introduction: La santé de l'adolescent constitue un enjeu majeur de santé publique. La médecine de soins primaires est un acteur primordial de la prévention auprès des adolescents. Les adolescents et les médecins de soins primaires semblent favorables à l'élaboration d'une consultation de prévention systématique de l'adolescent. La consultation médicale peut être divisée en deux aspects : le fond et la forme qu'elle doit prendre.

Objectif: Analyser les modalités de l'organisation d'une consultation de l'adolescent en soins primaires dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)

Méthode: Revue systématique de la littérature sur la forme de la consultation de prévention de l'adolescent réalisée à deux. Recherches faites sur PubMed, Scopus, Cochrane, Cairn, Google Scholar, Sudoc et EBSCOhost (PsychInfo, PsychArticles, SocINDEX, Psychological and Behavioral Sciences Collection (PBSC)). Lecture et sélection conjointe des articles sur titres et résumés puis sur textes entiers. Extraction des résultats par grille standardisée.

Résultats: Inclusion de 18 articles de méthodes variées. Notions recueillies sur la partie se déroulant en amont de la consultation: promotion de la prévention et de la consultation de l'adolescent, cadre d'accueil et formation des médecins de soins primaires. Notions recueillies sur le déroulé de la consultation: communication entre les protagonistes, place du parent, secret médical, entrevue de l'adolescent seul, utilisation d'outils, examen clinique, règlement et durée de la consultation.

Conclusion: Mise en évidence de notions clés diverses sur la forme que doit prendre la consultation de prévention de l'adolescent. Pas de consensus établi sur le sujet. Donc véritable nécessité de faire évaluer et valider ces différents résultats, pour permettre une application en vie réelle. Ces travaux pourront servir de support pour la réalisation d'un guide de la consultation de l'adolescent en soins primaires.

Abstract

Introduction: Adolescent health is a public health issue. Their prevention is necessary and primary care is at the center of it. Primary care practitioners mostly plead for a systematic prevention consultation for adolescents. A medical consultation has two aspects : the form it should take and its content.

Objective: To analyze the modalities found in the literature about the organization of a primary care prevention consultation for adolescents in the countries of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)

Materials and Methods: Systematic review of the literature, carried out by 2 authors, about the organization of the adolescent health consultation in primary care. Investigations done on PubMed, Scopus, Cochrane, Cairn, Google Scholar, Sudoc et EBSCOhost (PsychInfo, PsychArticles, SocINDEX, Psychological and Behavioral Sciences Collection (PBSC)). Combined reading and selecting of the articles based on abstracts and titles analysis, then full text analysis. Extraction of results built on a standardized grid.

Results: Inclusion of 18 articles of various methods. Notions about the part taking place before the consultation : communication about prevention and the specificities of the adolescent consultation, welcoming facilities, training of the primary care practitioners. Notions about the course of the adolescent consultation : communication between the participants, role of the parent, confidential medical information, independent medical consultation for adolescents, tools used during the consultation, clinical examination, consultation length and payment.

Conclusion: Highlighting various key concepts regarding the organization of the prevention consultation for adolescents. No global consensus was found. Indeed, real need to have these results evaluated and validated to implement these results in real life. These works will be likely to set the foundations of a guidebook about a prevention consultation for adolescents in primary care.

Remerciements

Remerciements communs :

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, Professeur des Universités de Médecine générale, directeur du Département de Médecine Générale de Bordeaux, Coordonnateur du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale, Médecin généraliste, vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de notre thèse, nous vous en remercions.

A Madame le Docteur Racha Onaisi, Médecin généraliste, cheffe de clinique des universités en médecine générale (CCU-MG) - Université de Bordeaux, Enseignante-Chercheuse au centre de Formation et de Recherche en Pédagogie des Sciences de la Santé (CFRPS) - Université de Strasbourg, vous avez accepté d'être la rapportrice de notre thèse et nous vous en remercions chaleureusement. Vos nombreux conseils et vos encouragements tout au long de ce processus nous ont apporté une aide précieuse.

A Madame le Docteur Cristina Bustos, Médecin Conseiller Technique, Responsable départementale, Service Médical en faveur des élèves, Médecin de l'Education Nationale, Gironde, nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

A Madame le Docteur Virginie Robert, Gastropédiatre, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Pau, merci de nous faire l'honneur de faire partie de notre jury de thèse et d'y apporter votre regard.

À Monsieur le Docteur Brice Aimé, Maître de conférence associé au Département de Médecine Générale de Bordeaux, Maître de Stage Universitaire – Université de Bordeaux, merci de nous faire l'honneur de rejoindre ce jury. Et un merci bien plus grand encore pour avoir été un maître de stage impliqué. Cela a participé à faire de nous les médecins que nous sommes aujourd'hui.

A Monsieur le Docteur Marco Romero, Médecin généraliste, Maître de stage Universitaire, Maître de conférence associé du Département de Médecine Générale de Bordeaux, Directeur de thèse, nous te remercions de nous avoir proposé ce projet, et de toujours avoir été présent. Merci pour ta rigueur et tes encouragements. C'est un très grand honneur d'avoir conduit ce travail à tes côtés.

A Monsieur le Docteur Laurent Magot, Professeur associé au département de médecine générale de Bordeaux, médecin généraliste, nous vous remercions pour votre aide apportée durant les réunions préliminaires lors de la définition de nos thèses.

A Madame Helene Plousseau-Guédé, Bibliothécaire à l'université de Bordeaux Carreire, nous tenions à vous exprimer toute notre gratitude pour votre aide si précieuse durant tout ce projet. Votre accompagnement pour les différentes, et très nombreuses, questions que nous avons eu tout au long de cette thèse, nous a permis d'avancer sereinement. Soyez assurée de toute notre reconnaissance.

A Morgan Rovira,

Nous n'aurions pu construire ce projet avec personne d'autre. Merci pour ta bonne humeur, tes blagues, ta réactivité à toutes nos questions et tes réflexions toujours intéressantes. On y sera arrivés.

A Julie Godfrain,

Pour nous avoir accompagné dans ce projet. Nous te souhaitons bon courage pour ta thèse.

A la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Samadet,

Merci à tous pour nous avoir formé. Vous avez grandement participé à faire de nous les praticiens que nous sommes aujourd'hui. Merci pour votre accompagnement.

Remerciements Marion :

A Audreys, je suis tellement contente que nos chemins se soient croisés au détour d'une MSP à Samadet. Merci pour ton travail sans faille pendant ces deux ans de préparation de thèse. A ces multiples visios, à ces interminables discussions, à ces boosts de motivation quand elle n'était plus au rendez-vous. Et par-dessus tout, merci pour ton soutien indéfectible, même dans les moments difficiles. Tu seras un médecin remarquable, à la hauteur de la personne formidable que tu es déjà. Je te souhaite tellement de bonheur et de réussite pour la suite.

A ma famille,

A mes parents, merci d'avoir fait en sorte de mettre toutes les chances de mon côté pour que je puisse exercer le métier de mes rêves. Merci pour votre soutien depuis le début, depuis la P1, mais depuis plus loin encore. Merci de m'avoir montré le chemin. Maman, pour ta douceur, ta bienveillance, ta générosité et ton grand cœur. Merci d'avoir été mon pilier. Papa, pour ta force, ta prévenance, ta confiance, et ta tendresse si pudique. Merci d'avoir été mon exemple. Je suis tellement fière de célébrer la fin de ce parcours avec vous aujourd'hui.

A ma sœur, Margaux, la meilleure sœur que l'on puisse espérer. Je t'admire tant. Tu suis la voie que tu sais tracée pour toi et j'adore te voir t'épanouir de jour en jour. Tu es une de mes plus grandes sources d'inspiration. Je crois que je pourrais passer des heures à parler de toi. Je suis tellement fière de toi et je te souhaite d'avoir tout ce dont tu rêves et même plus.

A mes oncles et tantes,

A Vévé et Roland, merci d'être ma deuxième famille. Merci de m'avoir portée et soutenue, toujours avec humour et bienveillance. Vous avez grandement contribué à la personne que je suis aujourd'hui. A tous nos souvenirs, à tous ces samedis soirs, à ces vacances au ski. Je sais que je suis à la maison quand je suis avec vous.

A Patrick, merci pour ces moments passés ensemble. Je suis admirative de la personne que tu es devenue à force de combativité. Je te souhaite le meilleur avec Zohra.

A Freddy et Fabienne, merci pour votre soutien et votre présence à mes côtés depuis toutes ces années, pour tous ces bons moments passés dans votre salon ou sur votre terrasse. Et surtout, un immense merci pour votre soutien moral et logistique depuis notre installation montoise.

A mes cousins,

A Marlène et Romain merci d'avoir été là pour toutes les étapes. Vous accompagnez mes meilleurs souvenirs. Je suis tellement heureuse que, malgré le fait qu'on grandisse, on ait trouvé le moyen de rester si proches et d'être toujours si contents de se revoir.

A Alex, pour avoir si parfaitement intégré notre famille. Tu as su trouver un équilibre entre chacun d'entre nous. Merci de participer à cette belle harmonie.

Et bien sûr, à **ma filleule Anna**, nouveau petit membre de la tribu. A peine 1 an et déjà beaucoup trop de mignonnerie. Il me tarde de te voir grandir et de voir la personne que tu vas devenir.

A Ninon et Barbara, pour les jeunes femmes que vous êtes en train de devenir, fortes et indépendantes. Je suis certaine que vous accomplirez vos rêves, et il me tarde d'en être le témoin.

A mes grands-parents,

A Michel et Marie-Claude, pour avoir réussi à construire ce cocon, ce roc sur lequel nous reposons tous. Merci pour tout ce que vous avez fait pour que nous puissions tous nous accomplir. Si seulement vous saviez à quel point votre bienveillance et votre douceur nous ont tous porté.

A Robert, merci de nous montrer chaque jour qu'il n'y a pas de barrière infranchissable. Ta force et ta résilience forcent le respect. Je suis très fière d'être ta petite fille.

A mon étoile, **mamie Evelyne**. Tu aurais été, j'en suis sûre, au premier rang pour me voir clôturer ce parcours et prêter serment. Je sais que de là où tu es, tu me regardes et tu es fière de moi. Merci de m'avoir offert toutes ces années à tes côtés.

A ma belle-famille, Youssef, Sylvie, Zakary. Merci de m'avoir accueillie les bras ouverts et en toute simplicité depuis plusieurs années. A tous ces bons moments passés et à tous ceux à venir.

A mes amis,

A tout le groupe d'irréductibles montois. A Cindy et Guillaume, mes formidables voisins. A Laure, et même si moins montois en ce moment, Laurie et Tristan. J'ai trouvé avec vous ce qui me manquait depuis tant d'années. Sans le savoir, vous m'avez permis de trouver un équilibre et un apaisement dans cet internat. On n'est pas du genre effusif, je sais bien, mais il fallait que ce soit dit. Merci infiniment.

A Manon, mes premières années dans ces études n'auraient pas été les mêmes sans toi. Merci pour ce soutien infaillible que tu m'as apporté. Merci de m'avoir tant de fois ouvert la porte de chez toi, et d'avoir été une épaule solide sur laquelle je pouvais me reposer. Et même si on se suit d'un peu plus loin maintenant, je suis toujours tellement contente de te retrouver. Je vous souhaite de concrétiser tous vos rêves avec Arthur, et tout plein de bonheur.

A la Dream Team, Vincent, Marie, Paul, Charlène, Pierre, Damien, Kévin, Cédric. Merci de m'avoir accueillie les bras ouverts. Merci pour ces soirées inoubliables et ces fous rires.

A tous mes co-internes rencontrés pendant ces trois années, merci de m'avoir permis de grandir et de m'améliorer à vos côtés. Une spéciale dédicace à mes co-internes de pédiatrie **Andy, Charlotte, Loris** (et **Claire** bien sûr!). Et une pensée toute spéciale à **Fanny et Mahé**, mes deux petites îliennes, et **Tim** et **Athina**. Merci pour votre bonne humeur et votre générosité. Merci d'avoir été un petit écrin de bonheur pendant 6 mois à Périgueux. Je vous souhaite tout le bonheur.

Merci à tous ceux qui m'ont transmis leur savoir pendant toutes ces années pour que je devienne la médecin que je suis aujourd'hui.

Merci à **Marco, Brice et Catherine** de m'avoir fait découvrir et aimer ce métier formidable qu'est la médecine générale.

Merci aux urgentistes de Périgueux, à l'équipe de pédiatrie et de gériatrie de l'hôpital de Mont de Marsan. Merci à **Valérie** et **Maryse**.

Et un merci tout particulier à mes derniers maîtres de stage ambulatoire, merci à **Aurélien, Olympe et Laure** pour me permettre de clôturer sereinement ce chapitre de ma vie

A Maxime, depuis 5 ans maintenant, on se soutient mutuellement pour avancer au fil des années et aujourd'hui, je prête serment devant toi. Je n'aurais pas pu rêver meilleur compagnon de route. Merci pour ta joie de vivre, ta bienveillance, ta positivité, et ton amour qui ont rendu ces années tellement plus simples et plus douces. Le meilleur est devant nous et il me tarde de découvrir ce que l'avenir nous réserve. Je t'aime.

Remerciements Audreys

A Marion, pour ta dévotion et ta rigueur. Pour les heures et les heures de visio, de corrections et de questions dans les coins. Je me retrouve dans ta façon de travailler et dans ta précision, je n'aurais pu avoir une meilleure co-thésarde. Félicitations pour la fin de ton internat, tu vas être un Docteur incroyable.

A tous les médecins qui m'ont formée. Aux urgences d'Orthez, à Marco, Brice et Catherine, à Jérôme, Emilie et Denis. Merci d'avoir fait de moi la praticienne que je suis aujourd'hui, vos valeurs m'ont forgée, votre force m'a guidée.

A Emilie Clabe, ancienne chef, amie. Sans toi il y aurait eu 7 mois d'internat qui se seraient passés bien différemment. Merci d'avoir su instiller la bonne humeur dans notre stage, merci pour tes compétences. Surtout merci pour tes rires et ton humour. Je suis heureuse aujourd'hui de te compter comme amie.

A Maëlys et Edouard, pour votre soutien sans faille. C'est avec beaucoup de tristesse que nous vous quittons, mais nous savons que cela n'entachera en rien notre amitié. Nous serons toujours là.

A Laurine, ma plus belle rencontre. Co-interne sur 2 semestres d'affilés, cela a changé ma vie. On a tout partagé, les rires, les pleurs, les interrogations. Ta présence durant les absences de Cédric m'a permis d'avancer sereinement. Et même si aujourd'hui nous ne travaillons plus ensemble, je suis heureuse de pouvoir te compter comme ma meilleure amie et ma future témoin.

A ma Famille, mon roc. *Maman*, pour ta douceur, ton apaisement, et ta force de caractère. Chaque jour qui passe, tu m'impressionnes un peu plus. Tu es mon modèle le plus précieux et celle vers qui je me tournerai toujours pour conseil. *Papa*, pour ton humour, ta bonté et ta force. Merci de m'accompagner, et de ne jamais lâcher ma main. Tu m'as toujours poussée à être meilleure, je ne pourrai jamais t'en remercier assez. *A William*, mon frère, pour ta détermination, ton esprit critique et ta grandeur d'âme. Pour ces longues heures de discussions, de débats. Tu es celui qui a forgé mon caractère, et ma vie n'en serait que plus fade sans toi. *A Mamie*, pour ta gentillesse, ta disponibilité et tes bons conseils. Tu es celle qui a construit cette famille, le ciment qui nous unit. Merci pour les incroyables souvenirs à Grignols.

A Corinne et Bernard, pour leurs rires et leur bonne humeur de tous les instants, ne changez jamais.

A Papi et Mamie lolo, vous n'êtes aujourd'hui plus présents physiquement pour assister à cela, mais mon coeur ne vous oublie pas. J'espère que vous seriez fiers.

A Elliott, avec tout mon amour. *A Fairdy*, avec tout le manque qui suit ton départ, mais surtout toute ma tendresse.

A ma belle-famille, qui est ma deuxième famille. *A Caroline*, pour ton innocence, ta légèreté et ta joie de vivre. Pour tous ces moments partagés, et ceux encore à venir. *A Daddy et Nany*, pour votre charisme et votre dévotion. Vous êtes chers à mon coeur. *A Alexis*, pour ton humour et ton écoute attentive. Je suis heureuse aujourd'hui de te compter dans ma famille.

A Cédric, mon âme sœur. Pas de déballage promis. Merci pour ces années, ce soutien sans faille, cet amour inconditionnel et cette aventure incroyable. Aux mille projets qui nous attendent et à la vie extraordinaire qui se dessine. Merci pour ta patience tout au long de ce processus, tu as été mon pilier, celui sans qui rien de tout cela n'aurait vu le jour. Merci de faire étinceler mon Monde.

A Aymar, pour le changement que tu as instauré en moi. Pour Toujours.

Table des matières

Résumé	2
Abstract	2
Remerciements	3
Table des matières	7
I. INTRODUCTION	9
1. LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT	9
a. Définition de l'adolescence	9
b. Etat des lieux de la santé de l'adolescent	10
c. Comportements à risque et leurs complications	11
2. LE MÉDECIN DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CENTRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT	12
a. Définition de la notion de médecin de soins primaires	12
b. Le rôle du médecin de soins primaires	12
c. Son rôle plus spécifique auprès des adolescents	12
3. LA CONSULTATION MÉDICALE DE L'ADOLESCENT	13
a. La définition de la consultation médicale de l'adolescent	13
b. Ce qui existe déjà	13
c. Les freins et les limites pour le médecin de soins primaires	14
d. Les freins et les limites pour l'adolescent	15
4. NOTRE THÈSE	16
II. MATÉRIELS ET MÉTHODE	18
1. DÉFINITION DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE	18
2. PHASE EXPLORATOIRE	18
3. CHOIX DES RESSOURCES DOCUMENTAIRES	18
4. ÉLABORATION DES ÉQUATIONS DE RECHERCHE	18
5. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	19
6. COLLECTE DES DONNÉES ET ANALYSE	20
III. RÉSULTATS	22
DESCRIPTION DES ARTICLES INCLUS	22
SYNTHESE ANALYTIQUE	23
1. LES ATTENTES DES ADOLESCENTS ET DES PARENTS VIS À VIS DE LA CONSULTATION CHEZ LE MÉDECIN DE SOINS PRIMAIRES	23
a. Attentes des adolescents	23
b. Attentes des parents	24
c. Cadre de la consultation en soins primaires	25
2. LA PROMOTION DE LA PRÉVENTION ET DE LA CONSULTATION	26
a. La promotion de la prévention	26
- Auprès des adolescents	26
- Auprès des parents	27

b. La promotion de la consultation dédiée à l'adolescent	29
- Auprès des adolescents	29
- Auprès des parents	30
c. La formation des médecins de soins primaires	31
3. LE DÉROULÉ DE LA CONSULTATION MÉDICALE DE L'ADOLESCENT	32
a. Le secret médical	32
b. Entrevue avec l'adolescent seul	33
c. Utilisation d'outils pendant la consultation	36
d. L'examen clinique	38
e. Le règlement de la consultation	38
f. La durée de la consultation	39
4. LA COMMUNICATION AUPRÈS DE L'ADOLESCENT	40
a. Favoriser une communication centrée sur l'adolescent	40
b. Les différentes façons de s'adresser à l'adolescent	41
IV. DISCUSSION	43
1. SYNTHÈSE DES RESULTATS	43
2. FORCES	46
a. Concernant la méthode	46
b. Concernant les articles	47
c. Concernant l'interprétation des résultats	48
3. LIMITES	48
a. Concernant la méthode	48
b. Concernant les articles	50
c. Concernant la synthèse des résultats	50
4. OUVERTURES	51
V- CONCLUSION	60
VI- LIENS ET CONFLITS D'INTÉRÊTS	60
Annexe 1 : équations de recherche	61
Annexe 2 : pays membre de l'OCDE	62
Annexe 3: Triage des articles	63
Annexe 4: Tableau d'extraction des résultats	64
Bibliographie	98
SERMENT MEDICAL	104

I. INTRODUCTION

1. LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT

a. Définition de l'adolescence

L'adolescent moderne tel que nous le connaissons n'a fait son apparition que vers la fin du XVIII^e, début XIX^e siècle. De cet adolescent se dégage le portrait d'un être fondamentalement indéterminé, insatisfait du monde dans lequel il vit.

Adolescent dérive du nom *adolescens* "qui croît, qui grandit" prélude à *adultus* "qui a cessé de grandir, de pousser" (1).

Il existe de nombreuses définitions de la période de l'adolescence, celles-ci diffèrent par leurs bornes:

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence comme étant une période de changement, de transition, allant de 10 à 19 ans (2).
- La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, elle, dans son rapport de synthèse portant sur le dépistage individuel des enfants de 7 à 18 ans, de tenir compte de l'âge maturatif plutôt que de l'âge chronologique (3).
- L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) choisit délibérément de ne pas fixer d'âge de début ou de fin au vu des différentes définitions qu'il existe (4).
- Le début de l'adolescence peut aussi être défini par les âges bornant la puberté, c'est-à-dire 8-14 ans chez les filles et 9-14 ans chez les garçons (5).

Ces différentes définitions nous permettent d'en déduire qu'il n'existe pas de définition consensuelle de l'âge de début et de fin de l'adolescence.

L'adolescence peut être en partie définie par ses bornes d'âge mais elle ne se limite pas à cela. En effet, c'est une période impliquant de multiples changements, dont des changements physiques ou encore biologiques.

La puberté est un moment de transition entre la période de l'enfance et l'âge adulte, elle est donc facilement corrélable avec la période de l'adolescence (5,6).

La puberté est tout d'abord un phénomène biologique. Elle débute lorsque l'axe hypothalamo-hypophysaire se met à produire différentes hormones (GnRH, LH et FSH) qui vont stimuler les organes sexuels (ovaires et testicules). Ils vont alors eux-mêmes se mettre à produire des hormones sexuelles (testostérone et oestradiol) qui provoquent les changements observés lors de la puberté.

Chez les filles, le premier signe physique de développement pubertaire est le développement des seins avec l'élargissement de l'aréole mammaire ; de manière quasi-concomitante survient l'apparition de la pilosité pubienne. De même, la croissance pubertaire est synchrone des premiers signes pubertaires. Les règles apparaissent en règle générale environ 2 ans après le début de la puberté.

Chez les garçons, le premier signe de développement pubertaire est l'augmentation du volume testiculaire (>4mL, ou >25mm en longueur), avec apparition quasi-concomitante d'une pilosité pubienne. Secondairement, la pilosité se développe sur le reste du corps et apparaît une mue de la voix. La croissance pubertaire est décalée d'un an par rapport au début des signes pubertaires.

L'adolescence est ainsi une période marquée par de fortes transformations biologiques, physiques, mais également psychosociales (4). En effet, sur le plan de la pensée, l'apprentissage passe principalement par le vécu de l'expérience ou encore la difficulté à la projection dans le futur.

Sur le plan relationnel, cela passe par une distanciation progressive avec les parents et l'expérimentation de situations amoureuses.

L'adolescent construit son identité via différents mécanismes comme par exemple une opposition aux directives des adultes ou encore une croyance en sa propre immortalité.

Ces différents changements psychosociaux caractérisent la période de l'adolescence. Ceux-ci entraînent une expérimentation des limites avec une prise de risque et une transgression des interdits. L'adolescent n'a alors que peu conscience de l'impact de ces prises de risque sur sa santé future.

b. Etat des lieux de la santé de l'adolescent

La santé de l'adolescent est complexe du fait de la double implication qu'est la perception de cette santé par le médecin de premier recours, mais aussi la perception de cette santé par les adolescents eux-mêmes.

L'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) réalisée en 2018 sur le comportement de santé et le bien être des élèves de 11, 13 et 15 ans dans 44 pays ou régions d'Europe et du Canada (7) montre plusieurs données concernant l'état de santé des adolescents:

- Le niveau de harcèlement subi par les Français est plutôt faible, mais les bagarres et les blessures sont plus fréquentes.
- La consommation d'alcool, de tabac et de cannabis des adolescents français est au dessus de la moyenne, avec une consommation plus précoce d'alcool.
- Environ 17% des garçons et 11 % des filles sont obèses ou en surpoids à 11 ans, avec une consommation de boissons sucrées relativement inquiétante.
- Concernant l'activité sportive, moins d'un adolescent sur cinq respecte la directive de l'OMS de faire 60 minutes de sport par jour.
- Un quart des jeunes de 15 ans ayant déclaré avoir des rapports sexuels rapporte ne pas avoir utilisé de préservatif ou de pilule lors du dernier rapport.

Pour ce qui est des 15-30 ans, l'analyse du baromètre de santé 2010 sur les comportements de santé montre que (8):

- Parmi les 15-75 ans, les 15-30 ans sont les plus nombreux à fumer avec une hausse de la prévalence tabagique dans cette population.
- La consommation d'alcool chez les 15-30 ans se caractérise par une consommation moins régulière mais plus excessive, avec de nombreux épisodes de *binge drinking* (alcoolisation massive).
- La consommation de cannabis s'est stabilisée à un niveau élevé, avec 13% des femmes et 25% des hommes entre 15 et 30 ans qui déclarent avoir eu une consommation sur les 12 derniers mois. La cocaïne subit un essor depuis les années 1990.
- L'utilisation d'une contraception est très répandue chez les femmes en couple ou soumises à un risque de grossesse non prévue (>90%). Cependant, l'utilisation de contraception d'urgence est en augmentation : elle concerne 1 femme sur 5 avant 20 ans.
- Les troubles des conduites alimentaires restent des comportements présents dans cette tranche d'âge en particulier chez les femmes, certes en proportion peu importante mais néanmoins préoccupante.
- Les tentatives de suicide concernent 0,9% des 15-30 ans, qui est la tranche d'âge la plus exposée. 3,4 % des adolescents déclarent avoir eu des pensées suicidaires.
- 83% des adolescents n'ont pas de handicap ou de maladie chronique.

Globalement, 90% des adolescents se trouvent en bonne santé et considèrent que cette bonne santé repose sur le fait "d'être bien dans sa peau et dans sa tête" (4,9). Cet avis est cependant à mettre en opposition avec le fait que plus de la moitié des adolescents de moins de 15 ans rapportent des plaintes récurrentes (7). De plus, les adolescents sont une grande majorité (80,7% des 12-25 ans) a

avoir consulté au moins une fois leur médecin généraliste dans l'année précédente pour des motifs somatiques ou psycho-sociaux.

Ceci montre la complexité de la perception de la bonne santé des adolescents.

c. Comportements à risque et leurs complications

Comme dit précédemment, l'adolescence est une phase d'expérimentation au cours de laquelle l'adolescent va tester ses limites en se confrontant à différents comportements à risque (4).

Les principaux comportements à risque ont déjà été abordés comme les addictions (alcool, tabac, drogues, jeux vidéos...), la prise de risque sexuelle, les conduites suicidaires, les troubles des conduites alimentaires ou encore la sédentarité.

Plus d'un tiers des jeunes (principalement des garçons) estime que pour bien vivre il faut prendre des risques sans les calculer (10).

L'augmentation de la prévalence de ces comportements à risque pose alors le souci de leurs complications. En effet, l'adolescence est, comme dit précédemment, une période charnière de la vie. Si au cours de cette période, les adolescents sont exposés à des comportements à risque de manière répétée, ils peuvent en subir les conséquences sur leur développement à long terme.

Pour ce qui est de la prise de risques sexuels évoquée plus haut, 2,6% des jeunes filles entre 13 et 18 ans déclarent avoir eu recours à une IVG ; ce taux augmente avec l'âge (10).

De plus, les adolescents constituent, au niveau mondial, 10% des nouvelles infections au VIH (dont les $\frac{3}{4}$ concernent les filles) (11).

Pour ce qui est des conduites suicidaires, lorsque les adolescents ont des idées noires ("la vie ne vaut pas la peine d'être vécue"), environ 20% d'entre eux ont recours à des comportements à risque pour pallier ces idées (fumer du tabac ou du cannabis, boire, prendre des médicaments ou se faire du mal).

Parmi ces adolescents, entre 5 et 7,8% déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide (4,9). Le suicide est la 3^e cause de décès chez les 15-19 ans. Au total, les traumatismes, la violence et l'automutilation sont les principales causes de décès chez les adolescents.

Pour ce qui est de la consommation d'alcool, c'est l'une des premières causes de traumatisme (dont les accidents de la route), de violence et de décès prématuré.

Pour ce qui est de la consommation de drogues, leur utilisation est corrélée, en particulier chez les adolescents, à des altérations neuro-cognitives avec problèmes comportementaux, sociaux, émotionnels et scolaires. De plus, cette consommation augmente le risque de dépendance croisée, c'est-à-dire à plusieurs substances (11).

Les comportements à risque ont donc une prévalence relativement importante chez les adolescents. Malgré tout, il n'existe que peu de comportements à risque qui sont en diminution. Leurs conséquences sont donc de plus en plus prégnantes dans notre société, avec tous les enjeux socio-économiques qui en découlent.

La santé de l'adolescent et la prévention de ces comportements à risque constituent donc un enjeu de santé publique.

2. LE MÉDECIN DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CENTRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT

a. Définition de la notion de médecin de soins primaires

Lors de la déclaration d'Alma-Ata en 1978, l'OMS définit la notion de soins de santé primaires comme « le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé [...] et il constitue le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ». Les soins de santé primaires font appel à « tout professionnel de santé préparé socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité » (12).

En France, les notions de soins de santé primaires et de soins de premiers recours semblent être utilisées de façon indifférenciée. La loi « Hôpital, patient, santé, territoire » de 2009 place le médecin généraliste au centre des soins de premiers recours (13).

b. Le rôle du médecin de soins primaires

Les missions globales du médecin de soins primaires sont bien définies (13). Il doit contribuer à l'offre de soins ambulatoires en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies. Il doit promouvoir l'éducation à la santé. Il doit pouvoir orienter ses patients dans le système de soins en fonction de leurs besoins et s'assurer de la coordination des soins par la suite. Il doit veiller à l'application des protocoles et des recommandations pour les maladies nécessitant des soins prolongés, en collaboration avec les autres professionnels de santé. Il doit assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé. Il doit, enfin, participer à la mission publique de permanence des soins.

L'ensemble de ces aptitudes est d'ailleurs résumé dans la marguerite des compétences du médecin généraliste (14).

C'est un médecin spécialiste formé à l'approche globale des patients. Il suit le patient sur la durée et établit avec lui une relation personnalisée qui se construit au fur et à mesure des contacts. Il prend en compte et gère simultanément toutes les pathologies du patient dans son contexte familial et socioprofessionnel ; le tout dans le respect de son autonomie. Il est au centre de la cohérence et de la coordination des soins (15).

c. Son rôle plus spécifique auprès des adolescents

La population adolescente n'échappe pas à la rencontre avec le corps médical. C'est pourtant une période de la vie où la préoccupation de la santé n'est pas omniprésente. Comme décrit précédemment, selon le baromètre Santé 2010, d'une façon générale 96,2 % des jeunes de 15-30 ans se déclarent en bonne santé (8).

Dès lors qu'il s'agit de consulter, le médecin généraliste est le premier contact privilégié des adolescents avec le monde médical. En effet, 79,2 % des 15-30 ans ont consulté au moins une fois le médecin généraliste au cours des 12 mois précédents (8). On note toutefois une moindre fréquentation dans la classe d'âge 15-19 ans, celle-ci étant compensée par une consultation chez le pédiatre. Le médecin scolaire, en revanche, reste un interlocuteur peu valorisé : moins d'1 adolescent sur 5 y a eu recours durant les 12 derniers mois (16). Les adolescents consultent cependant peu souvent : 2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 pour les filles (17).

Cette rencontre, quotidienne pour le médecin généraliste, reste ponctuelle dans la vie de l'adolescent. Il semblerait donc intéressant de profiter de ces consultations pour aborder les problématiques propres à l'adolescence.

3. LA CONSULTATION MÉDICALE DE L'ADOLESCENT

a. La définition de la consultation médicale de l'adolescent

La consultation médicale est une rencontre entre un médecin et un patient dans un environnement particulier comme une structure de soins, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire. Cette rencontre a une raison d'être et va aboutir sur la discussion de sujets précis entre les deux protagonistes. C'est cela que l'on désigne par le contenu de la consultation médicale : c'est la teneur de cette consultation.

Lors de la consultation de prévention de l'adolescent, les thématiques abordées sont celles qui reflètent les problématiques propres à l'adolescence, décrites plus haut. Les thèmes tels que la sexualité et la contraception, les violences physiques ou psychologiques et le harcèlement, les addictions, les troubles psychiatriques, la sédentarité sont abordés puisqu'ils constituent des enjeux de santé publique à court et plus long terme, pouvant être à la fois pourvoyeurs de répercussions immédiates sur la santé des jeunes et être responsables de mauvaise santé à l'âge adulte (8).

Tout ce qui est en rapport avec la consultation médicale à l'exception du contenu de ladite consultation fait partie de son cadre. Classiquement, la consultation médicale se déroule de façon standardisée : accueil du patient avec création du dossier médical si nécessaire, entretien avec le patient (motif de consultation, antécédents, habitus), examen clinique, prescription d'examen complémentaires si besoin, diagnostic si possible, prescription d'un traitement si nécessaire. La consultation médicale tend à aller vers une approche bio-psycho-sociale. Il s'agit de demander aux professionnels de santé d'examiner toutes les composantes de la vie d'un individu afin de fournir un diagnostic et/ou une prise en charge qui ne soient pas uniquement fondés sur les symptômes mais bien sur la globalité des réalités biologiques, psychologiques et sociales du patient (4). Cette conduite passe nécessairement par une conversation avec le patient. De ce fait, pour fluidifier les échanges, la communication entre les deux partis doit être singulière, de sorte que chacun se comprenne. La communication passe à la fois par le verbal et le non verbal. Cet aspect est particulièrement important pour l'adolescent, qui peut parfois se trouver en difficulté pour s'exprimer face à un adulte. Il faut donc porter attention aux différents codes, attitudes et tenues de l'adolescent pour essayer de décrypter ses dires (4, 17).

Enfin, la consultation de l'adolescent est une consultation qui possède ses particularités. C'est une consultation spécifique, souvent triangulaire, entre le médecin, l'adolescent et le parent. De ce fait, cette consultation soulève des questionnements qui lui sont propres à la fois de la part des adolescents et des médecins, et qui peuvent être de véritables freins à la consultation.

b. Ce qui existe déjà

L'organisation de la prévention chez les adolescents est définie par le code de Santé publique (18). Ces lois insistent particulièrement sur l'importance de la prévention et du dépistage, et mettent au centre du dispositif la médecine scolaire avec des consultations obligatoires à 12 ans et 15 ans (18, 19). En pratique, elles sont peu réalisées, principalement du fait d'un manque de moyens et d'effectifs des médecins de l'Éducation Nationale (20).

De ce fait, le suivi médical à ces âges repose bien souvent sur d'autres entités du corps médical, et principalement le médecin généraliste. Depuis le 01 Mars 2019, un examen systématique doit être réalisé entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans, pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Ces consultations peuvent être réalisées par le médecin généraliste ou un pédiatre, en libéral, en centre de santé ou en consultation externe dans un établissement de santé (21). Cependant, là encore, ce dispositif ne rencontre pas un franc succès. Le protocole pour systématiser ces visites de prévention reste donc à inventer.

Une thèse de médecine générale a été réalisée en 2017 et avait pour but de faire émerger des idées sur l'optimisation de la consultation dédiée à la prévention de l'adolescent en médecine générale. Une des pistes concerne justement l'organisation de ces consultations. La solution qui emporte le plus d'adhésions est la création d'une consultation de prévention annuelle, plutôt qu'à des âges spécifiques.

Une autre piste évoquée dans cette thèse est celle de l'utilisation d'outils préexistants afin de favoriser le dialogue avec les adolescents. 68 % des médecins interrogés dans l'étude y seraient favorables. Pourtant, ces outils restent largement méconnus des médecins. Quand bien même ils seraient connus, 78 % des médecins interrogés dans cette étude ne s'en servent jamais (22).

Ce type d'outil existe déjà mais aucun n'a été validé pour la médecine de premier recours. Par exemple, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), en partenariat avec le Ministère de la santé et le Ministère de la jeunesse et des sports, a créé un questionnaire de pré-consultation confidentiel donné à l'adolescent en amont de sa consultation (4). Cependant ce dernier a été conçu pour un usage hospitalier et ne semble pas complètement convenir à la médecine de soins primaires. De même, la thèse Qjeunes s'interrogeait sur la façon d'aborder la santé de l'adolescent de 11 à 16 ans dans un auto-questionnaire adapté à la médecine générale, qui répondrait à la fois aux attentes des adolescents, des parents et des médecins (23). Ce travail est une ébauche qui permettra la création d'un auto-questionnaire de pré-consultation à destination des adolescents en médecine générale, qui devra être ensuite validé.

Il existe également des questionnaires d'amorces, pour faciliter le dialogue avec les adolescents, tels que le questionnaire du Pr Moula, qui date de 1996 (4), ou encore le questionnaire HEADSSS (4) qui date de 2004. HEADSSS est un questionnaire pour des entretiens semi-dirigés qui sigle pour les principales thématiques abordant le versant psycho-social de la santé de l'adolescent : Habitat (logement), situation familiale, Education, Activités (sports, loisirs), Alimentation, Drogues, Sexualité, Sécurité (prise de risque, prévention des accidents, Stress/Santé mentale/Suicide). Cet outil comporte quelques exemples afin d'aider le professionnel de santé à amorcer son entretien avec l'adolescent.

Il existe enfin des outils permettant de cibler une thématique précise comme le test TSTS – CAFARD qui permet d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas (4).

Le médecin de soins primaires a donc un rôle central à jouer dans la prévention de l'adolescent. Cependant, malgré les systèmes qui existent déjà, peu de médecins y ont recours.

c. Les freins et les limites pour le médecin de soins primaires

Les consultations avec les adolescents en soins primaires sont, dans les deux tiers des cas, à l'initiative des parents et concernent un sujet somatique (75 %), administratif ou préventif (19%). Dès lors que le motif de consultation est d'ordre préventif ou administratif, le médecin élargirait le contenu de la consultation moins d'une fois sur deux, et moins d'une fois sur trois si le motif de consultation est d'ordre somatique (17).

Il existerait plusieurs raisons à ce phénomène. La thèse d'Hélène Mulard en 2017 a permis de mettre en évidence un grand nombre de facteurs limitant la prise en charge des adolescents selon les médecins généralistes (24).

Dans un premier temps, le cadre même de la consultation telle qu'elle se déroule en médecine générale ne serait pas optimal pour recevoir un adolescent.

En effet, la courte durée de la consultation en médecine générale (en moyenne 15 minutes) demeure un problème récurrent, expliquant que les médecins s'éloignent peu du motif de consultation initial. De plus, certains médecins rapportent que l'organisation de leur cabinet n'est pas la plus adaptée pour assurer la confidentialité de l'adolescent vis-à-vis de son accompagnant (absence de lieu délimitant

deux espaces permettant une certaine confidentialité à l'adolescent sans avoir à faire sortir son accompagnant).

A ce propos, il s'agit bien souvent d'une consultation à trois, dans laquelle la place de l'accompagnant peut être considérée comme un frein pour certains médecins puisqu'il pourrait influencer l'attitude de l'adolescent. Voir l'adolescent seul à un moment de la consultation est évoqué mais trop peu souvent réalisé. L'accompagnant quant à lui peut se montrer très ambivalent sur le sujet : d'un côté, il comprend le droit à l'intimité de son enfant, d'un autre, il souhaite être tenu informé de son état de santé. Le médecin est donc vite confronté à l'autorité de l'un et à l'autonomie de l'autre. Pourtant, libérer la parole de l'adolescent, respecter le secret médical, l'intimité et la pudeur de l'adolescent sont les motivations principales du médecin généraliste à la sortie de l'accompagnant.

Par ailleurs, on peut citer d'autres freins évoqués par les médecins généralistes dans l'étude. Leurs représentations de l'adolescent rentrent en compte : son jeune âge, son mutisme, son besoin des parents pour affronter les questions du médecin ou son absence d'autonomie dans la gestion de sa santé semblent compliquer la prise en charge pour certains et la présence du tiers semble d'autant plus justifiée. La demande de l'adolescent est souvent floue, rendant difficile l'identification de la problématique réelle, et le médecin a du mal à créer des moments propices à la confiance au cours de la consultation (17).

Enfin, un grand nombre de médecins interrogés dans la thèse de Mme Mulard regrette leur manque de formation et de connaissance sur la question adolescente. Par exemple, le droit au secret médical du patient mineur semble ne pas être correctement connu puisque certains médecins interrogés pensent être dans l'illégalité en recevant un adolescent seul (24).

De ce fait, il s'agit trop souvent d'un rendez-vous manqué entre deux personnes qui ont entrevu les possibilités de l'autre sans pour autant oser entrer en relation (17). Pourtant, il pourrait s'agir d'un moment privilégié à la fois pour l'adolescent qui peut parler de lui à un adulte en toute sécurité en dehors du champ familial, et à la fois pour le médecin qui peut y voir une opportunité d'expliquer au mineur ce qu'il peut attendre d'un médecin de soins primaires et d'évoquer des problématiques de prévention et de dépistage, qu'elles soient somatiques ou psychiques.

d. Les freins et les limites pour l'adolescent

Du côté de l'adolescent, il existe aussi de nombreux freins et limites à la consultation avec son médecin.

Comme dit précédemment, l'adolescent consulte assez peu son médecin traitant et les motifs de consultation abordés sont principalement somatiques dans 75% des cas.

L'adolescent a du mal à aborder des problématiques autres que le motif initial de consultation, et cela même si ces problématiques le concernent.

La thèse de Adèle Minster Pruvost sur les principaux freins des adolescents à leur démarche de prévention (25) ainsi que celle réalisée par Hélène Boulestreau Grasset sur le point de vue des adolescents concernant leur relation avec le médecin généraliste (26) évoquent les principaux freins et limites rapportés par les adolescents.

Tout d'abord, ils semblent s'informer ailleurs. Que ce soit par internet, par la famille ou encore par les amis, ils estiment obtenir suffisamment de réponses à leurs interrogations. Cela peut paraître paradoxal car interrogés différemment ils rapportent se sentir plus ou moins bien informés sur les différents sujets de prévention (7,8).

Ensuite il existe, pour les adolescents, une grande inconnue face au secret médical et à la confidentialité des consultations (22,25). C'est un des freins à l'abord de certains sujets (contraception, usage de substances etc..).

De plus, il existe aussi des difficultés d'expression de la part des adolescents : ils attendent que le médecin "devine" en quelque sorte leur problématique, sans qu'ils aient besoin de la formuler à voix haute.

Il existe aussi d'autres freins annexes comme par exemple la peur des messages moralisateurs et la peur d'être jugé.

A un moindre niveau, on retrouve également une méconnaissance sur le rôle du médecin généraliste quant à son rôle de prévention et de discussion.

Enfin, la place des parents peut aussi être un frein à cette consultation : les adolescents interrogés estiment que lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets intimes (contraception, sexualité, dépression...), ils préfèrent que cela soit fait sans la présence de leurs parents, et ils estiment que le médecin est le médiateur de cette présence (27).

Au total, les médecins évoquent des limites quant au fait de recevoir des adolescents en consultation. Ces limites sont d'ordres pragmatiques et relationnelles. Les adolescents quant à eux, ont beaucoup d'a priori et de fausses représentations de la médecine de soins primaires. Cela combiné au fait qu'ils auraient tendance à s'informer ailleurs en cas de besoin, font qu'ils consultent peu. Or la prévention auprès de l'adolescent est une mission de santé publique. Ainsi, il existe une nécessité de promotion de la santé et d'éducation à la santé de l'adolescent pour tous les acteurs impliqués. Ces deux aspects s'inscrivent donc dans ce qui est défini plus haut comme le cadre de la consultation médicale pour l'adolescent.

4. NOTRE THÈSE

La santé de l'adolescent est un enjeu de santé publique pour lequel les médecins de soins primaires (médecins généralistes, médecins scolaires, pédiatres...) sont impliqués. Pour autant, médecins et adolescents expriment des difficultés à se rencontrer et à communiquer. Ces difficultés et ces freins rendent l'échange autour de la prévention et de l'éducation à la santé complexe et très disparate selon les médecins.

Cela pose la question de la nécessité de mise en place d'une consultation dédiée à la santé de l'adolescent de manière systématique. En effet, les médecins de soins primaires y semblent favorables mais sont également demandeurs d'aides et d'outils permettant un déroulé de consultation optimisé (22.) De même, les adolescents semblent être favorables à l'élaboration d'une consultation systématique abordant leur santé (26).

C'est face à ce constat que nous avons décidé de participer à l'élaboration d'un guide pratique pour la consultation de prévention de l'adolescent en soins primaires.

Dans le but d'élaborer ce guide pratique, nous avons réfléchi la consultation en deux parties:

- Une première partie, qui concerne le contenu de la consultation, c'est-à-dire les différents thèmes à aborder avec l'adolescent. Cette partie sera travaillée par Julie Godfrain qui réalise une thèse avec constitution de groupes Delphi pour validation des différents thèmes.
- Une deuxième, qui concerne le cadre de la consultation, à savoir sa forme, son environnement, sa mise en place et son déroulé.

Nous travaillerons sur cette deuxième partie. Pour cela, nous allons réaliser une revue systématique de la littérature sur la forme que doit prendre une consultation dédiée à la santé de l'adolescent. Ces résultats seront alors un appui pour une thèse mise en place par Morgan Rovira, qui réalise une validation par un consensus d'experts de la forme que doit prendre cette consultation en médecine générale.

Dans la perspective de réaliser ce travail, l'objectif de cette revue systématique de la littérature est d'analyser les modalités de l'organisation d'une consultation dédiée à la santé de l'adolescent en soins primaires dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE).

Question de recherche :

Quelles sont les connaissances de la littérature quant à l'organisation d'une consultation dédiée à la santé de l'adolescent en soins primaires dans les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)?

II. MATÉRIELS ET MÉTHODE

1. DÉFINITION DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons décidé de réaliser une revue systématique de la littérature afin de faire un état des lieux sur les connaissances actuelles quant à l'organisation d'une consultation dédiée à la santé de l'adolescent en soins primaires. Une revue de la littérature consiste à réaliser une collecte d'informations supposée exhaustive sur un thème d'intérêt. Cet exercice requiert l'utilisation d'une méthodologie précise basée sur l'élaboration d'équations de recherche (adaptées à chaque moteur de recherche), puis sur la sélection de références pertinentes selon des critères d'inclusion et d'exclusion, puis finalement sur une synthèse des résultats obtenus.

2. PHASE EXPLORATOIRE

Il a fallu d'abord délimiter précisément les bornes de notre problématique. Notre objectif porte en effet sur :

- les adolescents
- leur consultation médicale en soins primaires
- les différents aspects de l'organisation d'une consultation médicale en soins primaires, à savoir la façon de la proposer aux patients, les étapes clés de la consultation (entretien, examen clinique, la phase de synthèse avec pose d'un diagnostic, planification de la prise en charge, orientation, réévaluation, et enfin le paiement de la consultation) ou encore la façon d'échanger entre patients et médecins

Puis, lors de la phase exploratoire de la recherche bibliographique, nous avons réalisé plusieurs réunions de concertations (dont certaines avec notre directeur de thèse ou avec les bibliothécaires de l'Université de Bordeaux Carreire) afin d'établir une liste de mots-clés évoquant chacun des thèmes précédemment cités. Notre but était que cette liste soit la plus exhaustive possible.

Enfin, nous avons consulté différentes ressources documentaires (Cochrane, GoogleScholar, Cairn, Pubmed, Scopus et Sudoc) afin de nous documenter sur le sujet, d'estimer la richesse de la littérature en lien avec notre objectif, de définir les moteurs de recherche les plus pertinents, et d'affiner les mots-clés et les stratégies de recherche.

3. CHOIX DES RESSOURCES DOCUMENTAIRES

La revue systématique de la littérature a été réalisée en utilisant les ressources documentaires suivantes : PubMed, Scopus, Cochrane, Cairn, Google Scholar, Sudoc et EBSCOhost qui interroge plusieurs bases de données simultanées : PsychInfo, PsychArticles, SocINDEX, Psychological and Behavioral Sciences Collection (PBSC).

La littérature grise a été exploré via la ressource documentaire Sudoc.

4. ÉLABORATION DES ÉQUATIONS DE RECHERCHE

Nous avons mené un travail de concertation afin de déterminer une liste de mots-clés, basée sur la liste réalisée lors de la phase exploratoire, et affinée avec l'aide d'outils tels que le dictionnaire HeTOP ou le dictionnaire de l'Académie de médecine. Sur les bases de données PubMed et Cochrane,

les mots clés ont été rédigés en termes MeSH ainsi qu'en texte libre permettant d'inclure des synonymes et les articles qui n'ont pas été indexés au MeSH.

Sur les autres ressources documentaires, les mots clés ont été rédigés en texte libre.

Les mots clés ont été choisis en anglais, sauf pour les ressources documentaires Cairn et Sudoc où ils ont été rédigés en français.

Les différents mots-clés suivants, ainsi que leurs variantes éventuelles (singulier/pluriel/masculin/féminin/ orthographe anglaise ou américaine / variations de suffixes grâce aux tronçatures), ont été utilisés :

Thème	Anglais	Français
Adolescent	Adolescent- Teen - Youth - « young adults »	Adolescent
Soins primaires	Primary (health)care - ambulatory (health)care - family (health)care - general (health)care - primary (health)care - ambulatory care	“soin primaire” - “médecine générale” - “médecin traitant” - “médecine ambulatoire”
Organisation d'une consultation médicale	medical visit - medical appointment -- médical interview- medical consultation - organisation - implementation - “appointments and schedules” - “administration and organisation” - “patient care management” - “office visits”	consultation médicale - visite médicale - organisation - mise en place - déroulement - configuration - fonctionnement

Le détail des équations de recherche concernant chaque ressource documentaire peut être retrouvé en Annexe 1

5. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pour être éligible, chaque article devait répondre à des critères de sélection bien spécifiques.

Les articles contenant ces caractéristiques étaient inclus :

- Les études quantitatives épidémiologiques (descriptive ou analytique) ou interventionnelles.

Si une étude interventionnelle respectait les autres critères d'inclusion elle était alors sélectionnée, et ce quelque soit le type d'intervention réalisée. En effet, nous avons émis l'hypothèse que nous n'aurions que peu d'études interventionnelles à inclure et avons fait le choix de toutes les sélectionner pour assurer une meilleure diversité d'études incluses.

Les études qualitatives (entretiens, observations, ou méthodes de consensus) ou les études de synthèse des connaissances (revues systématiques ou méta-analyses).

- La population des études devait concerner les adolescents sans critères d'âge, de genre ou d'orientation sexuelle.

- Les études devaient faire référence aux consultations en structure de soins primaires de ces adolescents, telles que définies par l'OMS lors de la déclaration de l'Alma-Ata.

- Les études devaient aborder la forme que doit prendre une consultation dédiée à la santé de l'adolescent, à savoir son cadre, son environnement, sa mise en place et son déroulement.

- Les études devaient avoir été publiées à partir de l'année 2000. Nous avons choisi cette limite de date en partant du postulat que les adolescents des années 1990 ou antérieures ne sont pas comparables aux adolescents d'aujourd'hui.

Les articles contenant ces caractéristiques étaient exclus:

- Les études se déroulaient en centres hospitaliers, en service d'urgences, en centres de soins psychiatriques, en centres de détention pour mineurs, en centres de soins de suite et de réadaptation ou en milieu associatif sans intervention d'un professionnel de santé de soins primaires.
- Les études abordant uniquement le contenu de la consultation.
- Les études abordant une pathologie ou un domaine spécifique.
- Les études se déroulant dans un pays n'appartenant pas à l'OCDE (liste des pays membres de l'OCDE en Annexe 2),
- Les études rédigées dans une autre langue que le français ou l'anglais.
- Les articles n'étant pas des études scientifiques.

En particulier nous avons décidé d'exclure les recommandations d'experts ou encore les recommandations des politiques de santé. En effet, nous avons déterminé que ce type de document était probablement déjà à disposition des médecins de soins primaires et qu'ils en avaient déjà connaissance, il ne nous semblait pas pertinent de les inclure dans notre thèse.

6. COLLECTE DES DONNÉES ET ANALYSE

Nous avons extrait puis fusionné l'ensemble des références obtenues sur les ressources documentaires grâce aux équations de recherche sur le logiciel Zotero, ce qui a permis d'exclure les doublons. Aucun logiciel d'aide à la conduite des revues systématiques de la littérature n'a été utilisé.

Puis, nous avons évalué l'éligibilité des articles sur le titre et le résumé. Cela a été fait en insu dans un premier temps, c'est-à-dire réalisé par chacune des thésardes de manière séparée. Une fois le travail réalisé complètement, nous avons mis en commun tous nos résultats. Pour les études jugées éligibles, la lecture du texte entier permettait de valider l'inclusion de l'article dans l'étude, ou au contraire permettait son exclusion. A cette étape également, cela a été fait en insu, puis mise en commun de nos résultats. En cas de conflit, la résolution se faisait par discussion et recherche de consensus. En l'absence de consensus, il était prévu de faire intervenir une troisième personne (notre directeur de thèse).

Le détail de tous les articles triés sur titres et résumés, ainsi que sur textes entiers, peut être retrouvé dans le document intitulé "Triage des articles" en Annexe 3. Ce document correspond au triage réalisé par une de nous deux et n'a été partagé entre nous qu'une fois les travaux de mise en commun faits.

Nous avons décidé en amont des données à extraire pour les études incluses, ceci afin de permettre une standardisation de la procédure. Pour ce faire, nous avons réalisé, de manière séparée, une proposition de grille d'extraction en nous basant sur ce qui existe déjà dans la littérature. Puis nous avons mis en commun nos propositions lors d'une réunion pour aboutir à la grille définitive.

Pour chaque article, nous avons extrait les données suivantes:

- Titre
- Auteurs
- Année de parution de l'article
- Journal de parution de l'article (si information présente)
- Période de recueil des données
- Lieu de recueil de données
- Population étudiée et nombre de participants
- Question de recherche / Objectif principal / Hypothèses principales et secondaires
- Schéma d'étude
- Méthode de l'étude

- Synthèse des résultats : Dans chaque étude nous avons extrait les données portant sur les différentes modalités d'organisation d'une consultation dédiée à la santé de l'adolescent, selon la définition que nous en avons donné lors de la phase exploratoire.
- Limites et forces de l'étude
- Qualité méthodologique qui était évaluée en fonction du schéma de l'étude par différents scores :
 - => Score RoB2 pour les essais cliniques randomisés (29)
 - => Score ROBINS-I pour les essais cliniques non randomisés (30)
 - => Grille CASP pour les études qualitatives (31)
 - => Grille STROB pour les études quantitatives épidémiologiques (32)
 - => Grille PRISMA pour les études de synthèse des connaissances (33)

Nous nous sommes partagées les articles, ainsi nous avons chacune réalisé l'analyse de 9 articles. Chaque information correspondante aux catégories citées plus haut étaient reportées dans la grille d'extraction retrouvée en Annexe 4.

Cette grille d'extraction était réalisée sur un document partagé entre nous deux, chacune d'entre nous pouvait ainsi lire les données extraites par l'autre.

Une fois chaque article analysé dans sa globalité, et la grille d'extraction remplie dans sa totalité, chacune a alors lu la grille d'extraction intégralement.

En vue de la préparation de la rédaction de la synthèse analytique, nous avons, de manière séparée, réfléchi aux principaux axes de cette synthèse en regroupant les différentes informations sous des thématiques communes. Puis nous avons réalisé une mise en commun pour aboutir aux grands axes définitifs. Nous avons également déterminé les sous-parties de ces axes, la place de chaque article au sein de ces sous-parties, ainsi que leurs données.

III. RÉSULTATS

DESCRIPTION DES ARTICLES INCLUS

Au total 3566 articles (Figure 1) ont été recensés dans les différentes ressources documentaires et ont été importés dans Zotero.

365 doublons ont été éliminés dans Zotero et 378 articles ont été éliminés car datant d'avant 2000.

2823 articles ont été triés sur titre et résumé, 2652 ont été exclus, 72 doublons supplémentaires ont été éliminés manuellement et 98 articles ont été sélectionnés pour lecture sur texte entier. Dans ces articles triés sur titre et résumé, il y a eu une triangulation pour 5 articles, 4 ont été sélectionnés, 1 a été éliminé.

98 articles ont donc été évalués sur texte entier, 80 ont été exclus et 18 ont été inclus. Parmi ces articles lus en entier, il y a eu une triangulation pour 5 articles, 5 articles ont été inclus.

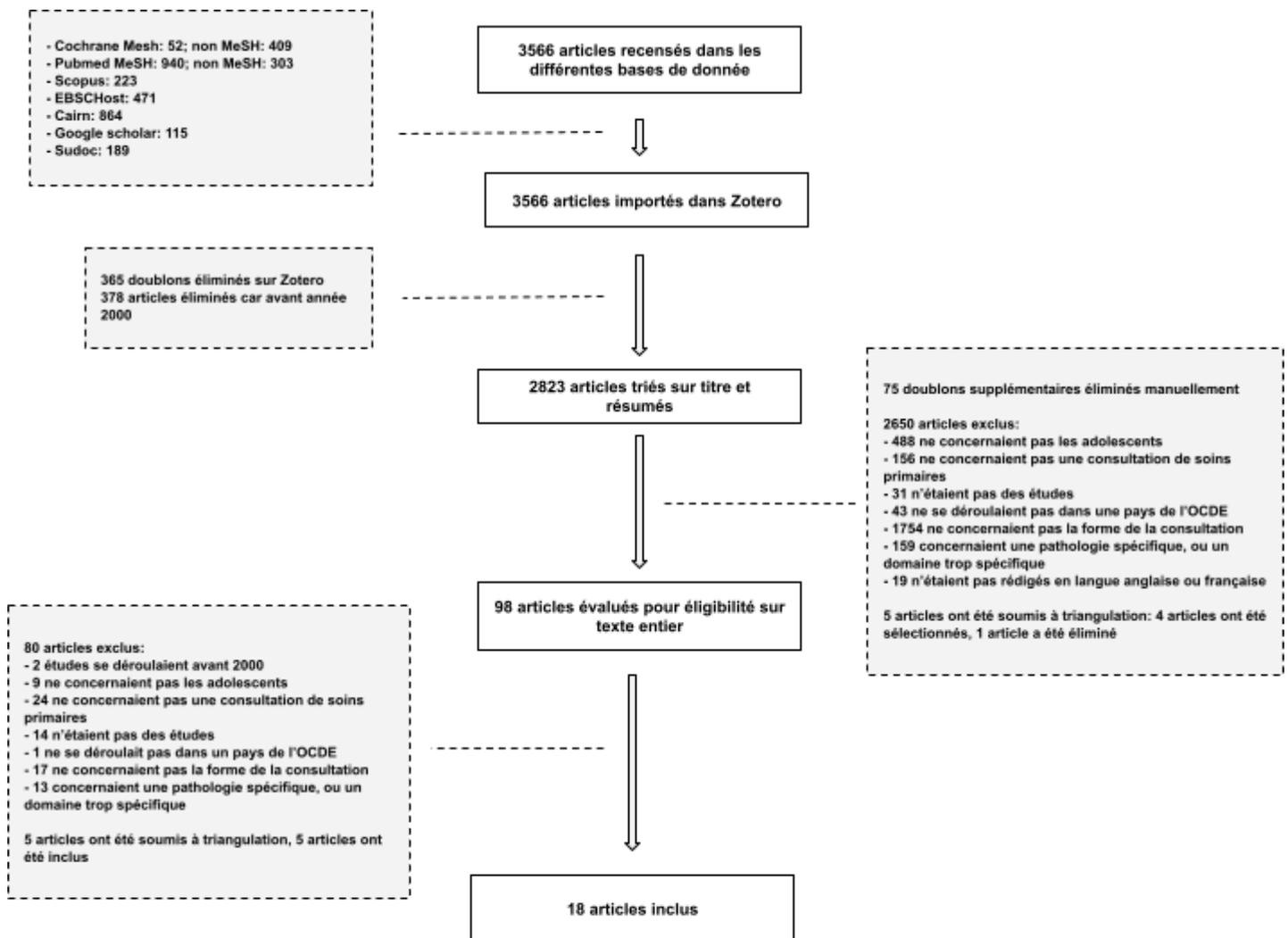


Figure 1

SYNTHESE ANALYTIQUE

1. LES ATTENTES DES ADOLESCENTS ET DES PARENTS VIS À VIS DE LA CONSULTATION CHEZ LE MÉDECIN DE SOINS PRIMAIRES

a. Attentes des adolescents

Les adolescents ont des attentes précises concernant cette consultation, en particulier vis-à-vis du médecin de soins primaires. Il est intéressant de voir qu'en leur demandant leur avis, leurs attentes se recoupent entre les différentes études.

Le médecin de soins primaires est un pilier pour l'adolescent, un soutien qui le suivra tout au long de sa croissance. Il est donc attendu de lui une relation solide, avec un respect mutuel, ce qui semble être la base d'une relation de confiance entre ces deux protagonistes (45).

D'après les adolescents, cette relation solide dépend de plusieurs critères, notamment le soutien affectif que peut procurer le médecin, associé à une empathie adaptée (35,45). Ce rôle émotionnel est au centre de la relation entre ces deux personnes.

La communication est aussi un pivot de cette relation: les adolescents attendent un médecin bienveillant, sympathique avec de l'humour et réconfortant. En d'autres termes il doit être "actuel" et faire preuve d'adaptation.

La relation semble se modifier au fur et à mesure des années. Les adolescents souhaitent une relation plus proche avec le médecin tout en voulant que ce dernier dévoile une partie de "son monde", ce qui le rend plus "humain" à leurs yeux.

D'après les adolescents, cet aspect plus humain est corrélé à la gestion du temps : celle-ci doit être adaptée à la consultation. En effet, une consultation rapide ne peut pas être une consultation permettant la mise en place d'une relation de confiance, et instaurerait plutôt une défiance de sa part (45).

Il est aussi attendu du médecin une certaine compétence avec un soutien informationnel (conseils, informations et diagnostics) et matériel (traitement et accès à d'autres ressources) (35).

Ce soutien informationnel englobe aussi bien celui qui concerne les adolescents, que celui qui concerne leurs parents (45, 50).

Le soutien informationnel qu'ils réclament est assez global, et même s'il concerne principalement le domaine biomédical, est évoqué en petite partie le domaine de la prévention. Celui-ci semble toutefois ne pas être, pour eux, le domaine d'action majeur du médecin de soins primaires. Si on regarde les motifs de consultation des adolescents, on voit que ce besoin de prévention n'arrive qu'en 4^e ou 5^e position (35). Dans le cadre de la consultation, et ce indépendamment du motif de cette dernière, on retrouve également une spécificité concernant le secret médical, dont une information claire et complète est réclamée par les adolescents (45).

De plus, les adolescents attendent du médecin qu'il définisse clairement le place de leurs parents au sein de la consultation: les inclure pour que le médecin puisse jouer le rôle de médiateur, tout en laissant une autonomie adaptée à l'adolescent (45).

On voit donc à travers ces différents textes que l'adolescent a effectivement des attentes importantes concernant sa relation avec son médecin. Cela concerne son positionnement dans la

relation triangulaire avec les parents mais également le type de consultation, ainsi que son organisation. En effet, le fait de devoir prendre un rendez-vous chez le médecin peut être un frein pour certains d'entre eux (35,50) et peut donc être un motif de non consultation dans certains cas.

Au total, les adolescents souhaitent une relation solide avec leur médecin, qui doit avoir un comportement humain, empathique, tout en étant capable de délivrer les informations importantes et diriger la consultation.

Le rôle des parents dans la consultation semble, quant à lui, parfois sous-estimé. Leur place importante est pourtant évoquée par les adolescents, il est donc primordial de prendre en compte leurs attentes concernant cette consultation.

b. Attentes des parents

Les parents sont des acteurs importants : ils sont le repère de l'adolescent et leur opinion est grandement prise en compte par ces derniers quant au déroulement de cette consultation.

Les parents ont, eux aussi, des attentes particulières concernant la relation que le médecin doit avoir avec leur enfant. Est mis en exergue les compétences relationnelles que doit posséder le médecin : il doit être capable d'empathie et d'humour, tout en délivrant une réassurance adaptée au moment. A la différence des jeunes adultes, les parents ne mettent que peu en avant le soutien informationnel et matériel du médecin et se concentrent donc principalement sur la relation avec leur enfant.

Les parents préfèrent que les consultations soient réalisées par le médecin traitant qui les suit depuis plusieurs années. Cela permet, selon eux, une relation de complicité tout en étant rassurant pour leur enfant. Ils sont toutefois conscients qu'un nouveau médecin peut permettre à l'adolescent d'avoir moins de craintes quant au fait d'être jugé.

Les mères semblent préférer que ces consultations soient réalisées par des médecins femmes, pour retrouver ce côté "maternel" avec leur enfant.

Comme chez les adolescents, les parents estiment que la notion de confidentialité est une notion qui doit être abordée par le médecin généraliste.

Sur un aspect plus pratique, les parents estiment avoir un rôle de logistique dans cette consultation : ils supervisent la bonne mise en place et ont donc des attentes concernant l'organisation. Par exemple, ils souhaitent que la prise de rendez-vous soit grandement facilitée et donc adaptée à leurs enfants. Il semble donc intéressant de pouvoir adapter d'éventuels créneaux pour faciliter la prise des rendez-vous pour la consultation de l'adolescent.

Ils estiment aussi que la temporalité doit être modifiée : une consultation adaptée nécessite aussi de prendre son temps et de faire preuve de patience. Une consultation "rapide" s'apparenterait plutôt à une consultation bâclée (48).

Enfin, les parents ont des avis hétérogènes concernant leur place dans la consultation. Certains estiment leur présence indispensable, d'autres estiment qu'elle peut-être facultative (48). Le tout est principalement centré sur l'avis de leur adolescent sur ce sujet (50,51).

Au total, les attentes des parents se recoupent avec les attentes des adolescents, en particulier concernant le fait d'avoir une relation solide avec un médecin empathique. Chez les parents, on retrouve, en grande partie, cette nécessité de garder un contrôle logistique sur cette consultation. De plus, leur désir quant à leur présence ou non peut être assez aléatoire mais bien souvent corrélé à l'avis de l'adolescent.

Il semble donc primordial d'inclure l'avis des parents quant au déroulé de cette consultation. En effet, si le parent est un repère, un pilier pour l'adolescent, l'adolescent est la priorité du parent qui se sent investi quant à son suivi médical.

Les attentes du parent et de l'adolescent sont des bases primordiales pour la mise en place de la consultation de prévention de l'adolescent. Cependant, si la relation semble au cœur de cette consultation, le cadre dans lequel est reçu l'adolescent est un facteur déterminant quant à la prise en charge qui en découle.

c. Cadre de la consultation en soins primaires

L'adolescent est très sensible au cadre dans lequel il est reçu lors de ces consultations, il est donc dommageable de ne pas prendre en compte les différents avis concernant ce cadre.

L'accessibilité pratique et géographique est un point particulièrement central du cadre de la consultation. En effet, la grande majorité des adolescents estiment l'accessibilité au cabinet plutôt pratique (50). Ils déclarent également que cette accessibilité est un éventuel facteur limitant à ce qu'ils consultent leur médecin (si le cabinet est trop éloigné de leur domicile ou difficile à trouver, ou qu'il est difficile de se garer etc..) (35,50). Le plus fréquemment, les adolescents sont conduits au cabinet par un tiers (le plus souvent un parent). L'accessibilité géographique du cabinet est donc un critère majeur pour un cadre de consultation adapté, tout autant pour les parents que pour leur enfant (48).

L'environnement dans lequel l'adolescent est reçu en consultation est un critère central pour ce dernier. Le succès de la consultation ne tient effectivement pas qu'aux sujets abordés ou aux rapports du couple adolescent-médecin.

Le lieu de soin idéal décrit par les adolescents est un lieu moderne avec une ambiance agréable, un personnel disponible et sympathique et la présence de quelques distractions en particulier en salle d'attente (35).

Les jeunes portent une importance particulière au contexte dans lequel ils sont reçus. Il est important que le cabinet des médecins recevant des adolescents ait une spécificité pour ces derniers.

En revanche, ces mêmes adolescents ne sont pas demandeurs d'un lieu exclusivement dédié à leur santé, mais simplement d'une adaptation du lieu de soin général.

La nouvelle génération est également en demande d'une éventuelle ouverture de cette consultation aux nouvelles technologies. En effet, les adolescents sont favorables à l'ouverture d'un nouvel espace de consultation, ce nouvel espace peut être utilisé via internet et en particulier la télémédecine. Ceci pourrait permettre une adaptation du cadre de la consultation au mode de vie des adolescents, à leurs contraintes et donc de lever certains de leurs freins à leur consultation chez le médecin. Cet espace reste encore à définir et à mettre en place de manière généralisée. Toutefois, les adolescents sont demandeurs d'un moyen de consultation facile d'utilisation, fiable et leur permettant une interaction adaptée avec leur médecin, c'est-à-dire pouvoir avoir un retour concernant leurs différentes interrogations, et ne pas avoir l'impression d'une consultation trop automatisée.

Ils n'oublient pas non plus la nécessité que ce nouvel espace soit strictement confidentiel. Cette notion de confidentialité (qui reste cependant à définir précisément avec eux), semble toujours occuper une place centrale (45).

Ils sont donc demandeurs d'un espace plus adapté à leur mode de vie actuel, tout en gardant une forme de proximité avec leur médecin : ils sont en demande d'une sorte de face à face "revisité". Ils ne souhaitent pas perdre la proximité, la confidentialité ou encore la relation que peut créer un face à face en présentiel, tout en adaptant le cadre de la consultation à leurs contraintes, ainsi qu'aux technologies actuelles.

Au final, le contexte dans lequel se déroule la consultation de l'adolescent est un critère primordial de bon déroulé de cette consultation, que ce soit pour les adolescents ou les parents. Il

semble donc capital de prendre en compte les différents avis concernant ce cadre de la consultation pour construire un espace d'accueil permettant au jeune de pouvoir discuter librement.

Le rôle du médecin de soins primaires est un rôle de diagnostic et de prise en charge thérapeutique, mais également un rôle plus global d'écoute et de prévention. La consultation de prévention de l'adolescent est une consultation peu réalisée en règle générale, le médecin se cantonnant à son rôle de prise en charge biomédicale. Il est donc intéressant d'aborder les différents moyens de promotion de la prévention, et notamment de cette consultation auprès des adolescents, des parents ainsi qu'auprès des médecins de soins primaires.

2. LA PROMOTION DE LA PRÉVENTION ET DE LA CONSULTATION

a. La promotion de la prévention

- Auprès des adolescents

Pour les adolescents, le rôle du médecin de soins primaires est plutôt méconnu. En effet, ils réduisent souvent le rôle du médecin à un rôle de somaticien : ils décrivent très bien son rôle biomédical avec une fonction de diagnostic et de traitement de pathologies, associée à la fonction de prescripteur.

Est évoqué de manière sporadique, le rôle de prévention, mais il semble minime auprès de la population des adolescents, qui ne le définissent pas comme essentiel.

Au contraire, les adolescents auraient plutôt tendance à limiter le rôle du médecin de soins primaires en le cantonnant aux "petits" problèmes. Ainsi, s'il s'agit de problèmes plus importants, il prendra sa fonction d'adresseur à un autre médecin, et ne pourra donc pas prendre en charge d'éventuels soucis majeurs, en particulier ceux concernant la prévention (45). Toutefois, les jeunes confient eux-mêmes avoir une définition floue du rôle du médecin de soins primaires et sont en demande de la promotion de sa fonction et de l'explication des différentes possibilités (48).

En opposition, le médecin définit sa fonction auprès des adolescents de manière beaucoup plus globale (48). Il met en exergue ses deux objectifs principaux auprès des jeunes adultes: la prévention et l'éducation (sans mettre de côté son rôle de somaticien, qu'il ne place cependant pas au premier plan).

On voit donc qu'il existe une différence de perception de la mission du médecin, entre ce dernier et l'adolescent. Il semble donc important de promouvoir ce rôle de prévention auprès des adolescents afin de combler ce biais intellectuel et ce fossé dans le champ des perceptions.

Quand on leur pose la question, il n'est pas retrouvé que les adolescents souhaitent une explication du rôle du médecin de soins primaires lors d'un face à face. En revanche, ils seraient plutôt favorables au fait de leur fournir des informations via différents canaux (45,50). Par exemple, ils proposent des affiches ou des brochures au niveau de la salle d'attente permettant la promotion du rôle du médecin ou de la prévention en santé de l'adolescent. Les autres possibilités concernent des moyens de communication plus actuels, comme les blogs régis par des médecins, les sites internet informatifs, les médias ou encore les campagnes publicitaires (45).

La population des adolescents est donc demandeuse d'explications concernant la fonction du médecin de soins primaires. Même s'il se tourne principalement vers ses parents pour discuter prévention, l'adolescent explique cependant ne pas pouvoir parler de tout avec eux (45). Ce rôle de prévention du médecin de soins primaires semble donc indispensable à valoriser pour pouvoir prendre en charge l'adolescent dans la globalité de ses besoins.

Dans les différentes études analysées, deux grandes propositions se dégagent dans la manière de faire la promotion de la prévention auprès des adolescents.

La première proposition se dégage de l'article *A community-based intervention designed to increase preventive health care seeking among adolescents: the Gonorrhea Community Action Project* qui propose aux adolescents des ateliers pour améliorer leurs compétences en matière de prévention (34).

Étaient présentés comme exemple trois ateliers d'une heure trente chacun pour faire de l'éducation positive en santé et en prévention. Les ateliers avaient comme objectif global d'augmenter les connaissances et les attitudes positives sur la consultation de prévention et améliorer leurs compétences et connaissances en matière de prévention.

Ces différentes interventions semblaient avoir un effet positif sur les jeunes femmes. En effet, cela avait un impact sur leurs croyances et leurs attitudes concernant la prévention, avec une augmentation de la prise de rendez-vous. En revanche, il n'a pas été retrouvé de différence significative sur les différents objectifs concernant les jeunes hommes.

Il semble donc intéressant de constater que cette approche d'éducation positive en prévention et santé, en présentiel, montre une efficacité significative chez les jeunes femmes mais pas chez les jeunes hommes. Une approche différente est donc probablement à établir avec ces derniers. L'article évoque une approche plus globale pour les jeunes hommes avec une intégration des médias pour faire la promotion de la prévention. Peut-être sont-ils moins sensibles à l'approche présentielle?

La deuxième proposition est présentée par l'article *Efficacy of a Primary Care-Based Intervention to Promote Parent-Teen Communication and Well-Being: A Randomized Controlled Trial* qui se concentre sur le fait de mettre en avant la communication parent-adolescent (38).

Comme dit plus haut, le parent est un repère pour son enfant et est décrit comme son principal interlocuteur pour discuter de prévention, il faut donc l'inclure dans la prise en charge de l'adolescent et lui permettre de discuter prévention avec lui.

Pour cela, était mise en place une intervention via une brochure explicative donnée aux parents avec des messages clés, et un encouragement à avoir une discussion sur les forces et qualités de l'adolescent.

L'objectif de cette étude était de mesurer le ressenti de l'adolescent concernant cette intervention. Au total, les jeunes décrivaient une amélioration de la communication avec leurs parents, une diminution de leur stress et une augmentation de leurs sentiments positifs. Tout cela intervient dans le cadre d'une stratégie de renforcement positif de l'adolescent.

Ce renforcement positif a provoqué différents changements chez les jeunes, qui ont tous vu une influence sur leur santé mentale (stress, sentiments positifs...), ce qui intervient donc bien dans le cadre de la prévention.

Au total, la promotion de la prévention auprès de l'adolescent est centrale, car on constate que le rôle de prévention des médecins reste méconnu et que les jeunes se tournent beaucoup vers leur entourage pour discuter prévention.

Il semble donc essentiel d'agir sur deux points: permettre au médecin de discuter prévention avec l'adolescent, lui expliquer son rôle et l'aider à avancer dans ce cadre; mais aussi inclure les parents dans cette promotion de la prévention car ils sont un vecteur important de promotion de la prévention auprès de leurs adolescents.

- Auprès des parents

Pour les parents, le rôle du médecin généraliste peut intégrer la prévention, mais ne semble pas être une priorité pour eux (48). En effet, beaucoup de parents estiment être suffisants à la mise en place de la prévention chez leur adolescent.

Pour eux, l'entourage est l'interlocuteur principal de ce dernier et ils ne voient que peu d'intérêt à discuter de prévention avec leur médecin. Ils ont l'impression que les parents sont plus performants pour faire passer la plupart des messages de prévention auprès des adolescents.

Le médecin n'est donc pas le premier recours dans ce cadre, ni même le second ou le troisième recours pour les parents. En effet, ils rapportent qu'internet ou encore le milieu scolaire sont suffisants pour aborder ces sujets et sensibiliser leur enfant aux différentes problématiques qui en découlent (48).

Cette vision peut être proche de celle des adolescents, qui rapportent, effectivement, que leurs parents sont leurs premiers interlocuteurs concernant les messages de prévention, tout en maintenant qu'il existe une partie des sujets qu'ils ne peuvent aborder avec eux. (48).

Il semble donc déterminant de prendre le temps, à la fois d'expliquer aux parents le rôle de prévention que peut avoir le médecin auprès des jeunes, mais aussi d'aider les parents à la communication avec leur adolescent, ceci afin d'améliorer leur efficacité en terme de prévention auprès de ces derniers (38,48).

Comme vu précédemment, nous avons examiné le parti pris de former les parents à la communication avec leur adolescent (38). Cette idée a montré des résultats intéressants quant à l'amélioration de la santé mentale de ces derniers.

Dans cette étude, la méthode utilisée pour améliorer la communication est la mise en place d'une brochure explicative auprès des parents.

Cette brochure est axée sur 3 messages clés simples, à partir desquels sont développées précisément certaines compétences:

- "l'adolescence est une période de changement et d'opportunités, la présence des parents est importante maintenant plus que jamais".
- "Les adolescents ont besoin de rester connectés avec leurs parents tout en développant une identité séparée".
- "Les parents doivent reconnaître et discuter avec les adolescents de leurs forces/qualités".

Au fur et à mesure de la brochure sont abordés les moyens de communication avec les adolescents, les moments appropriés ainsi que les différents sujets à aborder. Sont également abordés les différentes croyances concernant les jeunes, la façon de faire du renforcement positif, le fait de se poser des questions sur leur relation, la façon d'autonomiser l'adolescent tout en maintenant une relation avec lui et enfin le fait d'avoir une discussion sur les forces et qualités de ce dernier.

Ce dernier sujet est la pierre angulaire de cette brochure et constitue un objectif à part entière sur lequel les équipes de l'étude se sont concentrées en vérifiant régulièrement que cette discussion avait bien eu lieu entre les protagonistes. En effet, les auteurs partent du principe que cette discussion est en quelque sorte l'aboutissement de l'aide apportée par cette brochure avec une mise en pratique des conseils permettant l'amélioration des sentiments positifs et du stress chez l'adolescent.

Les différents objectifs évoqués au début de l'étude ont donc été atteints via ce livret. On voit finalement qu'en formant les parents à la communication avec leur adolescent, on parvient à améliorer la santé mentale de ces derniers, et donc à agir en terme de prévention.

Il est intéressant de noter que les parents dans le groupe n'ayant pas reçu l'intervention (la brochure) rapportaient une amélioration de leur bien-être, ce qui n'est pas retrouvé dans le groupe intervention. Il paraît donc important d'être attentif au ressenti des parents que l'on sensibilise aux discussions de prévention. En effet, cela les amène à se poser des questions qui peuvent les inquiéter concernant leur relation avec leur adolescent, ainsi que leur santé. Pour maintenir une bonne relation entre parents et adolescents, il faut donc aussi être attentif au ressenti des parents.

Au total, la promotion de la prévention doit donc faire intervenir à la fois l'adolescent et ses parents. Elle doit aussi impliquer des explications concernant le rôle des parents, et donc les différents moyens de les soutenir dans ce processus. Le rôle du médecin généraliste dans ce cadre doit aussi être défini.

Les parents, comme dit précédemment, sont l'interlocuteur privilégié des adolescents, mais non suffisants. Il est donc essentiel de promouvoir la consultation avec le médecin auprès des adolescents et des parents pour compléter l'intervention de ces derniers.

b. La promotion de la consultation dédiée à l'adolescent

- **Auprès des adolescents**

Pour les adolescents, la consultation avec le médecin généraliste se centre principalement autour de problèmes aigus et qu'ils estiment sérieux (35). Comme vu précédemment, la prévention ne fait pas partie de leur priorité et la consultation médicale n'est pas le lieu pour discuter de cela. D'ailleurs, on remarque que, dans cette population, les principaux motifs de non consultation rapportés sont le fait que leur problème soit passager ou encore qu'ils choisissent de se soigner seul (35). Les autres motifs de non consultation éventuels concernent plutôt le médecin : une méfiance sur son comportement ou encore la peur que le médecin soit jugeant ou intrusif. Cela pourrait expliquer pourquoi les motifs de consultation se cantonnent à des motifs somatiques principalement (45). Il faut donc agir sur la promotion de cette consultation, pour pouvoir discuter aussi de prévention au cours de celle-ci.

La promotion de la consultation dédiée à l'adolescent passe par la construction de la consultation avec lui (41). En effet, ils sont demandeurs du fait de participer à l'élaboration de la consultation avec leur médecin, que ce soit pour les sujets à aborder, mais aussi l'organisation même de la consultation (sa durée, le moment où la proposer, l'organisation en une ou plusieurs consultations, etc). Il devient donc acteur de sa prise en charge, et plus il y est impliqué, plus il se sent concerné, et plus il est à même de prendre rendez-vous pour une consultation (34, 36).

Cette notion de mettre l'adolescent au centre de la confection du canevas de sa consultation dédiée à la prévention est retrouvée dans trois des articles inclus. Il est montré que cela permet d'augmenter l'adhérence de ce dernier aux différents programmes. (34,36,41)

Tout d'abord, dans l'étude *A community-based intervention designed to increase preventive health care seeking among adolescents: the Gonorrhoea Community Action Project*, lors de la mise en place les ateliers "check out that body" de 1h30 chacun, les adolescents ont été impliqués dans le processus de création de ces ateliers, que ce soit sur le choix des sujets abordés ou sur la forme qu'ils devaient prendre (34). Comme vu plus haut, la conclusion a été particulièrement intéressante pour les jeunes femmes, montrant une augmentation des prises de rendez-vous pour un contrôle médical. L'approche présentielle pour les jeunes femmes avec la promotion de la consultation de prévention semble une technique adaptée. Comme dit précédemment, les jeunes hommes pourraient bénéficier d'une approche différente.

Ensuite l'étude *Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées* analysait la mise en place de projets de démarches éducatives en santé réalisés par le médecin ou par le pharmacien (36). Ces projets étaient élaborés en complicité étroite avec les adolescents. Les résultats ont démontré des bénéfices perçus par les patients, en particulier avec une adhérence augmentée et une impression d'avoir "appris des choses".

Enfin l'étude *Preventive adolescent health care in family practice: a program summary* utilise une approche permettant la création d'un programme préventif pour la santé de l'adolescent (41). Ce programme était basé sur l'élaboration d'un questionnaire, puis de deux entretiens en découlant. Les adolescents ont participé activement à la création de ce questionnaire ainsi qu'à l'élaboration des consultations via des focus group. L'impact de ce programme sur les adolescents n'a pas été évalué, mais ils profitaient de ces entretiens pour discuter de nombreux sujets non abordés précédemment avec leur médecin.

Quand on pose la question de comment promouvoir cette consultation, il faut donc en tout premier penser à inclure les adolescents dans la construction de celle-ci.

Ensuite, la façon de promouvoir la consultation de prévention passe par le choix des outils adéquats pour le faire. A travers les différentes études de cette revue de la littérature, on peut constater que reviennent les moyens de communication utilisant les nouvelles technologies (45,50). En effet, l'utilisation des médias ou de blogs, déjà cités précédemment pour promouvoir la prévention en santé, sont plébiscités pour promouvoir la consultation de l'adolescent. Ils sont également favorables à l'utilisation de moyens de promotion plus habituels, comme l'utilisation de campagnes de publicité ou encore l'utilisation d'affiches dans la salle d'attente (45).

Enfin, les adolescents, ainsi que leur médecin s'accordent à dire qu'il est important de promouvoir cette consultation de prévention à chaque consultation de l'adolescent (45,50).

Comme pour la promotion de la prévention, les parents étant des acteurs centraux dans la santé de leur enfant, il est essentiel de les inclure dans la promotion de la consultation de prévention.

- Auprès des parents

Le motif principal de consultation de leur enfant chez le médecin est, de l'avis des parents, un motif somatique ou administratif (48). Comme dit précédemment, ils ne considèrent pas le médecin comme un acteur majeur dans la prévention faite à leurs adolescents. De ce fait, les parents sont assez peu enclins à favoriser cette consultation (48).

Comme dit plus haut, le parent a un rôle important de logisticien dans la consultation de l'adolescent : ils prennent les rendez-vous, sont en possession de la carte vitale ou du moyen de paiement (48). De plus, ils rapportent qu'ils sont souvent à l'initiative de la consultation : ils disent connaître leur enfant et donc être aptes à juger du caractère urgent ou pertinent d'une consultation (48). Les parents ont donc un rôle important dans la consultation de l'adolescent

Dans le texte *Point de vue des parents autour de la consultation de leur adolescent chez le médecin généraliste dans les deux Savoies: étude qualitative par entretiens semi-dirigés*, des pistes sont envisagées afin de promouvoir la consultation de prévention pour l'adolescent auprès de leurs parents (48).

Tout d'abord, la question de l'autonomie de l'adolescent est une question centrale pour le parent. Suivant les stades de l'adolescence (première partie entre 11 et 14 ans ou deuxième partie entre 15 et 19 ans), les parents sont plus ou moins enclins à laisser leur adolescent consulter seul. Beaucoup de parents disent accompagner leur adolescent par réflexe ou parce qu'ils se sentent obligés (48). Or, cet aspect est essentiel à la qualité d'une consultation de prévention faite à l'adolescent. De ce fait, en faisant la promotion de la consultation seul et de l'intérêt qu'ont les parents à laisser plus d'autonomie à leur enfant, on favorise indirectement la consultation de l'adolescent.

Ensuite, les parents sont favorables à l'utilisation d'outils pour favoriser et promouvoir cette consultation de prévention (48). Cependant, il est à noter qu'aucun des articles inclus ne précisent quelles formes devraient prendre ces outils.

Les parents et les adolescents sont donc des acteurs clés de cette consultation de prévention, avec chacun des visions particulières de cette consultation. Il est cependant nécessaire de redéfinir avec ces deux protagonistes son intérêt. Il semble également important de redéfinir le rôle du médecin au cœur de la prévention faite à l'adolescent et que celui-ci s'investisse dans cette consultation.

c. La formation des médecins de soins primaires

Il peut être nécessaire d'envisager une formation pour le médecin de soins primaires, tant pour la prise en charge des adolescents, que pour les modalités d'interaction avec lui ou encore avec ses parents.

L'approche globale en santé a démontré son efficacité auprès des adolescents (36). Cependant, les médecins disent manquer de formation en la matière (36). Il s'agit même, pour certains, d'un facteur limitant au cours de la consultation avec l'adolescent (41).

De plus, les médecins rapportent de façon explicite que leur efficacité dans la délivrance de conseils préventifs à l'adolescent dépend de leur capacité à faire du dépistage (41). Or ils estiment ne pas être correctement formés à cela (41).

De ce fait, la formation continue des médecins à la médecine préventive de l'adolescent, augmente leur capacité à la mettre en place.

Dans les articles inclus, sont décrits deux exemples qui ont démontré des résultats prometteurs pour pallier ce manque de formation des médecins.

Tout d'abord, la coopération médecin-pharmacien qui est étudié dans l'article *Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées* permet la mise en place d'un programme de prévention et de dépistage auprès d'adolescents (36). La formation passe par cette coordination entre les deux, qui leur permet de progresser mutuellement pour permettre d'aboutir à un programme d'éducation en santé. Les résultats de cette étude démontrent que cette coopération a été positive pour eux (ils en rapportent des bénéfices, et seraient prêts à recommencer), mais a aussi été positive pour la population des adolescents pour qui le programme leur a permis de se sentir écoutés et pris en charge.

On peut donc dire que, de manière plus globale, la prise en charge pluriprofessionnelle et la coordination entre les différents professionnels de santé, permet à chacun de progresser dans le domaine abordé et participe donc à la formation de chacun.

Ensuite, l'article *Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing* montre la mise en place d'une intervention auprès des professionnels de santé pour permettre leur formation (43). Cette formation durait environ 9h et concernait la santé de l'adolescent (formation au dépistage, à l'utilisation d'outils, à l'entretien motivationnel ou encore aux techniques pour aborder l'adolescent). Cette intervention a démontré une augmentation de la détection des comportements à risque, mais aussi un changement des comportements des médecins envers les adolescents (plus ouverts à la discussion, abordent plus de sujets de prévention). La tendance montre une diminution des comportements à risque sans réelle différence significative du fait d'un probable manque de puissance de l'étude. Ceci démontre que la mise en place d'une formation continue auprès des médecins pendant leur pratique permet d'améliorer leurs compétences en termes de prévention en santé de l'adolescent.

Au total, deux pistes principales concernant la formation des médecins de soins primaires ressortent dans ces études : la coordination pluriprofessionnelle permettant la formation de chacun par apprentissage mutuel, et la formation continue des professionnels de santé tout au long de leur exercice en leur proposant des enseignements spécifiques à l'adolescent.

Ces différentes parties ont permis d'étudier tout ce qui se déroule en amont de la consultation, et ce qui doit être mis en place pour pouvoir effectivement aboutir à cette entrevue avec l'adolescent.

3. LE DÉROULÉ DE LA CONSULTATION MÉDICALE DE L'ADOLESCENT

a. Le secret médical

Le secret médical est une notion partiellement connue des adolescents. Ils savent que son applicabilité est régie par la loi et qu'il s'applique à l'ensemble du contenu de la consultation médicale. De même, ils savent qu'en cas de nécessité, le secret peut être partagé avec un autre professionnel de santé ou être soumis à une dérogation. Même si les contours de cette dérogation restent flous, l'idée principale d'y avoir recours en cas de péril imminent du patient est bien acquise (46).

Cependant, l'avis concernant l'applicabilité du secret médical aux mineurs est plus hétérogène. Ils ne parviennent pas à se mettre d'accord sur une limite d'âge à partir de laquelle le secret médical s'appliquerait pour tous. Pour certains, il s'agirait d'ailleurs plutôt d'une question de maturité et de discernement de l'adolescent, avec donc des variabilités inter-individuelles. Pour d'autres, l'applicabilité du secret médical au mineur dépend également du motif de consultation ou de la gravité de celle-ci. En effet, pour les sujets de consultation jugés délicats (sexualité, contraception, interruption médicale de grossesse, mal être psychologique), l'adolescent mature pourrait bénéficier du secret médical. En revanche, en cas de maladie grave ou de péril imminent du mineur, le secret médical pourrait être rompu afin d'en avertir leurs parents ou représentants légaux (46).

Quel que soit leur avis, la majorité des adolescents pense que c'est avant tout à eux que revient la décision de bénéficier ou non du secret médical. Ils y sont d'ailleurs majoritairement favorables. Ils y voient un processus qui permet de favoriser la confiance et la confiance afin d'obtenir une assistance dans leurs problématiques quotidiennes ou sur des questionnements difficiles à aborder en dehors du cadre de la consultation médicale (46). En revanche, leur principale réticence concerne l'avis supposé qu'auraient leurs parents du secret médical. Si certains pensent que leurs parents seraient compréhensifs sur ce besoin de confidentialité, d'autres sont plus nuancés sur le sujet, pensant que leurs parents seraient inquiets, voire vexés ou blessés de cette mise à l'écart. (46)

D'ailleurs, s'il est avancé par les adolescents que le secret médical favorise la confiance, beaucoup remettent en cause la confidentialité de leur consultation. Une des causes évoquées de fragilisation de la relation médecin-adolescent est le doute des adolescents quant au respect du secret médical (45,46,50). Ce manque de confiance envers le professionnel de santé est souvent évoqué, qu'il s'agisse de rompre le secret médical sans leur accord auprès de leurs parents ou d'autres professionnels de santé (45,46,50).

Il est possible que cette crainte vienne, entre autres, du fait que la notion de secret médical ne soit que très rarement abordée et expliquée aux adolescents (45,46,48). Bien qu'en demande, ils avouent qu'ils n'abordent jamais le sujet d'eux-mêmes (46,48). Ce manque d'informations est également retrouvé quand on interroge les parents (48). Bien souvent, ils sont contraints d'aborder le sujet avec leur enfant, en n'ayant également qu'une connaissance approximative du propos (48). Or, les adolescents sont demandeurs d'un cadre clair pour leur consultation, propice à la confidentialité et dans laquelle l'information sur le secret médical est délivrée de façon claire et sans ambiguïté (45). Les parents également sont favorables au fait que la notion de secret médical soit expliquée à leur adolescent par le médecin, de préférence en leur présence (48).

Pour les parents, la notion de secret médical est source d'un grand tiraillement interne. Il existe chez le parent une dichotomie entre l'acceptation du besoin d'intimité de son enfant et l'envie d'être tenu au courant de son état de santé. D'ailleurs, certains parents font la différence entre confidentialité de la consultation et le fait que leur enfant soit vu seul : dans le texte *L'adolescent seul en consultation de médecine générale : intérêt et acceptabilité* Auto-questionnaire auprès d'adolescents et de parents en médecine générale, 63% des parents estiment qu'ils doivent être informés de l'intégralité de la consultation de leur enfant même si celui-ci est vu seul (51). En effet, s'ils comprennent pour la plupart ce besoin de confidentialité de leur enfant, il semblerait que cela ne

soit acceptable que pour des sujets que les parents estiment “non graves”. La problématique est plus épineuse dès lors qu’il s’agit de sujet plus sérieux (grossesses, pathologie organique ou psychiatrique décelée, ...). Si certains parents font confiance au jugement de leur médecin pour les tenir informés si besoin, il n’en va pas de même pour tous (48). Cette ambivalence des parents concernant la confidentialité qui s’applique à la consultation de leur enfant est souvent rapportée, et prouve que le secret médical peut être source d’inquiétude, voire d’anxiété pour les parents (48,50,51). Cela va de pair avec le manque d’information des parents sur le sujet. Or, si le secret médical des mineurs est source de stress pour les parents et pour les adolescents (peur de la réaction de leurs parents comme vu précédemment), alors le médecin a un vrai rôle à jouer dans l’information, l’explication et la réassurance.

Les médecins de soins primaires s’accordent à dire que ce déficit de connaissance fragilise la relation médecin/patient. L’information sur le secret médical est d’ailleurs citée comme un des rôles du médecin envers l’adolescent (48). Pourtant, selon l’étude *L’adolescent, ses parents et leur médecin généraliste: comment favoriser la consultation de l’adolescent sans ses parents, afin d’améliorer sa prise en charge, en médecine générale? Enquêtes auprès d’adolescents, de parents et de médecins généralistes dans le département des Hautes-Alpes*, ils ne seraient que 28% à mettre en avant le secret médical et la confidentialité de la consultation face à l’adolescent, que les parents soient présents ou non (50).

En plus de l’explication orale donnée au cours d’une consultation médicale, plusieurs autres modes de diffusion de l’information concernant le secret médical des mineurs ont été proposés par les adolescents. Des affiches pourraient être exposées dans les lieux de santé (salles d’attente de professionnels de santé, infirmières, pharmacies) ou des lieux qui concentrent une population adolescente importante (clubs de sport, collèges et lycées). Des campagnes d’information pourraient voir le jour (à l’instar des campagnes contre les antibiotiques systématiques), véhiculées par les médias ou les réseaux sociaux, ou encore des séances d’informations menées dans les établissements scolaires par l’infirmière scolaire. L’utilisation de sources extérieures aurait plusieurs avantages. En effet, cela permettrait de dégager du temps à la consultation : le temps qui aurait dû être alloué à la délivrance claire et précise de l’information concernant le secret médical serait restreint à un résumé d’information ou à un complément d’information. De plus, ces sources, en plus de sensibiliser les adolescents, pourraient toucher leurs parents et leur faire intégrer plus facilement la portée légale de ce droit à la confidentialité (46).

Même si les grandes lignes du secret médical sont connues des parents et des adolescents, les spécificités en ce qui concerne le mineur sont floues. Il s’agit d’ailleurs d’une source d’anxiété pour les parents, qui craignent qu’on ne leur cache quelque chose de grave, et pour les adolescents, qui craignent qu’on le rompe sans leur accord. Cela, en plus du fait que parents et adolescents soient très en demande d’information à ce sujet, semble justifier qu’il faille allouer un temps de la consultation à l’explication du secret médical et à acquérir de la documentation sur le sujet à destination de ces deux publics.

La délivrance d’une information claire sur le secret médical pourrait contribuer à rassurer les adolescents et leurs parents, abordant ainsi avec peut-être plus de sérénité la consultation seul.

b. Entrevue avec l’adolescent seul

En soins primaires, les adolescents sont rarement vus seuls (50,51). D’ailleurs, beaucoup d’entre eux tolèrent, voire acceptent bien cette situation. En effet, ils décrivent des avantages à être accompagnés : les parents comprennent mieux ce que dit le médecin ou ils se sentent trop timides pour parler (51). De plus, face à un adulte en tête à tête, tous ne se sentent pas à l’aise pour se confier (50,51). Cette volonté d’être accompagné est pourtant à nuancer. Leur avis quant au fait d’être vu seul est assez hétérogène : si certains ne sont pas contre l’idée mais ne comprennent pas l’intérêt

sous-jacent, d'autres pensent qu'il s'agit d'une bonne chose et plaident en faveur. Plus l'adolescent avance en âge, plus il exprime un désir d'être vu seul (50). Il en va de même pour certains motifs de consultation : les sujets tels que la vie sentimentale, la sexualité, les consommations et addictions ainsi que les relations familiales sont décrits comme des thèmes nécessitant une certaine confidentialité (50). Dès lors que des thèmes sensibles pour l'adolescent sont abordés en présence d'un tiers, certains adolescents vont préférer mentir : dans le texte *L'adolescent, ses parents et leur médecin généraliste: comment favoriser la consultation de l'adolescent sans ses parents, afin d'améliorer sa prise en charge, en médecine générale? Enquêtes auprès d'adolescents, de parents et de médecins généralistes dans le département des Hautes-Alpes*, 1/3 des adolescents avouent avoir menti en consultation lorsqu'ils étaient accompagnés, chiffre qui chute à 9% s'ils sont seuls (50).

En revanche, les adolescents ne sont que très rarement à l'initiative de la demande à être vus seuls. Plusieurs raisons à cela sont évoquées : la peur que le parent se sente blessé ou mis à l'écart, la gêne de formuler la demande auprès des parents, la crainte que cette demande occasionne une curiosité et donc des questions de ceux-ci, alors qu'ils ne souhaitaient pas, initialement, partager le motif de consultation (50). Ils préfèrent que le médecin ou le parent en fasse la proposition, et une majorité pense qu'il est nécessaire que leurs parents donnent leur accord, voire que ceux-ci soient responsables de la décision finale, tout en respectant leur libre-arbitre (50). D'ailleurs, d'après les adolescents, la situation idéale serait la situation au cours de laquelle le parent proposerait lui-même la consultation seul à l'adolescent (50).

Les parents sont donc la pierre angulaire sur laquelle repose cette consultation en autonomie. Cependant il n'existe pas d'avis unanime des parents sur la question. Certains parents vont accompagner leur enfant, de façon systématique, comme ils le font depuis leur naissance. Si certains le font par automatisme, d'autres s'estiment indispensables. En effet, ils sont sources de soutien et de réassurance auprès de leur adolescent, qu'ils jugent parfois trop timide pour s'exprimer ou trop immature pour comprendre les recommandations du médecin (48,51). De plus, ils favorisent la communication avec le médecin, puis deviennent relais de celui-ci dans l'après en aidant leur enfant dans la prise de traitement. Enfin, ils se doivent d'être informés de l'état de santé de leur enfant (48). Ce sont ces mêmes parents qui évoquent les freins de leur présence, qui limitent les possibilités de confiance, et qui parfois s'approprient la consultation en parlant à la place de leur enfant (48). Cette attitude ambivalente des parents est fréquemment retrouvée : les parents se sentent incontournables dans la prise en charge médicale de leur enfant et pourtant vont tenter, à leur échelle, de se mettre en retrait pour favoriser la relation médecin-adolescent. En parallèle, certains parents ont bien compris la nécessité que leur enfant soit vu seul à certains moments pour les autonomiser progressivement ou pour leur laisser un espace de discussion libre (51). Enfin, même si certains ont compris ce besoin d'intimité, ils se refusent à y accéder car ils estiment que cela nuirait à la qualité de la consultation (51).

Tous s'accordent à dire qu'ils accepteraient la consultation seul si la demande venait de l'adolescent. Certains y accèderaient volontiers. D'autres seraient plus réticents, se sentant remis en cause dans leur qualité de parent, pensant perdre la confiance de leur adolescent. Enfin, d'autres s'y résigneraient, comme ils se résignent à l'autonomie progressive de leur enfant qui devient de plus en plus indépendant et qui chamboule leur rôle de parent (51). Si la proposition venait du médecin, pour la majorité des parents, leur accord serait conditionné par la volonté de leur enfant. De plus, beaucoup accepteraient plus facilement si la demande émane d'un médecin en qui ils ont confiance ou qu'ils connaissent depuis longtemps, et s'ils savent qu'ils auront un retour d'information à l'issue (48).

Quant à ce qui est de l'âge à partir duquel une consultation peut être envisagée, les parents proposent de ne pas se fier à l'âge chronologique des adolescents mais plutôt à l'âge maturatif. Cependant, certains parents reconnaissent volontiers qu'ils sous-estiment souvent la maturité de leurs enfants (48). De plus, les parents évoquent la possibilité que la consultation seul soit expliquée et proposée

bien en amont de celle-ci. Ceci permettrait à la fois aux parents et à l'adolescent d'appréhender la chose et d'être source de discussion entre eux afin de s'assurer de la volonté de l'adolescent (48). L'autonomisation des adolescents est un cheminement progressif pour les parents. Ils deviennent de plus en plus spectateurs de la vie de leurs enfants et se sentent dépossédés de leur rôle. Certains parents peuvent se sentir en difficulté pour affronter cette nouvelle étape de la vie. De plus, ce sentiment entre parfois en confrontation avec la tendance passive de l'adolescent qui peut conduire à une spirale déresponsabilisante (48). En revanche, tous s'accordent sur le fait que certains sujets ne peuvent être discutés qu'en leur absence, et comprennent alors l'intérêt d'une consultation seul (50). Cette approche peut être un argument que le médecin peut faire valoir pour convaincre les parents. De même, entre le parent ambivalent qui comprend le besoin d'intimité de son enfant mais qui ne sent pas prêt à passer le cap, et l'adolescent qui ne veut pas être à l'initiative de la consultation seul, le médecin a son rôle à jouer pour aider dans le processus.

Le médecin est en très grande majorité favorable à la consultation seul (50). Cependant, sa préoccupation principale reste sur la façon de le proposer. Bien souvent, les médecins font cette proposition à l'adolescent en présence du parent au moment de la consultation ou demandent aux parents d'attendre en salle d'attente (50). Ces solutions ne sont pas optimales puisqu'aucune des solutions ne satisfait le parent et l'adolescent sans mettre l'autre en difficulté (50). Une des solutions serait de parler de cette possibilité de consultation seul bien en amont avec le parent et l'adolescent. Comme décrit précédemment, promouvoir la consultation de prévention auprès des adolescents et des parents semble être une composante importante. Cette promotion peut également se faire au travers d'autres supports (affiches en salle d'attente, ...) (50).

Même si la proposition est faite en amont, une interrogation persiste tout de même sur l'organisation la plus favorable à mettre en place le jour J. Faut-il réaliser une consultation en deux temps, c'est-à-dire avec un temps parent/adolescent et un temps adolescent seul (avec bien souvent un troisième temps implicite qui est celui de la restitution avec le couple parent/enfant et le règlement de la consultation)? Ou faut-il ne réaliser la consultation qu'en l'absence du parent? Avoir les parents pendant une partie de la consultation présente plusieurs avantages : restitution des antécédents et de l'anamnèse, apport de précisions techniques, avantage logistique pour l'apport de la carte vitale et le règlement de la consultation (48,50,51). De plus, les parents sont plus nombreux à accepter que leur enfant soit vu seul une partie de la consultation plutôt que toute la consultation (50). Cela permettrait ainsi une transition douce pour les parents les plus ambivalents. Cependant, cette consultation en deux temps semble cristalliser beaucoup de ce que les parents rejettent et de ce que les adolescents craignent. Qu'elle soit laissée au choix de l'adolescent ou amenée de façon autoritaire par le médecin, le parent ne peut y trouver son compte. De plus, l'adolescent peut se sentir gêné d'avoir dû choisir devant ses parents, et peut être sur la défensive car il se retrouve face à une situation qu'il n'a pas désiré ou se sent pris au piège et sous pression par une arrivée imminente de questions qu'il sait d'avance gênantes. De plus, s'il sait que cette partie de la consultation va aborder des sujets délicats, il en va de même pour les parents. L'adolescent pourrait alors se retrouver dans une situation difficile pour lui où il aura à expliquer ce qu'il s'est passé à ses parents par la suite. La répétition de ce mode de consultation pourrait donc devenir source d'anxiété pour l'adolescent, ayant un effet plutôt délétère dans sa prise en charge (50).

A la lumière de ces résultats, il semble évident que la consultation de l'adolescent en autonomie est source de difficultés et de contradictions à la fois pour l'adolescent, pour le parent et pour le médecin. Une chose est sûre, il n'y a pas d'urgence à ce que l'adolescent soit vu seul : cette consultation ne doit s'envisager que s'il se sent prêt et si ses parents se sentent en confiance pour le laisser seul. La prévention se pensant sur le long terme, il peut s'envisager que la consultation seul soit proposée à plusieurs reprises par le médecin et le mode de consultation (1 temps, 2 temps ou 3 temps) discuté avec lui et ses parents pour arriver à un compromis qui conviendrait à tous les partis

(50). En effet, l'idée n'est pas de transformer toutes les consultations en cours d'information ou de prévention, mais de mettre en place des conditions optimales à l'abord de problématiques sensibles. Le fait d'informer l'adolescent qu'un sujet peut être abordé s'il le souhaite chez son médecin de soins primaires et qu'il peut y trouver une écoute, une réponse ou une prise en charge est déjà important en soi (50).

Une fois que les conditions pour une consultation dédiée à la prévention faite à l'adolescent sont réunies et que celle-ci est programmée, le médecin de soins primaires se doit d'adapter le déroulé de la consultation et son discours à l'adolescent. On a vu précédemment que les adolescents sont friands de sources de communication alternatives en ce qui concerne la promotion de la consultation ou l'explication du secret médical (internet, brochures, prospectus, affiches, ...). Il peut donc s'envisager que ce même type d'outils soit utilisé pendant la consultation.

c. Utilisation d'outils pendant la consultation

L'utilisation d'un auto-questionnaire de pré-consultation fait partie des outils souvent étudiés en ce qui concerne la prévention faite à l'adolescent. Il s'agit, en majorité, d'un questionnaire, sous format papier ou numérique, qui interroge sur les conduites à risque fréquemment retrouvés chez les adolescents (tabac, alcool, drogues, sexualité, consommation d'écran, ...), sur leur état de santé psychologique, sur leur environnement social et sur leurs habitudes (sommeil, alimentation, activités physiques). Il n'existe pas de questionnaires de pré-consultation validés, raison pour laquelle chacun varie d'une étude à une autre. On retrouve néanmoins globalement les mêmes éléments dans chacun. D'ailleurs, l'évaluation des comportements à risque ou de la santé psychologique peut se faire à l'aide d'outils ou d'échelles standardisés et validés qui s'intègrent dans le questionnaires.

Ces outils présentent plusieurs avantages. Tout d'abord, ils permettent d'améliorer le dépistage de pathologies somatiques ou psychologiques, de préoccupations émotionnelles ou de conduites à risque (37, 39, 44). Ensuite, le praticien étant en possession des résultats dès le début de la consultation, le temps alloué au dépistage lors de consultations sans questionnaires de pré-consultation est dorénavant consacré au conseil, à l'éducation à la santé, à l'élaboration de plan d'action avec l'adolescent. Il s'agit donc d'un véritable gain de temps pour les praticiens (41, 44). Également, lorsque plusieurs comportements à risque sont dépistés, le praticien en est informé, et peut choisir d'en prioriser certains pour construire sa prise en charge (44).

De plus, ils permettent une approche globale du patient, centrée sur celui-ci. En effet, les réponses étant personnalisées, le praticien les utilise afin de construire son entretien. Là où parfois la consultation en soins primaires peut être très axée sur des modalités bio-médicales, l'utilisation de ces questionnaires de pré-consultation permet de décaler la consultation vers un versant plus socio-psychologique (37). De plus, le praticien va mettre l'accent sur ce qui est vraiment problématique pour l'adolescent ou alors sur ce que l'adolescent met en place pour sa santé qui lui est favorable. La consultation est donc propre à chaque adolescent et va être unique pour chacun (37,41). Cette personnalisation de la consultation centrée sur l'adolescent augmente sa satisfaction globale : il se sent plus écouté, plus conseillé, moins de ses questionnements restent sans réponse, il a un sentiment de plus de confidentialité (39, 44). C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle ces questionnaires sont majoritairement bien acceptés par les adolescents (44).

Plusieurs études montrent qu'après l'utilisation d'un auto-questionnaire de pré-consultation et de la consultation centrée sur le patient qui en découle, on constate une diminution des comportements à risque dans les mois qui suivent (39). De plus, le dépistage de problématiques d'ordre psychologique permet d'activer leur prise en charge et de mettre en place un accompagnement adapté (37). Il a également été constaté que moins d'examen complémentaires étaient prescrits au décours de ces consultations. Cela peut être dû au fait que ces questionnaires de pré-consultation peuvent permettre de déceler l'origine des maux, parfois d'ordre psychologique (37). Il peut donc être émis l'hypothèse

que l'utilisation de cet outil peut diminuer la réalisation d'actes complémentaires inutiles et donc diminuer la iatrogénie et le surplus de dépense en santé qu'ils occasionnent (37).

Comme vu précédemment, le rôle du médecin de soins primaires est peu connu ou mal compris des adolescents. Ces questionnaires qui abordent tout un aspect psycho-social peuvent permettre de clarifier les rôles et les responsabilités du médecin. En effet, ils montrent à l'adolescent qu'il peut aborder ces sujets avec lui, que ces sujets ont leur importance et qu'ils trouveront une écoute et possiblement des réponses à leurs questions (37,41). Cela permet de favoriser la discussion car le sentiment de légitimité des adolescents est renforcé et ils se sentent plus en confiance pour parler (37).

Certaines études montrent des variantes dans leur pré-questionnaire, qui présentent des avantages et des inconvénients.

Tout d'abord, l'article *Detecting and addressing adolescent issues and concerns: evaluating the efficacy of a primary care previsit questionnaire* présente un auto-questionnaire de pré-consultation qui ne nécessite pas de formation des professionnels de santé au préalable (37). Ce questionnaire, utilisable par tout professionnel de santé qui le désire et donc facilement incorporable à la pratique clinique, est efficace pour améliorer le dépistage et les préoccupations d'ordre psychosocial des adolescents.

Ensuite, l'article *Use of inexpensive technology to enhance adolescent health screening and counseling* est un auto-questionnaire de pré-consultation numérique qui évalue également la motivation de l'adolescent à changer dès lors qu'un comportement à risque est détecté (44). Cela permet au médecin d'adapter son discours au stade motivationnel du patient et donc d'espérer avoir de meilleurs résultats dans la diminution du risque.

Enfin, l'article *Detecting and addressing adolescent issues and concerns: evaluating the efficacy of a primary care previsit questionnaire* présente un outil numérique dans lequel les adolescents ont des messages orientés dans le but d'augmenter la motivation à changer en fonction de leurs réponses au questionnaire (39). Les adolescents rencontrent ensuite le professionnel de santé avec qui ils ont une discussion concernant leurs comportements à risque et leur volonté à changer. Il a été démontré dans cette étude que l'augmentation de conseils et de messages informationnels n'apporte pas de différence significative en termes de réduction du comportement à risque. Peut-être que le fait de remplir le questionnaire permet déjà à l'adolescent de réfléchir sur ses comportements. Puis en parler ensuite avec le praticien et essayer d'élaborer des plans d'action avec lui permet une diminution du risque (39,40). La multiplication de conseils ne semble donc pas utile.

Les professionnels de santé sont également en demande d'outils à utiliser pendant la consultation (36). Ces outils pourraient permettre de favoriser le dialogue comme des questionnaires, des listes de mots, des images, des photographies (36,45). Ils pourraient également permettre d'autonomiser l'adolescent, avec des cartes avec les coordonnées de personnes ressources par exemple (36). Ils sont également en demande de brochures sur différents thèmes de santé à remettre au patient en fonction des besoins (36). Les adolescents sont, eux, favorables à l'utilisation d'outils numériques comme supports complémentaires, comme des applications ou des sites internet (45).

On vient d'aborder la première phase de la consultation, à savoir l'entretien avec l'adolescent. Que ce soit venant des médecins ou des adolescents, l'utilisation d'outils d'aide à la consultation est plébiscitée et amène de nombreux avantages. La communication est facilitée et la satisfaction globale des deux parties en sort meilleure. Il est tout de même à noter que l'abord des sujets de prévention est déjà un premier pas en soi vers la réflexion de l'adolescent sur ses comportements à risque. En revanche, l'augmentation du volume d'information à chaque consultation n'apporte pas de réelle différence. La répétition des messages de prévention au cours du temps semble plutôt être pertinente (45).

La deuxième phase de la consultation porte sur l'examen clinique. Il est intéressant de savoir, si selon les professionnels de santé, celui-ci nécessite des spécificités particulières.

d. L'examen clinique

Selon plusieurs recommandations européennes, l'examen clinique complet chez l'adolescent doit comprendre une auscultation cardio-pulmonaire, une palpation abdominale et de la glande thyroïde, une évaluation du stade de Tanner, un examen génital et une évaluation de la posture et de la statique (42). Or, l'examen clinique complet est peu réalisé chez les adolescents en soins primaires (seulement 3.9% des adolescents interrogés dans ce texte) (42). Bien que l'adolescent soit souvent considéré comme en bonne santé, cet examen clinique est une opportunité de dépistage, puis d'adressage et de prise en charge de pathologies en amont de leurs complications (41).

Si l'auscultation cardio-pulmonaire, la palpation abdominale, l'examen de la thyroïde et de la statique sont les examens qui sont plus fréquemment réalisés (42), il n'en est pas de même pour l'examen génital, plus sujet à controverse (dans ce texte, réalisé chez 1 garçon sur 4 et sur 1 fille sur 15). Plusieurs raisons sont avancées à cela. En effet, il ne semble pas être proposé de façon systématique dans tous les programmes dédiés à la prévention des adolescents. Par exemple, dans le programme décrit dans l'article *Preventive adolescent health care in family practice: a program summary*, il n'est recommandé que pour les garçons. De plus, il est souvent source d'inconfort pour l'adolescent et pour le médecin, a fortiori quand les deux sont de genres différents (42,45,50). Également, les médecins confrontés aux adolescents rapportent leur manque de connaissances et de compétences dans l'examen génital de ces derniers (cela ne faisant pas partie de leur formation initiale par exemple) (42). De même, un certain nombre de professionnels de santé ne disposent pas de locaux dont la distribution permettrait d'assurer leur intimité (42). Enfin, certains rapportent une crainte d'accusations de la part des adolescents de ne pas y voir qu'un motif médical, a fortiori quand l'examen est réalisé en l'absence des parents (42, 50).

Des solutions ont été avancées afin de faciliter l'examen clinique, à la fois pour les médecins et pour les adolescents. Dans un premier temps, les médecins sont en demande de recommandations claires, dans lesquelles notamment l'intérêt d'un examen génital a été étudié et justifié (42). De plus, le stade de Tanner peut être évalué à l'aide d'images montrées à l'adolescent qui désigne celles qui se rapprochent le plus de son statut (41). Enfin, il pourrait être envisagé, si cela est possible, de proposer une congruence de genre entre le médecin et l'adolescent pour réaliser la consultation (42, 45, 50).

Au total, l'examen clinique de l'adolescent devrait englober un examen clinique complet comme énoncé dans le texte *Prophylactic medical examination of 15/16 year old from the Warsaw Agglomeration. Evaluation of the implementation of standards in practice* (42). L'examen génital est la partie qui est la plus soumise à controverse. Or il pourrait se justifier puisque l'adolescence est la période de la vie au cours de laquelle un trouble pubertaire se manifeste. Cependant, il est source de grand inconfort, à la fois pour les médecins et les adolescents. Il est alors possible de proposer des alternatives pour que chacun puisse être plus à l'aise, comme déterminer le Tanner grâce à des images ou encore proposer une congruence des genres pour la consultation, si cela est possible.

Les deux premières parties de la consultation ont été abordées, à savoir l'entretien avec l'adolescent et son examen clinique. Classiquement, la troisième partie concerne le règlement de la consultation, qui peut avoir ses spécificités, compte tenu de l'âge des adolescents et de leur dépendance financière.

e. Le règlement de la consultation

Un des freins avancés par les adolescents à la consultation seul est la tarification de la consultation. (45,50). De plus, les adolescents sont sur la carte vitale de leurs parents jusqu'à 16 ans. Par ailleurs, à partir de 16 ans, seulement un faible pourcentage est en possession de la sienne (moins de 50% des adolescents interrogés dans l'article *L'adolescent, ses parents et leur médecin généraliste*:

comment favoriser la consultation de l'adolescent sans ses parents, afin d'améliorer sa prise en charge, en médecine générale? Enquêtes auprès d'adolescents, de parents et de médecins généralistes dans le département des Hautes-Alpes (50). Or, selon les adolescents, la carte vitale à son nom facilite l'accès aux soins(50).

La tarification de la consultation est également un des arguments exposé par les parents qui s'identifient comme soutien logistique : ils ont la carte vitale en leur possession, ils avancent les frais et se font rembourser (48).

Au cours de consultations, certains médecins mettent en place des modes de paiement facilités : modalités de règlement particulières type tiers payant total (à condition que l'adolescent ait une mutuelle et qu'il sache laquelle) ou partiel, paiement différé, certains offrent même la consultation (50).

Ces solutions ne sont pas nécessairement optimales ou pérennes. Des pistes sont avancées pour faciliter le règlement de la consultation. Les adolescents prônent la gratuité de la consultation pour tout adolescent, sur le même modèle que la consultation gratuite et anonyme proposée aux mineurs en France dans le cadre de l'accès à la contraception (45). Cela aurait pour avantage de faciliter l'accès aux soins pour les adolescents et de réduire les inégalités d'accès aux soins. Les médecins sont plus en faveur de reconnaître l'adolescence comme une affection longue durée, qui permettrait une prise en charge à 100% des frais médicaux en rapport (50). Ces deux options nécessiteraient une modification du système actuel, qui pourrait prendre du temps et se voir être contestée. Un autre moyen, plus abordable dans la vie courante, pourrait être de promouvoir auprès des adolescents et des parents l'intérêt d'être en possession de sa carte vitale et de convaincre les parents de la laisser à leur adolescent. (50).

La consultation médicale s'échelonne globalement en plusieurs temps, abordées plus haut : l'entretien, l'examen clinique, la restitution de ce qui a été soulevé aux cours des deux premières parties (avec ou sans les parents lorsqu'il s'agit d'adolescents), et éventuellement mise en route d'une prise en charge, puis règlement de la consultation. Ces phases sont encadrées par une durée plus ou moins longue en fonction des besoins

f. La durée de la consultation

Dans la pratique courante, le médecin de soins primaires n'accorde pas plus de temps à la consultation de l'adolescent : elle dure en moyenne moins de 20 minutes (42). Or, une consultation dédiée à la prévention est souvent longue. Très logiquement, plus elle dure, plus les thèmes abordés sont nombreux (42). Or, le temps est une des principales contraintes de la consultation de prévention chez les médecins de soins primaires (41). D'ailleurs, certains médecins prévoient de doubler leur temps de consultation dès lors que celle-ci est dédiée à la prévention et à l'éducation à la santé (36). Cette volonté est corroborée par les adolescents : ils estiment qu'une consultation est satisfaisante si le médecin prend son temps (45). Ceux qui ont eu une consultation longue se félicitent, contrairement à ceux pour qui cela a été plus court qui se plaignent, et ceci d'autant plus que l'attente préalable a été longue (45). Le parent pense également que le médecin doit pouvoir être disponible et prendre son temps, deux notions associées à ses qualités d'écoute et d'explication (48). De fait, l'augmentation de la durée de consultation est considérée comme une bonne chose par les médecins de soins primaires(45). Selon certaines études, elle devrait être aux alentours de 30 minutes. (36,41)

La consultation de l'adolescent possède ses particularités. Comme toute consultation, elle est couverte par le secret médical. Or dans ce cas, celui-ci s'applique à une personne mineure, avec les doutes et les interrogations que cela soulève comme vu précédemment. De plus, cette consultation peut justifier de voir l'adolescent non accompagné. Or cette démarche n'est pas aisée, ni pour celui-ci, ni pour ses parents. La consultation en autonomie de l'adolescent est donc un projet qui s'anticipe et qui se prépare, en respectant la temporalité de chacun. Enfin, le déroulé même de la consultation

présente ses spécificités puisque l'utilisation d'outils de communication pourrait être plus fréquente, l'examen clinique complet est sujet à controverse et les modalités de paiement pourraient être modifiées.

Il existe un autre aspect de la consultation de l'adolescent qui est particulier: il s'agit de la communication, et de la façon de s'adresser à l'adolescent.

4. LA COMMUNICATION AUPRÈS DE L'ADOLESCENT

a. Favoriser une communication centrée sur l'adolescent

La communication centrée sur l'adolescent améliore globalement le dialogue avec le praticien, que ce soit au niveau du volume de communication, de la satisfaction du patient, de la réciprocité des échanges, de l'implication du patient dans la décision médicale ou encore de l'interaction patient-professionnel (40). De plus, on constate une pérennisation de cette amélioration au cours du temps (40).

La communication centrée sur le patient est la clé de voûte de l'éducation thérapeutique. C'est une approche du patient qui tient compte non seulement d'objectifs cognitifs mais également des désirs, émotions et représentations du patient. Le professionnel s'inscrit dans une écoute active, fait preuve d'empathie et utilise des techniques pour favoriser la communication. Il prend en compte les souhaits et les désirs du patient, ses connaissances, ses besoins ressentis et ses relations sociales et familiales. Cela permet de construire une relation fondée sur le dialogue et de tisser un partenariat avec le patient. Il participe de ce fait, de façon active, à son savoir (36).

Cette approche globale améliore la relation avec le professionnel de santé et l'appropriation par le jeune de messages de prévention (36). Elle correspond d'ailleurs aux attentes de l'adolescent qui souhaite un médecin empathique, sans jugement et positif, qui lui pose des questions, qui s'engage dans la relation de soins et qui s'adapte à lui. Il attend une relation privilégiée et personnalisée tout en gardant son libre arbitre et la liberté de ses choix (45). Dès lors que ces techniques d'entretien sont utilisées avec les adolescents, ils témoignent d'une relation plus proche avec leur médecin, d'une sensation de plus grande écoute, d'une plus grande confiance et d'une meilleure communication et compréhension.

Concrètement, comme vu dans l'article *Patient-centered communication and health assessment with youth*, l'utilisation d'un questionnaire centré sur le patient avec questions ouvertes de type EHC (Évent History Calendar) a mis en évidence une meilleure compréhension des perspectives du patient : les liens apparaissant plus facilement, la communication en est donc plus aisée (40). De plus, cela permet une intégration du patient dans son contexte de vie unique, ce qui favorise la compréhension de ses besoins et de ses volontés. Enfin, cette approche permet au patient de prendre part à son pouvoir de choisir (40).

Le médecin voit également de nombreux avantages à développer cette approche globale avec les adolescents. Ils ont le ressenti d'une prise en charge plus humaine, centrée sur la personne plutôt que sur le soin. Ils ont eux aussi l'impression d'amélioration de la communication, permettant de construire une relation plus privilégiée. Enfin, ils rapportent que cela aboutit régulièrement à une réflexion sur leurs pratiques et un changement de regard sur leurs patients (36). Cette approche permet également de trouver des issues à une relation parfois compliquée avec leurs patients adolescents, qui peuvent être dans l'opposition, exprimée ou non, avec une attitude fermée ou une mauvaise écoute, ce qui entrave la qualité de la relation de soin (45). De plus, les adolescents peuvent parfois se montrer peu concernés par leur santé. Cette approche peut permettre d'éveiller leur intérêt, de les responsabiliser, de les impliquer dans le soin et ainsi d'amorcer une démarche éducative (36). Il existe un vrai changement de paradigme pour les médecins de soins primaires qui passent d'une approche

bio-médicale de leur patient à une approche plus globale. Cela peut être difficile à appréhender pour certains, d'où l'intérêt de leur proposer des formations.

Il est à noter que l'éducation thérapeutique et l'approche globale des patients se pensent sur des consultations répétées, la première étape étant de gagner la confiance de l'adolescent, d'explorer ses besoins et ses attentes pour à terme mettre en place un ou plusieurs objectifs éducatifs (36).

La communication centrée sur l'adolescent présente des atouts pour le médecin et le patient et a montré son efficacité en termes de satisfaction de la prise en charge ou d'appropriation de messages de prévention pour espérer une modification des comportements à risque.

Plus pragmatiquement, se pose la question de la manière de s'adresser à l'adolescent, qui n'est plus enfant, mais qui n'est pas encore complètement adulte.

b. Les différentes façons de s'adresser à l'adolescent

Selon l'article *L'adolescent, ses parents et leur médecin généraliste: comment favoriser la consultation de l'adolescent sans ses parents, afin d'améliorer sa prise en charge, en médecine générale? Enquêtes auprès d'adolescents, de parents et de médecins généralistes dans le département des Hautes-Alpes*, le médecin s'adresse à l'adolescent dans environ 1/3 du temps ; et la place de l'adolescent pendant la consultation devient de plus en plus importante avec l'âge (50). Or, il existe un véritable intérêt à encourager les médecins de soins primaires à s'adresser directement à l'adolescent. En effet, cela permet de lui témoigner de l'intérêt qu'on lui porte et d'aider l'adolescent à être acteur de sa propre consultation (50). De plus, lorsque le médecin s'adresse à lui, cela favorise son expression : c'est l'occasion pour lui de se mettre en avant par rapport à ses parents et d'être considéré comme une personne à part entière. D'ailleurs, cela permettrait aussi de diminuer le sentiment d'indispensabilité du parent (50). Les parents, quant à eux, désirent que le médecin s'adresse directement à leur adolescent, pour l'autonomiser (48).

La langue française comporte une particularité qui est celle des pronoms d'adresse, caractéristique qui peut complexifier les relations. La question du tutoiement et du vouvoiement est particulièrement intéressante à aborder quand il s'agit d'une consultation avec les adolescents. Les deux acteurs principaux des échanges, le médecin et l'adolescent, ont chacun des représentations du tutoiement et du vouvoiement. Pour les adolescents, le tutoiement est synonyme de rapport de confiance, qui crée un lien de confidentialité. Il serait utilisé pour les personnes plus jeunes que soi ou que l'on connaît depuis longtemps (47). Pour les médecins, le tutoiement des adolescents est également un symbole de confiance, qui abolit la distance mais qui pourrait donner à l'adolescent un sentiment d'infantilisation ou de paternalisme, puisque bien souvent le tutoiement est non réciproque (49). Le vouvoiement quant à lui, crée de la distance voire une barrière pour certains adolescents (47). Ils sont néanmoins quelques-uns à penser que leur vouvoiement est une forme de respect qui marque le passage à l'âge adulte, ce que relèvent également les médecins (47,49).

Lorsqu'ils sont interrogés, les adolescents rapportent ne pas se poser la question quant au fait d'être tutoyés ou vouvoyés, la majorité préférant être tutoyée (47).

Si les médecins déclarent que bien souvent c'est leur instinct qui leur dicte le choix du pronom, il s'avère en réalité que de nombreux facteurs sous-tendent ce choix, facteurs qui ne sont pas nécessairement conscientisés par tous (49). L'âge de l'adolescent joue une place importante, bien que les médecins disent se fier plutôt à l'image que l'adolescent renvoie, à son âge maturatif plutôt qu'à son âge chronologique (47,49). L'âge du médecin est également à prendre en compte selon les adolescents : plus les protagonistes sont proches en âge et plus le vouvoiement est difficile (47). De plus, pour les médecins, le sexe de l'adolescent peut influencer: il s'avère que les filles sont souvent vouvoyées plus tôt que les garçons. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les filles consultent souvent seules plus tôt et ont souvent un âge maturatif plus précoce que les garçons (47). De plus, pour les médecins, la présence du parent joue un rôle dans le choix du pronom : elle aurait tendance à

maintenir l'adolescent dans son statut d'enfant, ce qui rend le vouvoiement plus difficile (49). Cette idée n'est pas retrouvée chez les adolescents qui pensent que la consultation avec les parents n'influence pas le choix du pronom. (47). Enfin, la durée du suivi fait également varier le choix du pronom. Pour le médecin, le patient tutoyé depuis l'enfance sera souvent tutoyé pour le reste de son suivi. La question se pose dès lors qu'il s'agit d'un médecin avec qui le lien n'a pas encore été tissé (49). Les mêmes notions sont retrouvées chez les adolescents pour qui le fait d'être tutoyé par leur médecin de famille ne leur pose aucun problème. En revanche, cet avis est plus nuancé dès lors qu'il s'agit d'une première rencontre avec un médecin, d'un remplaçant ou d'un spécialiste (47). Dans ces cas-là, la fréquence des consultations joue un rôle : plus l'adolescent consulte souvent, plus il se sent à l'aise, et mieux il accepte le tutoiement (47). Il est à noter que le lieu d'exercice (rural ou urbain) ou le motif de consultation n'influent pas sur le choix du pronom selon les médecins et les adolescents (47,49).

Le choix du pronom est bien souvent la problématique du médecin, chez qui cela peut provoquer un grand embarras (choix qui peut lui sembler inapproprié ou inconfortable, variations de pronom au cours de la consultation ou dans le temps). C'est d'ailleurs cet embarras qui desservirait la relation médecin-adolescent (49). En parallèle, du côté des adolescents, il s'agit plutôt d'un choix avec mise en balance des avantages et des inconvénients du tutoiement et du vouvoiement (47). En effet, si la plupart aiment être tutoyés car cela procure un sentiment de proximité et de confiance, d'autres pensent que le vouvoiement est la marque du passage à l'âge adulte qui les ferait se sentir plus légitimes au sein de la consultation (47).

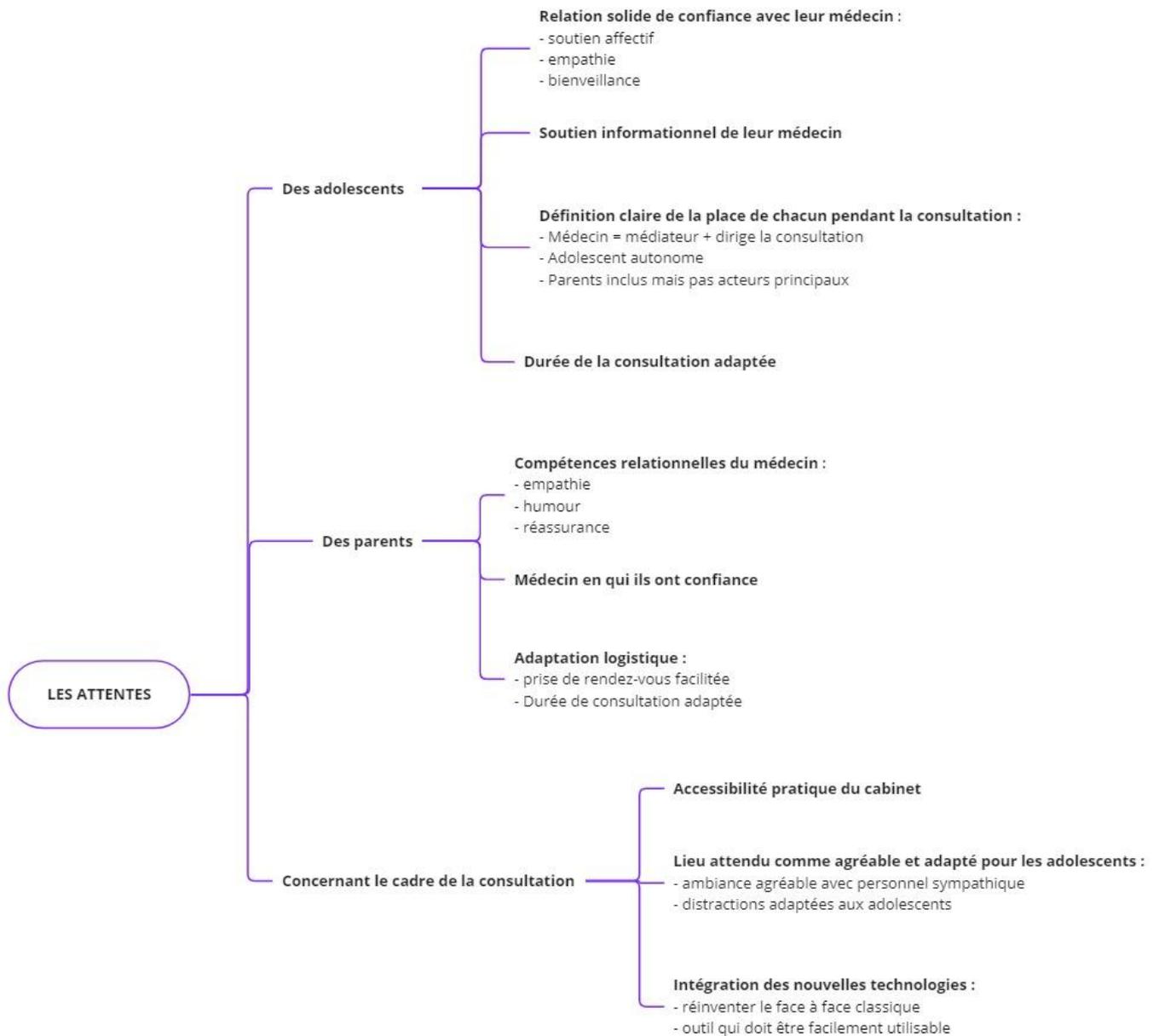
Des pistes sont envisagées pour essayer de faciliter le choix du pronom. Tout d'abord, il faut envisager le fait que la relation entre médecin et adolescent puisse être évolutive et que le choix initial du pronom puisse varier au cours du temps (47,49). Cette notion reçoit un accueil mitigé chez les adolescents : pour certains le vouvoiement marque leur passage à l'âge adulte, pour d'autres le passage au vouvoiement n'a que peu d'intérêt s'il vient de leur médecin traitant qu'ils connaissent depuis toujours (47). Ensuite, le médecin peut se fixer un âge clé à partir duquel il va vouvoyer l'adolescent systématiquement (la tranche d'âge des 15-18 ans semble la plus problématique pour ce qui est du choix du pronom) (47). Bien sûr, la question peut également être posée directement à l'adolescent, mais la tournure de la question peut être compliquée puisqu'elle ne doit pas influencer la réponse de l'adolescent ("Préfères-tu que je te tutoie ou que je te vouvoie?" aurait tendance à maintenir le tutoiement) (47). Enfin, il est possible de poser la question aux adolescents en les invitant à y réfléchir (par exemple : "Tu as 16 ans maintenant, tu t'approches de l'âge adulte, est-ce que tu vas préférer que je te vouvoie? Tu peux y réfléchir et me donner ta réponse plus tard.") (47). Le fait de tenir compte de l'avis de l'adolescent en l'ayant invité à y réfléchir en amont peut être un bon compromis afin de choisir le pronom au mieux.

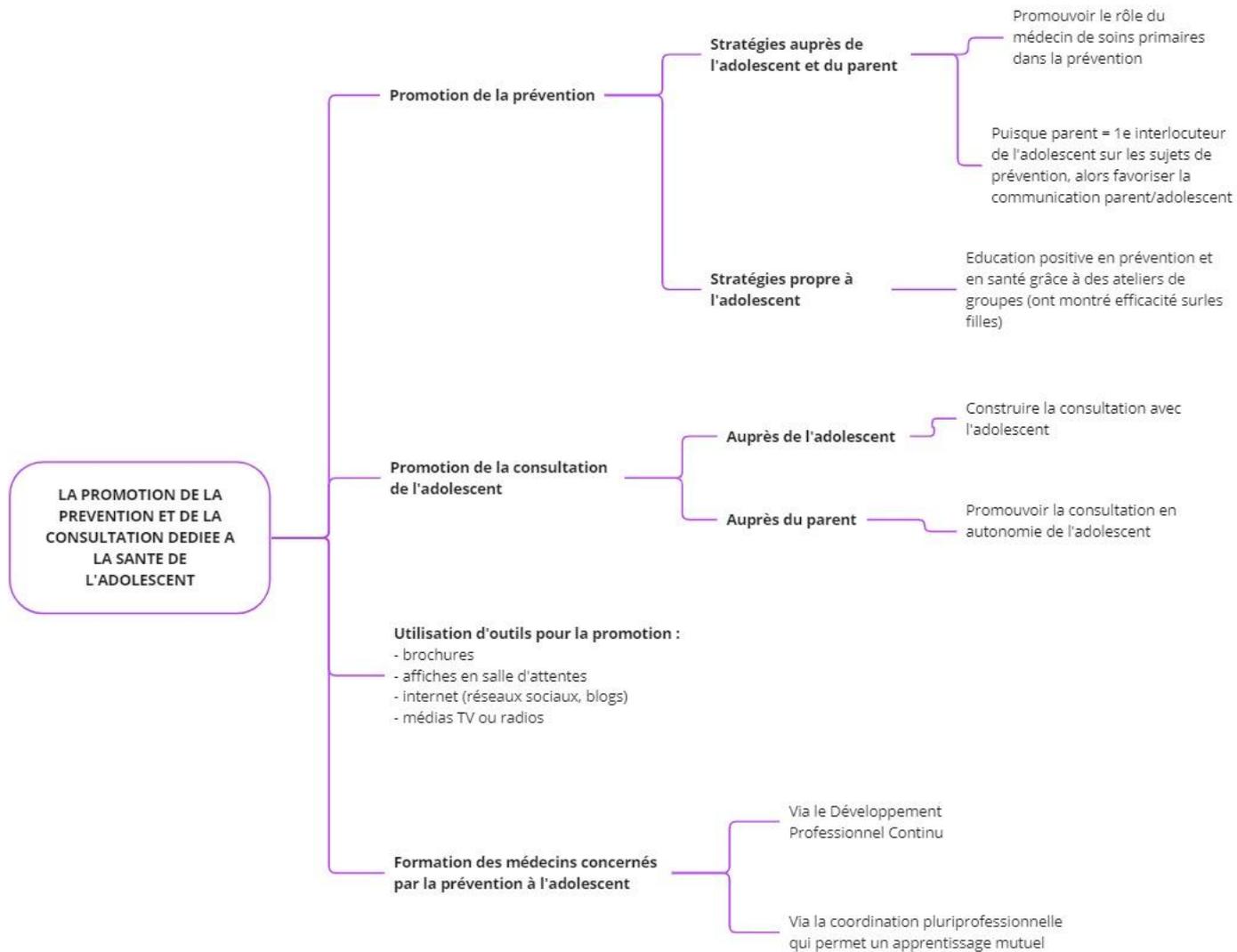
Au total, le questionnement du choix du pronom amène des réponses hétérogènes et parfois contradictoires, ce qui est attendu puisque l'usage du pronom s'inscrit dans une dimension psycho-sociale propre à chacun. Cependant, se poser la question de ce que l'adolescent préfère, c'est déjà faire en sorte qu'il soit le plus à l'aise possible dans cette consultation afin qu'il se sente apte et légitime, au centre de sa prise en charge.

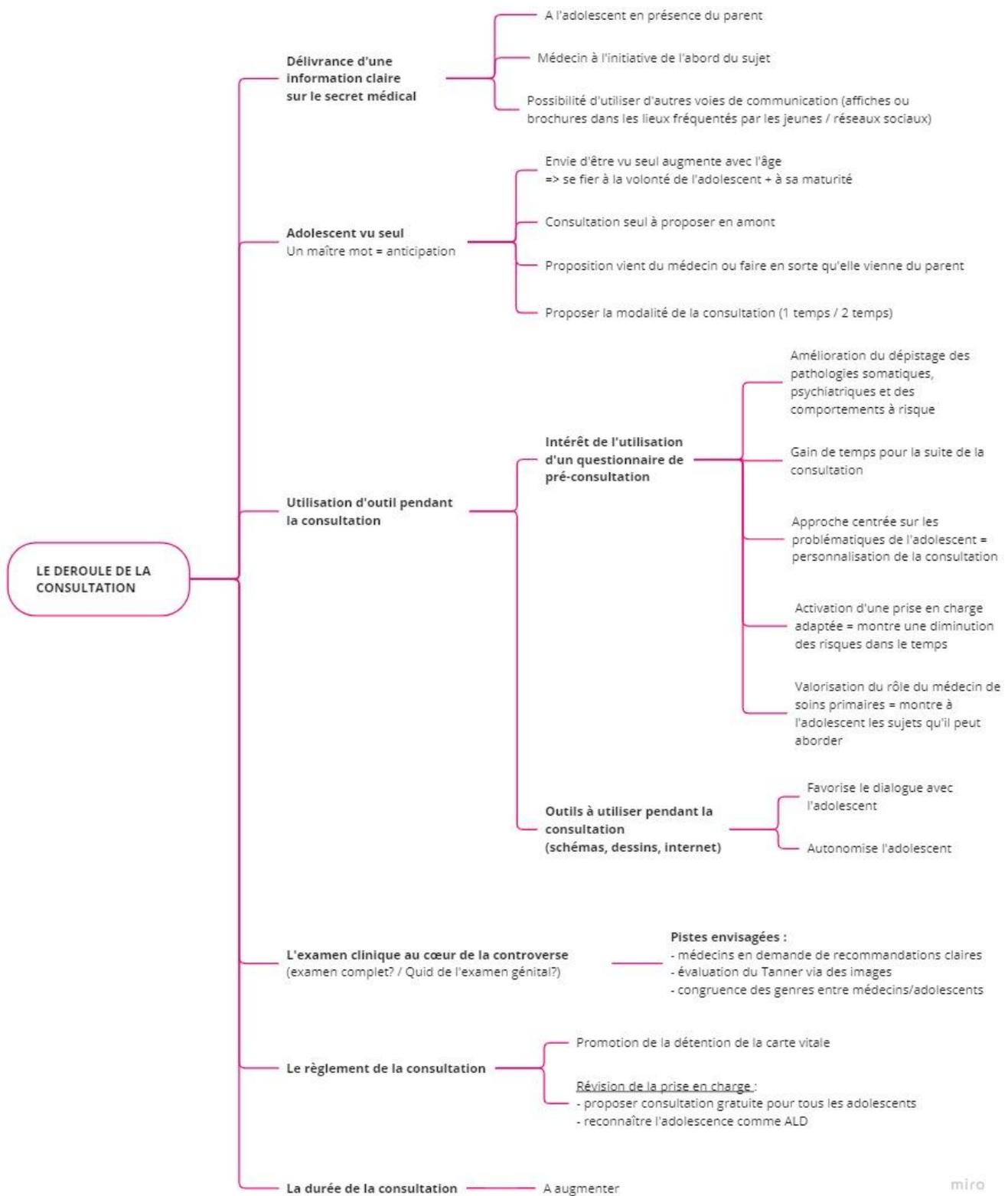
Il s'agit là essentiellement de techniques de communication afin que chacun trouve sa place dans les échanges et que le médecin et l'adolescent trouvent la "bonne" distance professionnelle qui n'entrave pas la relation de soin.

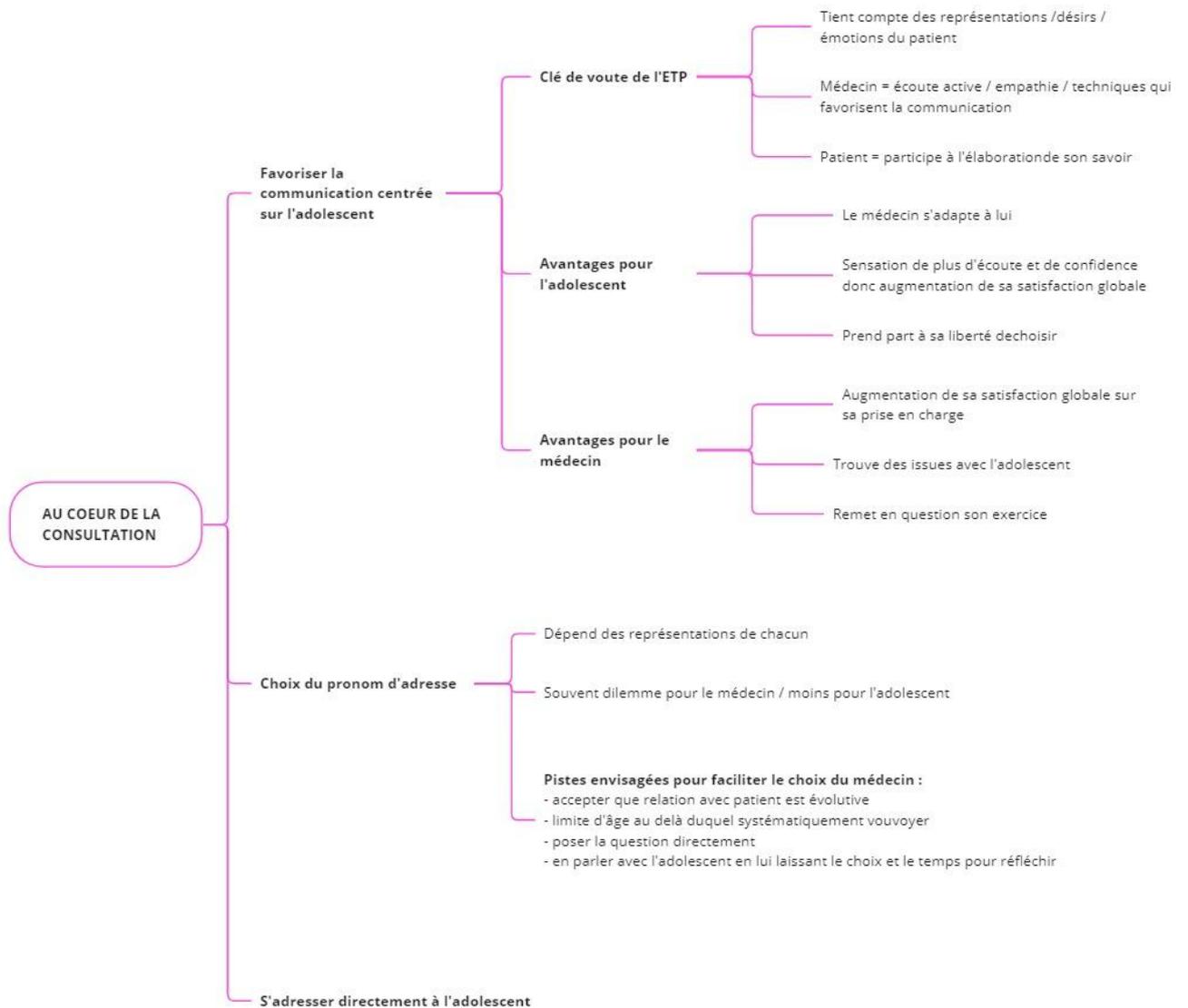
IV. DISCUSSION

1. SYNTHESE DES RESULTATS









miro

2. **FORCES**

a. Concernant la méthode

Tout d'abord nous avons bénéficié d'une formation à la recherche bibliographique dispensée par les enseignants de l'Université de Bordeaux et d'une formation à la revue systématique de la littérature dispensée par les bibliothécaires du l'Université de Bordeaux Carreire, ce qui nous a permis d'aborder les différentes recherches concernant notre travail de manière rigoureuse avec une méthodologie adaptée.

Notre revue systématique de la littérature concernant l'organisation d'une consultation dédiée à la santé de l'adolescent en soins primaires est un travail innovant. On retrouve dans la littérature des guides abordant différents aspects de la consultation de l'adolescent (communication, organisation...) (4, 52), ainsi que différentes thèses abordant la notion de questionnaires de pré-consultation (23,53). Cependant, aucun travail de synthèse de la littérature n'a été retrouvé abordant la totalité de

l'organisation de la consultation, à savoir tout ce qui concerne la mise en place avant la consultation en amont mais également le déroulé complet de cette entrevue.

Lors de l'élaboration de la méthode de notre revue systématique de la littérature, nous avons décidé d'inclure une diversité de moteurs de recherche pour permettre une multiplicité des résultats. En effet, notre sujet étant assez vaste et comportant plusieurs aspects (relationnel, cadre physique et moral...), il nous a semblé intéressant de faire ce choix pour ne rien omettre.

Pour la mise en place de ce travail, a été réalisé un travail préliminaire méticuleux qui a inclus l'aide des bibliothécaires de l'université de Bordeaux Carreire. En effet, de multiples échanges ont été réalisés pour valider la méthode, la recherche, la sélection des mots clés, mais également pour permettre l'élaboration des différentes équations de recherche, ainsi que leur essai dans chaque moteur de recherche. Cette aide précieuse nous a permis de mettre en place une démarche scientifique systématique et reproductible.

Les mots clés sélectionnés ont été incorporés dans les équations de recherche en termes MeSH, ainsi qu'en termes non MeSH, dans les moteurs de recherche Cochrane et Pubmed pour ne pas méconnaître d'articles encore non indexés au MeSH.

La procédure de sélection des articles a été réalisée de manière bilatérale : il y a eu une lecture en insu pour la sélection des articles sur titre et résumé et il y a eu une lecture en insu pour la sélection des articles sur textes entiers. Cela a permis d'assurer une reproductibilité de la sélection. La triangulation des articles douteux a été réalisée par une tierce personne, notre directeur de thèse, permettant ainsi d'assurer une résolution objective des conflits.

Enfin, l'entièreté de la méthode de notre revue systématique de la littérature a été réalisée en accord avec les critères PRISMA (33).

b. Concernant les articles

Concernant les articles sélectionnés et inclus dans notre revue systématique de la littérature, aucun texte n'a été exclu par manque d'accès.

L'une des forces de notre étude est la diversité des articles inclus. En effet, dans les 18 textes inclus, il existe :

- 10 articles qui sont des études qualitatives (dont un article dans lequel il y a une étude qualitative et une étude quantitative). Les études qualitatives ont comme but principal de décrire les aspects relationnels du soin et d'étudier les sujets dans leur environnement (54). Il s'agit donc d'explorer les opinions, les ressentis, les croyances et les représentations dans la santé. Les études qualitatives sont particulièrement adaptées quand les facteurs observés sont subjectifs, et elles permettent principalement de répondre à la question "Pourquoi" et "Comment".

Dans le cadre de notre revue systématique de la littérature concernant l'organisation de la consultation des adolescents en soins primaires, les études qualitatives étaient donc particulièrement adaptées pour l'évaluation de l'avis des adolescents, des médecins ou des parents. Elles ont aussi permis d'évaluer les différentes relations souhaitées entre les protagonistes.

- 7 articles qui sont des études quantitatives interventionnelles. Les études interventionnelles ont comme objectif principal de chercher l'impact d'une intervention sur un groupe de personnes ou une population donnée (55). Dans le cadre de notre travail, ce type d'étude est particulièrement intéressant pour évaluer la mise en place des programmes de prévention, de

programmes de formation des médecins de soins primaires ou encore d'intervention pour améliorer la communication. Ces études sont également particulièrement adaptées pour évaluer l'intérêt de la mise en place d'un pré-questionnaire de consultation.

- 2 articles qui sont des études quantitatives épidémiologiques (dont un article dans lequel il y a une étude qualitative et une étude quantitative). Les études quantitatives épidémiologiques ont comme but principal de quantifier l'importance d'un événement de santé et son évolution (descriptive) et d'analyser le rôle des facteurs susceptibles de l'influencer (analytique) (55). Dans le cadre de notre revue de la littérature, ces études ont été intéressantes pour permettre d'évaluer la consultation de l'adolescent seul de son point de vue, ainsi que les facteurs qui peuvent l'influencer.

c. Concernant l'interprétation des résultats

Une fois les articles sélectionnés et inclus dans notre revue de la littérature, nous avons réalisé une grille d'extraction des résultats standardisée et reproductible. Cette grille a été réalisée en concertation pour permettre de résumer de manière précise et complète la totalité des études. Ceci a permis de limiter le biais d'interprétation dû au fait que l'extraction des données s'est faite de manière séparée. En effet, chacune d'entre nous a analysé 9 articles via cette grille d'extraction standardisée.

Les articles inclus ont été, en quasi-totalité, évalués sur leur qualité via des grilles standardisées pour permettre de conclure quant à leur apport potentiel pour la pratique clinique. Un article n'a pas pu être évalué via une grille standardisée car il relevait d'un protocole de recherche-action pour lequel il n'existe aucun outil standardisé dans la littérature pour évaluer le risque de biais.

3. LIMITES

a. Concernant la méthode

Cette thèse présente des limites. Tout d'abord, lors de la sélection des mots clés, le choix des mots en rapport avec le thème "organisation d'une consultation médicale" est resté vague. Cela a été à l'origine d'un travail de concertation entre nous et les bibliothécaires de l'Université de Bordeaux Carrière. En effet, comme défini lors de la phase exploratoire, le concept d'organisation d'une consultation se réfère aussi bien à la promotion de la consultation auprès de différents publics, qu'à sa mise en place factuelle, son déroulé, ou encore la façon de parler au sein même de cette consultation. De ce fait, trouver une liste de mots pour chaque notion précédemment citée nous a paru trop ambitieux, avec un risque important de non exhaustivité. Pour autant, il ne peut pas être exclu que le fait d'avoir choisi un vocabulaire peu précis nous ait desservi et ait créé un scotome.

Par ailleurs, lors de la rédaction de l'équation de recherche pour les ressources documentaires Sudoc et EBSCOhost, nous avons fait le choix de ne pas utiliser de mots-clés se référant au thème "organisation d'une consultation médicale". En effet, lors de la phase exploratoire, nous avons constaté qu'utiliser ces mots-clés dans ces deux ressources documentaires réduisait considérablement nos résultats. Cependant, ce choix a pu également être à l'origine d'un biais.

Ensuite, le choix de nos critères d'inclusion et d'exclusion peut être discuté. Tout d'abord, parmi les articles soumis à la triangulation, le doute s'est posé sur les populations d'étude de deux d'entre eux : celles-ci n'étaient pas les adolescents eux-mêmes mais leurs parents dans un article et leur médecin généraliste dans l'autre. Or, selon nos critères d'inclusion, la population de nos études devait concerner l'adolescent sans critère d'âge, de genre ou d'orientation sexuelle. Après

argumentation, il a été décidé que la population des médecins généralistes d'adolescents et celle de leurs parents faisant partie de l'entourage des adolescents, d'intervenants qui interagissent avec les adolescents. De ce fait, nous avons considéré que ces populations concernaient bien les adolescents, ce qui correspondait à nos critères d'inclusion.

Ensuite, tout article rédigé dans une autre langue que le français ou l'anglais, deux seules langues que nous maîtrisons, a été exclu. Cela est à l'origine d'un biais de langage et a pu créer un scotome.

Également, bien que la santé de l'adolescent concerne tous les pays du monde, seules les études se déroulant dans un pays de l'OCDE ont été sélectionnées. Nous avons fait ce choix pour assurer une certaine validité externe, même si les systèmes de santé de ces pays ne sont pas nécessairement superposables. Cela a pu créer un scotome.

Enfin, seuls les textes publiés à partir de l'an 2000 ont été retenus. Cette date a été choisie arbitrairement. Nous avons fait ce choix dans un souci de comparabilité et de validité externe, en partant du postulat que les adolescents des années 1990 et antérieures n'étaient pas comparables aux adolescents d'aujourd'hui. De plus, il nous a semblé que 22 ans de recul étaient suffisants pour obtenir un travail de qualité. Pourtant, nous ne pouvons pas exclure que cela ait été à l'origine d'un biais. De plus, la question de la comparabilité des adolescents d'aujourd'hui et des adolescents des années 2000 peut se poser, du fait notamment de l'émergence et de l'avènement d'internet et des réseaux sociaux au cours de cette période. Nous constatons que 6 articles, soit $\frac{1}{3}$ des articles inclus ont été publiés avant les années 2010. Cependant, ces articles abordent tous des problématiques communes aux adolescents d'aujourd'hui : attentes vis-à-vis d'un médecin de soins primaires et d'une consultation médicale, mise en place de programmes d'éducation en santé à destination des adolescents, rédaction et utilisation d'un questionnaire de pré-consultation auto-administré.

La phase d'extraction des résultats présente également des limites. Tout d'abord, l'extraction des données n'a pas été faite en insu. La méthode de l'étude décrivait qu'une fois les textes inclus de façon définitive, ceux-ci étaient partagés équitablement entre les autrices pour extraction simple des données grâce à une grille d'extraction. La méthode n'a pas été modifiée par la suite, raison pour laquelle chaque étude n'a été extraite qu'une seule fois. Cela a donc pu créer un biais d'interprétation. Cependant, nous pensons que ce biais a pu être limité par deux facteurs. Premièrement, comme dit précédemment, la grille d'extraction a été construite en amont pour permettre une standardisation de la procédure et donc une reproductibilité. Deuxièmement, en amont de l'extraction, et comme déjà expliqué, nous avons réalisé, lors de la phase exploratoire, plusieurs réunions de concertation, y compris avec notre directeur de thèse et les bibliothécaires de l'Université de Bordeaux Carreire, pour bien définir ce que signifiait la notion de forme de la consultation.

Il est également à noter que l'exercice qui consiste à analyser la qualité d'une étude via des grilles standardisées était novateur pour nous deux. Bien que nous ayons utilisé les guides d'utilisation des grilles (jointes aux grilles elles-mêmes), on ne peut exclure le risque d'un biais d'interprétation dans l'évaluation de la qualité des articles. Il existe d'ailleurs un texte pour lequel l'évaluation de la qualité n'a pas été réalisée par manque de grille d'analyse de qualité standardisée existante pour ce type d'étude. La méthode scientifique de l'article ne pouvant être évaluée, cela constitue un risque de biais non négligeable. Enfin, l'analyse de qualité de chaque article n'a pas été faite en insu, ce qui a pu majorer le biais d'interprétation.

Enfin, cette revue de la littérature peut comporter un biais de publication. En effet, toutes les études incluses sont issues de ressources documentaires scientifiques. Or, les articles qui montrent des résultats positifs ont plus tendance à être publiés que ceux qui montrent des résultats négatifs. Cela donne donc une perception biaisée de l'état de la littérature scientifique. Par ailleurs, nous n'avons pas effectué de mise à jour de nos données depuis le début de la sélection des textes, qui coïncide avec la

dernière fois où nous avons consulté les ressources documentaires, soit le 21 Juin 2022. Il est donc possible que des articles qui auraient pu être inclus aient été publiés depuis.

b. Concernant les articles

Les articles retenus présentent également des limites, dont certaines communes à plusieurs articles. Tout d'abord, il existe un biais de mémorisation dans toutes les études utilisant un recueil de données déclaratif par entretiens ou questionnaires auto-administrés. Ce biais est inhérent à la fois à ce type d'étude et à la condition humaine puisqu'il est lié à la façon dont le cerveau enregistre une information et la restitue ensuite à la conscience.

De plus, les études qualitatives présentent également un biais d'interprétation, qui peut causer une erreur dans l'analyse des résultats.

Enfin, on ne peut éliminer le fait que les études interventionnelles que nous avons inclus peuvent être soumises à l'effet Hawthorne. Cela correspond au fait que la population de l'expérimentation a conscience de participer à une étude dans laquelle ils sont testés ce qui induit une plus grande motivation et donc une modification potentielle des résultats.

Également, dès lors que la population de l'étude concerne les adolescents, il existe un biais de sélection, puisque les élèves sont majoritairement recrutés dans les cabinets de soins primaires ou établissements scolaires, ce qui exclut les adolescents hors du système de soins et/ou du système scolaire. De plus, il revient souvent un biais de volontariat puisque les adolescents de certaines études incluses ont pris la décision eux-même de participer à l'étude. Dus à ces deux faits, les résultats sont donc plus difficilement extrapolables à la population adolescente générale.

Ensuite, apparaît également souvent dans les études un biais de sélection des professionnels de santé puisqu'il s'agit souvent d'un contingent très hétérogène, volontaire également, et qui a un attrait pour le sujet ou qui a de l'expérience dans le fait de travailler avec les adolescents. De fait, cette population n'est pas souvent représentative de la population générale de praticiens de soins primaires.

Pour les articles ayant pour population d'étude les parents d'adolescents, les mères sont sur-représentées par rapport aux pères. Or, par abus de langage, les auteurs des articles disent analyser les réponses des parents, au pluriel, alors qu'il s'agit en réalité majoritairement des mères. Cela interroge sur la place du père dans la santé de son adolescent. Cependant, ce sujet n'a pas été exploré dans les articles sélectionnés.

Il est également à noter que 8 articles sur les 18 inclus, soit 44% des articles inclus, se déroulent hors France. Bien que la santé de l'adolescent soit un questionnement qui concerne tous les pays de l'OCDE, cela rend la possibilité de généralisation des résultats difficiles.

De plus, certaines études ont comme localisation des "primary care clinics". Ce sont des structures de type cliniques, publiques ou privées, qui réalisent des actes de soins primaires et dans lesquels exercent plusieurs médecins ou professionnels de santé. Ces structures étant des centres de soins primaires comme définis par l'OMS, nous avons inclus les articles qui les mentionnent. Cependant, ce système n'étant pas superposable à celui qui existe en France, cela rend la généralisation des résultats difficile.

Enfin, 7 des études retenues, soit 40% des études retenues, étaient des thèses de médecine générale. 5 d'entre elles sont de qualité moyenne, et toutes ont une localisation géographique restreinte, ce qui rend difficile l'extrapolation des résultats.

c. Concernant la synthèse des résultats

Il convient d'analyser avec précaution notre synthèse analytique. Tout d'abord, les articles inclus dans notre thèse forment un ensemble disparate. Cela était attendu compte tenu de notre question de recherche. Cela présente également une force, apportant du contenu différent, diversifié et

adapté à notre objectif de thèse. Cependant, cela a pu créer une fragilité, du fait de la difficulté de confrontations des résultats.

De plus, les études sélectionnées sont majoritairement de qualité moyenne, avec un risque de biais modéré à important. De fait, la valeur scientifique de ces études est affaiblie.

Également, la synthèse analytique utilise parfois des résultats d'objectifs secondaires. Or, aucune conclusion scientifique ne peut être tirée de ces résultats puisque les études dont ils sont issus n'ont pas été construites pour les analyser. Cependant, il s'agit de pistes de réflexions intéressantes, qui servent souvent de bases à des travaux complémentaires. C'est pour cette raison que nous avons choisi de sélectionner ces résultats et de les intégrer dans notre synthèse analytique. En effet, nous sommes parties du principe qu'une revue systématique de la littérature n'a pas pour rôle de prendre une décision mais plutôt d'aider ceux qui la prennent et de leur apporter des pistes à leurs réflexions

4. OUVERTURES

Les différents résultats retrouvés dans notre thèse nous permettent d'avancer quelques propositions quant à l'organisation et la forme que doit prendre une consultation de prévention de l'adolescent.

La prévention ainsi que la consultation de l'adolescent doivent bénéficier d'une promotion particulière adaptée à la population visée.

Les canaux sollicités par les adolescents sont multiples mais restent parfois classiques.

Il serait intéressant d'envisager la mise en place de campagnes publicitaires au niveau national permettant de viser la prévention et la consultation en santé de l'adolescent. On peut retrouver des exemples sur lesquels s'appuyer:

- La campagne pour la contraception datant de 2008-2009 constituée de trois spots de télévision et de radio permettant d'aborder les difficultés des jeunes quant au choix et à la mise en place de la contraception. De ces spots a découlé l'ouverture du site choisirsacontraception.fr créé et validé par les professionnels de santé et recommandé par Santé Publique France (56).
- Plus récemment la campagne incitant les parents à faire bouger les adolescents (57) comportait un volet important de sensibilisation des parents à l'activité physique de leur adolescent. Ceci montre l'importance de l'inclusion des parents quant à la santé de leur adolescent. Un spot de télévision est diffusé ainsi que des spots radios, le tout amenant les parents à se rendre sur mangerbouger.fr.

Outre la mise en place de ces campagnes publicitaires, la salle d'attente reste toujours un mode d'information privilégié sur lequel il faut s'appuyer. Plusieurs pistes potentielles sont à explorer quant à la promotion de la prévention, mais aussi de la santé de l'adolescent, dans la salle d'attente du médecin de soins primaires.

On peut prendre l'exemple du site enpatientant.fr développé dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (58). Ce site a été créé par le Comité Régional de la Santé de PACA pour permettre aux patients en salle d'attente du cabinet de médecine de s'informer sur le domaine de la prévention. Il est constitué d'une partie interactive, avec des jeux ou des tests, et d'une partie informationnelle avec des vidéos. On peut imaginer pouvoir le transposer à l'adolescent et aux sujets spécifiques qui le concerne. D'ailleurs, dans les différentes études rapportées dans cette revue de la littérature, les adolescents étaient en demande d'interactivité. Il semble donc intéressant qu'un éventuel outil de ce type voit le jour.

Même si les adolescents sont en demande de canaux "classiques" de promotion de la prévention et de la consultation, ils n'en oublient pas pour autant les adaptations qui doivent se faire à leur génération. L'utilisation des réseaux sociaux est devenue quotidienne et concerne une grande partie des

adolescents. Il serait alors intéressant d'inclure ces réseaux sociaux pour communiquer avec cette population. Ces différents réseaux sociaux (Facebook, snapchat, instagram...) pourraient être utilisés pour être le vecteur des campagnes publicitaires citées plus haut, ou encore pour faire la promotion éventuelle de la consultation de l'adolescent dans les différentes structures concernées.

Il est aussi intéressant de voir que pour les parents, ainsi que pour les adolescents, la prévention passe également par le milieu scolaire.

L'association Gener'action solidaire a réalisé des interventions en milieu scolaire pour sensibiliser les jeunes au harcèlement avec des interventions durant environ deux heures (59). Ces actions permettaient d'aborder des aspects plus théoriques, tout en les reliant à des témoignages de vie réelle. Les adolescents sont demandeurs d'actions de prévention de ce type, le but étant que ce soit le plus interactif possible.

On peut donc penser la consultation de prévention de l'adolescent en dehors du cadre classique de la consultation en cabinet de médecine.

Dans le cadre d'une consultation plus "classique", ayant lieu en cabinet de médecine, on voit dans les différentes études sélectionnées que la promotion de la prévention ainsi que de la consultation doit être réalisée à chaque consultation, la répétition étant la clé pour une meilleure adhérence. On peut donc envisager de créer un encart spécifique sur le logiciel de consultation permettant de noter les différents éléments concernant l'abord de la consultation de prévention de l'adolescent. Ceci permettrait d'avoir l'information immédiatement en ouvrant le dossier du patient.

Cela peut être réalisé sur le même mode que les dépistages organisés : on retrouve sur de nombreux logiciels médicaux un encart "mode de vie/prévention" dans lequel les médecins qui utilisent ce logiciel peuvent noter, par exemple, la dernière date de réalisation du test immunologique pour le dépistage du cancer colorectal, ou celle de la mammographie chez les femmes, ou encore celle du Frottis Cervico-Vaginal pour les femmes.

Le cadre physique de la consultation est un critère important pour favoriser une entrevue adaptée.

L'accessibilité géographique est un critère majeur, que ce soit pour les adolescents mais aussi pour les parents qui sont le plus souvent ceux qui les amènent au cabinet.

Il est souhaitable d'avoir un lieu simple d'accès avec potentiellement une place "dépose minute" pour que les parents laissent leur enfant consulter seul.

La signalétique dans le cabinet doit être claire, avec par exemple, un fléchage adapté et coloré permettant à l'adolescent de trouver facilement la salle d'attente qui le concerne.

On peut prendre l'exemple de la signalétique qui a été développée suite à la pandémie COVID-19 : en effet dans certains cabinets médicaux, on pouvait retrouver les salles d'attentes dédiées aux patients avec des symptômes de COVID-19 grâce un fléchage au sol permettant aux patients de se croiser le moins possible.

En salle d'attente, il peut également être envisagé de positionner un présentoir avec des revues concernant différents sujets intéressant l'adolescent (sport, mode etc.), mais également des brochures abordant des thèmes de santé le concernant.

De plus, dans les études synthétisées de notre revue systématique de la littérature, est mentionné que l'adolescent est demandeur d'une adaptation aux nouvelles technologies. De ce fait, il serait intéressant de considérer la mise en place d'affiches de prévention avec des QR codes leur permettant d'accéder à des sites interactifs durant leur attente. Cela existe déjà avec l'outil Quiz-santé.fr (60) qui est un outil interactif utilisé pour tester les connaissances des patients sur différentes pathologies. Pour accéder à cet outil, il suffit de placer un QR code en salle d'attente, que les patients prennent en photo avec leur smartphone. Le même type d'outil peut être développé pour l'adolescent.

Comme vu dans notre synthèse analytique, la télémédecine est une possibilité à envisager pour la consultation de l'adolescent, mais non suffisante en soi. Il semblerait que les adolescents soient demandeurs d'une consultation dématérialisée tout en maintenant un face-à-face. On peut donc proposer éventuellement un espace de partage dématérialisé, sur lequel les adolescents pourraient éventuellement poser des questions et se répondre entre eux, tout en envisageant l'intervention éventuelle d'un médecin si nécessaire. Les espaces de partage entre patients existent déjà pour beaucoup de pathologies. On en retrouve particulièrement dans le cadre des patientes ayant un cancer du sein (61), où il existe des témoignages ainsi que des coordonnées de personnes ressources et des conseils adaptés. Il serait intéressant d'adapter ce type d'espace à l'adolescent en y ajoutant éventuellement l'intervention d'un médecin si besoin. Il serait alors possible d'envisager secondairement une rencontre physique permettant de clarifier certaines interrogations et de réaliser un examen clinique.

La consultation de l'adolescent est une consultation qui doit être conçue avec l'adolescent et pour l'adolescent. La relation de confiance tissée par le médecin avec l'adolescent est la clé pour l'acceptation et le bon déroulement de la consultation de prévention. Il semble donc plus logique que la consultation de prévention de l'adolescent soit réalisée par le médecin qui assure le suivi depuis l'enfance. Néanmoins, cela n'empêche pas les éventuels étudiants en médecine ou remplaçants de ce médecin, d'aborder les sujets de prévention en consultation habituelle. Ceci permet à l'adolescent de pouvoir discuter d'éventuels sujets qu'il n'aborderait pas avec son médecin habituel du fait d'une potentielle gêne.

Au vu des différentes études synthétisées dans notre thèse, il semblerait préférable de mettre en place deux consultations pour des âges distincts. Les âges sont définis de manière assez arbitraires et seront probablement à discuter. Cependant, ceux qui reviennent dans notre thèse sont:

- Une première consultation de prévention entre 11 et 14 ans
- Une deuxième consultation de prévention entre 15 et 19 ans.

En effet, les centres d'intérêt, les sujets abordés et l'approche semblent différentes selon ces âges.

Les parents ont leur place dans cette consultation, la difficulté est de savoir les inclure sans que l'adolescent ne perde sa place. Son rôle de logisticien lui donne une importance non négligeable quant à la prise de rendez-vous, en particulier sur les créneaux potentiels pour pouvoir amener l'adolescent en consultation. Il semble donc essentiel d'être en capacité de demander au parent son avis sur la prise de rendez-vous pour la consultation de prévention.

Le parent n'a pas qu'un rôle de logisticien auprès de son enfant. En effet, il a un rôle central dans la prévention et l'éducation à la santé de son enfant.. Il faut donc promouvoir la discussion entre eux pour favoriser la prévention. Pour cela il semblerait intéressant, à la fois d'en discuter avec les parents (sur une consultation les concernant ou concernant une pathologie aiguë de leur enfant) mais aussi avec les adolescents (durant la consultation de prévention de l'adolescent).

Les médecins sont en demande de formations leur permettant de se sentir à l'aise avec la santé de l'adolescent.

Le développement professionnel continu fait partie des obligations du médecin. Chaque médecin recevant l'adolescent en consultation devrait recevoir régulièrement des formations sur la prise en charge de l'adolescent, et en particulier sur les sujets de prévention qui sont des sujets qui évoluent avec le temps.

Il serait aussi intéressant de mettre en place des réunions pluri-professionnelles, à l'image de tables rondes permettant de rassembler différents acteurs évoluant dans la santé des adolescents. Cela favoriserait l'échange pluri-professionnel et pourrait également aboutir à la création de programmes à destination des adolescents. Depuis la loi de 2016, de nombreuses Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) voient le jour. Les CPTS regroupent des professionnels d'un même

territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. On peut donner l'exemple d'une CPTS en île de France (62) dont un projet de santé commun est d'améliorer la prise en charge des adolescents en médecine de ville, par la formation et la coordination des professionnels de santé.

Aucun des textes de notre revue systématique de la littérature n'a retrouvé d'informations sur l'avis des étudiants en médecine (externes et internes) concernant leur formation sur la santé de l'adolescent, et les éventuelles ouvertures qui en découlent.

Le secret médical appliqué aux mineurs est mal connu des adolescents, qui, de fait, craignent un manque de confidentialité au cours de leur consultation médicale. En parallèle, le secret médical et la confidentialité qu'il confère est une source de tiraillement et d'inquiétudes pour les parents. Pour ces raisons, parents et adolescents sont en demande d'une délivrance d'explications claires à ce sujet. Il peut donc être envisagé que ce rôle soit alloué aux médecins de soins primaires qui pourrait dédier un temps de consultation à cela. Ce temps de consultation n'a pas vocation à être alloué à chaque consultation avec l'adolescent ; mais peut-être peut-il être envisagé de le répéter pour s'assurer de la bonne compréhension de tous les partis. De plus, il semble préférable que ces explications soient données en présence à la fois du parent et de l'adolescent, pour à la fois autonomiser l'adolescent et ne pas exclure le parent.

En parallèle, il pourrait être intéressant de proposer des brochures en accès libre ou d'afficher des posters explicatifs en salle d'attente pour sensibiliser le grand public à ce sujet. Ces brochures pourraient s'inspirer de celles réalisées à l'attention du personnel soignant par le CHU Ambroise Paré de Paris ou par le CHU de Namur en Belgique (63,64). De plus, les adolescents étant amateurs du support numérique, il est possible de leur donner des sources internet fiables où se renseigner sur le secret médical. Par exemple, le site internet FilSantéJeunes.com a publié un article explicatif sur le secret médical, dans un vocabulaire simple, adapté à l'adolescent (65). Dans la continuité de ces idées, il pourrait être envisagé de créer une campagne d'information sur le secret médical, à l'attention de tous ou ciblés pour le public adolescent, à diffuser à la télévision ou sur les réseaux sociaux.

Les adolescents ne veulent pas toujours être vus seuls en consultation, bien que cette envie soit de plus en plus importante à mesure qu'il grandit. De même, cette perspective rend son parent ambivalent : il souhaite lui laisser plus d'autonomie mais ne sait pas dire s'il s'agit du bon moment, ou n'a pas entièrement confiance en ses capacités de mener la consultation seul.

Cette problématique est source de nombreux questionnements. Pour essayer de faciliter ce choix, il peut être envisagé qu'en l'absence d'initiative de la part du parent ou de l'adolescent, le médecin de soins primaires puisse être à l'origine de la demande.

L'âge auquel commencer à proposer la consultation seul pose également question. Il peut être envisagé de se fixer un âge à partir duquel faire systématiquement la proposition. Par exemple, le guide d'intervention pour favoriser la démarche éducative envers les adolescents à l'attention de professionnels de santé Entre Nous suggère de faire une consultation seul à 16 ans, à l'occasion de l'activation de la carte vitale et du choix du médecin traitant (4). L'autre alternative serait de se fier à l'âge maturatif de l'adolescent, pour lui proposer une consultation seul, comme suggéré dans un des textes sélectionnés (48). Cette idée est également retrouvée dans l'article *Challenges of providing confidential care to adolescents in urban primary care: clinician perspectives* : les médecins interrogés rapportent se fier à l'image que dégage l'adolescent pour proposer une consultation seul (66). Or, cela renvoie à l'intuitivité du médecin de soins primaires, qui va bien souvent se fier à ce que renvoie l'adolescent ou à ce que ses parents font refléter, ce qui peut fausser leur jugement.

Enfin, plusieurs sources dans notre étude semblent indiquer que cette consultation seul doit s'anticiper : elle doit être proposée bien en amont de la dite consultation, de sorte à ce que parents et enfants se sentent à l'aise au moment venu. C'est également ce que suggère le guide Entre Nous : au cours de sa croissance, il est nécessaire de manifester à l'enfant et à l'adolescent qu'il arrive un temps où il doit

être reçu seul en consultation, car cela favorise son autonomie (4). Cela est également retrouvé dans l'étude qualitative *Challenges of Providing Confidential Care to Adolescents in Urban Primary Care: Clinician Perspectives* : les médecins interrogés parlent de la consultation seul à l'adolescence dès l'âge de 8-9 ans, dans la phase de pré-adolescence, de sorte que quand le moment est venu d'en faire la proposition, ni le parent, ni l'adolescent n'est surpris de cette demande ;et celle-ci serait souvent mieux acceptée (et la consultation seul serait, de fait, mieux vécue) (66).

De ce fait, il pourrait être intéressant que les médecins de soins primaires proposent régulièrement de voir les adolescents seuls, quand bien même ils essuieraient un refus.

Les résultats de notre revue systématique de la littérature retrouvent des avantages à l'introduction d'un questionnaire de pré-consultation, notamment pour le dépistage de maladies somatiques ou psychiatriques et dans l'évaluation des comportements à risques. Cependant, il n'en existe aucun standardisé et évalué en soins primaires. Comme vu précédemment, le questionnaire de pré-consultation mis en place dans le service de médecine pour l'adolescent de l'hôpital Bicêtre a été conçu pour un usage hospitalier (4). Il existe quelques questionnaires de pré-consultation utilisables en médecine de soins primaires tels que le "Météo perso" ou le "100 mots pour le dire" mais ceux-ci ont été élaborés par le site de Lyon dans le cadre de l'expérimentation "approche populationnelle" (4, 36). Cependant, ils ne sont qu'expérimentaux et ne balayent que quelques thèmes propres à l'adolescence. De ce fait, il pourrait être intéressant d'initier un travail afin d'élaborer un questionnaire de pré-consultation exhaustif pour les adolescents à destination des professionnels de soins primaires.

D'ailleurs, il semble possible de créer un questionnaire de pré-consultation sans que l'utilisation de celui-ci ne nécessite de formation préalable des professionnels de santé. En effet, c'est le cas de celui évalué avec succès dans l'article *Detecting and addressing adolescent issues and concerns Evaluating the efficacy of a primary care previsit questionnaire* (37).

De plus, les articles sélectionnés dans cette revue systématique de la littérature évoquant l'utilisation d'un questionnaire de pré-consultation se sont focalisés à en démontrer l'intérêt lors d'une unique utilisation. Aucun de ces textes n'évalue l'intérêt de l'utiliser de façon répétée chez un même adolescent, par exemple à âge différent. De même, un seul de ces articles utilise ce type d'outil en amont d'une consultation sans tenir compte du motif initial de la prise de rendez-vous (43). Or, dans la mesure où la prévention et l'éducation à la santé se pensent sur le long terme et que l'adolescent visite peu les centres de soins primaires, ne serait-il pas intéressant de lui proposer ce questionnaire avant chaque consultation, afin que ces thèmes puissent être abordés à chaque consultation s'il le souhaite? Aucun des articles sélectionnés ne permet de répondre à cette question.

Enfin, dans la mesure où cet outil serait introduit en routine, il pourrait être intéressant de créer en parallèle un système qui permette de visualiser simplement l'évolution des réponses au cours du temps. Une version informatisée du questionnaire de pré-consultation semble, de ce fait, plus pertinente.

Les professionnels de santé sont demandeurs d'outils permettant de favoriser le dialogue avec les adolescents. Cependant, peu en utilisent et beaucoup ne savent pas ce qui existe. Le guide *Entre Nous* propose des questionnaires d'amorces comme soutien d'appui à la relation (4). Par exemple, il rappelle les modalités d'utilisation du questionnaire HEADSSS, qui a notamment l'avantage de commencer par interroger l'adolescent sur des sujets neutres, permettant de gagner sa confiance, pour ensuite aborder les sujets plus sensibles. De même, le site internet medecin-ado.org, mis oeuvre par Pr Philippe Binder et dont le contenu émane d'un conseil scientifique composé d'un consensus d'experts formés de pédopsychiatres, de pédiatres, de médecins scolaires et d'épidémiologistes, met à disposition des professionnels de santé une boîte à outils contenant des méthodes d'approches ou des aides au dialogue avec les adolescents (67). Il est possible de choisir l'outil le plus adapté en fonction de l'objectif que l'on veut atteindre, du vecteur que l'on veut utiliser (parole simple, schéma, action) et de la durée que l'on veut y allouer. Ce site didactique permet de guider et d'aider le professionnel

de santé dans sa relation avec les adolescents. Ces outils permettent également de mettre l'adolescent au centre de sa prise en charge et d'adopter une démarche éducative avec lui. Or, cette revue systématique de la littérature a montré que cette approche est un facteur d'augmentation de la satisfaction de prise en charge pour les adolescents et les professionnels de santé.

La façon de s'adresser à l'adolescent est également primordiale. Cette revue systématique de la littérature a soulevé l'importance de s'adresser directement à lui et le choix du pronom d'adresse. Plusieurs pistes ont d'ailleurs été évoquées comme se fixer un âge fixe à partir duquel vouvoyer systématiquement l'adolescent, lui poser directement la question sur sa préférence ou encore lui en faire la proposition en lui laissant le temps de la réflexion. Le guide *Entre Nous* apportent également d'autres pistes en ce sens (4). Si l'adolescent n'est pas connu, il est recommandé de le vouvoyer, puis lui proposer de le tutoyer dans un second temps si besoin. Si l'adolescent est connu, a fortiori si le médecin est le médecin traitant, la situation est plus complexe. Cette notion est également retrouvée dans cette revue systématique de la littérature : le passage du "tu" au "vous" peut marquer le passage à l'âge adulte mais peut également être perçu par l'adolescent comme une rupture du lien. Le guide *Entre Nous* propose alors de poser la question à l'adolescent sur sa volonté d'être vouvoyé lors d'événements clés pour lui (18^e anniversaire, obtention d'un emploi ou d'un diplôme, formation d'un couple, autres événements marquants pour lui) (4).

La réalisation de l'examen clinique de l'adolescent est soumise à controverse chez les différents professionnels de santé. Il est également source d'embarras voire d'anxiété pour l'adolescent. De ce fait, plusieurs pistes peuvent être envisagées pour essayer de faciliter ce moment. Tout d'abord, certains articles sous-entendent que les adolescents se sentent plus en confiance quand ils sont face à un médecin du même genre qu'eux (42, 45, 50). Il pourrait donc être envisagé de proposer une congruence de genre entre médecins et adolescents, si cela est possible.

De plus, il est essentiel de respecter la pudeur des adolescents. De ce fait, leur proposer un cadre adapté semble plus propice, comme un espace plus privatif dans le cabinet (une table d'examen cachée par un rideau ou un paravent, ou encore une table d'examen qui ne serait pas visible directement depuis la porte). De même, il peut leur être laissé le choix que l'examen clinique soit réalisé en présence ou non du parent.

Ensuite, commenter l'examen clinique en lui expliquant les différentes étapes et en le rassurant sur son bon développement pourrait permettre de diminuer son inquiétude. C'est d'ailleurs ce que propose le guide *Entre Nous* : l'examen clinique commenté permet d'utiliser un moment au cours duquel l'adolescent est en position de vulnérabilité pour aborder la représentation du corps et renforcer l'estime de soi (4).

Enfin, l'examen génital est la partie de l'examen clinique qui cristallise les controverses. La possibilité d'évaluer le Tanner grâce à des images a déjà été abordée. En parallèle, les professionnels de santé sont demandeurs de recommandations claires sur le sujet, évaluant notamment l'intérêt d'un examen génital complet. En effet, la recommandation des pratiques de la Haute Autorité de Santé portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans à l'attention des médecins généralistes, des pédiatres et des médecins scolaires, recommandent de rechercher des anomalies du développement pubertaire via la cotation de Tanner (3). Or il n'est pas précisé si l'évaluation de cette cotation relève nécessairement d'un examen corporel complet. De même, la palpation scrotale pour apprécier le volume testiculaire du garçon est recommandée, alors qu'un examen des organes génitaux externes de la fille n'est pas mentionné. L'établissement de recommandations claires semble donc indiqué.

Le règlement de la consultation est un frein à la consultation seul de l'adolescent. Dans cette revue systématique de la littérature, a été mis en exergue l'intérêt de promouvoir l'accès à la carte vitale dès 16 ans. Cela peut être fait oralement par le médecin de soins primaires. Mais il peut également être envisagé de mettre à disposition des adolescents des supports informationnels autres.

Par exemple, le site de l'Assurance maladie ameli.fr propose une brochure explicative sur ce qu'est la carte vitale, à quoi elle sert et comment l'obtenir (68). De même, le site internet filsantejeunes.com, dans son article "Je suis jeune ... et j'(m')assure", récapitule les fonctions d'un organisme de Sécurité Sociale, rappelle la définition d'un ayant droit et explique l'intérêt de la carte vitale (69). Enfin, le site internet secu-jeunes.fr a été conçu par l'Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale, à l'attention des 16-25 ans pour leur permettre de comprendre les fonctions de Sécurité Sociale et de les accompagner dans leurs démarches (70). Il est également à noter que les caisses d'assurance maladie contactent directement les foyers abritant un mineur de 16 ans afin d'adresser le formulaire "Ma Nouvelle Carte Vitale" (68).

De plus, dans les articles sélectionnés, sont évoqués des pistes telles que la proposition d'une consultation gratuite et anonyme pour tous les adolescents, ou encore de considérer l'adolescence comme une Affection Longue Durée, qui permettrait une prise en charge à 100% des actes. Ces options impliquent cependant des modifications importantes du système de santé actuel, et ne font peut être pas consensus auprès de tous les partenaires sociaux impliqués dans la prise en charge des soins par les caisses d'assurances maladie. Néanmoins, aucun des articles n'évoque les options de prises en charge actuelles des consultations de l'adolescent, essentiellement parce que les articles sélectionnés sont antérieurs à la mise en place de ces mesures. Par exemple, en médecine générale, la cotation CCP permet de prendre en charge à 100% à hauteur de 46.00€ une consultation initiale d'instauration d'une contraception et de prévention (Maladies sexuellement transmissibles...), chez les jeunes femmes et jeunes hommes de 15 à 25 ans inclus (71). De même, la cotation COB en médecine générale permet une prise en charge à 100 % à hauteur de 25€ de trois consultations entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans (21). Sur ces mêmes tranches d'âges, il existe la cotation pédiatre COD prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie à hauteur de 30€, ou encore la cotation pédiatre traitant COG, également prise en charge à 100% à hauteur de 28€ (21). Il pourrait également être envisagé d'élargir ces cotations à la tranche d'âge 17-18ans.

Les médecins de soins primaires s'accordent à dire que la consultation de prévention, a fortiori avec l'adolescent prend du temps. Pour cela, il est proposé d'allonger le temps de consultation à 30 minutes. Ces notions sont retrouvées dans la littérature. En effet, les médecins généralistes interrogés dans la thèse de M. Tsai avancent que la consultation de l'adolescent est une consultation chronophage et que le manque de temps est une des principales raisons pour laquelle il rechignent à voir l'adolescent seul ou diffèrent la prise en charge (72). C'est également ce qui est retrouvé dans l'article *Challenges of Providing Confidential Care to Adolescents in Urban Primary Care: Clinician Perspectives* : la contrainte de temps est une des principales raisons au fait que l'adolescent ne soit pas vu seul (66). Une des solutions pourrait donc être de rallonger le temps de consultation. C'est en tout cas l'idée qui est retrouvée dans cette revue systématique de la littérature et ce que suggèrent les médecins interrogés dans la thèse de Mme Mulard (24).

Voici différentes propositions concernant l'organisation que pourrait prendre une consultation en santé de l'adolescent. Il est intéressant de comparer ces propositions avec les recommandations sur le sujet déjà existantes au niveau national et international.

Tout d'abord, concernant la promotion de la prévention il existe le Guide pratique de la protection de l'Enfance sur la prévention en faveur de l'Enfant et de l'Adolescent, édité par le ministère de la santé (73) ainsi que le site Santé Publique France concernant les jeunes et la prévention (74).

Ces deux outils apportent quelques pistes intéressantes concernant la promotion de la prévention : ils reprennent le concept de promotion par des campagnes publicitaires, mais également par des actions spécifiques dans certains milieux (scolaire, loisirs...).

Il est également retrouvé la nécessité d'aborder la prévention à chaque consultation, qu'elle soit d'ordre somatique ou psychologique.

Le Guide pratique Entre Nous édité par l'INPES (4) aborde la promotion de la prévention, ainsi que la promotion de la consultation en salle d'attente avec la mise en place de brochures et des propositions d'affiches.

En revanche, aucune proposition concrète n'est proposée concernant des campagnes publicitaires spécifiques, ou sur les moyens de mise en place de cette promotion. De plus, aucune proposition concernant les nouvelles technologies (télémédecine ou réseaux sociaux) n'est retrouvée.

Au niveau international, il existe les conclusions du National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development, basées sur les recommandations internationale de l'OMS. Elles reprennent en grande partie les mêmes lignes directrices que nos recommandations nationales, en y évoquant l'ajout éventuel des technologies et la nécessité de la coordination entre les soins primaires pour améliorer la promotion de la prévention. Les propositions concrètes sont de nouveau manquantes (75).

Le cadre physique est principalement abordé dans le Guide Entre Nous (4), avec la nécessité d'un lieu adapté à l'adolescent, des horaires aménagés avec une communication appropriée à ce sujet. Est également abordé le positionnement au sein même du cabinet, avec le questionnement de la place du bureau entre le médecin et l'adolescent. Ces éléments n'ont pas été retrouvés dans notre revue de la littérature et sont intéressants à prendre en compte.

En revanche, les nouvelles technologies ne sont pas non plus abordées comme une option possible. Il n'est pas retrouvé, non plus, de propositions concernant l'orientation physique des adolescents avec un éventuel fléchage/affichage adapté.

Plusieurs sources s'accordent sur l'importance de la construction de la relation avec le médecin de premier recours, que ce soit le Guide Entre Nous (4), la recommandation de la HAS portant sur le dépistage individuel entre 7 et 18 ans (3) ou encore le site The Adolescent Interview, édité par la SAHM (Society for Adolescent Health and Medicine) (76). Ils s'accordent également sur l'importance de la construction de la consultation de prévention avec l'adolescent.

Concernant la formation des médecins, le guide Entre Nous (4) ainsi que les conclusions du National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development (75) reprennent la nécessité de collaboration entre les différents acteurs de santé de l'adolescent. Le Guide Entre Nous donne quelques pistes concernant la formation des médecins à la santé de l'adolescent, sans véritable formation appropriée (4).

Le secret médical pour les mineurs ainsi que de la place des parents dans la consultation de l'adolescent sont abordés dans le Guide Entre Nous (4), dans la recommandation de la HAS portant sur le dépistage individuel entre 7 et 18 ans (3), dans le site The Adolescent Interview (76) et dans la recommandation de la SAM (Society for Adolescent Medicine) concernant la confidentialité (77). Tous s'accordent sur l'importance de définir ce qu'est le secret médical, et d'en discuter avec l'adolescent et les parents. En revanche, aucune piste n'est retrouvée sur la façon de promouvoir le secret médical, en dehors de la consultation.

En revanche, les avis divergent quant à la place des parents dans la consultation, de même que sur le fait de prévoir une consultation en deux temps ou une consultation dédiée à l'adolescent seul.

Le questionnaire de pré-consultation est un outil retrouvé uniquement dans le Guide Entre Nous (4) avec une proposition de questionnaire. En revanche, aucune autre recommandation n'aborde l'intérêt éventuel de sa mise en place dans le cadre de la consultation de l'adolescent. Au niveau international, le site The Adolescent Interview (76) propose un questionnaire avec l'outil HEADSSS,

mais qui, comme évoqué plus haut, semble plutôt être un outil utilisé durant la consultation comme amorce de discussion.

Le Guide Entre Nous (4), la recommandation de la HAS portant sur le dépistage individuel entre 7 et 18 ans (3) et les conclusions du National Research Council and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development (75) abordent l'importance de la communication avec l'adolescent et de la façon de s'adresser avec l'adolescent. La spécificité française du tutoiement et du vouvoiement est évoquée : la nécessité d'en discuter avec l'adolescent est retrouvée sans qu'aucun véritable consensus n'émerge.

Il n'existe aucune recommandation spécifique concernant l'examen clinique complet à réaliser chez l'adolescent, que ce soit au niveau national ou international. Les seules pistes trouvées sont dans le guide Entre Nous (4) et la recommandation de la HAS portant sur le dépistage individuel entre 7 et 18 ans (3), comme évoqué plus haut.

De même aucune recommandation n'existe sur la durée de la consultation, ou encore le paiement de cette consultation. Il est évoqué dans le Guide Entre Nous (4) la nécessité de répéter les consultations pour s'accorder du temps, sans pour autant donner de délai ou de nombre de consultations.

Au total, cette revue systématique de la littérature a permis d'évoquer différentes pistes quant à l'organisation d'une consultation de prévention de l'adolescent en soins primaires, sans qu'aucun consensus ne ressorte. On voit d'ailleurs que dans les différentes recommandations nationales ou internationales, des conseils disséminés sont évoqués, sans que la totalité de l'organisation de la consultation ne soit abordée dans un document clair à destination des médecins de premier recours. La recommandation la plus claire, en l'état actuel des choses, est le Guide Entre Nous (4), à destination des médecins de premiers recours, tout en ayant des lacunes mises en exergues plus haut.

Les résultats de cette thèse vont servir de socle au travail complémentaire de Morgan Rovira. Celui-ci vise à obtenir un consensus sur différentes propositions afin d'en extraire des recommandations pratiques. Cette approbation est réalisée par un groupe d'experts composé de médecins généralistes, pédiatres libéraux et médecins scolaires et est mise en place via la méthode Delphi. Sa thèse s'intitule: *Validation par un consensus d'experts avec la méthode Delphi, des conditions que doit respecter une consultation de prévention dédiée à l'adolescent en médecine générale.*

En parallèle se déroule un second travail réalisé par Julie Godfrain, consistant à évaluer le contenu de la consultation de prévention dédiée à l'adolescent, via un groupe Delphi. A terme, la synthèse de ces deux travaux devrait permettre d'obtenir un canevas pour la consultation de prévention dédiée à l'adolescent.

V- CONCLUSION

Notre revue de la littérature concernant la forme que doit prendre une consultation en santé de l'adolescent en soins primaires nous a permis de mettre en évidence différents principes fondamentaux.

Il semble intéressant de se concentrer sur l'organisation de la consultation, en tant que tel, avec son déroulé, mais aussi sur tout ce qui précède la mise en place de cette consultation ainsi que tout ce qui permet sa promotion.

Cette thèse ouvre des perspectives quant à l'organisation de la consultation de l'adolescent qui doivent être validées auprès d'experts pour permettre une application en vie réelle.

Il serait intéressant, par la suite, de conduire un nouveau travail permettant la synthèse des résultats concernant la forme et le fond de cette consultation.

Ce travail de synthèse pourrait permettre d'élaborer un guide de consultation qui pourrait être validé auprès des médecins de soins primaires, des adolescents mais aussi des parents pour en connaître l'applicabilité en vie réelle.

Cette thèse s'intègre donc dans un travail plus global pouvant permettre d'aboutir à un outil utilisable par les médecins de soins primaires.

VI- LIENS ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les autrices de cette thèse ne déclarent aucun lien ou conflit d'intérêt.

Annexe 1 : équations de recherche

Moteur de recherche	Equations de recherche	Date de dernière consultation
Pubmed	(Adolescen*[Title/Abstract] OR teen*[Title/Abstract] OR Youth* [Title/Abstract] OR "young adult"[Title/Abstract]) AND ((Primary[Title/Abstract] OR family[Title/Abstract] OR ambulatory[Title/Abstract] OR general[Title/Abstract]) AND (care[Title/Abstract] OR healthcare[Title/Abstract] OR "health care"[Title/Abstract])) AND (medical[Title/Abstract] AND (visit*[Title/Abstract] OR appointment[Title/Abstract] OR interview*[Title/Abstract] OR consultation [Title/Abstract])) AND (organiz* [Title/Abstract] OR organis* [Title/Abstract] OR implement*[Title/Abstract])	21 Juin 2022
Pubmed MeSH	(adolescent[MeSH Terms]) AND ((primary health care[MeSH Terms]) OR (ambulatory care[MeSH Terms]) OR (general practice[MeSH Terms])) AND ((administration and organization[MeSH Terms]) OR (patient care management[MeSH Terms])) AND ((patient appointment[MeSH Terms]) OR (office visit[MeSH Terms]))	21 Juin 2022
Scopus	TITLE-ABS ((teen* OR adolescen* OR youth OR "young adult") AND ((general OR primary OR ambulatory OR family) AND (care OR healthcare OR "health care")) AND (medical AND (appointment OR visit* OR consultation OR interview*)) AND (implement* OR organis*))	21 Juin 2022
Cochrane	Rechercher dans Title / abstract/ keyword (adolescen* OR teen* OR youth*) AND ((primary OR family OR general OR ambulatory) AND care) AND (medical AND (consultation OR interview* OR visit* OR appointment)) AND (organis* OR organiz* OR implement*)	21 Juin 2022
Cochrane MeSH	(MeSH descriptor: "Adolescent") AND ((MeSH Descriptor: "Primary Healthcare") OR (MeSH descriptor: "General Practice") OR (MeSH descriptor: "Ambulatory care")) AND ((MeSH descriptor: "Office visits") OR (MeSH descriptor: "Appointments and schedules")) AND ((MeSH descriptor: "Organization and Administration") OR (MeSH descriptor: "Patient care management"))	21 Juin 2022
EBSCOhost Résumé (APA psych info, APA psychArticles, Psychology and behavioral sciences collection, SocINDEX)	(adolescen* or teen* or youth*) AND ((primary or general or ambulatory) AND (care or healthcare or "health care")) AND (medical AND (visit* or consultation or appointment or interview*))	21 Juin 2022
Google Scholar	allintitle : (adolescent OR teen) AND ("primary care" OR "primary healthcare" OR "primary health care") AND (organisation OR organization OR implementation)	21 Juin 2022
Cairn	Adolescen* ET ("soin primaire" OU "médecine générale" OU "médecin traitant" OU "médecine ambulatoire") ET ((consultation OU visite) ET médicale) ET (organis* OU déroul* OU "mise en place" OU configurer* OU fonction*)	21 Juin 2022
Sudoc	adolescen* ET ("médecine générale" OU "soin primaire" OU "médecin traitant") ET (consultation OU visite)	21 Juin 2022

Annexe 2 : pays membre de l'OCDE

	ALLEMAGNE		GRÈCE		NOUVELLE-ZÉLANDE
	AUSTRALIE		HONGRIE		PAYS-BAS
	AUTRICHE		IRLANDE		POLOGNE
	BELGIQUE		ISLANDE		PORTUGAL
	CANADA		ISRAËL		ROYAUME-UNI
	CHILI		ITALIE		RÉPUBLIQUE SLOVAQUE
	CORÉE		JAPON		RÉPUBLIQUE TCHÈQUE
	DANEMARK		LETONIE		SLOVÉNIE
	ESPAGNE		LITUANIE		SUISSE
	ESTONIE		LUXEMBOURG		SUÈDE
	FINLANDE		MEXIQUE		TURQUIE
	FRANCE		NORVÈGE		ÉTATS-UNIS

Source : OCDE. [Cité 11 Janvier 2022]. Notre rayonnement mondial. [Internet]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/apropos/membres-et-partenaires>

Annexe 3: Triage des articles

Tableau triage des articles sur Titre et résumé				Tableau triage des articles sur texte entier			
			Abréviations: -cs=consultation - ado=adolescent spé=spécifique				
Titre article	Auteurs	OUI/NO N	Notes	Titre article	Auteurs	OUI/NO ON	Notes
<p>Severe Asthma in a General Population Study: Prevalence and Clinical Characteristics</p>	Rönnebjerg et al	Non	Pas l'adolescent ni forme cs	"Headache Tools to Stay in School": Assessment, Development, and Implementation of an Educational Guide for School Nurses	Lazdowsky et al	Non	Centre hospitalier
'Should it fit? Yes. Does it fit? No': Exploring the organisational processes of introducing a recovery-oriented approach to mental health in Australian private health care	Dawson et al	Non	pas médecine primaire, ni forme cs	133. Efficacy of a Primary Care-Based Intervention to Promote Parent-Teen Communication and Well-Being: A Randomized Controlled Trial	Miller et al	Oui	Intervention pour favoriser la communication parent adolescent
["We need a new philosophy in the care of elderly people!" Findings about the implementation of the "Charter of Rights for People Needing Care and Nursing" in senior and nursing homes]	Dibelius and Petzold	Non	personnes âgées	A community-based intervention designed to increase preventive health care seeking among adolescents: the Gonorrhea Community Action Project	Vandevanter et al	Oui	Intervention pour favoriser la prévention
"Headache Tools to Stay in School": Assessment, Development, and Implementation of an Educational Guide for School Nurses	Lazdowsky et al	Oui	basé sur le fait qu'avoir des reco comme point d'appui est intéressant pour les infirmières scolaires, donc forme de la cs	A Comparison of Screening Practices for Adolescents in Primary Care After Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment	Monico et al	Non	Pathologie spécifique
"They're kept in a bubble": Healthcare professionals' views on transitioning young adults with congenital heart disease from paediatric to adult care	Mc Loughlin et al	Non	Pas médecine primaire	Additional health care visits needed among adolescents for human papillomavirus vaccine delivery within medical homes: a national study	Rand et al	Non	Trop spécifique
« C'est pas de la psy » : extension et limites de l'intervention de crise en psychiatrie	Fousson et al	Non	pas médecine primaire, ni forme cs	Additional visit burden for universal influenza vaccination of US school-aged children and adolescents	Rand et al	Non	Trop spécifique

Suite consultable sur: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1D8p-cQvOOtNMA-m6dZkhtlDNONKJrSasWi6xhZb3Kkk/edit?usp=sharing>

Annexe 4: Tableau d'extraction des résultats

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>A community-based intervention designed to increase preventive health care seeking among adolescents: The Gonorrhea community Action Project (34)</p> <p>VandeVanter et al, 2005</p> <p>American journal of Public Health</p>	<p>Population: Adolescents et jeunes adultes 12-21 ans n= 313 (205 femmes, 108 hommes)</p> <p>Pays: États-unis</p> <p>Structure: Community-based organisations= organisations communautaires</p> <p>Année d'étude: 2000-2001</p> <p>Critères inclusion: âge (12-21 ans); localisation (Harlem, New-York et Prince George's County (PCG), Maryland)</p> <p>Critères d'exclusion: ?</p> <p>Objectif principal: Évaluer l'efficacité d'une intervention visant à accroître la recherche de prévention en santé chez l'adolescent</p>	<p>Schéma: Étude quantitative interventionnelle: Essai clinique randomisé Recrutement via des flyers - un bras intervention "Check Out That Body": 3 ateliers de 1h30 chacun pour améliorer leur compétences en matière de prévention en santé (connaissances, croyances, capacités...), construits avec l'aide des adolescents et jeunes adultes. Intégration dans les programmes préexistants des organisations communautaires. Groupes de 3 à 14 participants séparés sur le genre, le genre de l'éducateur en santé était en corrélation avec celui du groupe. - un bras contrôle. Tous les participants du groupe contrôle se voyaient proposer d'intégrer le groupe intervention après avoir complété le suivi de 3 mois. Chaque éducateur en santé a eu une formation standardisée.</p> <p>Mode de recueil: 3 sessions de questionnaires auto-administrés (un avant la randomisation et la première session, un juste après les 3 sessions et un après 3 mois).</p> <p>Critères de jugement principaux: - planifier un rendez vous pour un contrôle médical - Avoir ce contrôle médical - Parler de l'importance d'avoir un contrôle médical avec famille ou amis <i>Critère de jugement secondaire:</i> - avoir vu un docteur ou avoir planifié un rendez-vous avec un docteur dans les 3 mois suivant l'intervention</p> <p>Méthode statistique: régression logistique et Méthode des moindres carrés ordinaire</p>	<p>Analyse sur 222 participants qui ont complété toutes les enquêtes (153 femmes, 69 hommes)</p> <p>Pas de différence significative sur les caractéristiques des 2 groupes</p> <p>Femmes: - Plus à même de prendre rendez-vous pour un contrôle médical dans le groupe intervention - Plus à même de parler avec leur famille et leurs amis, de l'importance d'avoir un contrôle médical, dans le groupe intervention - Augmentation des croyances et attitudes positives concernant le fait d'avoir un contrôle médical, dans le groupe intervention - Augmentation du fait de trouver approprié de parler de santé sexuelle avec son praticien, dans le groupe intervention</p> <p>Hommes: Pas de différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle pour aucun des critères de jugement.</p> <p>AU TOTAL: Une approche d'éducation positive en santé et en prévention avec des ateliers adaptés, semble être une intervention intéressante pour les jeunes femmes/adolescentes.</p> <p>En revanche, une approche différente devrait être développée pour les hommes. Peut-être serait-il intéressant d'inclure une approche plus globale via les médias, leur permettant de mettre en évidence des disparités entre hommes et femmes.</p>	<p>Forces: - Intervention réalisable en dehors d'une étude= coût peu important - Réalisé en centres qui regroupent beaucoup d'adolescents/jeunes adultes - Essai clinique randomisé</p> <p>Limites: - Différence dans les caractéristiques de population hommes/femmes= 53% des femmes dans le groupe intervention ont eu un contrôle médical dans les 3 mois précédant l'étude, alors que ce n'était que 34% chez les hommes. Lien de causalité concernant les critères de jugement principaux dépend des croyances concernant la prévention en santé pré-existantes à l'étude - population= ado qui participent à des programmes après l'école= pas tous les adolescents - questionnaires auto-administrés - biais d'attrition concernant population d'Amérique latine - pas de critères d'exclusion - participants recevaient de l'argent</p>	<p>Score RoB2: D1: élevé D2: douteux D3: faible D4: élevé D5: élevé</p> <p>=> Global: ÉLEVÉ</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Attitudes à l'égard des soins formels et informels: comparaison d'adolescents Français et Chiliens (35)</p> <p>Pommier et al, 2002</p> <p>Santé Publique</p>	<p>Population: Adolescents scolarisés et volontaires n= 957 (414 Chili, 543 France)</p> <p>Pays:Santiago du Chili et Nord-est France</p> <p>Structure: Etablissements scolaires</p> <p>Année d'étude: ?</p> <p>Critères d'inclusion: adolescents, scolarisés, établissements scolaires représentatifs de différents niveaux socio-économiques.</p> <p>Critères d'exclusion: ?</p> <p>Objectif principal: Comparer dans les deux pays le recours réel ou potentiel des ado aux différents types de soins et les motivations et résistances de ce recours.</p> <p>Objectif secondaire: Identifier les interlocuteurs réels ou potentiels des jeunes en cas de problème de santé et déterminer leurs attentes vis-à-vis de ces interlocuteurs.</p>	<p>Schéma étude: Etude qualitative par recueil de données</p> <p>Mode de recueil: Questionnaire anonyme auto-administré à question ouverte construit par équipes françaises et chiliennes en concertation (sur la base d'une étude exploratoire)</p> <p>414 questionnaires distribués et 406 analysés au Chili, 543 questionnaires distribués et 533 analysés en France</p> <p>Durée du questionnaire: 30min</p> <p>Méthode statistique: analyse bivariée</p> <p>Hypothèse principale: Les adolescents gèrent leur santé à la fois par la voie formelle et informelle</p>	<p>Attentes: Soutien affectif, informationnel et matériel attendu de la part du médecin généraliste que ce soit pour les problèmes généraux ou les problèmes émotionnels/relationnels.</p> <p>Les adolescents Français mettent beaucoup plus en avant le soutien affectif que les adolescents Chiliens qui mettent beaucoup plus en avant le soutien matériel.</p> <p>Satisfaction de la réponse apportée s'ils sollicitent leur médecin généraliste.</p> <p>Raisons / Circonstances de consultation: La prévention ou le besoin d'information ne semble venir qu'en 4^e position en cas de motif général ou 5^e position en cas de motif relationnel / émotionnel.</p> <p>Raisons / Circonstances de consultation: Principalement si le problème est jugé sérieux ou qu'ils ont un symptôme bien spécifique, ou encore s'il y a du stress ou de l'angoisse concernant les problèmes relationnels / émotionnels.</p> <p>Motifs de non consultation: principalement dû au fait qu'ils pensent le problème passager ou alors qu'ils choisissent de se soigner seuls.</p> <p>Pour ce qui est des problèmes relationnels / émotionnels on peut rajouter le manque de confiance et le fait que le problème soit intime.</p> <p>Motifs de satisfaction des services de santé: sympathie, disponibilité du personnel, accueil, efficacité / qualité des soins.</p> <p>Motifs d'insatisfaction des services de santé: Principalement la lenteur de la prise en charge</p> <p>Circonstances / Lieux de soin: les qualités du lieux de soin idéal sont principalement une ambiance agréable avec un lieu</p>	<p>Forces:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les questionnaires n'ont pas été traduits dans chacune des langues mais construits de manière concomitante dans chaque pays, une phase pré-test a montré que les questions étaient comprises de la même manière dans les 2 pays. - Questionnaires basés sur un étude pré-exploratoire <p>Limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Population d'étude n'est pas représentative de la population adolescente chilienne ou française, car uniquement ceux scolarisés. - Difficulté d'harmonisation des résultats entre Chili et France avec nécessité de déterminer une liste bien précise d'items, reproductibles. 	<p>CASP</p> <p>1- Oui 2- Oui 3- Ne sais pas 4- Oui 5- Oui 6- Non 7- Non 8- Oui 9- Oui 10- Valeur de l'étude= Oui (enrichissement connaissances, application, implications..)</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
			<p>moderne, des distractions, un personnel compréhensif, disponible et une certaine spécificité de l'accueil des jeunes sans forcément de lieu dédié.</p> <p>L'accessibilité et le sans rendez-vous semblent des critères importants pour les jeunes chiliens mais pas pour les jeunes français.</p> <p>AU TOTAL: désir d'un lieu de soin général avec une petite spécificité pour l'adolescent, un bon accueil, une écoute importante avec des réponses adaptées.</p> <p>Le rôle d'écoute est vraiment central pour les adolescents et nécessite donc peut être une formation dédiée.</p> <p>Les particularités des adolescents concernant leurs exigences de santé se retrouvent dans les deux pays, avec des spécificités culturelles associées.</p>		

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode statistique utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées (36)</p> <p>Karrer et al, 2008</p> <p>Santé publique</p>	<p>Population: Femmes enceintes, adolescents et personnes âgées 35 professionnels qui ont inclus n= 185 dont 70 adolescents</p> <p>Pays: France, Cinq sites pilotes (Nord-Isère, Rouen, Lyon, Amiens et Nîmes)</p> <p>Années d'étude: 2001-2004</p> <p>Critères d'inclusion: Patients volontaires, libres d'interrompre l'expérimentation à tout moment. -Rouen: Tout adolescent de 15 à 20 ans - Lyon: Le premier adolescent de 12 à 18 ans se présentant l'après-midi en cabinet ou en officine - Nîmes: <i>Toute personne autonome âgée de 60 ans ou plus nécessitant un traitement médicamenteux</i> - Amiens : <i>toute personne autonome âgée de plus de 65 ans et traitée pour une affection chronique</i> - Nord Isère: <i>toute femme</i></p>	<p>Schéma d'étude: Etude quantitative interventionnelle de type recherche-action Les professionnels devaient élaborer des projets de démarche éducative adaptée en coopération médecin-pharmacien. Évaluation des <i>résultats</i> (comparaison des actions réalisées avec celles prévues: critères validants¹) et des <i>bénéfices perçus</i> par les patients et les professionnels de santé.</p> <p>Mode de recueil: Les données des résultats et d'impact sont issues: - De "carnets individuels d'évaluation", récit de la part des professionnels de chaque rencontre avec les patients - Des entretiens de groupe avec les professionnels en fin d'expérimentation - Des auto questionnaires patients et des auto-questionnaires professionnels</p> <p>Méthode statistique: Statistique descriptive, analyse thématique et codage des items à l'aide d'une échelle de 5 points</p>	<p>Résultats: Adolescents impliqués dans l'action éducative mise en place avec en particulier le choix des sujets à aborder. Les principaux objectifs pédagogiques étaient similaires entre les professionnels et les adolescents: expression libre, communication, confiance en soi et parler de santé en manière générale. Les techniques d'aide d'expression utilisées étaient principalement la formulation par questions ouvertes et l'utilisation de documents ad hoc d'aide à l'expression. Les médecins ont doublé leur durée de consultation (3-4 rencontres d'une demi-heure). Utilisation de documents pour faciliter le dialogue (questionnaires, listes..) et favoriser l'autonomie (coordonnées...)</p> <p>Le déroulé des actions prévues n'a été que partiellement suivi, avec un accent mis surtout sur la phase de connaissance / exploration des besoins et mise en confiance.</p> <p>Bénéfices perçus: D'après les professionnels, l'approche globale² améliorerait la relation avec le professionnel et l'appropriation des messages de prévention, ils rapportaient une prise en charge plus humaine avec un changement de regard sur les patients. Les adolescents déclaraient avoir "appris des choses" avec la mise en place d'une relation de confiance et d'un contact privilégié.</p>	<p>Forces: - L'approche populationnelle a permis une adaptation sur chaque population.</p> <p>Limites: - Cantonné aux entretiens individuels malgré la volonté de faire différentes "animations" - La coopération médecin-pharmacien était dépendante de la relation déjà préexistante. - Faible nombre de phase de bilan/évaluation effectuées, du fait d'objectifs initiaux importants nécessitant une phase de connaissance/exploration importante.</p>	<p>La méthodologie détaillée n'est pas décrite dans cet article mais dans un autre. PAs de grille validé d'évaluation d'une recherche action.</p>

¹ Critères validants= critères de qualité d'une action d'éducation pour la santé, définis par le comité de pilotage national: "avoir une approche globale de la personne"; "avoir une approche par population"; "définir avec le patient/client un objectif éducatif"; "favoriser l'expression de la personne"; "impliquer la personne"; "utiliser des méthodes participatives"; "personnaliser les interventions éducatives".

² Approche globale= vision positive de la santé, absence de cloisonnement entre les différents aspects de la santé, prise en compte de tous les déterminants de la santé, prise en compte de toutes les dimensions de la personne, recherche de développement de compétences transversales.

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
	<p><i>enceinte volontaire</i></p> <p>Critères d'exclusion: ?</p> <p>Objectif principal: Élaborer, mettre en œuvre et évaluer plusieurs actions d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie, selon une approche par population.</p>		<p>Les facteurs limitants retrouvés étaient du côté des adolescents les sujets délicats, l'expression trop volubile ou encore l'absence de réaction; du côté des professionnels c'était principalement le manque de temps et le manque de formation</p> <p>AU TOTAL: Cette expérimentation confirme la nécessité d'une approche globale en éducation pour la santé avec une difficulté pour la praticien de se tourner entièrement vers cette approche et se détacher de l'approche bio-médicale. De plus, nécessité pour les médecins de se baser sur des documents pour construire la relation et les entretiens.</p>		

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Detecting and addressing adolescent issues and concerns Evaluating the efficacy of a primary care previsit questionnaire (37)</p> <p>Lewin et al, 2009</p> <p>Canadian Family Physician</p>	<p>Population: Adolescents de 13 à 19 ans n=210 Pays: Canada, Montreal</p> <p>Structure: Clinique externe de soins primaires dans un hôpital universitaire de Montréal.</p> <p>Années d'étude: 2000 à 2004</p> <p>Critères d'inclusion: Adolescents de 13 à 19 ans ayant visité la clinique dans les 2 ans avant l'introduction du Questionnaire de Pré-Consultation (QPC) et dans les 2 ans après l'introduction du QPC</p> <p>Critères d'exclusion: Dossiers du groupe "après la mise en place du QPC" qui ne contenaient pas les QPC.</p> <p>Objectif principal: Déterminer l'efficacité d'un (QPC) n'exigeant pas de formation préalable pour dépister les problèmes de santé psychosociaux et biomédicaux. <i>Objectif secondaire:</i> Examiner les mesures prises pour répondre aux problèmes de santé et aux préoccupations identifiés par le QPC.</p>	<p>Schéma d'étude: Etude qualitative, par recueil de données, de type observationnelle (<i>revue des dossiers</i>) Développement du QPC dans une unité pour adolescents de la clinique externe de soins primaires. 2 groupes pré (2000-2002) et post mise en place du QPC (2002-2004)</p> <p>Mode de recueil des données: Recueil des données dans les dossiers des patients, avant et après la mise en place du QPC. Recueil du nombre et du type de problèmes détectés ainsi que les actions mises en place en fonction. Tous les dossiers contenaient des résumés standardisés.</p> <p>Critère de jugement principal: Le type (médical ou psychosocial) et le nombre de problèmes de santé détectés, ainsi que les actions mises en place par les praticiens, dans les consultations avec adolescents, 2 ans avant et 2 ans après la mise en place du QPC.</p> <p>Méthode statistique: Statistical Product and Service Solution (SPSS), Chi 2 et indépendance sample t test</p>	<p>Analyse de 105 dossiers dans chaque groupe, pas de réelle différence significative sur les caractéristiques des 2 groupes (si ce n'est sur les problèmes de santé sexuelle 10 pré-QPC vs 1 post-QPC)</p> <p><u>Pas de différence significative entre le groupe pré et post QPC concernant le nombre de diagnostics ou le nombre d'actions mises en place.</u></p> <p><i>Concernant les problèmes psycho-sociaux:</i> <u>Augmentation du nombre de symptômes psycho-sociaux sans diagnostic détectés</u> (comportement et problème à l'école +) dans le groupe post-QPC par rapport au groupe pré-QPC. En conséquence diminution de la fréquence des interventions médicales pour ces problèmes mais augmentation des interventions psychosociales. De plus, plus de notes étaient retrouvées concernant les problèmes psycho-sociaux dans le groupe post-QPC.</p> <p>AU TOTAL: Cette étude confirme l'intérêt de la mise en place d'un questionnaire de pré-consultation quant à la détection et la prise en charge des problèmes psycho-sociaux, sans nécessité absolue de formation des praticiens à ce questionnaire. Cela permet une orientation des discussion vers des sujets psycho-sociaux plutôt que biologiques, tout cela de manière assez naturelle. Le questionnaire semble clarifier le fait que les adolescents peuvent compter sur leur médecin généraliste pour parler de problèmes psycho-sociaux.</p> <p>La diminution des actions médicales concernant les problèmes psycho-sociaux peut vouloir dire qu'il y a eu des interventions médicales non nécessaires dans le groupe pré QPC, qui étaient peut être pour des problèmes enfaite d'origine psycho-sociaux.</p>	<p>Forces: - Double encodage - QPC développé auprès d'adolescents</p> <p>Limites: - Dans le groupe post QPC, seulement les entretiens initiaux ont été analysés, il y a peut être plus d'informations dans les entretiens de suivi. - Absence de groupe contrôle - Pas de différence sur le sexe dans les compositions mais peut être que le sexe a une influence sur les questionnaires, non étudié - QPC non validé</p>	<p>CASP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Oui 3. Ne sais pas 4. Oui 5. Oui 6. Non 7. Ne sais pas 8. Oui 9. Oui 10. Valeur de l'étude= Moyenne (implication rapportée, pas réel enrichissement connaissances, pas d'application)

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Efficacy of a primary care based intervention to promote Parent-Teen communication and Well-Being: a randomized controlled trial (38)</p> <p>Miller et al, 2020</p> <p>The journal of pediatrics</p>	<p>Population: Adolescents 13-15 ans n=120</p> <p>Pays: USA</p> <p>Structure: Centre communautaire de soins primaires en pédiatrie</p> <p>Année d'étude: 2018-2019</p> <p>Critères d'inclusion: Patient déjà connu. Parents et adolescents devaient parler et écrire couramment Anglais, avoir leur propre email et un accès internet. Le parent participant devait être soit un des parents soit le gardien légal de l'adolescent, et devait être celui qui assistait aux rendez-vous.</p> <p>Critères d'exclusion: Adolescent ayant un retard de développement ou une maladie qui nécessitait une prise en charge spéciale ou une hospitalisation en psychiatrie dans l'année précédente.</p>	<p>Schéma d'étude: Etude quantitative interventionnelle de type essai clinique randomisé</p> <p>Intervention= Brochure de 8 pages contenant 3 messages clés³ pour la relation parents/ados, avec en particulier des indications concernant une <i>discussion sur les forces/qualités de chacun</i>. (qualités aidant les adolescents à devenir des adultes productifs et en bonne santé).</p> <p>Envoi électronique d'un questionnaire initial, puis envoi d'un questionnaire quotidien dans les 7 jours précédant la visite.</p> <p>Groupe contrôle: remise d'infos sur l'étude et liste de ressources sur santé de l'adolescent. Groupe intervention: brochure revue en salle d'attente avec équipe, encouragements discussion forces/qualité.</p> <p>Pendant la visite les cliniciens réinsistaient sur les messages clés et distribuaient une prescription écrite résumant ces messages.</p> <p>Mode de recueil des données: Groupe intervention: appel 2 semaines après pour leur poser des questions sur la brochure et la discussion. 2 mois après la visite, les 2 groupes recevaient un questionnaire électronique de suivi, puis ils recevaient de nouveau des questionnaires quotidiens pendant 7 jours.</p>	<p>Analyse de 107 dossiers (13 perdus de vue). Il n'y avait pas de différences significatives sur les caractéristiques des 2 groupes. Les parents qui n'ont pas complété le suivi avaient des adolescents qui rapportaient un moins bon état de santé, par rapport aux parents qui ont complété le suivi.</p> <p><i>Analyse principale:</i> Les adolescents dont le taux de communication avec leurs parents était assez bas au début de l'étude, rapportaient une <u>amélioration de cette communication au suivi dans le groupe intervention</u>, par rapport au groupe contrôle.</p> <p><i>Analyse secondaire:</i> Dans le groupe intervention: - Diminution du stress au suivi - Augmentation des sentiments positifs au suivi Dans le groupe contrôle: - Augmentation du stress au suivi - Diminution des sentiments positifs au suivi</p> <p>Petite augmentation du bien-être parental dans le groupe contrôle lors du suivi.</p> <p>AU TOTAL: Ces résultats suggèrent qu'incorporer des stratégies spécifiques, auprès des parents, pour améliorer une approche positive de développement de l'adolescent, serait une façon d'influencer l'évolution de la santé mentale de ces mêmes adolescents. En effet, la santé mentale est en partie reliée au stress subi par les adolescents et aux sentiments positifs qu'ils ressentent.</p>	<p>Forces: - Essai clinique randomisé - L'intervention était basée sur une revue de la littérature concernant la communication parent/ado et le renforcement positif des ados, sur des recherches précédentes, des experts de la consultation de l'ado et l'avis de cliniciens, parents et adolescents</p> <p>Limites: - Échantillon trop limité pour prouver une amélioration de la communication lors du suivi chez tous les adolescents du groupe intervention - Biais de réponse - Le parent participant était principalement la mère avec un haut niveau d'éducation - Suivi court</p>	<p>Score RoB2: D1: douteuses D2: douteuses D3: faible D4: faible D5: faible</p> <p>=> Global: DOUTES</p>

³(1) l'adolescence est une période de changement et d'opportunités, la présence des parents est importante maintenant plus que jamais. (2) Les adolescents ont besoin de rester connectés avec leurs parents tout en développant une identité séparée. (3) Les parents doivent reconnaître et discuter avec les adolescents de leurs forces/qualités.

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
	<p>Objectif principal: Évaluer l'impact d'une intervention de soins primaires orientés sur les parents, pour promouvoir la communication parents-ados, améliorer les croyances des parents concernant les adolescents et favoriser les discussions concernant les forces/qualités des adolescents.</p> <p>Objectifs secondaires: Examiner si les adolescents du groupe intervention rapportaient une amélioration des sentiments positifs (joie, calme...) et une diminution du stress au suivi à 2 mois, par rapport au groupe contrôle.</p>	<p>Hypothèse principale: Les adolescents du groupe intervention rapporteraient une meilleure communication avec les parents, une amélioration des croyances positives des parents concernant les adolescents et une amélioration du bien-être, par rapport aux adolescents du groupe contrôle lors du suivi à 2 mois.</p> <p>Hypothèse secondaire: Les parents et adolescents du groupe intervention rapporteraient une amélioration de la santé mentale au suivi à 2 mois par rapport au groupe contrôle.</p> <p>Méthode statistique: Analyse de covariance (ANCOVA) et Johnson Neyman Technique</p>	<p>L'augmentation du bien être parental dans le groupe contrôle pourrait avoir un rapport avec le fait que l'intervention dans l'autre groupe pouvait avoir posé des questions que ne se posaient pas le groupe contrôle (sur la relation avec son ado, ses forces...). Ceci a pu créer des inquiétudes chez les parents dans le groupe intervention.</p>		

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Electronic Health risk behavior screening with integrated feedback amongst adolescents in primary care: randomized controlled trial (39)</p> <p>Richardson et al, 2021</p> <p>Journal of medical internet research</p>	<p>Population: Adolescents 13-18 ans n=300</p> <p>Pays: USA, Washington</p> <p>Structure: 5 cliniques pédiatriques de soins primaires</p> <p>Année d'étude: ?</p> <p>Critères d'inclusion: Cliniques qui partageaient des informations concernant les adolescents de 13 à 18 ans qui étaient programmés pour une visite de suivi.</p> <p>Critères d'exclusion: - Si l'adolescent planifiait d'annuler la visite de suivi - Etre en dehors des critères d'âge - Avoir un membre de la fratrie déjà invité à participer - Ne pas avoir d'accès téléphone ou internet - Ne pas parler Anglais</p> <p>Objectif principal: Tester l'efficacité d'un outil électronique de dépistage des risques associé à une réponse motivationnelle personnalisée.</p>	<p>Schéma d'étude: Etude quantitative interventionnelle de type essai clinique randomisé</p> <p>Randomisation 1/1 stratifié sur l'âge (13-15 et 16-18), sur le genre et sur la clinique: - Un groupe contrôle où les adolescents remplissaient une évaluation initiale. - Un groupe intervention où les adolescents recevaient une réponse motivationnelle appropriée en plus de l'évaluation initiale. Résumé de ces évaluations envoyées au praticien.</p> <p>Intervention: outil de dépistage électronique abordant les facteurs protecteurs et les comportements à risque, ainsi que les comportements nutritionnels, les activités physiques et le sommeil. La réponse personnalisée avait pour but d'augmenter la motivation et l'efficacité pour avoir un comportement pour maintenir une bonne santé.</p> <p>Durant la visite, dans les deux groupes, les praticiens devaient poursuivre leur procédure habituelle de dépistage des risques. Formation en ligne des praticiens sur comment interpréter le résumé et comment manier l'outil de dépistage.</p> <p>Mode de recueil des données: Recueil en ligne, via des téléphones, des données des évaluations. A J1: outil de recueil du contenu de la visite et conseils donnés par le praticien. A 3 mois et à 6 mois, même outil de dépistage des risques que lors de l'évaluation initiale.</p> <p>Critères de jugement principal:</p>	<p>Pas de différence significative sur les caractéristiques de base des 2 groupes</p> <p><i>Les conseils donnés à l'adolescent:</i> Les adolescents du groupe intervention étaient plus à même de rapporter qu'ils avaient reçu des conseils pour leurs comportements à moyen (40% de plus) ou haut risque (70% de plus), que les adolescents du groupe contrôle. Pas de différence entre les deux groupes pour les comportements à faible risque.</p> <p><i>Réduction des risques:</i> Au suivi à 3 mois et à 6 mois il y avait une nette diminution des comportements à risques dans les deux groupes. Mais aucune différence significative entre les deux groupes</p> <p><i>Satisfaction des patients:</i> Pas de différence significative concernant la satisfaction des patients entre les 2 groupes.</p> <p>AU TOTAL: Cette étude a démontré une augmentation des conseils donnés aux adolescents dans le groupe intervention (d'après eux). Pour autant les deux groupes, intervention et contrôle ont démontré une réduction des risques à 3 et 6 mois, sans différence entre eux.</p> <p>L'augmentation des conseils donnés aux adolescents n'a donc qu'un impact limité quant à la réduction des comportements à risque.</p> <p>Il est possible que rien que le fait de remplir un questionnaire de dépistage des comportements à risque, ait permis aux adolescents de réaliser leur comportement à risque et donc de les modifier, et ce même sans réponse personnalisée associée.</p>	<p>Forces: - Essai clinique randomisé</p> <p>Limites: - On ne disait pas aux adolescents leur groupe, mais il pouvait le déterminer s'il recevait une réponse personnalisée en plus de l'évaluation initiale. - version modifiée de l'outil d'évaluation qui incluait plus de contenu interactif, ce qui pouvait permettre aux adolescents de contrôler la quantité d'information reçue. - Pas de possibilité de savoir combien de temps les adolescents ont passé sur chaque item. - Le fait que les cliniciens avaient des adolescents des deux groupes, à force de s'entraîner avec le groupe intervention ils reproduisaient les mêmes choses avec le groupe contrôle. - Les conseils donnés aux adolescents n'étaient rapportés que par les adolescents, pas de mesure objective faite. - Analyse des comportements à risque dans leur globalité et non de</p>	<p>Score RoB2: D1: douteuses D2: douteuses D3: faible D4: faible D5: faible</p> <p>=> Global: DOUTES</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
		<p>1.Les conseils donnés à l'adolescent, d'après eux, durant la consultation 2.les comportements de santé à risque à 3 mois 3.la satisfaction des patients. <i>Critère de jugement secondaire:</i> Les comportements de santé à risque à 6 mois <i>Hypothèse principale:</i> L'intervention augmente les conseils donnés par les praticiens et diminue les comportements de santé à risque à 3 mois.</p> <p>Méthode statistique: Analyse en intention de traiter Pour le numéro 1, utilisation du modèle de régression de Poisson. Pour le numéro 2 et 3, utilisation du modèle de régression linéaire.</p>		manière individuelle. - Clinique du Pacifique Nord est, pas généralisable	

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Patient-centered communication and Health assessment with youth (40)</p> <p>Martyn K, Munro M, Darling-Fisher C, et al,</p> <p>2013</p> <p>Paru dans Journal of Research in Nursing</p>	<p>Pays : USA (MidWest)</p> <p>Structure : 1 centre de santé universitaire, 1 clinique de dépistage (type CEGIDD), 1 centre de santé communautaire</p> <p>Critères d'inclusion pour les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> -adolescents ou jeunes adultes entre 15 et 27 ans -être nouveau membre du centre -parler et lire l'anglais <p>Critères d'inclusion pour les professionnels de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> -médecins ou infirmiers des centres participants - expérience dans la santé de l'adolescent -parler et lire l'anglais <p>Critères d'exclusion : ?</p> <p>Objectif principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> -évaluer si le modèle EHC donne de meilleurs résultats que le modèle GAPS en terme de communication centrée sur le patient -déterminer comment les patients et les professionnels décrivent chaque outil <p>Modèle GAPS (Guidelines for Adolescent Preventive Service) =</p>	<p>Schéma d'étude : Essai contrôlé randomisé Randomisation par bloc et stratifiée par genre Randomisation des professionnels dans chaque centre de sorte qu'il y ait un EHC et un GAPS dans chaque centre</p> <p>Ado assigné au hasard avec un des professionnels au moment de la prise de rdv ou quand l'ado accepte de participer.</p> <p>Simple aveugle</p> <p>Bras test : EHC</p> <p>Bras contrôle : GAPS</p> <p>Mode de recueil des données.</p> <p>Pour ce qui est des pro :</p> <ul style="list-style-type: none"> -ils sont assignés au hasard au EHC ou au GAPS - questionnaire avant le début de l'étude pour déterminer leur expériences avec ce genre d'outil et dans la communication avec les adolescents - après chacune des consultations,, questionnaire sur la qualité de la communication avec l'outil - à la fin de l'étude, remplissent un formulaire + entretien <p>Pour les ados :</p> <ul style="list-style-type: none"> -recrutement via des affiches dans le centre ou dans leurs écoles -remplissent un questionnaire avant la visite (questionnaires décrits plus bas) - remplissent un questionnaire post intervention (idem que celui du pré) -certains entretiens pendant et après la consultation sont enregistrés de façon aléatoire <p>Méthode statistique:</p> <ul style="list-style-type: none"> -etude de supériorité qui se base à la fois sur une 	<p>-186 ados et 9 professionnels de santé ont participé</p> <ul style="list-style-type: none"> -les 2 groupes d'ados diffèrent légèrement : patients plus vieux dans le groupe EHC -2 groupes des professionnels de santé hétérogènes : 8 femmes et 1 homme, de 34 à 55 ans, avec entre 3 et 18 ans de pratique avec les adolescents <p>1. Analyse quantitative des ados :</p> <ul style="list-style-type: none"> -pas de différence significative entre le groupe EHC et le groupe GAPS en terme de la communication -les 2 groupes montrent des améliorations significatives dans les tous les domaines de communication entre les questionnaire pré et post-consultation -amélioration de la communication au cours du temps dans les 2 groupes sans différence statistiquement significative - amélioration de la sensation de décision partagée dans les 2 groupes <p>2. Analyse quantitative des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> -pas de différence significative entre le groupe EHC et le groupe GAPS -dans chacun des groupes, pas de différence significative entre les questionnaires pré et post-consultation même si tendance à l'amélioration de la communication (Mais effectif petit donc peut être pas assez de puissance pour mettre en évidence une différence) - d'autres analyses menées en t-test non présentées en tableau ont montré que les professionnels qui ont utilisé EHC rapportaient une meilleure collaboration dans la décision partagée et des scores moyens meilleurs sur toutes les échelles <p>3. Etude qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 thèmes mis en évidence en utilisant EHC : -compréhension des perspectives du patient : les liens apparaissent plus naturellement, facilite la communication -intégration du patient dans son contexte unique. En 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> -étude complète qualitative et quantitative, or lors de l'évaluation d'un outil de communication, intérêt d'avoir des données obtenues avec outils validés et évaluation du ressenti de ceux qui l'utilise -essai contrôlé avec un Gold Standard -population avec peu de critères d'inclusion pour se rapprocher le plus possible de la population générale -stratifiée sur le genre et ajustée sur l'âge pour les ados ce qui permet de limiter les biais de confusion -étude multicentrique avec des centres qui reçoivent des patients de différents horizons <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> -critère de jugement principal non clairement énoncé -pas de précision sur la façon de prendre en compte les perdus de vus 	<p>Étude quantitative</p> <p>RoB 2:</p> <p>D1 : Doutes</p> <p>D2: Élevé</p> <p>D3: Élevé</p> <p>D4: Faible</p> <p>D5: Faible</p> <p>=> Global : élevé</p> <p>Étude qualitative</p> <p>CASP :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Oui 2.Oui 3.Oui 4.Oui 5.Doutes 6.Non 7.Oui 8.Doutes 9.Oui 10. Valeur de l'étude : faible (validité interne faible par manque de rigueur dans le

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
	<p>gold standard, Auto-questionnaire de pré-consultation de 4 pages (questions fermées) qui évalue les problèmes psycho-sociaux et bio-médicaux et les comportements à risque</p> <p><u>Modèle EHC (Évent History Calender)</u>: outil qui se base sur le souvenir d'événements passés. On obtient des infos sur un comportement sur 4 années consécutives : les 2 qui viennent de s'écouler, l'actuelle et la future. Utilisation de questions ouvertes. Cela permet au patient de réfléchir sur les liens qui ont mené au comportements et de pouvoir faciliter le dialogue sur le sujet</p>	<p>étude quantitative et qualitative</p> <p><u>1.Etude quantitative</u> Utilise les résultats des questionnaires pré et post-consultation remplis par les ados et par les professionnels Questionnaires que combinent 3 scores standardisés (Échelle de Martyn, APPIS, PPPC), qui, grâce à des échelles numériques permettent d'évaluer : 1.quantité de communication, 2.satisfaction de la communication, 3.mutualité de la communication, 4.implication du patient dans la décision, 5.satisfaction du patient, 6.interaction patient/pro</p> <p><i>*Analyse statistique du groupe ado</i> -split-plot design avec test ANOVA avec $p < 0,007$ -analyse ajusté sur l'âge -analyse en sous groupe en fonction du sexe et de l'origine ethnique</p> <p><i>À noter : test ANOVA utilisé quand plusieurs niveaux d'analyse sont nécessaire or ici :</i> <i>* comparaison entre 2 EHC VS GASP)</i> <i>* comparaison d'un seul facteur (soit GASP soit EHC) à un moment différent (temps avant et après le test)</i></p> <p><i>*Analyse statistique du groupe pro</i> -comparaison des résultats aux questionnaires pré et post consultation dans les 2 groupes avec le test de Wilcoxon -comparaison entre les groupes EHC et GAPS avec le test du T-appariée</p> <p><u>2.Etude qualitative</u> -Retranscriptions des entretiens de fin des professionnels, des entretiens post-consultation des adolescents, des questions ouvertes de chaque outil et des entretiens enregistrés - analyse thématique du verbatim</p>	<p>comparaison, le GAPS est vu comme un outil global sans information sur le contexte de vie -tentative d'aller vers une compréhension partagée des besoins et volontés des patients. En comparaison, le GAPS permet de mettre en lumière les comportements à risque et de d'engager la conversation mais le manque de détail rend difficile de faire des liens et de fixer des objectifs -aide au patient à prendre part à son pouvoir de choisir. Également mis en évidence par les GAPS parce qu'en faisant le pré-questionnaires, les patients réfléchissent en amont aux problématiques <u>!Pas de feedback positif sur le GAPS</u></p> <p>AU TOTAL : - utilisation d'outils de communication centrés sur le patient améliore la communication globale -il semblerait que l'évaluation en incorporant des moments de vie clés et en faisant des liens avec les comportement à risque favorise la communication (tendance qui se voit en analyse en sous groupe et dans l'analyse qualitative)</p>	<p>-biais de sélection des ados : ados volontaires qui se présentent en centre+ tous ont vu un médecin dans l'année écoulée, -biais de sélection des professionnels de santé : ont tous une expériences dans le travail avec les jeunes -biais de recrutement : groupes professionnel très hétérogènes et groupes adolescents non comparables sur certains points - analyse qualitative induit biais de mémorisation et biais d'interprétation tive de l'analyse - biais de confusion : chaque professionnel est assigné à l'utilisation d'un seul outil, or il peut avoir utilisé l'autre outil dans le passé -auteurs indiquent que si EHC n'est pas plus efficace que GAPS il l'est au moins tout autant. Or probable erreur d'interprétation car le plan expérimental est une étude de supériorité, on ne peut donc pas conclure à 'équivalence des deux outils.</p>	<p>protocole et validité externe moyenne)</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n), pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode statistique utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Preventive adolescent health care in family practice: a program summary (41)</p> <p>Knishkowsky B, Schein M, Kiderman A, et al,</p> <p>2006</p> <p>Paru dans : the scientific world journal</p>	<p>Pays : Israël</p> <p>Structures 2 centres de santé en soins primaires proches de Jérusalem, situés dans des quartiers de la classe socio-professionnelle moyenne/inférieure</p> <p>Année de l'étude : de 1993 à 1998</p> <p>Critères d'inclusion patients listés comme adolescents en 7th et 10th grade dans la population des 2 centres (équivalent 5e et seconde)</p> <p>Objectif principal : montrer le développement, l'organisation, les principaux résultats et l'impact d'une consultation de prévention faite aux adolescents en soins primaires, basée sur les recommandations américaines GAPS (Guidelines for Adolescent Preventive Service)</p>	<p>Schéma d'étude : Etude descriptive type étude de pratique avec recueil rétrospectif des pratiques</p> <p>Mise en place de l'étude - Création d'un "programme préventif pour la santé de l'adolescent" : basée sur recommandations GAPS + focus groups de professionnels de santé des centres, adolescents et parents des centres et comités de direction des écoles autour pour identifier les principales problématiques des adolescents, pour sonder l'intérêt des intéressés pour ce type de programme. Puis, les acteurs du programme ont reçu une formation continue sur la santé de l'adolescent. - Adolescents invités à participer par lettre qui contenaient aussi recueil de consentement des parents. Si pas de réponse sous 3 semaines, contactés par infirmière - Les parents recevaient une lettre différente explicative et invitation à rencontrer les professionnels au préalable. La première année, les parents étaient contactés en premier et l'adolescent n'était contacté qu'une fois que les parents avaient donné leur accord. Par la suite, parents et adolescents contactés simultanément - Consultation : : * auto-questionnaire sur antécédents et habitudes + questions sur sujets qui "pourraient intéresser" les ados (+ pour les plus jeunes, identification de leur Tanner via images) choix de 3 thèmes qu'ils veulent aborder en consultation * entretien avec professionnel de santé (infirmière ou médecin selon centre) : recueil antécédents,, HEADSSS, conseils sur les points rouges +</p>	<p>n = 184 participants 81% des participants sont en 5e (car visite obligatoire à cet âge) Même compliance quelque soit le sexe, l'âge ou caractéristiques démographiques</p> <p>Conformité au protocole : 50%</p> <p>Sur le mode de contact : - l'appel téléphonique de IDE a permis de doubler le nombre de participants - pas de différence entre le fait de contacter les parents avant ou en même temps que les ados</p> <p>Durée totale moyenne = 47 min - auto-questionnaire : 12 min - 1e entretien : 21 min - 2e entretien : 14 min</p> <p>Intérêt de l'auto-questionnaire : - permet une approche centrée sur le patient - montre à l'adolescent que le professionnel peut discuter de plusieurs problématiques avec lui (Impression des acteurs de l'étude que cet auto-questionnaire était le principal intérêt des adolescents dans ce programme)</p> <p>Intérêt de ce type de programme : - Quelques pathologies organiques décelées - Comportement à risque ou souffrance psychologique qui nécessitent intervention souvent mis en évidence (pas de %) - 27% des ados ont nécessité une visite de suivi</p> <p>Intérêt de la formation des acteurs au préalable</p>	<p>Forces : - le déroulé de cette consultation a été réfléchi en amont grâce à des focus group - représentativité de la population : abord de tous les adolescents autour des centres qu'ils voient régulièrement leur médecin ou non</p> <p>Limites - Biais d'auto-sélection : adolescents vus sur la base du volontariat - fragilisation de la validité externe car 81 % des élèves sont en 5e - l'implication et le rôle des parents n'a pas été évalué (combien ont refusé? Pourquoi? combien ont demandé à rencontrer les professionnels de santé avant?) - Biais de réalisation : Conformité au protocole de 50%, les auteurs estiment qu'il s'agit d'une réussite puisque population non habituée à ce type de programme mais fragilisation de l'étude car manque de rigueur. - Pas d'évaluation de</p>	<p>STROBE 12/24 (12 oui, 12 non, 10 non applicable donc non inclus)</p> <p>=> Soit 50%</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
		<p>discussion sur les 3 thèmes * entretien avec médecin : examen clinique (dont génital pour les garçons) puis planification du suivi si besoin</p>		<p>l'efficacité de ce programme ni de son impact, donc étude qui ne répond pas entièrement à son objectif principal - méthodologie de l'étude peu claire - Mode de recueil de données et analyse statistique non décrite dans l'article donc validité interne ne pouvant pas être établie sur la base seule de cet article</p>	

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Prophylactic medical examination of 15/16 year old from the Warsaw Agglomeration. Evaluation of the Implementation of standards in practice (42)</p> <p>Henzler M, Olechnowicz S, Jacewicz J et al, 2021</p> <p>Paru dans Polish medical journal</p>	<p>Pays : Pologne</p> <p>Structure : -11 écoles au total (1 professionnalisante, 2 techniques et 8 générales)</p> <p>Critères d'inclusion - étudiants dans les écoles qui ont eu l'examen des 15/16 ans moins de 18 mois auparavant</p> <p>Critères d'exclusions: -pas de réponse à > 33% des questions - donner "Je ne sais pas ou je ne me souviens pas" à > 33% questions - participation à une visite de prévention avec sa classe et faite par 1 seul médecin</p> <p>Objectif principal : Évaluer si la visite médicale de prévention des 15/16 ans dans l'agglomération de Varsovie est menée selon les recommandations du Ministère de la Santé et selon les standards</p> <p>(recommandation du Ministère de la santé : examen physique avec intérêt particulier porté à la thyroïde, organes génitaux externes, peau, posture + entretien avec parents et adolescents + éducation personnalisée à la santé</p>	<p>Schéma d'étude : Etude descriptive de type étude de pratiques avec recueil rétrospectif des pratiques</p> <p>Mode de recueil des données : -écoles choisies au hasard -Questionnaires de 50 questions remplis par les étudiants, de façon anonyme sur la forme et le fond de leur examens des 15-16ans</p> <p>Indicateurs : -données analysées collectivement + séparément en fonction des sexes -tests statistiques utilisés : Mann-Whitney particuliers, Spearman's Rank Correlation, X2</p>	<p>n = 359 questionnaires (67% filles et 33% garçons)</p> <p>Examen physique : -6 critères pour un examen clinique complet : avoir palpé l'abdomen, avoir fait une auscultation cardio-pulmonaire, avoir fait un examen génital, avoir évalué le Tanner, avoir examiné la statique et la thyroïde -aucun examen clinique pour 3.3%, examen clinique complet 3, 9%, auscultation cardio-pulmonaire dans 94% des cas, les autres examens moins fréquents sans différences entre sexes sauf pour examen génital chez les filles (2.2 %) => le non examen génital chez les jeunes filles a été mis en évidence dans d'autres études, Les causes n'ont pas été étudiées mais pistes sont envisagées : manque de connaissance des professionnels, inconfort de la jeune fille ou du professionnel, peur de l'accusation des patients de ne pas y voir un motif médical, mauvaise distribution du cabinet pour assurer leur intimité => les auteurs de l'étude proposent : *une révision des standards (définitivement exclure ou inclure l'examen des OGE) *qu'il soit donné l'option au patient d'un examen par un médecin du même sexe</p> <p>Entretien et pro-health education - 22% des visites sans aucune discussion -en moyenne 4 sujets abordés pas de différence stat entre les genres pour ce qui est du nombre de sujets abordés => très faible quand on sait qu'un ado voit son médecin en moyenne 1 fois/3ans en Pologne + nombre faible par rapport à d'autres études faites aux USA -Quand les genres ados/médecins sont congruents, plus de sujets sont abordés</p>	<p>Forces -étude multicentrique -tirage au sort aléatoire des participants -étude permet de répondre à la question -argumentaire basé sur l'inadéquation entre les résultats obtenus et les résultats de la littérature</p> <p>Limites -pas d'analyse des forces et des biais de l'étude -pas de précision quant à comment les adolescents sont choisis pour répondre aux questionnaires : tirage au sort?volontaires?tous le remplissent ?mais dans ce cas combien de perdus de vue? -biais de recrutement : les ados sont tous scolarisés donc pas de prise en compte de ceux non scolarisés - biais de mémorisation : mode de recueil de données déclaratif</p>	<p>STROBE 16/25 (16 oui, 9 non, 9 non applicable donc non inclus)</p> <p>=> Soit 64%</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
	<p>et</p> <p><u>standards</u> : examen clinique complet + entretien avec ados et prévention à la santé)</p>		<p>Durée de la visite : moins de 20 min dans la majorité, plutôt entre 11-15 min ou 16-20min</p> <p>AU TOTAL : examens des 15/16 ans dans ce quartier de Varsovie ne suivent pas les recommandations ministérielles. La principale cause avancée: ces recommandations n'ont pas été adaptées à l'évolution des connaissances sur la question.</p>	<p>-pas de précision sur l'écart acceptable entre les pratiques et les recommandations</p>	

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Responding to young people Health's risk in primary care: a cluster randomized trial of training clinicians in screening and motivational interviewing (43)</p> <p>Sanci et al, 2015</p> <p>Paru dans plos one (mégarevue scientifique éditée quotidiennement par la Public Library of Science et diffusée en ligne)</p>	<p>Pays : Australie</p> <p>Structure : cabinets de médecine générale</p> <p>Année de l'étude : Juin 2007 à Juillet 2011</p> <p>Critères d'inclusion -cabinets de médecine générale volontaires (avec au moins un de leur membre intéressé) -leurs adolescents entre 14 et 24 ans suivi par un médecin participant à l'étude</p> <p>Critères d'exclusion -antécédent médical ou psychiatrique sévère -ne parlent pas anglais -si pas de consentement parental ou adolescent jugé trop immature (si un patient de moins de 18 ans se présentait sans le parent et qu'il ne voulait pas que le parent soit au courant de sa participation à l'étude, il était exclu si le praticien le jugeait trop immature pour cela)</p> <p>Objectif principal : Évaluer en pratique courante l'efficacité d'une intervention qui consiste à former en amont les praticiens à la recherche de comportements à risque et de fragilités</p>	<p>Schéma d'étude : -étude contrôlée randomisée -randomisation par cluster et par stratification (stratifié sur le niveau socio-éco de la localisation des centres et sur les moyens de financement des centres) -analyse en simple aveugle</p> <p>Bras intervention : -intervention conçue à l'aide de données de la littérature. -9 heures de formation des praticiens/ formation de tout le personnel du cabinet / feedback et support des cliniciens enrôlés).</p> <p>Bras contrôle : Séminaire de 3h sur comment aborder l'adolescent et ses comportements à risque.</p> <p>Mode de recueil de données : -Données recueillies par les statisticiens auprès des ados via des entretiens téléphoniques assistés par ordinateurs (CATI) -entretiens réalisés juste après la première consultation, puis 3 mois, puis à 12mois</p> <p>Critère de jugement principal : -détection d'au moins un des comportements à risque parmi tabac, alcool, autres drogues, risque d'infection sexuellement transmissibles (IST) ou antécédent d'IST, grossesses non désirées (GND),, risques sur la route ET -un changement sur les comportements à risque à 3 mois ou à 12 mois</p> <p>Critères de jugements secondaires : -probabilité d'une visite future</p>	<p>-19 cliniques dans l'intervention (53 médecins et 377 patients) et 21 cliniques dans le contrôle (79 médecins et 524 ados) -2 groupes comparables (médecins et ados) -comparé aux cabinets australiens en général, participant plus de femmes,médecins plus jeunes et plus de cabinets urbains</p> <p>Critères de jugement principal -l'intervention a détecté plus de comportements à risque (hypothèse validée) -dans l'intervention, plus de discussion sur les comportements à risque et nombre plus important de comportements à risque discutés -différence significative entre les 2 groupes pour consommation autres drogues à 3 mois et 12 mois, IST à 3 mois et GND à 12 mois, pas de différence statistique pour les autres risques</p> <p>Critères de jugement secondaires -pas de différence statistique sur la détection de détresse émotionnelle ou sa présence à 3 ou 12 mois -pas de différence sur la probabilité d'une future visite, avec une probabilité haute dans les 2 groupes -89% des adolescents approuvent l'utilisation d'outils de screening, aucun ne pense que c'est une mauvaise idée</p> <p>AU TOTAL : Étude qui montre des résultats non concluants sur l'efficacité d'une telle intervention mais possiblement parce que la puissance de l'étude est insuffisante. Mais montre : -plus de détection de comportements à risque - fortes proportions d'adolescents avec au moins 1 comportement à risque - tendance des praticiens à changer leur comportements envers les adolescents (plus de discussion des comportements à risque)</p>	<p>Forces : - étude pragmatique qui compare "dans la vraie vie"), -étude réalisée dans des centres de soins primaires (endroit où les ados sont plus à même de se rendre en cas de besoin, dans beaucoup de pays, donc étude qui peut être réalisable dans d'autres pays) - intervention basée sur la prévention (screening + conseils) qui permet de screener plusieurs comportements à risque -minimisation du biais de sélection : randomisation par centre + comparabilité initiale des groupes + comparabilité des perdus de vues dans les 2 groupes + analyse en ITT -limitation du biais de confusion par randomisation par stratification+analyse multivariée</p> <p>Limites -biais de classement : critère de jugement principal multiple (est ce que l'effet de l'intervention est minime ou alors non concluant car CJP multiple) - critère de jugement principal étudié à 3 temps</p>	<p>RoB 2: D1: Faible D2: Faible D3: Faible D4: Faible D5: Faible</p> <p>=> Global : Faible</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
	<p>psycho-sociales,et à la dispensation de conseils sur ces thématiques chez de jeunes adultes</p>	<p>-confiance envers le médecin après la visite - détection d'une détresse émotionnelle ou violences relationnelles à 3 mois ou 12 mois -acceptabilité d'outils de screening</p> <p>Indicateurs : -puissance = 80% et alpha =5% -hypothèse : les praticiens de l'intervention peuvent détecter 12.5% de risques de plus que les contrôles -variables qualitatives, test de régression linéaire pour comparer les 2 groupes - étude en multivariée pour ajustement (analyses ajustées sur la méthode de recrutement, la localisation des cabinets, le financement des cabinets, le sexe des patients, l'âge des patients, et sur des antécédents de comportements à risque) -analyse en intention de traiter (ITT) - logiciel informatique utilisé : stata 13</p>	<p>- tendance à la diminution des risques (même si pas de différence statistiquement significative)</p>	<p>différent donc risque d'inflation du risque alpha -criteres de jugement secondaires nombreux = biais de comparaison multiple -manque de puissance pour détecter de petits changement de comportement dans les groupes lors des suivis -pas de mise en évidence de diminution des risques sur la route MAIS pas d'outil validé pour évaluer cela -biais de sélection : étude simple aveugle + pas d'approche systématique de tous les adolescents vus par les médecins (risque contrôlés par les statisticiens par modification du protocole de recrutement dans un 2e temps) - biais de selection : médecins choisis avec un intérêt pour le sujet + possible que la formation donnée au groupe comparaison n'ait été qu'une "mise à jour"des connaissance ce qui peut avoir atténué les résultats de l'intervention -biais de mémorisation : mode de recueil déclaratif</p>	

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Use of inexpensive Technology to enhance adolescent health screening and counseling (44)</p> <p>Olson et al, 2009</p> <p>Paru dans : Archives of Pediatrics and Adolescent medicine</p>	<p>Pays USA (New Hampshire and Vermont)</p> <p>Structure -5 cabinets : 3 de pédiatrie générale et 2 de médecine générale (cabinets situés en zone rurale, semi-rurale et urbaine) -13 médecins de ces cabinets</p> <p>Critères d'inclusion : Adolescent entre 11 et 19 ans des médecins de l'étude qui viennent pour consultation de prévention</p> <p>Critères d'exclusion : ?</p> <p>Objectif principal : Comparer une visite de prévention avec PDA VS visite sans PDA</p> <p>PDA = Personnel digital assistant Outil de dépistage créé par les médecins participants à l'étude + des universitaires de la Dartmouth medical school Utilisé en amont de la consultation : 90 questions basées sur GAPS + évaluation du risque cardio-vasculaire chez les sportifs + questions précises pour dépister des troubles du comportement alimentaire ou</p>	<p>Schéma d'étude Etude interventionnelle non randomisée de type avant-après</p> <p>-Pendant 15 jours, certains ados ayant eu une visite de prévention remplissent un questionnaire de satisfaction. -puis mise en place progressive du PDA -quand PDA est seul outil de screening utilisé au bout de 6 mois, et pendant 15 jours certains ados ayant eu une visite de prévention avec PDA remplissent le questionnaire de satisfaction -les ados qui remplissent le questionnaires sont choisis de façon aléatoire</p> <p>Mode de recueil des données -à chaque fois que le PDA est utilisé, les résultats du PDA sont systématiquement envoyés aux statisticiens -recueil anonyme des questionnaires de satisfaction - questionnaire de satisfaction porte sur : la perception de confidentialité au cours de la visite, le sentiment d'avoir été écouté, la satisfaction globale de la visite, s'il y a eu discussion sur un des 8 grands thèmes abordés dans le PDA et si la discussion a été jugée utile</p> <p>Indicateurs -Données analysées séparément pour les 11-14 ans et les 15-19 ans -En amont, le groupe de travail avait défini des cutoff au delà desquels un comportement est considéré comme à risque -Hypothèse : utilisation de PDA conduit à plus de discussion sur les comportements à risque et permet de meilleurs conseils individuels</p>	<p>Pendant 6 mois, 1052 patients (413 dans les 11-14 ans et 639 dans les 15-19 ans) ont utilisé le PDA Questionnaires de satisfaction remplis par 67 patients avant et par 98 patients après l'introduction PDA Pas de différence de réponse entre les différents centres ou entre les différents médecins</p> <p>Sur le screening avec PDA : -plus les ados sont vieux, plus il y a de comportements à risque et les risques cumulés sont plus fréquents chez les plus vieux -Le médecin était informé de l'évaluation de la motivation à changer avant la visite donc pouvait s'appuyer dessus -volonté de changer diffère en fonction des risques (beaucoup de motivation pour exercice et meilleure nutrition, peu pour consommation OH) -résultats non exploitables pour la motivation à changer tabac / drogues / OH pour les 11-15 ans parce que trop peu mis en évidence</p> <p>Sur les questionnaires de satisfaction : -les adolescents avaient une satisfaction globale meilleure, avaient l'impression d'être mieux écoutés, avaient moins de sujets auxquels on n'avait pas répondu, et avaient plus l'impression de confidentialité - avec introduction de PDA, les sujets suivants sont plus abordés en consultation : conso fruits / légumes, tabac, OH - évaluation de l'utilité de la discussion quand le sujet du comportement à risque est abordé est difficile à évaluer car les effectifs sont trop petits pour y mettre en évidence des différences statistiquement significatives.</p> <p>Sur le feedback des praticiens : Discuté en réunion de débrief avec l'équipe de recherche - screener de façon globale les comportements à risque en amont de la consultation permet plus de temps alloué à la discussion et aux conseils pendant la consultation -le format du PDA permet de connaître rapidement les</p>	<p>Forces : - le étude où la motivation était évaluée en amont pour guider les conseils pendant la consultation DONC possible d'adapter le conseil au stade motivationnel qui sera donc plus efficace -les adolescents plus à l'aise avec un outil digital pour évoquer les problèmes sensibles plutôt que pendant un face à face -diminution des biais de confusion grâce à analyse en 2 groupes d'âge</p> <p>Limites : -Biais de recrutement : adolescents qui viennent en consultation de prévention. OR études montrent que ces adolescents ont moins de comportements à risque que la population générale -étude à petit effectif avec caractéristiques des centres ou des médecins non sélectionnées en amont pour être représentatif de la population médicale locale ou nationale - limite principale d'une étude avant-après : impossible de savoir si les</p>	<p>ROBINS-I D1: Faible risque D2: Faible risque D3: Faible risque D4: Faible risque D5: Risque modéré D6: Risque modéré D7: Faible risque</p> <p>=> Évaluation globale du risque de biais : Modéré</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
	<p>mésusage alcoolique + évaluation de la motivation à changer si comportement à risque détecté + message éducatifs après l'abord de certains sujets. => 2 questionnaires : 1 pour les 11-14 ans et 1 pour les 15-19 ans.</p>	<p>-alpha=5% -données des questionnaires évaluées avec X2 et test de Fisher</p>	<p>adolescents avec de nombreux comportements à risque - le PDA permet de hiérarchiser les comportements à risque à aborder si plusieurs ont été mis en évidence -les adolescent ont rarement refusé de remplir le PDA. Quand ils ne l'ont pas rempli, c'est plutôt pour des raisons d'organisation du cabinet au moment de la consultation ou parce qu'il est arrivé en retard.</p> <p>AU TOTAL : 3 intérêt majeurs au PDA : - les médecins ne perdent pas de temps au screening et commencent la consultation avec un résumé clair des problèmes de l'ado-les médecins savent en avance la motivation à changer des ados en fonction des comportement risque identifié et peuvent adapté leur discours au stade motivationnel -les adolescents vivent mieux leur consultation Se pose la question de la nécessité de formation des médecins (surtout à l'éducation thérapeutique + entretien motivationnel)</p> <p><u>Durée de la réponse au questionnaire</u> : 9 min pour les plus vieux, 11 min pour les plus jeunes. <u>Durée de la consultation après</u> : 30 min <u>Prix du PDA utilisé dans l'étude</u> : 100\$</p>	<p>différences observées sont dues à l'introduction du PDA ou à un changement "spontané" des médecins qui consultent qui sont de plus en plus sensibilisés l'abord des thèmes des comportements à risque</p>	

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Faut-il ouvrir un nouvel espace à la relation médecin généraliste-adolescent ? Une étude qualitative en miroir (45)</p> <p>Abadie B, Denante E, 2019</p>	<p>Population: Adolescents (n= 19, 12 garçons, 7 filles) et médecins généralistes (n=17, 7 hommes et 10 femmes) Sélectionnés par effet boule de neige, pour obtenir un échantillonnage raisonné.</p> <p>Pays: France; Var, Bouches-du-Rhône et Vaucluse.</p> <p>Année d'étude: 2018</p> <p>Critères d'inclusion: Adolescents 12-18 ans, résidant en France et ne souffrant d'aucune pathologie affectant le jugement. Médecins généralistes originaire de PACA</p> <p>Critères d'exclusion: Adolescents patients des médecins généralistes. Recrutement en cabinet de médecine générale et en milieu scolaire.</p> <p>Objectif principal: Confronter les points de vue des médecins généralistes et des adolescents sur différentes problématiques, afin de comprendre les freins et les attentes les uns des autres. <i>Objectif secondaire:</i> Les solliciter sur des stratégies</p>	<p>Schéma d'étude: Etude qualitative par recueil de donnée de type entretien Réalisation d'un guide d'entretiens pour les médecins généralistes et d'un guide d'entretien pour les adolescents</p> <p>Mode de recueil des données: Entretiens semi dirigés enregistrés au dictaphone et retranscrits fidèlement pour obtenir un verbatim. et focus groupe: - Un pour les médecins avec quatre participants - Trois à quatre pour les adolescents, avec dans chaque groupe trois participants de même tranche d'âge et de même sexe.</p> <p>Méthode d'analyse: Micro-analyse initiale Codage ouvert ou longitudinal puis codage axial et enfin codage sélectif.</p>	<p><u>Concernant les résultats principaux des adolescents:</u> - <i>Perception du rôle du médecin généraliste:</i> rôle principal de diagnostic et traitement, tout en étant un rôle assez limité. Abord des compétences de communication et de prévention - <i>Inquiétudes de la relation:</i> un médecin émetteur de jugement, intrusif, passif, ou encore incompetent pour certains ado. Du côté de l'adolescent inquiétude sur le secret médical ou la présence des parents. Est évoqué aussi les retards, la distance géographique, la méconnaissance du rôle psychologique. - <i>Les attentes:</i> Tout d'abord une relation solide avec une connaissance et un respect mutuel ainsi que de l'empathie. Une "actualisation" du médecin avec une communication adaptée (humour, réconfort..) et une positivité. Ensuite un médecin compétent et engagé dans la relation et la consultation. La mise en place d'un cadre clair avec une définition importante du secret médical, un rôle de médiateur avec les parents tout en laissant une autonomie à l'adolescent. Une gestion du temps adaptée à l'adolescent.</p> <p>Les adolescents sont favorables à l'ouverture d'un nouvel espace de relation avec le médecin, il faut qu'il soit simple d'utilisation, fiable avec une interactivité adaptée ainsi que de la confidentialité et de la gratuité. Ils rapportent l'usage d'internet comme étant central avec la possibilité de la télémédecine ou la présence des professionnels sur les médias ou encore la création de blog ou site internet. Pour autant ils reviennent principalement à une sorte de face à face revisité. Ils décrivent leur ignorance sur plusieurs recours possibles dans le domaine de la santé et sont en demande de campagnes publicitaires adaptées (internet +)</p>	<p>Forces: - Triangulation des chercheurs et des sources pour augmenter la validité interne - Tenu d'un journal de bord par chaque investigatrice pour garantir la validité de l'étude. - Critères COREQ-32 - Commentaires des résultats intermédiaires du groupe opposé</p> <p>Limites: - Triangulation non menée en totalité - Chercheuses non formées - Analyse manuelle - Enregistrement uniquement audio - Biais d'interprétation</p>	<p>CASP: 1. Oui 2. Oui 3. Oui 4. Oui 5. Oui 6. Oui 7. Oui 8. Oui 9. Oui 10. Valeur de l'étude= Élevée (implication, application, enrichissement connaissances)</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
	d'amélioration au niveau individuel, collectif ou santé publique.		<p><u>Concernant les résultats principaux des médecins généralistes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La consultation:</i> poser un cadre et expliquer le déroulement, à faire particulièrement en début de journée. Si trop long, ne pas hésiter à le reconvoquer. Profiter de chaque consultation pour aborder la prévention. Inclure le parent d'une façon ou d'une autre (présence ou non), centrée sur le patient. - <i>Communication au cœur de la relation:</i> l'usage du secrétariat, de dessins, des schémas, sites internet, prospectus... Et encore plus, de la parole. - <i>Facteurs limitants la relation:</i> Le caractère opposant et le manque d'investissement des adolescents dans leur santé. La présence des parents. L'absence de régularité de consultation des adolescents. Le temps que prend une consultation avec un adolescent - <i>Moyens pour remédier:</i> Mise en place d'un réseau de soin avec une consultation obligatoire pour la prévention, à des âges définis, notée dans le carnet de santé, avec un questionnaire associé. Campagnes de communication. <p>AU TOTAL: Cette étude permet de mettre en exergue plusieurs points:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>La nécessité de définition d'un cadre clair:</u> l'importance de la relation médecin généraliste- adolescent-parents, de la définition du rôle de chacun et de la place de chacun. La <u>communication au centre de la relation.</u> - Les améliorations possibles: en particulier sur la <u>définition du secret médical.</u> Un <u>mode d'échange avec le médecin de type émotionnel</u>, avec un médecin chaleureux, positif faisant usage d'humour. Que le médecin dévoile une partie de son propre univers. C'est au médecin d'initier le dialogue. - La nécessité de mise en place d'une <u>consultation systématique de prévention, anonyme et gratuite.</u> 		

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Le secret médical de l'adolescent en médecine générale: représentations, expériences et opinions des mineurs de 14 à 18 ans ; étude qualitative par focus group auprès de 6 établissements scolaires en Gironde (46)</p> <p>Wojtarkowski A</p> <p>2016</p>	<p>Pays : France</p> <p>Année d'étude Mars 2016 - juin 2016</p> <p>Structure Etablissements scolaires</p> <p>Critères d'inclusion : - adolescents entre 14 et 18 ans scolarisés en Gironde, volontaires</p> <p>Critères d'exclusion : -élèves ne parlant pas français - pas d'accord parental</p> <p>Objectif principal -Mettre en évidence les représentations, les expériences et les opinions des mineurs de 14 à 18 ans concernant le secret médical -Explorer la possibilité que certaines caractéristiques démographiques ou socio-économiques influencent les thèmes abordés par les élèves concernant le secret médical</p>	<p>Schéma d'étude : Etude qualitative par recueil de données</p> <p>Recrutement d'élèves au sein d'établissements scolaires de Gironde :</p> <p>1-recruter les établissements scolaires : échantillonnage raisonné non probabiliste (collège/ lycées, public/privé, urbain/ rural/sem-rural, général/pro, REP ou non REP)</p> <p>2-recruter les élèves selon critères d'inclusion et d'exclusion proposition faite aux élèves par le chef d'établissement qui ne devait pas évoquer "secret médical" ou "confidentialité"</p> <p>Le recruteur devait réunir un panel qui selon lui était représentatif de son établissement.</p> <p>Mode de recueil des données Focus group 1 focus group par lycée de 6 à 8 élèves</p> <p>Indicateurs : -double encodage des données réalisé -analyse grâce au logiciel Nvivo11 Pro</p>	<p>6 établissements ont participé : 3 collèges et 3 lycées 37 élèves ont participé (17 filles et 20 garçons), Moyenne d'âge : 15,4 ans.</p> <p>1- Les représentations du secret médical (dixit les ados) : -Le contenu du secret médical = couvre ce que le patient dit au médecin ("tout") -personnes impliquées dans secret médical : patient + médecin pour la plupart / pas de consensus quant au fait qu'il puisse s'étendre aux autres professionnels de santé - dérogation au secret médical pour le mineur : maltraitance / mise en danger - risque suicidaire / harcèlement - droit au secret médical pour les mineurs : avis assez hétérogène (oui / non / ça dépend) -âge fixe pour le droit au secret médical chez le mineur : question qui divise, fréquence des différents types de réponses est la même (pas une question d'âge / quelque soit l'âge/ à partir de la majorité) - éléments qui conditionnent le secret médical : âge, gravité de la situation, motif de consultation (gynéco / mal être psy, maturité, cadre familial(si environnement familial non propice à la confiance), selon l'avis des parents - réglementation du secret médical : la loi + serment - personne qui décide du secret médical : la majorité pense que c'est le mineur qui décide, d'autres pensent que c'est le médecin</p> <p>2- Les représentations du médecin généraliste -représentations favorables à la confiance : personne de confiance, sans jugement, qui est extérieur et connu depuis toujours - représentations non favorables à la confiance : un inconnu, qqn qui n'est pas apprécié</p> <p>5- Expériences du secret médical :</p>	<p>Forces : -utilisation d'une étude qualitative qui permet de comprendre une population sur une situation donnée -méthode de focus group adaptée à la population d'adolescents habitués à interagir en groupe -entretiens avec atmosphère propice à la discussion (séances courtes, pas de personnel de l'établissement) -saturation des données obtenue -triangulation du codage (limite le biais d'analyse) -choix d'un modérateur avec expérience du focus group et connaissances sur les adolescents pour limiter le biais d'investigation</p> <p>Limites : - biais d'interprétation puisque résultats subjectifs - discussion de groupe peut rendre difficile de s'exprimer en public sur certains sujets + biais de désirabilité sociale (tendance à se montrer sous un meilleur jour, flatté d'être objet d'étude) - population large pour</p>	<p>CASP :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Oui 2.Oui 3.Oui 4.Oui 5.Oui 6.Oui 7.Oui 8.Oui 9.Oui 10.Valeur de l'étude : Élevée (implications, application, enrichissement des connaissances)

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
			<p>-une minorité a consulté seul leur MG -une minorité a été informée par le MG de ce qu'est le secret médical et de leur droit</p> <p>6- Opinions des mineurs vis à vis du secret médical : <u>-accompagnant présent en consultation pour</u> : réassurance / éloignement géographique du cabinet <u>-raisons du besoin du secret médical</u> : sujets gênants / besoin d'intimité (surtout si examen clinique) / peur de la réaction des parents - <u>Bénéfices du secret médical selon les mineurs</u> : confiance / se sentir protégé / obtenir aide ou conseils - <u>Risques du secret médical selon les mineurs</u> : mise à l'écart des parents / réticence des parents - <u>opinion des mineurs sur le secret médical</u> : majoritairement favorable - <u>opinion supposée des parents</u> : vexés ou inquiets / certains pensent que leur parents seraient compréhensifs <u>-opinions vis-à-vis de l'information au secret médical</u> : la majorité n'aborderait pas le sujet d'eux même . Ils proposent : affiches en salle d'attente ou là où se retrouvent les mineurs (établissements scolaires, clubs de sports), campagnes d'information menées par les professionnels de santé ou médias</p> <p>7- Analyse croisée : Permet de mettre en évidence les facteurs socio-économiques et démographiques qui influent sur le secret médical : -âge -sexe -filière choisie (pro, techno,général) -collège /lycée -localisation de l'établissement (rural, semi-rural, urbain) -classification REP ou non ⚠ analyse croisée n'a pas retrouvé d'influence de la situation socio-économique des parents ou le fait de partager le même médecin traitant que ses parents</p>	<p>permettre un brassage socio culturel large et donc différentes réponses (comme le veut l'étude quali) mais donc moins représentatif de la population générale -biais de sélection (puisque élèves proposés par le chef d'établissement) + biais de volontariat</p>	

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Le tutoiement et le vouvoiement des adolescents en consultation de médecine générale: représentations et attentes des adolescents (47)</p> <p>Le Goff P 2019</p>	<p><u>Pays :</u> France, Ille-et-Vilaine</p> <p><u>Année de l'étude</u> Janvier à Juin 2019</p> <p><u>Structure</u> en cabinets de médecine générale</p> <p><u>Population</u> -adolescents entre 13 et 18 ans révolus habitant en Ille et Vilaine</p> <p><u>Objectif de l'étude</u> explorer les représentations et les attentes des adolescents vis-à vis du vouvoiement</p>	<p><u>Schéma de l'étude : Etude qualitative par recueil de données</u></p> <p>-Recrutements via des affiches dans les salles d'attente de cabinets médicaux -Échantillonnage raisonné</p> <p><u>Mode de recueil des données</u> -Entretiens semi-dirigés - 13 entretiens réalisés</p> <p><u>Indicateurs :</u> Analyse transversale et longitudinale du corpus (par thématique et par entretien)</p>	<p>13 entretiens (9 filles et 4 garçons dont l'âge moyen est de 16 ans)</p> <p>Beaucoup d'ados ne se sont jamais posés la question</p> <p><u>1- Représentations du tutoiement :</u> -synonyme de rapport de confiance, qui crée un lien de confidentialité - utilisé pour des personnes plus jeunes que soi ou que l'on connaît depuis longtemps</p> <p><u>2- Représentations du vouvoiement</u> -crée une distance voire une barrière pour certains alors que synonyme de respect pour d'autres - certains estiment qu'il s'agirait d'une forme de reconnaissance en tant qu'adulte</p> <p><u>3- Critères de choix du vouvoiement ou du tutoiement :</u> -<u>facteurs liés à l'ado :</u> expérience perso (une majorité préfère qu'on s'adresse à eux en les tutoyant) / âge des ados (à l'unanimité, le vouvoiement = passage à l'âge adulte même si pas d'âge précis, plutôt une question de maturité et de désir d'être vu comme un adulte) - <u>facteurs liés au médecin :</u> âge du médecin (plus les personnes sont proches en âge, plus le vouvoiement est difficile) / le tutoiement n'est pas un problème quand il s'agit du médecin de famille, la question du vouvoiement se pose plus s'il s'agit d'un spécialiste ou d'un remplaçant/ le genre du médecin semble peu importer - <u>lié au suivi médical :</u> ancienneté du suivi / fréquence des consultations : plus l'ado consulte, plus il se sent à l'aise et donc plus il accepte le tutoiement -<u>lié à la présence des parents :</u> la majorité des ados ne pensent pas que la présence des parents influe / pour certains, la présence influe dans le choix du pronom(mais le sens n'est</p>	<p><u>Forces :</u> -utilisation d'une étude qualitative par recueil de données : bonne méthodologie pour appréhender le ressenti des adolescents -entretiens individuels permettent un certaine proximité avec l'adolescent, plus propices à la confiance et moins de peur du jugement qu'en groupe -saturation des données atteinte - résultats cohérents avec ce qu'on trouve dans la littérature => validité externe</p> <p><u>Limites :</u> -biais de recrutement : ados recrutés sur affiche en salle d'attente donc exclusion de ceux qui consultent peu ou pas + filles plus présentes - localisation restreinte (bassin rennais) -biais d'interprétation -biais de mémorisation</p>	<p>CASP: 1.Oui 2.Oui 3.Oui 4.Oui 5.Oui 6.Non 7.Ne sait pas 8.Oui 9.Oui 10.Valeur de l'étude : Moyenne (implications, enrichissement des connaissances, application moyenne par manque de validité externe)</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
			<p>pas consensuel, certains pensent que les médecins vont plus les tutoyer,d'autres qu'ils vont plus les vouvoyer) -le motif de la consultation : non citée pas les ados comme un facteur lié au choix du pronom</p> <p><u>4- Répercussions des pronoms sur la relation thérapeutiques</u> -le choix va influencer la relation thérapeutique : pour la plupart le tutoiement instaure une relation de confiance alors que pour d'autres le vouvoiement marque la relation médicale et donc sont "plus pris au sérieux" - choix pas évident pour les ados car avantages et inconvénients aux 2 - une relation évolutive? La question du passage du "vous au tu" ou du "tu au vous" a été posée aux ados. Plus de la moitié pensent que les 2 sens sont possibles, le passage au "vous" marquerait le passage à l'âge adulte. Pour certains, peu d'intérêt du passage au vouvoiement par leur médecin généraliste qui les tutoie depuis toujours. Pour tous, le passage au tutoiement est marque de proximité</p> <p><u>5- Pistes évoquées dans la thèse pour palier au problème</u> - se fixer un âge clé à partir duquel le médecin vouvoie systématiquement. La tranche 15-18A est celle qui semble le plus poser question - se fixer à l'âge maturatif -poser la question en début de consultation (mais question mieux appréhendée par les ados quand la relation thérapeutique n'est pas encore tissée (première rencontre ou si médecin remplaçant) plutôt que si leur médecin traitant depuis des années leur pose la question) - leur poser la question en les invitant à y réfléchir "tu as 16 ans, tu t'approches de l'âge adulte est ce que tu vas préférer que je te vouvoie? tu peux y réfléchir et me donner ta réponse plus tard"</p>		

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Point de vue des parents autour de la consultation de leur adolescent chez le médecin généraliste dans les deux Savoies: étude qualitative par entretiens semi-dirigés (48)</p> <p>De Madre C, Blanchet F</p> <p>2019</p>	<p>Pays : France</p> <p>Année : recrutement de Février 2019 à Juin 2019</p> <p>Critères d'inclusion Parents de garçons âgés de 14 à 17 ans ou de filles âgées de 13 à 16 ans</p> <p>Critères d'exclusion : -parents d'adolescent avec maladie chronique psy ou organique -parents connus des enquêteurs</p> <p>Critères de variabilité de la population : -vis a vis du parent : âge, sexe, statut matrimonial, profession -vis a vis du médecin de l'adolescent : âge, sexe, zone d'exercice</p> <p>Objectif principal Mettre en évidence le point de vue et les attentes des parents concernant une consultation dédiée à la santé de l'adolescent</p>	<p>Schéma d'étude Etude qualitative par recueil de données</p> <p>2 modes de recrutement : -les médecins généralistes de Savoie et Haute-Savoie ont été contactés pour afficher un poster explicatif dans leur salle d'attente sur la base du volontariat -via des connaissances par effet boule de neige</p> <p>Mode de recueil de données Par entretiens semi-dirigés</p> <p>Indicateurs -triangulation des données - analyse thématique des textes</p>	<p>15 mères et 1 père ont participé aux entretiens</p> <p>1- Attentes parentales envers le médecin généraliste de l'adolescent : - accessibilité géographique / temporelle/facilité de prise de rdv/ empathie et bonne relation avec l'ado -plutôt médecin chronique qui favorise la complicité et "rassurant" pour l'ado (bien que pour certains un médecin nouveau pouvait diminuer la crainte d'être juger) - compétences professionnelles : disponibilité en temps / compétences relationnelle (médecin qui sait s'adapter à chaque âge, humour = qualité valorisée, trouver des compromis, savoir rassurer) / que le médecin s'adresse directement à l'ado -certaines mères apprécient que le médecin soit femme "plus maternelle" -le recours pour les ados vers un abord de la santé psychologique, quitte à ce que le médecin puisse réorienter -l'avis sur le rôle du médecin dans la prévention à l'ado est hétérogène : *les mères "fusionnelles" estiment qu'elles suffisent, *certains parents apprécient le relai du MT, * d'autres estiment que c'est plutôt le rôle de l'école, *pour d'autres, le médecin n'est pas le 1er recours en cas de problème de l'ado (entourage et internet) -> ici la prévention auprès de l'adolescent n'apparaît pas comme une attente principale (donc sensibilisation des parents semble important)</p> <p>2. Présence parentale en consultation : -beaucoup de parents accompagnent leur enfant par réflexe, - certains estiment leur présence indispensable : en soutien de leur enfant / pour prendre le relai des explications du médecin / manque de confiance en leur enfant qu'ils jugent immature / pour donner des explications au MT souvent ces parents tentent également de se mettre en retrait</p>	<p>Forces : - unicité de l'étude -critères de variabilité de la population respecté en dehors du genre -Grille d'entretien testée en amont -entretiens réalisés qu'une seule fois -double encodage</p> <p>Limites -saturation des données non atteinte -biais d'interprétation -biais de mémorisation -biais de recrutement : mères essentiellement recrutées + recrutement en salle d'attente donc recrutement des adolescents qui ont un suivi médical</p>	<p>CASP :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Oui 2.Oui 3.Ne sait pas 4.Oui 5.Oui 6.Oui 7.Oui 8.Oui 9.Oui 10. Valeur de l'étude : moyenne (implications, enrichissements des connaissances, applications moyennes par manque de validité externe))

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
			<p>pendant la consultation, évoquant une pudeur de leur ados ou une timidité mais sans évoquer leur besoin de confidentialité. -pour les parents absents des cs ou qui veulent l'être : c'est à l'ado de choisir / pour certains c'est au parent de décider (souvent parents "autoritaires") / pour d'autres c'est au médecin de choisir</p> <p><u>3. Rôle du parent et ses limites pour autonomiser l'adolescent :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -le parent a souvent un rôle de supervision logistique : parent prend le rdv, responsabilité administrative, paiement, -les parents disent connaître leur enfant et donc apte à juger le caractère urgent ou pertinent de la consultation - critère d'âge pour l'autonomie est dépendant du mode éducatif, de la relation qu'a le parent avec son ado et avec la médecine : pour certains c'est la majorité, pour d'autres c'est "quand il sera assez mature" - les entretiens ont mis en évidence que l'autonomisation nécessite une prise de conscience des parents et un effort de la part des parents : *sur le détachement qu'elle implique * le comportement de l'ado peut la rendre difficile : passif / immature * importance du vécu de la confidentialité : le dilemme étant "la chose importante qu'il va dire au médecin et pas à moi"/ notion de confidentialité pas toujours bien acceptée par le parent, surtout si schéma éducatif "protecteur" alors que les parents qui avaient eu l'expérience du secret médical (avec psychologue par exemple) l'acceptent beaucoup mieux <p>Notion de secret médical et de confidentialité rarement expliquée aux adolescents et aux parents. Les parents estiment que c'est plutôt le rôle du médecin d'en parler</p>		

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>Études des déterminants de l'usage du tutoiement et du vouvoiement de l'adolescent par le médecin généraliste et des répercussions potentielles dans la relation thérapeutique. (49)</p> <p>Fohanno L, 2015</p>	<p>Pays : France, Ile et Vilaine</p> <p>Année : De Juillet à Octobre 2014</p> <p>Structure: cabinets de médecine générale</p> <p>Critères d'inclusion médecins installés ou remplaçants d'Ile et Vilaine</p> <p>Critères d'exclusion : Médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier, en collectivité ou en institution</p> <p>Objectif principal mettre en évidences les déterminants du tutoiement ou du vouvoiement de l'adolescent et leur possibles répercussions sur la relation thérapeutique</p>	<p>Schéma d'étude Etude qualitative par recueil de données</p> <p>échantillonnage raisonnée : choix des participants en fonction de leur caractéristiques socio-démographiques - étude transversale et longitudinale du corpus</p> <p>Mode de recueil de données -par entretiens semi-dirigés menés en face à face -guide d'entretien rédigé grâce à directrice de thèse + 3 entretiens exploratoires</p>	<p>12 entretiens réalisés : 5 femmes et 7 hommes/ 2 remplaçants, 10 installés (3 semi-rural, 4 rural, 3 urbain)</p> <p>1- Les déterminants du choix du pronom : -l'instinct pour la majorité -représentations du tutoiement : abolit la distance, symbole de confiance mais peut donner le sentiment d'infantilisation de l'ado, peut donner une impression, de paternalisme (sur un tutoiement non réciproque), peut donner une sensation de "copinage", qui peut être vécu comme une intrusion - représentations du vouvoiement : synonyme de respect et de politesse + mise à distance dans le cadre d'une relation professionnelle + souligne le statut de jeune adulte -facteurs liés au médecins dans le choix de pronom : expérience personnelle (expérience d'avoir été tutoyé ou vouvoyé par leur médecin) / âge du médecin (plus les médecins sont vieux, moins ils se posent la question) -facteurs liés au patient : âge (font la différence entre âge chronologique et âge maturatif), parfois genre (les filles semble être vouvoyées plus tôt car âge maturatif plus précoce et consultent seules plus tôt) / comportement de l'adolescent - facteurs liés à l'environnement : présence des parents(quand présents, l'adolescent souvent tutoyé car maintenu dans un statut d'enfant) - lieu d'exercice : utilisation plus systématique du tutoiement en DOM TOM, l'exercice rural ou urbain n'a pas été évoqué comme déterminants - lié à la thématique de la consultation : pour la majorité, aucun rapport entre le choix du pronom et le motif de consultation -lié à la durée du suivi : Souvent tutoiement d'habitude, un patient suivi et tutoyé depuis l'enfance sera tutoyé sur le reste de son suivi. La question se pose plus souvent dès lors qu'il s'agit d'une première rencontre</p>	<p>Forces : -saturation des données atteinte -échantillonnage des données permet une certaine hétérogénéité des médecins et donc une multiplicité des réponses -retour de certains médecins parfois plusieurs semaines après l'entretien =travail qui a déclenché une prise de conscience et une réflexion</p> <p>Limites : -aucun des médecin interrogé n'ont exercé dans un pays ou une langue dans laquelle le tu/vous n'existe pas -seulement des médecins généralistes exerçant en libéral interrogés - intéressant de savoir le point de vue des hospitaliers (pour lequel le suivi au delà de l'âge adulte n'est pas faisable) ou des autres professionnels de santé - les entretiens ont révélé que beaucoup sont curieux de la façon de faire des autres + le choix du pronom peut créer une sorte d'angoisse => des focus group auraient sans doute étaient plus</p>	<p>CASP :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Oui 2.OUi 3.Oui 4.Oui 5.Oui 6.Oui 7.ne sait pas 8.Oui 9.Oui 10.Valeur de l'étude : moyenne (implication s, , enrichissement des connaissances, application moyenne par manque de validité externe)

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
			<p>Relation patient - med peut être évolutive</p> <p>2- Répercussion du choix du pronom</p> <p><u>-embarras du MT</u> : le choix du pronom semble pourtant être plus le problème du médecin que du patient, c'est d'ailleurs cet embarras qui desservirait le plus la relation. Demander semble être une solution simple mais peu le font et puis comment demander?</p> <p><u>- relation thérapeutique</u> : 50% des médecins interrogés pensent que le choix du pronom influence, les autres ont du mal à se prononcer</p> <p>AU TOTAL: Si le tutoiement est souvent associé à une irréversibilité, cela peut s'envisager dans le cadre de la situation médicale, mais rend le médecin inconfortable. Il s'agit surtout de trouver la "bonne" distance professionnelle</p> <p>Forte ambivalence des médecins sur la question -reponses contradictoires et hétérogène, attendu car usage du pronom s'inscrit dans une dimension psycho-sociale propre à chacun</p>	<p>adaptés</p> <p>-biais de mémorisation</p> <p>-biais d'interprétation</p>	

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>L'adolescent, ses parents et leur médecin généraliste: Comment favoriser la consultation de l'adolescent sans ses parents, afin d'améliorer sa prise en charge, en médecine générale ? (50)</p> <p>Doudeau Y, 2017</p>	<p>Population: <u>Ado:</u> Adolescents, 15-18 ans 6 établissements, n= 1102 (577 garçons,525 filles) Milieu scolaire Hautes-Alpes Décembre 2016-Janvier 2017</p> <p><u>Médecins:</u> Médecins généralistes n=63 (34 hommes, 29 femmes) Hautes-Alpes Janvier 2017</p> <p><u>Parents:</u> Parents n=9 (uniquement des mères) Hautes-Alpes Mai-Juin 2016</p> <p>Critères d'inclusion: <u>Ado:</u> Adolescents 15-18 ans scolarisés dans les lycées des Hautes-Alpes</p> <p><u>Médecins:</u> Médecins généralistes installés dans les Hautes-Alpes</p> <p><u>Parents:</u> Parents d'adolescents de 15 à 18 ans scolarisés dans les Hautes-Alpes, assistant systématiquement aux consultations de leurs adolescents</p> <p>Critères d'exclusion: <u>Ado:</u> Adolescents déscolarisés Adolescents hospitalisés en</p>	<p>Schéma d'étude: <u>Ados et Médecins:</u> Etudes quantitatives épidémiologiques descriptives transversales</p> <p><u>Parents:</u> Etude qualitative par recueil de données de type entretiens semi-dirigés</p> <p>Mode de recueil des données: <u>Ado:</u> Auto-questionnaires anonymes administrés aux adolescents en salle de classe dans une unité de cours, distribués par le professeur pour les lycées polyvalents et généraux, par les infirmières pour les lycées professionnels et agricoles. 21 questions fermées, un item ouvert. Thèmes: accessibilité cabinet, caractéristiques sociales, carte vitale, modalités de réception, interaction, consultation seul, influence des parents, thèmes spécifiques à l'ado.</p> <p><u>Médecins:</u> Enquête de pratique au moyen d'auto-questionnaire anonyme en ligne, ou réponse par téléphone si médecin non à l'aise. 14 questions fermées, un item ouvert. Thèmes: caractéristiques sociales, mode de réception, confiance et influence, thèmes spécifiques à l'ado, information en salle d'attente.</p> <p><u>Parents:</u> Entretiens semi-dirigés téléphoniques, via une trame d'entretien évolutive au cours des différents entretiens. Thèmes: caractéristiques parentales, dépistage des comportements à risque, avis sur leur présence, possible changement.</p> <p>Méthode d'analyse:</p>	<p><u>Ados:</u> - Accès au cabinet jugé facile par 3 ados sur 4. - Peu d'adolescents sont en possession de leur carte vitale (43% à 16 ans, 78% à 18 ans) - 1 ado sur 4 à 18 ans n'a jamais été reçu seul. La proportion d'adolescents reçus seuls augmente avec l'âge. - Les filles sont moins souvent reçues seules que les garçons. - Les adolescents sont souvent amenés au cabinet par un tiers. - Le médecin s'adresse principalement à l'ado dans seulement 1/3 des cas, ce qui augmente avec l'âge. - Plus de 94% des adolescents sont en faveur ou ne sont pas en défaveur du fait d'être reçus seuls en consultation, ce qui augmente aussi avec l'âge. - Le médecin est plébiscité par l'adolescent pour être à l'initiative de la consultation seul. 1/4 des adolescents trouvent difficile de demander à leur parent de consulter seul. - Facteurs limitant la consultation seul: 1. le prix de la consultation, 2. la nécessité de RDV, 3. la peur du non-respect de la confidentialité, 4. l'accessibilité du cabinet - 1/3 des adolescents déclarent avoir déjà menti en consultation en présence de leur parents, ce qui baisse à 9% sans les parents. Cependant le mensonge est plus fréquents entre ados et médecins du même sexe.</p> <p><u>Médecins:</u> - 100% des médecins sont en faveur de la consultation sans les parents, mais moins de 70% la favorisent: soit en sensibilisant les parents pour la prochaine consultation, soit en demandant à l'adolescent s'il souhaite que le parent sorte, soit en demandant directement au parent de sortir. - La confidentialité n'est mise en exergue devant les parents que par un peu moins d'1/3 des médecins, un peu moins de 2/3 en parlent avec l'adolescent seul. - Pas d'information spécifique pour l'adolescent dans la salle d'attente chez 1 médecin sur 2</p>	<p>Forces: - Echantillon diversifiée de la population adolescente car petit département</p> <p>Limites: - Différences d'échantillonnage importantes entre les groupes - Ados issues d'un seul département donc diversifiée mais pas forcément extrapolable à la population française</p>	<p><u>Ados:</u> STROBE 19/27 (19 Oui, 8 Non, 7 non applicables donc non inclus) => Soit 70%</p> <p><u>Médecins:</u> STROBE 19/27 (19 Oui, 8 Non, 7 non applicables donc non inclus) => Soit 70%</p> <p><u>Parents:</u> CASP 1. Oui 2. Oui 3. Non 4. Oui 5. Oui 6. Non 7. Non 8. Ne sais pas 9. Oui 10.</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
	<p>psychiatrie ou dans d'autres services Adolescents scolarisés dans des unités médico-sociales Moins de 14 ans Plus de 19 ans Les lycéens suivis par leur propre parents médecin généraliste.</p> <p><u>Médecins:</u> Médecins travaillant dans des structures spécialisées pour adolescents ou centre médico-psychologiques</p> <p><u>Parents:</u> 0</p> <p>Objectif principal: s'intéresser successivement au point de vue des médecins, des adolescents et des parents pour favoriser la consultation de l'adolescent seul avec son médecin généraliste. Et essayer de proposer des moyens simples et réalistes pour favoriser cette consultation.</p>	<p><u>Ado et Médecins:</u> variables qualitatives et quantitatives décrites à l'aide de tableaux de contingence, de pourcentages et de tests statistiques. Test statistique retenue: Khi-2.</p> <p><u>Parents:</u> Analyse transversale puis analyse de contenu, par 2 opérateurs.</p>	<p><u>Parents:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 des 9 parents disent avoir déjà envisagé de laisser leur ado consulter seul, mais la moitié considèrent que cela nuirait à la consultation. - Si leur ado leur demandait, ils accepteraient tous une consultation seule, tout en se posant quelques questions en particulier sur la confidentialité. - Si le médecin demandait une consultation seule 8 accepteraient mais 4 sous condition que leur ado soit d'accord. Il existe toutefois des conditions: uniquement avec leur médecin traitant, suivant le motif de la consultation et pour certains avec un retour d'information. - la consultation seule doit être proposée au RDV d'avant ou lors de la prise de RDV. - Tous les parents ont déclaré que l'étude conduirait à une discussion, concernant une consultation seul, avec leur ado. <p>AU TOTAL: Ce qui ressort principalement de cette étude une fois la synthèse des 3 protagonistes faites est:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas mettre en place de consultation en 2 temps: avec les parents puis sans, mais plutôt proposer des consultation entières seul. - Parler de consultation seul est possible à chaque consultation - Promouvoir le fait d'avoir sa carte vitale - Convaincre les parents de proposer à l'ado de consulter seul - Avoir des informations dans la salle d'attente concernant la consultation seule mais aussi la santé de l'adolescent - Parler du secret médical, et ce en présence des parents - Communiquer avec l'adolescent directement - le problème du règlement de la consultation est une question à se poser, avec la possible mise en place d'une prise en charge totale par la sécurité sociale dispensant de l'avance des soins. 		<p>Valeur= moyenne (implications, enrichissement des connaissances mais validité externe moyenne)</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
<p>L'adolescent seul en consultation de médecine générale, intérêt et acceptabilité</p> <p>Auto-questionnaire auprès d'adolescents et de parents en médecine générale. (51)</p> <p>Sarfraz Y, 2017</p>	<p>Population: Adolescents 10-18 ans accompagné d'un de ses parents n= 145 ados et 145 parents</p> <p>Pays: France, Ile-de-France</p> <p>Structure: 8 cabinets, 1 centre de santé</p> <p>Années d'étude: Février 2014-Mars 2016</p> <p>Critères d'inclusion: Adolescents 10-18 ans consultant en cabinet de médecin générale en Ile-de-France accompagné d'un de ses parents.</p> <p>Critères d'exclusion: 0</p> <p>Objectif principale: Évaluer si les parents acceptent que les adolescents soient vus seul, ce que les adolescents en pensent et les facteurs pouvant influencer leur choix</p>	<p>Schéma d'étude: Étude quantitative épidémiologique descriptive et analytique</p> <p>Mode de recueil des données: Auto-questionnaire distribué sous format papier à un adolescent accompagné d'un parent, en consultation de médecine générale. Ils étaient remplis en salle d'attente ou en présence du médecin. Élaborés sur un travail de recherche bibliographique. <i>Questionnaire parents (11 items):</i> caractéristiques, choix concernant la consultation, raison, sujets à aborder, confidentialité. <i>Questionnaire adolescents (7 items):</i> caractéristiques, configuration de consultation souhaitée, déjà vu médecin seul, ressenti, inquiétudes.</p> <p>Méthode statistique: Analyse en pourcentage des réponses au questionnaire puis Test du chi 2 et test de concordance.</p>	<p>n= 145 parents et adolescents</p> <p>Parents: - Une grande majorité des parents accepteraient que leur enfant soit vu seul durant la consultation, d'autant plus si c'est uniquement durant une partie de la consultation. Préférentiellement en milieu d'adolescence. - Leurs réticences concernaient plutôt le fait d'être informé de leur état de santé, pouvoir les aider s'il y a une prise éventuelle de traitement, ou encore que l'ado se sente rassuré et puisse communiquer. - Plus de 60% des parents pensaient que le médecin devait les informer de l'intégralité de la consultation et qu'il n'y avait pas de confidentialité.</p> <p>Adolescents: - Près de la moitié des adolescents déclaraient ne pas avoir de préférence concernant le fait de consulter seul, ou même environ 40% déclaraient préférer être accompagné. - Leurs réticences à voir le médecin seul concernaient principalement le fait qu'ils étaient timides ou que le parent comprenait mieux ce que dit le médecin. Ils étaient près de la moitié à se dire moins à l'aise en consultant seuls.</p> <p>Analyse statistique: - Les pères acceptaient plus fréquemment que les mères que l'enfant soit vu seul en consultation. - Plus le niveau d'étude des parents était élevé, plus ils acceptaient que l'adolescent soit vu seul en début ou milieu d'adolescence. - Les parents d'origine autre que la métropole française ou les DOM-TOM répondaient majoritairement devoir être informés de la totalité de la consultation sans notion de confidentialité. - Les adolescents les plus jeunes préféraient être accompagnés de leurs parents, les plus âgés n'avaient pas de préférence.</p>	<p>Forces: - Interrogation directe des parents et des adolescents concernant leur avis sur le fait de consulter seul.</p> <p>Limites: - Biais de mesure: Le recueil des données était réalisé en présence des parents ce qui peut influencer les réponses des ados, en particulier sur leur envie d'être vu seul en consultation. - Biais de recrutement: population faible et concentrée en Ile-de-France. - Peu de grands adolescents dans la population ce qui peut fausser les réponses quant au fait d'être vu seul. - Questionnaires non validés avec des questions fermées.</p>	<p>STROBE 20/26 (20 Oui, 6 Non, 8 Non applicable donc non inclus) => Soit 77%</p>

Article (titre, nom auteur, date de publication, journal)	Cadre de l'étude (population (critères inclusion / exclusion - n),pays, structure, objectif principal, année d'étude)	Méthode (schéma d'étude, mode de recueil des données, critère de jugement principal, indicateur (mode de recueil de données / méthode stat utilisée))	Synthèse des résultats	Limites/forces	Qualité (évaluation des biais)
			<p>- La majorité des adolescents n'ayant jamais vu de médecin seul, déclaraient préférer être accompagnés.</p> <p>- Absence de concordance entre les réponses des adolescents et les réponses des parents</p> <p>AU TOTAL: 2/3 des parents déclarent accepter que l'adolescent soit vu seul en consultation alors que près de la moitié des adolescents déclare ne pas avoir de préférence et même plus d'un tiers préfère être accompagné.</p> <p>Ils déclarent pourtant ne pas pouvoir parler de tout en présence des parents et se confier plus facilement lorsqu'ils sont seuls.</p> <p>La confidentialité est un sujet majeur dont les parents n'ont que peu conscience concernant la consultation de leur adolescent.</p> <p>Le fait de voir seul l'adolescent doit prendre en compte l'avis des parents et l'avis des adolescents.</p>		

Bibliographie

1. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. Paris: Masson; 2000.
2. World Health Organisation. Adolescent Health [Internet]. 2021 [Consulté le 22 Juin 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
3. Haute autorité de santé. Proposition portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destiné aux médecins généralistes, pédiatres, et médecins scolaires [Internet]. 2005 [Consulté le 22 Juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires
4. Alvin P, Binder P, Bord S, Buttet P, de Lamare C, Delvot MC et al. Entre Nous Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent [Internet]. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé; 2009 [Consulté le 22 Juin 2021]. Disponible sur: https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf
5. L'assurance Maladie. Comprendre les changements à la puberté [Internet]. 2020 [Consulté le 25 Juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/comprendre-mecanismes-puberte>
6. Bouvattier C. Puberté normale et pathologique. Rev Prat. 2019;69(8):263-269.
7. Godeau E, Spilka S, Ehlinger V, Sentenac M, Pacoricona Alfaro D. Comportements de santé et bien être des élèves de 11, 13 et 15 ans dans 44 pays ou régions d'Europe et au Canada. Résultats de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) et EnCLASS France 2018 [Internet]. Rennes: EHESP; 2020 [Consulté le 30 Juin 2021]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Comparaisons-internationales-comportements-de-sante-HBSC-EnCLASS-2018-synthese.pdf>
8. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes, analyse du baromètre de la santé 2010 [internet]. 2013 [Consulté le 30 Juin 2021]. Disponible sur: [https://www.psychanalyse.com/pdf/COMPORTEMENTS%20DE%20SANTE%20DES%20JEUNES%20-%20ANALYSES%20DU%20BAROMETRE%20SANTE%202010%20\(346%20Pages%20-%2006.2%20Mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/COMPORTEMENTS%20DE%20SANTE%20DES%20JEUNES%20-%20ANALYSES%20DU%20BAROMETRE%20SANTE%202010%20(346%20Pages%20-%2006.2%20Mo).pdf)
9. Binder P. Les ados qui vont bien [Internet]. Groupe ADOC; 2017 [Consulté le 2 Juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.medecin-ado.org/comment-vont-les-adolescents/les-ados-qui-vont-bien>
10. Jusselme C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 [Internet]. INSERM; 2015 [Consulté le 2 Juillet 2021]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/le-nouveau-visage-de-nos-adolescents/18400/>
11. Organisation Mondiale de la Santé. Santé des adolescents et des jeunes adultes [Internet]. 2021 [Consulté le 17 Juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

12. World Health Organisation. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata [Internet]. WHO; 1978 [Consulté le 23 Juin 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
13. Code de la santé Publique. Article L4130-1.
14. Conseil National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S [Internet]. [Consulté le 26 juin 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
15. Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste “médecin traitant” [Internet]. SFMG; 2010 [Consulté le 26 Juin 2021]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/publications/les_publications/le_patient_et_son_generaliste_medecin_traitant.html
16. Alvin P, Bellaton E. Adolescent : comment amorcer le dialogue. Rev Prat. 2003;17(625):1174-1177.
17. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. Rev Prat. 2005;55(10):1073-1077.
18. Code de la santé publique. Article L2325-1.
19. Code de l'éducation. Article L541-1.
20. Gaudron G, Pinville M. Rapport d'information, comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire [Internet]. Assemblée Nationale; 2011 [Consulté le 14 Juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>
21. Assurance maladie. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent (Internet). AMELI; 2021 [Consulté le 16 Juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>
22. Jacod T. Optimisation de l'organisation des consultations de prévention à destination des adolescents en médecine de premier recours [Thèse d'exercice : médecine générale]. Rennes: Université de Rennes 1; 2017.
23. Aubessard M, Dominguez A, Corlouer M. Comment aborder la santé des adolescents de 11 à 16 ans dans un auto-questionnaire en vue d'une consultation chez le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice : médecine générale]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2020.
24. Mulard H. Freins et facteurs favorisant pour le médecin généraliste à la sortie de l'accompagnant lors d'une consultation avec un adolescent. Étude qualitative auprès de 23 médecins généralistes en Aquitaine [Thèse d'exercice : médecine générale]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
25. Minster Pruvost A. Évaluation des principaux freins rencontrés par les adolescents dans leur démarche de prévention en santé auprès des médecins généralistes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 27 adolescents de 13 à 16 ans [Thèse d'exercice : médecine générale]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.

26. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Thèse d'exercice : médecine générale]. Nantes: Université de Nantes; 2009.
27. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. Thèse de médecine, Rouen: Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen; 2014.
28. Housseau B. Un outil pour pratiquer l'éducation pour la santé avec les adolescents. *Santé homme*. 2009;404:4-6.
29. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019; 366:1-7.
30. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of intervention. *BMJ* 2016; 355:1-6.
31. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklists [Internet]. CASP; 2022 [Consulté le 6 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
32. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinesither Rev* 2015;15(157):34-38.
33. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev* 2015; 15(157):39-44.
34. VanDevanter NL, Messeri P, Middlestadt SE, Bleakley A, Merzel CR, Hogben M et al. A community-based intervention designed to increase preventive health care seeking among adolescents: the Gonorrhea Community Action Project. *Am J Public Health*. 2005;95(2):331-337.
35. Pommier J, Deschamps JP, Romero MI, Zubarew T, Billot L, Crema D, et al. Attitudes à l'égard des soins formels et informels : comparaison d'adolescents français et chiliens. *Santé Publique*. 2002;14(4):371-387.
36. Karrer M, Buttet P, Vincent I. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées. *Santé Publique*. 2008;20(1):69-80.
37. Lewin W, Knäuper B, Roseman M, Adler P, Malus M. Detecting and addressing adolescent issues and concerns: evaluating the efficacy of a primary care previsit questionnaire. *Can Fam Physician*. 2009;55(7):742-743.
38. Miller V, Silva K, Friedrich E, Robles R, Ford C. Efficacy of a Primary Care-Based Intervention to Promote Parent-Teen Communication and Well-Being: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr*. 2020;222:200-206.
39. Richardson L, Parker EO, Zhou C, Kientz J, Ozer E, McCarty C. Electronic Health Risk Behavior Screening With Integrated Feedback Among Adolescents in Primary Care: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2021;23(3):1-12.
40. Martyn KK, Munro ML, Darling-Fisher CS, Ronis DL, Villarruel AM, Pardee M, et al. Patient-centered communication and health assessment with youth. *Nurs Res*. 2013;62(6):383-393.
41. Knishkowsky B, Schein M, Kiderman A, Velber A, Edman R, Yaphe J. Preventive adolescent health care in family practice: a program summary. *ScientificWorldJournal*. 2006;6:619-627.

42. Henzler M, Olechnowicz S, Jacewicz J, Papaj B, Nitsch-Osuch A, Bogdan M. Prophylactic medical examination of 15/16 year old from the Warsaw Agglomeration. Evaluation of the implementation of standards in practice. *Pol Med J.* 2021;49(290):114-118.
43. Sanci L, Chondros P, Sawyer S, Pirkis J, Ozer E, Hegarty K et al. Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing. *PLoS One.* 2015;10(9):1-24.
44. Olson AL, Gaffney CA, Hedberg VA, Gladstone GR. Use of inexpensive technology to enhance adolescent health screening and counseling. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(2):172-1777.
45. Abadie B, Denante E. Faut-il ouvrir un nouvel espace à la relation médecin généraliste-adolescent? Une étude qualitative en miroir [Thèse d'exercice : médecine générale]. Marseille: Aix-Marseille Université; 2019.
46. Wojtarkowski A. Le secret médical de l'adolescent en médecine générale: représentations, expériences et opinions des mineurs de 14 à 18 ans Etude qualitative par focus group auprès de 6 établissements scolaires en Gironde [Thèse d'exercice : médecine générale]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
47. Le Goff P. Le tutoiement et le vouvoiement des adolescents en consultation de médecine générale: représentations et attentes des adolescents [Thèse d'exercice : médecine générale], Rennes: Université Bretagne Loire; 2019.
48. De Madre C, Blanchet F. Point de vue des parents autour de la consultation de leur adolescent chez le médecin généraliste dans les deux Savoies: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice : médecine générale]. Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2019.
49. Fohanno L. Étude des déterminants de l'usage du tutoiement et du vouvoiement de l'adolescent par le médecin généraliste et des répercussions potentielles dans la relation thérapeutique [Thèse d'exercice : médecine générale]. Rennes: Université de Rennes; 2015.
50. Doudeau Y. L'adolescent, ses parents et leur médecin généraliste: comment favoriser la consultation de l'adolescent sans ses parents, afin d'améliorer sa prise en charge, en médecine générale ? Enquêtes auprès d'adolescents, de parents et de médecins généralistes dans le département des Hautes-Alpes [Thèse d'exercice : médecine générale]. Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2017.
51. Sarfraz Y. L'adolescent seul en consultation de médecine générale : intérêt et acceptabilité Auto-questionnaire auprès d'adolescents et de parents en médecine générale [Thèse d'exercice : médecine générale]. Paris: Université Pierre et Marie Curie – Paris 6; 2017.
52. Le Lay E, Housseau B. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent [Internet]. INPES, 2009 [Consulté le 26 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/11/Inpes.Dialogue-avec-ado.2009.pdf>
53. Bego Y, Hita M, Huet M. Ressentis, attentes et freins des adolescents, des parents d'adolescents et des médecins concernant un auto-questionnaire de pré-consultation en médecine générale [Thèse d'exercice : médecine générale]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2020.
54. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008,19(84):142-145.

55. De Chanaud N. Types d'études quantitatives [Internet]. LEPCAM; 2016 [Consulté le 26 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quantifi/>
56. Santé publique France. Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive [Internet]. Santé publique France; 2020 [Consulté le 27 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/un-nouvel-outil-d-information-pour-mieux-choisir-sa-methode-contraceptive>
57. Santé publique France. Santé publique lance une nouvelle campagne: "Faire bouger les ados, c'est pas évident. Mais les encourager c'est important." [Internet]. Santé publique France; 2022 [Consulté le 27 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-publique-france-lance-une-nouvelle-campagne-faire-bouger-les-ados-c-est-pas-evident.-mais-les-encourager-c-est-important>
58. Mansour Z. en patientant [Internet]. CRES PACA; 2017 [Consulté le 27 Septembre 2022]. Disponible sur: <http://www.enpatientant.fr/>
59. Grohan N. Les actions en milieu scolaire [Internet]. Génér'action Solidaire; 2013 [Consulté le 27 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://generation-solidaire.fr/intervention-en-milieu-scolaire/>
60. Faurens F. Quiz santé [Internet]. IDS media; 2012 [Consulté le 28 Septembre 2022]. Disponible sur: <http://quiz-sante.fr/>
61. Brochard JF. Chaîne rose [Internet]. Roche; 2012 [Consulté le 28 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.lachainerose.fr/>
62. Agence Régionale de Santé Ile-De-France. Constituer une CPTS en Ile-De-France - guide pratique [Internet]. ARS Ile-De-France; 2017 [Consulté le 28 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/constituer-une-cpts-en-ile-de-france-guide-pratique>
63. Hôpital Ambroise Paré. Secret professionnel et devoir de discrétion [Internet]. Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage. [Consulté le 29 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.hap.be/cmsfiles/file/Comite%20ethique/CHUPMB%20-%20Brochure%20secret%20professionnel%20-%20GED-INFO-00092.pdf>
64. Libert B. Secret professionnel et devoir de discrétion : nous sommes tous concernés! [Internet]. Centre Hospitalier Universitaire de Namur; 2017 [Consulté le 29 Septembre 2022]. Disponible sur: https://www.chuclinamur.be/wp-content/uploads/2021/01/2017-10-19_secret_professionnel_brochure_a5_web_v03.pdf
65. Dufaux B, Dubois C, Stromstedt Comerati A. Le secret professionnel [Internet]. Ecole des Parents et des Educateurs d'Ile de France; 2022 [Consulté le 29 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/le-secret-professionnel-un-secret-particulier-5197>
66. McKee D, Rubin S, Campos G, O'Sullivan L. Challenges of providing confidential care to adolescents in urban primary care : clinician perspectives. Ann Fam Med. 2011;9:37-43.
67. Binder P. Les outils utilisables en consultation [Internet]. Groupe ADOC. [Consulté le 29 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.medecin-ado.org/boite-a-outils-heading/les-outils-utilisables-en-consultation>
68. L'Assurance Maladie. La carte vitale [Internet]. 2022 [Consulté le 22 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/landes/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/carte-vitale>

69. Dufaux B, Dubois C, Stromstedt Comerati A. Je suis jeune ... et j'(m')assure! [Internet]. Ecole des Parents et des Educateurs d'Ile de France; 2021 [Consulté le 29 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/je-suis-jeune-et-jm-assure-6467>
70. Libault D. La sécu, c'est quoi? [Internet]. EN3S. [Consulté le 29 Septembre 2022]. Disponible sur: <https://secu-jeunes.fr/secu-cest-quoi/>
71. L'assurance maladie. Contraception et consultation gratuite pour les moins de 26 ans : mode d'emploi [Internet]. L'Assurance maladie; 2022 [Consulté le 01 Octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/contraception-et-consultation-gratuite-pour-les-moins-de-26-ans-mode-d-emploi>
72. Tsai-Yan L, Pourquoi les médecins généralistes reçoivent un adolescent seul ou accompagné en consultation ? [Thèse d'exercice : médecine générale]. Poitiers: Université de Poitiers; 2016.
73. Ministère de la santé et des solidarités. Guide Pratique Protection de l'enfance Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2011 [Consulté le 31 Octobre 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_protectenfance_prevention.pdf
74. Santé Publique France. Enfants et jeunes [Internet]. 2019 [Consulté le 31 Octobre 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
75. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development. Adolescent Health Services Missing Opportunities. Washington: National Academies Press; 2009.
76. Society for Adolescent Health and Medicine. The Adolescent Interview [Internet]. 2020 [consulté le 31 Octobre 2022]. Disponible sur: https://www.adolescenthealth.org/SAHM_Main/media/LearningModules/adol-interview/content/index.html#/lessons/GSNBm27CaAnXiMGVPPIIZwsn-PZmLUBp
77. Ford C, English A, Sigman G. Confidential Health Care for Adolescents: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health 2004;35:160-167.

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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