

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 9 novembre 2017 à Poitiers
par **Mademoiselle Hélène MASSON**

Mise à jour du site internet destiné aux médecins généralistes :
« Un adolescent peut en cacher un autre »

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres :

Madame le Docteur Amélie BOUREAU-VOULTOURY

Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépto-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL, vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Denis ORIOT, vous avez accepté de faire partie de ce jury. Je vous en remercie ainsi que pour vos enseignements et votre disponibilité lors de mon passage en pédiatrie. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Madame le Docteur Amélie BOUREAU-VOULTOURY, j'ai eu la chance de travailler auprès de toi pendant quelques mois. Merci pour ton encadrement, d'avoir partagé tes connaissances et de m'avoir fait découvrir et aimer le monde de la pédiatrie. Tu me fais l'honneur d'accepter de juger ce travail et je t'en remercie sincèrement.

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER, je vous remercie vivement de la confiance que vous m'avez accordée pour la réalisation de ce travail ainsi que pour votre encadrement, notamment pour votre grande disponibilité et votre réactivité. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A l'ensemble de mes maîtres de stage qui ont su, chacun dans leur domaine, me partager leurs connaissances et leur pratique afin que je puisse fonder la mienne. Je vous en remercie.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail de thèse : mes relecteurs, mon formateur Zotero, et ceux qui ont pris le temps de me partager leurs avis, merci.

A mes parents, merci d'être là depuis le début, de me faire confiance, de m'avoir soutenue (et supportée) lors de chaque difficulté, et d'être là, toujours et encore. Je ne le dis jamais et pourtant je vous aime !

A ma sœur Myriam et à mon frère Paul, parce que malgré la distance et nos différences, vous avez toujours la première place. Merci pour votre présence. Et à Stéphane et Angélique, merci de savoir révéler ce qu'il y a de plus beau en eux.

A Béatrice et Renaud, Blandine et Etienne, Paul, et Simon : il n'y a pas de mot pour décrire tout ce que vous m'avez apporté. Vous savez à quel point je tiens à vous. Merci de toujours faire tourner les Moulins de mon cœur.

Et à Jeanne, j'ai hâte de te voir grandir !

A Catherine, Ophélie, Philippe et Mathieu, merci pour votre amitié si précieuse et si forte à la fois. Vous me faites rire, même si la réciproque n'est pas toujours vraie !

Aux Poitevins qui m'ont accueillie, tout spécialement à Anne-Caroline, Sophie et Thérèse : merci d'avoir accepté mes traditions et de m'avoir partagé vos coutumes, aussi étranges soient-elles !

A mes ami' Missio Diane, Pauline, Sarah, Hilaire et Martin : merci de m'aider à recharger les batteries chaque semaine.

Merci à l'ensemble de mes co-internes, plus particulièrement à :

- Alexia, Charlotte, Estelle, Marie A, Pauline, Olivier et Théophile : pour avoir rendu ce semestre d'urgences contre toute attente si agréable
- Stéphanie : pour avoir été ma coach d'internat, je suis « contente contente » de t'avoir eue pour modèle !
- Mailys, Marie J, Marina, Erwan et Théophile (encore !) : pour la bonne humeur partagée durant ce semestre de pédiatrie
- Claire, Axel et Julien : pour tous ces beaux moments. Grâce à vous, tout Poudlard envie notre prose et nos vers !

A Toi, Eternellement.

Table des matières

1) Introduction	1
1.1) Présentation du site internet « Un adolescent peut en cacher un autre »	1
1.1.1) Contexte.....	1
1.1.2) Histoire du site internet	2
1.1.3) Structure du site.....	3
1.2) Arguments à l'origine de la décision de mise à jour du site internet	9
1.2.1) L'augmentation des tentatives de suicide	9
1.2.2) L'impact positif d'une prise en charge précoce sur la santé des adolescents.....	9
1.2.3) Les modifications de comportement des adolescents.....	9
1.2.4) L'importance de l'accès à des sites internet médicaux	11
1.2.5) La parution de nouvelles données scientifiques.....	12
1.3) Objectifs du travail.....	13
2) Méthodes	14
2.1) Détermination des modifications de structure nécessaires.....	14
2.1.1) Consultation des règles de mise à jour d'un site internet.....	14
2.1.2) Consultation de la communauté médicale	16
2.1.3) Inspiration architecturale issue d'un autre site médical.....	18
2.1.4) Synthèse des lignes directrices à suivre	19
2.2) Reprise de l'ensemble des fiches structurant le site internet.....	20
2.3) Les moyens bibliographiques	21
2.3.1) La rubrique « Comprendre »	22
2.3.2) La rubrique « Repérer ».....	23
2.3.3) La rubrique « Accompagner ».....	24
2.4) Les moyens financiers.....	24

3) Résultats	25
3.1) Modification de contenant.....	25
3.1.1) L'accès au site	25
3.1.2) La structure du site	25
3.1.3) La structure des pages	28
3.1.4) La charte graphique	29
3.2) Modification de contenu : fiches, images et vidéos.....	32
3.2.1) Mise à jour des fiches	32
3.2.2) Mise à jour des images	35
3.2.3) Mise à jour des vidéos	40
3.3) Mise en ligne du site internet mis à jour	41
4) Discussion	42
4.1) Forces du travail.....	42
4.1.1) Intérêt de la présence d'informations synthétisées	42
4.1.2) Augmentation de l'attractivité	43
4.1.3) Augmentation de l'accessibilité grâce à deux outils phares	43
4.1.4) Comparaison avec d'autres sites internet	44
4.2) Limites des mises à jour.....	45
4.2.1) Présence d'une trame préexistante	45
4.2.2) Consultation de la communauté médicale	45
4.2.3) Part aléatoire laissée à la société informatique.....	46
4.2.4) Incertitudes concernant les attentes des médecins vis-à-vis des adolescents.....	46
4.2.5) Les limites financières.....	47
4.3) Avenir du site internet	48
4.3.1) Fonctionnalité.....	48
4.3.2) Mises à jour.....	48

4.3.3) Diffusion du site	48
4.3.4) Labellisation	48
5) Conclusion	51
Glossaire	52
Références bibliographiques	53
Annexes.....	58
Annexe n°1 : arborescence du site internet avant modification	58
Annexe n°2 : exemple de fiche avant modification	61
Annexe n°3 : tableau de suivi de révision des fiches.....	63
Annexe n°4 : arborescence du site internet après modification.....	64
Annexe n°5 à 30 : fiches après modification	67
Résumé et mots-clés.....	140
Serment d'Hippocrate	141

1) Introduction

1.1) Présentation du site internet « Un adolescent peut en cacher un autre »

1.1.1) Contexte

Le suicide est la première cause de mortalité dans le monde chez les filles de 15 à 19 ans (1), et la seconde chez les jeunes en Europe, tous sexes confondus (2). En France, le taux de suicide pour 100 000 adolescents âgés de 15 à 19 ans est de 5,8 pour les garçons et de 2,3 pour les filles (3). Le taux d'idées suicidaires et de tentatives de suicides est lui bien plus élevé puisqu'il est de 10,5% en Europe (4).

Si les tentatives de suicides sont rarement suivies d'un décès, on observe néanmoins chez les jeunes suicidants une augmentation significative du nombre de morts violentes (5) et, à l'âge adulte, une majoration des problèmes mentaux chroniques, des actes de violences, des désinsertions sociales, mais aussi de la survenue de pathologies organiques (6), arguments encourageant à favoriser un dépistage précoce des conduites suicidaires.

De plus, on note que 45% des suicidés et 60% des suicidants (tout âge confondu) ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant leur geste (7) et que 80% des adolescents consultent leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année (8) ce qui reflète un problème de dépistage des conduites suicidaires bien plus que d'accessibilité.

C'est dans ce contexte que le site internet « Un adolescent peut en cacher un autre » prend toute sa place : destiné à informer les médecins généralistes et plus largement les médecins libéraux sur l'accueil de l'adolescent, le dépistage des conduites à risque dans cette population, et leur prise en charge, il constitue une banque de données vaste et précieuse et est un outil pouvant améliorer le repérage et la prise en charge des idées suicidaires.

1.1.2) Histoire du site internet

Sa création fait suite aux résultats de l'enquête Lycoll (9). Réalisée en 1999, elle mettait en évidence le possible rôle du médecin généraliste dans le domaine de la prise en charge des conduites à risque chez les adolescents. En effet, cette étude réalisée auprès d'élèves de troisième et de seconde en Charente-Maritime (département 17) révélait l'importance locale du phénomène de tentative de suicide (11%) et montrait en parallèle qu'une grande proportion de suicidants (60%) non pris en charge sur le plan médical avait cependant consulté leur médecin généraliste l'année précédente pour des motifs divers.

Suite à cette étude, un appel aux médecins généralistes, psychiatres et pédiatres libéraux du département a alors été lancé afin de trouver des solutions applicables en médecine libérale. Les médecins ayant répondu à cet appel sont à l'origine de la fondation, en juillet 2001, du groupe « ADOC » (ADOlescents et Conduites à risque), association régie par la loi 1901 et service de « RELAIS 17 ». Le but d'ADOC est de mettre au point, de tester et d'évaluer des outils de dépistage, d'accueil et d'accompagnement des adolescents en situation de mal être ou à risque suicidaire dans le cadre de soins primaires. Le groupe qui comprenait initialement 17 médecins généralistes et 3 psychiatres est désormais constitué de 20 médecins généralistes et d'un psychiatre.

Grâce aux concertations de ce groupe, un premier test de dépistage du risque suicidaire chez les adolescents est mis au point en 2001. Nommé « TSTS CAFARD », il est composé de 4 questions, elles-mêmes complétées par 5 critères de gravité. Il a ensuite été validé en 2002 (10) auprès de 40 médecins généralistes des Deux-Sèvres (département 79).

L'apport de ce test ainsi que sa facilité d'utilisation ont rendu nécessaire sa diffusion auprès des médecins généralistes, initialement en 2003 via une plaquette cartonnée. Suite à un reportage de la chaîne TF1 sur le TSTS CAFARD, naît l'idée de créer un CD ROM sur le sujet, regroupant différents types d'informations à savoir des textes et animations informatifs, des documents de références, des bandes dessinées, des consultations interactives, une boîte à outils, des interviews d'experts et des extraits d'émissions télévisées. Il est commercialisé à partir de septembre

2008 et obtient le Grand Prix du CD ROM Médical aux entretiens de Bichat cette même année. Il est ensuite largement diffusé notamment à l'ensemble des facultés de médecine, des services de santé scolaire, des services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ainsi qu'aux médecins de l'Education Nationale. C'est finalement sa mise en ligne en 2011 qui signe la fin de sa commercialisation et le début de son accès en libre service à tous les praticiens, via internet. Il n'a depuis subi aucune modification.

La réalisation du CD ROM et la mise en ligne du site internet avaient à l'époque été confiées à la société de programmation informatique ADDEO ; les dessins, eux, avaient été réalisés par SERDU, dessinateur et illustrateur de presse. Le projet avait alors pu être financé par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) régional ainsi que par la Fondation de France.

1.1.3) Structure du site

Le site internet « Un adolescent peut en cacher un autre » est accessible via différents moteurs de recherche ainsi qu'à l'adresse « www.medecin-ado.org ». Grâce aux mots-clés « médecin » et « adolescent », il est le premier site proposé par le moteur de recherche « Google ». Néanmoins, fonctionnel depuis 2011, il n'est pas adapté à un accès par un smartphone.

La page d'accueil

Elle permet d'accéder aux six rubriques principales :

- « Comprendre l'adolescent »
- « Repérer les comportements suicidaires »
- « Accompagner les adolescents à risque »
- « Consultations : 3 bandes dessinées (BD) + 1 jeu »
- « Le test TSTS CAFARD »
- « Boîte à outils »

La page d'accueil permet également d'accéder à un éditorial, à une page de présentation du groupe ADOC ainsi qu'à un moyen de le contacter, à des informations sur la réalisation du site, à la bibliographie du site, à des conseils de configuration, au documentaire réalisé par TF1 ainsi qu'à un formulaire permettant l'obtention du CD ROM initialement créé.



Figure n°1 - Page d'accueil du site

Lorsque l'on accède au site, une animation accompagnée d'un fond sonore fait apparaître les 6 rubriques principales successivement.

Les rubriques principales

Chaque rubrique est découpée en sous-parties, elles-mêmes divisées en plusieurs pages selon une arborescence décrite dans l'annexe n°1.

Les trois premières rubriques correspondent à des pages informatives sur l'adolescent :

- « Comprendre l'adolescent » est divisée en 3 sous-parties et 10 pages
- « Repérer les comportements suicidaires » est divisée en 2 sous-parties et 9 pages
- « Accompagner les adolescents à risque » est divisée en 2 sous-parties et 5 pages

Toutes les pages de ces trois premières rubriques ont une structure commune illustrée ci-dessous et composée :

- d'un bandeau supérieur permettant de rejoindre chacune des six rubriques principales depuis n'importe quelle page
- d'une colonne principale médiane
- d'une colonne latérale gauche

La colonne médiane comporte les informations principales et est morcelée en fenêtres distinctes pour chaque nouveau paragraphe. La première fenêtre comporte le sommaire de la page.

Dans la colonne latérale gauche, on retrouve un accès au sommaire de la rubrique consultée ainsi qu'à des vidéos d'experts ou issues de reportages télévisés.

The image shows a screenshot of a website page with several numbered callouts (1-7) pointing to specific elements:

- 1:** Points to the main title "UN ADOLESCENT PEUT EN CACHER UN AUTRE".
- 2:** Points to the navigation menu with three items: "COMPRENDRE...", "REPERER...", and "ACCOMPAGNER...".
- 3:** Points to the page title "Comment vont les adolescents ?" and the sub-title "Les ados qui vont bien".
- 4:** Points to the "Sommaire" (Summary) section, which lists key findings from the source text.
- 5:** Points to the "Ils ont confiance dans leur famille" section, which includes a bar chart comparing family life satisfaction for boys (74%) and girls (67%).
- 6:** Points to the left sidebar menu, specifically the "Comment vont les adolescents ?" section.
- 7:** Points to a video player icon in the sidebar with the text "Comment vont les ados ? Mme Choquet Marie, Epidémiologiste - Paris".

The page content includes a source citation: "RUFON CHOQUET.M. 'Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Edition Anne Carrière 2007. 510 p." and a bar chart titled "Vie familiale est agréable, détendue" showing 74% for boys and 67% for girls.

Figure n°2 - Structure d'une page

Légende :

Haut de page :

- 1 : nom du site
- 2 : bandeau de repérage
- 3 : nom de la page

Colonne principale :

- 4 : première fenêtre avec le sommaire de la page
- 5 : nouvelle fenêtre pour chaque paragraphe

Colonne latérale gauche :

- 6 : sommaire de la rubrique
- 7 : vidéos d'expert ou issues de reportages télévisés

Les trois autres rubriques correspondent à des pages à visée pratique et sont structurées selon le même principe.

La rubrique « Consultations : 3 BD + 1 jeu » donne accès à un jeu de consultation interactive ainsi qu'à trois histoires cliniques illustrées :

The screenshot shows a web application interface. At the top right, there are 'Retour' and 'Fermer' buttons. The main title is 'UN ADOLESCENT PEUT EN CACHER UN AUTRE'. Below the title, there is a navigation bar with three options: 'COMPRENDRE...', 'REPERER...', and 'ACCOMPAGNER...'. Underneath these are three sub-options: 'Consultations', 'Le test "TSTS-cafard"', and 'Boîte à outils'. The 'Consultations' section is active. It contains a play button icon and the text 'Le Jeu d'une consultation interactive. Cette adolescente vient pour un motif bien banal. Que fais-je habituellement de ce type de demande ? Que pourrais-je en faire ? Le jeu de l'interaction permet d'explorer toutes les pistes, à chacun de faire son choix ...'. Below this text is a button labeled 'Démarez le jeu !' next to a small illustration of a woman. A box with the number '1' and an arrow points to this button. Further down, there is text about 'Trois histoires cliniques illustrées ...' followed by three bullet points. Below the text are three small illustrations of people, each with a play button icon. A box with the number '2' and an arrow points to these illustrations. The illustrations are labeled 'BD n°1 : Amélie', 'BD n° 2 : Cédric', and 'BD n°3 : Isa'.

Figure n°3 – Rubrique « Consultations : 3 BD + 1 jeu »

Légende :

1 : jeu de consultation interactive

2 : trois histoires cliniques illustrées

La rubrique « Le test TSTS CAFARD » permet d'accéder à un calculateur de score (en cliquant sur les catégories concernées, le nombre de points s'affiche) :

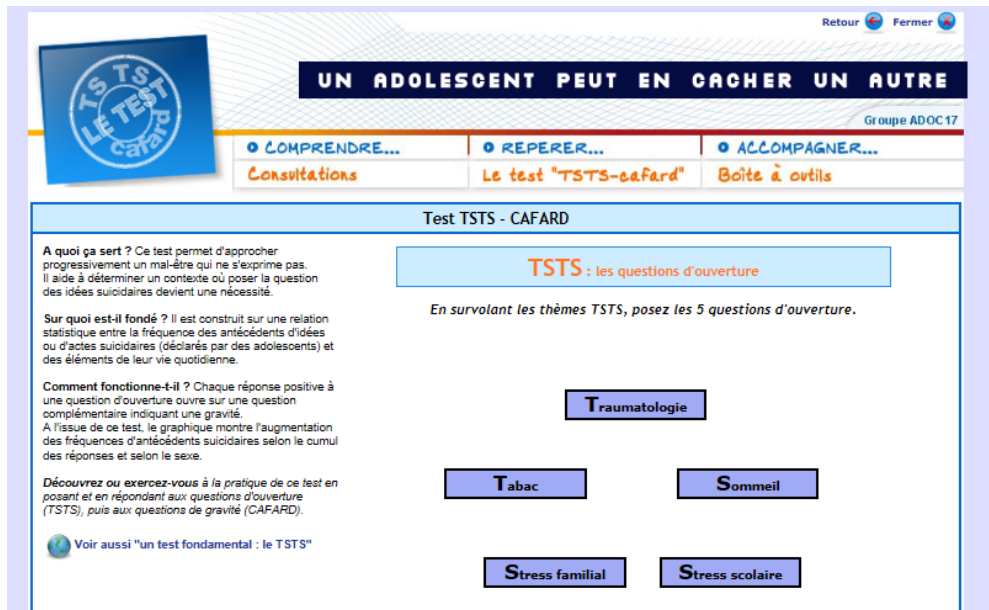


Figure n°4 – Rubrique « Le test TSTS CAFARD»

La « Boîte à outils », quant à elle, liste les outils et tests simples utilisables en consultation et que l'on peut sélectionner selon plusieurs critères (l'objectif, le vecteur nécessaire et la durée) :

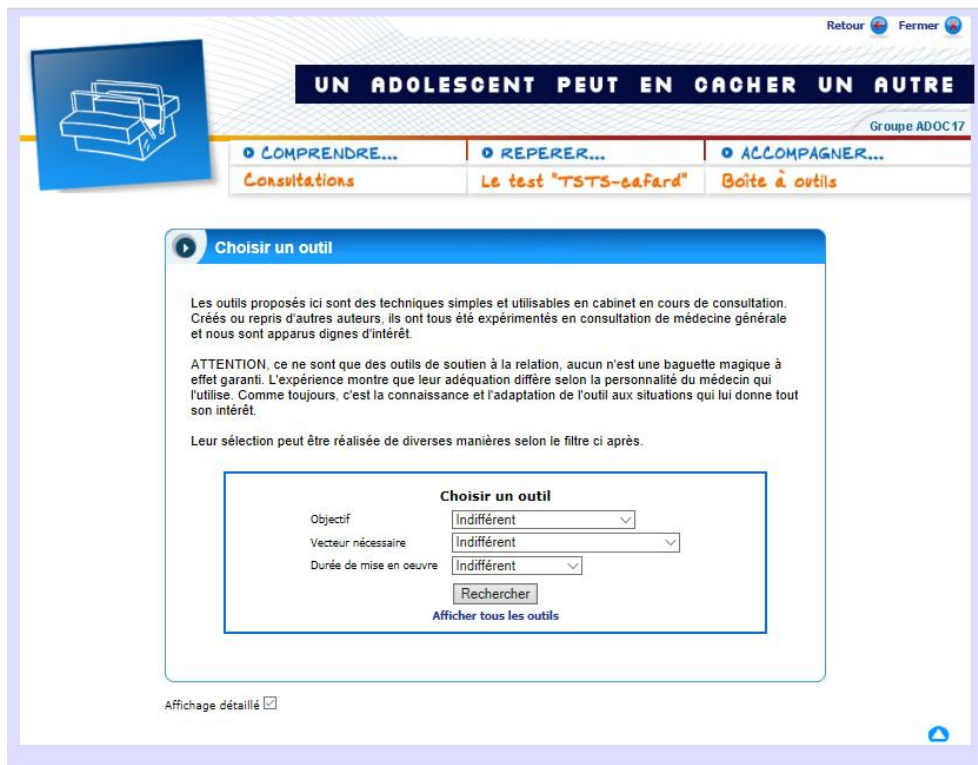


Figure n°5 – Rubrique « Boîte à outils»

1.2) Arguments à l'origine de la décision de mise à jour du site internet

1.2.1) L'augmentation des tentatives de suicide

En 1994, une étude de Choquet et Ledoux (11) révélait que 6,5% des adolescents déclaraient avoir déjà fait au moins une tentative de suicide. En 2013, une nouvelle enquête épidémiologique multicentrique réalisée en milieu scolaire sur un échantillon non strictement comparable, par Jousset, Cosquet et Hassler (12), retrouvait 7,7% des jeunes déclarant avoir déjà effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. On note par ailleurs que la fréquence des idées suicidaires reste stable tandis que les tentatives de suicide augmentent, ce qui équivaut à une augmentation des passages à l'acte.

1.2.2) L'impact positif d'une prise en charge précoce sur la santé des adolescents

Les adolescents sont souvent considérés comme étant « en bonne santé » par la société. Néanmoins, la présence de conduites à risque diverses (consommation de tabac, d'alcool, de drogues illicites, actes violents, rapports sexuels non protégés) lors de cette période de troubles est liée à une augmentation de la morbi-mortalité (13) à court terme mais également à l'âge adulte (14). Cependant, leur prise en charge précoce permet d'en raccourcir la durée mais également d'en diminuer la morbi-mortalité (15), raisons pour lesquelles le repérage précoce de ces conduites à risque chez les adolescents est recommandé en soins primaires (16).

1.2.3) Les modifications de comportement des adolescents

Les adolescents ne sont pas insensibles aux modifications rapides que subissent notre société et nos modes de vie. Selon le Professeur Jeammet, « cette nouvelle culture sociale remanie les identités individuelles, familiales, sociales, économiques, ainsi que les fonctions de chacun ». Les changements les plus notables concernent :

L'augmentation de l'utilisation des écrans et des technologies de l'information et de la communication dont l'utilisation quotidienne à 15 ans est actuellement de 68 % pour les filles, de 50 % pour les garçons, et s'accroît avec l'âge (17). Les conséquences qui en découlent sont :

- des modifications sur le plan cognitif : les nouvelles technologies mettent le cerveau en mode « hypothético-déductif » ce qui, sur le cerveau des adolescents toujours en cours de maturation, améliore la capacité d'attention visuelle, de flexibilité et d'attention simultanée à plusieurs choses. Cependant, cela est aussi à l'origine d'une pensée trop rapide, superficielle et fluide appauvrissant la mémoire (18).
- des modifications de sommeil : les adolescents utilisateurs d'écrans le soir présentent un retard de sommeil de 30 à 45 minutes sur leurs camarades (17).
- une corrélation entre le temps passé devant les écrans et la fréquence des conduites à risque, variant selon le sexe et le type d'écran (19). Avec une utilisation de plus de deux heures par jour, c'est le téléphone portable qui a la corrélation la plus forte chez tous les adolescents (OR=9,4 [6,1-14,4]).

La modification du cadre familial où la recomposition remplace petit à petit la monoparentalité et où le mode de contrôle parental se modifie. En effet, désormais 7 enfants sur 10 vivent dans une famille « traditionnelle » avec leurs deux parents, 2 enfants sur 10 vivent dans une famille monoparentale et 1 enfant sur 10 vit dans une famille recomposée, dont 79% chez leur mère et 21% chez leur père (20).

L'augmentation de la confrontation à la violence notamment dans l'enceinte du collège où 21% des élèves disent avoir subi des violences, principalement les filles et les élèves les plus jeunes (17). Cette majoration de la violence est également associée à une masculinisation du comportement des filles.

L'augmentation des consommations de drogues avec une hausse des consommations régulières de tabac, d'alcool et de cannabis. En 2014, le tabagisme régulier concernait 32,4 % des adolescents et son augmentation est principalement due à la hausse du nombre de consommateurs parmi les filles. Les consommations régulières d'alcool (12,3% des adolescents) et de cannabis (4% des adolescents)

restent quant à elles principalement masculines (17). De plus, on note une polyconsommation régulière simultanée de tabac, d'alcool et de cannabis plus importante, l'usage régulier de ces trois produits apparaissant dorénavant plus fréquemment associés (12,8% des adolescents).

1.2.4) L'importance de l'accès à des sites internet médicaux

Sur le plan général, le Baromètre Web & Santé de Hopscotch Listening Pharma révèle en 2013 que 96% des médecins interrogés utilisent le moteur de recherche « Google » pour obtenir des informations dans le cadre de leur pratique professionnelle, dont 25% plusieurs fois par jour. Ce chiffre témoigne de l'impact que peuvent avoir les informations médicales diffusées sur internet.

Concernant le site internet « Un adolescent peut en cacher un autre », les données de la société ADDEO portant sur l'année 2016 montrent que le site a été consulté près de 43 000 fois, que l'on peut compter presque systématiquement 3 000 visiteurs mensuels dont à chaque fois au moins 1 500 visiteurs différents.

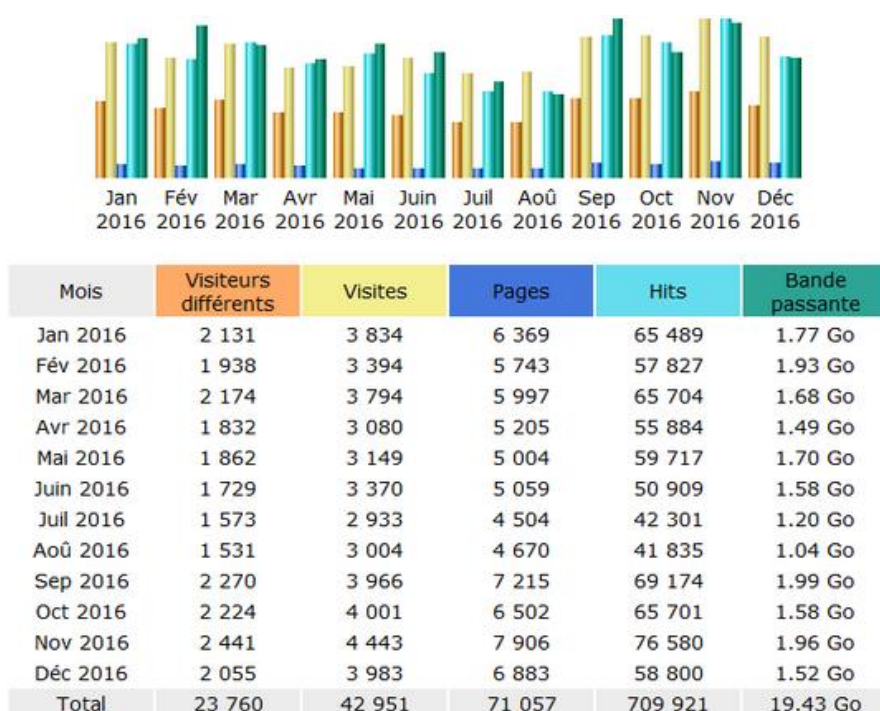


Figure n°6 – Chiffres de consultation du site internet « Un adolescent peut en cacher un autre » (données ADDEO 2016)

1.2.5) La parution de nouvelles données scientifiques

Le thème de la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adolescent avait déjà été abordé en l'an 2000 dans une conférence de consensus par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Elle a été complétée en 2014 par la publication de recommandations de bonnes pratiques (21) de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant le repérage, le diagnostic et la prise en charge en soins de premiers recours des manifestations dépressives à l'adolescence.

Parallèlement, un test de dépistage de la problématique suicidaire des adolescents avait été construit en 2001, le TSTS CAFARD. Avec l'apparition de nouveaux comportements (téléphone mobile, diffusion d'internet, réseaux sociaux, harcèlement,...) et l'augmentation des tentatives de suicide, la création d'un nouveau test s'est avérée nécessaire. Celui-ci a pu être élaboré à partir d'un auto-questionnaire rempli par 912 adolescents de 15 ans vivant en région Poitou-Charentes et dont les questions étaient issues de l'enquête HBSC et du TSTS CAFARD. Ainsi est né le « BITS test » qui cible à la fois des troubles internalisés (troubles biologiques comme le sommeil et les cauchemars ; troubles psychologiques comme le stress familial ou scolaire), et des conduites externalisées (trouble social comme les brimades ou bagarres ; acte choisi comme le tabagisme). Plus simple que le TSTS CAFARD, une étude publiée en 2016 (22) confirme sa pertinence pour différencier les adolescents à risque suicidaire des autres et révèle une interdépendance entre ses différentes variables ainsi qu'une meilleure sensibilité (75% vs 71%) et une meilleure spécificité (70% vs 68%) que le précédent test.

Son nom provient de l'acronyme « **B**ullying-**I**nsomnia-**T**obacco-**S**tress **T**est ». Il est composé de 4 questions à poser en deux temps.

Une réponse positive à la première partie de la question compte pour 1 point.

Une réponse positive à la deuxième partie de la question compte pour 2 points.

Seul le score maximal de chaque question est pris en compte.

Le score maximal est donc de 8 points.

Un score supérieur ou égal à 3 points doit interpeller le praticien et l'amener à interroger l'adolescent sur ses idées suicidaires. En effet, un score de 3 points au BITS test correspond à un risque suicidaire de plus de 20 % (on considère comme « risque suicidaire » la survenue d'au moins une tentative de suicide au cours de la

vie de l'adolescent ou la survenue d'au moins un épisode suicidaire dans les douze derniers mois).

BITS			Points
Bullying	harcèlement	As-tu récemment été maltraité ou harcelé à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ?	1
		... et en dehors de l'école ?	2
Insomnia	troubles du sommeil	As-tu souvent des troubles du sommeil ?	1
		... fais-tu fréquemment des cauchemars ?	2
Tobacco	tabagisme	Consommes-tu du tabac ?	1
		... quotidiennement ?	2
Stress	stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou l'atmosphère familiale ?	1
		... par les deux ?	2

Des études sont actuellement en cours afin de tester son utilisation en médecine générale en France avec pour objectif une publication en 2018. Il conviendra ensuite de tester son application dans les pays anglo-saxons ainsi que l'impact de son utilisation sur la vie des adolescents.

1.3) Objectifs du travail

Le site internet « Un adolescent peut en cacher un autre » est fréquemment consulté mais est fondé sur des données datant de 2008. Il traite d'un problème de santé publique majeur et en augmentation, pour lequel il existe de nouvelles possibilités de dépistage et de prise en charge. C'est pour cela qu'il nous a semblé important de nous atteler à sa remise à jour afin de favoriser l'accès à des données récentes aux praticiens prenant en charge des adolescents.

L'objectif principal de mon travail a donc été de remettre à jour l'ensemble des données du site internet « Un adolescent peut en cacher un autre ». Les objectifs qui en découlaient ont été la modification de sa structure afin de permettre un accès plus rapide aux informations les plus pertinentes et l'amélioration de son attractivité en modifiant son aspect esthétique afin d'en faire un outil de travail pratique et pertinent.

2) Méthodes

2.1) Détermination des modifications de structure nécessaires

Outre la modification du contenu qui était l'objectif principal de mon travail et qui nécessitait avant tout un travail bibliographique, il a été primordial de déterminer, dès le début des recherches, les modifications de structure les plus importantes à mettre en œuvre. Pour cela, deux sources ont été consultées.

2.1.1) Consultation des règles de mise à jour d'un site internet

Une courte bibliographie a permis de déterminer les critères de qualité d'une mise à jour de site internet.

Le premier article consulté traitait de la refonte du site internet de la bibliothèque de l'Université de Maryland (23), lors de laquelle les principaux objectifs étaient l'amélioration de l'utilité du site et de sa facilité d'utilisation. Les premières observations d'un comité d'évaluation basé sur le volontariat révélaient une structure confuse du site avec des pertes d'informations noyées dans la quantité de texte. Cela nécessitait de clarifier des liens, de réévaluer la pertinence des pages et de définir les modifications et les changements d'organisation à entreprendre. Après modification de l'aspect esthétique du site, une seconde évaluation faisait ressortir l'intérêt de la présence de « liens rapides » et de menus déroulants clairs, présentant le contenu des principales catégories.

Ces observations rapportées au site « Un adolescent peut en cacher un autre », révèlent la nécessité de clarification de la structure du site ainsi que l'importance de permettre aux professionnels de santé d'y trouver une information rapidement (test de dépistage, conduite à tenir, contact à joindre) sans avoir à parcourir l'ensemble des pages du site.

Un second article issu de l'Université Sud Californienne concernant également la refonte du site internet de sa bibliothèque médicale en 2012 (24) décrivait trois étapes nécessaires à la modification d'un site internet : déterminer les besoins des

utilisateurs, mettre à jour le contenu et le design du site puis tester le nouveau site. Encore une fois, lors de la première phase, les utilisateurs signalaient le désir d'avoir un accès plus rapide aux ressources. Lors de la deuxième phase, toutes les pages avaient été revues une par une et un accent avait été mis sur le design de la page d'accueil afin de favoriser l'attractivité du site internet. Enfin, lors du lancement, chacune des pages avait à nouveau été revue. Nous nous sommes basés sur cette organisation pour entreprendre nos modifications puisque nous avons décidé de consulter initialement les utilisateurs potentiels, puis de revoir l'ensemble des pages, la troisième phase restant à réaliser une fois les mises à jour publiées.

Ces recherches ont été complétées par les données du site internet de Nielsen Norman Group (25), groupe américain de conseil en technologie de l'information, listant les 10 erreurs à ne pas commettre ainsi que 10 conseils nécessaires à la qualité d'un bon site internet. Ces derniers sont listés dans les tableaux ci-dessous. La colonne de droite précise quel est l'état du site internet avant modification.

10 erreurs à éviter	Etat du site
Une recherche difficile (mots-clés trop compliqués)	respecté
Utilisation de PDF pour la lecture (préférer inclure les informations directement sur la page du site)	à modifier
Absence de changement de couleur des liens lorsque la page a été visitée (changer la couleur permet de savoir où l'on est passé)	à modifier
Présence de textes scannés (préférer écrire les informations directement sur la page du site)	respecté
Taille de caractères fixes (permettre à l'utilisateur de changer la taille pour la lecture)	respecté
Titres avec peu de visibilité (préférer annoncer ce qui arrive)	respecté partiellement
Présence de publicité (non regardées par les utilisateurs)	respecté
Site non cohérent	respecté
Ouverture de nouvelles fenêtres	non respecté
Ne pas répondre aux questions de l'utilisateur	respecté

10 conseils	Etat du site
Présence du nom du site et du logo du site sur chaque page avec renvoi vers la page d'accueil	respecté
Présence d'une possibilité de recherche si le site fait plus de 100 pages	non concerné
Présence de têtes de chapitres et noms de page clairs	respecté
Structurer la page pour une recherche plus facile (regrouper en sous-titres)	respecté
Favoriser les liens hypertextes plutôt que de surcharger les pages	respecté partiellement
Utiliser les photos sans surcharger les pages	respecté
Utiliser une photo miniature permettant ensuite de zoomer ou d'avoir plusieurs vues	non respecté
Utiliser des titres-liens qui indiquent à l'utilisateur où il va atterrir avant de cliquer sur le lien	respecté partiellement
S'assurer que les pages importantes soient accessibles aux personnes avec un handicap (malvoyants)	non respecté
S'inspirer des autres sites	non respecté

En conclusion de cette documentation sur la refonte d'un site internet, plusieurs items ont été retenus :

- la nécessité de consulter les utilisateurs afin de déterminer leurs attentes
- l'importance de faciliter l'accès rapide aux informations essentielles
- la priorité à l'attractivité de la page d'accueil
- la clarification de l'arborescence du site internet

2.1.2) Consultation de la communauté médicale

Afin de déterminer et de hiérarchiser les lignes directrices de modification de structure du site internet, une des méthodes de consensus employée dans le domaine médical, à savoir la méthode Delphi (26), a été choisie, notamment pour sa qualité à pouvoir produire des résultats quantitatifs à partir d'une approche qualitative. Cette méthode consiste à interroger un groupe d'experts en plusieurs

tours. Lors du premier tour, une question élaborée à partir de l'opinion des participants ou des organisateurs est posée à l'ensemble des participants. Après réception des résultats, les organisateurs analysent et synthétisent les propositions reçues puis redemandent au même groupe, lors d'un deuxième tour, d'évaluer la pertinence de ces dernières. Plusieurs tours successifs peuvent être réalisés.

La question initiale posée au groupe était « que vous paraît-il indispensable de modifier sur le site afin de le rendre plus accessible et plus pratique pour des médecins généralistes ? ».

Le groupe consulté était constitué de 4 médecins généralistes et de 3 internes en médecine générale. Aucun d'eux ne connaissait le site auparavant. L'un des médecins généralistes n'a pas répondu. Parmi les personnes ayant répondu, 2 médecins étaient installés, le troisième était un remplaçant. Les trois internes avaient déjà réalisé un stage ambulatoire en cabinet de médecine générale.

Les réponses du premier tour se recoupaient entre les participants et au final on retrouvait :

- 4 participants recommandant de moderniser la page de garde
- 5 participants désireux de garder les 3 principales rubriques à savoir « Comprendre », « Repérer », « Accompagner »
- 5 participants demandant de revoir l'organisation du site pour le rendre plus accessible en consultation
- l'ensemble des participants trouvant un intérêt à la diversité des supports (vidéos, textes, consultations interactives, outils, ...)
- 2 participants demandeurs de la création de fiches de synthèse
- 2 participants suggérant la présence d'un blog
- 2 participants souhaitant que les coordonnées des structures à contacter soient accessibles de façon plus évidente

Lors du deuxième tour, les participants étaient appelés à répondre à la question suivante : « par quel ordre d'importance classeriez-vous les différentes propositions retenues ci-dessous afin de rendre le site plus accessible et plus pratique aux médecins généralistes » ?

- refaire la page de garde

- revoir l'organisation des sous parties pour rendre le site plus accessible

- faire des fiches de synthèse

- créer un blog

- mettre en évidence les coordonnées « qui contacter ? »

Pour l'ensemble des participants, ce sont les réponses **2, 3 et 5 (en gras ci-dessus)** qui arrivaient systématiquement aux deux premières places.

2.1.3) Inspiration architecturale issue d'un autre site médical

Il existe de plus en plus de sites médicaux destinés à être consultés de façon rapide en consultation par les professionnels de santé. S'inspirer de leurs principaux éléments architecturaux a permis de mieux structurer le site en cours de refonte.

Le site internet « Cannabis – Médecin » (www.cannabis-medecin.fr), créé en 2013, s'était lui-même initialement inspiré de « Un adolescent peut en cacher un autre ». Il constitue donc une version plus moderne de site médical. Il est notamment possible d'y observer, en tête de chaque page, la présence d'un encadré contenant les informations essentielles de la page. En cas de nécessité d'informations complémentaires, il est alors possible de se référer au reste des données situé juste en-dessous. C'est cette idée de structure qui a été retenue pour notre site.

Eviter les prescriptions médicamenteuses systématiques



Si la prise en charge s'appuie essentiellement sur la relation thérapeutique soignant-soigné, elle nécessite parfois une prescription médicamenteuse. Le danger est d'un côté de la systématiser face à toute souffrance psychique ou toute difficulté existentielle, et d'un autre, de ne pas prescrire en cas de psychopathologie associée.



1

En savoir plus

2

Le piège :

Prescrire de manière systématique un psychotrope et céder à la **pression de l'entourage** en l'absence d'indication.

Comment faire ? :

La prescription de psychotropes sur une courte durée peut être utile dans les situations suivantes : trouble majeur du sommeil ou trouble anxieux généralisé durant la période de sevrage du cannabis.

Figure n°7 – Exemple de page du site internet « Cannabis – Médecin »

Légende :

1 : encadré contenant les informations essentielles

2 : Complément d'informations

2.1.4) Synthèse des lignes directrices à suivre

Le recours aux connaissances générales sur la structure d'un site internet a donc permis de rendre possible la réalisation d'une ronde Delphi auprès de sujets potentiellement utilisateurs du site et de déterminer leurs souhaits principaux.

Il en ressort l'importance d'un accès facile et rapide aux données principales ainsi qu'aux coordonnées nécessaires dans la prise en charge d'un adolescent présentant des conduites à risque mais aussi la nécessité d'améliorer la structure du site pour une navigation plus aisée.

2.2) Reprise de l'ensemble des fiches structurant le site internet

La création du CD ROM en 2008 avait été faite sur la base de fiches qui correspondaient chacune à une page du site internet. Les fiches étaient numérotées selon leur place dans l'arborescence du site ; on retrouve le numéro de chacune d'elles entre parenthèses dans l'annexe n°1 (exemple : la fiche « 213 » est localisée dans la rubrique n°2, dans la sous-partie n°1, et correspond à la 3^{ème} page).

Chaque fiche était structurée de la même manière (voir annexe n°2), à savoir par la présence de haut en bas :

- du nom du site : « ADOC Un adolescent peut en cacher un autre »
- du numéro et du titre de la fiche
- d'un tableau de suivi de construction de la fiche
- d'un tableau de suivi des révisions
- d'un tableau à deux colonnes comprenant dans la colonne de gauche l'ensemble des données à faire apparaître sur le site ; la colonne de droite comportant les commentaires et l'ensemble des liens à faire vers d'autres documents
- de la liste des vidéos en lien avec cette même fiche

Il a donc été décidé de reprendre l'ensemble de ces fiches une par une et d'y notifier les modifications à apporter selon un nouveau code couleur convenu avec la société ADDEO, qui permettrait de distinguer clairement les changements à réaliser sur chacune des fiches. Le nouveau code couleur était le suivant :

- Noir = laisser en l'état
 - Gris barré = à enlever
- A MODIFIER :
- **Bleu = modifications proposées par ADOC**
 - **Rouge = modifications ou questions de ADDEO**
 - Vert = commentaires off, indications techniques, une difficulté, une interrogation de ADOC
 - **Surligné jaune** = renvoi à un fichier
 - **Surligné bleu** = renvoi à une illustration ou une animation

Après avoir réalisé les recherches bibliographiques, il a donc fallu décider des informations à enlever et de celles à ajouter sur chaque fiche, selon le nouveau code couleur. Lorsqu'une fiche était terminée, elle était relue par le Professeur Binder, responsable du site, qui notifiait alors les modifications supplémentaires à apporter. La fiche pouvait être reprise plusieurs fois jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de modification à apporter.

Afin de ne pas se perdre entre les fiches finalisées, celles en cours de relecture, et celles qui n'étaient pas revues, un tableau de suivi était remis à jour lors de chaque relecture. Il était composé de quatre colonnes (annexe n°3) :

- une colonne avec le numéro et le nom de la fiche
- une colonne notifiant par une croix les fiches non revues
- une colonne avec les révisions en cours et les modifications à apporter
- une colonne notifiant par une croix les fiches finalisées

Une fois l'ensemble des fiches revues et après consultation de la société ADDEO, ces derniers nous ont demandé de simplifier notre code couleur pour des raisons financières et de gain de temps : en effet, si plus de deux ou trois mots étaient à modifier dans un bloc de texte, mieux valait remplacer l'ensemble du bloc de texte. Ainsi, il a ensuite fallu reprendre une nouvelle fois l'ensemble des fiches en y faisant apparaître en bleu (couleur de modification) l'ensemble des blocs de textes modifiés. Les passages raturés ont alors été supprimés et les parties de textes adjacentes laissées en bleu afin de comprendre que le paragraphe devait être remplacé par un paragraphe plus court.

2.3) Les moyens bibliographiques

La première phase de la bibliographie a consisté en la lecture de l'ensemble des documents du site afin de prendre connaissance de son état actuel.

Dans un second temps, il a fallu enrichir les données déjà présentes avec des données plus actuelles sans alourdir le site, donc en supprimant les informations non nécessaires.

Les principaux moteurs de recherche utilisés ont été « Pubmed », « Google » et « Google Scholar ». Ce sont les trois premières rubriques à visée informative qui

ont le plus bénéficié des recherches bibliographiques. Les modifications des trois autres rubriques à visée pratique en découlaient.

2.3.1) La rubrique « Comprendre »

Elle est scindée en trois sous-parties. La première, « Comment vont les adolescents » est principalement constituée d'informations épidémiologiques sur les adolescents ainsi que d'éléments sur leur mode de fonctionnement. Il a alors fallu trouver des données plus récentes concernant les adolescents français. Elles ont pour leur majorité été issues d'une enquête épidémiologique multicentrique réalisée via un auto-questionnaire en milieu scolaire en 2013 par Jusselme, Cosquer et Hassler (12), auprès de 15 235 élèves scolarisés de la 4^{ème} à la terminale, toutes filières confondues, dans trois zones géographiques françaises différentes (Hautes-Alpes, Val-de-Marne, Poitou-Charentes). Ces données ont été complétées grâce à une deuxième source, à savoir les données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (27) de 2014, enquête internationale réalisée tous les quatre ans depuis 1982, auprès d'élèves âgés de 11, 13 et 15 ans, dans 41 pays ou régions essentiellement européens, sous l'égide du bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ayant pour but de collecter des données sur la santé, le vécu scolaire, et les comportements préjudiciables ou favorables à la santé.

Sur le sujet de l'utilisation des écrans, les chiffres ont été enrichis par des données de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ; concernant l'usage de drogues, ce sont les publications de l'Organisation Française des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) qui ont été utilisées.

Enfin, les dernières précisions sur le sujet sont issues d'études plus récentes à savoir :

- la publication de Bach et al. sur l'utilisation des écrans (18)
- l'enquête Famille et Logement de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de 2011 (20)
- la publication de Koenig et al. (28) sur le lien entre les conduites à risque des adolescents et les plaintes idiopathiques récurrentes
- le rapport de 2015 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant la santé des adolescents

La deuxième sous-partie, « Les relations médecins-ados », a pu être enrichie principalement grâce à :

- la publication de Tudrej et al. (29) sur les attentes des adolescents vis-à-vis de leur médecin traitant
- les thèses de Pagot (30) et Boulestreau (31) traitant du rapport entre les adolescents et la médecine générale
- la publication de Meynard et al. (32) sur les motifs de consultation d'un médecin généraliste par les adolescents
- la publication de Roberts et al. (33) sur les modes de comportements des médecins généralistes vis-à-vis des adolescents présentant des difficultés psychologiques
- une recherche bibliographie du Professeur Binder sur les transformations du cerveau à l'adolescence a permis de créer une nouvelle fiche sur le sujet

La troisième sous-partie « Le mal-être de l'adolescent » a été complétée par :

- les recommandations de la HAS (21) concernant le repérage, le diagnostic et la prise en charge en soins de premiers recours des manifestations dépressives à l'adolescence
- les données de 2015 de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP) sur le suicide des jeunes en France
- la publication de Goldman et al. (34) sur le lien entre conduites suicidaires et nécessité de suivi médical à long terme
- la métasynthèse de Lachal et al. (35) sur les conduites suicidaires des jeunes

2.3.2) La rubrique « Repérer »

Elle a principalement été remodelée grâce :

- aux nouvelles recommandations de la HAS (21) précédemment citées
- à la publication de Tudrej et al. (29) sur les attentes des adolescents vis-à-vis de leur médecin traitant
- à la thèse de Servant (36) qui avait pour objectif d'améliorer le TSTS CAFARD
- à la publication de Binder et al. de 2016 (22) décrivant pour la première fois le BITS test

2.3.3) La rubrique « Accompagner »

Elle a pu être améliorée toujours grâce aux recommandations de la HAS (21) ainsi qu'au guide « Entre Nous » de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé » (INPES) (37).

2.4) Les moyens financiers

Le premier devis délivré par la société ADDEO faisait mention d'une somme nécessaire à la hauteur de 19 942,86 € hors taxes, sans compter la création du forum.

Il était compté :

- 1 514,29 € pour la gestion de projet
- 9 850,00 € pour l'intégration de nouveaux contenus
- 1 232,14 € pour la remise à jour de la charte graphique, du design et de l'ergonomie
- 1 596,43 € pour la refonte de la page d'accueil
- 1 157,14 € pour le développement du BITS test interactif
- 1 939,29 € afin que les vidéos soient adaptées aux mobiles et aux tablettes
- 675,00 € pour adapter les menus déroulants
- 1 253,57 € pour intégrer un troisième niveau de navigation
- 725,00 € pour intégrer la partie « en savoir plus » sur chaque page.

Le développement d'un forum nécessitait :

- 1 135,00 € pour l'option « donner votre avis »
- 1 492,86 € pour créer un fil de discussion.

Cette révision a été financée par l'association « RELAIS 17 ». Les fonds utilisés étaient issus de l'argent restant suite à la création initiale du CD ROM en 2003, provenant du FAQSV régional ainsi que la Fondation de France.

3) Résultats

3.1) Modification de contenant

3.1.1) L'accès au site

Depuis la création du site il y a une dizaine d'années, le matériel numérique utilisé en consultation par les professionnels de santé a évolué. Nous avons donc demandé à la société de programmation informatique ADDEO de prendre ces nouvelles normes en considération pour désormais autoriser également l'accès au site depuis des dispositifs numériques nomades (tablettes, smartphones) afin de permettre un accès plus étendu.

De plus, le site était initialement basé sur les données d'un CD ROM qui n'a plus sa place de nos jours. Il a donc été souhaitable que tous les liens qui redirigeaient vers ce dernier soient ôtés, notamment le logo « grand prix du CD ROM médical, festival de Bichat 2008 » ainsi que le lien « Commandez le CD ROM », tous deux présents dès la page d'accueil.

3.1.2) La structure du site

Les rubriques principales

Le site était initialement découpé en 6 rubriques principales (« Comprendre », « Repérer », « Accompagner », « Consultations », « le test TSTS CAFARD », « Boîte à outils ») qui ont été modulées.

Ainsi, la rubrique « le test TSTS-CAFARD » a été remplacée par « le BITS test » permettant un accès direct à ce test en version interactive.

L'arborescence même du site a été modifiée puisque la rubrique « Consultations » a été intégrée à la « Boîte à outils » qui est désormais composée de deux sous-parties « se tester en consultation » et « les outils utilisables en consultation » (voir ci-dessous).

Une nouvelle rubrique « Qui contacter ? », accessible depuis la page d'accueil, a été créée, reprenant l'ensemble des informations nécessaires en

consultation pour adresser un adolescent vers une structure ou un confrère adapté selon le stade de la crise suicidaire dans lequel il se trouve.

La création d'une rubrique « Forum » reste à cette heure toujours en suspens, principalement pour des raisons financières.

Modification des rubriques principales :

AVANT MODIFICATIONS	APRES MODIFICATIONS
1) Comprendre	1) Comprendre
2) Repérer	2) Repérer
3) Accompagner	3) Accompagner
4) Consultations (BD + consultation interactive)	4) Boîte à outils : - Se tester en consultation (BD + consultation interactive) - Outils utilisables en consultation
5) Boîte à outils (outils utilisables en consultation)	
6) TSTS CAFARD	5) BITS TEST
	6) Qui contacter
	7) Forum ?

Modifications notables à l'intérieur des rubriques

Dans la sous-partie « Les relations médecins/adolescents » de la rubrique « Comprendre », une nouvelle fiche traitant des transformations du cerveau à l'adolescence et de ses conséquences comportementales a été ajoutée. Elle a été numérotée « 122 bis », s'intégrant entre la fiche 122 et 123 afin de ne pas avoir à renuméroter l'ensemble des fiches suivantes. Elle recoupe des informations issues d'une bibliographie réalisée sur le sujet par le Professeur Binder (voir annexe n°11).

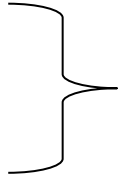
La page « Les validations » de la rubrique « Repérer » (fiche 223 sur l'arborescence en annexe n°1), traitait des résultats de l'étude d'acceptabilité du test TSTS-CAFARD, de la proposition de la HAS à son égard, de l'impact de sa diffusion auprès des médecins généralistes ainsi que du ressenti des adolescents vis-à-vis de

son utilisation. N'ayant plus d'intérêt en raison du remplacement du TSTS CAFARD par le BITS test, elle a donc été supprimée.

La rubrique « Accompagner » était divisée en deux sous-parties « L'objectif : passer un cap » et « Les moyens » ; la sous-partie « Les moyens » étant elle-même découpée en 4 pages, à savoir « S'engager », « Gagner du temps », « Prescrire », « Joindre le dispositif spécialisé » (voir l'arborescence en annexe n°1).

Cette sous-partie « Les moyens » a été restructurée pour désormais être scindée en deux pages, à savoir « Les moyens en médecine générale » (regroupant sur une même page les informations initialement disséminées dans « S'engager », « Gagner du temps » et « Prescrire ») et « Les moyens en orientant vers des confrères » (reprenant les informations mises à jour de « Joindre le dispositif spécialisé »). Cette nouvelle architecture permet avant tout au professionnel de santé de sélectionner d'emblée la page qui le concerne selon sa nécessité d'employer lui-même des moyens de prise en charge en consultation ou de devoir orienter le jeune vers un confrère.

Illustration schématique des modifications de structure de la rubrique « Accompagner » :

AVANT MODIFICATIONS	APRES MODIFICATIONS
L'objectif : passer un cap	L'objectif : passer un cap
Les moyens : <ul style="list-style-type: none"> - S'engager - Gagner du temps - Prescrire - Joindre le dispositif spécialisé 	Les moyens : <ul style="list-style-type: none"> - En médecine générale - En orientant vers des confrères

L'arborescence finale du site internet est disponible en annexe n°4.

3.1.3) La structure des pages

Comme convenu, chaque page du site a été modifiée dans sa structure. Elle comprend désormais, de haut en bas :

- le nom du site : « ADOC Un adolescent peut en cacher un autre »
- le bandeau reprenant les rubriques principales
- le nom de la page
- un premier encadré contenant un résumé de la page
- un deuxième encadré reprenant la bibliographie dont sont issues les données de la page
- un encadré « En savoir plus » comprenant les informations plus détaillées
- les documents et pièces jointes ont été retirés du texte pour être positionnés dans une nouvelle colonne située à droite afin d'obtenir une meilleure lisibilité

Structure des pages avant modification

Nom du site	
Bandeau de repérage dans le site	
Nom de la page	
Sommaire de la rubrique	Sommaire de la page
Vidéos	Informations sous forme d'encadrés

Structure des pages après modification

Nom du site		
Bandeau de repérage dans le site		
Nom de la page		
Sommaire de la rubrique	Résumé de la page	Pièces jointes
	Références bibliographiques	
Vidéos	En savoir plus : informations sous forme d'encadrés	

3.1.4) La charte graphique

« Rafraîchir la ligne graphique en tenant compte des courants actuels » a été l'une de nos requêtes auprès d'ADDEO, leur laissant le soin de faire les choix esthétiques adaptés en fonction des tendances actuelles et des contraintes informatiques du site internet, le tout dans le but d'une amélioration de l'ergonomie. Cependant, nous avons quelques exigences qui sont précisées ci-dessous.

Concernant la page d'accueil



Figure n°8 - Page d'accueil avant modification

Requêtes :

- enlever l'animation qui faisait apparaître les 6 rubriques l'une après l'autre ainsi que le bruitage qui l'accompagnait afin d'augmenter la rapidité d'accès au site
- changer la disposition des rubriques : initialement disposée en deux rangées de 3, la rangée du dessous chevauchant la rangée du dessus, cela donnait l'impression que les rubriques du dessous dépendaient de celles du dessus. Nous avons donc demandé une répartition différente des rubriques afin qu'elles paraissent indépendantes les unes des autres
- diminuer la taille des onglets « éditorial », « groupaoc@orange.fr », « ADOC » afin de mettre en valeur les rubriques principales
- faire disparaître la croix « Quitter » présente en haut à droite de la page d'accueil et qui permettait de clore le site internet, cette fonctionnalité étant possible via le navigateur internet
- faire disparaître le macaron « Grand prix du CD ROM médical, festival de Bichat 2008 » ainsi que le lien « Commandez le CD ROM »

Concernant l'ensemble du site internet :

- modifier le bandeau supérieur présent sur l'ensemble du site et permettant une navigation entre les différentes rubriques :

• COMPRENDRE...	• REPERER...	• ACCOMPAGNER...
Consultations	Le test "TSTS-cafard"	Boîte à outils

Figure n°9 - Bandeau supérieur

En effet, ce dernier donne à nouveau l'impression qu'il existe un lien entre les rubriques du haut et celles du bas, donc entre « Comprendre » et « Consultations », entre « Repérer » et « le test TSTS-CAFARD » ainsi qu'entre « Accompagner » et « Boîte à outils ». Nous avons donc requis que les nouvelles rubriques soient disposées côte à côte, d'esthétique égal, afin de les mettre sur un pied d'égalité.

- modifier la police et supprimer les puces « • » présentes en grande quantité dans le texte et qui coupaient la fluidité de lecture comme il est possible de le voir ci-dessous.

Fixer un rendez-vous ... même sans demande de l'adolescent

Il s'agit de montrer une détermination même si le médecin n'a pas de certitude sur la gravité ou l'intensité du malaise. La nécessité est de transmettre une volonté d'échanger dans un cadre réservé

- si cette démarche est inhabituelle dans notre exercice et peut laisser craindre un forçage intrusif, l'expérience montre que cette proposition est quasiment toujours acceptée sans problème.
- cela transmet une sollicitude qui est remarquée par l'ado.
- cela transmet l'intérêt que porte le médecin à l'adolescent, sa reconnaissance
- cela sort de la règle de la réponse immédiate et introduit le temps dans la relation.
- cela évite d'allonger le temps de consultation.




Figure n°10 - Illustration d'un bloc de texte avec puces

3.2) Modification de contenu : fiches, images et vidéos

3.2.1) Mise à jour des fiches

A l'origine, le site était composé de 34 fiches, après modification de structure, il en est désormais constitué de 33 (annexe n°4). L'ensemble de ces fiches mises à jour est disponible en annexes (annexes n°5 à 30). Les modifications suivent le code couleur déjà évoqué plus haut et défini avec la société ADDEO, à savoir :

- Noir = laisser en l'état
 - Gris barré = à enlever
- A MODIFIER :
- Bleu = modifications proposées par ADOC
 - Rouge = modifications ou questions de ADDEO
 - Vert = commentaires off, indications techniques, une difficulté, une interrogation de ADOC
 - Surligné jaune = renvoi à un fichier
 - Surligné bleu = renvoi à une illustration ou une animation

Les changements les plus notables sont décrits ci-dessous.

Les fiches changeant de titre

- la fiche 114 initialement nommée « Analyse » devient « Une période trouble mais dynamique » afin d'avoir d'emblée plus de précision sur son contenu (annexe n°8)
- la fiche 212 « En raison d'un consensus » devient « En raison DE consensus ». Alors qu'elle reprenait initialement uniquement les recommandations de la conférence de consensus d'anciennement l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) d'octobre 2000 (38), elle comprend désormais également les nouvelles recommandations de la HAS de 2014 concernant la prise en charge des manifestations dépressives de l'adolescent (21) (annexe n°17)

- la fiche 214 « Les possibilités de la consultation » a été renommée « Les objectifs de la consultation », notamment basée sur la nouvelle publication de Tudrej et al. de 2016 (29) (annexe n°19)
- la fiche 216 « Les objections » a été rebaptisée « Les idées reçues », plus précise quant à son contenu (annexe n°21)
- la fiche 222 « Un test fondamental : le TSTS CAFARD » a été remplacée par « Un test fondamental : le BITS test », basée sur l'étude de Binder et al. de 2016 (39) (annexe n°23)
- la fiche 500 « TSTS-CAFARD » à visée pratique a été modifiée pour devenir « le BITS test » et contenant le test interactif. De la place y a été laissée afin de pouvoir y ajouter les résultats de l'étude en cours concernant son utilisation en médecine générale (annexe n°29)

Les fiches ayant subi un changement majeur de contenu

- la fiche 111 « Des ados qui vont bien » a bénéficié d'une mise à jour de l'ensemble de ses données épidémiologiques notamment grâce aux chiffres issus de l'enquête épidémiologique multicentrique de Jousset, Cosquer et Hassler de 2013 (12) et aux données françaises de l'enquête internationale HBSC de 2014 (27) (annexe n°5)
- la fiche 112 « Des comportements qui évoluent » a également été modifiée sur le plan épidémiologique grâce aux mêmes sources, et un nouveau paragraphe traitant de l'utilisation des écrans a été créé, fondé sur les données publiées par Bach et al. en 2013 (18) (annexe n°6)
- la fiche 121 « Evitement et décalage relationnel » évoquant la relation médecin-adolescent a pu être fortement enrichie grâce à la publication de Tudrej et al. (29) et aux thèses de Pagot (30) et Boulestreau (31). De plus, un nouveau paragraphe concernant les différents modes de fonctionnements des médecins généralistes à l'égard des adolescents présentant des difficultés

psychologiques a été créé sur la base de l'article de Roberts et al. de 2014 (33) (annexe n°9)

- les fiches 131 « Comment qualifier le mal être » et 133 « La crise suicidaire » ont été complétées par les nouvelles recommandations de la HAS (21) (annexes n°13 et n°15)
- la fiche 213 « Le généraliste est bien placé » a pratiquement totalement été refaite avec les données de la métasynthèse de Lachal et al. (35), des publications de Härmä et al. (40) et de Althaus et al. (41) (annexe n°18)
- la fiche 221 « Des clés universelles » ayant pour objectif de diffuser les attitudes adopter en consultation avec un adolescent a été enrichie de façon importante par les données de Coker et al. (42) et du guide « Entre Nous » de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé » (INPES) (37) (annexe n°22)
- la fiche 324 « En orientant vers des confrères » a été totalement modifiée avec les coordonnées des structures, dispositifs et sites internet actuels notamment à nouveau grâce au guide « Entre Nous » de l'INPES (37) et a été enrichie par les données du Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Signalement et information préoccupante », de février 2016 (43) (annexe n°26)
- dans la « Boîte à outils », la partie « Se tester en consultation » a nécessité la réalisation d'une liste de modifications à apporter aux bandes dessinées et à la consultation interactive afin d'y insérer la mise en application du BITS test (annexe n°27) ; la partie « Les outils utilisables en consultation » à été agrémentée de 12 nouveaux outils (annexe n°28) et le TSTS CAFARD en a définitivement été retiré.

3.2.2) Mise à jour des images

Aucune image n'a été supprimée. Au contraire, certaines ont été ajoutées afin d'agrémenter le texte et de le rendre plus attractif. La création de nouvelles images a été demandée à SERDU, dessinateur qui avait déjà réalisé les premières images du CD ROM. Voici ci-dessous les nouvelles images utilisées :

Fiche 112 « Des comportements qui évoluent » : en face du paragraphe « Augmentation de l'utilisation des écrans ».

Demande : un adolescent sur un canapé, face à une télévision, avec un ordinateur sur les genoux et un téléphone portable à la main. Il répond agacé à un parent par une bulle qui dit : « Qu'est-ce que tu dis ? »



Fiche 122 bis « Les transformations du cerveau à l'adolescence et ses conséquences comportementales » : en face du paragraphe « Métaphore de Saint Georges et son équipage » pour illustrer les interactions des trois cerveaux.

Demande : reprendre l'image de la légende de Saint Georges avec un cavalier (cerveau cognitif), sur un cheval dressé (cerveau mammifère), terrassant un dragon (cerveau reptilien). Remplacer le cavalier par un adolescent.



Fiche 132 « Suicidaires et suicidants » : pour agrémenter le paragraphe « Quels signes avant-coureurs ? ».

Demande : un adolescent en consultation face à un médecin. L'adolescent montre plusieurs endroits de son corps en disant « j'ai mal là, et là, et là, ... ». Le



médecin fait suite en montrant sa propre tête et dit « Et là-haut ? »

Fiche 221 « Des clés universelles » : pour illustrer le paragraphe « Exprimer le caractère de confidentialité ».

Demande : un médecin en consultation face à un adolescent. Le médecin ferme une fermeture Eclair qui se trouve à la place de sa bouche.



Fiches 221 « Des clés universelles », 222 « Un test fondamental » et 420 « Les outils utilisables en consultation » : pour symboliser le BITS test, une nouvelle image inspirée de celle utilisée pour symboliser le TSTS CAFARD a été demandée.

Demande : un médecin lançant des fléchettes sur une cible sur laquelle se trouvent les lettres B, I, T et S.



Ancienne image



Nouvelle image

Fiche 321 « Accompagner en médecine générale » : pour agrémenter le paragraphe « Ne pas rester seul ».

Demande : en montagne, un médecin-faisant de l'escalade, assuré par un autre médecin



Fiche 324 « En orientant vers des confrères » : en face de « Les services téléphoniques ».

Demande : un adolescent dans sa chambre avec un casque sono sur les oreilles, un écran et un téléphone portable dans chaque main.



Fiche 324 « En orientant vers des confrères » : face à « Les mesures judiciaires ».

Demande : un médecin à son bureau tenant un caducée à la main. A côté, un juge tenant une balance de la justice à la main. Les deux sont au téléphone et sont reliés par leur fil de téléphone.



Fiche 420 « Les outils utilisables en consultation » : nécessité de nouveaux logos pour illustrer les 12 nouveaux outils.

Outil « les champs de vie » :

Demande : en consultation, un médecin est en face d'un adolescent. L'adolescent a plein de bulles de rêves émanant de lui dans lesquelles on voit son école, les jeux vidéo, ses amis, des animaux. Son médecin lui dit en l'auscultant « Tu tousses, j'entends, et à part ça ? ».



Outil « ADRS » :

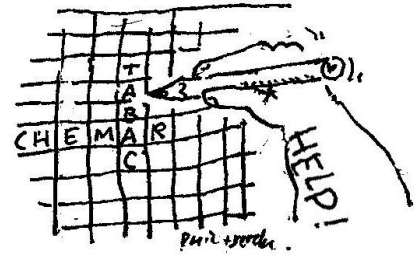
Demande : un adolescent à son bureau rempli un questionnaire. Une bulle de pensée au-dessus de sa tête montre une tête de mort qui ressemble à un point



d'interrogation.

Outil « Grille de Marcelli » :

Demande : une main d'adolescent avec un tatouage « help » qui remplit une grille de mots croisés avec les mots « cauchemar » et « tabac ».



Outil « HEADSSS » :

Demande : situation de jeu télévisé comme dans « Question pour un champion » : un médecin pose des questions à un adolescent qui appuie sur un buzzer.



Outil « 100 mots » :

Demande : un médecin présente des cartes (cartes de jeu) à un adolescent. L'adolescent tire au sort une des cartes.



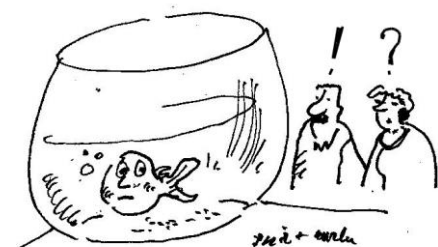
Outil « repérer les éléments d'alerte » :

Demande : un médecin en consultation face à un adolescent avec un gyrophare clignotant dans une des ses bulles de pensée.



Outil « métaphore de l'aquarium » :

Demande : une tête d'adolescent dans un bocal de poisson rouge. Il est observé par ses parents.



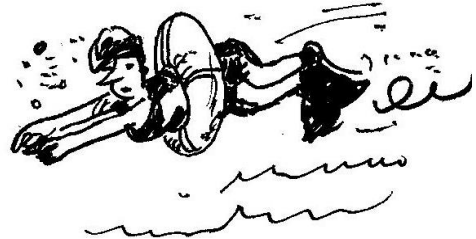
Outil « métaphore des crustacés et vertébrés » :

Demande : un adolescent sortant le buste en s'extrayant d'une carapace de homard.



Outil « métaphore de la bouée » :

Demande : un adolescent nageant avec une bouée.



Outil « métaphore des colles » :

Demande : un adolescent lève un pied pour s'enfuir mais il a plein de colle entre le sol et sa chaussure.



Outil « métaphore du pare-brise » :

Demande : vu de dos, un adolescent chauffeur est crispé sur son volant avec un petit pare-brise et 4 rétroviseurs de tailles différentes. Il dit : « Holà, ça se couvre ! ».



Outil « métaphore du pot de miel » :

Proposition : vu de profil un sujet sort d'un pot de miel (étiquette sur le pot) qui flotte dans la mer, la main au dessus de ses yeux pour voir au loin et se protéger du soleil. Dans la bulle il est écrit : « Oasis à l'horizon...c'est la banquise ! ».



3.2.3) Mise à jour des vidéos

Des vidéos ont été supprimées, notamment celles de mauvaise qualité, le contenu restant généralement adapté. De nouvelles vidéos ont été créées ou sont en cours de création afin de compléter les fiches. En voici la liste :

Fiche 112 « Des comportements qui évoluent » : deux nouvelles vidéos sur l'utilisation des écrans vont être tournées avec le Docteur Serge Tisserand, chercheur qui étudie notamment la façon dont les nouvelles technologies bouleversent notre rapport aux autres. Les questions suivantes lui seront posées :

- quelles répercussions suite à l'utilisation quotidienne d'écrans avez-vous pu observer sur le comportement des adolescents ?
- le temps passé devant les écrans est-il lié différemment aux conduites à risque selon le type d'écran ?

Nouvelle fiche 122 bis : « Les transformations du cerveau à l'adolescence et ses conséquences comportementales » : une nouvelle vidéo sera tournée en décembre dans laquelle le Professeur en pédopsychiatrie Philippe JEAMMET répondra aux questions suivantes :

- on dit souvent qu'à l'adolescence les émotions sont exacerbées, pourquoi est-ce le cas ?
- quelles sont les émotions principales qui caractérisent la période de l'adolescence ?
- ces émotions peuvent-elle être à l'origine d'idées suicidaires ?
- peut-on aider les adolescents à maîtriser leurs émotions ?

Fiche 222 « Un test fondamental : le BITS test » : une vidéo sur le BITS test va être créée dans laquelle deux médecins (un homme et une femme) seront filmés en consultation, face à la caméra, comme si le spectateur était l'adolescent. Le médecin posera les questions du BITS test de façon subtile lors de l'interrogatoire. En bas de l'écran s'afficheront les catégories du BITS test mentionnées par le médecin. Trois

situations seront filmées, une avec un score final à 1 point, une avec un score final à 3 points, et une avec un adolescent accompagné par un tiers.

Fiche 213 « Parce que le généraliste est bien placé » : une nouvelle vidéo du Docteur Dagmar Haller de l'unité des internistes, généralistes et pédiatres de l'Université de Genève va répondre à la question :

- mais la prévention à l'adolescence cela se fait dans les écoles ! Pourquoi nous les médecins généralistes devrions-nous nous y intéresser ?

Fiche 113 : « Des plaintes variables » : deux nouvelles vidéos seront insérées dans lesquelles le Professeur Ludovic Gicquel, pédopsychiatre à Poitiers, se verra poser les questions suivantes :

- concernant la scarification : quelle est la vraie demande qui sous-tend l'acte de scarification ?
- concernant l'anorexie : l'anorexie peut-elle être considérée comme un équivalent de passage à l'acte ?

Pour plus de clarté, désormais, sur l'ensemble des vidéos, la question posée initialement à l'intervenant s'affichera d'emblée en sous-titre.

3.3) Mise en ligne du site internet mis à jour

Le site internet « Un adolescent peut en cacher un autre » à jour sera disponible au cours du mois de novembre à la même adresse que précédemment « www.medecin-ado.org ».

4) Discussion

4.1) Forces du travail

Outre la mise à jour des données permettant un accès à des informations désormais actualisées, ce travail présente un intérêt majeur pour la pratique de la médecine libérale.

4.1.1) Intérêt de la présence d'informations synthétisées

Internet est la source d'informations la plus consultée par les médecins généralistes (44). Cependant, la recherche documentaire entraîne fréquemment deux obstacles, à savoir le silence (absence de réponse alors qu'il existe des données sur le sujet), ou le bruit (excès de réponses ne répondant pas à la question posée). Lorsqu'on prend en considération les chiffres du rapport de l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture) sur la science (45) décrivant chaque année la publication de plus de 1 200 000 articles scientifiques, chiffre en constante augmentation, il est d'autant plus évident de percevoir la raison pour laquelle les praticiens de soins primaires favorisent la recherche de sources d'informations déjà « digérées » (46). Enfin, la HAS elle-même recommande de passer par des moteurs de recherche généralistes comme Google afin d'accéder à des informations sur la santé (47).

C'est en ce sens que la mise à jour du site internet « Un adolescent peut en cacher un autre » a été réalisée : facilement accessible via les moteurs de recherche généralistes, il donne accès aux praticiens à un ensemble d'informations traitées et synthétisées tout en leur laissant la possibilité d'en retrouver l'information primaire grâce à la mise en ligne de toutes les références consultées. Il délivre donc dans un premier temps, rapide, l'information essentielle ; puis dans un second temps, plus long et si besoin, il permet de compléter et d'enrichir ces données grâce aux articles scientifiques cités.

4.1.2) Augmentation de l'attractivité

Avoir réalisé des modifications esthétiques tout en ayant conservé la même adresse internet permet aux professionnels de santé ayant déjà connaissance du site de le retrouver facilement sous sa nouvelle forme. Pour les praticiens n'en ayant pas connaissance auparavant, cela leur permet de découvrir un site plus attractif, motivant la lecture de ses données.

De plus, l'ensemble des modifications de structure, notamment la création de résumés en début de pages, a eu pour but de faciliter la consultation d'informations pertinentes : un accès simplifié et plus rapide est désormais possible, ce qui optimise son utilisation en consultation.

4.1.3) Augmentation de l'accessibilité grâce à deux outils phares

Pour un médecin se retrouvant en consultation face à un adolescent, deux outils peuvent se révéler de nécessité immédiate. Tout d'abord, il s'agit pour le praticien de déterminer si le patient présente des idées suicidaires. Si cela se confirme, il faudra ensuite pouvoir décider de sa prise en charge.

Afin d'objectiver immédiatement la présence d'idées suicidaires, le nouveau test de dépistage, « le BITS test », a été mis en ligne et est possible d'accès dès la page d'accueil. Cette application ne semble utile que si le médecin a déjà eu connaissance de ce nouveau test et lui permet donc de retrouver facilement les questions à poser ainsi que le score permettant de suspecter la présence d'idées suicidaires.

En cas de confirmation d'idées suicidaires, et si le professionnel de santé ne se sent pas capable de prendre en charge lui-même l'adolescent ou si la situation ne le permet pas, il aura besoin au plus vite des coordonnées de confrères ou de structures vers qui l'adresser, raison pour laquelle nous avons créé une rubrique « Qui contacter ? » également accessible depuis la page d'accueil et qui nous semble être l'un des atouts majeurs de cette mise à jour. Nous avons pris le parti de répertorier l'ensemble des structures et des professionnels de santé pouvant entrer en jeu dans la prise en charge de l'adolescent sans en lister les numéros de

téléphone existant sur le territoire français afin de ne pas surcharger la page et de ne pas noyer l'information et également afin d'éviter une obsolescence rapide en cas de changement de numéro d'une structure. Cependant, une fiche imprimable ou enregistrable a été créée, permettant au médecin de la compléter avec ses propres numéros locaux.

4.1.4) Comparaison avec d'autres sites internet

Les principaux sites accessibles en ligne et traitant de l'adolescent suicidaire sont :

<https://www.conduites-suicidaires.com/>

Il fait partie des sites "Santé-Sur-Le-Net" ayant pour but de délivrer des informations mises à jour sur une pathologie précise. Il est précisé que ce site est destiné "aux patients et aux professionnels de santé". Il a été rédigé par deux pharmaciennes, une vétérinaire et une étudiante ergonome spécialisée en santé au travail. On y retrouve des informations qui concernent l'ensemble de la population, allant du suicide chez l'enfant à celui de la personne âgée. Y sont également présentes une description des facteurs de risque suicidaire et une exposition des étapes de la crise suicidaire. Les axes de prévention et les dispositifs d'écoute nationaux sont accessibles.

<http://www.preventionsuicide.info/>

Site Belge de l'« Asbl Educa Santé » consacré à la prévention des traumatismes et à la promotion de la sécurité, il s'adresse à tous les professionnels des secteurs de la santé, de l'éducation, de la sécurité et du logement, ainsi qu'aux parents et aux enfants. A nouveau, il traite du suicide dans la tranche d'âge 10-24 ans mais également chez les aînés. Les coordonnées disponibles sur le site sont celles des services d'écoute belges.

<https://www.preventionsuicide.be/>

Deuxième site Belge traitant également du suicide toutes catégories d'âge confondues. On y trouve des sources d'informations pour les médecins généralistes ainsi que les coordonnées disponibles pour ces derniers.

Nous constatons donc que le site « Un adolescent peut en cacher un autre » est le seul traitant en détail du suicide uniquement chez les adolescents. Il est également le seul à permettre un accès à un test de dépistage ainsi qu'à des outils de prise en charge pouvant être appliqués immédiatement en consultation, notamment aux coordonnées françaises de structures adaptées. De plus, c'est le seul site destiné exclusivement aux médecins. S'il peut évidemment être consulté par l'ensemble de la population, la majorité des informations concernent néanmoins les praticiens car il décrit les réticences des adolescents à consulter, les barrières pouvant entraver le dialogue et les comportements à adopter pour favoriser la communication avec ces derniers. Unique en son genre, sa mise à jour était donc primordiale.

4.2) Limites des mises à jour

4.2.1) Présence d'une trame préexistante

Nous avons fait le choix de modifier le site internet plutôt que d'en créer un nouveau. L'ensemble de nos mises à jour ont donc été conditionnées par la structure préexistante. Le site de base étant déjà bien fourni, il a été difficile d'élaguer les informations. Plutôt que de faire disparaître des données sommes toutes intéressantes, il a donc été décidé de créer les fiches résumées afin de laisser l'ensemble des textes déjà présents et toujours d'actualité. Cela aboutit à un site internet se voulant le plus exhaustif possible mais restant cependant très dense.

Une refonte totale du site ou la création d'un nouveau site aurait été à l'origine d'une nette majoration de budget.

4.2.2) Consultation de la communauté médicale

La méthode de consensus utilisée a été la méthode Delphi, permettant de recueillir l'avis d'un groupe qui ne se réunit jamais. Néanmoins, l'application de cette méthode aura comporté plusieurs biais, à savoir :

- un manque de puissance : sur les 7 médecins ou internes qui ont été interrogés, 6 ont répondu. Si la méthode Delphi peut être appliquée à partir de 4 participants (48), des groupes supérieurs à 10 personnes sont néanmoins

habituellement utilisés afin de s'assurer d'une bonne validité du test. Notre échantillon était donc trop faible.

- un biais de sélection : les personnes interrogées faisaient toutes parties de mon entourage professionnel. Les répondeurs étaient constitués de 50% de femmes et de 50% d'hommes, la moitié était des internes, l'autre moitié des médecins thésés dont 2 professionnels installés et un remplaçant. 5 des 6 personnes vivaient en région Poitou-Charentes. Cependant, personne ne connaissait préalablement le site internet. Il aurait donc été intéressant d'augmenter notre échantillon en y intégrant des utilisateurs réguliers du site afin d'avoir leur avis sur les moyens d'optimiser ses fonctions.

4.2.3) Part aléatoire laissée à la société informatique

Toutes les modifications, tant sur le plan du contenu que sur la forme, ont été listées à la société informatique ADDEO. Si les demandes de modification de contenu doivent être scrupuleusement respectées, la société garde néanmoins une marge de manœuvre non négligeable dans la restructuration du site, devant prendre en compte des contraintes informatiques dont nous n'avons pas conscience. Concernant la charte graphique, il leur a été demandé de remettre le site au goût du jour selon les codes actuels sans demande plus précise de notre part. L'ensemble des critères n'ont donc pas été précisés leur laissant la liberté de faire le meilleur choix selon eux.

4.2.4) Incertitudes concernant les attentes des médecins vis-à-vis des adolescents

Notre site internet a pu, grâce à un grand nombre de recherches, être enrichi par des données sur les adolescents. Concernant la relation « médecin-adolescent », grand nombre d'informations proviennent d'articles scientifiques ou de thèses publiées sur la vision qu'ont les adolescents de leur médecin généraliste. Néanmoins, il est à noter que quasiment aucun article ne porte sur l'autre point de vue, à savoir sur la vision qu'ont les médecins généralistes des adolescents. Connaître plus précisément leurs peurs et leurs appréhensions aurait permis de leur fournir des réponses encore plus adaptées. Il serait donc intéressant de mener ce

type d'étude afin de pouvoir répondre au mieux aux attentes de la communauté médicale lors de prochaines mises à jour.

4.2.5) Les limites financières

Lien avec les autres professionnels

Suite aux retours des rondes Delphi, deux participants suggéraient la création d'un blog. Il a donc été demandé à la société ADDEO de créer un espace interactif pour les professionnels selon les possibilités du site et les moyens financiers disponibles. Lors du devis, ces derniers nous ont proposé la création d'un forum avec une rubrique destinée à donner son avis et un fil de discussion pour la somme de 2 627,86 €. Le budget mobilisable initialement était de 20 000 €, somme nécessaire à toutes les autres modifications entreprises hormis la création du forum.

L'intérêt serait indéniable et permettrait aux praticiens d'échanger sur leurs pratiques ou de demander conseil. Néanmoins, l'insertion d'un forum et d'une plateforme de communication nécessiterait également un gestionnaire restant en contact avec le site afin de donner une vraie fonctionnalité à cet espace de parole.

L'idée de création d'un forum a donc dû être abandonnée faute de fonds et de personnel de gestion.

Niveaux de navigation

Sur l'ensemble des pages, le sommaire de la rubrique à 2 niveaux de navigation est disposé dans la colonne de gauche alors que le sommaire de la page elle-même est situé dans la colonne principale (voir figure n°2, page 6). Nous désirions initialement qu'un sommaire à 3 niveaux de navigation soit créé dans la colonne de gauche pour raison esthétique et afin de ne pas surcharger la colonne principale.

Cependant, pour intégrer un troisième niveau de navigation il fallait compter la somme de 1 253,57 €. Le but étant plus esthétique que pratique, nous avons dû abandonner cette idée afin de privilégier la réalisation des autres modifications.

4.3) Avenir du site internet

4.3.1) Fonctionnalité

Lors du lancement du site, la première étape consistera à tester sa fonctionnalité ainsi que la pertinence des modifications réalisées. Comme mentionné dans l'article concernant la refonte du site internet de la bibliothèque médicale de l'Université Sud Californienne (24), tester le nouveau site est une phase inévitable lors d'une remise à jour. Il conviendra donc de le consulter page par page afin de s'assurer de la bonne fonctionnalité des modifications.

4.3.2) Mises à jour

« A website is a work in progress, not a final product » (« Un site internet est un travail en cours, et non un produit finalisé »), disaient Wu et Brown (24). Cette citation illustre tout le problème des sites internet dont l'obsolescence est inévitable en l'absence d'entretien.

Il conviendra donc, afin de préserver l'utilité du site, de réaliser des mises à jour régulières notamment lors de nouvelles parutions concernant le suicide de l'adolescent. Il paraît également fondamental de réévaluer la partie épidémiologique régulièrement afin de la faire évoluer parallèlement aux modifications de la société.

4.3.3) Diffusion du site

Enfin, suite à ce travail, il faudra rendre public le site internet et diffuser des informations concernant son existence aux professionnels de santé afin d'augmenter son rayonnement. Il faudra donc déterminer par quels canaux de communication nous désirons faire connaître notre travail.

4.3.4) Labellisation

Lors de sa création, la HAS s'était vue confiée la mission de certification des sites internet liés à la santé. De 2007 à 2013, c'est la fondation HON (Health On the Net) qui en a été chargée mais ce partenariat n'est plus d'actualité depuis 2013 et il

n'existe actuellement pas de nouveau dispositif de certification des sites internet liés à la santé par la HAS.

Cependant, la certification la plus connue dans le monde de la santé reste ce HON code. Il a été traduit et utilisé dans 34 langues différentes et est actuellement employé par plus de 7300 sites certifiés. Il constitue avant tout un engagement moral pour diffuser des informations médicales et témoigne de la volonté d'un site à vouloir publier des informations utiles, objectives et correctes sur la santé. Le HON code oblige les sites Web certifiés à respecter et à présenter les informations suivantes (49) :

- **Autorité** : indiquer la qualification des rédacteurs
- **Complémentarité** : compléter et non remplacer la relation patient-médecin
- **Confidentialité** : préserver la confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site
- **Attribution** : citer les sources des informations publiées et dater les pages de santé
- **Justification** : justifier toute affirmation sur les bienfaits ou les inconvénients de produits ou traitements de façon balancée et objective
- **Professionalisme** : rendre l'information la plus accessible possible, identifier le webmaster, et fournir une adresse de contact
- **Transparence du financement** : présenter les sources de financements
- **Honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale** : séparer la politique publicitaire de la politique éditoriale

A noter qu'outre ces critères, le label ne permet pas de certifier le contenu des sites médicaux.

Notre site internet rentrerait donc dans les critères de labellisation, néanmoins, cette certification reste discutable car il a été répertorié qu'un grand nombre de sites commerciaux ont pu l'obtenir facilement et qu'en contrepartie, de nombreux sites médicaux de qualité n'affichent pas le HON code car ils n'en n'ont

pas fait la demande. De plus, ce label reste encore trop méconnu du grand public et des professionnels de santé.

Il conviendra donc pour l'avenir de surveiller la survenue d'un nouveau partenariat entre la HAS et un organisme de labellisation, et, le cas échéant, faire une demande de certification afin d'authentifier notre site et d'augmenter la confiance de ses usagers.

5) Conclusion

Ce travail de mise à jour avait pour but de rendre le site internet « Un adolescent peut en cacher un autre » plus facile d'accès et ainsi permettre aux professionnels de santé de s'y rendre instantanément lors d'une consultation avec l'adolescent.

Les modifications de contenu ont permis une mise à jour de l'ensemble des données. Les modifications de contenant, elles, ont eu pour objectif de clarifier le site et de faciliter l'accès aux outils phares pouvant être nécessaires en consultation.

Nous espérons que sa mise en ligne révélera un site à la fois fonctionnel et agréable afin de pouvoir ensuite permettre sa diffusion. Il conviendra alors d'éviter au maximum son obsolescence en poursuivant la réalisation de mises à jour régulières.

L'ensemble de ce travail de thèse a donc été réalisé avec une visée uniquement pratique pour la médecine libérale. Néanmoins, par la suite, il serait intéressant d'évaluer précisément sa contribution en mesurant les répercussions de la consultation du site internet sur le dépistage et la prise en charge des adolescents à risque suicidaire en médecine générale.

Glossaire

ADOC : ADOlescents et Conduites à risque

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

BD : Bande dessinée

BITS test : Bullying-Insomnia-Tobacco-Stress test

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

HON : Health On the Net

INJEP : Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OFDT : Organisation Française des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDF : Portable Document Format

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

Références bibliographiques

1. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet Lond Engl.* 12 sept 2009;374(9693):881- 92.
2. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet Lond Engl.* 23 juin 2012;379(9834):2373- 82.
3. De Tournemire R. Teenagers' suicides and suicide attempts: finding one's way in epidemiologic data. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* août 2010;17(8):1202- 9.
4. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry.* avr 2012;53(4):381- 9.
5. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* mars 2007;41(3):257- 65.
6. Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, Hogan S, Nada-Raja S, Poulton R, et al. Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. *JAMA Psychiatry.* févr 2014;71(2):119- 27.
7. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* juin 2002;159(6):909-16.
8. Zwaanswijk M, Verhaak PFM, van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Fam Pract.* oct 2005;22(5):498- 506.
9. Binder P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? 2001. 1507-1512 p.
10. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents :

Conception d'un test et validation de son usage. Rev Prat Médecine Générale. 2004;(650- 51):576- 80.

11. Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Paris: INSERM; 1994. 346 p.
12. Jousselme C, Cosquer M, Hassler C. Portrait d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 - Plateforme d'Echanges et d'Information Drogues et Dépendances Outre-mer.
13. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet Lond Engl. 18 juin 2011;377(9783):2093- 102.
14. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. BMJ. 8 janv 2009;338:a2981.
15. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. Rev Epidemiol Sante Publique. août 2013;61(4):363- 74.
16. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? Lancet Lond Engl. 5 mai 2007;369(9572):1565- 73.
17. La santé des collégiens en France / 2010 - HBSC - 1412.pdf [Internet]. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>
18. Bach J-F, Houdé O, Léna P. L'enfant et les écrans. Un Avis de l'Académie des sciences: Un Avis de l'Académie des sciences. Le Pommier; 2015. 329 p.
19. Pourrat P. À l'adolescence, la corrélation entre le temps passé devant les écrans et la fréquence des conduites à risques diffère selon le sexe et le type d'écran. éditeur inconnu; 2016. 72 p.
20. ADISP-CMH, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Enquête sur la Famille et les Logements - 2011.

21. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Paris: HAS; nov 2014.
22. Binder P, Heintz A-L, Servant C, Roux M-T, Robin S, Gicquel L, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychiatry*. 6 mai 2016.
23. Fuller DM, Hinegardner PG. Ensuring quality Website redesign: the University of Maryland's experience. *Bull Med Libr Assoc*. oct 2001;89(4):339- 45.
24. Wu J, Brown JF. Website Redesign: A Case Study. *Med Ref Serv Q*. 2016;35(2):158- 74.
25. 10 Good Deeds in Web Design [Internet]. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: <https://www.nngroup.com/articles/ten-good-deeds-in-web-design/>
26. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. [Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2008;56(6):415- 23.
27. Santé publique France - Santé des collégiens en France : nouvelles données de l'enquête HBSC 2014.
28. Koenig J, Oelkers-Ax R, Parzer P, Haffner J, Brunner R, Resch F, et al. The association of self-injurious behaviour and suicide attempts with recurrent idiopathic pain in adolescents: evidence from a population-based study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*.
29. Tudrej BV, Heintz A-L, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract*. déc 2016;22(4):247- 54.
30. Pagot E. Regard des adolescents sur la notion de confidentialité en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
31. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de

Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.

32. Meynard A, Broers B, Lefebvre D, Narring F, Haller DM. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross sectional study. *BMC Fam Pract*.
33. Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mai 2014;64(622):e254-261.
34. Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, Hogan S, Nada-Raja S, Poulton R, et al. Suicide attempt in young people: A signal for long-term healthcare and social needs. *JAMA Psychiatry*. 1 févr 2014;71(2):119- 27.
35. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of Youth Suicidal Behaviours: Perspectives of Youth, Parents, and Health Care Professionals. *PLoS ONE*. 22 mai 2015.
36. Servant C. Dépister les idées ou actes suicidaires chez les adolescents: amélioration du test TSTS-cafard par une étude sur 923 jeunes de 15 ans [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers; 2015.
37. Entre nous - Guide d'intervention pour les professionnels de santé - Entre-Nous-Brochure.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
38. ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000.
39. Binder P, Heintz A-L, Servant C, Roux M-T, Robin S, Gicquel L, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychiatry*. 6 mai 2016;
40. Härmä A-M, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed? *Scand J Prim Health Care*. juin 2002;20(2):92- 6.

41. Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. [Changes in the frequency of suicidal behaviour after a 2-year intervention campaign]. *Nervenarzt*. mars 2007;78(3):272- 6, 278- 80, 282.
42. Coker TR, Sareen HG, Chung PJ, Kennedy DP, Weidmer BA, Schuster MA. Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: the perspectives of adolescents and parents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. août 2010;47(2):133- 42.
43. Signalement et information préoccupante | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1696>
44. Battesti E. Où trouver les réponses aux questions pratiques des médecins généralistes ? *Exercer*. 2010;21 (90(suppl1)) : 60-1.
45. Données et chiffres : Publications [Internet]. UNESCO. 2015 [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <http://fr.unesco.org/node/252295>
46. Prescrire. L'art de choisir ses sources et d'interpréter les informations. 2008;28(298):592-6.
47. Haute Autorité de Santé. La recherche d'informations médicales sur internet. Paris: HAS; mai 2007.
48. The Delphi Method: Techniques and Applications - delphibook.pdf [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>
49. Vers une transparence du contenu éditorial [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://www.hon.ch/HONcode/Patients/Visitor/visitor_f.html

Annexes

Annexe n°1 : arborescence du site internet avant modification (numéro de la fiche entre parenthèses)

1) Comprendre ... l'adolescent

1.1) Comment vont les adolescents ? – Caractéristiques de l'adolescent ordinaire **(110)**

Des ados qui vont bien (111)

Des comportements qui évoluent (112)

Des plaintes variables (113)

Analyse (114)

1.2) Les relations médecins / ados – Des réticences réciproques **(120)**

Evitement et décalage relationnel (121)

Les sources d'un malentendu (122)

Un ado qui brouille les cartes (123)

1.3) Le mal-être à l'adolescence **(130)**

Comment qualifier le mal-être ? (131)

Suicides et suicidants (132)

La crise suicidaire (133)

2) Repérer ... les comportements suicidaires

2.1) Pourquoi repérer ? **(210)**

Des trajectoires peuvent s'infléchir (211)

En raison d'un consensus (212)

Le généraliste est bien placé (213)

Les possibilités de la consultation (214)

Pour être précoce (215)

Les objections (216)

2.2) Comment repérer ? – Elargir le contenu de toute consultation **(220)**

Des clés universelles (221)

Un test fondamental : le TSTS CAFARD (222)

Les validations (223)

3) Accompagner ... les adolescents suicidaires

3.1) L'objectif: passer un cap (310)

Passer un cap (311)

3.2) Les moyens (320)

S'engager (321)

Gagner du temps : les outils relationnels (322)

Prescrire (323)

Adresser, joindre le dispositif (324)

4) Consultations (400)

4.1) AMELIE est enrhumée

4.2) CEDRIC a de la fièvre

4.3) ISA est fatiguée

4.4) Jeu de la consultation interactive

5) Test " TSTS CAFARD " (500)

Test TSTS

Au delà du motif

Auto-questionnaire

CPIR

Questions si tiers

Mots inducteurs

Images à bulles-vides

Echelle émotionnelle

Examen physique commenté

La nuit magique

Le carré des choix

Cartes d'injonctions

Le mot caché

Métaphore de la chambre

Dessins de vécus

Métaphore de la vitre

Métaphore de l'équilibriste

Croisée des chemins

Reformulation

Vouvoiement/tutoiement

Les symboles contractuels

Rapporter

Prescrire un rendez-vous

Dessin du corps

Postures et attitudes

Métaphore de l'avion

Modifier les places ou les rôles

Biographie

Génogramme

Métaphore de communication

Métaphore du cordon

Bâton qui DÉRAP

Relevé quotidien

Le prénom

6) Boîte à outils (600)

Annexe n°2 : exemple de fiche avant modification

ADOC « Un adolescent peut en cacher un autre »

123- Un adolescent qui brouille les cartes

LECROART	Maintenir en l'état	Quelques corrections	A Revoir largement	A recommencer
Précision du sujet (titres 1° cases)				
Clarté du propos (Colonne de gauche)		vu	vu	je supprimerai le premier item, qui est la seule forme négative
Développement adapté (Colonne de gauche)				
Animation adaptée au propos (colonne de droite)				
Fichiers en liens adaptés				

révision	date	auteur	Statut	commentaires
1	04/05/2007	ADOC	Public	
2	10/07/07	ADOC		Vidéos Dr ADOC, Choquet, Ado et Pajot
3	29/08/07	ADOC		divers

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE	Eléments de mise en scène
123 <u>Un adolescent qui brouille les cartes</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>des projections sur les capacités du médecin et des possibilités d'alliances faussées:</u> • <u>des difficultés à s'exprimer</u> • <u>la crainte de régresser</u> • <u>des réactions différentes selon le sexe</u> • <u>le rôle du tiers accompagnant accentuant le malaise</u> 	
<ul style="list-style-type: none"> • Des projections particulières <p>Sur les capacités du médecin:</p> <p>Le degré de confiance de l'adolescent envers les adultes est déjà très émoussé. Il l'est d'autant plus que l'adolescent est mal dans sa peau. L'adolescent a des projections particulières envers le généraliste. D'une manière générale 74 % des jeunes ne pensent pas pouvoir confier ses problèmes personnels à son médecin traitant (voir le graphique ci-contre). Mais ce chiffre cache des spécificités car le médecin traitant est ressenti comme « aidant »</p> <ul style="list-style-type: none"> * à 92 % pour résoudre un problème somatique * à 55% pour résoudre un problème sexuel * à 32% pour une dépression <p>Sur l'alliance possible</p> <p>Les premières minutes de la consultation jouent un rôle déterminant. le jeune perçoit très rapidement chez le médecin traitant : son malaise, l'intérêt qu'il lui porte, et son attitude face à la famille. Cela lui permet de le classer immédiatement, soit dans la catégorie des vieux liés aux conceptions parentales, soit dans la catégorie des alliés pouvant être adulte référent.</p>	<p>Dia n°27 dans (TSTS FMC V12 complète.ppt) légende : Niveaux de confiance envers les proches selon sexe et problèmes Source enquête LYCOLL: Binder Ph. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. La Revue du praticien Médecine Générale 2001 ; 15 (545 : 1507-12). (fig 35 fil-ballon.jpg)</p> <p>Vidéo Ado 1</p>

<ul style="list-style-type: none"> des difficultés d'expression... <p>- Un adolescent n'aime pas se découvrir devant un adulte qu'ils connaissent mal ou peu. - Ils ont d'autre part une difficulté à situer leur plainte ou à les énoncer. - Ont une représentation brouillée de leur corps. - Et d'autre part, ce qui touche au corps mobilise la pudeur, l'image de soi mais aussi les émotions.</p>	<p>(fig 28 interrogation)</p> <p>Vidéo Marcelli 4</p>
<ul style="list-style-type: none"> une crainte régressive... <p>- Recourir au soin implique une représentation de consentement, de se mettre dans un assujettissement à un dominant. Il y a ainsi par exemple rejet de tout comportement attitude ou mode qui ressemble à ce qui se passait avec lui en consultation dans la petite enfance. -Ce dont ils ont besoin de la part des adultes pour sortir du monde de l'enfance peut-être ressenti comme une menace à leur autonomie, tant sur le plan du soin (et donc mauvaise observance du médicament) que sur le plan de la prévention (rejet des conseils surtout visant à la protection) - A l'adolescence, une peur excessive, liée à une maladie par exemple, peut entraîner une paralysie de mobilisation, un frein plutôt qu'une assiduité à l'observance nécessaire.</p>	<p>(fig 31 œuf.jpg)</p> <p>Vidéo Rufo 5</p>
<ul style="list-style-type: none"> différente selon le sexe... <p>Les inquiétudes dépendent du sexe : " Les garçons ont peur de ne pas être fort, les filles de ne pas être heureuses". Leur mode de recrutement de support amical est différent : les relations des garçons s'établissent au niveau de la ville, celles des filles plutôt au niveau de l'école.</p> <p><i>RUFO.M; CHOQUET.M; "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Anne Carrière. p 85</i></p>	<p>vidéo 3 opinions.wmv</p> <p>Vidéo CHOQUET 4</p>
<ul style="list-style-type: none"> le rôle du tiers accompagnant <p>La présence d'un tiers adulte accentue le plus souvent le trouble, et du coup l'expression de l'adolescent. Le fait que l'adolescent ne s'oppose pas voire souhaite que son accompagnant reste, ne veut pas dire qu'il est pour autant plus à l'aise. Certaines consultations par contre sont plus aisées lorsque le jeune vient avec une ou un ami de confiance.</p>	<p>Vidéo Marcelli 3</p> <p>" fig 37 chambre-ado"</p> <p>Vidéo Dr ADOC 9ab</p>

<u>Vidéos</u>			
Pr Marcelli	3	Cette tension qui apparaît entre l'adolescent et son parent, sa mère par exemple, est-elle seulement psychologique ?	0 min 48
Pr Marcelli	4	Peut on dire que plus un adolescent est souffrant plus il exprime sa souffrance ?	0 min 50
Dr Rufo	5	Qu'appellez-vous la victimisation ?	0 min 32
3 opinions		Trois opinions sur l'adolescence, moments heureux et malheureux.	0 min 29
Mme Choquet	4	Les différences d'attitude ou de comportement entre les filles et les garçons vous paraissent-elles s'accroître ou se réduire depuis 20 ans?	1 min 40
Dr ADOC	9 a+b	Le tiers modifie le contenu de la consultation, comment faire avec ?	
Ado témoin	1	Témoignage : C'est vrai que j'ai consommé des trucs interdits et que j'ai eu des idées suicidaires mais au début je n'en parlais pas à mon généraliste ... pourquoi ?euh ...pour ne pas le décevoir.... Et puis je pensais qu'il s'occupait que du corps.... peut être aussi parce que je n'étais pas très sur de sa confiance, c'était quand même le médecin de mes parents... Et puis il faut dire qu'il ne m'avait jamais posé la question.	0 min 30

Annexe n°3 : tableau de suivi de révision des fiches

Tableau des reprises (18/04/2017)

Numéro de fiche	Non revues	En révision/ A faire	Revues
Structure du site			X
Accueil			X
110-Comprendre V2			X
111-Des ados qui vont bien V6		- Nouvelle image - Vidéo à remplacer	
112-Des comportements qui évoluent V4		- Nouvelle vidéo sur l'utilisation des écrans - Nouvelle image ado avec ordinateur ? - Diaporama Pourrat	
113-Des plaintes variables V5		En cours	
114- Une période trouble dynamique V3		- Remettre figure 27 - Nouvelle vidéo Pr Jeammet_	
121-Evitement et décalage relationnel V3		- Recherche de références plus récentes? - Finir fiche Socrate III	
122-Sources du malentendu V3		En cours de relecture	
123-Un ado qui brouille les cartes V3		- Trouver des références plus récentes en anglais - Adapter les chiffres en fonction de « confiance »	
131- Qualifier le mal-être V4		- Revoir la fiche CPIRE	
132- Suicidaires suicidantsV3		- Vérifier chiffres - Nouvelle image	
133-La crise suicidaireV4		- Nouvelles références sur la crise suicidaire ?	
210-Repérer V2			X
211-Des trajectoires peuvent s'infléchir V3		- Modifier la vidéo ?	
212-En raison de consensus V4			X
213-Le généraliste est bien placé V2		- Références à rechercher - Remise à jour sur Gotland	
214-Les objectifs de la consultation V2			X
215-Pour être précoce V2			X
216-Les idées reçues V2			X
221-Des clés universelles V3			X
222-Un test fondamental V3		- Manque 1 fichier joint	
223-Les validations V2		- Intérêt de la fiche ?	
310-Accompagner V2		En cours de relecture	
311- Passer un cap V2		En cours de relecture	
321-S'engager V2		En cours de relecture	
322-Gagner du temps		Fusion avec la fiche 321	
323-Prescrire V2		Fusion avec la fiche 321	
324- Adresser V2	X		
400- Consultations	X		
500-Le TSTS CAFARD / BITS TEST	X		
600-la boîte à outils V2	X		

Annexe n°4 : arborescence du site internet après modification

1) Comprendre ... l'adolescent

1.1) Comment vont les adolescents ? – Caractéristiques de l'adolescent ordinaire **(110)**

Des ados qui vont bien (111)

Des comportements qui évoluent (112)

Des plaintes variables (113)

Analyse UNE PERIODE TROUBLE MAIS DYNAMIQUE (114)

1.2) Les relations médecins / ados – Des réticences réciproques **(120)**

Evitement et décalage relationnel (121)

Les sources d'un malentendu (122)

LES TRANSFORMATIONS DU CERVEAU A L'ADOLESCENCE ET SES CONSEQUENCES COMPORTEMENTALES (122 bis)

Un ado qui brouille les cartes (123)

1.3) Le mal-être à l'adolescence **(130)**

Comment qualifier le mal-être ? (131)

Suicides et suicidants (132)

La crise suicidaire (133)

2) Repérer ... les comportements suicidaires

2.1) Pourquoi repérer ? **(210)**

Des trajectoires peuvent s'infléchir (211)

En raison d'un DE consensus (212)

Le généraliste est bien placé (213)

Les possibilités-OBJECTIFS de la consultation (214)

Pour être précoce (215)

Les objections IDEES RECUES (216)

2.2) Comment repérer ? – Elargir le contenu de toute consultation **(220)**

Des clés universelles (221)

Un test fondamental : le ~~TSTS-CAFARD~~ BITS TEST (222)

~~Les validations (223)~~

3) Accompagner ... les adolescents suicidaires

3.1) L'objectif : passer un cap **(310)**

Passer un cap (311)

3.2) les moyens **(320)**

Accompagner en médecine générale (321)

En orientant vers des confrères (324)

S'engager (324)

Gagner du temps : les outils relationnels (322)

Prescrire (323)

Adresser, joindre le dispositif (324)

4) Consultations (400)

~~4.1) AMELIE est enrhumée~~

~~4.2) CEDRIC a de la fièvre~~

~~4.3) ISA est fatiguée~~

~~4.4) Jeu de la consultation interactive~~

4) Boîte à outils

4.1) Se tester en consultation **(410)**

AMELIE est enrhumée

CEDRIC a de la fièvre

ISA est fatiguée

Jeu de la consultation interactive

4.2) Les outils utilisables en consultation **(420)**

~~Test TSTS~~

~~Au delà du motif~~

~~Auto-questionnaire~~

~~Métaphore de la chambre~~

~~Dessins de vécus~~

~~Métaphore de la vitre~~

CPIR	Métaphore de l'équilibriste
Questions si tiers	Croisée des chemins
Mots inducteurs	Reformulation
Images à bulles-vides	Vouvoiement/ tutoiement
Echelle émotionnelle	Les symboles contractuels
Examen physique commenté	Rapporter
La nuit magique	Prescrire un rendez-vous
Le carré des choix	Dessin du corps
Cartes d'injonctions	Postures et attitudes
Le mot caché	Métaphore de l'avion
Modifier les places ou les rôles	Métaphore du cordon
Biographie	Bâton qui DÉRAP
Génogramme	Relevé quotidien
Métaphore de communication	Le prénom
LE BITS TEST	REPERER LES ELEMENTS D'ALERTE
CHAMPS DE VIE	MÉTAPHORE DE L'AQUARIUM
GRILLE ADRS	MÉTAPHORE DE LA BOUEE
GRILLE MARCELLI	MÉTAPHORE DES COLLES
HEADSSS	MÉTAPHORE DU PARE-BRISE
100 MOTS	MÉTAPHORE DU POT DE MIEL
MÉTAPHORE DES CRUSTACES ET	
VERTEBRES	

5) ~~Test " TSTS CAFARD "~~ Le « BITS test » (500)

6) Qui contacter ? (600)

Annexe n°5 : Fiche n°111 après modification

111-Des ados qui vont bien

COMPRENDRE LES ADOLESCENTS	Documents liés
<p style="text-align: center;"><u>111. Des ados qui vont bien</u></p> <p>La plupart des adolescents (90%) s'estiment plutôt en bonne santé et près de la moitié à confiance en l'avenir. Plus d'un tiers des adolescents pensent que pour bien vivre il faut prendre des risques sans les calculer. Les garçons sont majoritaires à penser que le plus important est d'avoir un maximum de sensations, les filles pensent, elles, qu'il faut un maximum d'émotions. Ils se confient prioritairement à leur mère, ils apprécient l'école et ont conscience de son importance. Ils ont de nombreux amis et de nombreux loisirs.</p>	
<p>Références : Cette fiche est issue de l'ouvrage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rufo M, Choquet M. "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Anne Carrière 2007. 510 p. - Jousset C, Cosquer M, Hassler C. « Portraits d'adolescents – Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 » [111-1-jousset.pdf] - La santé des ados à la loupe : publication des données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children 2010 (HBSC) [111-2-HBSC.pdf] - Brimades, harcèlement, violences scolaires, bagarres, données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children 2010 (HBSC) [111-7-HBSC2014.pdf] - Relations amoureuses et sexualité, données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children 2010 (HBSC) [111-8-HBSC2014.pdf] - Habitudes alimentaires, activité physique et sédentarité, données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children 2010 (HBSC) [111-9-HBSC2014.pdf] - Willemse I, Waller G, Genner S, Suter L, Oppliger S, Huber AL and Süß D. JAMES - Jeunes, activités, médias : enquête Suisse. Zurich : Haute école des sciences appliquées de Zurich ; 2014 [111-5-JAMES.pdf] 	<p>vidéo CHOQUET 1.mpg</p>
<p>En savoir plus...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils ont confiance dans leur famille — Ce sont les enfants de la prudence et de la précaution. - Pour 71% des jeunes la vie familiale est agréable, détendue et plus chez les garçons (74%) que chez les filles (67%), mais les filles privilégient ce cadre de référence. - Plus de 80% des adolescents sont satisfaits de leur relation avec leur mère et 70% de leur relation avec leur père. Cette satisfaction diminue avec l'âge. - Leur mère est leur interlocutrice privilégiée principalement pour parler de l'école, de la santé et de la famille. - Ils parlent avec leur père plutôt de sport et d'actualité. - Les filles se confient plus que les garçons. - Le sujet le plus abordé est l'école (95,3%). Ils parlent peu de leurs problèmes (17,3%) ou de sexualité (22,4%). — 80% disent qu'ils peuvent facilement parler avec leurs parents. — 71% ressentent l'intérêt de leur mère et 67% celui de leur père 	<p>ADDEO: graphique statistique de : -la vie familiale est agréable, détendue pour 74% des garçons et 67% des filles -les parents restent les interlocuteurs privilégiés pour leurs difficultés scolaires (68%) ou de santé (65%), pour leurs tracas de vie quotidienne 60% se confient à leur mère et 20% à leur père-</p> <p>vidéo affections.wmv [vidéo faisant ancienne ++]</p>

<ul style="list-style-type: none"> - les parents restent pour la majorité les interlocuteurs privilégiés pour leurs difficultés scolaires (68%) ou de santé (65%) - pour leurs tracas de vie quotidienne ils se confient plus à leur mère : 60%, et moins à leur père 20% - ces impressions se modifient peu entre 12 et 18 ans. Cependant les adolescents se confient de moins en moins à leurs parents au cours de leur croissance en ce qui concerne leur intimité. - Les filles se confient davantage à leurs parents tandis que les garçons plutôt à leurs grands parents 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ils apprécient l'école <ul style="list-style-type: none"> ○ 47% aiment bien ou beaucoup l'école, les filles plus que les garçons et cette proportion est supérieure en lycée professionnel par rapport au LEGT. 18% n'aiment pas ou peu l'école. ○ Un adolescent passe près de 1000 h par an au collège. ○ 63,7% des jeunes aiment un peu ou beaucoup l'école, les filles l'apprécient plus que les garçons. 9% ne l'aiment pas du tout. ○ L'appréciation de l'école se dégrade lors des années collège puis réaugmente au lycée. ○ La scolarité est caractérisée majoritairement (> 85%) comme « utile pour l'avenir », « obligatoire » et « importante ». ○ 67% des élèves y attachent un caractère stressant. ○ 71,1% des jeunes considèrent que la réussite scolaire est la clé pour réussir son avenir. ○ 54% des élèves du second degré n'ont jamais redoublé. Les filles plus souvent que les garçons. Cependant le redoublement est la règle en lycée professionnel et est semblable pour les 2 sexes ○ 94% ne sont pas inscrits dans un absentéisme fréquent. Cependant 55% est déjà arrivé en retard et 32% ont séché des cours dans l'année. ○ L'absentéisme diminue avec le transport scolaire ○ 12% des élèves déclarent avoir subi des violences à l'école dans les deux derniers mois, ces chiffres sont en baisse depuis quelques années ○ 51% des garçons disent ne pas s'être battus depuis 12 mois 	<p>ADDEO: faire graphique statistique des données suivantes: 47% aime bien ou beaucoup l'école- 18% n'aiment pas ou peu l'école [MOD : Nouveau camembert avec : 12,3% l'aiment beaucoup, 51,4% l'aiment un peu, 27,3% ne l'aiment pas beaucoup, 9% ne l'aiment pas du tout</p> <p>94% n'ont pas un absentéisme fréquent. mais 55% est déjà arrivé en retard et 32% ont séché des cours dans l'année en cours</p> <p>dessin: fig 46 école.jpg</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Relations avec leurs amis les pairs, les amis sont les premiers confidentes <ul style="list-style-type: none"> ○ 68% des filles ou des garçons ont beaucoup de copains ○ > 90% ont trois amis ou plus, et se disent satisfaits ou très satisfaits de leurs relations avec leurs amis ○ L'usage des technologies de la communication ne semble pas dégrader leurs relations mais les modifier. ○ Via les réseaux sociaux, les jeunes ont environ 210 amis et 30% d'entre eux ont déjà « accepté d'être amis » virtuellement avec des personnes qu'ils ne connaissaient pas. Néanmoins, ils avouent être moins satisfaits de leurs relations avec leurs amis rencontrés sur Internet. ○ Moins de 2% des adolescents se déclarent sans ami ○ ils sont les premiers interlocuteurs pour parler de leur sexualité (46,1%), d'internet (43,6%) et de leurs problèmes personnels (37,4%). lors des difficultés sur le plan sentimental (62%) ou sexuel (41%) davantage chez les filles que chez les garçons et plus au lycée qu'au collège ○ il existe un rapport entre le nombre de copains et les consommations mais pas avec le sentiment de solitude .Pour en savoir plus 	<p>Faire lien avec le fichier : (conso-pairs.ppt) renommé [111-4-LYCOLL.pwp] [MOD : mettre le lien soit dans la colonne de gauche, soit dans une nouvelle colonne à droite]</p> <p>[111-6-CNIL.pdf et 111-6bis-generationnumérique.pdf]</p> <p>Dessin_fig 48-Dans l'arbre.jpg</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Peu de changement dans l'intimité sexuelle <ul style="list-style-type: none"> ○ L'âge moyen des premières relations sexuelles est de 16,2 ans et évolue peu depuis 30 ans. Il est hétérosexuel dans 97,4% des 	<p>Les relations sexuelles deviennent régulières à 18 ans pour 33% des garçons et 38% des filles</p> <p>vidéo sexualité</p>

<p>cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La fréquence des expériences homosexuelles est de 2% pour les garçons et 1% pour les filles. ○ Les relations sexuelles deviennent régulières à 18 ans pour 33% des garçons et 38% des filles. ○ 86% utilisent le préservatif et/ou la pilule lors de leur premier rapport sexuel. 10,1% n'utilisent AUCUN moyen de contraception. ○ Le recours à une contraception d'urgence concerne 8,8% des filles et a diminué ces 4 dernières années. ○ Le taux de grossesse chez l'adolescente reste stable depuis 10 ans (2,5%), le taux d'IVG (interruption volontaire de grossesse) chez l'adolescente a lui a diminué depuis 2010. ¾ des grossesses de l'adolescente aboutissent à une IVG. ○ Une approche de la sexualité très différenciée <u>lien avec vidéo</u> ○ Il existe un rapport entre la précocité sexuelle et les consommations de tabac alcool ou cannabis 	<p>vidéo BOUDAILLEZ</p> <p><i>[MOD : Enlever le lien vers le PowerPoint consommation-pairs qui se situe déjà au dessus]</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ● de nombreuses différences selon le sexe pour les loisirs ● Les loisirs, facteurs protecteurs des adoïsses de l'adolescence <ul style="list-style-type: none"> ○ Les garçons font du sport, (intensif pour 73% versus 48% des filles) et des jeux vidéo (59% contre 27%) ○ les filles lisent (souvent pour 53% versus 35% des garçons) ○ Les garçons sont plus nombreux et ont davantage d'argent de poche que les filles, ils fréquentent plus souvent les cafés (24%/19%) et sortent plus souvent en boîte (20%/16%) ○ Les trois principaux loisirs des adolescents sont semblables pour les deux sexes, on retrouve en premier lieu « écouter de la musique » (68,9%), puis « être avec des amis » (52,8%), et enfin « utiliser un ordinateur pour consulter des sites internet » (37,9%). ○ Même s'il n'est pas cité dans les loisirs préférés des jeunes, 82,1% d'entre eux font du sport régulièrement, les garçons plus que les filles. ○ Les adolescents passent en moyenne 2h par jour devant les écrans. ○ Ils sont 89% à avoir un profil sur les réseaux sociaux (Facebook arrivant en tête), et 78% à le consulter quotidiennement. ○ Leurs principales activités sur les réseaux sociaux consistent à consulter les photos et profils de leurs amis, à « liker » et à chatter. ○ Les données personnelles qu'ils partagent sont le plus souvent vraies, mais plus ils avancent en âge, plus ils limitent le partage des informations à leur sphère privée. ○ Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les garçons passant plus de 2h par jour devant les écrans sont également les plus sportifs, alors que chez les filles, les plus sportives sont celles qui passent moins de temps devant les écrans. ○ A noter que 37,6% d'entre eux ne lisent jamais de livre, les garçons étant moins lecteurs que les filles. 	<p>[supprimer le graphique]</p> <p>Dessin fig 47 basket.jpg</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Côté santé ils ont la pêche ! <ul style="list-style-type: none"> ○ Presque 90% 88% se trouvent bien portant ○ 91%-83% n'ont pas de handicap ni de maladie chronique. ○ 80% mangent avec plaisir ○ La consommation quotidienne de légumes a augmenté entre 2006 et 2010, celle de sucreries a diminué. Les filles sont plus attentives à ce qu'elles mangent que les garçons. ○ 57% des jeunes prennent un petit déjeuner. 91% déjeunent et dînent tous les jours, 69% prennent un petit déjeuner, les garçons plus régulièrement que les filles et ces taux ont nettement augmenté depuis 10 ans 	<p>supprimer graphique statistique des données suivantes: dans l'année écoulée les filles ont consulté plus le MG que les garçons (78%filles /72%garçons), l'infirmière scolaire (45% /42%) le dentiste (69% / 60%) l'ophtalmo (27% / 17%) ou le dermatologue (25%/ 17%).</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ 30% sont en dette de sommeil : les utilisateurs d'écrans le soir dorment 30 à 45 minutes de moins que leurs camarades 86% disent bien dormir sans différence selon le sexe ○ La plupart ont consulté leur médecin généraliste dans l'année : les filles (95%) plus que les garçons (86%). dans l'année écoulée les filles ont consulté plus le MG que les garçons (78% /72%), l'infirmière scolaire (45% /42%) le dentiste (60% / 60%) l'ophtalme (27% / 17%) ou le dermatologue (25%/ 17%). ○ 7% déclarent voir un psychologue ou un psychiatre, les filles plus que les garçons. ○ Très peu de jeunes disent manquer de loisirs. Par ex 5% n'ont jamais joué à l'ordinateur, 7% n'ont pas fait de sport ou 18% n'ont pas lu de livre pour se détendre, 	<p>Dessin fig 43 en format .jpg</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Et ils s'estiment plutôt bien (laisser le graphique) <ul style="list-style-type: none"> ○ se trouvent bien en poids et en taille: G=75%- F=65% ○ trop gros: G=11%- F=31% ○ a fait un régime dans l'année: G= 6%- F=25% ○ trop maigre G=12%- F= 6% ○ je me trouve séduisant G=62%- F= 24% ○ j'ai du charme G=63%- F= 45% ○ je voudrais être du sexe opposé G= 6%- F= 21% <p>mais attention, l'estime de soi n'est pas corrélée à la consommation et à la violence</p>	<p>Graphique avec les données</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Et critiquent leurs consommations <p>parmi les jeunes qui ont été ivres</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 22% des jeunes trouvent cet état agréable ○ 6% disent rechercher cet état ○ et 32% le regrettent 	

Vidéos		
Affections	Les copains et l'affection maternelle [vidéo faisant ancienne ++]	0 min 19
Sexualité	Les différences d'opinions sur la sexualité selon le sexe	0 min 50
Mme Choquet	A l'échelle du pays, peut-on dire que les ados vont bien ?	0 min 34

Annexe n°6 : Fiche n°112 après modification

112-Des comportements qui évoluent

Contenu	Eléments de mise en scène
<p style="text-align: center;"><u>112 – Des comportements qui évoluent</u></p> <p>L'évolution constante de la société modifie sensiblement le comportement des adolescents, quel que soit leur sexe. Les changements les plus notables concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'augmentation de l'utilisation d'écrans et de technologies de la communication - La modification du cadre familial - L'augmentation de la confrontation à la violence - L'augmentation de la consommation de cannabis <p>Cette génération est moins riche financièrement que ses parents au même âge même</p>	

<p>si les jeunes semblent avoir plus de biens de consommations. Par contre, le développement du chômage ne modifie pas en lui même les comportements car les facteurs de risque sont de type relationnels et non sociaux.</p>	
<p><i>Références : Tous les éléments de cette fiche sont extraits de l'ouvrage:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rufo M, Choquet M. "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. édition Anne Carrière 2007. 510 p. - Jousset C, Cosquet M, Hassler C. « Portraits d'adolescents – Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 » [111-1-joussetme.pdf] - La santé des ados à la loupe : publication des données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children 2010 (HBSC) [111-2-HBSC.pdf] - Habitudes alimentaires, activité physique, sédentarité, données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children 2014 (HBSC) [111-9-HBSC2014.pdf] - 5ème étude AFOM-TNS Sofres pour l'Observatoire sociétal du téléphone mobile - Bach JF, Houde O, Lena P, Tisseron S. L'enfant et les écrans. Un Avis de l'Académie des sciences. Paris : Éditions Le Pommier et Institut de France - Académie des sciences; 2013. [112-1-bach.pdf] - Enquête Famille et logement, INSEE 2011 [112-2-INSEE.pdf] - Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 [112-3-escapad.pdf] - Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Tendances 99 - OFDT, 8 p, mars 2015 [112-4-OFTD.pdf] - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Paris: HAS; nov 2014. [112-9-HASdépression-a.pdf] 	
<p><i>En savoir plus...</i></p>	
<p>Depuis 15 ans la société a évolué et l'on observe des changements d'importance chez les 12-20 ans. Cependant, beaucoup de facteurs restent constants, le plus marquant est la différence de comportement entre les garçons et les filles.</p> <ul style="list-style-type: none"> — <i>Sur un plan général les grands changements touchent, le mode de communication, la pratique sportive et l'aspect économique</i> — <i>Au sein de la famille, la recomposition remplace la monoparentalité et le mode de contrôle parental se modifie.</i> — <i>La vie scolaire s'améliore sur certains points mais se polarise</i> - <i>Les troubles des conduites ont augmenté et se sont modifiés surtout chez les filles.</i> 	
<p>Sur un plan général les grands changements touchent, le mode de communication, la pratique sportive et l'aspect économique:</p> <ul style="list-style-type: none"> — la mise à disposition du téléphone portable et d'Internet a révolutionné l'approche des relations et de la société à cet âge, modifiant fortement les rapports interpersonnels. Inexistant en 1993, le téléphone portable concerne 40% des 13-14 ans et 90% des 19-20 ans. 70% des garçons et 60% des filles l'utilisent tous les jours mais cet usage français est un des plus bas en Europe. — Les jeux vidéo ont pris une place grandissante surtout chez les garçons : 51% des 14-16 ans s'y adonnent quotidiennement et environ 30% chez les 17-18ans alors qu'à cet âge seulement 7% des filles le font — La pratique du sport régulier a été multipliée par 10 en 3 générations. Cependant, chez les filles la courbe décroît à partir de 15 ans en particulier chez les filles d'origine maghrébines. — C'est une génération qui est moins "riche" personnellement que ses parents au même âge même si les jeunes semblent avoir plus de biens de consommations. Les parents jouent un rôle plus économique. Par contre le développement du chômage ne modifie pas en lui même les comportements car les facteurs de risque sont de type relationnels et non sociaux. 	<p>ADDEO: graphique reprenant les données suivantes</p> <p>le téléphone portable concerne 40% des 13-14 ans et 90% des 19-20 ans.</p> <p>jeux vidéo 51% des 14-16 ans s'y adonnent quotidiennement et environ 30% chez les 17-18ans alors qu'à cet âge seulement 7% des filles le font</p> <p>vidéo CHOQUET 6.MPG</p>
<p>Augmentation de l'utilisation des écrans</p> <p>70 % des plus de 12 ans et 95 % des 15-17 ans possèdent un téléphone portable. Les filles sont équipées plus tôt que les garçons.</p> <p>L'usage quotidien des technologies de l'information et de la communication a significativement augmenté ces dernières années et l'on considère que les collégiens</p>	<p>vidéo CHOQUET 6.MPG</p> <p>[MOD : 2 nouvelles vidéos en cours de réalisation]</p> <p>[MOD : nouvelle image de SERDU en cours de</p>

<p>passent en moyenne 7 h 48 devant un écran, les garçons significativement plus que les filles (8 h 18 vs 7 h 24). La fréquence quotidienne des échanges par téléphone ou par internet s'accroît par ailleurs avec l'âge et au collège. Ce sont les filles qui communiquent le plus par les médias.</p> <p>Les nouvelles technologies mettent le cerveau en mode « hypothético-déductif » ce qui, sur le cerveau des adolescents toujours en cours de maturation, améliore la capacité d'attention visuelle, la flexibilité et l'attention simultanée à plusieurs choses. Cependant, cela est aussi à l'origine d'une pensée trop rapide, superficielle et fluide appauvrissant la mémoire.</p> <p>Les ados utilisateurs d'écrans le soir présentent également un retard de sommeil de 30 à 45 minutes sur leurs camarades.</p> <p>La corrélation entre le temps passé et la fréquence des conduites à risque varie selon le sexe et le type d'écran. A plus de 2h/jour, c'est le téléphone portable qui a la corrélation la plus forte chez tous les adolescents : OR=9,4 [6,1-14,4].</p> <p>Chez tous, il n'y avait pas d'excès de risque avec la télévision. Chez les garçons, il y avait un risque modéré avec les jeux vidéo (OR=2,1) ou l'ordinateur pour Internet (OR=2,2). Chez les filles, le risque augmentait entre l'utilisation de l'ordinateur pour Internet (OR=3,3), et les jeux vidéo (OR=5,8).</p> <p>Ces résultats suggèrent aux médecins généralistes de s'intéresser au temps passé avec le téléphone portable comme indicateur indirect de conduites à risque chez l'adolescent.</p>	<p><i>réalisation : un adolescent face à un ordinateur avec un téléphone à la main]</i></p> <p>Diaporama Pourrat</p>
<p><u>Les structures familiales :</u></p> <p>Au sein de la famille, la recomposition remplace la monoparentalité et le mode de contrôle parental se modifie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 enfants sur 10 vivent dans une famille « traditionnelle » avec leurs deux parents - 2 enfants sur 10 vivent dans une famille monoparentale - 1 enfant sur 10 vit dans une famille recomposée, dont 79% chez leur mère et 21% chez leur père. <p><i>Au sein de la famille, la recomposition remplace la monoparentalité et le mode de contrôle parental se modifie. C'est une génération qui a en général ses quatre grand parents, il y a moins d'orphelins mais plus de séparations parentales. Celles-ci aboutissent deux fois plus souvent qu'il y a 15 ans à la constitution d'une famille recomposée et moins souvent à une situation d'éducation monoparentale. En 10 ans il y a 2 fois plus d'adolescents qui vivent en familles recomposées</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La violence intra familiale a diminué. Le <u>mode de communication</u> n'y est peut-être pas étranger: en effet, les filles parlent plus avec leurs parents mais moins avec leurs grands-parents. On notera utilement que c'est l'inverse pour les garçons. - Le <u>contrôle parental</u> a augmenté pour les filles mais diminué pour les garçons. On observe que cette tendance a plutôt amélioré les comportements des filles mais plutôt dégradé celui des garçons - Le <u>mode d'autorité s'est lentement modifié</u> : Lien [112-7-histoiredelautorité.word] <p>— Rien n'a cependant changé dans la relation au père.</p> <ul style="list-style-type: none"> - On notera que le <u>petit déjeuner</u> apparaît comme signe d'intégration sociale : sa fréquence est passée de 70% environ en 1993 à plus de 82% en 2000 <p><i>La vie scolaire s'améliore sur certains points mais se polarise.</i></p> <p>— Le vécu de l'école a évolué, il s'est polarisé. En effet l'augmentation nette du nombre des jeunes qui se sentent bien à l'école est parallèle à l'augmentation de ceux qui s'y trouvent mal.</p> <p>— Il y a moins de redoublants surtout chez les plus jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'<u>internat</u> s'est développé surtout au collège et concerne davantage ceux issus de familles recomposées et particulièrement les filles. 	<p>Laisser le graphique</p> <p>vidéo autorité.wmv [vidéo faisant ancienne ++] vidéo CHOQUET 2.MPG</p> <p>vidéo CHOQUET 3.MPG vidéo Rufo 1</p> <p>vidéo Rufo 3</p>
<p><u>L'augmentation de la violence</u></p> <p><i>Les troubles des conduites ont augmenté et se sont modifiés surtout chez les filles.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une manière générale le taux des <u>comportements violents</u> en ville et surtout dans les quartiers favorisés a augmenté de 30% et rejoint celui du milieu rural qui est resté stable. C'est une violence essentiellement tournée vers les biens et la dégradation du matériel (+25%), et ce sont les filles qui ont le plus changé à cet égard. On notera qu'à 18 ans plus d'un garçon sur 5 (21%) avoue avoir déjà vendu un objet volé pendant l'année <u>une masculinisation du comportement des filles.</u> 	<p>Laisser les graphiques sur le vol et la pornographie</p> <p>vidéo CHOQUET 4</p>

<p>- Cependant <u>les violences sexuelles</u> ont augmenté surtout chez les jeunes de 17 ans. Existe-t-il une relation, mais la pornographie s'est rendue plus proche des plus jeunes surtout par Internet ou les DVD. C'est à son sujet que l'on observe le clivage le plus tranché entre les garçons et les filles : la pornographie est appréciée de 80% des garçons et dégoûte 80% des filles. Or la pornographie est liée statistiquement à des conduites à risque.</p> <p>— Les rapports sexuels sont un peu plus précoces: 16,5 ans alors qu'ils étaient de 17,5 ans il y a 25 ans. Cette variation est d'autant plus importante qu'elle concerne de plus en plus le collège.</p> <p><u>L'augmentation des consommations :</u></p> <p>Au niveau des consommations, le fait majeur est l'augmentation des usages de <u>cannabis</u> et <u>l'augmentation de la consommation de tabac chez les filles</u>. On notera la question des cumuls de consommations et des comportements: par exemple plus ils fument moins ils dorment et réciproquement. [MOD : mettre le lien conso-temps-age.ppt dans la colonne de gauche]</p> <p>Pour comprendre le passage de l'usage simple à la dépendance et le rôle des vulnérabilités dans ce domaine: voir cette approche physiopathologique de l'addiction : [MOD : enlever le lien [112-6a-addictions.pdf] et le remplacer par le lien [112-6a-addictions.pdf] , http://www.cannabis-medecin.fr/], [112-8-Jeunes&addictions2016.pdf]</p> <p>La <u>dépressivité</u> et les <u>TS</u> ont augmenté surtout chez les plus jeunes au collège, cependant la fréquence des idées suicidaires est stable ce qui veut dire que le passage à l'acte est plus fréquent. On portera une attention particulière aux enfants dépressifs mais non opposant de moins de 14 ans : ils ne consultent pas et ne sont pas vu par les psychiatres. Des recommandations précises ont été formulées en 2014 concernant les manifestations dépressives à l'adolescence. 112-9-HASdépression-b.pdf</p> <p>Entre 1993 et 2003 l'écart entre la fréquence des troubles selon le sexe s'est creusé en défaveur des filles surtout avant l'âge de 17 ans. Les filles sont plus frappées qu'avant.</p>	<p>Image : (fig 23 aucun.jpg)</p> <p>vidéo Reynaud 1 vidéo Reynaud 2 vidéo Reynaud 3 vidéo Reynaud 4</p>
---	---

<u>Vidéos</u>			
Dr Reynaud	1	Quelles sont les modifications de consommation des ados qui vous paraissent les plus importantes depuis 15 ans ?	1min 13
Dr Reynaud	2	Quelles en sont les aspects les plus inquiétants actuellement ?	57s
Dr Reynaud	3	Quelles en sont les aspects les plus rassurants actuellement ?	35s
Dr Reynaud	4	Existe-t-il une consommation de cannabis sans risque à l'adolescence ?	53s
Dr Rufo	1	Quelles sont les caractéristiques de l'adolescent actuel qui vous paraissent différentes de celles de la génération précédente ?	35s
Dr Rufo	2	Quelles sont les caractéristiques des réactions éducatives parentales actuelles qui vous paraissent différentes de la génération précédente ?	37s
Dr Rufo	3	On dit que la durée de l'adolescence s'est étendue, qu'en pensez-vous, et quelle est la représentation du temps chez l'ado ?	1min04
Autorité		Expression du contrôle parental et du non du père	29s
Mme Choquet	2	Quelles sont les caractéristiques de l'adolescent actuel qui vous paraissent les plus différentes de celles de la génération précédente?	1 min 53
Mme Choquet	3	Quelles sont les caractéristiques des attitudes éducatives parentales actuelles qui vous paraissent le plus se modifier depuis 20 ans ?	1 min 14
Mme Choquet	4	Les différences d'attitude ou de comportement entre les filles et les garçons vous paraissent-elles s'accroître ou se réduire depuis 20 ans?	1 min 40
Mme Choquet	6	Existe-t-il des caractéristiques géographiques ou sociales des adolescents en difficulté?	1-min-02
Dr Tisserand		<p style="text-align: center;">2 Nouvelles vidéos sur l'utilisation des écrans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles répercussions suite à l'utilisation quotidienne d'écrans avez-vous pu observer sur le comportement des adolescents ? - Le temps passé devant les écrans est-il lié différemment aux conduites à risque selon le type d'écran ? 	

Annexe n°7 : Fiche n°113 après modification

113-Des plaintes variables selon l'âge et le sexe

COMPRENDRE LES ADOLESCENTS	Eléments de mise en scène
<p style="text-align: center;"><i>113 Des plaintes variables selon l'âge et le sexe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adolescent consulte son médecin principalement pour une cause somatique et exprime rarement spontanément un trouble psychique. - Des troubles du comportement sur le plan social (absentéisme, vol, violence), individuel (plaintes, tentatives de suicide), des consommations (alcool, tabac, drogue, psychotropes) ainsi que des plaintes douloureuses récurrentes doivent alerter le médecin. - Signe de gravité : adoption d'un comportement caractéristique de ceux du sexe opposé. 	
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CREDES ESPS 1998 - Rousseau C, Clerc P, Stheneur C, Chevallier B. Les adolescents pris en charge en médecine générale, étude descriptive à partir de données de l' « Observatoire de la médecine générale » ; 2006. [113-1-rousseau.word] - Rufo M, Choquet M. "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Anne Carrière. 510 p. - Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Analyses et prospective, Inserm, Paris, 1994. - Koenig J, Oelkers-Ax R, Parzer P, Haffner J, Brunner B, Resch F et al., The association of self-injurious behaviour and suicide attempts with recurrent idiopathic pain in adolescents: evidence from a population-based study, Child Adolesc. Psychiatr. Ment. Health, 9 (2015), p. 32 [132-2-Koenig.pdf] - Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs ? Eur J Gen Pract. 2016 Dec;22(4):247-254. [121-5-Tudrej.pdf] 	
<p>En savoir plus...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le ressenti de trouble psychique est rare chez l'adolescent, la santé est essentiellement rapportée aux organes comme on le voit dans cette enquête du CREDES en population générale 	<p>Laisser le tableau (résultats de consultation.ppt)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u><i>A qui se confient les adolescents</i></u> <p>On observe que les confidents principaux des adolescents sont leurs parents et leurs amis. S'ils se confient à leurs parents sur l'ensemble des soucis, ils focalisent les confidences faites à leur médecin sur leur santé physique, sont réservés quant à leurs comportements à risque et ne lui parlent pas de leurs relations.</p> <p>Il faut noter que les garçons présentant des conduites à risque se confient moins à leur parents que les autres, autant à leur médecin généraliste et plus à leurs amis</p> <p>Les filles avec des conduites à risques, elles, parlent plus de leurs relations et moins de leur santé physique à leur médecin que les autres.</p> <p>39% des adolescents disent se confient à leur médecin généraliste. Peu importe leur niveau de conduites à risque, ils attendent principalement de lui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la confidentialité 	<p>Insérer en face du premier paragraphe la Figure 1 de Confidence-texte-VF-tableau (Nature des <i>difficultés/soucis</i> confiés par les ados selon leur sexe et leur type d'interlocuteur).</p> <p>Insérer en face du 2^{ème} paragraphe la figure 2 de Confidence-texte-VF-tableau (conditions de la confiance exprimées par les ados qui se confient à leur médecin).</p>

<ul style="list-style-type: none"> - de ne pas être jugé - qu'il pose les bonnes questions 	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les motifs de consultation des adolescents sont donc essentiellement somatiques et leur proportion est différente selon le sexe.</u> <p>Le tableau ci-après détaille les résultats de consultation enregistrés sur plus de 14 900 consultations en médecine générale. Comme on le constate, motif psychique et problèmes nerveux ne dépassent pas 6 à 7% des consultations tout venant. Néanmoins, il faut savoir que les adolescents présentant des plaintes douloureuses fréquentes sont également ceux qui sont le plus à même à adopter des conduites à risque ou des symptômes dépressifs. Des manifestations douloureuses récurrentes doivent donc alerter le médecin.</p> <p>En savoir plus : Les adolescents pris en charge en médecine générale : étude descriptive à partir de la base de données de l' « Observatoire de la médecine générale ». ROUSSEAU Céline, CLERC Pascal, STHENEUR Chantal, CHEVALLIER Bertrand. Faire lien avec fichier [113-1-rousseau.word]</p> <p>[MOD : mettre le fichier word en lien soit dans la colonne de gauche, soit dans une nouvelle colonne à droite, lien renommé]</p>	<p>Laisser le tableau (résultats de consultation.ppt)</p> <p>Vidéo : LEMERLE 1</p> <p><u>légende du graphique :</u></p> <p>Source : Base de données de la SFMG Diogène : 14 900 résultats de consultations issus de dossiers médicaux de 100 médecins généralistes et collectés en 2002. Sélection : "20 premiers résultats de consultation par Jeunes de 11 à 20 ans" Extrait de la Thèse pour le doctorat de médecine générale Docteur Rousseau-Migeon Céline Paris-Ouest 2004</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>A l'adolescence, le mal-être est essentiellement appréhendé par des comportements à problèmes aux formes variées.</u> <p>Les variations:</p> <p>A partir d'un tronc relativement commun vers onze ans, le mal-être va s'exprimer différemment selon le sexe et l'âge. L'animation suivante illustre l'écart progressif entre les comportements à problème des garçons et les filles lors de la croissance.</p> <p>Comme le montre l'animation, cette différence est constatée dans la plupart des comportements sociaux, individuels ou de consommations.</p> <p>La gravité:</p> <p>On notera un indice de gravité tout à fait particulier rappelé par Marie Choquet :</p> <p>« Quand le mal être grandit, le sujet accentue le comportement caractéristique de son sexe, mais au delà d'un certain seuil le sujet commence à présenter des comportements de l'autre sexe et ceci est un indice de gravité.</p> <p>Exemple: conduite violente et d'alcoolisation chez la fille, plaintes somatiques ou anorexie chez le garçon ».</p> <p><small>* RUFO. M.; CHOQUET.M; "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Anne Carrière. 510 p.</small></p>	<p>Laisser les graphiques</p> <p>(diff-sexuel.ppt)</p> <p>Vidéo : LEMERLE 2</p> <p>Ajout de 2 nouvelles vidéos (en cours) de Pr Gicquel sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la scarification - l'anorexie

<u>Vidéos</u>			
Dr Lemerle	1	A l'adolescence, en quoi l'expression du mal-être des garçons est-elle différente de celle des filles	1 min 36
Dr Lemerle	2	entre 12 et 20 ans, existe-t-il des manifestations différentes du mal-être selon l'âge ?	2 min 16
Pr Gicquel	3	Quelle est la vraie demande qui sous-tend l'acte de scarification ?	
Pr Gicquel	4	L'anorexie peut-elle être considérée comme un équivalent de passage à l'acte ?	

Annexe n°8 : Fiche n°114 après modification

114-Analyse Une période trouble mais dynamique

COMPRENDRE LES ADOLESCENTS	Éléments de mise en scène
114-Analyse Une période trouble mais dynamique	On change de titre
<p>« Les adolescents sont un atout majeur et une ressource essentielle pour le présent comme pour l'avenir ; ils sont porteurs d'un grand potentiel qu'ils pourront mettre au service de leur famille, de leur communauté et de leur pays. Ce sont des acteurs du changement social » (Santé des adolescents, OMS 2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adolescence est un processus de séparation menant vers l'autonomie. Elle passe par une crise impliquant fortement les émotions, pouvant être à l'origine de repli sur soi et d'acquisition de comportements à risque. - Les changements biologiques et psychosociaux de l'adolescence constituent un moment crucial pour fonder les bases d'une bonne santé pour l'adulte futur. - Les problèmes de comportement et d'addiction ont à cette période une incidence non négligeable sur le développement physique et psychologique futur, il convient donc d'acquérir des comportements positifs à cet âge de la vie. 	<p>faire lien avec les fichiers- RAPPORT COMPLET: [Rapport ADO Rufo-Joyeux-Integral.pdf]</p> <p>SYNTHESE DU RAPPORT [Rapport ADO Rufo-Joyeux-Synthese.pdf]</p>
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rufo M, Joyeux H. Santé, adolescence et famille, Rapport préparatoire à la conférence de la famille 2004, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes, texte long [114-1-rapportsanteintegral.pdf] - Rufo M, Joyeux H. Santé, adolescence et famille, Rapport préparatoire à la conférence de la famille 2004, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes, texte court [114-2-rapportsanteresumé.pdf] - La Santé pour les adolescents du monde, une deuxième chance pour la deuxième décennie, OMS, 2014 [114-3-OMS2014.pdf] - Santé des adolescents, OMS 2015 [114-4-OMS2015.pdf] - Rufo M, Choquet M. "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. édition Anne Carrière. 510 p. 	
En savoir plus...	
<p>1-La santé des ados n'est pas que l'affaire des médecins :</p> <p>La santé ne peut être réduite à une approche médicale. C'est l'affaire de tous et pas seulement celle des médecins et des professionnels de santé. La question de la santé des adolescents doit prendre en compte l'adolescent au niveau individuel, au niveau relationnel (familles et pairs), au niveau communautaire (école, établissements de santé, associations de loisirs) et au niveau culturel (médias, déterminants sociaux, droits et devoirs, ...). les thématiques de l'éducatif et du social. Le cloisonnement des approches reste étant préjudiciable à l'abord de la question.</p> <p>Quand on traite la question de la santé des adolescents, il faut résister à la tentation des clichés et aux images réductrices : la jeunesse, symbole de santé, de beauté et de sexualité ou encore la jeunesse, synonyme de difficultés psychologiques graves, voire de déviance sociale...</p> <p>La santé relève d'une dynamique permanente. Elle résulte d'un équilibre, à l'intérieur d'un système vivant. Dans ce système, il s'agit, à tout moment, de trouver les ressources nécessaires pour rétablir l'équilibre.</p>	<p>Dessin fig 27 équilibriste.jpg [remettre le dessin fig-27-équilibriste]</p> <p>Vidéo Rufo1</p>
<p>2-L'adolescence: une évolution vers l'autonomie</p> <p>Le Haut Comité de la santé publique propose la définition suivante : « L'adolescence est caractérisée par un statut social proche de celui de l'enfance, lié à l'existence d'une dépendance familiale et à une période d'activité scolaire ou d'apprentissage. Le passage de la période enfance/adolescence à l'âge adulte se caractérise par le franchissement de stades liés à l'entrée dans la vie active et professionnelle d'une part, à la constitution d'un couple et/ou du départ de chez les parents, d'autre part. »</p> <p><u>L'adolescence est un processus de séparation d'avec la famille, d'autonomisation.</u></p>	<p>Vidéo Maillet 1</p> <p>Dessin : fig 49</p>

<p><u>d'identification sexuelle, à la fois singulier et collectif, s'inscrivant dans des conditions de développement de la société, avec des particularités liées à la société dans laquelle il se déroule.</u></p> <p>Pour le Professeur Jeammet « L'adolescence, c'est passer de la dépendance infantile à une position plus autonome. L'adolescent doit aménager une nouvelle distance relationnelle avec les adultes et notamment ceux dont il était le plus dépendant affectivement : les parents et les proches. Or ceux qui arrivent à l'adolescence avec le plus d'insécurité intérieure, une moindre estime d'eux-mêmes, auront le plus besoin de recevoir un soutien de la part des adultes, mais ce seront aussi ceux qui vont souvent le tolérer le moins bien. Ils vont vivre, en effet, toute demande à l'égard des adultes comme une menace pour leur autonomie. Le drame est que plus on veut aider l'adolescent, plus il renforce son refus et son opposition. Et l'on en arrive à ce paradoxe tragique de l'adolescence, que ceux qui auraient le plus besoin de recevoir vont être ceux qui s'enferment le plus dans le refus ».</p> <p>L'adolescent s'intègre dans un réseau relationnel. Chaque membre de la famille, toutes générations confondues, fait partie d'un tout avec des relations ascendantes, descendantes et transversales ; ainsi l'adolescent est-il au cœur de ces liens, intégré au système familial. Il ne faut pas oublier dans la réflexion les notions de parentalité, d'autorité, d'éducation et d'amour, de reconnaissance et de valorisation.</p>	<p>génogramme.jpg</p> <p>Vidéo Maillet 3</p>
<p>3-Un temps abordé de façon positive</p> <p>90% des adolescents disent aller bien. 85 % des enfants et adolescents vont bien, comme le souligne le rapport 2002 du Haut Comité de la santé publique. Le présent rapport s'attachera à définir ce qu'il faut mettre en œuvre pour préserver les potentialités de ces enfants qui vont bien et ce qu'il conviendra de faire pour venir en aide à ceux qui vont mal.</p> <p>La problématique « adolescence et santé » est souvent traitée à travers les conduites addictives (alcool, tabac, toxicomanie, violence ...) ou à travers le mal être (suicide, dépression, ...). Ces sujets sont d'une incontestable gravité et appellent des politiques adaptées, notamment en matière de prévention. Mais l'approche doit également être positive. Cet âge doit être celui de l'acquisition d'attitudes et comportements positifs pour leur santé et de la prise de responsabilités : les adolescents peuvent être impliqués dans un rôle de relais actif des messages santé au sein de la famille. C'est un âge de « construction ».</p> <p>Dans un contexte où le terme jeunesse est parfois rapidement associé à « délinquance », « absence de règles », « démission des parents et des adultes en général », ... l'apport à notre société de ces 5,3 millions d'adolescents (11 - 18 ans) doit être valorisé, ainsi que la richesse du regard qu'ils renvoient aux adultes. S'intéresser à la santé des adolescents et s'interroger sur leurs pathologies (au sens large du terme) revient aussi à envisager l'état, à venir, de notre société.</p> <p>L'adolescent est, juridiquement, un « mineur », dépendant de ses représentants légaux. Ces derniers, en tant que titulaires de l'autorité parentale, ont un droit et un devoir de surveillance sur la santé de leur enfant.</p> <p>S'intéresser aux adolescents conduit à appréhender également leur contexte familial en tant que facteur influençant leur santé. Plus généralement, le contexte socio-économique dans lequel s'inscrit leur famille va intervenir sur leur équilibre physique et psychique. Il faut sans doute envisager les différents visages de la famille, ses divers aspects (« traditionnelle », « monoparentale », « recomposée », « urbaine », « rurale », ...</p> <p>Si adolescent et famille doivent dès lors être envisagés conjointement, il n'en reste pas moins que l'adolescence se caractérise aussi par un désir d'indépendance, de distance à l'égard des règles édictées et d'un besoin d'évoluer dans un monde propre, distinct de celui de l'adulte. Il conviendra dès lors de questionner ces relations entre l'adolescent et sa famille, car si cette dernière doit avoir le souci de préserver les potentialités et le bien-être des enfants et adolescents de l'adolescent, prévenir ses possibles défaillances et accompagner ses éventuelles souffrances, elle doit également lui laisser un espace dans lequel il pourra, en confiance, évoluer.</p>	<p>(Dessin : fig 18 vitre.jpg)</p> <p>Vidéo Maillet 4-5</p> <p>dessin Serdu (fig 3 avalanche.jpg)</p>


<p>4-Une crise, étape de développement</p> <p>La "crise" de l'adolescence est normale. Il s'agit d'un moment du développement. Elle doit être considérée comme banale, sans être pour autant banalisée. « La situation de l'adolescent le contraint à abandonner ses choix libidinaux infantiles, donc à se distancer de sa famille, mais aussi à s'identifier à ses parents afin d'accéder à l'état adulte. Ce paradoxe crée une véritable crise. L'adolescence est une véritable épreuve pendant laquelle tous les repères identificatoires sont remis en question. » (Jean-Pierre CHARTIER, <i>Les adolescents difficiles</i>, Dunod, 1997).</p> <p>L'adolescence peut également être considérée comme une crise des émotions selon le Professeur Jeammet. L'adolescent se sent subitement impuissant face aux changements physiques et psychologiques de cet âge de la vie. Cette impuissance constitue une menace qui provoque deux types de réactions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aller vers les autres (au risque d'être déçu), quand il existe un climat de confiance en famille ou avec ses pairs : risquer la relation. - se replier sur soi et s'enfermer, quand vivre des choses fortes semble inaccessible : l'objectif est de se protéger de la relation. <p>Face à la situation de repli, il convient d'en voir l'aspect positif : l'adolescent aspire à des choses belles qui lui semblent inenvisageables. C'est donc l'occasion de l'aider dans ses démarches plutôt que de s'apitoyer avec lui sur ce qui ne va pas.</p> <p>Il est important que soient expliquées aux enfants, avant leur survenue, les transformations qu'ils vivront au cours de l'adolescence (vers 8 ans pour les filles, vers 10 ans pour les garçons).</p> <p>La période du collège est celle de tous les dangers : c'est là que commence le décrochage scolaire, le début des consommations délétères, les relations sexuelles précoces.</p> <p>° RUFO.M; CHOQUET.M; "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité.- Essai. édition Anne Carrière. 510 p.</p>	<p>Vidéo Rufo 3</p> <p>Image : (fig 22 cadres.jpg)</p>
<p>5-Une période d'interaction sociales majeures</p> <p><i>Une société ...qui a ses exigences</i></p> <p>La crise d'adolescence n'est plus une crise individuelle: la crise que traversent les parents existe toujours, mais elle se double de la crise que traverse la famille dans son entier. Il y a aujourd'hui, crise de la famille, mais non du lien familial, qui continue à paraître légitime à presque tout le monde. Les familles sont engagées dans un souci de la réussite qui confirmera les liens familiaux : les adolescents se retrouvent soutiens de l'homéostasie familiale et ont beaucoup de mal à prendre leur autonomie.</p> <p>Ce conflit de l'adolescence, une « antinomie à résoudre entre besoins affectifs qui signifient dépendance et construction de son identité qui impose une séparation » selon la formule du professeur Jeammet, se vit dans le contexte d'une société paradoxale : à la fois permissive, voire fascinée par le tumulte de l'adolescence, et en même temps exigeante quant aux performances sociales. A cela, les adolescents vont répondre par deux types de conduites défensives prévalentes : des conduites agies très spécifiques (addictions, conduites suicidaires, ...), et des conduites de retrait : désinvestissement actif, négativisme, désinvestissement des processus de pensée, véritable phobie du fonctionnement mental (Kestemberg). Le danger est que les organisations psychopathologiques de l'adolescence vont figer le processus, arrêter le développement de la personnalité, le déroulement des processus d'identification et de séparation-individuation de l'adolescent ; sans oublier les conséquences somatiques et sociales possibles de ces conduites.</p> <p>L'image que l'on retient actuellement de l'adolescence est celle du désordre, des risques, voire du danger que font courir les adolescents à d'autres et à eux-mêmes. Pourtant, l'âge de l'adolescence, âge intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte, âge de découvertes, d'essais, de conflits et d'affrontements est riche et complexe, propice aux questionnements, aux remises en cause, de son entourage et de soi-même, qui amènera l'adolescent à devenir un adulte responsable. S'interroger sur les adolescents, et plus encore, sur la santé des adolescents, veut dire avant tout s'interroger sur le monde des adultes, et donc sur leur santé et leurs comportements en matière de santé.</p>	<p>Dessin (fig 20 impasse.jpg)</p> <p>Vidéo Maillet 6-7</p> <p>(fig 32 affiches.jpg)</p>
<p>6-Une société...que les adolescents inquiètent...</p> <p>Le regard des adultes sur les questions liées à l'adolescence est rarement serein ou dénué d'ambiguïté, comme le remarque le Haut Comité de la santé publique : les adultes ne peuvent considérer les adolescents qu'avec leurs propres références, tantôt ils optent pour le déni et le refus d'agir (« c'est l'âge, cela passera... »), tantôt pour une dramatisation excessive (« son comportement est inadmissible, il faut faire quelque chose... ») sans que ces réactions</p>	<p>Dessin Serdu (fig 9 cerveau b.jpg)</p>

prennent en compte le sens des messages lancés par les adolescents.		
<p>7-Une société... où les adultes doivent trouver leur position éducative...</p> <p>Il y a une position juste à trouver, une position d'adulte, que ce soit pour le médecin (représentant l'autorité médicale) ou pour l'adulte en général qui doit être en position de contenir, d'éduquer, de comprendre, ce que l'on peut résumer dans le terme « appréhender » au sens plein de contenir et de comprendre.</p> <p>Lors d'échanges, des jeunes, accueillis dans les foyers de l'enfance, ont expliqué avec beaucoup d'unanimité, quel que soit leur âge ou leur sexe, que si des adultes avaient été présents, tel jeune n'aurait pas été frappé ou insulté : « si les adultes étaient là... ». Les cadres de référence semblent manquer, ainsi que les figures d'autorité contre lesquelles se rebeller et se construire.</p> <p>Les adultes cherchent partout des explications aux comportements des adolescents sauf dans leurs propres comportements.</p> <p>On remarquera d'autre part que l'intervention des adultes auprès des filles relève plus de la prévention : planning familial, suivi pilule etc... tandis qu'auprès des garçons il s'agit plus de répression, arrestation, judiciarisation en raison de la fréquence des conduites socialement délébiles.</p> <p>Il faut aider l'adolescent à penser le futur et à le penser en commun.</p> <p><small>RUFO.M; CHOQUET.M; "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai-édition Anne Carrière. 510 p.</small></p>		<p>Dessin : (fig 30 ados-père.jpg)</p> <p>Vidéo Maillet 2</p> <p>Vidéo Maillet 8</p>
<p>8-Une société... où les adultes doivent soutenir les capacités des adolescents à penser...</p> <p>Apprendre à s'exprimer, à supporter la contradiction, à rebondir sur les arguments d'autrui, à ne pas se laisser démonter par une idée radicalement différente permet à l'adolescent de prendre conscience de la place de l'autre ; l'altérité, à la fois limitante (qu'autre peut ne pas être du même avis et donc constituer une source de frustration) et facilitante (la discussion permet d'affiner la pensée).</p> <p>La plupart des adolescents ayant recours aux conduites addictives (consommations de produits, par exemple) ou évacuant leur mal être dans l'agir ont d'innombrables difficultés avec leur vie psychique. « Ça me prend la tête », les entendons nous dire. Les pédopsychiatres savent bien combien il est difficile de les réconcilier avec leur pensée, d'où la difficulté à les faire s'investir dans une psychothérapie où le soin ne passe que par la parole. Fuyant des affects dépressifs insoutenables, ils se réfugient dans des conduites qui pour un temps les apaisent, mais se révèlent bien vite inefficaces, sauf à augmenter les consommations ou à multiplier les conduites agies; ce qui bien évidemment accroît les risques.</p>		<p>Vidéo Rufo 2</p> <p>(fig 33 baudruche.jpg)</p>
<p>9-Une société... tentée par la médicalisation.</p> <p>Les professionnels de santé font le constat d'une demande de plus en plus forte venant d'acteurs divers : pour les petits qui ont du mal à apprendre il faudrait, par exemple, un bilan neurologique. Et ces professionnels eux-mêmes sont tentés de donner une réponse simpliste sans approcher la complexité des interactions relationnelles avec le milieu.</p>		<p>(fig 6 dépress°type.jpg)</p> <p>Vidéo Rufo 6</p> <p><i>[Vidéo particulièrement intéressante à mettre plus en valeur]</i></p>

Vidéos			
Dr Rufo	1	Quelles sont les caractéristiques de l'adolescent actuel qui vous paraissent différentes de celles de la génération précédente?	35s
Dr Rufo	2	Quelles sont les caractéristiques des réactions éducatives parentales actuelles qui vous paraissent différentes de celles de la génération précédente ?	37s
Dr Rufo	3	On dit que la durée de l'adolescence s'est étendue, qu'en pensez-vous, et qu'elle est la représentation du temps chez l'ado ?	1min 04
Dr Rufo	6	Qu'attendez-vous du médecin généraliste ?	29s
Dr Maillet	1	Que pensez-vous du rôle de la famille dans l'évolution d'un adolescent actuellement	1min 19
Dr Maillet	2	Pourquoi le père est-il si important ?	1min 47
Dr Maillet	3	Il ne s'agit pas d'être mère (père) après avoir été fille (fils), mais de rester femme (homme) ; souvent il s'agit de le devenir.	1min 40
Dr Maillet	4	Que pensez-vous des difficultés éducatives que rencontrent les parents actuellement (version 1) ?	1min 15
Dr Maillet	5	Que pensez-vous des difficultés éducatives que rencontrent les parents actuellement (version 2) ?	1min 14
Dr Maillet	6+7	Qu'appelle-t-on des enfants symptômes, des patients désignés ?	59s + 13s
Dr Maillet	8	Que veut dire regarder vers la diachronie ?	1min 31

Annexe n°9 : Fiche n°121 après modification

121-Evitement et décalage relationnel

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE	Éléments de mise en scène																											
<i>121- évitement et décalage relationnel</i>																												
<p>Les adolescents consultent peu, mais presque tous ont rencontré leur médecin généraliste dans l'année. Leur motif principal de consultation est généralement d'ordre somatique, néanmoins ils sont nombreux à avoir des soucis d'ordre affectif ou social pour lesquels un certain nombre n'ont pas ou peu de soutien. Certains souhaiteraient que leur médecin généraliste aborde ces questions mais ils n'osent pas faire le premier pas.</p> <p>La communication entre le médecin et l'adolescent ne va pas de soi lors de la consultation, mais porter de l'intérêt au mal-être vécu par le jeune a un impact positif sur sa santé.</p>	<p>Ajout figure 59 mur</p> 																											
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Paris V. 2014 [121-1-thesemarly.word] - Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin. Nantes. 2009. [121-2-theseboulestreau.pdf] - Pagot. Regards des adolescents sur la notion de confidentialité médicale. Nantes. 2010. [121-3-thesepagot.pdf] - Entre Nous : comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent, INPES 2009. [121-4-entrenousinpes.pdf] - Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs ? Eur J Gen Pract. 2016 Dec;22(4):247-254. [121-5-Tudrej.pdf] - Jacobson LD, Mellanby AR, Donovan C, Taylor B, Tripp JH and Members of the Adolescent Working Group, RCGP. Teenagers' views on general practice consultations and other medical advice. Family Practice 2000; 17: 156-158. - Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. Br J Gen Pract. 2014 May;64(622): 254-61. 																												
<p>En savoir plus...</p>																												
<ul style="list-style-type: none"> • <u>La consultation de l'adolescent</u> - 80% des adolescents ont consulté leur médecin généraliste dans l'année - Les filles consultent en moyenne plus que les garçons - Dans 90% des cas, les jeunes ont le même médecin que leurs parents et 2/3 des consultations se font à la demande des parents - Dans 80% des cas, au moins un parent assiste à la consultation 																												
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Discordance de perception en général:</u> <p>Il existe de manière générale une sous-estimation des troubles somatiques des adolescents (à 18 ans) par le médecin. Pour la plupart des troubles, cette sous-estimation est plus importante pour les garçons que pour les filles sauf pour les troubles du sommeil qui sont par ailleurs les moins reconnus.</p> <table border="1" data-bbox="193 1749 965 2029"> <thead> <tr> <th colspan="3">TAUX D'IDENTIFICATION DU TROUBLE PAR LE MEDECIN</th> </tr> <tr> <th>pathologie</th> <th>garçons</th> <th>filles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cardiopathie</td> <td>77%</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>Malaises évanouissement</td> <td>50%</td> <td>68%</td> </tr> <tr> <td>Céphalées</td> <td>45%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>Lombo-dorsalgies</td> <td>38%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>orthopédie</td> <td>44%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>Troubles du sommeil</td> <td>29%</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>Tentatives de suicide</td> <td><1%</td> <td>3%</td> </tr> </tbody> </table>	TAUX D'IDENTIFICATION DU TROUBLE PAR LE MEDECIN			pathologie	garçons	filles	Cardiopathie	77%	86%	Malaises évanouissement	50%	68%	Céphalées	45%	64%	Lombo-dorsalgies	38%	60%	orthopédie	44%	45%	Troubles du sommeil	29%	31%	Tentatives de suicide	<1%	3%	<p>faire lien avec le fichier différentiel-Ado-médecin.doc</p> <p>ADDEO mettre en histogramme ou autre les données du Tableau ci après</p>
TAUX D'IDENTIFICATION DU TROUBLE PAR LE MEDECIN																												
pathologie	garçons	filles																										
Cardiopathie	77%	86%																										
Malaises évanouissement	50%	68%																										
Céphalées	45%	64%																										
Lombo-dorsalgies	38%	60%																										
orthopédie	44%	45%																										
Troubles du sommeil	29%	31%																										
Tentatives de suicide	<1%	3%																										

Extrait de CHOQUET M. LEDOUX S. MENKE H. Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin. In « Les adolescents et leur santé », CNTERHI, vanves 1990 p121-135.

• **Un décalage entre le motif de consultation et la vraie demande -ressenti du médecin sur le mal-être décalé de la réalité-**

Le motif de consultation est essentiellement somatique. 74,5% ou administratif 9% et rarement psychologique: 6,5% (faire lien avec Fiche 131).

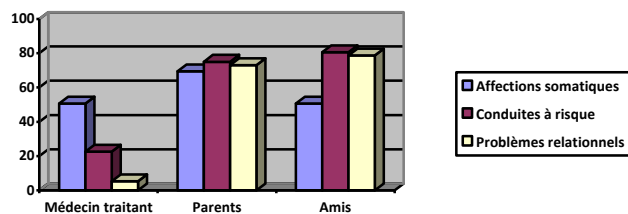
Par ordre de fréquence, on retrouve comme principaux motifs :

- Les infections des voies aériennes supérieures
- Les raisons administratives et sociales
- Les plaintes d'ordre général ostéo-articulaires ou digestives

Cependant, plus de 80% des adolescents déclarent avoir déjà rencontré un des 8 problèmes « psycho-sociaux-affectifs » suivants : trouble du sommeil, trouble psychosomatique, trouble affectif, trouble alimentaire, trouble du comportement, problème scolaire, trouble des consommations, idée de mort.

Malgré tout, ces problèmes restent peu abordés en consultation, le sujet le plus fréquemment évoqué restant les affections somatiques ; les adolescents parlent peu de leurs conduites à risque à leur médecin et quasiment pas de leurs problèmes relationnels.

Insérer un histogramme type :



Titre : Nature des difficultés évoquées par les adolescents des deux sexes en fonction de leur interlocuteur

(chiffres issus de Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs ?)

-> [121-5-Tudrej.pdf](#)

Les thèmes considérés comme non-abordés en consultation par les adolescents sont en premier lieu la sexualité, et en second lieu les difficultés morales et sentimentales.

• **Une rencontre manquée**

"si l'on mesure que 25 à 30% d'ado sont en mal être, seuls 6% en parlent spontanément à leur médecin et 4% des consultations abordent cette ouverture. Mais l'opinion des médecins est différent, ils pensent qu'ils le font dans 34% des consultations et 40% pensent qu'ils ont abordé le thème "psy"

(voir graphique)

Les graphiques ci après montrent l'importance du décalage entre le ressenti du médecin et la réalité de sa consultation. Le motif lié directement au mal-être est rare (6% des consultations), cependant l'opinion du médecin est que celui-ci est fréquemment abordé.

Lorsque le mal-être affleure, la consultation se déroule le plus souvent dans un évitement relationnel [mettre en gras]. Le jeune a senti un médecin qui pourrait être réceptif, le généraliste s'aperçoit confusément que quelque chose ne va pas mais, pour de multiples raisons (faire un lien avec la fiche 216) la rencontre ne se fait pas.

Dans le groupe « à risque » (déprimé ou suicidaire), les adolescents attendent davantage que les autres de leur médecin traitant. Ils sont 2 fois plus nombreux que les autres à trouver leur médecin traitant pas assez curieux à leur égard et trop silencieux.

23% des jeunes « à risque » ont l'impression que leur médecin ne répond pas exactement à leur question, contre 3% chez les autres jeunes.

(Thèse Marly)

• **Les fonctionnements des médecins généralistes à l'origine de réticences**

Insérer l'animation du fichier [Évitement.ppt](#)

Légende :

" motifs et contenu de consultation en médecine générale: mesure et opinion "

Vidéo Dr ADOC 1ab

lien: [\(Thèse Marly.doc\)](#)

Chiffres de l'histogramme :

- Affections somatiques évoquées dans 50,7% des cas au médecin, 69,3% aux parents et 50,7% à leurs amis
- Conduites à risque évoquées dans 22,7% des cas au médecin, 75% aux parents et 80,5% à leurs amis
- Problèmes relationnels évoqués dans 5,3% des cas au médecin, 73% aux parents et 78,7% à leurs amis

Selon Roberts et al. (2014), il est possible, parmi les médecins, de différencier trois groupes de pratiques vis-à-vis des adolescents :

1) **Les "réparateurs"** : leur objectif est de résoudre un seul problème, celui du motif de consultation. Ils voient les besoins en santé des jeunes comme simples. Ils sont influencés par :

- **leur performance dans la rencontre clinique** : ils présentent un détachement professionnel dépourvu d'anxiété, se concentrent sur des problèmes médicaux purs et réduisent la discussion en excluant la part psychologique.

- **leur représentation sur les jeunes et leurs besoins en santé** : ils décrivent des difficultés de communication venant des jeunes, un manque de fiabilité dans leurs engagements et des prises de décisions allant à l'encontre de leur propre santé. Ils ne sont pas gênés par cela, mais ne peuvent modifier la relation.

- **leur représentation de l'approche médicale** : ils utilisent des connaissances théoriques qu'ils considèrent comme universelles, généralisables, objectives et au-dessus de tous. Le récit des jeunes leur paraît infondé.

2) **les "planificateurs"** : ils perçoivent les difficultés comme la conséquence de souffrances psychologiques et ont une vision plus large que le problème initial. Ils cherchent à favoriser l'autonomie des jeunes vis-à-vis de leur santé. Ils prennent en charge d'abord les priorités du patient puis les tâches "centrées médecin". Ils sont influencés par 3 facteurs :

- **leur performance dans la rencontre clinique** : ils abordent la consultation en considérant trois intervenants : l'adolescent, le médecin et le tiers, ce qui permet de réduire leur anxiété et de donner l'opportunité aux jeunes de parler de leurs problèmes.

- **leur représentation sur les jeunes et leurs besoins en santé** : ils sont conscients des enjeux chez les adolescents et cette sensibilité s'accompagne de compassion. Une de leur problématique est de sensibiliser les jeunes à leur autonomie à se prendre en charge.

- **leur représentation de l'approche médicale** : ils prennent en compte l'environnement et le mode de vie des patients et les incorporent à la prise en charge afin qu'elle reste pertinente.

3) **les "collaborateurs"** : ils voient la consultation comme l'occasion de construire ensemble l'histoire du patient avec du sens dans un contexte de respect mutuel et de relation de confiance. Ils souhaitent rendre les jeunes plus aptes à interagir avec leur environnement. Ils sont influencés par trois facteurs :

- **leur performance dans la rencontre clinique** : ils sont anxieux en consultation et utilisent l'émotion comme déclencheur d'une réflexion sur soi et de l'examen de la situation à partir de la perspective du jeune.

- **leur représentation sur les jeunes et leurs besoins en santé** : ils ne voient pas les jeunes comme une population à part, mais comme un groupe exigeant une réponse adaptée à leur âge et à leur culture. Ils reconnaissent qu'il n'est pas faisable d'attendre des ados qu'ils exposent leurs vulnérabilités facilement.

- **leur représentation de l'approche médicale** : ils voient l'interaction avec le médecin comme thérapeutique en soi et regardent vers l'avenir en ayant pour but de rendre le jeune plus autonome.

Insérer un tableau récapitulatif avec ces données :

	Les réparateurs	Les planificateurs	Les collaborateurs
Rencontre clinique	Absence d'anxiété	Anxiété minime, considération du tiers	Anxiété
Représentation de l'adolescent	Manque de confiance	Compassion	Considération de l'exigence d'obtenir une réponse adaptée
Approche médicale	Réponse au problème médical initial	Prise en compte de l'environnement afin de responsabiliser le jeune	Prise en compte de l'environnement pour acquérir de l'autonomie

<ul style="list-style-type: none"> • Un adolescent consultant plus ou moins frustré <p>Les jeunes attendent de la consultation un <u>avis éclairé sur la normalité</u> ou au contraire l'anormalité de leur comportement et/ou de leur ressenti. Ils sont demandeurs d'informations de la part de leur médecin traitant mais ils préfèrent que le médecin ait l'initiative. Il incombe donc aux médecins traitants, par le biais du suivi médical, de donner aux jeunes les critères les aidant à évaluer leur santé</p> <p>Selon les enquêtes et selon leur type de questionnaire le niveau de frustration est différent : Choquet (lien (Ado et soin libéral.pdf) montre par exemple que les jeunes se disent la plupart du temps satisfaits de la consultation ou de la qualité du contact. Elle observe de même que les capacités d'écoute sont rarement mises en cause.</p> <p>Selon Jacobson, 87% des adolescents se disent satisfaits après la consultation et 82% trouvent qu'il est facile de parler de ses problèmes avec son médecin. Les 13% de jeunes non satisfaits le sont principalement en raison d'un manque d'informations, d'un manque d'attention et d'une situation embarrassante.</p> <p>Par contre, Marly observe un sentiment de frustration en fin de consultation, les jeunes déclarent n'avoir pas dit tout ce qu'ils souhaitaient dans 30% des cas, et même 45% dans le groupe à risque (conduites de consommations excessives ou idées suicidaires)</p> <p><u>Référence thèse MARLY</u></p> <p>Il existe un décalage important des représentations : 91% des médecins disent <u>informer</u> spontanément les jeunes alors que seulement 77% des adolescents déclarent avoir été informés.</p> <p>[A la ligne] Les chiffres sont encore plus parlants lorsque l'on aborde la notion de secret médical : 95% des médecins interrogés disent avoir informé le jeune de l'existence du secret alors que seulement 29% des jeunes déclarent avoir reçu cette information. On note même que 10% pensent que le médecin a le droit de divulguer la teneur de la consultation.</p>	<p>- lien avec fichier: Ado et soin libéral.pdf</p> <p>[enquête très vieille : 1988 !]</p> <p>Vidéo PICHEROT 2</p> <p>- faire lien avec le fichier: Thèse Marly.doc</p> <p>[lien déjà présent dans les références en début de page]</p> <p>dessin Serdu : (fig21 blème.JPG)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Un généraliste qui sous-estime l'amélioration de l'ado pendant la consultation <p>L'ado qui consulte un généraliste se sent mieux en fin de consultation. Les ados non accompagnés sont plus en mal-être mais bénéficient plus de la consultation. Le généraliste sous-estime leur bien-être et leur sentiment de pouvoir se confier ou se sentir compris.</p> <p>Par ailleurs le tiers n'entrave pas le plus souvent l'expression de l'adolescent</p> <p>Cf étude « SOCRATE II» 121-6-Socrate II :</p> <p>[mettre l'ensemble des liens dans la colonne de droite ou de gauche si possible]</p>	<p>Maintenir les liens vers :</p> <p>121-6-Socrate II</p> <p>+ /- lien vers : 121-6-Socrate III à finir</p>

Vidéos		
Dr ADOC	1	L'ado ne consulte-t-il pas finalement que très peu son médecin traitant ?
Dr Picherot		Impact de la disgrâce physique

Annexe n°10 : Fiche n°122 après modification

122-Les sources d'un malentendu

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE	Éléments de mise en scène
<p>Dans la rencontre avec l'adolescent, il s'agit plutôt de diminuer les résistances à la rencontre que de mobiliser un savoir supplémentaire.</p> <p>Le défaut de communication entre l'adolescent et son médecin vient essentiellement de leurs représentations réciproques. Le médecin attend que le jeune s'exprime et l'adolescent attend qu'on lui pose des questions.</p> <p>Pour créer un climat prompt à la confiance, les jeunes désirent avoir affaire à un médecin</p>	

<p>qui garantisse la confidentialité, qui ne les juge pas et qui pose les bonnes questions.</p> <p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Paris V. 2014 [121-1-thesemarly.word] - Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin. Nantes. 2009. [121-2-theseboulestreau.pdf] - Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs ? Eur J Gen Pract. 2016 Dec;22(4):247-254. [121-5-Tudrej.pdf] - Papagiorgiou M. Attentes et vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale. Nantes. 2016 [122-1-thesepapagiorgiou.pdf] - Rufo M, Choquet M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Edition Anne Carrière, 2007. p 510 - Appleby L., Aamos T., Doyle A. et al. General practitioners and young suicides : a preventive role. British journal of psychiatry 1996/03 ; vol. 168 : 330-333 - Vegas R., Crampe J. Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psychopathologiques du suicide en Mayenne B.E.H. 2000, n°22 - McPherson A. Adolescents in primary care. BMJ. 26 févr 2005;330(7489):465-7 [122-2-McPherson.pdf] 	
<p>En savoir plus...</p>	
<p>• Des influences multiples :</p> <p>LA FAMILLE :</p> <p>Le rôle de la famille dans le processus de la prise en charge est primordial. De l'avis à la consultation, les parents et en particulier la mère, jouent un rôle important. Ceci est surtout vrai pour les moins de 18 ans, mais reste valable tout au long de la scolarité. L'autonomie vis-à-vis de la prise en charge médicale (choix du médecin, prise de rendez-vous, visite) ne s'acquiert que progressivement durant l'adolescence. La consultation reste néanmoins du ressort des parents pour la plupart des scolaires, même légalement majeurs. <u>Il faut noter que le plus souvent, le rôle des parents n'est pas ressenti comme un "poids", bien au contraire : le niveau de satisfaction est plus élevé quand la consultation a lieu en leur présence surtout pour les moins de 16 ans. Mais il n'en n'est pas de même en cas de conflit ouvert ou larvé.</u></p> <p>DES REPRESENTATIONS DU MEDECIN TRAITANT</p> <p>Les caractéristiques du "médecin-type", pour les garçons comme pour les filles, sont les suivantes : il s'agit surtout d'un homme, médecin généraliste, connu et qui soigne déjà un ou plusieurs membres de la famille. Les adolescents ont rarement recours au médecin du copain, ils vont d'ailleurs peu consulter en leur présence. <u>Le "médecin de famille" continue donc à jouer un rôle central.</u></p> <p>Mais si plus de 90% des adolescents ont bien conscience que leur médecin peut les aider sur le plan physique, ils ne sont plus que 55% à penser pouvoir leur parler de leurs problèmes sexuels et 32% de leurs problèmes psychologiques.</p> <p>UN AGE POUR LA CONFIANCE</p> <p><u>Cette gêne à se confier est particulièrement vraie pour les filles.</u> Le généraliste, le pédiatre ou le gynécologue bénéficient cependant d'une plus grande confiance que les autres spécialistes, qui interviennent plus ponctuellement.</p> <p>La satisfaction augmente entre 11 et 18 ans, comme si avec l'âge, médecin comme adolescents se sentent plus à l'aise. Il est clair que la consultation pose le plus de problèmes pour les plus jeunes : avant 15 ans, ils consultent moins, se sentent moins à l'aise, et sont moins satisfaits.</p> <p>UNE PRESCRIPTION OMNIPRESENTE</p> <p>En France, la consultation en médecine générale est en moyenne d'environ 17 minutes, en particulier pour les maladies banales, les problèmes de fatigue ou de prévention. Pourtant ces motifs peuvent cacher d'autres troubles plus graves.</p> <p><u>Avec les adolescents, la consultation n'aboutit presque jamais à la mise en place d'un suivi.</u> Même dans le cas où des examens complémentaires sont prescrits, la prise d'un nouveau rendez-vous n'est pas fréquente ne concerne que 16% des adolescents et survient dans ¾ des cas suite à la demande du médecin. Par contre, la consultation se termine la plupart du temps, par une prescription médicamenteuse, à laquelle les jeunes se</p>	<p>Laisser le lien (Ado et soin libéral.pdf) [mettre dans la colonne de droite ou de gauche si possible]</p> <p>fig 9 cerveau a.jpg</p> <p>Expert Pagot 4</p> <p>LEMERLE 5</p> <p>Enlever le lien « les jeunes et leur médecin traitant » car le lien est déjà dans les références</p> <p>Vidéo RUFO 4</p> <p>(fig 24 sablier.JPG)</p> <p>Laisser le lien (Ado-Adulte-le malentendu.doc) [mettre dans la colonne de droite ou de gauche si possible]</p>

<p>conforment dans la majorité des cas. <u>Le taux de prescription est particulièrement élevé en cas de troubles psychologiques.</u> La prise de rendez-vous est alors rare et l'insatisfaction fréquente.</p> <p>Extrait de : CHOQUET M., ASKEVIS M., MANFREDI R., LEDOUX S., FRAISSE F. (1992)- Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation, INSERM, Paris : 1-76</p>	
<p>Des attentes décalées ... :</p> <p>Les jeunes attendent de la consultation un <u>avis éclairé sur la normalité</u> ou au contraire l'anormalité de leur comportement et/ou de leur ressenti.</p> <p>Ils sont demandeurs d'informations de la part de leur médecin traitant mais ils préfèrent que le médecin ait l'initiative</p> <p>Il incombe donc aux médecins traitants, par le biais du suivi médical, de donner aux jeunes les critères les aidant à évaluer leur santé. Plus de 80% des jeunes se déclarent tout de même satisfaits de leur consultation.</p> <p>Les jeunes du groupe « à risque » (déprimé ou suicidaire) attendent davantage que les autres de leur médecin traitant. Ils sont 2 fois plus nombreux que les autres à trouver leur médecin traitant pas assez curieux à leur égard et trop silencieux.</p> <p>23% des jeunes « à risque » ont l'impression que leur médecin ne répond pas exactement à leur question, contre 3% chez les autres jeunes.</p>	<p>fig 38 après vous.jpg</p> <p>Vidéo Marcelli n°1 et 1bis</p>
<p>Quelles caractéristiques attendent-ils de leur médecin ? : Des attentes différentes selon le sexe</p> <p>Pour les deux sexes, les qualités principales attendues par les adolescents concernant leur médecin généraliste, sont de <u>garantir le secret médical</u>, de <u>ne pas porter de jugement</u> et d'<u>être initiateur de questions adaptées</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce qu'attendent plutôt les filles : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Elles apprécient le questionnement plutôt général, du type « comment ça se passe pour toi ? » ➢ Elles s'interrogent plutôt sur le relationnel: « qui suis-je pour lui ? Qu'est ce qu'il me veut ? » ➢ Le message chemine par une plainte somatique • Ce qu'attendent plutôt les garçons <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ils préfèrent l'explication logique au questionnement. On peut aborder plutôt avec « je t'explique » ...éventuellement : « comment ça marche pour toi ? » ➢ Ils s'interrogent : ai-je bien compris ? Qu'est ce qu'il y a à comprendre ? ➢ Le message chemine plutôt par un comportement agi ou passif. 	<p>Image : fig 45 timide(b).jpg</p> <p>Vidéo Marcelli n°2a et 2b</p>
<p>Des occasions manquées</p> <p>Les premières minutes de la consultation jouent un rôle important.</p> <p>le jeune perçoit très rapidement chez le médecin traitant : son malaise, l'intérêt qu'il lui porte, et son attitude face à la famille. Cela lui permet de le classer immédiatement, soit dans la catégorie des « vieux crabes », se rangeant le plus souvent aux idées familiales, soit dans la catégorie des alliés, considérés alors comme adulte référent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seuls 6% des filles et 7% des garçons disent avoir parlé de leurs modifications corporelles avec leur médecin généraliste. • 10% des jeunes scolarisés disent souffrir d'un handicap (4%) ou d'une maladie chronique (6%). On notera que la laideur est largement sous estimé par le corps médical. <p><small>* RUFO, M; CHOQUET, M; "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité- Essai- Anne Carrière- 510 p</small></p> <ul style="list-style-type: none"> • A l'adolescence, plus le médecin est silencieux et attentiste, plus l'adolescent est ramené à un statut d'enfant devant un adulte mystérieux et supérieur auquel il est soumis. • L'ado attend une compréhension et une signification de ce que fait et décide le médecin. Le temps de l'examen est une pédagogie du soin et de la représentation du corps, aspect très spécifique à la médecine générale. • Dans la rencontre avec l'adolescent, il s'agit plutôt de diminuer les résistances à une rencontre que de mobiliser un savoir supplémentaire. <p>Toute construction nécessite une évolution temporelle et l'adolescence actuelle est moins un passage qu'un état qui se prolonge. Or si le généraliste n'a pas le temps, il a pour lui la durée [à mettre en gras]. Toute observation ou allusion peut être reprise à l'occasion de n'importe quel motif lors des consultations ultérieures.</p>	<p>dessin Serdu fig 34 barbelés b.doc</p> <p>Vidéo CHOQUET 5</p> <p>Enlever Vidéo-Dr ADOC-2ab [non à jour, évoque le TSTS CAFARD]</p> <p>image fig 45 réceptif.jpg</p> <p>Vidéo PICHEROT 1</p> <p>dessin Serdu fig 24 sablier.JPG</p>
<p>Le contexte</p>	

<p>Ce qui met le plus mal à l'aise l'adolescent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un environnement non accueillant (la longueur du temps d'attente en salle d'attente est particulièrement redoutée chez les jeunes en difficulté) - la présence dans la salle d'attente de personnes de leur connaissance - le fait d'être envoyé par un tiers ou l'absence d'accord de consultation de la part de leurs parents - la préoccupation concernant le caractère de confidentialité - les difficultés d'accès selon leur lieu de vie - le manque d'information concernant les services médicaux proposés - les plages horaires de consultation parfois non concordant avec leurs disponibilités (cours) - l'utilisation d'un langage médical ou d'adulte - le coût de la consultation constitue un obstacle pour les jeunes en difficulté. <p>faire lien avec (Thèse Marly.doc)</p>	<p>dessin Serdu : fig 44 mon père.JPG</p>
<p>Le médecin</p> <p>Les difficultés les plus courantes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - appréhender l'adolescent de façon ouverte, globale et non par organe - identifier les conduites à risque, - gérer ces rencontres - trop lier le comportement suicidaire à l'état dépressif - ne pas voir les indices de passage à l'acte alors qu'ils se multiplient dans la période précédant la tentative de suicide (TS). La gravité de ces indices est liée à la présence de ruptures et au cumul concernant la mauvaise insertion sociale, les mauvaises relations familiales, les antécédents d'abus sexuels et les troubles psychiatriques <p><small>*APPLEBY L., AMOS T., DOYLE A. et al. General practitioners and young suicides : a preventive role. British journal of psychiatry 1996/03 ; vol. 168 : 330-333</small></p> <p><small>**VEGAS R., CRAMPE J., Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psychopathologiques du suicide en Mayenne B.E.H. N° 22/2000</small></p>	<p>Vidéo Reynaud 5 Vidéo Reynaud 6</p>

Vidéos			
Dr Rufo	4	Quel vous paraît être le regard de l'adolescent sur le médecin généraliste ?	39s
Dr Reynaud	5	Quel vous paraît être le rôle du généraliste dans l'approche et la prise en charge des adolescents utilisant des produits psychotropes ?	57s
Dr Reynaud	6	En tant que spécialiste qu'attendez-vous du médecin généraliste ?	52 s
Pr Marcelli	1	N'est-il pas dangereux ou inefficace d'être directif avec un ado ?	53s
Pr Marcelli	2ab	En consultation, faut-il aborder ou décoder différemment selon le sexe de l'ado ?	1'05/ 26s
Dr Lemerle	5	Quelles sont les différentes images du médecin généraliste que l'adolescent évoque ou véhicule quand il est hospitalisé ?	1 min 24
Dr Pajot	4	De quelle façon les ados parlent-ils de leur généraliste au médecin scolaire ?	34s
Dr ADOC	2	Comment se manifeste l'évitement relationnel médecin/ado ?	
Dr Picherot		L'examen médical physique	
Mme Choquet	5	Points de vigilance	

Annexe n°11 : Nouvelle fiche n°122 bis

122 bis-Les transformations du cerveau à l'adolescence et ses conséquences comportementales

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE	Éléments de mise en scène
122 bis- <u>Les transformations du cerveau à l'adolescence et ses conséquences comportementales</u>	
<p>Le développement cérébral est progressif depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte et permet en partie d'expliquer les comportements de l'adolescent. Il est possible de modéliser schématiquement son évolution selon 3 phases avec tout d'abord le développement du cerveau reptilien dirigé par le besoin, ensuite la maturation du cerveau mammifère mené par le désir, et enfin le développement du cerveau sapiens commandé par le projet.</p> <p>Des disharmonies de développement entre ces « 3 cerveaux » peuvent survenir, souvent dues à des événements extérieurs, et possiblement à l'origine de troubles des émotions. Néanmoins, elles ne sont pas définitives et peuvent être contrecarrées par des interventions positives extérieures notamment venant du médecin généraliste.</p>	
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, Sandhu R, Sharma S. Maturation of the adolescent brain. <i>Neuropsychiatr Dis Treat.</i> 2013;9:449-61 - Mac Lean P.D. Les trois cerveaux de l'homme Robert Laffont 1990. 367p - Ernst M, Pine DS, Hardin M. Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. <i>Psychol Med.</i> 2006 Mar;36(3):299-312. - Cyrulnik. Un merveilleux Malheur Odile Jacob 2002 - Dolto F, Dolto C, Percheminier C. Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard. 2007 - Binder P. Intervenir sur les addictions en médecine générale .1^{er} partie – Une perte du contrôle du désir envahi par le besoin : l'addiction est une maladie du cerveau. <i>Exercer</i> 2017;129:24-31 lien addiction2_Exercer2017_Binder - Binder P. L'approche des adolescents en médecine générale - Exercer à paraître 2017. Lien à venir 	
<p>En savoir plus...</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Les transformations à l'adolescence <p>Bien moins connues que les bouleversements hormonaux dus à la maturation rapide de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique, les transformations qui ont lieu au niveau cérébral lors de l'adolescence peuvent expliquer de façon notables les modifications comportementales.</p> <p>En effet, le cerveau se construit selon un processus de maturation lent, fonctionnel et anatomique, débutant au 4ème mois de grossesse et allant jusqu'à l'âge de 25 ans environ. Très schématiquement, le développement cérébral suit un processus d'emboîtement successif de trois cerveaux où le plus récent amplifie le précédent et tente de le réguler. Ce modèle reste bien plus fonctionnel qu'anatomique.</p> <p><u>Entre 6 et 12 ans</u> survient une surproduction de synapses à l'origine d'une multiplication de connexions, plus précoce chez les filles que chez les garçons. L'enfant est alors « ouvert ».</p> <p><u>A l'adolescence</u> : le cerveau se spécialise par un processus de « recâblage ». L'ado se « replie » sur ce qui fonctionne et le développe un maximum. Ce processus est programmé génétiquement et largement déterminé par la variation des taux d'hormones sexuelles mais il est puissamment modifié par les échanges avec l'environnement qui modulent l'<u>expression</u> des gènes de façon plus ou moins durable selon les mécanismes épigénétiques. Pendant cette période, le <u>circuit « de la récompense »</u> joue un rôle majeur par ses connexions entre les 3 cerveaux.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Les « trois cerveaux »</u> <p><u>Le cerveau « reptilien »</u> (tronc cérébral et cervelet)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mature dès la naissance - reçoit des informations sensorielles brutes - les informations y sont traitées de façon automatique - est sous une influence essentiellement génétique - son moteur est <u>le besoin</u> <p><u>Fonction</u> : permet la survie animale (manger, dormir, se reproduire, agresser, fuir) <u>Correspondance</u> : on peut y situer le « tempérament »</p> <p><u>Le cerveau « mammifère »</u> (essentiellement limbique et une partie des aires associatives) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mature vers l'âge de 7 ans - les informations y sont traitées de façon analogique - est contrôlé par l'éducation et la culture : donc dominé par le conditionnement et l'émotion - détermine la peur, la colère, le plaisir - son moteur est le <u>désir</u>, qui maîtrise progressivement les besoins reptiliens <p><u>Fonction</u> : adaptation à l'environnement. <u>Correspondance</u> : on y situe le « caractère »</p> <p><u>Le cerveau « sapiens » cognitif</u> (aire préfrontale et sus-orbitaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - émerge vers l'âge de 7 ans et mature lentement jusqu'à 25 ans - les informations y sont traitées de façon logique par des choix conscients - attribue une valeur aux informations du cerveau « mammifère » - son moteur est le <u>projet</u> : organise le désir et relativise le besoin <p><u>Fonction</u> : instance du choix et de la planification <u>Correspondance</u> : détermine la personnalité</p>	<p><i>Lien avec animation ppt</i> Maturation cérébrale - 2017.pptx</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Origine des modifications de comportement</u> <p>Les différences de maturité des 3 cerveaux entraînent un décalage de gestion entre <u>sensation</u>, <u>émotion</u> et <u>réflexion</u> ; un décalage entre <u>besoin</u>, <u>désir</u> et <u>projet</u> est particulièrement manifeste à l'adolescence et varie selon le sexe</p> <p>L'harmonie de cette croissance peut être entravée par de multiples défaillances comme la génétique, la migration neuronale et le câblage synaptique, l'alimentation, le sommeil, la stimulation sensorielle, le mode d'attachement précoce, les stress, la cohérence éducative, l'existence d'un champ culturel et imaginaire, l'établissement des liens et du sens, la prise de psychotropes licites ou non.</p> <p>Mais ces carences ne sont pas définitives et peuvent être compensées par d'autres développements positifs assurant un niveau de résilience [en cliquant sur le mot « résilience », faire apparaître le même mémo informatif que celui déjà présent sur la page 211] plus ou moins efficace au premier rang desquelles figure l'influence des expériences et des rencontres, mais surtout du sens qui leur est donné. C'est dans ce cadre que se situent les possibilités de soutien du médecin généraliste.</p>	<p><i>Vidéo du Pr Jeammet sur les émotions (en cours de réalisation)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Trois métaphores pour comprendre :</u> <p><u>« Saint Georges et son équipage »</u></p> <p>- la maturation cérébrale : les interactions des trois cerveaux seraient une sorte de figure de Saint Georges de la légende dorée : l'équipage d'un cavalier tentant de maîtriser sa monture aux prises avec un dragon. Les besoins primaires du dragon, reptilien impulsif aux réactions automatiques, sont contenues par la fougue et le désir d'un cheval, mammifère dressé et grégaire, lui-même canalisé par les choix et le projet du cavalier, humain lucide, singulier, réflexif et projectif. A l'adolescence les écarts de maturation entre le « cheval » et le « cavalier » et leurs interactions avec l'environnement déterminent de nombreuses variations de comportements y compris dans le même milieu.</p> <p>- l'influence de l'environnement : les réactions du cheval (cerveau mammifère) ont été façonnées par son dressage initial parental puis par l'ambiance de la manade de ses pairs et de l'école. Elles contiennent les pulsions reptiliennes mais seulement jusqu'à des seuils</p>	<p><i>Faire le lien avec des images à venir</i></p> <p>St Georges</p>

critiques souvent dépassés.

- **les choix comportementaux** : la prise de drogues psycho actives assoupli puis supprime les transmissions des rênes et des éperons. Le cheval et le dragon jouissent puis prennent le mors et le cavalier perd la main puis les étriers jusqu'à la chute. Si la boulimie était un équipage emporté par les besoins primaires du dragon, l'anorexie serait un cavalier ayant réduit et paralysé tant la monture émotionnelle que le dragon.

La métamorphose du crustacé

- **la maturation cérébrale** : les étapes diachroniques de la mutation psychique ont été symbolisées par Françoise Dolto dans le complexe du homard. Tel un homard faisant sa mue, l'ado s'extrait des protections de l'enfance devenant alors vulnérable avant de se construire une nouvelle carapace plus personnelle et à sa taille. Je prolonge et approfondis cette image en envisageant l'adolescent plutôt comme un crustacé devenant vertébré pour illustrer l'émergence progressive du préfrontal. Dans cette métamorphose, le crustacé infantile perd son exosquelette protecteur mais limitant pour « se vertébraliser » en interne et se dresser adulte. Les rigidités externes protectrices mais pesantes se transforment en noyaux internes de plus en plus solides mais souples parce qu'articulés en cohérences internes et permettant la verticalisation.

- **l'influence de l'environnement** : la carapace du crustacé est de consistance très variable et se retire parfois trop précocement. La chair sensible est alors exposée à une période de grande vulnérabilité dont profitent nombre de prédateurs (y compris économiques) avant que les vertèbres de la réflexion, de l'expérience et l'autonomie dessinent une personnalité.

- **les choix comportementaux** : en l'absence de carapace limitante, la chair du crustacé s'enfle en tous sens pour tester les limites. Elle est sensible mais vulnérable et méconnaissable. Les comportements, qu'ils soient originaux ou à risque sont de nombreux déguisements à usage externe pour paraître quand l'intérieur ne tient pas.

La dialectique du pare-brise et des rétroviseurs

- **la maturation cérébrale** : les contraintes synchroniques entravant l'autonomisation peuvent être évoquées par l'accession à la conduite automobile. Au volant de son véhicule plus ou moins performant ou cabossé, façonné par les autres dans l'enfance, l'adolescent appréhende le monde à travers le pare-brise et tente de choisir sa route. Sa vigilance est envahie par les bruits du moteur, symptômes de son fonctionnement interne, les rétroviseurs renvoyant des images de son entourage et du passé, et les écrans de contrôle rappelant les normes imposées.

- **l'influence de l'environnement** : de nombreuses interférences perturbent la conduite de son véhicule. La multiplication des rétroviseurs et des écrans de contrôle rétrécit le champ de vision. Les injonctions ou crises conjugales parentales sont des appels de phare qui flashent dans les rétroviseurs.

- **les choix comportementaux** : dans sa conduite indécise l'adolescent est partagé entre le repli rassurant dans un blindé à petit pare-brise et l'exposition risquée dans une décapotable à pare-brise panoramique. Dans les turbulences, il oscille entre la multiplication subie ou choisie des rétroviseurs ou des écrans pour la réassurance et leur suppression impulsive et clastique pour s'en libérer.

Crustacé

Pare-brise

Vidéo

Pr Jeammet

- On dit souvent qu'à l'adolescence les émotions sont exacerbées, pourquoi est-ce le cas ?
- Quelles sont les émotions principales qui caractérisent la période de l'adolescence ?
- Ces émotions peuvent-elle être à l'origine d'idées suicidaires ?
- Peut-on aider les adolescents à maîtriser leurs émotions ?

Annexe n°12 : Fiche n°123 après modification

123-Un adolescent qui brouille les cartes

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE	Éléments de mise en scène
<p align="center">123-Un adolescent qui brouille les cartes</p>	
<p>Les jeunes pensent avant tout que le médecin généraliste est le médecin du corps et qu'il ne peut pas les aider sur le plan psychoaffectif. Ils attendent qu'il aborde en premier la question du mal être et que ce soit lui qui pose les questions. Au médecin d'être moteur de la rencontre. Si la présence du tiers accompagnant rassure généralement les adolescents, elle ne facilite pas la consultation et freine la confiance.</p>	<p>Vidéo Ado 1</p>
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Binder P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. La Revue du praticien Médecine Générale 2001 ; 15 (545 : 1507-12). - Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Paris V. 2014. [121-1-thesemarly.word] - Rufo M, Choquet M. "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Anne Carrière. p 85 - Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin. Nantes. 2009. [121-2-theseboulestreau.pdf] - Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs ? Eur J Gen Pract. 2016 Dec;22(4):247-254. [121-5-Tudrej.pdf] - Tylee A, Haller DM, Graham T, et al. Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? Lancet 2007;369:1565–1573 [123-1-Tylee.pdf] - Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. J Adolesc. 2007;30:639–653. [123-2-Freake.pdf] - Meynard A, Broers B, Lefebvre D, et al. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: A cross sectional study. BMC Fam Pract. 2015;16:159 [123-3-Meynard.pdf] 	
<p>En savoir plus...</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Des projections particulières <p>Sur les capacités du médecin: Le degré de confiance de l'adolescent envers les adultes est déjà très émoussé. Il l'est d'autant plus que l'adolescent est mal dans sa peau. L'adolescent a des projections particulières envers le généraliste. D'une manière générale 74 % des jeunes ne pensent pas pouvoir confier ses problèmes personnels à son médecin traitant (voir le graphique ci contre). Mais ce chiffre cache des spécificités car le médecin traitant est ressenti comme « aidant » principalement pour les problèmes somatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les 10 premiers motifs de consultation des adolescents concernent un problème somatique (prévention, problèmes respiratoires, vaccinations, infections, acné,...) - le motif psychologique ne concerne que 4,3 % des consultations chez les garçons et 8,8% chez les filles - seuls 0,4% des garçons et 1% des filles consultent pour symptômes dépressifs <p>A noter que les adolescents se tournent prioritairement vers leurs proches pour parler de leurs problèmes psychologiques</p> <p>Sur l'alliance possible Les premières minutes de la consultation jouent un rôle déterminant. Le jeune perçoit très</p>	<p>Laisser Dia n°27 dans (TSTS FMC V12 complète.ppt) légende : Niveaux de confiance envers les proches selon sexe et problèmes</p> <p>Laisser (fig 35 fil-ballon.jpg)</p>

rapidement chez le médecin traitant : son malaise, l'intérêt qu'il lui porte, et son attitude face à la famille. Cela lui permet de le classer immédiatement, soit dans la catégorie des vieux liés aux conceptions parentales, soit dans la catégorie des alliés pouvant être adulte référent.

Les attitudes du médecin que les adolescents recherchent sont :

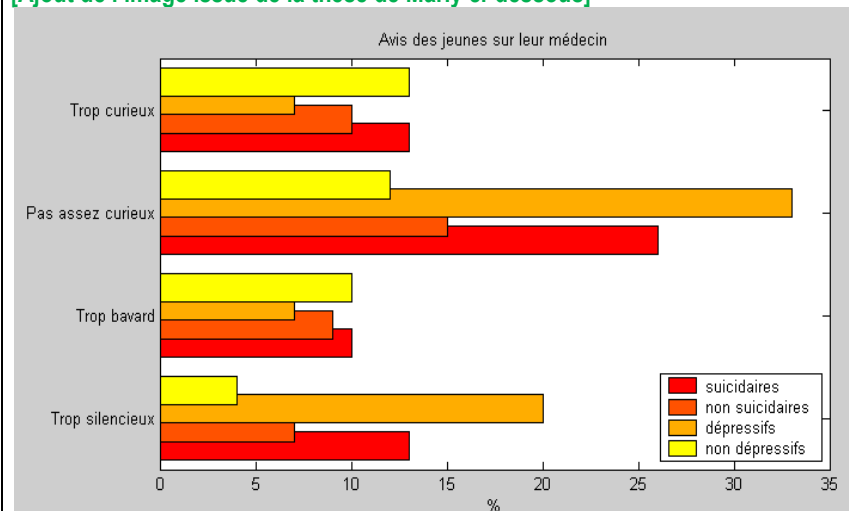
- La confidentialité : plus de la moitié la trouve essentielle
- Les explications : ils veulent des explications et des conseils concernant leur santé
- La communication à double-sens : ils se sentent plus à l'aise avec un médecin qui les écoute
- La sympathie : nécessaire pour être à l'aise
- La confiance : pouvoir faire confiance à son médecin
- La compétence dans son domaine
- Ne pas être traité comme un enfant
- Les filles sont plus à l'aise avec un médecin du même sexe, ce qui est moins évident chez les garçons
- L'absence de jugement
- La nécessité d'être à l'aise pour se confier
- Le suivi : rencontrer le même professionnel à chaque fois
- L'intérêt : que le médecin s'intéresse vraiment à son patient et ne consulte pas de façon machinale

• **des difficultés d'expression.....**

- les adolescents n'aiment pas se découvrir devant un adulte qu'ils connaissent mal ou peu.
- ils ont d'autre part une difficulté à situer leur plainte ou à l'énoncer
- ont une représentation brouillée de leur corps.
- et d'autre part, ce qui touche au corps mobilise la pudeur, l'image de soi mais aussi les émotions.

Ainsi, ils attendent du médecin que ce soit lui qui pose les questions et entame la discussion. D'ailleurs, ils sont deux fois plus nombreux dans les groupes à risques à trouver que leur médecin n'est pas assez curieux et trop silencieux.

[Ajout de l'image issue de la thèse de Marly ci-dessous]



• **une crainte régressive.....**

- Recourir au soin implique une représentation de consentement, de se mettre dans un assujettissement à un dominant. Il y a ainsi par exemple rejet de tout comportement attitude ou mode qui ressemble à ce qui se passait avec lui en consultation dans la petite enfance. Ainsi le maintien de la présence de la mère peut rappeler cet assujettissement.
- Ce dont ils auraient besoin de la part des adultes pour sortir du monde de l'enfance peut-être ressenti comme une menace à leur autonomie, tant sur le plan du soin (et donc mauvaise observance du médicament) que sur le plan de la prévention (rejet des conseils surtout ceux visant à la protection)

Laisser (fig 28 interrogation)

Laisser Vidéo Marcelli 4

(fig 31 œuf.jpg)

Vidéo Rufo 5

<p>- A l'adolescence, une peur excessive, liée à une maladie par exemple, peut entraîner une paralysie de mobilisation, un frein plutôt qu'une assiduité à l'observance <u>nécessitée par le risque encouru.</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Différente selon le sexe... <p><u>Les inquiétudes dépendent du sexe : " Les garçons ont peur de ne pas être forts, les filles de ne pas être heureuses."</u></p> <p><u>Leur mode de recrutement de support amical est différent : les relations des garçons s'établissent au niveau de la ville ou du quartier, celles des filles plutôt au niveau de l'école.</u></p>	<p>vidéo 3 opinions.wmv [très mauvaise qualité] Vidéo CHOQUET 4</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Le rôle du tiers accompagnant <p>La présence d'un tiers adulte (8 consultations sur 10) accentue le plus souvent le trouble, et du coup, l'expression de l'adolescent.</p> <p>Le fait que l'adolescent ne s'oppose pas voire souhaite que son accompagnant reste, ne veut pas dire qu'il est pour autant plus à l'aise. En effet, le fait que seulement 1/3 d'entre eux aurait souhaité être seul en consultation reflète le paradoxe de l'adolescence où le jeune est tiraillé entre l'envie de rester sous la protection de ses parents et le désir d'autonomie.</p> <p>Néanmoins, il faut noter que le plus souvent, le parent lui-même est à l'origine de la consultation et que sans lui, l'adolescent n'aurait sans doute pas eu l'idée de voir son médecin.</p> <p>Certaines consultations par contre sont plus aisées lorsque le jeune vient avec une ou un ami de confiance.</p>	<p>Laisser Vidéo Marcelli 3</p> <p>Laisser " fig 37 chambre-ado"</p> <p>Laisser Vidéo Dr ADOC 9ab</p>

<u>Vidéos</u>			
Pr Marcelli	3	Cette tension qui apparaît entre l'adolescent et son parent, sa mère par exemple, est-elle seulement psychologique ?	0 min 48
Pr Marcelli	4	Peut on dire que plus un adolescent est souffrant, plus il exprime sa souffrance ?	0 min 50
Dr Rufo	5	Qu'appellez-vous la victimisation ?	32s
3 opinions		3 opinions sur l'adolescence, moments heureux et malheureux-	0 min 29
Mme Choquet	4	Les différences d'attitude ou de comportement entre les filles et les garçons vous paraissent-elles s'accroître ou se réduire depuis 20 ans ?	1 min 40
Dr ADOC	9 a+b	Le tiers modifie le contenu de la consultation, comment faire avec ?	
Ado témoin	1	C'est vrai que j'ai consommé des trucs interdits et que j'ai eu des idées suicidaires mais au début je n'en parlais pas à mon généraliste ... pourquoi ?	0 min 30

Annexe n°13 : Fiche n°131 après modification

131-Comment qualifier le mal-être ?

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE	Éléments de mise en scène
<p style="text-align: center;">131-Comment qualifier le mal-être ?</p> <p>L'anxiété [gras + souligné] est un symptôme fréquent de l'adolescence, toute la difficulté consiste à en identifier le seuil pathologique afin de la prendre en charge de façon adaptée.</p> <p>L'état dépressif ne doit pas être confondu avec la déprime. Cet état relève de critères caractérisés. [112-9-HASdépression-a] [131-3-testMINIADRS.pdf].</p> <p>Les passages à l'acte sont des alertes [gras + souligné] qui doivent être évaluées rapidement et précocement. [131-4-elementsdalerte.pdf]</p> <p>Le risque suicidaire est un des risques majeurs parmi ces comportements. Il est favorisé par l'impulsivité. Le test BITS permet de s'en faire une idée rapidement. [faire le lien avec la page BITS Test qui remplacera la page TSTS Cafard].</p>	
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> — L'essentiel de cette fiche est issu de "ALVIN MARCELLI — médecin de l'adolescence. Coll pour le praticien édition MASSON p 97 à 109" - Binder Ph. « Tabac, cannabis et investissements relationnels à l'adolescence. Enquête épidémiologique sur 3800 adolescents » - La Revue du praticien – Médecine Générale – Tome 17 – n° 607 – p. 428 à 434 - mars 2003. [131-1-LYCOLL.pdf] - Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) : a validation study. BMC Psychiatry – 12 January 2007, 7:2 - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Paris: HAS; nov 2014. [112-9-HASdépression-a.pdf] 	
<p>En savoir plus...</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Situer le mal-être <p>La clinique du mal-être à l'adolescence est peu spécifique. D'une manière générale, il existe une véritable dysrégulation de la thymie. On voit se succéder à des intensités variables des périodes de crises de larmes avec repli et ennui [sur la page internet il y a un « ? » qui s'est glissé ici et qui n' rien à faire là -> à enlever et à remplacer par un point]. A d'autres périodes on constate des moments d'exaltation et d'excitation avec l'impulsivité comme particularité essentielle.</p>	<p>Laisser graphique de la Dia n°4 du fichier [CNGE Poitiers 2006.ppt] Données extraites de l'enquête LYCOLL Vidéo [BOUDALLEZ-1]</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Le mal-être anxieux <p>L'anxiété est l'une des émotions les plus fréquentes à l'adolescence. Elle prend de multiples formes et intensités allant de l'inquiétude à l'attaque de panique en passant par l'angoisse chronique ou les phobies sociales. L'apparition d'une comorbidité ou d'une chronicisation doit alerter car le risque évolutif est alors sérieux en l'absence de traitement. La stratégie est délicate car il convient de respecter le travail maturatif et ne pas traiter par excès une anxiété passagère.</p> <p>Cette anxiété prend la plupart du temps des aspects détournés. Ce sont des plaintes floues, plutôt internalisées dans le repli chez les filles et plutôt externalisées et « bruyantes » chez les garçons. Les deux sexes se retrouvant sur des consommations à risque [mettre « : » plutôt que la virgule], tabac et médicaments plutôt chez les filles, cannabis et alcool plutôt chez les garçons.</p> <p>On sera attentif aux transformations de cette angoisse en phobies sociales, scolaire et dysmorphophobies, inhibitions, replis et troubles obsessionnels compulsifs.</p>	<p>Laisser dessin Serdu [fig 10 boutons dos b.jpg]</p> <p>Laisser Vidéo [Jeammet 1]</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Le mal-être dépressif : <p>Il est nécessaire de distinguer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tristesse et morosité <p><i>C'est un état labile fait d'ennui plus ou moins profond avec survenue de crises de larmes à l'occasion d'événements mineurs.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Crise anxio-dépressive <p><i>C'est l'irruption de pensées à la fois anxiogènes et tristes voire dépressives qui s'accompagnent volontiers de troubles du sommeil et de l'alimentation.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Episode dépressif majeur <p><i>C'est le syndrome dépressif classique fait de souffrance morale, perte d'intérêt et de concentration, idées culpabilisantes, dévalorisantes et suicidaires, asthénie chronique, et troubles du sommeil et du comportement alimentaire. La particularité adolescente est dans l'absence de plainte dépressive et la fréquence de l'irritabilité et de la colère.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dépressivité ou dysthymie. <p><i>C'est la mise au premier plan des conduites défensives et de déni : conduites et consommations à risques, état conflictuel chronique, échec scolaire. Dans ces formes la comorbidité est particulièrement importante</i></p> <p>Liens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesurer un état dépressif grâce à un questionnaire simple inspiré du MINI et de l'ADRS [131-3-testMINIADRS.pdf] - ADRS [131-2-ADRS.pdf] - Et pour aller plus loin les Recommandation HAS [112-9-HASdépression-a] 	<p>Laisser Vidéo Jeammet 2</p> <p>Laisser Image : fig 40 artiste.jpg</p> <p>Laisser Vidéo Marcelli 3</p>
<p>Les éléments d'alerte</p> <ul style="list-style-type: none"> • La consultation de l'adolescent permet de situer ce dernier dans son environnement personnel, familial et communautaire et d'appréhender son mode de fonctionnement. En effet, il existe un ensemble de facteurs de risques qui, lorsqu'ils sont présents, doivent faire prendre conscience au médecin généraliste d'un risque accru de survenu de troubles mentaux, émotionnels et comportementaux (notamment un risque de dépression, d'anxiété, d'abus de substance, de schizophrénie et de trouble du comportement). Vous les trouverez dans le document ci-joint. Joindre le fichier dans une colonne (à transformer en pdf) : [131-5-facteurs de risque] Au contraire, il existe également des facteurs protecteurs qui, eux, lorsqu'ils sont présents, peuvent rassurer le praticien. Et que vous trouverez dans le document ci-joint. Joindre le fichier une colonne (à transformer en pdf) : [131-6-facteursprotecteurs] Un questionnaire plus complet peut servir éventuellement en consultation courante afin de dépister des éléments d'alerte : [131-4-elementsdalerte.pdf] • La spécificité du mal-être à l'adolescence est l'impulsivité qui provoque la précipitation des actes et leur imprévisibilité. <p>Devant tout symptôme comportemental, il convient d'acquérir un réflexe d'évaluation de la gravité. L'acronyme CPIRE [gras + souligné] est un moyen mnémotechnique d'évaluation rapide des caractéristiques principales du symptôme d'alerte:</p> <p>C= Cumulé ; P= Précoce ; I= Intense ; R = Répétitif ; E = Excluant</p> <p>[Faire un lien avec la fiche CPIRE de la boîte à outils]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une approche rapide d'évaluation du risque suicidaire [gras + souligné] est de réaliser le Test TSTScafard BITS Test [faire le lien avec la page BITS Test qui remplacera la page TSTS Cafard] 	<p>Laisser Vidéo LEMERLE 3</p>

Vidéos			
Pr Marcelli	5	Existe-t-il une symptomatologie dépressive spécifique de l'adolescent ?	1min14
Pr Jeammet	1	Le mal-être serait-il une sorte de manteau protecteur ?	2min19
Pr Jeammet	2	Le mal-être prendrait-il d'autres formes que la symptomatologie dépressive ?	1min57
Dr Lemerle	3	Quelles en sont les manifestations cliniques les plus fréquentes à l'adolescence ?	1 min 07
Dr Boudaillez		Mal-être et maladie chronique-	

Annexe n°14 : Fiche n°132 après modification

132-Suicidaires et suicidants

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE	Éléments de mise en scène
<i>132-Suicidaires et suicidants:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Les idées suicidaires ne concernent pas plus d'un tiers des adolescents mais leur récurrence impacte le développement et influence leur vie d'adulte. - Le suicide est une des deux premières causes de mortalité des adolescents. - Les filles ont beaucoup plus de comportements suicidaires que les garçons. - La mortalité par suicide est rare, elle atteint plus souvent les garçons que les filles. - Un adolescent consultant fréquemment pour diverses plaintes douloureuses doit alerter le médecin sur un mal-être et faire rechercher une problématique suicidaire. 	<p>Laisser vidéo Pommereau 4</p>
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le suicide des jeunes en France, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, janvier 2015 [132-1-INJEP.pdf] - Koenig J, Oelkers-Ax R, Parzer P, Haffner J, Brunner B, Resch F et al., The association of self-injurious behaviour and suicide attempts with recurrent idiopathic pain in adolescents: evidence from a population-based study, Child Adolesc. Psychiatr. Ment. Health, 9 (2015), p. 32 [132-2-Koenig.pdf] - Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H et al. Suicide attempt in young people : a signal for long-term health care and social needs. JAMA psychiatry 2014 ; 71 : 119-27 [132-3-Goldman.pdf] - Binder Ph. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. La Revue du praticien Médecine Générale 2001 ; 15 (545 : 1507-12). [132-4-Binder.pdf] - Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, M Viner R, M Haller D, Boseet K er al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet. 2009 Sep 12; 374: 881-92. - Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012 Jun 23;379(9834):2373-82. self-Harm and suicide in ado, Hawton Lancet 2012 - De Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. « Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? ». Arch Pédiatr. 2010;17(8):1202 9. Tournemire-2009 - Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. J Child Psychol Psychiatry. 2012 Apr;53(4):381-9. - Chan-Chee C. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. Bull Epidemiol Hebd 2011; 47-48:492-496. hospitalisations_TS-2007-2011-PMSI - Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2007 Mar;41(3):257-65. - Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. Lancet 2014; 383: 1404-1411. pronosticà14ans-ado-Patton-Lancet-2014 - Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. PLoS One. 2015 May 22;10(5) [132-5-Lachal.pdf] 	
En savoir plus...	
Le suicide chez les jeunes : quelle fréquence ?	
Environ 600 décès par suicide annuellement sont recensés chez les moins de 25 ans, dont	

<p>moins de 1% survenant chez les moins de 15 ans. Ce chiffre sous-estime l'importance du phénomène en raison de l'absence d'enregistrement systématique.</p> <p>Le suicide est la première cause de mortalité chez les filles de 15-19 ans dans le monde (Patton 2009), la troisième chez les jeunes aux Etats-Unis, et la seconde en Europe (Hawton 2012).</p> <p>En France, le taux de suicide pour 100 000 adolescents âgés de 15 à 19 ans est de 5,8 pour les garçons et 2,3 pour les filles (De Tournemire 2010).</p> <p>Les idées suicidaires (IS) et les tentatives de suicide (TS) sont beaucoup plus fréquentes que les suicides. Dans la tranche d'âge 15-16 ans, le taux moyen observé en Europe est plus élevé : 10,5% (Kokkevi 2012). C'est aussi l'âge du taux maximal d'hospitalisation des femmes pour TS en France. Il a augmenté et atteint 48/1000 en 2007 (Chan-Chee 2011).</p> <p>La moitié des TS sont hospitalisées, mais 1/3 des suicidants n'ont pas eu recours au système de santé après leur acte.</p> <p>Les TS sont rarement suivies d'un décès. Mais le nombre de morts violentes augmente significativement après la TS et quadruple chez ceux qui récidivent (Christiansen). A long terme, les jeunes suicidants présentent à l'âge adulte plus de problèmes que les non suicidants : des problèmes mentaux chroniques, des actes de violences, une désinsertion sociale mais aussi plus de pathologies organiques comme des syndromes inflammatoires et métaboliques. (Goldman-Mellor).</p>	
<p>Quels signes avant-coureurs pour le médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les adolescents se plaignant de douleurs à répétitions ont significativement plus d'idées suicidaires et de comportements de tentatives de suicide. - Leurs plaintes principales concernent des céphalées, des douleurs abdominales, des douleurs lombaires ainsi que des douleurs cervicales. L'augmentation du risque suicidaire est plus importante lors de plainte de céphalées à répétition. - A l'adolescence, les douleurs chroniques sont rarement à l'origine d'une souffrance psychologique entraînant des idéations suicidaires. Il s'agit le plus souvent d'une labilité émotionnelle qui entraîne des somatisations. 	<p><i>Nouvelle image en création (un adolescent en consultation disant « j'ai mal là, et là, et là aussi, et là... »)</i></p>
<p>Quel vécu pour le suicidant ?</p> <p>Selon une méta-synthèse de Lachal et al., le vécu interpersonnel et individuel de l'adolescent et du jeune suicidant est le reflet de processus internes aboutissant à l'acte suicidaire.</p> <p><u>Sur le plan interpersonnel et relationnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un sentiment de rejet et de différence souvent en lien avec des situations physiques de brimades ou de discrimination - Sentiment d'incompréhension et de ne pas être écouté, menant à favoriser une attitude empathique et d'écoute de la part de tout soignant au contact de jeunes à risques - Présence d'une distance relationnelle et de conflit entraînant l'apparition d'idées suicidaires et témoignant que le processus thérapeutique nécessite donc un rapprochement de l'adolescent et de son entourage. - <p><u>Sur le plan individuel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vécu de dépressivité et de souffrance souvent en lien avec un sentiment d'échec - Perte du contrôle de soi avec comme seule issue l'acte suicidaire afin de se libérer de ses tensions - Une perception négative de soi à type de honte, de culpabilité ou de colère <p>Ce vécu encourage les situations d'empathie et d'écoute avec l'adolescent à risque et met en évidence l'importance de recréer des connexions entre le jeune et son entourage.</p>	
<p>Illustration du phénomène : [fusionner les 4 cases pour n'en faire plus qu'une]</p> <p>Une étude [132-4-Binder.pdf] (ou mettre le lien dans la colonne de droite ou gauche) effectuée auprès de 3800 élèves de 3^{ème} et de 2^{nde} permet d'illustrer schématiquement les proportions de jeunes aux idées ou actes suicidaires ainsi que de prendre conscience de leur comportement vis-à-vis de ces attitudes.</p>	

<p>1) Répartition des idées et actes suicidaires Schéma : Suicidaires et suicidants : répartition dans la population des jeunes de 3ème et 2nde [changer les couleurs de « suicidaires » et « suicidants » afin qu'il y ait 2 couleurs plus distinctes que le saumon et le marron. Par exemple orange pour les suicidants et vert pour les suicidaires]</p> <p>2) Suicidaires / suicidants : à qui en parlent-ils ? Schéma : Expression des idées suicidaires (IS) chez les suicidants et les non-suicidants [garder le nouveau code couleur, mettre le « 1/3 en parlent » au dessus du schéma, ainsi que le « dont 2/3 à un ami » et « dont 1/5 à un parent », laisser le « 1/2 en parlent » à sa place mais mettre le « dont 1/10 à un ami » et « dont 3/4 à un parent » en dessous.</p> <p>3) Le risque de décès Schéma [laisser les schémas en place hormis le camembert que l'on peut enlever. Cependant, mettre la phrase « 50% des décès ont lieu hors d'une dépression cliniquement décelable » bien en valeur]</p> <p>4) Comportements des suicidants suite à la TS Schéma : Suicidants et consultation [Pour plus de lisibilité : Mettre la légende des couleurs en dessous de « 1. Attitude des suicidants suite à leur acte »]</p>	
---	--

Vidéo			
Dr Pommereau	4	Les idées suicidaires ne seraient-elles pas normales à l'adolescence ?	1min 09

Annexe n°15 : Fiche n°133 après modification

133-La crise suicidaire

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE	Eléments de mise en scène
<i>133-La crise suicidaire</i>	
<p>A l'adolescence, le geste suicidaire est rarement un désir de mourir mais plus souvent celui de "vivre autrement" et surtout de faire cesser l'invasion de la souffrance [laisser cette phrase en gras] Résultante d'une déstabilisation issue de fragilités internes et de contraintes externes, le processus suicidaire est le développement d'un « myosis psychique » [souligné + mettre entre guillemets et faire le lien avec la vidéo [133-1-TS myosis psychique] est-il possible de faire défiler la vidéo directement sur la page web sans qu'une nouvelle page s'ouvre ?] sur un fond d'ambivalence permanente. C'est le temps où tout est insurmontable, aucun recours n'est entrevu pour avancer. C'est une période de désorganisation où le champ des possibles s'est réduit à l'extrême et où le suicide apparaît comme la seule voie de résolution. Cela dure 1 à 2 mois au cours desquelles le psychisme et le corps sont soumis à des tensions extrêmes. Quelle que soit l'étape du processus suicidaire atteinte par l'adolescent, l'intervention du médecin ne pourra être que bénéfique.</p>	<p>vidéo France2 [laisser la vidéo qui fait assez vieille mais intéressante. A couper un peu plus tôt car elle se coupe en plein milieu d'une phrase]</p>
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pommereau X. L'acte suicidaire à l'adolescence. Ann Pédiatr 1998 ; 45 : 354-362. - Rufo M, Choquet M. "Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. édition Anne Carrière. 510 p. - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier 	

<p>recours. Paris: HAS; nov 2014. [112-9-HASdépression-a.pdf]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terra JL. Suicidal crisis. Rev Prat. 2011 Feb;61(2):185-8. - American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. In : Simon RI, Hales RE (ed). The Textbook of suicide assessment and management. Arlington : American Psychiatric Publishing, 2006:577-97 - La rédaction de Médecine : crise suicidaire et médecine générale. Rappel des 5 points-clés de la conférence de consensus de 2000. Médecine. 2008;4(6):265-8 [133-1-crise suicidaire] 	
<p>En savoir plus...</p>	
<p>La crise suicidaire est avant tout un moyen de faire cesser une tension psychique. Elle dure en moyenne entre 6 et 8 semaines depuis l'apparition des premières idées suicidaires jusqu'à leur disparition totale, elle peut néanmoins être raccourcie en cas d'intervention extérieure efficace.</p> <p>Généralement, le sujet ne veut pas mourir mais veut être soulagé, raison pour laquelle survient cette crise, période d'ambivalence entre le désir de s'en sortir et d'en finir. Quel que soit le stade, il est toujours temps d'intervenir.</p> <p>LES ETAPES PROGRESSIVES DE LA CRISE</p> <p>[Mise en page :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant chaque « intervenir », mettre autre chose qu'une simple puce afin de bien mettre en valeur le fait qu'intervenir est essentiel. Par exemple mettre une vraie flèche. - Mettre les sous-titres (impasse stratégique, idées suicidaires, rumination, cristallisation, l'acte) avec un retrait vers la droite afin de les mettre en valeur.] <p>Impasse stratégique: le sujet envisage différentes possibilités dont l'éventail se réduit au fur et à mesure que le sujet les récuse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenir [en gras], c'est augmenter les choix possibles, susciter une capacité d'intervention la plus réduite soit-elle, avec évaluation rapprochée. Le médecin se doit de maintenir le lien [souligné] sous des prétextes divers. <p>Idées suicidaires: [ce sous-titre ne s'affiche pas sur le site internet, à rajouter ++]</p> <p>La perte d'estime de soi s'installe et la pensée envisage par moments le suicide comme une des solutions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenir [en gras], c'est favoriser toute expression de ces idées et de la souffrance subie. Toute évocation d'idée suicidaire récente même vague ou sans intention nécessite un suivi rapproché [souligné] par le généraliste. <p>Ruminations : l'angoisse s'accompagne d'une focalisation permanente de la pensée sur le suicide comme dernière ressource.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenir [en gras], c'est expliquer ce qui lui arrive, évaluer le risque de passage à l'acte et la disponibilité des moyens à disposition, apporter des modes d'action dont la directivité est proportionnelle à la gravité. Toute évocation d'une intentionnalité ou d'un scénario suicidaire nécessite de prendre contact avec ou d'adresser à un psychiatre [souligné]. <p>Cristallisation : malgré une ambivalence constante, le scénario du suicide s'impose. La décision prise donne un répit qui peut se traduire par une amélioration passagère de son état psychique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenir [en gras], c'est ne pas craindre d'être très directif dans ses décisions, et éventuellement ne pas attendre d'obtenir le consentement du patient. Si le lien ne peut plus être rationnel, il peut encore être émotionnel. Tout élément de planification ou rationalisation de l'acte suicidaire nécessite une hospitalisation immédiate [souligné]. <p>L'acte: Un élément en apparence banal fait basculer dans l'action.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenir [en gras], relève alors des gestes d'urgences [souligné] selon les modalités et le niveau d'atteinte à l'intégrité physique. 	<p>Laisser Vidéo Pommereau 1</p> <p>Laisser Vidéo Pommereau 2</p> <p>Laisser Vidéo Pommereau 3</p>

Illustrer chaque sous partie avec les images du PowerPoint « [133-1-TS myosis psychique] » :

- A côté de « les étapes progressives de la crise », mettre le rond vert avec les triangles verts autour
- A côté du paragraphe « impasse stratégique », mettre le rond vert sans les triangles
- A côté du paragraphe « idées suicidaire », mettre le rond vert avec les entailles en forme de triangle
- A côté du paragraphe « rumination, mettre le petit rond vert quadrillé »
- A côté du paragraphe « cristallisation », mettre le petit rond vert quadrillé barré par une croix noire
- A côté du paragraphe « l'acte » mettre le signe de l'explosion

LE PROFIL DE L'ADOLESCENT SUICIDANT

1) Les facteurs protecteurs

- une bonne estime de soi
- des styles cognitifs positifs (confiance dans ses capacités d'adaptation, optimisme, activités créatives, perception des situations comme résolubles, ...)
- une bonne qualité du soutien familial
- la capacité à utiliser le soutien amical et les adultes ressources
- une pratique sportive récréative

2) Constantes chez l'adolescent suicidant

- Incapacité à supporter les pertes ou les séparations, et dépendance forte aux proches
- Tolérance médiocre face à la contrariété.
- Fragilité narcissique construite sur des défailances de petite enfance.
- Difficultés relationnelles basées sur une intolérance à tout ce qui peut amener de près ou de loin à une soumission.

3) Signes d'alerte suicidaire

Signes de crise suicidaire

- **Intentionnalité suicidaire :**
 - Antécédent suicidaire personnel ou dans l'entourage
 - Communication directe ou indirecte d'une idéation suicidaire
- **Autre signe de crise suicidaire :**
 - Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi.
 - Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société) voire syndrome pré-suicidaire de Ringel (calme apparent et retrait masquant le repli dans le fantasme suicidaire)
 - Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice présuicidaire, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars.
 - Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée et labilité importante de l'humeur.
 - Altération de la conscience de soi.

Pathologie psychiatrique actuelle

- Dépression caractérisée.
- Conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives.
- Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée.

Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation :

- Tensions ou ruptures sentimentales.
- Situations d'exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale).
- Situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou

passée et en particulier abus sexuels.	
<p>LES FACTEURS DE DANGEROUSITE DU PASSAGE A L'ACTE</p> <p>A l'adolescence, le passage à l'acte est souvent la résultante entre une situation ponctuelle de rupture ou un rejet amical ou amoureux sur un fond chronique de méésentente avec les parents, ou l'inverse.</p> <p>Les facteurs de dangerosité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le niveau de souffrance : repli, désespoir, dévalorisation, culpabilité 2. le degré d'intentionnalité: la précision du scénario 3. le niveau d'impulsivité: la tension d'instabilité 4. un événement précipitant: rupture, échec, conflit 5. la disponibilité des moyens: arme, corde, médicament... 6. la qualité du soutien : type de lien avec les proches <p>Les terrains aggravant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. antécédents d'abus sexuels 2. insertion familiale ou sociale délétère : les membres de la famille ont du mal à se demander de l'aide, à faire des choses ensemble et à échanger sur leurs émotions. Le risque de passage à l'acte est multiplié par 1,7 dans une famille monoparentale et par 2,7 dans une famille recomposée. 3. présence de troubles psychiatriques 	

<u>Vidéos</u>			
Dr Pommereau	1	Qu'est ce que la crise suicidaire ?	0 min 42
Dr Pommereau	2	Combien de temps dure une crise suicidaire ?	1min 09
Dr Pommereau	3	Le sujet a-t-il toujours conscience qu'il va passer à l'acte ?	1min 04
Hélène TS	4	Témoignage d'Hélène sur ses TS impulsives et réfléchies	1min22

Annexe n°16 : Fiche n°211 après modification

211-Parce que des trajectoires peuvent s'infléchir,

POURQUOI REPERER ?	Mise en scène
<u>211-Parce que des trajectoires peuvent s'infléchir</u>	
<p>L'être humain développe ses comportements d'attachement entre 0 et 2 ans. Ces modèles internes, du domaine de l'inconscient, permettent à l'enfant d'interpréter toutes ses relations aux autres. Un modèle d'attachement insécuré peut conduire à des comportements inadaptés. Mais des processus de résilience sont à l'œuvre pour retrouver un équilibre</p> <p>Le médecin généraliste a un rôle à jouer dès la plus petite enfance en identifiant précocement les troubles de l'attachement et en favorisant les processus de résilience après des traumatismes. Il peut très tôt favoriser l'expression de l'enfant et aménager un climat d'écoute, de confiance et de valorisation.</p> <p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reebye, P. N. & Ross, S. E. Analyse documentaire de la théorie de l'attachement parents-enfants et des pratiques interculturelles qui influencent les relations d'attachement ; 2013. [211-1-attachement-Reebye] 	
En savoir plus...	
<p>Aucune trajectoire de vie n'est prédéterminée</p> <ul style="list-style-type: none"> • de nombreux patients ont affronté les vicissitudes de la croissance en milieu délétère sans en être durablement affectés... 	<p>Laisser vidéo TF1 : témoignage d'un adolescent</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Mais les processus de résilience* [en cliquant sur le lien « résilience, il faudrait ouvrir un mémo informatif] sont complexes. Les facteurs d'influence sont nombreux, la plupart sont imprévisibles, beaucoup sont d'ordre relationnels. • Déjà, dans la toute petite enfance, les figures d'attachement précoce* construisent un socle plus ou moins solide pour absorber et s'enrichir des processus de confrontation de plus en plus diversifiés au cours de la croissance. • Les événements de vie de type délétères y ont un impact difficilement prévisible. En effet l'empreinte psychique d'un traumatisme relève de deux facteurs indépendants : le coup et le sens du coup. • Dans cette évolution, l'intervention de la figure du médecin de famille prend une place. Parfois elle peut devenir déterminante quand elle est ajustée dans sa dimension et son moment. <p>** [211-1-attachement-Reebye]</p>	<p>mémo informatif sur « résilience » ** [[211-1-attachement-Reebye]] Vidéo ADO - avantages du généraliste</p>
<p>Les objectifs du médecin de proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cet égard on attachera une importance particulière à l'attitude professionnelle au cours de la croissance [mettre en gras et souligné afin de mettre en valeur] de l'enfant. Déjà les premiers contacts lors des vaccinations obligatoires avant le 6° mois sont l'occasion d'observer l'attitude du parent accompagnant et de s'entretenir avec lui sur les conditions relationnelles quotidiennes. • Au cours du développement, il est nécessaire de donner une importance croissante à l'expression [mettre en gras et souligné afin de mettre en valeur] (parole ou dessin) de l'enfant avec une attitude de valorisation mesurée en ayant 3 objectifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le premier objectif est d'amener chez l'enfant une représentation apaisée et sécurisée du soin [mettre en gras et souligné afin de mettre en valeur] et de la consultation où sa place de sujet* [enlever l'astérisque, on ne sait pas à quoi elle se rapporte] est de mieux en mieux reconnu ○ Le second est d'inciter l'enfant à prendre soin de soi [mettre en gras et souligné afin de mettre en valeur] en l'aidant à acquérir une représentation cohérente de son corps. ○ Le troisième est de participer à augmenter ses choix possibles [mettre en gras et souligné afin de mettre en valeur] lors de ses premières confrontations à la maladie, au handicap, aux troubles relationnels ou émotionnels. • Les erreurs sont vite faites et indépendantes des bonnes intentions. • Les renforcements positifs sont simples et ne nécessitent pas d'engagement majeur. <p>[rendre ce texte accessible à chaque mot « résilience »]</p> <p><i>« On peut découvrir en soi, et autour de soi, les moyens qui permettent de revenir à la vie et d'aller de l'avant tout en gardant la mémoire de sa blessure. Les chemins de vie se situent sur une crête étroite, entre toutes les formes de vulnérabilité. Être invulnérable voudrait dire impossible à blesser. La seule protection consiste à éviter les chocs qui détruisent autant qu'à éviter de trop s'en protéger. Chaque âge possède sa force et sa faiblesse et les moments non blessés de l'existence s'expliquent par notre capacité à maîtriser, voire à surmonter, ce qui, en nous, relève, dans un constant remaniement, du biologique, de l'affectif et de l'environnement social et culturel. Le bonheur n'est jamais pur. Pourquoi faut-il que, si souvent, une bouffée de bonheur provoque l'angoisse de le perdre ? Sans souffrance, pourrait-on aimer ? Sans angoisse et sans perte affective, aurait-on besoin de sécurité ? Le monde serait fade et nous n'aurions peut-être pas le goût d'y vivre. » B. C. cf Boris CYRULNIK "de chair et d'âme" Odile Jacob 255 p 2006</i></p>	<p>Laisser Vidéo Marcelli 12</p>

Vidéos			
Parole d'ado		Cf « film TF1 »	
Pr Marcelli	12	Dans quelle condition une consultation du généraliste peut-il modifier l'itinéraire d'un ado ?	1 min 09
Ado témoin	3	Depuis qu'on a abordé ces choses un jour, c'est plus pareil...Je vais le voir quand ça ne va pasJe trouve toujours un prétexte.	0-min 48

Annexe n°17 : Fiche n°212 après modification

212- En raison d'un consensus

POURQUOI REPERER ?	Éléments de mise en scène
<p align="center">212- En raison de consensus</p>	<p align="center">Modification du titre</p>
<p>Les conduites à risque des adolescents sont à l'origine d'une augmentation de la morbi-mortalité (lors de l'adolescence et à l'âge adulte). Cette dernière peut être réduite par une prise en charge précoce par les professionnels de santé.</p> <p>La prise en charge de <u>la crise suicidaire</u> chez l'adolescent a été abordée par l'HAS en 2000 dans une conférence de consensus toujours d'actualité puis en 2014 dans la mise au point des recommandations sur la prise en charge des <u>manifestations dépressives de l'adolescent</u>.</p>	
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. [212-1-ANAES2000.pdf] - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Paris: HAS; nov 2014. [112-9-HASdépression-a.pdf] - Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. 1995. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. Journal of Affective Disorders, 35 : 147-152 [212-2-Gotland.pdf] - Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? Eur J Gen Pract. 2016 Dec;22(4):247-254. [121-5-Tudrej.pdf] 	
<p>En savoir plus...</p> <p><u>Parmi l'ensemble des recommandations de la conférence de consensus de l'ANAES des 19 et 20 octobre 2000 on retiendra essentiellement</u> [souligné et centré]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour tous, «de ne pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide» • de développer des outils de repérage adaptés et des instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes <p>En ce qui concerne l'action des médecins généralistes le jury recommande:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure formation des médecins généralistes <u>au repérage des éléments de gravité</u> de la crise suicidaire et aux modalités de prise en charge en articulation avec leurs partenaires des réseaux locaux. - Une formation plus spécifique centrée sur <u>l'écoute active</u> de la souffrance psychique et sur la nécessité d'impliquer la famille ou l'entourage dans la prise en charge des patients en crise. Une expérience de formation sur le modèle de Gotland devrait être organisée. [212-2-Gotland.pdf] - Favoriser <u>l'acceptation et la compliance à un suivi spécialisé</u> du sujet et de son entourage lorsqu'une pathologie psychiatrique est dépistée ou soupçonnée. Dans un certain nombre de cas ceci suppose une plus grande disponibilité des ressources psychiatriques ambulatoires, ce qui implique une démographie psychiatrique suffisante et une meilleure complémentarité de fonctionnement du public et du privé. - Une <u>meilleure connaissance des dispositifs sociaux</u> existants et une meilleure utilisation de l'accompagnement qu'ils proposent. Ceci suppose l'amélioration de la disponibilité de ceux-ci. - <u>L'établissement d'instruments d'aide à la décision</u> spécifiquement destinés aux généralistes. 	<p>[212-1-ANAES2000.pdf] [mettre les liens dans les colonnes de droite ou gauche]</p> <p>[212-2-Gotland.pdf] [mettre les liens dans les colonnes de droite ou gauche]</p>
<p><u>Concernant la prise en charge des manifestations dépressives de l'adolescent, l'HAS a déterminé deux niveaux d'objectifs de soin</u> [souligné et centré]</p> <p>1) 1^{er} niveau : l'urgence et à court terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traiter la crise suicidaire, éclaircir la situation, contenir, protéger - prévenir le risque suicidaire - diminuer la symptomatologie dépressive et préparer la rémission 	<p>[112-9-HASdépression-a.pdf] [mettre le lien dans une des colonnes de droite ou gauche]</p>

<ul style="list-style-type: none"> - améliorer le fonctionnement relationnel et éviter la rupture scolaire <p>2) 2^{ème} niveau : à moyen et long terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser la reprise développementale, lutter contre les vulnérabilités et favoriser la résilience [insérer le même lien pour « résilience » que sur la page 211] à l'âge adulte - consolider la réponse, limiter les rechutes et les récives - améliorer le fonctionnement psychique, comportemental et relationnel - mettre en place la prévention secondaire : consolider le développement et favoriser les investissements positifs <p>Il est également recommandé d'aider l'adolescent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - donner du sens à ses symptômes - restaurer les liens avec ses proches et son environnement - s'intégrer, si nécessaire, dans un parcours de soins avec les autres professionnels de santé. <p>L'HAS précise que « le temps passé à l'établissement de ces liens est constitutif des soins ».</p>	
--	--






Annexe n°18 : Fiche n°213 après modification

213-Parce que le généraliste est bien placé

POURQUOI REPERER ?	Éléments de mise en scène
<u>213-Parce que le généraliste est bien placé</u>	
<p>Le médecin généraliste étant le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents, et particulièrement par ceux présentant un risque suicidaire, il est donc le plus à même de repérer des comportements à risque.</p> <p>Savoir qu'un suicidant consulte plus souvent qu'un autre adolescent, et que des plaintes somatiques récurrentes sont corrélées à une augmentation du risque dépressif et du risque suicidaire, permet de mettre en alerte le médecin qui pourra alors employer des tests simples afin de dépister au mieux les adolescents à risque.</p> <p>L'augmentation du dépistage et de la prise en charge du syndrome dépressif a montré une diminution de la morbi-mortalité. L'impact du médecin généraliste est donc important même si celui-ci sous-estime son influence.</p>	<p>laisser vidéo Thomas MG.wmv</p>
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre Nous : comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent, INPES 2009. [121-4-entrenousinpes.pdf] - Binder Ph. "Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? " Enquête auprès de 3 800 adolescents. La Revue du praticien Médecine Générale 2001 ; 15 (545 : 1507-12). [132-4-Binder.pdf] - Härmä AM, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed ? Scand J Prim Health Care. 2002 Jun;20(2):92-6. [213-1-Harma.pdf] - Koenig J, Oelkers-Ax R, Parzer P, Haffner J, Brunner B, Resch F et al., The association of self-injurious behaviour and suicide attempts with recurrent idiopathic pain in adolescents: evidence from a population-based study, Child Adolesc. Psychiatr. Ment. Health, 9 (2015), p. 32 [132-2-Koenig.pdf] - Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. 1995. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. Journal of Affective Disorders, 35 : 147-152 [212-2-Gotland.pdf] - ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. [212-1-ANAES2000.pdf] - Wnadj C. Que confient les adolescents à risque à leur médecin généraliste, et à 	

<p>quelles conditions ? Poitiers. 2013.</p> <p>- Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. Changes in the frequency of suicidal behaviour after a 2-year intervention campaign. Nervenarzt. 2007 Mar;78(3):272-6, 278-80, 282.</p>																									
<p>En savoir plus...</p> <p>C'est l'interlocuteur de proximité le plus fréquenté</p> <p>80% des adolescents consultent leur médecin traitant au moins une fois dans l'année. Ils sont 40% à avoir rencontré un médecin ou une infirmière scolaire dans l'année et 7% à avoir consulté un psychiatre, un psychanalyste ou un psychothérapeute. Si le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus fréquenté, et même si 82% des adolescents considèrent qu'il est facile de lui parler et que 87% d'entre eux sont satisfaits de ses conseils (Jacobson), 30% considèrent tout de même qu'ils n'ont pas tout dit à la fin de la consultation. Il y a donc une marge de progression possible dans la pratique de la consultation de l'adolescent.</p>	<p>Laisser Vidéo Pommereau 6</p> <p>Ajout nouvelle vidéo Dagmar Haller</p> <p>Image : [fig 17 testament.jpg]</p> <p>Nouveau diagramme représentant « praticien consulté par les adolescents lors des 12 derniers mois » avec les chiffres ci-contre.</p>																								
<p>Les ados suicidants consultent plus souvent que les non suicidants.</p> <p>Les adolescents présentant des conduites à risque consultent significativement plus souvent les médecins généralistes que les autres :</p> <p>Faire un nouveau diagramme (enlever l'ancien) avec :</p> <p>Pour les filles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 73% des sujets à risque ont consulté au moins 3 fois dans l'année contre 54% des sujets normaux, p= 0,004 significatif - 38% des sujets à risque ont consulté au moins 6 fois dans l'année contre 10% des sujets normaux, p<0,0001 très significatif <p>Chez les garçons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 59% des sujets à risque ont consulté au moins 3 fois dans l'année contre 47% des sujets normaux, p= 0,061 non significatif - 18% des sujets à risque ont consulté au moins 6 fois dans l'année contre 8% des sujets normaux, p<0,037 significatif <p>Issu de : Wandji C. Que confient les adolescents à risque à leur médecin généraliste, et à quelles conditions ? Poitiers. 2013.</p>	<p>Laisser Image : fig 41 choix.jpg</p> <p>Ajout du lien [132-4-Binder.pdf] dans la colonne de droite ou gauche</p> <p>Et aussi [121-5-Tudrej.pdf]</p>																								
<p>La rencontre avec les ados en crise non exprimée est fréquente</p> <p>Si la fréquence de consultations pour motif psy par l'ado reste faible (6% soit environ une fois toutes les 3 semaines), les demandes allusives liées au mal-être sont bien plus fréquentes et liées le plus souvent à des troubles somatiques. Ces plaintes concernent principalement des céphalées, des douleurs abdominales et des troubles musculo-squelettiques. Ces symptômes cliniques sont fréquemment concomitants de désordres émotionnels chez les filles, de troubles du comportement chez les garçons, et de signes de dépression pour les deux sexes mais de façon plus importante chez les filles...</p> <p>Les maux de têtes récurrents ont montré une plus forte association avec la présence d'un syndrome dépressif sous-jacent. Plus les plaintes somatiques sont fréquentes, plus la sévérité du syndrome dépressif est élevée.</p> <p>Insérer 2 tableaux, un pour les filles, un pour les garçons (éventuellement en rose pour les filles, en bleu pour les garçons).</p> <table border="1" data-bbox="188 1771 1054 2024"> <thead> <tr> <th colspan="4">FILLES (%)</th> </tr> <tr> <th>Plaintes somatiques</th> <th>Signes de dépression</th> <th>Pas de signe de dépression</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Céphalées</td> <td>18.6</td> <td>6.5</td> <td>p < 0,001</td> </tr> <tr> <td>Douleurs abdominales</td> <td>24.2</td> <td>8.2</td> <td>p < 0,001</td> </tr> <tr> <td>Lombalgies</td> <td>17.3</td> <td>7.8</td> <td>p < 0,001</td> </tr> <tr> <td>Cervicalgies et</td> <td>19.5</td> <td>9.3</td> <td>p < 0,001</td> </tr> </tbody> </table>	FILLES (%)				Plaintes somatiques	Signes de dépression	Pas de signe de dépression		Céphalées	18.6	6.5	p < 0,001	Douleurs abdominales	24.2	8.2	p < 0,001	Lombalgies	17.3	7.8	p < 0,001	Cervicalgies et	19.5	9.3	p < 0,001	<p>*Faire un lien avec la fiche 222 qui ne s'appellera plus le TSTS mais « un test fondamental : le BITS test »</p> <p>Faire le lien avec [213-1-Harma.pdf]</p>
FILLES (%)																									
Plaintes somatiques	Signes de dépression	Pas de signe de dépression																							
Céphalées	18.6	6.5	p < 0,001																						
Douleurs abdominales	24.2	8.2	p < 0,001																						
Lombalgies	17.3	7.8	p < 0,001																						
Cervicalgies et	19.5	9.3	p < 0,001																						


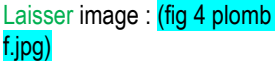
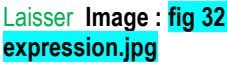

douleur d'épaules				<p>Faire un nouveau lien avec cette vidéo : Vidéo LEMERLE 3 (que l'on trouve sur la page 131–comment qualifier le mal être)</p>
GARCONS (%)				
Plaintes somatiques	Signes de dépression	Pas de signe de dépression		
Céphalées	11.7	4.2	p < 0,001	
Douleurs abdominales	16.2	4.7	p < 0,001	
Lombalgies	13.0	4.4	p < 0,001	
Cervicalgies et douleur d'épaules	13.0	4.7	p < 0,001	
<p><i>Härmä AM, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed ? Scand J Prim Health Care. 2002 Jun;20(2):92-6.</i></p> <p>Plus récemment, il a été montré qu'en plus d'être liées à un syndrome dépressif, les plaintes somatiques récurrentes étaient liées chez l'adolescent à une augmentation du risque d'idées suicidaires et de tentatives de suicides.</p>				
<p><u>Le rôle primordial du médecin généraliste</u></p> <p>45% des suicidés et 60 % des suicidants (tout âges confondus) ont consulté un médecin généraliste dans le mois avant leur geste suicidaire ce qui montre un problème de repérage plus que l'accessibilité.</p> <p>Une étude ancienne (Gotland 1983-1984) avait montré une diminution de la morbi-mortalité (taux de suicide passant de 19/100 000 à 7/100 000) après amélioration des modalités de dépistage et de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes. Néanmoins, cette étude n'a jamais pu être reproduite de façon déterminante.</p> <p>Depuis, une étude hongroise a pu montrer une diminution des tentatives de suicides après formation des médecins généralistes à la dépression et au risque suicidaire. Ces résultats restaient accompagnés d'une augmentation des traitements antidépresseurs.</p> <p>Une autre étude, slovène, portant sur moins de 50% des médecins généralistes, montrait, elle, une diminution des décès par suicide mais qui n'était pas significative.</p> <p>Plus récemment, une étude allemande (Althaus D et al) a montré qu'une formation de 2 ans à la dépression et à l'intervention dans la crise suicidaire dispensée aux médecins généralistes et à leurs assistantes (associée au développement de campagnes d'information, de dispositifs de soutien et de « facilitateurs communautaires ») avait permis une diminution de 20% des conduites suicidaires. Cette diminution était liée uniquement à la diminution des tentatives de suicide sans diminution du nombre de décès.</p> <p>Le généraliste semble donc avoir un rôle primordial dans la prévention des conduites suicidaires, mais il reste important qu'une majorité soit correctement formée et de façon durable afin d'avoir une action efficace sur la population.</p>				
<p><u>Une affaire de vigilance</u></p> <p>Il apparaît donc clairement que le généraliste, médecin de premier recours, se trouve totalement impliqué dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression et des crises suicidaires en association avec tous les autres intervenants du champ sanitaire et social. Cette prise en charge est efficace à condition de garder une vigilance constante dans le repérage des troubles dépressifs et des idées suicidaires.</p>				<p>Laisser Vidéo DrADOC 3ab</p> <p>Ajouter le lien dans une des colonnes [212-1-ANAES2000.pdf]</p>
<p><u>Accompagnés ou non, l'adolescent bénéficie de la consultation</u></p> <p>Les ados qui consultent le médecin généraliste se sentent mieux en fin de consultation. Les ados non accompagnés sont plus en mal-être mais bénéficient plus de la consultation.</p> <p>Le généraliste sous estime cet effet et ses capacités.</p> <p>Le tiers n'entrave pas le plus souvent l'expression de l'adolescent.</p> <p>Au cours de la consultation, les ressentis de l'adolescent et de son accompagnant se rapprochent mais ce dernier a tendance à surestimer la capacité de l'ado à parler de ses soucis.</p>				<p>Ajout de la fiche Socrate III en cours de réalisation</p>

<p>Cf étude « SOCRATE II » : [mettre l'ensemble des liens « Socrate » dans la colonne de droite ou de gauche]</p> <p>En français : articles  + poster  + diaporama </p> <p>En anglais : articles  + poster </p>	
--	--

Vidéos			
Dr Pommereau	6	Quel serait votre message aux médecins généralistes ?	58s
Dr Lemerle	3	Quelles en sont les manifestations cliniques les plus fréquentes à l'adolescence ?	1 min 07
Thomas MG		Témoignage de Thomas	44s
Dr ADOC	3	Dépister le mal être de l'adolescent est-il du ressort du généraliste ?	
Dr Haller		Mais la prévention à l'adolescence cela se fait dans les écoles ! Pourquoi nous les médecins généralistes devrions-nous nous y intéresser ? »	

Annexe n°19 : Fiche n°214 après modification

214–Les objectifs de la consultation

POURQUOI REPERER ?	Mise en scène
214-Les possibilités objectifs de la consultation	[Modification du titre] vidéo 
<p>Le temps de consultation doit permettre d'atteindre 4 objectifs fondamentaux à l'origine de permet 4 attitudes fondamentales qui permettent l'ancrage d'une relation médecin-adolescent.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'expression - Etablir une relation de soin « confortable » - Améliorer la représentation du corps et de l'estime de soi - Susciter une diversité de solutions 	
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? Eur J Gen Pract. 2016 Dec;22(4):247-254. [121-5-Tudrej.pdf] 	
En savoir plus...	
<p>Si beaucoup d'adolescents consultent, chacun le fait finalement peu, mais chaque généraliste voit en moyenne un jeune entre 12 et 20 ans chaque jour de travail. Il y a là un gisement de prévention remarquable.</p> <p>Cependant, à propos des comportements suicidaires et plus généralement du mal-être des adolescents, les référentiels actuels s'attachent essentiellement à décrire la gestion des crises aiguës où domine invariablement la nécessité de transfert en milieu hospitalier spécialisé. Mais dans le travail quotidien d'un généraliste, la fréquence de la crise suicidaire aiguë de l'ado est très rare, moins d'une fois par an. Par contre ces situations dramatiques ont presque toujours été précédées d'éléments d'alerte et, d'autre part, les périodes de mal-être touchent une bonne partie des adolescents (24% des 15-16 ans ont par exemple des signes de dégressivité ou de dépression). Or peu de travaux abordent l'amont de la crise et encore moins décrivent les attitudes adéquates de dépistage ou les modes d'intervention précoce. Une consultation avec un adolescent ne va pas de soi. Souvent, son enjeu dépasse le motif présenté. Les jeunes attendent prioritairement de leur médecin généraliste qu'il respecte la confidentialité, qu'il ne juge pas et qu'il pose les bonnes questions. Ces attitudes doivent favoriser l'atteinte des objectifs suivant :</p> <p>1- Favoriser l'expression en aménageant plus de liberté de parole et d'action. Il s'agit d'être attentif aux différents codes, attitudes, tenues et langage, sans pour autant singer ceux du jeune. En cas d'incompréhension, la relation bénéficiera d'une demande</p>	<p>Laisser image : </p> <p>Laisser Image : </p> <p>Vidéo Maillet 9 </p>

<p>d'explications qui ne manquera pas de valoriser l'interlocuteur.</p> <p>2- Etablir une relation de soin « confortable » où l'adolescent trouve plus d'autonomie, et de sécurité.</p> <p>C'est une atmosphère à l'opposé de la familiarité qui angoisse ou du jugement qui « casse ». A cet égard le choix du tutoiement ou du vouvoiement n'est jamais anodin. Son intérêt est de rester un moyen pour garder la bonne distance.</p> <p>3- Améliorer la représentation du corps et l'estime de soi.</p> <p>C'est favoriser chez l'adolescent l'approbation et l'appropriation de son corps puis l'intérêt d'en prendre soin. Il s'agit de rassurer sur la « normalité » ou la compréhension du symptôme avant d'aborder l'éventuel mal-être sous-jacent.</p> <p>4- Susciter une diversité de solutions possibles à la mesure de ses capacités.</p> <p>Devant les difficultés l'adolescent réagit avec des conceptions binaires qui conduisent à des impasses. L'aider c'est augmenter ses choix possibles.</p> <p>La méthode proposée est simple et applicable lors de toute consultation en médecine générale. lien avec la fiche 221</p>	<p style="color: green;">pas comment mais essayer de mettre cette vidéo en valeur]</p> <p>Laisser Image : test de vue.jpg</p>
--	---

Vidéos			
Dr Maillat	9	Que voudriez-vous dire au médecin généraliste ?	0 min 59
Consulter		Intérêt de consulter pour parler	0 min 21

Annexe n°20 : Fiche n°215 après modification

215-Pour être précoce

POURQUOI REPERER ?	Éléments de mise en scène
215-Pour être précoce	
<p>Il s'agit de repérer précocement les personnes ayant eu des idées suicidaires car : pour au moins 4 raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Presque tous les suicidants ont été suicidaires</u> • <u>Presque tous les suicidants ont consulté leur médecin</u> • <u>Beaucoup de suicidants récidivent</u> • <u>Le risque de décès augmente fortement chez les suicidants</u> • <u>La dépression est souvent absente</u> <p>Dépister un adolescent suicidant permet avant tout de prévenir d'une récurrence plus à risque d'être fatale que la précédente.</p> <p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Binder Ph. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. La Revue du praticien Médecine Générale 2001 ; 15 (545 : 1507-12). [132-4-Binder.pdf] - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (1998). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations Professionnelles [215-1-ANAES.pdf] - Hawton K, Harriss L (2007) Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. J Clin Psychiatry 68: 1574–1583 	
En savoir plus...	
<ul style="list-style-type: none"> • Presque tous les suicidants ont déjà eu des idées suicidaires (88%) <p>Même si la plupart des idées n'aboutissent pas à un acte suicidaire, le fait d'évoquer des idées suicidaires ne peut pas être banalisé</p>	<p><i>Lien avec la fiche 132 suicidaires suicidant</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presque tous les suicidants ont consulté un médecin dans l'année suivant 	<p>Mettre le lien [132-1-Binder.pdf]</p>

<p>leur geste :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8% n'ont consulté aucun médecin suite à leur geste - 20% des suicidants ont été hospitalisés suite à leur geste - 12 % n'ont pas été hospitalisés mais ont bénéficié d'une prise en charge par un médecin - 60% des suicidants ont consulté un médecin dans l'année suivant leur geste, mais pour un autre motif, et n'ont pas été pris en charge <p>Faire un graphique type camembert pour mettre en valeur ces données. Bien faire ressortir les 60% non pris en charge malgré le fait qu'ils aient rencontré un médecin.</p> <p>Cela signifie donc qu'il est indispensable d'augmenter le dépistage des conduites suicidaires chez les adolescents puisque presque 2/3 des suicidants voient un médecin sans que leur conduite ne soit suspectée. Il est important d'augmenter le dépistage dans cette part de la population d'autant plus que le risque de récurrence est élevé...</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • La récurrence des tentatives de suicide est fréquente: <p>à l'adolescence un tiers des suicidants récidivent leur geste dans la première année suivant leur tentative de suicide et 1 à 2% des suicidants décèdent dans l'année suivant leur première TS.</p> <p><i>* Davidson F et Choquet M. le suicide de l'adolescent : étude épidémiologique et statistique. Expansion scientifique française, Paris 1981</i></p> <p>mais comme le montre l'animation, les récidivistes ne consultent pas davantage</p> <ul style="list-style-type: none"> — Moins de la moitié seulement des récidivistes demandent une prise en charge. — Parmi ces récidivistes pris en charge, on remarque que <ul style="list-style-type: none"> ○ un tiers d'entre eux le sont par des libéraux exclusivement. ○ Alors que le sex ratio est équilibré dans les prises en charge à l'hôpital, la part des filles devient quasi exclusive dans les prises en charge en libéral. 	
<p>Dans la première année après la tentative de suicide le risque de décès par suicide ou par tout autre mort violente est augmenté. Ce risque à court terme a été bien étudié</p> <p>Dans les 10 ans après la tentative de suicide le risque décès est x 7</p> <p>ce risque à long terme est aussi bien documenté. Il s'agit de décès de tout types : maladies ou traumatologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le risque de décès est fortement augmenté chez les suicidants <p>Un adolescent suicidant a un risque de décès 10 fois plus élevé par rapport aux autres personnes de sa classe d'âge</p> <p>Le risque que ce décès survienne lors d'une nouvelle tentative est multiplié par 4.</p> <p>A chaque tentative de suicide, le risque que l'acte aboutisse à un décès est majoré.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • ...La dépression est bien souvent absente <p>Seuls 20 à 30% des suicidants présentent une pathologie psychiatrique sous jacente (dépression, troubles de la personnalité, ...) favorisant le passage à l'acte.</p> <p>Cela signifie donc que 2/3 d'entre eux ne manifestent aucun symptôme dépressif et que la tentative de suicide est favorisée par des facteurs de risques et des situations conflictuelles dans lesquelles l'adolescent aura trouvé ce geste comme unique solution afin d'exprimer sa souffrance.</p> <p>50% des décès ont lieu hors état dépressif caractérisé</p> <p>"l'autopsie psychologique" ne retrouve qu'une fois sur deux un tableau dépressif caractéristique c'est pourquoi il ne faut pas attendre d'observer un faisceau clinique dépressif avant d'intervenir. *</p>	

Annexe n°21 : Fiche n°216 après modification

216-~~Les objections~~ Les idées reçues

POURQUOI REPERER ?	Éléments de mise en scène
<p>216-Les objections: remplacer par « les idées reçues »</p>	<p>Modification du titre</p>
<p>Bien qu'exceptionnel en médecine générale, le suicide reste un « risque critique évitable ».</p> <p>Contrairement aux idées reçues, les idées suicidaires ne sont pas normales à l'adolescence et en parler permet de désamorcer le processus plutôt que de l'encourager.</p> <p>Le médecin généraliste peut intervenir dans la crise suicidaire et soutenir car, d'une part, il suffit souvent de passer un cap, et d'autre part, s'il n'a pas le temps, il a la durée.</p>	<p>Laisser vidéo DrADOC 12ab : changer de métier</p>
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colas CE, Charles R, Meyrand B. La crise suicidaire en médecine générale Une revue de morbidité et de mortalité en groupe d'analyse de pratiques. Médecine. 2010;6(2):78-83. [216-1-RMM.pdf] - Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine. 2008;4(6):279-83. [216-2-AubinAuger.pdf] - Le Concours Médical. tome 136 n° 1 janvier 2014. Dépression de l'adolescent. Parcours de soins. [216-3-parcours desoin.pdf] - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (1998). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations Professionnelles [215-1-ANAES.pdf] 	
<p>En savoir plus...</p>	
<p>○ "Mais le suicide est une circonstance exceptionnelle"</p> <p>Il est vrai que le suicide mortel à l'adolescence est rare. D'ailleurs l'incidence du suicide tous âges confondus est extrêmement faible en médecine générale: moins d'un cas par an en moyenne soit 1 sur 5000 actes <small>(conférence de consensus)</small> [le lien avec la conférence de consensus sera mis plus bas].</p> <p>D'autre part on observe que le généraliste fait recours au dispositif spécialisé pour un adolescent pas plus de 3 fois par an.</p> <p>Enfin, si un motif plus ou moins « psy » d'adolescent se présente spontanément à peine toutes les 3 semaines, un mal-être en cours ou récent serait dépestible presque chaque semaine * car le médecin généraliste voit environ un adolescent par jour</p>	<p>* faire lien avec fiche 224 [lien non nécessaire à cet endroit]</p>
<p>○ "Mais les IS [remplacer par «idées suicidaires »] sont normales à l'adolescence"</p> <p>Avoir des idées suicidaires à l'adolescence n'est pas la norme, 1 ado sur 3 seulement est concerné.*</p> <p>Il ne faut pas confondre avoir des idées à propos de la mort et volonté de se tuer. Avoir des idées suicidaires est toujours une souffrance qui témoigne soit d'une fragilité identitaire ou relationnelle, soit d'une incapacité à supporter la frustration, la séparation ou les variations de tensions psychiques internes. <i>Réf (ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'Adolescent Masson p116)</i></p> <p>D'autre part, le mal-être durable perturbe les acquisitions majeures qui construisent la personnalité de l'adolescent tant sur le plan relationnel qu'intellectuel.</p> <p>Son lien avec la prise de drogues diverses est manifeste, et renforce le décrochage d'une adaptation à son environnement et la préparation à des choix adultes</p>	<p>Laisser Image camembert 2/3-1/3</p> <p>Laisser vidéo POMMEREAU 4</p> <p>Laisser les 2 histogrammes : fréquence des ivresses selon l'usage du tabac et cannabis ; fréquence des tentatives de suicide selon les consommations</p>

<p>○ "Mais en parler incite à passer à l'acte"</p> <p><u>Non, en parler ne provoque pas de passage à l'acte.</u> Les cliniciens s'en doutaient depuis longtemps. Une étude l'a montré : recherche conduite sur 2 342 adolescents de 13 à 19 ans dans six écoles de la banlieue de New York (nord-est). En savoir plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un premier groupe expérimental de 1 172 élèves a été soumis à un questionnaire d'évaluation de leur santé mentale contenant 20 questions directes sur le suicide tandis qu'un autre groupe de 1 170 jeunes avait le même questionnaire sans les questions sur le suicide. - Dans les deux groupes, la proportion de ceux ayant manifesté un degré élevé de détresse émotionnelle était similaire, avec notamment 4% ayant indiqué avoir eu des pensées suicidaires. - Parmi les adolescents ayant déjà tenté de se suicider, il y a eu sensiblement moins de pensées suicidaires dans le premier groupe que dans le second à qui a été soumis le questionnaire sans question directe sur le suicide." <p>Madelyn S. Gould; Frank A. Marrocco; Marjorie Kleinman; John Graham Thomas; Katherine Mostkoff; Jean Cote; Mark Davies Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs : A Randomized Controlled Trial JAMA. 2005;293:1635-1643. En réalité, ce préjugé vient principalement du fait que la réponse du patient fait peur au médecin : que faire si le patient exprime clairement des idées suicidaires ?</p>	<p>Laisser Image : fig 42 bout du suicide.jpg</p> <p>Laisser vidéo POMMEREAU 5 [la mettre bien en face du texte]</p>
<p>○ "Mais c'est du ressort du psy. "</p> <p><u>La plupart du temps, l'essentiel est d'accompagner pour passer un cap. Le caractère psychiatrique des crises réside plus dans le cumul, la précocité, la durée, la répétitivité que dans l'intensité de la crise.</u> Les antécédents suicidaires peuvent être anciens et les problèmes qui leur étaient liés résolus, l'adolescent en parlera alors facilement, il est alors aisé au praticien de positiver le parcours. L'adolescent peut aussi évoquer le suicide plus ou moins dramatiquement et mettre mal à l'aise le médecin sur cette question où il se sent impuissant. Mais il y a rarement urgence lors d'un dépistage. Un rendez-vous ultérieur proposé peut donner le temps de la réflexion, tant pour le médecin que pour l'adolescent, et préparera un suivi ambulatoire, voire un éventuel accompagnement conjoint par un service spécialisé.</p>	<p>Laisser image (fig 5 Phare c.jpg)</p> <p>Laisser vidéo DrADOC 13ab</p>
<p>○ "Adresser au psy est une galère"</p> <p><u>Cette réflexion n'est pas vraiment une idée reçue. Le médecin généraliste est souvent isolé. Ses liens de collaboration avec ses collègues psychiatres ou les réseaux environnant le patient ne sont pas toujours établis.</u> L'adressage au spécialiste est rendu difficile par la saturation des consultations psychiatriques privées ou publiques et les listes d'attente qui en sont la conséquence. On évoque également la crainte de la psychiatrisation, crainte que peuvent partager le patient et son médecin face à la représentation qu'ils se font de la psychiatrie ou face à ce qu'ils perçoivent comme l'hermétisme de la discipline. Une étude a montré que pour 35 % des patients qu'ils hospitalisent pour TS, les médecins généralistes disent n'avoir pas reçu de compte rendu de l'hôpital. (Conférence de consensus)</p> <p>Les difficultés relationnelles entre généralistes et psychiatres, ayant pour conséquence la difficulté pour leur adresser des patients, proviennent principalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des problèmes de démographie médicale - Du changement fréquent de consultants dans les hôpitaux - Du manque de communication du psychiatre vers le généraliste, expliqué par les psychiatres comme la nécessité de maintenir une neutralité de la part du praticien, mais vécue comme nuisible 	<p>Laisser vidéo CORNUAULT 1 [mettre à côté du paragraphe « mais c'est du ressort du psy]</p> <p>Laisser image (Fig 16 allo)</p> <p>Faire le lien avec [215-1-ANAES.pdf]</p>

<p>à la prise en charge du patient de la part des médecins généralistes</p> <ul style="list-style-type: none"> - De l'image de « maladie mentale » renvoyée au patient lors de l'évocation de la consultation d'un psychiatre <p>Afin de répondre aux recommandations qui demandent au médecin généraliste d'adresser son patient à un spécialiste, le médecin va devoir convaincre à la fois le psychiatre et le patient. On note que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les urgences psychiatriques et générales sont principalement utilisées pour les urgences immédiates - les établissements privés sont utilisés pour les urgences différées - les psychiatres de ville et les CMP sont peu sollicités dans les cas d'urgences 	
<p>○ "Mais on n'a pas le temps..."</p> <p>Le généraliste a peu de temps mais il a pour lui la durée. Point n'est besoin de tout régler en une séance. Reconvoyer le patient lors d'une ou plusieurs consultations est tout à fait réalisable même si cela est peu usité dans le mode d'exercice actuel.</p>	<p>Laisser image (fig 24 sablier.jpg) Laisser vidéo DrADOC 4a Enlever vidéo ADOC 4a [car elle dit la même chose que la 4a et est de moins bonne qualité]</p>
<p>○ "Mais il n'est pas dépressif..."</p> <p>Plus de la moitié des décès ont lieu en dehors de tout état dépressif. A l'adolescence l'impulsivité joue un rôle souvent déterminant.</p> <p>Seuls 20 à 30% des suicidants présentent une pathologie psychiatrique sous jacente (dépression, troubles de la personnalité, ...) favorisant le passage à l'acte. Cela signifie donc que 2/3 d'entre eux ne manifestent aucun symptôme dépressif.</p> <p>« Chez l'adolescent, l'acte suicidaire entrecroise deux lignées psychopathologiques : la lignée dépressive et la lignée impulsive. Ainsi, certains adolescents peuvent faire des tentatives de suicide « impulsives » sans pathologie dépressive notable et d'autres des tentatives de suicide « dépressives » sans problématique impulsive majeure. »</p> <p>(Pr Daniel Marcelli, chef du service de psychiatrie infanto-juvénile du CH Henri-Laborit de Poitiers)</p>	
<p>○ "Et quand bien même..."</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourrait-on identifier des situations à risques ? Des éléments de la vie ordinaire peuvent témoigner d'une situation difficile - S'il suffisait de poser la question suicidaire, l'ado y répondrait-il ? Plus facilement qu'on ne le pense. L'adolescent apprécie le plus souvent qu'on s'intéresse à lui et la question sur des antécédents d'idée suicidaires est le plus souvent trouvée normale dans le cadre d'une consultation de médecine générale - Et comment faire en consultation courante ? Des outils validés existent, il suffit de les essayer lien avec la page 500-BITS TEST - Il faut cependant aller un peu plus loin : en effet il a été montré qu'une formation courte, si elle met en alerte les médecins généralistes à propos du mal-être des adolescents, n'influence pas vraiment l'amélioration du ressenti de l'adolescent tout venant en consultation. En effet, il faut d'avantage qu'une simple sensibilisation pour faire changer les choses. Cf étude SOCRATE I. [mettre le lien dans la colonne de droite]. Interaction Ado-MG-SOCRATE1 	<p>Laisser image (fig 36 Dr sourcier.jpg)</p>

<u>Vidéos</u>			
Dr Pommereau	4	Les idées suicidaires ne seraient-elles pas normales à l'adolescence ?	1min 09
Dr Pommereau	5	N'est-il pas dangereux d'aborder la question du suicide avec un adolescent ?	56s
Dr Cornuault	1	J'ai dépisté un ado ayant des idées suicidaires, ne faut-il pas l'adresser aussitôt au psychiatre ?	1 min 22
Dr ADOC	4 a	A-t-on vraiment le temps de s'occuper de ces problèmes en médecine générale ?	
Dr ADOC	4 b	A-t-on le vraiment temps de s'occuper de ces problèmes en médecine générale ?	
Dr ADOC	13 ab	L'ado ne vient pas pour des questions psy	
Dr ADOC	12	N'est ce pas changer de métier ?	

Annexe n°22 : Fiche n°221 après modification

221-Des clés universelles

COMMENT REPERER ?	Eléments de mise en scène
221-Des clés universelles	
<p>LORS DE TOUTE CONSULTATION AVEC UN ADOLESCENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion : « oui, mais encore... ? » - prendre en compte le rôle du tiers et si besoin rester seul avec l'adolescent - évoquer systématiquement le caractère de confidentialité de la consultation - commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange - dépister le mal-être avec le « BITS Test » <p>LORSQU'UN MAL-ÊTRE EST DÉPISTÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - confronter les points de vue et savoir reformuler - renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels - fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation - orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé. 	<p>Vidéo Marcelli 6 [laisser en face du résumé]</p> <p>Vidéo Marcelli-7 [vidéo en doublon]</p> <p>Vidéo Choquet-7 [LA POSITIONNER EN FACE DE « S'OUVRIRE AU-DELA DU MOTIF »]</p>
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - McPherson A. Adolescents in primary care. BMJ. 26 févr 2005;330(7489):465-7 [122-2-McPherson.pdf] - Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party : comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. Fam Pract. oct 2010;27(5):556- 62. [221-2-Binder.pdf] - Coker TR, Sareen HG, Chung PJ, Kennedy DP, Weidmer BA, Schuster MA. Improving Access to and Utilization of Adolescent Preventive Health Care: The Perspectives of Adolescents and Parents. J Adolesc Health. août 2010;47(2):133-42 [221-3-Coker.pdf] - Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La Revue du Praticien, médecine générale, 2005 ; tome 55, n°10 : p.1073 [221-4-RevuePraticien.pdf] - 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, 1/2008 (Vol. 20), p. 69-80 - Entre Nous : comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent, INPES 2009. [121-4-entrenousinpes.pdf] 	
<p>En savoir plus...</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer la disponibilité envers l'adolescent <p>1) L'accueil</p> <p>L'accueil est primordial et commence dès l'entrée dans le cabinet. Il est important pour l'adolescent de se trouver dans un environnement convivial d'autant plus que le temps d'attente est particulièrement redouté par les jeunes en difficultés. Des affiches ou des brochures concernant les adolescents en salle d'attente, peuvent déjà être un moyen de signifier sa disponibilité, mais cela peut aussi en rebuter certains.</p> <p>Lors de la rencontre dans le bureau du médecin, si l'adolescent est accompagné, il convient de s'adresser en premier à celui qui a pris l'initiative de la consultation, cela met plus à l'aise l'ado qui craint le plus souvent d'être mis en avant. Son point de vue sera sollicité ensuite avec une attitude montrant l'intérêt donné à son expression. Si le médecin en ressent la nécessité, il fait sortir le tiers sur sa propre initiative. En effet demander son avis à l'ado risque de le mettre en conflit de loyauté : loyauté envers son désir d'être seul et celui de ne pas « rejeter » l'accompagnant.</p>	<p>fig-4-attente-e-eps [la mettre plus bas en face de « s'ouvrir au delà du motif »]</p>

<p>2) Privilégier l'expression de l'adolescent</p> <p>L'objectif est d'aménager une consultation dans le confort et la sécurité pour faciliter l'expression personnelle et la prise d'autonomie. De nombreuses attitudes sont possibles, qu'elles soient verbales ou non verbales. Il est important de noter qu'explicitement cette attitude générale au tiers est toujours positif. Il ne faut pas oublier que l'adolescent est toujours partagé entre le besoin d'être autonome et le désir d'être protégé par ses parents.</p> <p><u>En pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adopter une posture d'ouverture (regard et gestes) tournée vers l'adolescent : l'adolescent est plus sensible aux attitudes et comportements qu'au raisonnement tenu. - Pratiquer la reformulation : elle consolide l'échange et renforce l'engagement de chacun. - Utiliser un langage propre à l'adolescent : utiliser des mots compréhensibles, poser des questions ouvertes, être patient (l'adolescent a besoin de temps pour se confier), écouter plus que l'on ne parle mais au bon moment, car l'ado est mal à l'aise dans le silence. - Faire le commentaire oral durant l'examen clinique en suscitant un échange : la réalisation de l'examen clinique est un moment où l'adolescent est particulièrement attentif. C'est un temps très spécifique de la médecine générale et qui nécessite une attention particulière. Il s'agit de dépasser le simple recueil de données pour contribuer à familiariser l'adolescent avec son corps et son évolution. Même avec un adolescent très pudique, cette approche corporelle, parce qu'elle souligne aussi ce qui va bien, participe à l'augmentation de l'estime de soi. <p>3) S'ouvrir au-delà du motif</p> <p>Si la demande spontanée est faible, les entretiens engendrés une fois la démarche et la confiance installées peuvent être durables. L'objectif est de diminuer la réserve de l'adolescent de parler de ce qui le préoccupe vraiment.</p> <p><u>En pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir un lien visuel et éviter d'être dérangé - Lors de l'exposé du motif, et après un court temps de silence, il s'agit de proposer une ouverture par une allusion du type: "à part ça", "oui, mais encore » (Cette méthode multiplie au moins par quatre la fréquence d'abord de questions psy lors de motifs de consultation non psy) <p>4) Maintenir le lien</p> <p>Cela signifie à l'adolescent que le médecin s'engage dans une relation de suivi à long terme et qu'il est disponible pour le recevoir une nouvelle fois. Cette attitude favorise l'autonomisation de l'adolescent qui sera plus à l'aise pour revenir seul. Enfin, en s'engageant sur la durée, des actes de prévention peuvent se mettre en place.</p> <p><u>En pratique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner sa carte de visite ou ses coordonnées au patient - Fixer avec lui un nouveau rendez-vous 	<p>Insérer l'image et la vidéo : (fig 10 boutons dos b.jpg) + Vidéo DrADOC 11ab [les mettre en face de « faire le commentaire oral durant l'examen clinique »]</p> <p>Insérer l'image et les 2 vidéos en face de « s'ouvrir au delà du motif » fig 4 plomb e.jpg + Vidéo Choquet 7 Quel message voudriez-vous transmettre au médecin généraliste? + Vidéo ADO 2</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Gagner la confiance de l'adolescent <p>1) <u>La place du tiers</u></p> <p>En présence de tiers, s'interroger sur la nature de la demande et la configuration des présences [mettre en taille normale].</p> <p>L'objectif est d'abord de percevoir au mieux la situation qui se présente. Pour cela, il existe deux signes cliniques de grande valeur :</p> <p>[enlever les numéros et mettre des tirets] – <u>L'attitude même du tiers</u>. Elle renseigne sur le type de liens</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Le ressenti de cette présence par le médecin.</u> Les sentiments subjectifs se doivent d'être "écoutés", ils sont d'un grand intérêt car ils perçoivent des discordances ou des incohérences très discrètes mais bien symptomatiques. <p>Le second objectif est de s'interroger sur l'opportunité de la présence du tiers, de donner son avis</p>	<p>Vidéo Marcelli 8 Avec l'adolescent, le médecin doit-il se méfier de ses sentiments subjectifs. [mettre en face de « la place du tiers »]</p> <p>(fig 9 cervelle b.jpg) [laisser à côté de « la place du tiers »]</p> <p>(fig 29 famille-or.jpg) [laisser à côté de « la</p>

de médecin clinicien sur cette situation et de proposer un moment de confidentialité à l'adolescent avec l'accord du tiers. En effet, le médecin n'a rien à craindre d'un éventuel déni.

place du tiers »]

EN PRATIQUE

Des interrogations intérieures indispensables :

[enlever les numéros et mettre des tirets]- **Qui souffre ? Qui demande quoi et pour qui ?** Cela inclue les consultants et leur manière d'être présent mais aussi celui ou celle qui a appelé, ou les absents qui devaient être présents.

- **Cette configuration de présences me paraît-elle adaptée ?** On notera que la Précocité, l'Intensité, la Répétitivité et le caractère Excluant de la prise de parole du tiers évoquent le niveau d'influence qu'il exerce. C'est repérer le "P.I.R.E"

- **Suis-je à l'aise avec cette configuration ?** Cela amène à s'interroger sur son implication éventuelle de médecin dans une alliance demandée de façon plus ou moins explicite par l'un des consultants. En toutes circonstances, il est important de ne jamais laisser s'installer un malaise. Il faut pour cela ne pas attendre pour intervenir afin de cadrer la consultation.

- **Saisir une occasion pour proposer une consultation sans tiers :** la proposition de consultation sans tiers doit être exprimée au cours du suivi d'un adolescent. Elle est cependant à déterminer selon le niveau de maturité de l'adolescent. Attention, d'une part la maturité physiologique qui est plus liée au stade de Tanner (signes pubertaires) qu'à l'âge légal, d'autre part la maturité psychique varie fortement selon l'histoire personnelle et relationnelle.
- Comme évoqué précédemment, le médecin décide sans demander son avis à l'adolescent afin de ne pas le mettre en porte à faux vis-à-vis de son accompagnant.
- L'occasion du passage des 16 ans permet de formaliser la proposition de choisir son médecin traitant comme étape symbolique d'autonomisation et d'indiquer l'intérêt et la nécessité de consulter seul.

2) Tutoiement, vouvoiement

Le tutoiement est témoin d'une proximité mais il faudra veiller à ce qu'il ne devienne pas infantilisant. Pour cela, il convient de l'utiliser avec respect.

Le vouvoiement est lui plutôt témoin de respect. Son risque étant la distance ou un sentiment d'indifférence à l'égard de l'adolescent. La seule règle impérative est de convenir rapidement du mode choisi avec l'intéressé.

En pratique :

- De prime abord, n'utiliser le « tu » que chez les adolescents que l'on connaît déjà
- Utiliser initialement le « vous » chez les adolescents non connus
- Leur demander rapidement s'ils préfèrent être vouvoyés ou tutoyés
- Le passage du « tu » au « vous » doit être précautionneux et doit avoir un sens pour ne pas rompre le lien : soit suite à un accord avec le patient, soit lors d'un événement de vie symbolique (anniversaire, premier emploi, diplôme, ...)

3) Exprimer le caractère de confidentialité

Préciser le cadre légal de confidentialité à l'adolescent et à son accompagnant afin de favoriser son expression. Il est souvent mal connu et l'ado reste méfiant.

En pratique :

- Code de la santé publique L110-4, L1111-5 et R1111-6 [Remettre le lien qui existe déjà [la question du secret médical chez le mineur](#)]
- Code de déontologie médicale : article 4 (repris dans le code de santé publique) [Faire le même type de lien que pour le code de santé publique avec le fichier [221-5- Code de santé publique](#)]
- Code civil : article 9 Code pénal : article 226-13 et 14 [Faire le même type de lien que pour le code de santé publique avec le fichier [221-6-Codepenal](#)]

[Tout ce qui est barré ci-dessous à été déplacé aux paragraphes « place du tiers » et « privilégier l'expression de l'adolescent plus hauts]

~~Privilégier l'expression de l'adolescent~~

~~L'objectif est d'aménager une consultation dans le confort et la sécurité pour faciliter l'expression~~

[fig 52 vue TU]

[déplacer à côté de « tutoiement, vouvoiement »]

[fig 10 Bouche des

bips] [déplacer à côté de « faire le commentaire oral durant l'examen clinique »]

Vidéo DrADOC 10

[mettre en face de « saisir une occasion pour proposer une consultation sans tiers »]

Vidéo DrADOC 11ab

[déplacer en face de « faire le commentaire oral durant l'examen clinique »]

Insérer l'image :

(fig 52 vue TU)

[mettre à côté de « tutoiement, vouvoiement »]

Nouvelle image : un médecin avec une fermeture-éclair à la place de la bouche en face d'un adolescent (en cours de création)




<p>personnelle et la prise d'autonomie, en prenant en compte la question du secret professionnel chez le mineur</p> <p>EN PRATIQUE :</p> <p>De nombreuses attitudes sont possibles, qu'elles soient verbales ou non verbales. Il est important de noter qu'explicitement cette attitude générale au tiers est toujours positif.</p> <p>Poser son regard ses gestes et une posture dans une attitude d'ouverture tournée vers l'adolescent En effet l'adolescent est plus sensible aux attitudes et comportements qu'au raisonnement tenu.</p> <p>Pratiquer la reformulation Elle consolide l'échange et renforce l'engagement de chacun</p> <p>Tutoyer ou vouvoyer ?</p> <p>Dans le choix du vouvoiement ou tutoiement il est surtout nécessaire de s'interroger sur ce que cela révèle ou détermine dans la relation et ce que signifie cette appellation dans les représentations culturelles ou sociales de l'adolescent. La seule règle impérative est de convenir rapidement du mode choisi avec l'intéressé.</p> <p>Faire le commentaire oral durant l'examen clinique en suscitant un échange</p> <p>La réalisation de l'examen clinique est un moment où l'adolescent est particulièrement attentif. C'est un temps très spécifique de la médecine générale et qui nécessite une attention particulière. Il s'agit de dépasser le simple recueil de données pour contribuer à familiariser l'adolescent avec son corps et son évolution. Même avec un adolescent très pudique, cette approche corporelle, parce qu'elle souligne aussi ce qui va bien, participe à l'augmentation de l'estime de soi.</p> <p>Saisir l'occasion du passage des 16 ans pour formaliser la proposition de choisir son médecin traitant comme étape symbolique d'autonomisation et d'indiquer l'intérêt et la nécessité de consulter seul.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Placer le test « TSTS – CAFARD » « BITS TEST » <p>L'objectif est de glaner suffisamment d'éléments anodins pour que le médecin se permette d'aborder directement l'existence d'antécédents suicidaires ou de mal-être profond. faire lien avec fiche 222</p>	<p>Pr Marcelli</p> <p>Mettre la nouvelle image pour du BITS test</p>

<u>Vidéos</u>			
Pr Marcelli	6	Dépister ou aborder un ado n'est pas aisé, ces outils de repérage vous paraissent-ils suffisants pour mettre à jour le mal-être ?	1 min 05
Pr Marcelli	7	Dépister ou aborder un ado n'est pas aisé, ces outils de repérage vous paraissent-ils suffisants pour mettre à jour le mal-être ?	1 min 13
Pr Marcelli	8	Avec l'adolescent, le médecin doit-il se méfier de ses sentiments subjectifs ? Ces émotions sont-elles des signes cliniques ?	1 min 13
Ado	2	Il m'a demandé comment ça allait et si j'avais eu des idées suicidaires.	40s
Dr ADOC	10	Comment mettre à l'aise le jeune lorsqu'on est aussi le médecin de la famille ? Comment lui proposer un espace de consultation spécifique ?	
Dr ADOC	11	Chez un ado plutôt pudique, faire un examen somatique n'est-il pas intrusif quand le motif n'est pas une maladie ? Si le médecin généraliste ne touche pas le corps, qui d'autre le fera ?	
Mme Choquet	7	Quel message voudriez-vous transmettre au médecin généraliste ?	39 s

Annexe n° 23 : Fiche n°222 après modification

222-Un test fondamental : le BITS TEST

COMMENT REPERER ?		Eléments de mise en scène
222-Un test fondamental le TSTS cafard le « BITS TEST »		[modification nom de page]
<p>Le BITS test est le test de référence validé pour le dépistage des problématiques suicidaires chez l'adolescent. Il permet de les dépister chez les jeunes de 13 à 18 ans en posant 4 questions simples : (mettre les lettres B,I,T,S en gras comme ci-dessous):</p> <ul style="list-style-type: none"> - As-tu été Brimé à l'école ? Et en dehors ? - As-tu des Insomnies ? Et des cauchemars ? - Fumes-tu du Tabac ? Tous les jours ? - Es-tu Stressé par le travail scolaire ? Et en famille ? <p>[Lien pour accéder directement à la page « BITS TEST »]</p>		faire lien avec le ppt : (BITS-presentation-courte.ppt)
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Binder P, Heintz AL, Servant C, Roux MT, Robin S, Gicquel L, Ingrand P. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. Early Interv Psychiatry. 2016 May 6. [222-1-BITSTEST.pdf] - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Paris: HAS; nov 2014. [112-9-HASdépression-a.pdf] - Etude à paraître (laisser de la place) : Le BITS test révèle des problématiques suicidaires chez les 13-18 ans consultant en médecine générale 		
En savoir plus...		
<p>Objectif du test</p> <p>Les tests que nous allons exposer permettent de déterminer chez l'adolescent en consultation courante, les situations où l'abord du risque suicidaire devient une nécessité. Ainsi, ils participent à un ensemble d'attitudes qui permettent d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas</p> <p>Le BITS TEST permet de déterminer chez l'adolescent, en consultation courante, les situations où l'abord du risque suicidaire devient une nécessité. Ainsi, il participe à un ensemble d'attitudes qui permettent d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas</p> <p>En cas de test positif, il conviendra d'utiliser d'autres échelles [lien vers la boîte à outils] afin d'évaluer la gravité de la situation. Le TSTS CAFARD : un test qui a fait ses preuves enlever tout le paragraphe du TSTS CAFARD</p>		Laisser fig 50 Dr sourcier.jpg
<p>Le « BITS TEST »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le test : son nom provient de l'acronyme « Bullying-Insomnia-Tobacco-Stress TEST » <p>Il est composé de 4 questions à poser en deux temps :</p>		Nouvelle video : exemple de consultation avec le BITS test
BITS		
Bullying	= harcèlement	As-tu récemment été maltraité ou harcelé à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ? ... et en dehors de l'école ?
Insomnia	= troubles du sommeil	As-tu souvent des troubles du sommeil ? ... fais-tu fréquemment des cauchemars ?
Tobacco	= tabagisme	Consommes-tu du tabac ? ... quotidiennement ?
Stress	= stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou l'atmosphère familiale ? ... par les deux ?
<p>[Mettre les premières lettres BITS en évidence (plus grand, en gras, autre couleur) pour que l'acronyme ressorte]</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Score :</u> Une réponse positive à la première partie de la question compte pour 1 point. Une réponse positive à la 		Faire lien avec ppt : BITS-TSTScafard.ppt

<p>deuxième partie de la question compte pour 2 points. Seul le score maximum de chaque question est pris en compte. Le score maximal est donc de 8 points.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Résultats :</u> Un score ≥ 3 doit interpeller le praticien et l'amener à interroger l'adolescent sur ses idées suicidaires. 	
<p>Histoire et validité du test</p> <p>En 2000 une conférence de consensus de l'ANAES recommandait de créer des outils de repérage du suicide adaptés aux généralistes, un test de dépistage de la problématique suicidaire des adolescents avait alors été construit : le TSTS CAFARD, test en 10 questions. référence TSTS79 art.RdP(1) et TSTS79 art.RdP(1)</p> <p>Cependant, avec l'apparition de nouveaux comportements (téléphone mobile, diffusion d'internet, réseaux sociaux, bullying,...) et l'augmentation des tentatives de suicides, établir un nouveau test devenait nécessaire. En 2012, 912 élèves de 15 ans de la région Poitou-Charentes ont répondu à un auto-questionnaire dont les questions étaient issues de l'enquête HBSC et du TSTS CAFARD. Il a permis d'établir un nouveau test, le BITS, ciblant à la fois des troubles internalisés (troubles biologiques = sommeil et cauchemars ; troubles psychologiques = stress familial ou scolaire), ainsi que des conduites externalisés (trouble social = brimade ou bagarre ; acte choisi = tabagisme)</p> <p>Une étude publiée en 2016 [222-1-BITSTEST.pdf] confirme la pertinence de ce test pour différencier les adolescents à risque suicidaire des autres et révèle une interdépendance entre les différentes variables du test ainsi qu'une meilleure sensibilité (75% vs 71%) et une meilleure spécificité (70% vs 68%) que le TSTS CAFARD.</p> <p>Un score de 3 points au BITS test correspond à un risque suicidaire de plus de 20 %. On considère comme « risque suicidaire » la survenue d'au moins une tentative de suicide au cours de la vie de l'adolescent ou la survenue d'au moins un épisode suicidaire dans les 12 derniers mois.</p> <p>Insérer les graphiques des diapos n°4 et n°6 du power point BITS-présentation-courte-1</p> <p>Des études sont actuellement en cours testant son utilisation en médecine générale en France dans l'attente d'une publication en 2018.</p> <p>Il conviendra ensuite de tester son application dans les pays anglo-saxons ainsi que l'impact de son utilisation sur la vie des adolescents.</p>	
<p>Quel est le niveau de gravité selon les réponses ?</p> <p>Comme le montre l'histogramme récapitulatif suivant, on peut résumer ainsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • parmi les ados non concernés par les 5 questions d'ouverture, aucun n'a été suicidant. • parmi les filles répondant oui à 2 questions d'ouverture la moitié a déjà eu des idées suicidaires • parmi tous les ados répondant à 3 clés de gravité, la moitié a déjà fait une TS, et les 3 quarts en ont eu l'idée <p>[enlever le diagramme]</p> <p>ce graphique montre l'augmentation des fréquences d'antécédents suicidaire selon le cumul des réponses positives aux questions d'ouvertures et ou aux clés de gravités</p>	<p>Diagramme ci-après dans fichier modifié "gravité bits"</p>
<p>A quel moment faut-il poser ces questions ?</p> <p>Sur un plan pratique, ces questions sont à "distiller" au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.</p> <p>Il ne s'agit pas de s'arrêter, prendre un document et poser les questions mais d'aborder les champs des 5 questions d'ouverture lors de toutes consultations d'adolescent quels qu'en soient les motifs.</p> <p>Parfois deux consultations sont nécessaires, en effet la présence de la mère par exemple rend délicat la question de l'ambiance dans la famille.</p>	
<p>Sur quoi est-il fondé ?</p> <p>Il est construit sur une relation statistique entre la fréquence des antécédents déclarés d'idées ou d'actes suicidaires des adolescents et des éléments de leur vie quotidienne. Son usage a été ensuite validé en médecine générale par une série d'étude (voir fiche validation)</p>	
<p>Comment les questions ont-elles été choisies ?</p> <p>Nous avons sélectionné (renvoi par lien sur*) les items les plus banaux possible mais les plus révélateurs et dont le cumul accompagnait une élévation du taux des antécédents suicidaires.</p> <p><i>Renvoi*</i> De très nombreux éléments différencient statistiquement les non suicidants des suicidants. Pour les</p>	

<p>trier, nous avons croisé du quantitatif et du qualitatif. Sur le plan quantitatif, on a retenu des situations concernant le niveau corporel, psychique et socio relationnel. Sur le plan qualitatif il nous a semblé important de dissocier les éléments d'état ou le sujet est plutôt passif ou contraint, des éléments où le sujet est un tant soit peu participatif ou évoquant déjà des choix personnels. Nous avons ainsi progressivement déterminé 6 thèmes aisés à aborder en consultation tout venant.</p>		
niveaux	Situation plutôt imposée ou passive.	Situation à niveau plutôt participatif.
"corporel"	Les accidents, les agressions,	Les plaintes somatiques
"psychique"	Le sommeil	La consommation de tabac
"socio relationnel."	La famille	L'école, les amis
<p>Dans le niveau "socio relationnel", il nous a semblé plus pertinent d'aborder le ressenti dans les relations que des éléments descriptifs et particulièrement la tension ressentie ou le stress. *Comme les motifs de consultation sont déjà essentiellement somatiques, nous n'avons pas trouvé l'intérêt de rajouter les plaintes somatiques dans le dépistage systématique. Nous avons donc sélectionné les 5 thèmes restant pour concevoir 5 questions en rapport. Pour définir précisément les questions à poser, il nous est rapidement apparu nécessaire d'établir deux niveaux de préoccupation. Le premier niveau est une mise en alerte, ce sont les questions « d'ouverture ». Le second niveau précise et donne un élément de gravité, ce sont les questions « clés de gravité ».</p>		
<p>La sensibilité du test est elle différente selon le sexe ?</p> <p>oui, le test est plus sensible et plus adapté aux filles. Comme on le voit sur les diagrammes en étoiles suivant, l'augmentation de la fréquence des antécédents suicidaire chez les filles est assez semblables quelles que soient les questions. Il n'en n'est pas de même chez les garçons chez qui les éléments liés à la traumatologie et au tabac (les T T) sont moins révélateur</p>		
		Diagramme ci après dans fichier modifié "garçon-fille.ppt"

Vidéos		
Dr ADOC	5-a+b	En pratique, ce test n'est-il pas fastidieux à utiliser systématiquement ?
Dr Heintz, Binder, Tudrej		Nouvelle vidéos sur l'utilisation du BITS TEST

Annexe n°24 : Fiche n°311 après modification

311-Intervenir pour passer un cap

ACCOMPAGNER	Eléments de mise en scène
<p align="center">311-Intervenir pour passer un cap</p>	
<p>Une fois le mal-être déposé, et en l'absence de signe de gravité, le rôle du médecin généraliste est de « passer un cap ».</p> <p>Cette phase peut être abordée seul ou de façon pluridisciplinaire selon la situation. Différentes clés de prise en charge existent et passent notamment par l'écoute, l'accompagnement et le suivi de l'adolescent suicidaire.</p>	
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan régional de santé publique. Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo - Janvier 2011. [311-1-PRSP.pdf] - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Paris : HAS; nov 2014. [112-9-HASdépression-a.pdf] 	
<p>En savoir plus...</p>	
<p>Le médecin est très rarement en présence d'une [il manque le « d' » sur le site] crise majeure de mal-être avec danger suicidaire imminent. Il est par contre bien plus fréquent de rencontrer un mal-être peu défini ou l'évocation d'une crise passée surtout lorsqu'on les recherche.</p> <p><u>Lorsqu'un problème de mal-être est déposé il suffit le plus souvent d'accompagner pour passer un cap. En effet le caractère psychiatrique des crises réside plus dans leur durabilité que dans leur intensité.</u></p> <p>Les antécédents suicidaires peuvent être anciens et les problèmes qui leur étaient liés, résolus, l'adolescent en parlera alors plus facilement, il est alors aisé au praticien de positiver le parcours.</p> <p>L'adolescent peut aussi évoquer le suicide plus ou moins dramatiquement et mettre mal à l'aise le médecin sur cette question où il se sent impuissant, mais il y a rarement urgence lors d'un dépistage.</p> <p>Transmettre sa sollicitude, faire comprendre la nécessité d'une rencontre, se rendre disponible pour des temps d'accompagnement sont des attitudes qui deviennent une nécessité.</p>	<p>[pas de modification des vidéos ni des images]</p> <p>Image serdu (fig 5 Phare c.jpg)</p> <p>vidéo CORNUAULT 1</p> <p>vidéo CORNUAULT 2</p> <p>vidéo CORNUAULT 3</p> <p>vidéo Marcelli 9</p> <p>vidéo Ado 3</p>
<p>Face à une attitude suicidaire, trois axes de prise en charge sont possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Une prise en charge par le médecin généraliste seul : lorsque le risque de passage à l'acte reste faible ou maîtrisable. Gérer seul peut sembler lourd de responsabilités par la crainte de « passer à côté » ou de ne pouvoir protéger les patients d'un passage à l'acte. Néanmoins, de nombreuses clés existent pour écouter et accompagner l'adolescent. [faire un lien vers la page 321—accompagner en médecine générale et vers la page 420—les outils utilisables en consultation] 2) Une prise en charge multidisciplinaire ambulatoire : lorsque le médecin généraliste a besoin d'appui, c'est une solution intermédiaire entre la gestion solitaire et l'hospitalisation et peut s'appliquer par le recours aux psychiatres libéraux, aux psychologues libéraux, ou au Centre Médico-Psychologique (CMPado) ou à la maison des adolescents [faire un lien vers la page « en orientant vers des confrères 324 »] 3) Une prise en charge hospitalière : elle devient la solution lorsque le risque suicidaire est élevé, lorsqu'il existe des difficultés à mobiliser l'entourage ou lorsque le patient est demandeur. 	

[faire un lien vers la page « en orientant vers des confrères 322 »]

Dans ses Recommandations de Bonnes Pratiques de 2014, la HAS expose les différents types de prises en charges, ainsi que leurs critères et leurs modalités d'application.

Vidéos			
Dr Cornuault	1	Un ado ayant des idées suicidaires, ne faut-il pas l'adresser aussitôt au psychiatre ?	1m22
Dr Cornuault	2	Qu'appellez-vous « passer un cap » ?	23s
Dr Cornuault	3	Et comment s'y prendre en médecine générale?	29 s
Pr Marcelli	9	Une crise aiguë courte est-elle plus dangereuse qu'une crise moins expressive mais qui dure ?	1m12
Ado témoin	3	Depuis qu'on a abordé ces choses un jour, c'est plus pareil, je vais le voir quand ça ne va pas ...je trouve un prétexte.	48s

Annexe n°25 : Fiche n°321 après modification

321-Accompagner en médecine générale

Attention, le titre a changé et la fiche recoupe les fiches 321, 322 et 323

<u>COMMENT REPERER ?</u>	Éléments de mise en scène
321-Accompagner en médecine générale	
<p>Face à un adolescent présentant des symptômes dépressifs ou suicidaires, le but du médecin généraliste n'est pas de faire disparaître instantanément ces symptômes mais d'entamer un cheminement permettant progressivement un retour à la normale. Ce processus demandera du temps. Pour cela, il dispose de nombreuses cartes.</p> <p>Il convient dans un premier temps de créer du lien en s'engageant dans une relation personnalisée avec un suivi affiché (ne pas hésiter à convoquer l'adolescent à un nouveau rendez-vous).</p> <p>Si le médecin dispose de peu de temps en consultation, il a pour lui la durée. Sa présence stable est un atout pour une série de consultations permettant un cheminement de l'adolescent. Des outils relationnels sont utilisables pour ces consultations particulières.</p> <p>L'utilisation de psychotropes peut rendre des services, mais son usage doit se limiter à des cas précis dans cette classe d'âge.</p> <p>Enfin, le médecin généraliste ne devra pas hésiter à s'ouvrir à ses confrères afin d'optimiser la prise en charge de l'adolescent au sein d'un réseau.</p> <p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, direction de la santé publique. L'examen médical préventif chez les adolescents. Intervenir selon leur profil de risques. Prévention en pratique médicale, février 2005 : 6 p. [321-1-preventionmontreal.pdf] - Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La Revue du Praticien, médecine générale, 2005 ; tome 55, n°10 : p.1073 [221-4-RevuePraticien.pdf] - Entre Nous : comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent, INPES 2009. [121-4-entrenousinpes.pdf] - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Paris: HAS; nov 2014. [112-9-HASdépression-a.pdf] 	

<p>- Alvin-Marcelli. Médecine de l'adolescence. Coll pour le praticien édition MASSON 2000. p275 à 278</p>	
<p>En savoir plus... S'ENGAGER [données issues de la fiche 321 principalement]</p> <p>1) Donner son point de vue Donner son point de vue sur la situation puis le confronter à celui de l'adolescent en sachant reformuler</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mettre des mots sur à ses difficultés, va lui permettre à l'adolescent de se mettre à distance et d'agir ▪ une erreur d'interprétation chez un adolescent qui va bien ne porte pas à conséquence. ▪ même si le mal-être est nié et même si un suivi ne se concrétise pas, le patient aura repéré un interlocuteur potentiel. Cette démarche est déjà structurante et pose un jalon relationnel comme le montre l'observation suivante: histoire de Teddy: <p>2) Ouvrir la discussion au-delà du motif de consultation En l'absence de demande particulière de la part de l'adolescent, le médecin prendra l'initiative d'aborder les questions psychosociales comme celles du BITS TEST car les adolescents ne solliciteront pas le médecin sur ces problèmes. Ces questions peuvent réveiller des interrogations et valider un interlocuteur. Toute demande spécifique venant de l'adolescent est à considérer avec importance car la démarche est rare et surmonte une résistance interne notable.</p> <p>3) S'engager dans la durée Le médecin montrera son engagement en fixant un rendez-vous pour le revoir, même sans demande de sa part. Il s'agit de montrer une détermination même si le médecin n'a pas de certitude sur la gravité ou l'intensité du malaise. La nécessité est de transmettre une volonté d'échanger dans un cadre réservé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • si cette démarche est inhabituelle dans l'exercice et craint un forçage intrusif, l'expérience montre que cette proposition est quasiment toujours acceptée sans problème. • cela transmet une sollicitude qui est remarquée par l'ado. • cela transmet l'intérêt que porte le médecin à l'adolescent, sa reconnaissance • cela sort de la règle de la réponse immédiate et introduit le temps dans la relation. • cela évite d'allonger le temps de consultation. 	<p>Laisser fig 13 piscine.jpg</p> <p>Laisser Vidéo Marcelli 13</p> <p>Vidéo DrADOC 6ab [vidéo intéressante mais je l'ai ôtée car elle parle du TSTS]</p> <p>vidéo DrADOC 8ab [à mettre en face de « Ouvrir la discussion au-delà du motif de consultation »]</p> <p>Laisser fig 61 ordo Rdv.jpg</p> <p>Laisser Vidéo DrADOC 14abc</p>
<p>GAGNER DU TEMPS GRACE A DES OUTILS RELATIONNELS [données issues de la fiche 322 principalement]</p> <p>Si le médecin n'a pas le temps, il a cependant la durée Point n'est besoin d'aborder tout dans l'instant, l'important est de poser des jalons qui présentent quelque intérêt pour l'adolescent</p> <ul style="list-style-type: none"> • il n'est pas nécessaire d'avoir une stratégie d'exploration psychique complète profonde ou pertinente. • passer du temps en favorisant l'expression par divers modes d'entretien peut maintenir un lien suffisant pour passer un cap difficile retardant ou surtout évitant un passage à l'acte. • cela aménage un lieu d'expression dans un cadre de proximité "sécuré" et indépendant. • la mobilisation des ressources personnelles et environnementales de l'adolescent peut permettre un premier étayage. • pour être à l'aise il faut que l'adolescent puisse s'exprimer sur des sujets où il se sent fort. • une évaluation de la part des difficultés extérieures que l'adolescent subit, permet d'agir sur une cause possible, additionnelle de ses difficultés. • cette attitude introduit à la découverte d'une piste et d'une posture possible à poursuivre chez un psychologue ou un psychiatre. <p>Dans une suite de plusieurs consultations, le médecin généraliste pourra utiliser divers</p>	<p>Laisser fig 14 belote.jpg</p> <p>Laisser vidéo DrADOC 7ab</p> <p>vidéo DrADOC 8ab [à mettre en face de « Ouvrir la discussion au-delà du motif de consultation »]</p> <p>Laisser vidéo BOURDAILLEZ 3</p> <p>[Mettre le lien vers la boîte à outils plus en valeur, par exemple en remettant le logo de la boîte à outils de la première page plutôt que le globe terrestre]</p>

<p>outils d'aide à la relation. Ils serviront à renforcer le lien entre l'ado et le médecin. [lien avec la boîte à outils]</p>		
<p>PRESCRIRE</p> <p><u>La prescription de psychotropes chez l'adolescent est limitée et suit des règles strictes. Dans un accord d'experts en 2014, l'HAS précise que les traitements psychotropes ne se substituent pas à la psychothérapie, ne doivent jamais être prescrits isolément, et sont seulement indiqués dans un nombre réduit de cas.</u></p> <p><u>Les antidépresseurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ne doivent pas être prescrits lors de la première consultation identifiant une problématique dépressive. - ne doivent être utilisés que dans les épisodes dépressifs caractérisés (selon le DSM-5 ou la CIM-10), et uniquement en cas de résistance ou d'aggravation après 4 à 8 semaines de psychothérapie ou dans l'objectif de permettre la réalisation du travail psychothérapeutique. - seule la FLUOXETINE est recommandée dans l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent dans le cadre des soins de premier recours. - une surveillance étroite est recommandée - la durée totale recommandée du traitement doit être comprise entre 6 et 12 mois. <p><u>Les anxiolytiques et hypnotiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ne doivent pas être prescrits en première intention dans les insomnies, l'anxiété ou les comorbidités anxieuses associées chez un adolescent présentant un état dépressif caractérisé. <p><i>Quelle est la place de des psychotropes dans le mal-être des adolescents ?</i></p> <p><u>Les Risques</u></p> <p>A l'adolescence le risque de la prescription est plus une complication relationnelle ou psychologique qu'organique. Les risques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - éluder l'abord du problème psychique personnel ou relationnel ou familial. - accentuer une "dépendance-à" entraînant un "accrochage" aux deux sens : adhésion ou rejet. - mise en évidence de son impuissance interne. - entraîner un sentiment d'incompréhension. - interférer négativement avec les processus biologiques de l'adolescence. <p><u>Les impératifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - évoquer la nécessité du médicament et en discuter avant de prescrire. Pas de prescription lors de la 1^o consultation pour problème psychiatrique. - si prescription nécessaire, le faire aux doses thérapeutiques en avertissant que les effets négatifs précèdent les effets positifs - la prescription s'intègre toujours dans une relation psycho-thérapeutique. - bien aborder la question de l'observance et de l'arrêt du traitement <p><i>Extrait de " ALVIN MARCELLI médecine de l'adolescence. Coll pour le praticien édition MASSON 2000.p275 à 278" [lien mis dans les références]</i></p>		
<p>NE PAS RESTER SEUL</p> <p>Le médecin généraliste est seul dans son cabinet, mais il dispose d'un réseau externe permettant de soutenir ou de prendre le relais de la prise en charge la plus adaptée. Ne pas hésiter en cas de difficultés à déléguer ou orienter, tout en faisant le lien avec les interlocuteurs afin de maintenir le lien avec l'adolescent. Ne pas hésiter à demander au spécialiste un courrier compte-rendu qui reste encore trop rarement réalisé [lien avec la page suivante «324 – en orientant vers des confrères »]</p>		<p>Nouvelle image en cours de créations : un médecin faisant de l'alpinisme, assuré par un autre médecin.</p>

<u>Vidéos</u>		
Pr Marcelli	13	De quelle manière le médecin généraliste peut-il s'engager pour accompagner un adolescent ?
Dr ADOC	6a+b	<i>L'ado oppose souvent du déni à nos observations. Est-ce utile de continuer à les faire ?</i>
Dr ADOC	14	Oui mais après ...
Dr ADOC	7 a+b	A quoi sert un outil relationnel ?

Annexe n°26 : Fiche n°324 après modification

324-En orientant vers des confrères joindre le dispositif spécialisé

ACCOMPAGNER	Eléments de mise en scène
<p>324 - En orientant vers des confrères joindre le dispositif spécialisé</p> <p><i>Comme résumé, mettre le paragraphe qui était dans la partie « se faire aider ». Ne pas mettre comme puces les flèches jaunes et la flèche bleue qui coupent la lisibilité du texte.</i></p> <p>Savoir aménager des liens avec un expert, un réseau, un groupe de pairs. Cela permet de se sentir plus à l'aise, de prendre des décisions éclairées, de moins s'inquiéter de ses responsabilités.</p> <p>Certaines situations doivent pouvoir bénéficier d'autres professionnels pour le diagnostic, le soutien ou l'hébergement.</p> <p><u>Les difficultés :</u></p> <p>Cette orientation se heurte d'une part au manque de structures et de professionnels disponibles, et d'autre part à la fragilité du lien construit avec l'adolescent qui ne se transmet pas comme un paquet.</p> <p><u>Les impératifs :</u></p> <p>Le premier impératif est d'adresser à une personne et non à une structure : l'idéal est de faire la jonction relationnelle ici et maintenant au téléphone. Il s'agit d'en faire au moins la tentative, l'adolescent y sera sensible. Le second impératif est d'assurer le maintien du suivi commencé au cabinet en prévoyant par exemple un rendez-vous d'évaluation au cours du suivi par un professionnel du dispositif.</p> <p>Les nombreuses structures sont adaptées. Elles sont détaillées ci-dessous.</p> <p>La fiche ci-contre vous permettra de noter les coordonnées de ces structures dans votre région [324-3-coordonnées].</p>	<p>Modification du titre</p> <p>Image (fig 16 allo.jpg) [mettre l'image en face du résumé]</p> <p>vidéo Marcelli 11 [mettre en face du résumé]</p>
<p>Références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - http://www.education.gouv.fr/pid48/les-metiers-de-l-education-nationale.html - http://www.ddcs.paris.gouv.fr/SITE-DDCS/Protection-des-Populations-et-Prevention/Droit-des-personnes/Point-accueil-ecoute-jeunes-PAEJ - Entre Nous : comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent, INPES 2009. [121-4-entrenousinpes.pdf] - http://www.ado.justice.gouv.fr/index.php?page=enfance_danger-signalement - Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Signalement et information préoccupante », février 2016 [324-1-CNOM] - https://www.conseil-national.medecin.fr/ 	
<p>En savoir plus... [Faire 3 blocs : « en dehors des situations de crise », « en situation de crise », « les mesures judiciaires »]</p>	
<p>Se faire aider</p> <p>Savoir aménager des liens avec un expert, un réseau, un groupe de pairs. Cela permet de se sentir plus à l'aise, de prendre des décisions éclairées, de moins s'inquiéter de ses responsabilités. Certaines situations doivent bénéficier d'un complément diagnostique, et d'autres d'une prise en charge avec hébergement pour opérer un retrait urgent du milieu ambiant.</p> <p>Mais cette orientation se heurte à deux écueils majeurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> — L'un contextuel contemporain: le manque de structure et de professionnels disponibles — L'autre inhérent aux personnalités: le lien construit entre un ado et son généraliste ne se transmet pas comme un paquet à un confrère fût-il le plus pertinent. <p><u>Les 2 impératifs pour adresser :</u></p>	<p>Liens avec des adresses de niveau national</p>

<p>— Le premier impératif est d'adresser à une personne et non à une structure : L'idéal est de faire jonction relationnelle ici et maintenant au téléphone. Il s'agit d'en faire au moins la tentative, l'adolescent y sera sensible.</p> <p>— Le second impératif est d'assurer le maintien du suivi commencé au cabinet du généraliste pour éviter un ressenti de déchargement et le vécu d'une nouvelle rupture. On peut éventuellement déjà prévoir un RDV à terme après cette étape spécialisée</p> <p>[texte ci-dessus] déplacé dans le résumé</p> <p>Travailler avec la santé scolaire: Il est d'autre part toujours possible de faire lien avec l'infirmière scolaire ou le médecin scolaire [enlever car sera précisé en dessous]</p>	
<p>HORS DES SITUATIONS DE CRISE</p> <p>[mettre les coordonnées (n° de téléphone, adresses mail en évidence)]</p> <p>1) <u>Information et documentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les professionnels de santé : l'INPES met à disposition de la documentation et des brochures utiles à la prévention de la santé publique http://www.inpes.sante.fr/ - Pour les jeunes : l'INPES met à leur disposition un site internet concernant leur santé www.portail-sante-jeunes.fr <p>2) <u>Faire le lien avec le service de santé scolaire</u></p> <p>Au sein des établissements du premier et second degré, il existe un service de santé scolaire appelé "Service de promotion de la santé en faveur des élèves". Ses missions sont entre autre de promouvoir la santé en faveur de tous les jeunes scolarisés, favoriser l'insertion scolaire des jeunes handicapés ou malades, et participer à l'éducation pour la santé.</p> <p>Le service de santé comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmier scolaire : le premier interlocuteur des élèves pouvant faire le lien avec le médecin scolaire et avec l'Education Nationale. - Le conseiller principal d'éducation de l'établissement : peut être contacté par l'élève ou les parents. - L'assistant du Service Social : est chargé d'apporter écoute, conseils et soutien aux élèves pour favoriser leur réussite individuelle et sociale. - Les psychologues scolaires : ont pour but de créer les conditions d'un équilibre psychologique des élèves favorisant leur réussite et leurs investissements scolaires. - Le médecin scolaire : mène des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé, réalise les bilans de santé obligatoires et élabore des programmes de santé pour les établissements. <p>Pour faire le lien avec le médecin scolaire de secteur : http://www.education.gouv.fr/pid167/les-academies-lesinspections-academiques.html</p> <p>3) <u>Les lieux d'accueil</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les espaces santé jeunes sont des lieux d'accueil, d'écoute, de prévention et d'orientation en matière de prévention de santé globale qui accueillent les jeunes de 11 à 25 ans. http://www.fesj.org/ Tel : 06 35 13 14 29 - Les Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) sont des petites structures de proximité destinées aux jeunes de 16 à 25 ans en détresse liée à des difficultés sociales, psychologiques, éducatives, familiales, scolaires ou professionnelles avec une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation. 	<p>image fig 57 rendez-vous</p> <p>vidéo PAJOT 1+2 [mettre en face de « faire le lien avec le service de santé scolaire»]</p> <p>vidéo PAJOT 3 [mettre en face de « faire le lien avec le service de santé scolaire»]</p>

<http://anpaej.fr/>

- **L'École des parents et des éducateurs** accompagne les parents et les jeunes dans les soucis quotidiens, de la scolarité, de problèmes de couple, de la relation avec un adolescent via des écoutes téléphoniques, des conférences, des consultations, des groupes de paroles,...

<http://www.ecoledesparents.org/>

- **L'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales)** représente les intérêts des familles par leurs nombreuses **représentations** et mènent l'action politique locale et départementale en faveur des familles. Elles développent et gèrent de nombreux **services aux familles**.

<http://www.unaf.fr/spip.php?rubrique12>

4) Lieux de consultation ambulatoire concernant la santé mentale

- **Les CMP (Centre Médico Psychologique) ou CMPado sont** des centres rattachés à un centre hospitalier dans les villes de plus de 20 000 habitants, ils assurent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organisent leur orientation éventuelle vers des structures adaptées. Les demandes d'interventions en urgence sont déconseillées.

<http://www.psycom.org/Glossaire-des-structures/Centre-medico-psychologique-CMP>

- **Les CMPP, Centre Médicaux Psycho-Pédagogiques** sont des centres à gestion associative. Ils organisent la prise en charge multidisciplinaire des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Leur rôle concerne plutôt les difficultés scolaires ou d'apprentissage. Les possibilités d'intervention en urgence sont très limitées.

<http://www.fdcmpp.fr/>

- **Les Maisons des adolescents** sont des lieux d'accueil des adolescents, quel que soient leurs questionnements ou leurs préoccupations (médicale, sexuelle, psychique, scolaire, juridique, sociale...) ils n'assurent pas vraiment des prises en charge structurées.

<http://www.anmda.fr/index.php>

- **Psychologue libéral** (non remboursés par la sécurité sociale)

- **Psychiatre libéral** (selon les disponibilités)

5) Lieux de consultation ambulatoire concernant la santé sexuelle

- **Le planning familial** offre des consultations de contraception, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse.

<https://www.planning-familial.org/?prehome=off>

- **Le Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)** concerne toute personne désirant une information, un test de dépistage du VIH ou un entretien confidentiel avec un médecin.

<http://sida-info-service.org/orienter/depistage.php4>

- **Le Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist)** travaille comme le CDAG mais offre aussi la possibilité de consulter sur toutes les maladies liées aux IST (Infections Sexuellement Transmissibles)

<http://sida-info-service.org/orienter/depistage.php4>

- **AIDES** est une association nationale de lutte contre le VIH/sida destinée aux personnes concernées directement ou indirectement par la maladie.

<http://www.aides.org/aides-pres-de-vous.php>

6) Points d'informations sociales

- **Le Centre d'information et de documentation jeunesse (CIDJ)** met à disposition des informations concernant l'avenir professionnel des jeunes (formation, emploi, métier) et la gestion de leur vie quotidienne (droits, logement, loisirs, vacances).

<http://www.cidj.com/>

vidéo **Marcelli 10**

[mettre en face de « lieux de consultation en santé mentale »]

vidéo **RUFO 6**

[mettre en face de « psychiatre libéral »]

- **La Mission locale** apporte des réponses aux questions des jeunes de 16 à 25 ans sur l'emploi, la formation, le logement et la santé. Elle propose des bilans de santé gratuits ainsi que l'aide médicale pour les personnes sans couverture santé.
<http://www.mission-locale.fr/>

7) Consultation concernant les addictions

- **Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)** sont des consultations proposées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives ainsi qu'à leur famille.
<http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage#.WQb6kYVOLIX>

8) Les services téléphoniques

- **Addictions**

- > Tabac Info Service : 39 89
- > Drogues Info Service : 0820 23 13 13 depuis un poste fixe
01 70 23 13 13 à partir d'un portable

- > Écoute Cannabis : 0811 91 20 20
- > Écoute Alcool : 0811 91 30 30

- **Santé des jeunes**

- > Fil Santé Jeunes : 3224
- > Service public dit « Allô enfance maltraitée » : 119

- **Sexualité, contraception, VIH**

- > Écoute Sexualité Contraception : 0 800 803
- > Ligne Azur : 0810 20 30 40
- > Sida Info Service : 0 800 840 800 6

- **Santé mentale**

- > Suicide Écoute : 01 45 39 40 00
- > SOS Suicide Phénix : 0825 120 364

- **Violences**

- > Violences conjugales Info : 3919
- > Jeunes violences écoute : **0800 20 22 23**

- **Illettrisme**

- > Illettrisme et solidarité 0 802 34 35 36

9) Hébergement

Les hospitalisations à temps complet court, moyen et long terme se font en :

- service de pédiatrie ou d'adolescent à l'hôpital général
- intersecteurs de pédopsychiatrie

Lieux d'information ou d'orientation:

- Point info famille (UDAF)
- Associations locales très variées

Etablissements scolaires :-

- **la santé scolaire:** Au sein des établissements du premier et second degré, il existe un service de santé scolaire appelé "service de promotion de la santé en faveur des élèves" avec des secrétaires, infirmières et médecins scolaires. Ses missions sont entre autre de promouvoir la santé en faveur de tous les jeunes scolarisés, favoriser l'insertion scolaire des jeunes handicapés ou malades, et participer à l'éducation pour la santé
- **Le service social :** Dans le second degré seulement existe un Service d'action sociale en faveur des élèves avec des assistants sociaux. Ce service est chargé d'apporter écoute, conseils et soutien aux élèves pour favoriser leur réussite individuelle et sociale. L'AS est à la fois le conseiller de l'institution, des parents et de tous les élèves, même si son intervention se porte plus particulièrement vers les jeunes les plus en difficultés. (circulaire 91-248 du 11/09/91)

Nouvelle image : un adolescent téléphonant avec de nombreux téléphones à la main


<ul style="list-style-type: none"> ● Les psychologues scolaires. Ils ont des tâches de participation à la vie des écoles et au projet pédagogique et de "suivi" psychologique. Ce "suivi" a pour objet de rechercher avec les parents "l'ajustement des conduites et des comportements éducatifs", et de favoriser chez l'enfant "l'émergence et la réalisation du désir d'apprendre et de réussir". (décret n°90-259 du 22 mars 1990). Ce sont des enseignants formés au bilan psychologique ou psychologues cliniciens. Pour le médecin généraliste, ils sont à contacter par l'intermédiaire du service de santé scolaire <p>Lieux de consultation ambulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CMPP Centre Médicaux Psycho-Pédagogiques (gestion associative) Prise en charge multidisciplinaire des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Concerne plutôt les difficultés scolaires ou d'apprentissage. Il existe aussi des groupes thérapeutiques. Les consultations sont à l'initiative des parents. Possibilités d'interventions en urgence (très limitées) si le médecin traitant contacte les médecins du CMPP. Pour les ados, accompagnement en interne, ou orientation vers une structure adaptée à l'exception des troubles nécessitant une hospitalisation. ● Psychologue libéral (non remboursés sécurité sociale) ● Psychiatre libéral. ● Planning familial: on y trouve des conseillers familiaux et ou conjugaux ● CMP Centre Médico Psychologique: consultations ambulatoires des intersecteurs de pédopsychiatrie ● Maison des adolescents (quand il y en a.) <p>Lieux avec hébergement</p> <p>Les hospitalisations à temps complet court moyen et long terme se font en-</p> <ul style="list-style-type: none"> ● service de pédiatrie ou d'adolescent à l'hôpital général ● Intersecteurs de pédopsychiatrie <p>Si nécessité d'intervention judiciaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Il est possible d'écrire directement ou par courrier au Juge de enfants de sa juridiction. Le délai est long pour obtenir un rendez-vous. 	<p>vidéo LEMERLE 6 [mettre en face de «hébergement»]</p>
<p>EN CAS DE CRISE (notion de danger imminent nécessitant une intervention à court terme):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Crise à caractères psychiatriques : Urgences hospitalières spécifiques. Gérées par divers dispositifs locaux souvent internes aux services. Réservées en général aux patients pour qui le médecin appelle lui même. 2) Crise à caractère relationnel ou social: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour les mineurs, si les parents (ou les détenteurs de l'autorité parentale) sont d'accord, s'adresser à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) soit en l'appelant directement au conseil général, soit en passant par l'Assistante sociale de secteur. Ce service mettra en œuvre une ou des mesures de suivi social ou éducatif en accord avec les parents. (Noter qu'il n'existe pas de HDT SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) pour les mineurs) ○ S'il existe un désaccord parental, faire un signalement visant à protéger le mineur. S'adresser au procureur de la république qui informera l'ASE et la PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse) et déclenchera une enquête sociale. <p>A noter : Les certificats des médecins servent à faire une OPP Ordonnance de Placement Provisoire par le juge des enfants.</p>	
<p><u>LES MESURES JUDICIAIRES</u></p> <p>1) L'information préoccupante</p> <p>L'information préoccupante est une information transmise à la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes, joignable aux heures de bureaux) pour alerter le Président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées comme étant en danger ou en risque de danger - soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient considérées comme étant gravement compromises ou en risque de l'être. <p>Le médecin peut téléphoner à la cellule afin de demander conseil sans donner le nom du</p>	<p>Lien [324-2-signalement-mineur]</p> <p>Nouvelle image : un médecin tenant un caducée téléphonant à un juge tenant la balance de la justice</p>

<p>patient, ou adresser un courrier (et non un certificat) au médecin de la cellule sous pli confidentiel, après avoir demandé l'accord des parents dans la mesure du possible en leur présentant cette mesure comme une aide que les intervenants de la cellule pourront mettre en place.</p> <p>2) Le signalement : Le médecin doit signaler directement au Procureur de la République (joignable 24h sur 24), éventuellement dans l'urgence par téléphone ou fax et courrier à suivre, dès qu'il estime que les faits dont il a été témoin, ou qui lui ont été rapportés, revêtent un caractère de gravité. Il peut utiliser le « signalement type » (disponible sur le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins, voir ci-contre) et le remplir uniquement en fonction de ce qu'il a constaté ou de confidences qu'il a reçues. Il ne doit en aucun cas mettre un tiers en cause. Devant une situation grave, l'Ordre des médecins préconise le signalement au Procureur avec double à la CRIP.</p> <p>3) Ordonnance de placement provisoire (OPP) : C'est une mesure judiciaire d'assistance éducative, prononcée par le Juge des Enfants ou le Procureur de la République. L'enfant n'est pas forcément placé dans une structure de soins psychiatriques. Il peut être confié à un foyer ou à une famille d'accueil. L'OPP est basée sur les articles L375-3 et 375-9 du Code Civil relatif à l'assistance éducative. Un médecin peut saisir le Procureur de la République pour demander une OPP si les conditions citées ci-dessous sont réunies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si la santé, la moralité, ou la sécurité d'un mineur sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel ou social sont gravement compromises. • il s'agit de protéger l'enfant en le plaçant dans une structure pouvant assurer son hébergement. • opposition des parents à une prise en charge thérapeutique indispensable, ou opposition active de l'enfant aux soins (en pratique pour les adolescents). <p>Les procédures de SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) n'existent pas pour les mineurs : ce sont les parents (ou les tuteurs légaux) qui autorisent l'hospitalisation. En cas de refus, une OPP peut être demandée par le médecin. Les procédures de SPDRE (Soins Psychiatriques sur Demande du Représentant de l'Etat) peuvent par contre s'appliquer à un mineur. En cas de nécessité, penser à l'hospitalisation pour mettre le mineur en sécurité. Toutes ces mesures de protection sont une dérogation légale au secret médical si le médecin se limite à signaler ou à communiquer uniquement les faits et ce qu'il a constaté.</p> <p>Lien vers la fiche de coordonnées : [324-3-coordonnées] Attention, elle a été modifiée</p>	
---	--

<u>Vidéos</u>			
Pr Marcelli	10	Que pensez-vous du rôle des réseaux dans la prise en charge des adolescents ?	2 min 06
Pr Marcelli	11	Qu'attendez-vous du médecin généraliste dans l'accueil et la prise en charge des ados ?	1 min 54
Dr Rufo	6	Qu'attendez-vous du médecin généraliste ?	29s
Dr Pajot	1+2	Quelle est la nature de la collaboration entre les généralistes et les médecins scolaires ?	0 min 50
Dr Pajot	3	Que serait-il raisonnable d'améliorer dans le rapport généraliste - médecin scolaire ?	1 min 08
Dr Lemerle	6	En tant qu'hospitalier, qu'attendez-vous du médecin traitant de l'adolescent ?	1 min 15

Annexe n°27 : Fiche n°410 après modification

410-Se tester en consultation

BOITE A OUTILS	Éléments de mise en scène
410-Se tester en consultation	
Se tester en consultation	
Le Jeu d'une consultation interactive.	
<p>Cette adolescente vient pour un motif bien banal. Que fais-je habituellement de ce type de demande ? Que pourrais-je en faire ? Le jeu de l'interaction permet d'<i>explorer toutes les pistes</i>, à chacun de faire son choix ... Explorez toutes les options possibles !</p>	
Démarrez le jeu !	
A faire dans le jeu :	
1) Modification de la page qui s'ouvre lorsque l'on clique sur « C'est douteux et pas clair, j'ai besoin de réfléchir, on temporise, on téléphone » et lorsque l'on clique sur « Je ne sais pas, ALLO ! »	
<p><i>(Chemins d'accès :</i> - « on commence l'examen directement » > « on fait l'examen en suscitant un échange de point de vue » > « on s'inquiète on pose d'autres questions » > « on est soucieux elle commence une déprime » > « C'est douteux et pas clair, j'ai besoin de réfléchir » > « on temporise, on téléphone ») - « on commence l'examen directement » > « on fait l'examen en suscitant un échange de points de vue » > « on s'inquiète on pose d'autres questions » > « Je ne sais pas, ALLO »)</p>	
On arrive alors sur la page suivante, les modifications à faire sont en couleur :	
<p>A ce stade, il existe suffisamment d'indices pour mettre en éveil une alerte clinique. En effet, nettement plus de la moitié des adolescentes ayant eu dans l'année un petit traumatisme nécessitant des soins, ayant fumé du tabac et présentant quelques troubles du sommeil ont déjà eu des idées suicidaires. Essayez le test TSTS BITS test [et ajouter un lien permettant d'arriver directement sur la page du BITS test] ! et notez le niveau du cumul des risques selon les symptômes observés. Il faut donc aborder d'une manière ou d'une autre la question d'un antécédent d'idées ou d'actes suicidaires.</p>	
2) Modification de la page qui s'ouvre lorsque l'on clique sur « de préparer à la nécessité d'un suivi spécialisé »	
<p><i>2 chemins d'accès existent :</i> - « on commence l'examen directement » > « on fait l'examen en suscitant un échange de points de vue » > « on s'inquiète on pose d'autres questions » > « on est soucieux elle commence une déprime » > « Pas dramatique, pas de psychotrope à l'adolescence, on lui donne un RDV pour revoir cela » > « Revient au rendez-vous » > « De favoriser la parole » > « <u>De préparer à la nécessité d'un suivi spécialisé</u> » - « on commence l'examen directement » > « on fait l'examen en suscitant un échange de points de vue » > « on s'inquiète on pose d'autres questions » > « on est soucieux elle commence une déprime » > « Pas dramatique, pas de psychotrope à l'adolescence, on lui donne un RDV pour revoir cela » > « Revient au rendez-vous » > « <u>De préparer à la nécessité d'un suivi spécialisé</u> »</p>	
<p>En cliquant sur la case « <u>De préparer à la nécessité d'un suivi spécialisé</u> », accéder à un lien permettant de rejoindre la page « 324 : en orientant vers des confrères » et ne pas garder les liens actuels.</p>	
Trois histoires cliniques illustrées ...	

- ... trois tranches de vie qui introduisent à des potentialités au cœur de la banalité ...
- ... comment une attitude professionnelle peut déclencher un processus positif à l'insu de son auteur ?
 - ... comment se débrouiller avec un motif incertain intriqué dans des tensions relationnelles ?
 - ... comment la rencontre peut naître de subjectivités très éloignées ?

Ces trois médecins de famille se sont appropriés le référentiel à leur manière, suivons les dans leur quotidien.

[Mettre le logo pour ouvrir les BD en PDF en plus grand, à peu près de la même taille que les logos vidéos](#)

[Modifications à faire dans les planches de BD :](#)



BD n°1 :
Amélie

BD n°2 :
Cédric

BD n°3 : Isa

Amélie :

- [Planche 4, dernière case](#) : ajouter une bulle comme si elle venait du médecin donc de l'extérieur de la case avec « est-ce que tu es stressée à l'école ? », et une bulle venant d'Amélie répondant « oui... »
- [Planche 4, 3^{ème} case](#) : modifier le contenu des bulles en le remplaçant par « du stress à l'école, un trouble du sommeil et un peu de tabac... cela fait quand même un BITS test déjà à 3 ! »

Cédric :

- [Planche 5, dans la bulle verte à cheval sur l'avant-dernière et la dernière image, modifier le texte en notant](#) : « Cela faisait un TSTS à 4/5 et un BITS test à 4/8, sans doute à 5/8 avec la suspicion de stress familial, là j'étais inquiet »

Isa : Pas de modification particulière

Annexe n°28 : Fiche n°420 après modification

420-Les outils utilisables en consultation

Fiche inspirée de l'ancienne fiche « boîte à outils »

Lorsque l'on fait s'afficher tous les outils, ne pas mettre les outils l'un en dessous de l'autre. Si possible, faire un tableau avec 3 outils par ligne (dans chaque case mettre l'image + le descriptif + le lien pour voir la fiche)

Choisir un outil

Les outils proposés ici sont des techniques simples et utilisables en cabinet en cours de consultation.

Créés ou repris d'autres auteurs, ils ont tous été expérimentés en consultation de médecine générale et nous sont apparus dignes d'intérêt.

ATTENTION, ce ne sont que des outils de soutien à la relation, aucun n'est une baguette magique à effet garanti.

L'expérience montre que leur adéquation diffère selon la personnalité du médecin qui l'utilise. Comme toujours, c'est la connaissance et l'adaptation de l'outil aux situations qui lui donne tout son intérêt.

[Insérer ici un encadré avec à l'intérieur le lien « afficher tous les outils » \(utiliser la même police que « choisir un outil » de l'encadré ci-dessous\)](#)

Leur sélection peut être réalisée de diverses manières selon le filtre ci après.

Choisir un outil

Objetif	Se situer dans le problème ▼
Vecteur nécessaire	Indifférent ▼
Durée de mise en œuvre	Indifférent ▼

[Afficher tous les outils](#)

1. **BITS TEST** (nouveau test à placer en premier : attention cela fait décaler les numéros de tous les autres tests, à modifier dans les fiches auxquelles ils sont liés)

- **Objectif** : Dépister - Dépister le mal être et aborder l'existence d'antécédents suicidaires lors d'un motif de consultation ordinaire.
- **Réalisation** : Placer dans la conversation ou l'interrogatoire 4 questions à poser en 2 temps.
- **Durée** : 1 à 2 minutes

Lien avec **fiche 420-1-BITS TEST**

Ajouter une image : la même qui a déjà été utilisé dans les fiches 221 et 222 pour le BITS test

Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :

- Comme objectif : indifférent, dépister
- Vecteur nécessaire : indifférent, verbal, sans support
- Durée de mise en œuvre : indifférent, instantanée + de 1 à 3 minutes

Enlever complètement le TSTS CAFARD

2. Au delà du motif **laisser tel quel**

3. Autoquestionnaire **laisser tel quel**

4. **CPIRE** ajouter un E et modification de la fiche jointe : **420-7-CPIRE**

- **Titre** : 4 - CPIRE
- **Objectif** : Evaluer - Approcher la gravité d'un symptôme
- **Réalisation** : S'intéresser au cumul, à la précocité, à l'intensité, à la répétitivité et au caractère excluant d'un symptôme
- **Durée** : Instantanée

5. Questions si tiers **laisser tel quel**

6. Mots inducteurs **laisser tel quel**

7. Images à bulles-vides **laisser tel quel**

8. Echelle émotionnelle **laisser tel quel**

9. Examen physique commenté **laisser tel quel**

10. La nuit magique **laisser tel quel**

11. Le carré des choix **laisser tel quel**

12. Cartes d'injonctions **laisser tel quel**

13. Le mot caché **laisser tel quel**

14. Modifier les places ou les rôles **laisser tel quel**

15. Biographie **laisser tel quel**

16. Génogramme **laisser tel quel**

17. Métaphore de communication **laisser tel quel**

18. Métaphore de la chambre **laisser tel quel**

19. Métaphore de la vitre **laisser tel quel**

20. Dessins de vécus **laisser tel quel**

21. Métaphore de l'équilibriste **laisser tel quel**

22. Croisée des chemins **laisser tel quel**

23. Reformulation **laisser tel quel**

24. Vouvoiement/ tutoiement **Il y a un « de » en trop à enlever dans la fiche**

25. Les symboles contractuels. **laisser tel quel**

26. Rapporter **laisser tel quel**

27. Prescrire un rendez-vous **laisser tel quel**

28. Dessin du corps **laisser tel quel**

29. Postures et attitudes

Il y a un « si » en trop à enlever dans la fiche, il se situe dans la phrase : " Et bien, je ne sais pas ~~si~~-comment te dire cela mais cela ne va pas être facile pour moi si tu continues à rester sur mon bureau les bras repliés, sans que je puisse voir tes yeux, mais c'est peut être plus facile pour toi comme cela ? "

30. Métaphore de l'avion **laisser tel quel**

31. Métaphore du cordon **laisser tel quel**

32. Bâton qui DÉRAP **laisser tel quel**

33. Relevé quotidien **laisser tel quel**

<p>34. Le prénom laisser tel quel</p>
<p>35. Les champs de vie rajouter une image : par exemple un adolescent avec plein de bulles (bulles de BD évoquant les rêves) autour de lui et un médecin en face disant « de quoi va-t-on parler ? »</p>
<p>36. Auto-questionnaire ADRS et miniADRS (nouveau test)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Evaluer le risque de dépression • Réalisation : Faire remplir un auto-questionnaire ou poser des questions simples • Durée : 5 minutes pour le jeune ou intégré à la consultation <p>Lien avec fiche 420-2-ADRS</p> <p>Ajouter une image : un adolescent à son bureau rempli un questionnaire. Une bulle de pensée au-dessus de sa tête montre une tête de mort qui ressemble à un point d'interrogation.</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, dépister - Vecteur nécessaire : indifférent, verbal sans support, support image ou papier + action de l'ado - Durée de mise en œuvre : indifférent, instantané, plus de 3 minutes
<p>37. Grille Marcelli et Gervais (nouveau test)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Repérer les adolescents en difficultés • Réalisation : Faire remplir une grille par l'adolescent • Durée : 15 minutes pour l'adolescent <p>Lien avec fiche 420-3-MarcellietGervais</p> <p>Ajouter une image : une main d'ado avec un tatouage avec des lettres et qui remplit une grille de mots croisés</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, dépister, évaluer - Vecteur nécessaire : support image ou papier + action de l'ado - Durée de mise en œuvre : indifférent, plus de 3 minutes
<p>38. HEADSSS (nouveau test)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : évaluation et suivi psychosocial de la situation actuelle de l'adolescent • Réalisation : Placer dans l'interrogatoire en réservant cependant un temps spécifique • Durée : 1 à 2 minutes <p>Lien avec fiche 420-4-HEADSSSword</p> <p>Ajouter une image : situation de jeu télévisé comme dans « question pour un champion », un médecin posant des questions à l'adolescent qui appuie sur un buzzer.</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, dépister - Vecteur nécessaire : indifférent, verbal, sans support - Durée de mise en œuvre : indifférent, plus de 3 minutes
<p>39. 100 mots (nouveau test)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Favoriser la communication et repérer les sujets d'interrogation de l'adolescent • Réalisation : Faire cocher des mots préoccupants pour l'adolescent • Durée : 5 minutes pour l'adolescent <p>Lien avec fiche 420-6-100motsword</p> <p>Ajouter une image : un médecin qui présente des cartes (cartes de jeu) à un adolescent. L'ado tire au sort une des cartes.</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, se situer dans un problème - Vecteur nécessaire : support image ou papier + action de l'ado - Durée de mise en œuvre : indifférent, 3 minutes, plus de 3 minutes
<p>40. Repérer des éléments d'alerte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Dépister les éléments qui doivent alerter le médecin concernant un domaine particulier de la vie de

<p>l'adolescent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation : Le questionnaire ne peut servir en consultation courante. C'est un aide mémoire pour explorer un domaine plus particulier <p>Lien avec fiche 420-8-elementsdalerte</p> <p>Ajouter une image : un gyrophare de sirène clignotant</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, évaluer, se situer dans un problème - Vecteur nécessaire : indifférent - Durée de mise en œuvre : indifférent
<p>41. Métaphore de l'aquarium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Expliciter les transformations psychiques à l'adolescence • Réalisation : Interroger sur une image afin de faire prendre conscience des troubles de l'attachement • Durée : 5 minutes et plus <p>Ajouter une image : une tête d'adolescent dans un bocal de poisson rouge et qui nous regarde. Il est observé par ses parents</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, dépister, faire prendre conscience d'un problème, se situer dans un problème - Vecteur nécessaire : indifférent, support image ou papier - Durée de mise en œuvre : indifférent, plus de 3 minutes <p>Lien avec fiche 420-9-métaphore-aquarium-V2</p>
<p>42. Métaphore des crustacés et vertébrés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Expliciter les transformations psychiques à l'adolescence • Réalisation : Discuter avec l'adolescent de son évolution en comparant l'attachement à la mue du homard • Durée : 5 minutes et plus <p>Ajouter une image : un adolescent sortant le buste en s'extrayant d'une carapace de homard</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, faire prendre conscience d'un problème - Vecteur nécessaire : indifférent, verbal sans support - Durée de mise en œuvre : indifférent, plus de 3 minutes <p>Lien avec fiche 420-10-métaphore-crustacés-V2</p>
<p>43. Métaphore de la bouée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Présenter les fonctions de chacun pour sortir de l'anxio-dépression • Réalisation : Comparer l'anxio-dépression à une bouée pour en anticiper les étapes • Durée : 5 minutes et plus <p>Ajouter une image : un adolescent nageant avec une bouée</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, faire prendre conscience d'un problème, se situer dans un problème, s'accorder, s'allier - Vecteur nécessaire : indifférent, verbal sans support - Durée de mise en œuvre : indifférent, plus de 3 minutes <p>Lien avec fiche 420-11-métaphore-la-bouée -V2</p>
<p>44. Métaphore des colles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Evoquer a bonne distance dans une relation d'attachement • Réalisation : Illustrer les types d'attachements par les types de colles • Durée : 5 minutes et plus <p>Ajouter une image : un adolescent lève un pied pour s'enfuir mais il a plein de colle entre le sol et sa chaussure</p> <p>Permettre d'y accéder lorsque l'on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, faire prendre conscience d'un problème, se situer dans un problème,

<ul style="list-style-type: none"> - Vecteur nécessaire : indifférent, verbal sans support - Durée de mise en œuvre : indifférent, plus de 3 minutes <p>Lien avec fiche 420-12-métaphore-colles -V2</p>
<p>45. Métaphore du pare-brise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Eclaircir l’envahissement anxio-dépressive et donner des perspectives • Réalisation : Repérer et faire face aux situations pourvoyeuses d’anxiété • Durée : 5 minutes et plus <p>Ajouter une image : vu de dos un ado chauffeur est crispé sur son volant avec un petit parebrise et de nombreux rétroviseurs de tailles différentes. Il dit « fait point clair ; ca se couvre ! »</p> <p>Permettre d’y accéder lorsque l’on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, faire prendre conscience d’un problème, se situer dans un problème, s’accorder s’allier - Vecteur nécessaire : indifférent, verbal sans support - Durée de mise en œuvre : indifférent, plus de 3 minutes <p>Lien avec fiche 420-13-métaphore-pare-brise -V2</p>
<p>46. Métaphore du pot de miel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Eclaircir l’ambivalence au sortir des habitudes délétères ou des addictions • Réalisation : Illustrer la fausse sensation de bien-être des addictions pour en prendre conscience • Durée : 5 minutes et plus <p>Ajouter une image : une adolescente essaie de s’extraire d’un pot de miel (étiquette sur le pot) mais c’est gluant et elle hésite</p> <p>Permettre d’y accéder lorsque l’on choisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comme objectif : indifférent, faire prendre conscience d’un problème - Vecteur nécessaire : indifférent, verbal sans support - Durée de mise en œuvre : indifférent, plus de 3 minutes <p>Lien avec fiche 420-14-métaphore-pot de miel -V2</p>

Annexe n°29 : Fiche n°500 après modification

500-Le BITS test

500-Le BITS test	Eléments de mise en scène
<p>BITS test</p> <p>Faire cet encadré selon le même modèle que celui du TSTS CAFARD</p> <p>Ecrire : « En survolant les thèmes du BITS test, posez les 4 questions en deux temps »</p> <p>Disposer 4 vignettes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une avec : B = brimades-harcèlement - Une avec : I = insomnie - Une avec : T = tabagisme - Une avec : S = stress <p>Lorsque l’on passe la souris sur la vignette « brimades-harcèlement » s’ouvre la question : As-tu récemment été maltraité ou harcelé à l’école, y compris via ton téléphone ou internet ? ainsi que les choix de réponse OUI et NON.</p> <p>Si l’on clique sur NON : la case se met en vert</p> <p>Si l’on clique sur OUI : la case se met en rouge et la deuxième partie de la question s’affiche :</p>	<p>lien avec BITS-présentation-courte. ppt</p>

<p>... et en dehors de l'école ? ainsi que les choix de réponse OUI et NON. Si l'on clique sur NON : « 1 point » s'affiche Si l'on clique sur OUI : « 2 points » s'affiche</p> <p>Lorsque l'on passe la souris sur la vignette « insomnie » s'ouvre la question : As-tu souvent des troubles du sommeil ? ainsi que les choix de réponse OUI et NON. Si l'on clique sur NON : la case se met en vert Si l'on clique sur OUI : la case se met en rouge et la deuxième partie de la question s'affiche : ... fais-tu fréquemment des cauchemars ? ainsi que les choix de réponse OUI et NON. Si l'on clique sur NON : « 1 point » s'affiche Si l'on clique sur OUI : « 2 points » s'affiche</p> <p>Lorsque l'on passe la souris sur la vignette « tabagisme » s'ouvre la question : Consommes-tu du tabac ? ainsi que les choix de réponse OUI et NON. Si l'on clique sur NON : la case se met en vert Si l'on clique sur OUI : la case se met en rouge et la deuxième partie de la question s'affiche : ... quotidiennement ? ainsi que les choix de réponse OUI et NON. Si l'on clique sur NON : « 1 point » s'affiche Si l'on clique sur OUI : « 2 points » s'affiche</p> <p>Lorsque l'on passe la souris sur la vignette « stress » s'ouvre la question : Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou l'atmosphère familiale ? ainsi que les choix de réponse OUI et NON. Si l'on clique sur NON : la case se met en vert Si l'on clique sur OUI : la case se met en rouge et la deuxième partie de la question s'affiche : ... par les deux ? ainsi que les choix de réponse OUI et NON. Si l'on clique sur NON : « 1 point » s'affiche Si l'on clique sur OUI : « 2 points » s'affiche</p> <p>Lorsque les 4 items ont été cochés : le score total (somme de tous les points) s'affiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'il est inférieur à 3 : écrire « pas d'indication à la recherche d'idées suicidaires » - Si il est compris entre 3 (inclus) et 8 : afficher en gros « il est important de demander à l'adolescent s'il a des idées suicidaires » et rajouter en plus petit « évoquer le suicide n'augmente pas le risque de survenue d'idées suicidaires » 	
<p>A quoi ça sert ? Ce test permet d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas grâce à 4 questions banales. Il alerte sur la nécessité de poser la question des idées suicidaires ou des automutilations.</p> <p>Sur quoi est-il fondé ? Il est construit sur une relation statistique entre la fréquence des antécédents d'idées ou d'actes suicidaires ou des automutilations (déclarés par des adolescents) et des éléments de leur vie quotidienne dans des études en population générale et en cabinet de médecine générale.</p> <p>Il a pris la place du test TSTS-cafard en l'améliorant (lien avec BITS-TSTScafard.ppt)</p> <p>Comment fonctionne-t-il ? Chaque réponse positive à une question d'ouverture ouvre sur une question complémentaire indiquant une gravité. Le graphique montre l'augmentation des fréquences d'antécédents suicidaires selon le cumul des réponses</p> <p><i>Découvrez ou exercez-vous à la pratique de ce test en posant et en répondant aux questions</i></p>	<p>« BITS-TSTScafard »</p>
<p>Suppression du TSTS CAFARD Attente nouvelle étude.</p>	

Annexe n°30 : Fiche n°600 après modification

600- Qui contacter ?

Fiche inspirée de la nouvelle fiche « 324-adresser » mais simplifiée pour avoir accès rapidement à toutes les coordonnées en consultation (réduction de l'introduction, vidéos enlevées, textes explicatifs réduits)

Qui contacter	Éléments de mise en scène
<p><u>Les impératifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - adresser à une personne et non à une structure - assurer le maintien du suivi commencé au cabinet en prévoyant par exemple un RDV de réévaluation <p>La fiche ci-contre vous permettra de noter les coordonnées des structures dans votre région [324-3-coordonnées].</p>	
<p>HORS DES SITUATIONS DE CRISE [mettre les coordonnées en évidence]</p> <p>1) <u>Information et documentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les professionnels de santé : l'INPES met à disposition de la documentation et des brochures utiles à la prévention de la santé publique http://www.inpes.sante.fr/ - Pour les jeunes : l'INPES met à leur disposition un site internet concernant leur santé www.portail-sante-jeunes.fr <p>2) <u>Faire le lien avec le service de santé scolaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmier scolaire est le premier interlocuteur des élèves pouvant faire si besoin le lien avec le médecin scolaire et avec l'Education Nationale - Le conseiller principal d'éducation de l'établissement peut être contacté par l'élève ou les parents - L'assistant du Service Social est chargé d'apporter écoute, conseils et soutien aux élèves pour favoriser leur réussite individuelle et sociale. - Les psychologues scolaires ont pour but de créer les conditions d'un équilibre psychologique des élèves favorisant leur réussite et leur investissement scolaires. - Le médecin scolaire mène des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé, réalise les bilans de santé obligatoires et élabore des programmes de santé pour les établissements <p>Pour faire le lien avec le médecin scolaire de secteur : http://www.education.gouv.fr/pid167/les-academies-lesinspections-academiques.html</p> <p>3) <u>Les lieux d'accueil</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les espaces santé jeunes sont des lieux d'accueil, d'écoute, de prévention et d'orientation en matière de prévention de santé globale qui accueillent les jeunes de 11 à 25 ans. http://www.fesj.org/ Tel : 06 35 13 14 29 - Les Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) sont des petites structures de proximité destinées aux jeunes de 16 à 25 ans en détresse liée à des difficultés sociales, psychologiques, éducatives, familiales, scolaires ou professionnelles avec une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation. http://anpaej.fr/ - L'École des parents et des éducateurs accompagne les parents et les jeunes dans les soucis quotidiens, de la scolarité, de problèmes de couple, de la relation avec un adolescent via des écoutes téléphoniques, des conférences, des consultations, des groupes de paroles, ... http://www.ecoledesparents.org/ 	

- **L'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales)** représente les intérêts des familles par leurs nombreuses **représentations** et mènent l'action politique locale et départementale en faveur des familles. Elles développent et gèrent de nombreux **services aux familles** <http://www.unaf.fr/spip.php?rubrique12>

4) Lieux de consultation ambulatoire concernant la santé mentale

- **Les CMP (Centre Médico Psychologique) ou CMPado** sont des centres rattachés à un centre hospitalier dans les villes de plus de 20 000 habitants, assurent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées. Les demandes d'interventions en urgence sont déconseillées. <http://www.psychom.org/Glossaire-des-structures/Centre-medico-psychologique-CMP>
- **Les CMPP, Centre Médicaux Psycho-Pédagogiques** sont des centres à gestion associative. Ils organisent la prise en charge multidisciplinaire des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Leur rôle concerne plutôt les difficultés scolaires ou d'apprentissage. Les possibilités d'interventions en urgence sont très limitées. <http://www.fdcmpp.fr/>
- **Les Maisons des adolescents** sont des lieux d'accueil des adolescents, quelques soient leurs questionnements ou leurs préoccupations (médicale, sexuelle, psychique, scolaire, juridique, sociale...) ils n'assurent pas vraiment des prises en charge structurées. <http://www.anmda.fr/index.php>
- **Psychologue libéral** (non remboursés sécurité sociale)
- **Psychiatre libéral** (selon les disponibilités)

5) Lieux de consultation ambulatoire concernant la santé sexuelle

- **Le planning familial** offre des consultations de contraception, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse. <https://www.planning-familial.org/?prehome=off>
- **Le Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)** concerne toute personne désirant une information, un test de dépistage du VIH ou un entretien confidentiel avec un médecin. <http://sida-info-service.org/orienter/dépistage.php4>
- **Le Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist)** travaille comme le CDAG mais offre aussi la possibilité de consulter sur toutes les maladies liées aux IST (Infections Sexuellement Transmissibles) <http://sida-info-service.org/orienter/dépistage.php4>
- **AIDES** est une association nationale de lutte contre le VIH/sida destinée aux personnes concernées directement ou indirectement par la maladie. <http://www.aides.org/aides-pres-de-vous.php>

6) Points d'information sociale

- **Le Centre d'information et de documentation jeunesse (CIDJ)** met à disposition des informations concernant l'avenir professionnel des jeunes (formation, emploi, métier) et la gestion de leur vie quotidienne (droits, logement, loisirs, vacances). <http://www.cidj.com/>
- **La Mission locale** apporte des réponses aux questions des jeunes de 16 à 25 ans sur l'emploi, la formation, le logement et la santé. Elle propose des bilans de santé gratuits ainsi que l'aide médicale pour les personnes sans couverture santé. <http://www.mission-locale.fr/>

7) Consultation concernant les addictions

Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sont des consultations proposées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives ainsi qu'à leur famille. <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage#.WQb6kYVOLIX>

<p>8) <u>Les services téléphoniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Addictions > Tabac Info Service : 39 89 > Drogues Info Service : 0820 23 13 13 depuis un poste fixe 01 70 23 13 13 à partir d'un portable > Écoute Cannabis : 0811 91 20 20 > Écoute Alcool : 0811 91 30 30 - Santé des jeunes > Fil Santé Jeunes : 3224 > Service public dit « Allô enfance maltraitée » : 119 - Sexualité, contraception, VIH > Écoute Sexualité Contraception : 0 800 803 > Ligne Azur : 0810 20 30 40 > Sida Info Service : 0 800 840 800 6 - Santé mentale > Suicide Écoute : 01 45 39 40 00 > SOS Suicide Phénix : 0825 120 364 - Violences > Violences conjugales Info : 3919 > Jeunes violences écoute : 0800 20 22 23 - Illettrisme > Illettrisme et solidarité 0 802 34 35 36 <p>9) <u>Hébergement</u></p> <p>Les hospitalisations à temps complet court, moyen et long terme se font en</p> <ul style="list-style-type: none"> • service de pédiatrie ou d'adolescent à l'hôpital général • intersecteurs de pédopsychiatrie 	
<p><u>EN CAS DE CRISE (danger imminent nécessitant une intervention à court terme):</u></p> <p>1) <u>Crise à caractères psychiatriques:</u> Urgences hospitalières spécifiques. Gérées par divers dispositifs locaux souvent internes aux services. Réservées en général aux patients pour qui le médecin appelle lui même.</p> <p>2) <u>Crise à caractère relationnel ou social:</u> Pour les mineurs, si les parents (ou les détenteurs de l'autorité parentale) sont d'accord : s'adresser à l'ASE (aide sociale à l'enfance) soit en l'appelant directement au conseil général, soit en passant par l'Assistante sociale de secteur. Ce service mettra en œuvre une ou des mesures de suivi social ou éducatif en accord avec les parents. (Noter qu'il n'existe pas de MDT SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) pour les mineurs). S'il existe un désaccord parental : faire un signalement visant à protéger le mineur. S'adresser au procureur de la république qui informera l'ASE et la PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse) et déclenchera une enquête sociale.</p>	
<p><u>LES MESURES JUDICIAIRES</u></p> <p>a. <u>L'information préoccupante</u></p> <p>L'information préoccupante est une information transmise à la CRIP (Cellule de Recueil des informations Préoccupantes, joignable aux heures de bureaux) pour alerter le Président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées être en danger ou en risque de danger - soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient considérées être gravement compromises ou en risque de l'être. <p>Le médecin peut téléphoner à la cellule afin de demander conseil sans donner le nom du patient, ou adresser un courrier (et non un certificat) au médecin de la cellule sous pli confidentiel, après avoir demandé l'accord des parents dans la mesure du possible en leur présentant cette mesure comme une aide que les intervenants de la cellule pourront mettre en place.</p>	<p>Lien [324-2-signalement-mineur]</p>

b. **Le signalement :**

Le médecin doit signaler directement au Procureur de la République (joignable 24h sur 24), éventuellement dans l'urgence par téléphone ou fax et courrier à suivre, dès qu'il estime que les faits dont il a été témoin, ou qui lui ont été rapportés, revêtent un caractère de gravité. Il peut utiliser le « signalement type » (disponible sur le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins, voir ci-contre) et le remplir uniquement en fonction de ce qu'il a constaté ou de confidences qu'il a reçues. Il ne doit en aucun cas mettre un tiers en cause. Devant une situation grave l'Ordre des médecins préconise le signalement au Procureur avec double à la CRIP.

c. **Ordonnance de placement provisoire (OPP) :**

C'est une mesure judiciaire d'assistance éducative, prononcée par le Juge des Enfants ou le Procureur de la République. L'enfant n'est pas forcément placé dans une structure de soins psychiatriques. Il peut être confié à un foyer ou à une famille d'accueil. L'OPP est basée sur les articles L375-3 et 375-9 du Code Civil relatif à l'assistance éducative. Un médecin peut saisir le Procureur de la République pour demander une OPP si les conditions citées ci-dessous sont réunies :

- si la santé, la moralité, ou la sécurité d'un mineur sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel ou social sont gravement compromises.
- il s'agit de protéger l'enfant en le plaçant dans une structure pouvant assurer son hébergement.
- opposition des parents à une prise en charge thérapeutique indispensable, ou opposition active de l'enfant aux soins (en pratique pour les adolescents).

Les procédures de SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) n'existent pas pour les mineurs : ce sont les parents (ou les tuteurs légaux) qui autorisent l'hospitalisation. En cas de refus, une OPP peut être demandée par le médecin. Les procédures de SPDRE (Soins Psychiatriques sur Demande du Représentant de l'Etat) peuvent par contre s'appliquer à un mineur. En cas de nécessité, penser à l'hospitalisation pour mettre le mineur en sécurité. Toutes ces mesures de protection sont une dérogation légale au secret médical si le médecin se limite à signaler ou à communiquer uniquement les faits et ce qu'il a constaté.

Lien vers la fiche de coordonnées : [\[324-3-coordonnées\]](#) Attention, elle a été modifiée

Résumé et mots clés

Introduction : Le site internet « Un adolescent peut en cacher un autre », créé en 2008, informe les médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge des adolescents suicidaires. En raison des modifications comportementales des adolescents, de l'augmentation de l'utilisation d'internet par les médecins généralistes et du remplacement du test TSTS CAFARD par le BITS test pour dépister les conduites à risque dans cette population, une révision de ce site était nécessaire. Les objectifs étaient de remettre à jour son contenu et de modifier sa structure afin de faciliter son utilisation.

Méthodes : Les règles informatiques générales de mise à jour des sites internet ont été consultées. Les demandes de la communauté médicale concernant ce site ont été recueillies via une méthode Delphi auprès de 7 praticiens. La quasi-totalité des fiches du site ont été mises à jour suite à un travail bibliographique via les moteurs de recherche Pubmed, Google et Google Scholar. Les modifications architecturales ont été inspirées d'un autre site internet médical « Cannabis-médecin » construit par le Professeur Binder. La mise en œuvre a été assurée par une société informatique financée par l'association Relais 17.

Résultats : Le site rénové est mis en ligne en novembre 2017 à l'adresse www.medecin-ado.org. Il comprend des données à jour ainsi qu'une modification de sa structure avec deux nouvelles rubriques : un accès direct au BITS test et aux coordonnées utiles lors de problématiques suicidaires. La charte graphique est modernisée.

Conclusion : Le site a été mis à jour avec une amélioration de son ergonomie. Nous recommandons sa diffusion auprès des médecins généralistes afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des adolescents en difficultés psychologiques.

Mots-clés : site internet, adolescents, médecins généralistes, suicide, BITS test, mise à jour, méthode Delphi, bibliographie

Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé et mots clés

Introduction : Le site internet « Un adolescent peut en cacher un autre », créé en 2008, informe les médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge des adolescents suicidaires. En raison des modifications comportementales des adolescents, de l'augmentation de l'utilisation d'internet par les médecins généralistes et du remplacement du test TSTS CAFARD par le BITS test pour dépister les conduites à risque dans cette population, une révision de ce site était nécessaire. Les objectifs étaient de remettre à jour son contenu et de modifier sa structure afin de faciliter son utilisation.

Méthodes : Les règles informatiques générales de mise à jour des sites internet ont été consultées. Les demandes de la communauté médicale concernant ce site ont été recueillies via une méthode Delphi auprès de 7 praticiens. La quasi-totalité des fiches du site ont été mises à jour suite à un travail bibliographique via les moteurs de recherche Pubmed, Google et Google Scholar. Les modifications architecturales ont été inspirées d'un autre site internet médical « Cannabis-médecin » construit par le Professeur Binder. La mise en œuvre a été assurée par une société informatique financée par l'association Relais 17.

Résultats : Le site rénové est mis en ligne en novembre 2017 à l'adresse www.medecin-ado.org. Il comprend des données à jour ainsi qu'une modification de sa structure avec deux nouvelles rubriques : un accès direct au BITS test et aux coordonnées utiles lors de problématiques suicidaires. La charte graphique est modernisée.

Conclusion : Le site a été mis à jour avec une amélioration de son ergonomie. Nous recommandons sa diffusion auprès des médecins généralistes afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des adolescents en difficultés psychologiques.

Mots-clés : site internet, adolescents, médecins généralistes, suicide, BITS test, mise à jour, méthode Delphi, bibliographie