

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 **Madame Marine AIME**

Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste : revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisants et difficultés ressentis par les médecins généralistes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER.

Membres : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL, Monsieur le Professeur Frédéric MILLOT et Monsieur le Docteur Benoît TUDREJ.

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ.

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**sumombre 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 (**sumombre 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 t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**sumombre 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 (**sumombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**sumombre 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 (**sumombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-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

Remerciements

Au Pr BINDER, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse, je vous en remercie.

Aux Pr GICQUEL, Pr MILLOT et au Dr TUDREJ, merci de votre participation en tant que membre du jury.

Au Dr Anne-Laure HEINTZ, ma présidente de thèse, pour le soutien et la disponibilité dont tu as fait preuve depuis ces 4 dernières années. Merci de m'avoir permis de travailler sur un sujet qui me passionne.

A mon mari, Julien, pour m'avoir aidé à réaliser le rêve de devenir un jour maman et médecin. Merci pour ta présence à mes côtés dans les bons moments comme dans la difficulté. Merci de ton amour.

A mes filles chéries, Jade et Soline. Merci de faire partie de ma vie. J'espère que vous garderez vos jolis sourires et que vous serez toujours fière de votre maman.

A ma famille, merci pour votre aide et votre soutien. Merci de m'avoir donné les moyens d'aller jusqu'au bout et merci de n'avoir jamais douté de ma réussite.

A Airelle PLANQUES, mon amie et co-thésarde. Merci d'avoir rendu ses longues heures à arpenter l'arborescence des termes MeSH et la lecture d'études en anglais si conviviales. Nous avons partagés plein de belles aventures. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites pour ta carrière et ta vie de famille.

A mes amis, merci pour votre soutien, vos conseils et vos encouragements. Merci de me faire partager les joies, les peines, les doutes, les découvertes et tout ce qui fait vos vies. Merci d'être présents dans la mienne.

A mes maîtres de stage et à tous ceux qui ont participé à ma formation, merci de m'avoir permis de découvrir, à vos côtés, ce qu'était la médecine générale.

Plan de thèse

1.	Introduction.....	6
2.	Matériel et Méthode.....	8
2.1.	Protocole de revue de littérature.....	8
2.2.	Critères d'éligibilité.....	8
2.2.1.	Critères d'inclusion.....	8
2.2.2.	Critères d'exclusion.....	9
2.3.	Sources d'informations.....	10
2.4.	Stratégie de recherche.....	11
2.4.1.	Stratégie de recherche sur Pubmed.....	11
2.4.2.	Stratégie de recherche pour les autres banques de données.....	15
2.5.	Méthode d'extraction des données.....	16
2.6.	Variables pour lesquelles des données ont été recherchées.....	17
3.	Résultats.....	17
3.1.	Identification et sélection des études.....	17
3.1.1.	Medline.....	17
3.1.2.	Base de données en Santé Publique.....	17
3.1.3.	Sciences Direct et PsychInfo.....	18
3.1.4.	Diagramme de flux.....	19
3.2.	Résultats de chaque étude.....	20
3.2.1.	Etudes qualitatives.....	21
3.2.2.	Etudes quantitatives.....	33
4.	Analyse combinée des résultats.....	37
4.1.	Difficultés.....	37
4.1.1.	Présence du tiers.....	37
4.1.2.	L'adolescent.....	38
4.1.3.	Confidentialité.....	40
4.1.4.	Motifs de consultation.....	41
4.1.5.	Manque d'expérience et de formation.....	42
4.1.6.	Difficultés variables d'un médecin à l'autre.....	42
4.1.7.	Place du médecin généraliste dans le système de soins.....	43
4.1.8.	Prévention et dépistage.....	44
4.1.9.	Vécu personnel de la souffrance de l'adolescent.....	45
4.2.	Facteurs facilitants.....	46
4.2.1.	Place du médecin dans le système de soins.....	46
4.2.2.	Les compétences et la formation du médecin généraliste.....	46

4.2.3.	La prévention.....	47
4.2.4.	La communication	47
4.2.5.	Le tiers	48
4.2.6.	La confidentialité.....	48
4.3.	Outils d'aide au dépistage.....	49
4.3.1.	Test TSTS-CAFARD	49
4.3.2.	Questionnaire-amorce de dialogue.....	49
4.3.3.	Référentiel d'accueil des adolescents en médecine générale	50
4.3.4.	Application téléphonique Mobiletype	51
4.3.5.	Autres outils	51
4.4.	Synthèse des principaux résultats.....	52
5.	DISCUSSION	54
5.1.	Discussion des résultats	54
5.1.1.	Facteurs liés aux médecins généralistes	54
5.1.2.	Facteurs liés aux adolescents à risque	55
5.1.3.	Facteurs médico-légaux.....	56
5.1.4.	Facteurs environnementaux.	56
5.2.	Limites et forces des études.....	58
5.2.1.	Pertinence	58
5.2.2.	Généralisabilité des résultats	59
5.2.3.	Crédibilité	59
5.3.	Forces et limites de notre revue de littérature	60
5.3.1.	Limites	60
5.3.2.	Forces	61
6.	Conclusion	63
7.	Liste des abréviations.....	64
8.	Bibliographie.....	65
9.	ANNEXES.....	69
	Annexe 1 : Grille PRISMA.....	69
	Annexe 2 : Grille Coté Turgeon	71
	Annexe 3 : Grille de lecture critique des articles interventionnels HAS 2007.....	72
	Annexe 4 : Test TSTS-CAFARD	73
	Annexe 5 : Questionnaire amorce de dialogue	74
	Annexe 6 : Référentiel d'attitudes	75
10.	Résumé et mots clés.....	76
	SERMENT	77

1. Introduction

L'âge auquel le terme « adolescence » fait référence varie selon les sources. Ainsi, l'OMS, considère que l'adolescence est « la période de croissance et de développement humain se situant entre l'enfance et l'âge adulte, soit de 10 à 19 ans »(1). Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'adolescence concerne plutôt la tranche d'âge allant de 12 à 18 ans(2). Enfin, sur le plan statistique, l'INPES préfère analyser la catégorie des « jeunes » qui englobe les 12-30 ans (3).

Ainsi, si les déterminants biologiques de l'adolescence semblent universels, la durée et les caractéristiques de cette période, en revanche, peuvent varier dans le temps, entre les cultures et selon les situations socio-économiques (1,4).

Pendant cette période, les grandes transformations qui accompagnent le développement de l'adolescent et la pression des pairs vont perturber momentanément l'équilibre qui existait jusqu'alors entre les plans somatique et psychosocial, individuel et collectif. Ce déséquilibre engendre des risques et des besoins en santé spécifiques aux adolescents, comme cela a été souligné par l'OMS et par l'ancien Président du conseil d'administration de l'INPES (1,4).

En France, parmi les facteurs de risques dont la prévalence est importante à l'adolescence, on retrouve la consommation de substances psychoactives. Le tabac est la substance la plus fréquemment consommée puisqu'il a déjà été expérimenté par un tiers des collégiens et est consommé quotidiennement par 33.5% des 16-25ans (5,6). Notons que la prévalence et l'intensité tabagique sont fortement corrélées à l'âge d'initiation au tabac(3). Parmi les autres substances psychoactives consommées, on retrouve ensuite l'alcool avec 28% des collégiens qui ont déjà connu l'ivresse (2). Enfin, le cannabis est la substance illicite la plus répandue puisqu'il a été expérimenté par un collégien sur dix (2).

Les troubles mentaux ont également une forte prévalence chez les adolescents, en particulier la dépression avec comportement suicidaire (2,3). En effet, 20 % des lycéens ont pensé au

suicide au moins une fois, 5 à 8 % ont fait une tentative de suicide et 600 à 800 jeunes de 14 à 24 ans en meurent chaque année en France (2).

Les violences qu'elles soient familiales, scolaires ou liées à des expositions socio- médiatiques sont également fréquemment évoquées. En effet, 10% des 15-25 ans déclarent avoir été impliqués dans des actes de violence en 2005 (6).

Les rapports sexuels non protégés et de plus en plus précoces (16,5 ans en moyenne contre 17,5 ans il y a 25 ans pour un premier rapport) doivent également être cités. Ce facteur de risque favorise, en effet, la propagation des IST et la survenue de grossesses non désirées chez des adolescentes de plus en plus jeunes (1,7,8).

Du fait d'une exposition toujours plus précoce, la prévalence de ces risques s'accroît en France comme dans le reste du monde (2,5,9). En France, le nombre d'enfants ou d'adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile a progressé de 22% entre 2007 et 2014 (10) et la mortalité des jeunes français est l'une des plus élevée d'Europe (2).

Face à ce constat, la prise en charge de l'adolescent est devenue une priorité au niveau national (10) comme au niveau mondial (11).

Les médecins généralistes sont au centre du système de soins. Selon la SFMG, le généraliste en tant que spécialiste formé aux soins de premiers recours et à l'approche globale des patients, est au centre de la cohérence et de la coordination des soins (3,12). Si cette position est bien reconnue des Français, particulièrement des jeunes, et des médecins généralistes(12), que pensent ces derniers de la tâche essentielle qui leur est attribuée ? Ressentent-ils des difficultés ou, au contraire, des facilités dans la prise en charge des adolescents à risque ?

L'objectif de notre étude est de faire une synthèse des études existantes dans la littérature à ce sujet.

Nous avons donc réalisé une revue systématique de littérature afin de répondre à la question :

Quelles sont les facteurs facilitants et difficultés ressentis par les médecins généralistes pour la prise en charge des adolescents à risque ?

2. Matériel et Méthode

2.1. Protocole de revue de littérature.

Notre revue systématique de littérature a été réalisée selon les critères PRISMA (cf. : annexe 1) et chaque étape de la recherche a été réalisée en concertation avec une co-chercheuse. Les stratégies de recherche et les critères d'éligibilité ont, ainsi, été discutés et décidés d'un commun accord. De même, la sélection des articles a été réalisée individuellement puis en concertation. Nous avons discuté chaque article sur lequel il n'y avait pas consensus et, lorsque nous n'arrivions pas à statuer sur la nécessité d'inclure ou d'exclure un article, un avis était recherché auprès d'un troisième chercheur.

Pour les stratégies de recherche, notamment pour l'utilisation de la base de données Medline, nous avons été orientées et conseillées par les documentalistes de l'UFR de Médecine et du Centre Hospitalier Henri Laborit.

2.2. Critères d'éligibilité

2.2.1. Critères d'inclusion

1- Articles mentionnant les adolescents à risque.

ET

2- Articles mentionnant une prise en charge en médecine générale.

ET

3- Articles intégrant la notion de difficulté relationnelle et/ou un facteur ou outil facilitant la relation entre les adolescents et le médecin généraliste.

2.2.2. Critères d'exclusion

4- **Prise en charge des maladies organiques uniquement.** Les articles qui traitaient de difficultés psychologiques ou sociales consécutives à une pathologie organique étaient pris en compte.

OU

5- **Etudes épidémiologiques descriptives** (*Exemple : les adolescents consultent moins le médecin généraliste que les adolescentes sans justification*).

OU

6- **Articles dans une autre langue que Français ou Anglais.**

OU

7- **Prise en charge dans un contexte de second recours ou premier recours sans que le médecin généraliste ne soit traité.**

OU

8- **Articles n'abordant que les enfants (<13 ans) ou que les adultes (>18 ans).** Les articles qui traitaient de ces populations en association avec la population adolescente étaient inclus.

OU

9- **Articles ne prenant en compte que le point de vue/ressenti des adolescents.**

OU

10- **Exclusion des avis d'auteurs** car ils bénéficient d'un faible niveau de preuve.

2.3. Sources d'informations

Nous avons recherché les articles dans les Bases de Données conseillées par les documentalistes de l'UFR de Médecine et du Centre Hospitalier Henri Laborit ainsi que par un chercheur spécialiste de la revue systématique de la littérature.

Les Bases de données interrogées étaient :

- Medline via son moteur de recherche Pubmed

Medline est une volumineuse base de données référençant 27 millions d'études portant sur le domaine biomédical depuis 1946 (13) .

Il nous a été conseillé d'interroger d'autres bases de données pertinentes dans les domaines de la relation, de la communication ou de la psychologie.

Nous avons donc interrogé également :

- Sciences direct
- PsychInfo
- Banque de Données en Santé Publique

Pour la recherche dans la littérature grise, nous avons interrogé le site de larevuedupraticien.fr qui donne accès à dix ans d'archives de La Revue du Praticien et La Revue du Praticien Médecine Générale (14).

D'autres études ont été identifiées par une méthode de recherche « pas à pas » en reprenant la bibliographie des articles sélectionnés dans notre revue de littérature et dans les lectures annexes à notre sujet.

2.4. Stratégie de recherche

2.4.1. Stratégie de recherche sur Pubmed

Les termes MesH intégrés à la stratégie de recherche s'articulaient à partir de quatre thèmes-clés :

- Adolescents
- Médecine Générale
- Conduites à risques
- Relation/ ressenti

2.4.1.1. Pour le thème-clé « Adolescents » :

Etant donné qu'il n'existait pas de définition précise des adolescents, nous avons décidé d'utiliser le filtre « adolescent », proposé par le moteur de recherche PubMed, qui concerne les personnes âgées de 13 à 18 ans.

2.4.1.2. Pour le thème-clé « Médecine générale » :

Nous avons utilisé les termes MeSH « General Practice », « General Practitioners » et « Physician » qui regroupe l'ensemble des diplômés en médecine afin de ne pas exclure de la sélection des articles intégrant le médecin généraliste et d'autres spécialités.

2.4.1.3. Pour le thème-clé de « Conduites à risque » :

Etant donné qu'il n'y a pas de définition officielle des facteurs de risque à l'adolescence. La sélection des termes MeSH a été guidée par les risques évoqués dans l'article *Global burden*

of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis (15) , paru dans le Lancet en 2011 et la publication de l’OMS *Adolescents : risques sanitaires et solutions* (16) ainsi que par les données du système de surveillance canadien *Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)* (17).

Nous avons ainsi choisi d’intégrer à la phrase de recherche les termes MesH suivants :

- « Unsafe sex » :

Ce terme regroupe les maladies sexuellement transmissibles et la grossesse dans sa définition MeSH. Nous voulions également intégrer la notion de rapport sexuel précoce mais il n’existe pas de terme MeSH en rapport avec cette notion. La notion de grossesse précoce, traduite par le terme MeSH « pregnancy in adolescence », n’a pas été intégrée à la ligne de recherche. Après un rapide aperçu des résultats, nous avons jugé qu’elle amenait beaucoup d’articles ne répondant pas aux critères d’inclusion et d’exclusion.

- « Mental disorders » :

Ce terme regroupe dans son arborescence les troubles liés à la consommation de substances toxiques, les troubles anxieux, dépressifs, bipolaires de l’alimentation ou de l’élimination. Sont aussi intégrés à l’arborescence les troubles neuro-développementaux, neurocognitifs et les troubles moteurs ainsi que les troubles de la personnalité, du sommeil ou encore les troubles sexuels d’origine psychologique.

- « Depression » :

Ce terme n’était pas compris dans l’arborescence de « mental disorders » et a donc été rajouté à la phrase de recherche.

- « Violence ».

Ce terme englobe la violence domestique ou au travail qu’elle soit pratiquée ou subie. Ce terme MesH inclus également la notion de terrorisme.

- « Impulsive behavior ».

Ce terme MeSH regroupe les comportements compulsifs et addictifs.

- « Bullying » :

Le terme de « brimades », utilisé dans les mesures françaises et anglo-saxonnes, est préféré au terme de « harcèlement scolaire ». Ce terme MeSH a été ajouté afin d'introduire la notion de violence scolaire non incluse dans l'arborescence du terme MeSH « violence ».

- « self-injurious behavior » :

Ce terme regroupe dans son arborescence les notions d'automutilation et de suicide.

- « stress, psychological » :

Dans les termes MeSH, le stress psychologique est dissocié du stress physique.

2.4.1.4. Pour le thème-clé « Relation/ressenti » :

Il a fallu définir ce qui, selon nous, définissait la prise en charge d'un adolescent par le médecin généraliste car le terme « prise en charge » n'existait pas tel quel en termes MeSH. Nous avons sélectionné les termes MeSH suivants :

Pour la relation :

- « confidentiality »
- « attitude of Health personnel » :

Ce terme regroupe l'attitude du personnel soignant envers ses patients mais aussi envers les autres professionnels de santé et le système de soins.

- « professional competence »

Ce terme a été préféré au terme MeSH « clinical competence » afin d'inclure des compétences plus larges que celles liées uniquement aux soins.

- « physician-patient relation »

- « communication » :

Ce terme regroupe dans son arborescence les notions de négociation et de communication verbale et non verbale.

Les notions de difficultés, de facteurs facilitants et de ressenti ne pouvant être traduites en termes MeSH, nous les avons recherchés en utilisant la fonction (Tittle/Abstract) de Pubmed.

Pour la notion de difficultés, nous avons utilisé la troncature « difficult* » afin de regrouper l'ensemble des mots évoquant une difficulté sous un même terme.

Ainsi, l'équation de recherche utilisée dans Pubmed était :

```
("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR physician [Mesh]) AND  
(((((((("Unsafe Sex"[Mesh]) OR "Mental Disorders"[Mesh]) OR "Depression"[Mesh]) OR  
"Impulsive Behavior"[Mesh]) OR "Bullying"[Mesh]) OR "Self-Injurious Behavior"[Mesh]) OR  
"Stress, Psychological"[Mesh]) OR "Violence"[Mesh])) AND (((("Communication"[Mesh]) OR  
"Physician-Patient Relations"[Mesh]) OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) OR  
"Confidentiality"[Mesh] OR "difficult*"[Title/Abstract] OR "thinking"[Title/Abstract] OR  
"professional competence"[Mesh])
```

2.4.2. Stratégie de recherche pour les autres banques de données.

Pour les autres bases de données, nous avons utilisé ces mêmes termes MeSH à chaque fois que cela était possible afin de rendre la recherche plus exhaustive.

2.4.2.1. Sciences Direct et PsychInfo

La phrase de recherche était: ((« general practice » OR «general practitioners ») AND (« adolescent ») AND (« difficult* » OR « relation » OR « communication » OR « confidentiality » OR « help-seeking»)). La recherche a été réalisée dans la catégorie « Tittle-Abstract-Key ».

L'inclusion de la notion de risque dans la phrase de recherche engendrait 41 000 articles, ce qui n'était pas pertinent. Nous avons donc jugé plus judicieux d'exclure ce terme et de réintégrer la notion de risque dans les critères d'inclusions.

2.4.2.2. Banque de données en santé publique :

La recherche a été effectuée avec trois phrases de recherche complémentaires :

- « [médecin généraliste] et [adolescent] et [relation médecin malade] »

Puis,

- « [médecin généraliste] et [adolescent] et [communication] »

Puis,

- « [médecin généraliste] et [adolescent] et [confidentialité] »

2.5. Méthode d'extraction des données

Dans notre étude, les articles portent sur des études qualitatives ou interventionnelles.

Afin de pouvoir extraire des informations pertinentes à partir des articles sélectionnés et d'évaluer leur qualité méthodologique, il a été décidé d'utiliser une grille d'analyse réalisée à partir de la grille de Coté-Turgeon pour les articles qualitatifs (Cf. annexe 2). La qualité méthodologique a été traduite sous forme de « note » méthodologique selon que les articles validaient ou non les 12 items de la grille Coté-Turgeon.

De la même façon, l'analyse des articles interventionnels a suivi les recommandations HAS 2007 sur l'analyse critique d'une étude d'intervention (Cf. annexe 3). La qualité des articles interventionnels a été « notée » selon les recommandations HAS 2007 qui comportait 21 items si l'intervention était non contrôlée ou 23 items s'il s'agissait d'une intervention contrôlée.

Pour chaque article, nous avons extrait les données suivantes :

- Titre, premier auteur de l'article et nombre d'auteurs associés
- Année et lieu de parution de l'article
- Période et lieu de recueil des données
- Question de recherche / Objectif principal / Hypothèses principales et secondaires
- Population étudiée et nombre de participants
- Méthode de l'étude
- Synthèse des résultats
- Limites et forces de l'étude
- Qualité méthodologique

2.6. Variables pour lesquelles des données ont été recherchées

Dans chaque étude, nous avons extrait les notions de difficultés ou de facteurs facilitants déclarés concernant les domaines de la communication, de la relation ou de la prise en charge. Les outils facilitant la prise en charge ont également été recherchés.

3. Résultats

3.1. Identification et sélection des études

3.1.1. Medline

La recherche réalisée dans Medline nous a permis d'identifier 487 articles.

3.1.2. Base de données en Santé Publique

Pour la base de données Banque de Données en Santé Publique, la recherche a permis d'identifier 67 articles.

Avec pour la phrase :

- « [médecin généraliste] et [adolescent] et [relation médecin malade] » : 55 articles identifiés.

Puis, pour la phrase :

- « [médecin généraliste] et [adolescent] et [communication] » : 4 articles identifiés.

Puis, pour la phrase :

- « [médecin généraliste] et [adolescent] et [confidentialité] » : 8 articles identifiés.

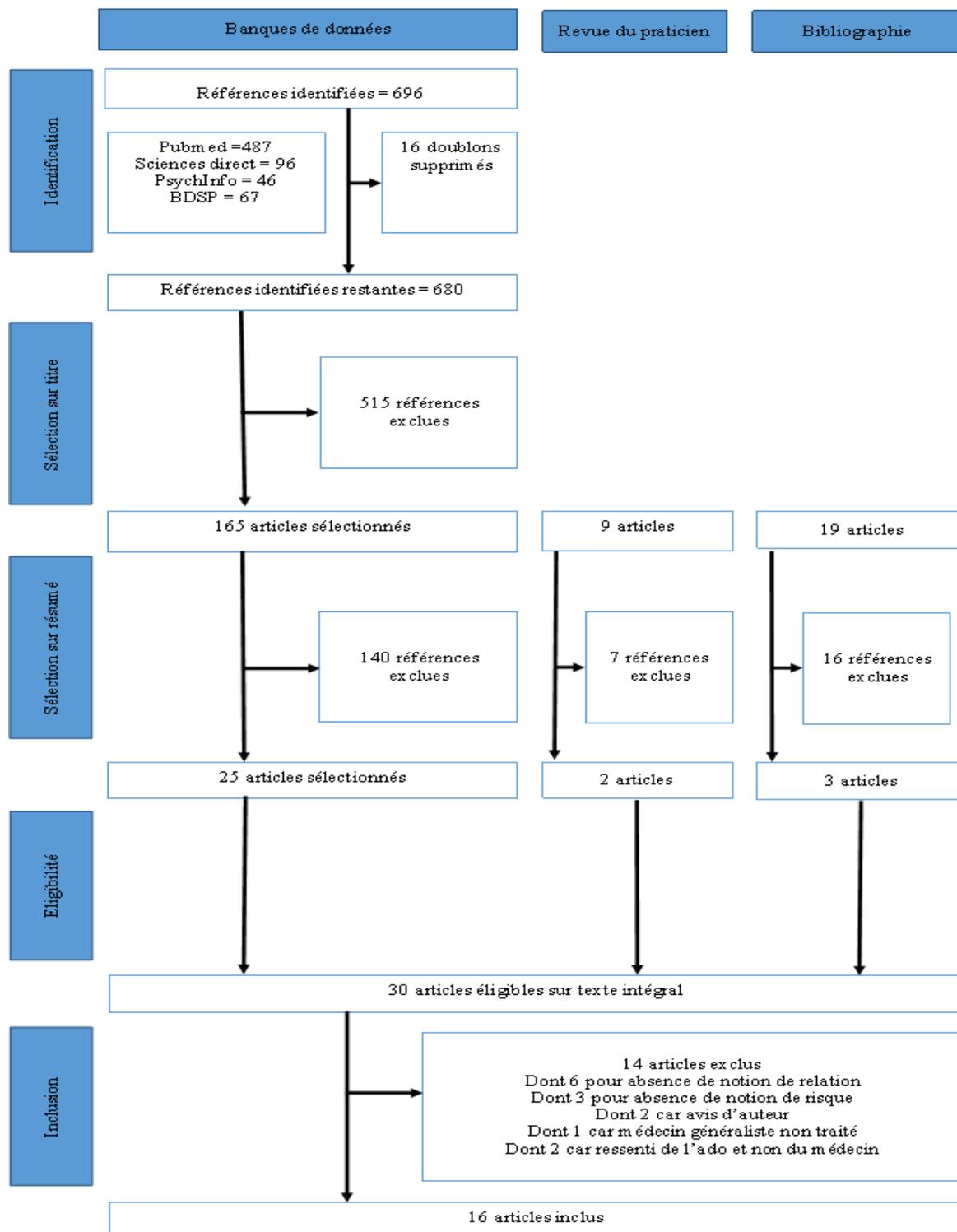
3.1.3. Sciences Direct et PsychInfo

Les recherches réalisées dans Science Direct et PsychInfo ont permis d'identifier respectivement 96 et 46 articles.

L'identification des articles s'est terminée le 17 Décembre 2015.

Les étapes de la sélection des études sont présentées dans le diagramme ci-après.

3.1.4. Diagramme de flux



3.2. Résultats de chaque étude

Chaque article est présenté dans les tableaux ci-dessous selon le type d'étude : qualitative ou interventionnelle. Les articles apparaissent ensuite en fonction de la note méthodologique de chaque article par ordre décroissant.

Les résultats présentés dans les tableaux ne résultent pas d'avis d'auteur mais d'une traduction mot à mot des articles.

3.2.1. Etudes qualitatives

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Date et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués ou non dans l'étude	Qualité de l'article.
Patterns of engagement between GPs and ado presenting with psychological difficulties: a qualitative study. (J.Roberts) (18)	British Journal of General Practice. May 2014 Nord-Est de l'Angleterre entre octobre 2010 et mai 2011	<u>Objectif:</u> Explorer les expériences et perceptions des médecins qui prennent en charge des ados ayant des difficultés psychologiques .	Nord-Est de l'Angleterre (milieu urbain, rural et semi-rural). Patientèle majoritairement socio économiquement défavorisée. Recrutement de 19 MG par méthode de saturation des données.	Médecins interrogés individuellement et enregistrés. Analyse de la retranscription par la méthode de théorisation ancrée et d'analyse situationnelle.	Manque d'entraînement et de formation avec référence aux recommandations variables. Tiers : professionnellement complexe surtout quand consultation contre la volonté de l'adolescent. Impression que les familles veulent une réaction immédiate. Risque de clash culturel et nécessité pour les MG de décider eux même de la normalité. Quand adolescent vu comme groupe à part (comportement, communication) : pas d'engagement complet du médecin et transfert rapide à un spécialiste avec problématique d'accès au réseau de soins. Manque de clarté sur le rôle attendu du MG. Besoin de l'ado de tester le MG avant d'accorder sa confiance. Devoir de soins et de vigilance différents chez ces patients vulnérables. Anxiété face à la possibilité de découvrir un adolescent abusé. Sensation d'impuissance.	<u>Forces:</u> présence de cas déviants qui enrichissent l'analyse <u>Limites:</u> Biais de déclaration. Biais de représentativité.	C-T= 11,5/12= 95,8%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais / forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité méthodologique de l'article.
You may wade through them without seeing them': General Practitioners and their young patients with mental health problems (Hafting M.+1) (19)	Informa Healthcare UK, 2009 Suède	Objectif: Obtenir la description des MG de leurs champs de compétences. QP : Qu'est ce qui caractérise, selon les MG , une bonne prise en charge médicale des problèmes de santé mentale chez les enfants et les ados?	Echantillon varié de 19 MG divisés en 4 focus groups.	Entretiens en focus groups consistant à répondre aux questions sur la définition d'un bon service rendu aux ados, sur les troubles mentaux rencontrés dans la pratique et avec qui les MG travaillent? Analyse phénoménologique en collaboration.	Difficulté à établir une relation avec les adolescents qui dénie ou dissimulent leurs problèmes. Prise en charge de l'adolescent dans sa globalité habituelle pour les MG et position permettant d'observer les interactions avec leurs parents. Confiance des parents dans le MG. Connaissances basées sur l'expérience acquise de la normalité plus que sur des formations psychiatriques spécifiques. Problèmes mentaux associés à des plaintes somatiques souvent négligés. Evaluation des MG spécifique mais peu sensible. Confidentialité sans obligation = point de départ à une alliance thérapeutique avec l'ado. Selon eux, le traitement psychopharmacologique de l'adolescent appartient aux spécialistes.	<u>Forces:</u> participants variés : bonne représentativité. <u>Limites:</u> Biais de déclaration <i>Biais de mesure:</i> <i>Résultats obtenus à partir d'une discussion « déterminée ».</i>	C-T= 11/12= 91,7%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués ou non dans l'étude	Qualité de l'article.
Repérage et PEC de la souffrance chez les jeunes par les MG en Basse-Normandie (Maurouard J.) (20)	Thèse-Caen-2012 Basse-Normandie - entre 11/2010 et 07/2011	Objectif: Etudier les spécificités du repérage et de la PEC des souffrances chez les jeunes en Basse-Normandie	Sélection des MG sur le volontariat. MG sélectionnés au cours d'une formation sur le sujet. 12 MG interrogés.	entretiens semi-directifs, individuels et anonymes. Analyse par décontextualisation et recontextualisation, par plusieurs chercheurs.	<p>Définition fluctuante de l'adolescence et de la souffrance. Formation jugée insuffisante. Intérêt d'un stage en psychiatrie. Difficultés variables selon expériences personnelles, professionnelles et du milieu d'exercice.</p> <p>Certains dépistages et prise en charge volontairement non abordés par manque de connaissance, peur du comportement des patients ou manque de temps. PEC par MG en cas de pathologie mentale légère. Intérêt du MG devant la charge financière pour les ados d'un suivi psy et disponibilités limitées des spécialistes.</p> <p>Outils jugés en inadéquation avec la pratique des médecins. Repérage grâce au "sens clinique". Souffrance souvent déguisée avec somatisation.</p> <p>Accompagnant bienvenu voire obligatoire si <18 ans et si ado inconnu.</p>	<p>Forces : Analyse et entretiens par plusieurs chercheurs limitent les biais internes.</p> <p><i>Réassurance des participants limite biais de déclaration.</i></p> <p>Limites: <i>Biais de représentativité et biais de déclaration.</i></p>	C-T= 11/12 =91,7%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués ou non dans l'étude	Qualité de l'article.
Study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. (Obano Medina C. +2) (21)	2014/ BMC Family Practice Année non précisée Lieu: Léon (2ème ville du Nicaragua)	Explorer comment les professionnels en soins primaires (PSP) perçoivent les comportements de recherche d'aide des jeunes adultes au Nicaragua et comprendre leurs perceptions de la santé mentale et des problèmes suicidaires des jeunes adultes.	Inclusion par échantillonnage théorique de 5 IDE et de 7 MG travaillant dans 3 centres de médecine	Observations et entretiens semi-structurés à l'aide d'un questionnaire ouvert à propos d'une vignette. Analyse par la méthode de théorisation ancrée.	Obtenir la confiance prend du temps. Incompréhension des jeunes ayant des idées suicidaires. Sensation de n'être qu'un maillon dans la chaîne de transfert avec perte des patients. Nécessité de gérer la sensation de frustration et d'impuissance et de ne pas pouvoir aider par manque de temps, du fait de ressources humaines et économiques insuffisantes ou d'un manque d'intimité. Nécessité d'un programme étapes-par-étapes pour gérer les niveaux de risques différents.	<u>Forces</u> : Recherche et analyse des résultats individuelles puis collectives : limite biais d'interprétation. <u>Limites</u> : Biais de représentativité des participants.	C-T= 11/12 =91,7%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité de l'article.
Attitudes of family physicians towards adolescent cannabis user: a qualitative study in France. (Vorhilon P.+5) (22)	2014/ Family Practice Février à Décembre 2009 Clermont-Ferrand (France)	Comprendre les perceptions des Médecins Généralistes (MG) par rapport au cannabis et sa consommation par des adolescents, identifier les barrières de communication et facteurs influençant le suivi des adolescents consommant du cannabis.	21 MG sélectionnés par la technique "boule de neige" +3 experts en addiction.	Entretiens en focus group successifs. Analyse indépendante par thématique et rediscussion des résultats au focus group suivant + analyse des comportements.	<p>Conscience des risques engendrés par le cannabis, banalisation de son utilisation</p> <p>Tendance fréquente de l'ado à rassurer le MG.</p> <p>Présence et influence du tiers.</p> <p>Peur du manque de confidentialité.</p> <p>Risque de répercussion personnelle surtout quand ado connu.</p> <p>Manque de connaissance sur certains aspects spécifiques de la médecine adolescente : prise en charge et législation.</p> <p>Plus facile d'interroger pendant l'examen physique, seul avec l'ado et intérêt des questions larges.</p> <p>Intérêt de consultation de prévention remboursée avec rendez-vous fixé par le MG.</p>	<p><u>Forces</u> :</p> <p>Analyse indépendante des 3 chercheurs: limite biais d'interprétation.</p> <p>Modérateur pour limiter les biais de déclaration.</p> <p><u>Limites</u> :</p> <p>Biais de représentativité : grand nombre de MG investit dans la recherche académique.</p>	C-T= 10,5/12=87,5%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité de l'article.
Children and young people in out-of-home care: are GPs ready and willing to provide comprehensive health assessments for this vulnerable group? (Webster S. +1) (23)	2010/Australian Journal of Primary Health De 12/2007 à 07/2008. Lieu: Victoria (Australie)	Objectif: Explorer les facteurs qui influencent la volonté des MG de prodiguer des soins adaptés et compréhensifs aux enfants placés hors de leurs foyers	20 Médecins intéressés par la médecine pédiatrique recrutés grâce au réseau de recherche en Médecine Générale Victorien.	Entretiens individuels d'1h, enregistrés et retranscrits, enrichis par les notes des chercheurs. . Analyse par la méthode de théorisation ancrée.	Connaissances insuffisantes et nécessité d'une formation multidisciplinaire. Vécu difficile de la confrontation aux traumatismes de l'enfant. Nécessité d'anticiper les problèmes physiques et émotionnels potentiels. Inquiétude face aux comportements que pourraient avoir ces enfants ou leur famille. Risque d'atteinte à la vie privée quand consultation contre la volonté de l'ado et problèmes liés au consentement Rémunération insuffisante et aversion pour les charges administratives. Inquiétude face aux problèmes médico-légaux associés. Communication jugée difficile avec le secteur de la protection de l'enfance. Besoin d'un interlocuteur direct à qui se référer.	<u>Forces:</u> MG ayant des parcours professionnels, types et lieux de pratique variés : limite biais de représentativité. <u>Limites:</u> <i>Biais de représentativité : médecins les plus intéressés dans le domaine de l'enfance à risque.</i>	C-T= 10,5/12=87,5%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués ou non dans l'étude	Qualité de l'article.
Family physicians' interventions with YP in distress and their parents: managing confidentiality and levels of engagement. (Stanley N.+2) (24)	Academic Psychiatry. Mars-Avril 2008. UK- date et durée non précisée	Objectif: Explorer les négociations et les décisions prises par les MG qui travaillent avec les jeunes en détresse et leurs parents pour trouver un équilibre entre le besoin de confidentialité des jeunes, les soucis des parents et leurs besoins de soignant.	30 MG volontaires interrogés travaillant en milieu urbain, semi-urbain et rural.	Entretiens téléphoniques semi-guidés à propos d'un scénario. Analyse par méthode de théorisation ancrée.	Communication difficile avec l'ado Gestion des besoins opposés des jeunes et de leurs parents. Parents anxieux et interventionnistes. Intérêt de rappeler les bénéfices de la confidentialité aux parents. Possibilité de donner un feedback aux parents. MG = intermédiaire. Peur de la surmédicalisation. Problème de la confidentialité avec spécificité de la situation à « haut risque» mal définie. Niveaux d'engagement: différents Intérêt d'une formation des MG avec des patients « vignettes » et d'une discussion collégiale des problèmes. Traitements médicamenteux réservé aux spécialistes.	<u>Forces</u> : Expérience des MG > 10 ans. <u>Limites</u> : <i>Biais de représentativité car MG volontaires.</i> <i>Biais de déclaration.</i>	C-T= 10,5/12=87,5%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon : Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou</i> <i>non</i> dans l'étude	Qualité de l'article.
The recognition of adolescent depression in GP: issues in the acquisition of new skills. (Liffe S.+4) (25)	Primary Care Psychiatry. Mai 2004.	Objectif : Explorer les raisons de la variation de l'utilisation d'une intervention "d'identification thérapeutique" entre les MG.	9 MG entraînés puis 2 rencontres mensuelles avec apport de matériel par les MG pour discussion.	Entretiens individuels semi-structurés. Analyse par approche interprétative indépendante puis collective. Inclusion de cas déviants mis en évidence dans l'analyse.	Difficultés à savoir situer la frontière entre normalité et dépression. Communication difficile avec ados vus comme groupe à part. Besoin de congruence des outils avec le mode de travail et nécessité de se les approprier. Contraintes de temps Capacité personnelle du docteur à gérer les conséquences du diagnostic. Compétences nécessaires déjà acquises par le MG.	<i>Limites:</i> <i>choix des participants non décrite</i>	C-T= 10,5/12=87,5%

Titre / Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués ou non dans l'étude	Qualité de l'article.
<p>Dépistage du mal-être des ados en MG: intérêt d'utilisation du TSTS-CAFARD. (Bouillot M.) (26)</p>	<p>Thèse-Nantes-2008 Pays de la Loire, Septembre- Octobre 2006</p>	<p>Objectif principal: Evaluer l'utilisation du test TSTS-Cafard par des médecins participants à une campagne organisée par l'association APS (Agir pour la Promotion de la Santé) sur le dépistage du mal-être chez les adolescents six mois après la campagne. Objectifs secondaires : Interroger les médecins sur d'éventuels changements dans leur pratique et de questionner quelques jeunes sur le vécu de cette campagne. Repérer les outils de dépistage et de prévention respectant 2 critères: validité et simplicité</p>	<p>56 MG installés identifiés comme ayant une réflexion sur leur pratique.</p>	<p>Entretien semi-directif enregistré 6 mois après la campagne APS avec une grille d'entretien abordant la campagne et ses outils. Données recueillies à partir du cahier souche et analysée à l'aide d'Excel.</p>	<p><u>Utilisation du test TSTS-Cafard:</u> Difficultés de mémorisation de la totalité des items. Utilisé uniquement en cas de doute sur un mal-être. Accueil positif de la part des jeunes.</p> <p><u>Les autres outils:</u> La bande dessinée "Bon plan contre les idées noires" très appréciée ainsi que les cartes "Filjeunessanté".</p> <p><u>Obstacles à une démarche de prévention:</u> Manque de temps. Non concernés par le mal-être des ados. Paiement à l'acte inapproprié pour la prévention et absence de retour sur son impact. Risque de rendez-vous non honoré. Excès de recommandations. Besoin des MG de diminuer leur résistance plus que d'augmenter leur savoir.</p> <p>Présence gênante des parents. Résistance des jeunes. Importance de valoriser l'estime de soi des jeunes pour être identifié comme un interlocuteur potentiel.</p> <p>Nécessité de reformuler et de confronter les points de vue. Peur de se montrer intrusif</p>	<p><u>Limites :</u> Biais de représentativité car volontariat des participants avec un groupe de praticiens non représentatifs de la population générale des omnipraticiens .</p>	<p>C-T= 10/12= 83,3%</p>

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité de l'article.
GP's responses to adolescents presenting with psychological difficulties : a conceptual model of fixers, future planners and collaborators (Roberts J +2) (27)	British Journal of General Practice Mai 2014 Nord Est de l'Angleterre Janvier 2010 à mai 2011	Explorer la relation qui existe entre la performance du MG dans la rencontre clinique, la vision des jeunes par le MG et le domaine de travail privilégié du MG Création de 3 modèles conceptuels globaux de MG.	18 MG exerçant en zone urbaine, rurale et semi-urbaine, majoritairement en zone défavorisée. Recrutés par échantillonnage théorique inclusion de 8 "cas déviants" ayant un diplôme supplémentaire dans le domaine concerné.	Entretiens individuels guidés. Analyse par méthode de théorisation ancrée.	MG varient dans leur prise en charge des jeunes avec des besoins différents : - les "ici et maintenant" difficulté à classer les motifs « psychosociaux ». Ados inconstants dans leur suivi pouvant prendre des décisions risquées pour leur santé. Difficulté de communication -les "planificateurs". Comprennent que les ados ont besoin de temps d'écoute. -les "collaborateurs" : consultation= relation de confiance mutuelle. Anxiété utilisée pour favoriser la remise en question et l'empathie. Flexibilité permet de gérer l'inattendu et le clash culturel. Langage et culture spécifique des ados. Nécessité d'un accès facile aux réseaux de soins.	Limites: Généralisabilité du modèle conceptuel non testée. Forces: <i>Echantillonnage théorique</i> avec inclusion de cas déviants et feedback	C-T= 10,5/12= 87,5%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité de l'article
Physician's attitudes and beliefs concerning alcohol abuse prevention in adolescents. (Marcell +3) (28)	USA 01-1998	Examiner quelles sont les attitudes et croyances des praticiens envers la consommation d'alcool chez les ados et l'âge approprié de début de consommation selon eux; la relation entre ces attitudes et croyances et la délivrance des conseils de prévention sur la consommation d'alcool.	Echantillon de 2976 praticiens (MG et pédiatres) issus de l'American Medical Association, stratifié par spécialités.	Questionnaires envoyés par mail aux praticiens Recueil de données à partir d'échelles de cotations et de données individuelles.	Variation des taux de prévention et d'éducation entre les praticiens selon leurs attitudes et croyances. Considération de la prévention et attitudes positives vis à vis du travail avec les ados qui semblent réceptifs aux conseils. Compétences de communication avec les ados déjà présentes. Mal à l'aise car méconnaissance des critères d'identification, de diagnostic et de gestion de l'abus d'alcool chez un adolescent surtout pour des consommations légères à modérées	<u>Limites:</u> Biais de déclaration: attitudes et croyances rapportées. Biais de représentativité: participation possible des praticiens les plus à l'aise avec les ados. <i>Majorité de pédiatres (834/1842).</i>	C-T= 10/12= 83,3%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité de l'article.
Confidentiality for adolescents seeking reproductive health care in Lithuania: the perceptions of general practitioners (Jaruseviciene L. +2) (29)	2006 / Reproductive Health Matters-UK 07-11/2003 à Kaunas (2ème plus grande ville de Lituanie)	Investiguer le ressenti des MG sur la confidentialité des ados qui consultent dans les domaines de la médecine sexuelle et reproductive et les facteurs qui influencent les MG sur leur décisions de la respecter ou non.	20 MG sélectionnés afin d'avoir un échantillon représentatif.	Entretiens individuels non structurés. Analyse par la méthode de théorisation ancrée.	Interprétation de la loi dépendante du contexte et du jugement du MG. Difficultés à savoir si la confidentialité est dans l'intérêt du mineur. Bénéfice d'une meilleure définition du cadre légal et une formation spécifique. Manque de connaissance entraîne un sentiment d'incompétence. Difficultés à se situer entre soucis parentaux et droit de l'adolescent. Importance d'éduquer les parents sur les bénéfices de la confidentialité. Judiciarisation de la médecine angoissante avec stratégie d'évitement dans la délivrance de l'information.	<u>Limites</u> : et <u>forces</u> : biais de déclaration l'enquêteur était lui-même un MG ce qui a pu faciliter la discussion mais certains médecins lui ont demandé son avis avant de répondre	C-T= 9/12= 75%

3.2.2. Etudes quantitatives

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité de l'article
<p>Dépister les conduites suicidaires des ados (II). Audit clinique parmi 40 médecins généralistes. (Binder P +1) (30)</p>	<p>Revue du praticien, 10/05/2004</p>	<p>Evaluer l'apport du test TSTS dans le dépistage du risque suicidaire à la pratique de routine du MG. HP : le contact avec l'adolescent au cours de la consultation est facilité par l'utilisation du test TSTS. CJP : pertinence de l'outil basée sur la variation du taux de réponse à la question " Le résultat de la question est-il limité au motif initial exprimé?" entre la phase I et II.</p>	<p>MG installés depuis au moins 3 ans tiré au sort à partir du fichier ADELI. Stratification de l'échantillon en 4 groupes. 38 Rendez-vous réalisés par l'ARC et tous les MG rencontrés ont accepté de participer à l'étude.</p>	<p>Etude interventionnelle avant/après. <u>Phase I</u> : questionnaire sur les 20 prochaines consultations de jeunes de 12 à 20 ans en indiquant le motif initial et si le résultat de la consultation s'était limité au motif initial exprimé, l'indice de satisfaction et le temps de consultation. <u>Phase II</u>: Proposition du test "TSTS" par l'ARC puis remplissage d'un 2ème questionnaire avec des questions supplémentaires sur le test "TSTS" et les résultats obtenus en termes de dépistage. <u>Phase III</u>: 23 entretiens semi directifs à propos de l'utilisation du test et des impressions sur l'enquête.</p>	<p><u>Phase I</u> : motifs de consultation principalement somatique. Le médecin aurait aimé aborder d'autres questions sans l'avoir fait dans 11% des cas mais aucune préoccupation d'ordre suicidaire. Elargissement du résultat de consultation plus fréquent si motif d'ordre psychologique avec augmentation de la durée de consultation et diminution de l'indice de satisfaction <u>Phase II</u>: Différence significative de l'abord du thème suicidaire entre les phases I et II sauf lorsque l'outil TSTS n'a pas été utilisé. Quand le résultat de consultation était différent du motif initial, l'indice de satisfaction était nettement amélioré. Le taux de dépistage des conduites suicidaires variait selon les médecins. <u>Phase III</u> : 74% des MG ont indiqué qu'il leur était plus facile d'aborder le suicide chez les jeunes et que ce test leur avait été utile, 87% ont estimé que le test leur avait permis d'améliorer la qualité des entretiens cliniques, 39% en ont parlé spontanément à un confrère et 44% l'utilisaient encore hors enquête.</p>	<p><u>Forces</u>: Présentation large de l'étude (concernant les consultations avec les adolescents en médecine générale) pour éviter que les médecins ne modifient leurs pratiques. <u>Faiblesse</u>: Rémunération pour le renvoi des données: peut majorer la fréquence d'utilisation du test TSTS et donc les résultats</p>	<p>T= 17,5/19 =92,1% recom mandat ions HAS 2007</p>

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche/Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués ou non dans l'étude	Qualité de l'article
Accueil des adolescents en médecine générale: validation de l'usage d'un référentiel (Binder P +1) (31)	La Revue du Praticien, Médecine Générale, 21 novembre 2005 durée d'audit: 1 mois	<p>Objectif: Evaluer, dans une pratique de médecins généralistes représentatifs, un référentiel d'attitudes professionnelles sur l'accueil des adolescents et le dépistage de routine concernant le risque suicidaire.</p> <p>CJP: Evolution, après information des médecins, de la fréquence de l'abord de sujet de type "psy" au cours de la consultation et de la fréquence des rendez-vous fixés par le médecin à l'adolescent en cas de problèmes rencontrés.</p> <p>HP: 1) Augmenter d'au moins 20% la fréquence de l'abord de sujets de type psychologique au cours de la consultation 2) Augmentation de 15% de la fréquence des rendez-vous fixés à l'adolescent par le médecin 3) Amélioration de la fréquence de dépistage, avec ou sans outil.</p>	<p>Objectif de 30 médecins pouvant mener l'étude jusqu'à son terme.</p> <p>Présentation du référentiel et du questionnaire par un ARC lors d'une conférence-débat ou au cabinet.</p>	<p>Elaboration par le groupe ADOC, d'une méthode expérimentale. Conception et réalisation de l'étude par un prestataire externe.</p> <p>CJP estimés d'après un questionnaire standardisé rempli par le médecin au cours des consultations de 12 à 20 ans, tous motifs confondus pendant 1 mois.</p>	<p><u>Adhésion des médecins:</u> Le groupe qui a participé aux 4 phases de l'étude ne semblait pas avoir de "dispositions préalables" plus favorables aux résultats observés par la suite.</p> <p><u>Evolution des attitudes avant/après diffusion du référentiel:</u> Elargissement du champ de la consultation avec la simple remarque "A part ça..., mais encore?" facilement appliquée. Augmentation de la fréquence de l'abord des questions "psy". Augmentation également significative de la fréquence des interventions "sur le tiers".</p> <p>Test TSTS-CAFARD atteint son efficacité maximale dès sa 1ère utilisation et le référentiel ne lui apporte rien de plus. L'indice de satisfaction reste constant ainsi que le temps de consultation montrant la bonne applicabilité du test.</p> <p>Les attitudes recommandées lors du dépistage d'un problème psychologique ont évolué positivement notamment pour la confrontation des points de vue.</p> <p>Même si le test TSTS-CAFARD était déjà efficace seul, pour l'ouverture aux questions "psy" le référentiel a bonifié l'apport réalisé par le test.</p>	<p>Limites: Biais d'attrition: nombre de médecins à terme plus réduit que prévu mais reste représentatif de l'ensemble des attitudes de base des MG. Nécessité d'une étude spécifique sur le ressenti des adolescents.</p> <p>Forces : Conception et réalisation de l'étude par un prestataire externe=>évite biais de subjectivité.</p>	Recommandations HAS= 17,5/19= 92,1%

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche/Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité de l'article.
A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: health service outcomes from a randomized controlled trial of Mobiletype. (Reid S +6) (32)	BMC Family Practice 2013 Victoria (Australie) de 2009 à 2011	Objectif: Tester l'utilité de l'application <i>Mobiletype</i> en contexte de soins primaires. QP: Dans quelles mesures le <i>Mobiletype</i> fonctionne-t-il comme un outil d'assistance clinique dans l'évaluation et la gestion par les MG des troubles mentaux chez les jeunes? Le programme <i>Mobiletype</i> améliore-t-il la relation médecin-patient et favorise-t-il la mise en route des thérapies lorsqu'il existe des troubles mentaux?	10 MG de 4 régions différentes ont participé à l'essai.	Etude en simple aveugle randomisée contrôlée programme d'intervention vs. programme comparatif. Evaluation de l'assistant <i>Mobiletype</i> par les MG.	<i>Mobiletype</i> a significativement aidé les MG à comprendre le fonctionnement global et leurs problèmes physiques ou mentaux. Assistance significative du programme <i>Mobiletype</i> dans le diagnostic, la communication, le traitement et les décisions de transfert des MG par rapport au groupe comparatif. Amélioration de la transmission de l'information pour les MG mais <i>Mobiletype</i> ne semble pas améliorer significativement le rapport docteur-patient.	<u>Limites:</u> Biais de mesure avec échelles d'évaluation peut-être insuffisamment sensibles. Biais de sélection car volontariat. Biais d'attrition: arrêt précoce de l'étude (non commenté)	T=21/23=91,3% recommandations HAS 2007

Titre/Auteur (1er nom)	Année et Lieu de parution // Dates et lieu de recueil de données	Question de recherche / Objectif principal	Echantillon: Mode de recrutement / Nombre de participants	Méthode	Synthèse Résultats/Discussion	Biais/forces évoqués <i>ou non</i> dans l'étude	Qualité de l'article
Un questionnaire- amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale? (Moula H +2) (33)	La Revue du Praticien, Médecine Générale, 2 avril 2001 Durée: 5 mois. Pré-test en juin 1994	Objectif: Evaluer un questionnaire pour améliorer la communication entre adolescents et médecins généralistes à la recherche de signes prédictifs de morbidité.	72 médecins inclus originaires de Clermont-Ferrand et d'Ile de France ont participé à l'étude par le biais de 3 "enveloppes-réponse».	<u>Pré-test</u> : déroulement d'une consultation d'adolescent et ce qui pouvait la distinguer. <u>Questionnaire</u> : Présentés à tous les ados de 13 à 18 ans consultants. Toutes les réponses pouvaient être exploitées par le praticien. <u>Post-test</u> : Appréciation de l'utilisation du questionnaire.	<u>Pré-test</u> : Motif initial quasi exclusivement somatique. Présence d'un tiers jugée comme gêne au dialogue. Consultation plus longue. Spécificité de l'examen clinique. Prévention difficile pour des motifs propres à l'adolescent et à son environnement familial ou culturel. Renvoi du MG à son vécu et à ses valeurs culturelles. <u>Questionnaires</u> : Remplis sans problème par les adolescents selon les MG. <u>Post-test</u> : Plusieurs freins à la présentation du questionnaire. Facilite le dialogue et l'abord de sujets "tabous".	Limites: <i>Sélection des MG non justifiées.</i> <i>Réponse large à l'objectif principal: Le questionnaire « semble améliorer » le dépistage des troubles.</i>	Recommandations HAS =11,5/19=60%

4. Analyse combinée des résultats

Dans l'ensemble des études, les médecins interrogés évoquent plus de difficultés que de facilités dans leur prise en charge des adolescents à risque.

4.1. Difficultés

4.1.1. Présence du tiers

Il s'agit de la difficulté la plus souvent retrouvée puisqu'elle est évoquée dans 10 articles sur 16.

4.1.1.1. Les parents ou l'autorité parentale

Dans la relation triangulaire qui existe entre le médecin, l'adolescent et les parents, les médecins ont parfois du mal à adopter une position neutre et objective, soignante et non policière. Cet équilibre à trouver rend la consultation professionnellement complexe (22,25,26).

Les médecins comprennent les inquiétudes et attentes des parents tout en essayant de respecter le besoin d'intimité et de confidentialité de l'adolescent. Une relation de confiance doit être établie avec chaque partie et c'est souvent au médecin de décider de ce qui est normal ou non, en fonction de son vécu personnel mais aussi en fonction des tentatives de persuasion et de l'influence de l'adolescent ou des parents (18,21,22,28,29,31).

Par ailleurs, deux articles suggèrent que les difficultés ressenties par les médecins généralistes lors de la consultation avec un adolescent sont exacerbées par la sensation que la famille désire une réaction immédiate face au problème exposé (18,22).

4.1.1.2. Le système administratif ou judiciaire

Les médecins expriment une aversion pour la bureaucratie et les charges administratives. S'y associe une sensation d'entrave à la vie privée lorsque la consultation fait suite à une injonction de soins (23,33).

Les généralistes sont également inquiets face aux problèmes médico-légaux que peuvent entraîner certaines situations comme un témoignage devant une cour de justice, par exemple (23).

4.1.2. L'adolescent

4.1.2.1. Spécificité de la relation

Neuf articles traitent des difficultés qu'ont les médecins généralistes à établir une relation de qualité avec les adolescents à risque en particulier. Selon les médecins, établir une relation de confiance avec les adolescents prend plus de temps qu'avec d'autres patients. En effet, selon eux, les adolescents ont tendance à dissimuler leurs problèmes et ont besoin de « tester » le médecin avant de lui délivrer une information sensible (19,21).

Ces difficultés semblent plus marquées quand les adolescents sont considérés par le médecin comme une classe « à part », entraînant également moins de compassion à leur égard (18).

4.1.2.2. Spécificité de la communication

Les adolescents semblent avoir, selon certains médecins, un langage et une culture spécifique. Il apparaît plus difficile de communiquer avec eux devant la nécessité de gérer l'inattendu et le possible « clash culturel ». En effet, le médecin doit en permanence naviguer dans le contexte culturel avant de décider de la prise en charge de l'adolescent (18,33).

Le dialogue semble également difficile à établir devant l'existence de nombreux « sujets tabous » et une forte propension des adolescents à dissimuler leurs problèmes plutôt que d'en parler ouvertement (19,33).

Les médecins ont, par ailleurs, bien conscience qu'en cas de problème les jeunes préfèrent parler à d'autres personnes (amis, famille) plutôt qu'à eux. De ce fait, pour certains médecins, seuls les services spécialisés ont les capacités requises pour communiquer efficacement avec les adolescents. Les avis divergent toutefois sur ce point (20,24,25,27).

4.1.2.3. Spécificité du comportement

Pour certains médecins, la difficulté avec les adolescents réside surtout dans leur comportement impulsif et imprévisible. Ils sont jugés comme inconstants dans leur suivi médical. De plus, selon certains médecins, les adolescents sont capables de prendre des risques inconsidérés pour leur santé (21,23,27).

En outre, les médecins sont parfois inquiets des comportements menaçants que peuvent avoir certains adolescents à risque et leur famille. Ces comportements agressifs peuvent être dirigés envers les médecins, le personnel du cabinet ou les autres patients. Ces jeunes, considérés comme menaçants, engendrent la nécessité d'une organisation différente et spécifique des soins, selon les médecins (23).

4.1.2.4. Spécificité clinique

Il existe une croyance parmi les médecins généralistes selon laquelle un certain « mal-être » est tout à fait normal à l'adolescence. Les praticiens ont, de ce fait, du mal à situer la limite avec le pathologique et ne souhaitent pas surmédicaliser les troubles rencontrés à cet âge (18,25).

Certains généralistes évoquent également un devoir de soin et de vigilance différents chez ces patients car il existe une vulnérabilité qui contraste avec des patients plus âgés (18).

Par ailleurs, l'examen clinique chez l'adolescent peut mettre le praticien mal à l'aise. Alors que le motif de consultation l'exigerait, il n'est pas demandé à l'adolescent de se dévêtir dans la majorité des cas (18,33).

4.1.3. Confidentialité

Cette difficulté est soulevée dans 8 des 16 articles de notre revue systématique.

Même si la confidentialité est une notion primordiale à l'établissement d'une relation de confiance, les médecins concèdent une difficulté sur sa définition précise et sur les exceptions qui peuvent exister concernant les mineurs, notamment en cas de situation à haut risque suicidaire. Le manque de connaissance dans ce domaine entraîne un sentiment d'incompétence pour certains et la peur d'être hors-la-loi pour d'autres (21,24).

Par ailleurs, le statut de l'adolescent qui peut être adulte légalement mais qui reste dépendant des parents financièrement et émotionnellement est conflictuel. Les médecins semblent ainsi éviter de donner la moindre information aux parents et vont parfois jusqu'à encoder la prise de notes pour éviter de rompre le secret médical (24,29).

Devant le statut de l'adolescent, se pose aussi la question du consentement aux soins. Les consultations sont, en effet, souvent sollicitées par le tiers, parfois même contre la volonté de l'adolescent. En conséquence, il est légitime pour les médecins de se poser la question suivante : de qui les médecins doivent-ils recueillir le consentement ? De l'adolescent ? De la famille ? Du système judiciaire ou administratif le cas échéant (23,24) ? De plus, les poursuites judiciaires rendent l'exercice de la confidentialité plus délicat et une meilleure définition du cadre législatif pourrait aider les médecins généralistes à être moins anxieux (18,23,26,29).

Par ailleurs, le manque de confidentialité émanant de la présence d'un tiers entraîne un manque de franchise de la part de l'adolescent et gêne le dialogue (21,22,29,33).

4.1.4. Motifs de consultation

Cette difficulté est évoquée dans 8 articles sur 16.

4.1.4.1. Motif initial et résultat de consultation

Le motif initial de consultation des adolescents est majoritairement d'ordre somatique et la souffrance psychologique est souvent déguisée par cette somatisation. De plus, face aux problèmes d'ordre psychologique, les adolescents préfèrent attendre que le médecin les interroge plutôt que d'aborder eux-mêmes ces thèmes (27).

Parfois, le médecin aimerait élargir le motif de consultation sans oser le faire. La souffrance psychologique même dépistée n'est, parfois, volontairement pas prise en charge par le médecin par manque de temps, peur du comportement des patients ou manque de connaissance (19,20,30,33).

Il semblerait, en effet, que l'abord du thème suicidaire augmente le temps de consultation et diminue l'indice de satisfaction des médecins (30).

4.1.4.2. Motifs psychosociaux

Les médecins ont l'habitude de raisonner avec des pathologies somatiques. A partir des symptômes décrits par le patient, ils évoquent une hypothèse diagnostique et décident de la prise en charge la plus adaptée. S'agissant des troubles psychosociaux, le raisonnement est différent car aucun symptôme n'est spécifique. Les médecins évoquent une difficulté à catégoriser les troubles psychosociaux en syndrome et à en déduire la meilleure prise en charge à adopter (27).

Par ailleurs, les médecins se disent mal à l'aise pour discuter des troubles psychologiques avec l'adolescent, ils ont peur de se montrer trop intrusifs et manquent de confiance dans leur capacité de diagnostic (18,26,27). Ce manque de confiance est exacerbé par une tendance des

adolescents à rassurer le médecin sur leur maîtrise de la situation ou sur l'innocuité de leur consommation de substances toxiques (22).

4.1.5. Manque d'expérience et de formation

Cette difficulté a également été citée dans 8 articles sur 16.

Certains médecins évoquent un manque de connaissance sur des aspects spécifiques de la médecine adolescente (24).

Pour la consommation de substances illicites, par exemple, les médecins disent savoir dépister et orienter la prise en charge d'une consommation sévère mais se disent insuffisamment entraînés pour les consommations légères à modérées (25,28). Il existe notamment des difficultés à interroger l'adolescent sur sa consommation de produits illicites lorsque le médecin n'est pas familier avec la drogue ou lorsqu'il ne sait pas quoi proposer ensuite (22,25,28).

Les médecins soulignent leurs besoins en formation et en outils de dépistage simples, rapides et pouvant s'intégrer facilement à leur pratique clinique. Ils évoquent plus la nécessité de diminuer leur résistance face aux problèmes rencontrés avec les adolescents que d'augmenter leur savoir (18,23,26,27).

4.1.6. Difficultés variables d'un médecin à l'autre

Cette notion est évoquée dans 7 articles sur 16.

Les difficultés ressenties et leur importance varient beaucoup selon les médecins en fonction de leur personnalité, de leur culture, de leur vécu, de leur vie privée ou de leur formation. Leur niveau d'engagement dans la relation, selon qu'ils soient très interventionnistes ou non et leurs méthodes de travail, va également influencer les difficultés perçues (18–20,24,26,27,33).

Le contexte dans lequel travaille le médecin revêt, en effet, toute son importance lorsque certains médecins, exerçant dans des milieux aisés par exemple, disent ne pas être concernés par le mal-être (20).

4.1.7. Place du médecin généraliste dans le système de soins.

Cette difficulté est évoquée dans 7 des 16 articles.

Les médecins généralistes évoquent une difficulté à trouver leur place dans le réseau de soin et à savoir ce que le système de santé attend précisément d'eux concernant la prise en charge des adolescents à risque (18).

Ils traduisent la sensation de ne pas savoir quand adresser l'adolescent aux spécialistes ni quelle prise en charge proposer après le dépistage positif d'un facteur de risque. L'adolescent est donc souvent transféré au(x) spécialiste(s) dès le problème identifié (24).

On retrouve l'impression, pour les généralistes, de n'être que des maillons de la chaîne de prise charge, devant se débarrasser au plus vite des « cas difficiles » avec des patients parfois perdus dans les transferts (18,21).

Les médecins généralistes évoquent également des difficultés à accéder aux spécialistes ou à des aides supplémentaires (18,20,24,26,27). Quant à la prescription des traitements psychopharmaceutiques chez l'adolescent, ils semblent, selon les généralistes, rester l'apanage des spécialistes (19).

4.1.8. Prévention et dépistage

Ces problèmes sont énoncés dans 5 articles.

4.1.8.1. La prévention

La première difficulté soulevée par la prévention réside dans la nécessité d'évoquer un problème non repéré par l'adolescent. La résistance que cela peut entraîner de la part des jeunes et le manque de temps sont mis en avant comme les principaux obstacles à la prévention. De plus, certains médecins généralistes, mal à l'aise, n'abordent pas volontairement certains thèmes de prévention (20,22).

Par ailleurs, le fait que le médecin n'obtienne que peu voire pas de retour sur l'impact de la prévention engendre une certaine frustration (26).

Notons également que le taux de prévention varie fortement en fonction de la croyance des praticiens dans son efficacité (28).

4.1.8.2. Le dépistage du mal-être

Plusieurs médecins évoquent le fait qu'il existe un excès de recommandations peu pratiques d'utilisation pour le dépistage du mal-être chez l'adolescent (26).

Par ailleurs, peu de médecins essaient de dépister un mal-être de manière systématique et beaucoup n'utilisent le dépistage qu'en cas de doute. Concernant les outils d'aide au dépistage, comme le TSTS- CAFARD, certains avancent des difficultés de mémorisation et d'intégration à la pratique quotidienne (10,22).

4.1.8.3. La rémunération

Le paiement à l'acte est jugé inadéquat pour le dépistage et la prévention. En effet, l'évaluation et la discussion qui en découle sont chronophages et non rémunératrice. Ce mode de tarification n'incite pas les médecins à réaliser un dépistage systématique (20).

De plus, les rendez-vous fixés par un tiers (parents, médecin, administration) ont plus de risque de ne pas être honorés (26).

4.1.9. Vécu personnel de la souffrance de l'adolescent

Cette difficulté est évoquée dans 5 articles.

Certains médecins évoquent une formation à « être des gardiens de la vie » et une forte croyance dans l'importance de la vie. Cela influence leur façon de considérer les jeunes ayant des idées suicidaires. Il existe souvent une incompréhension face à des adolescents désirant mourir, entraînant une attitude négative (21).

De plus, les contraintes de temps et la nécessité de gérer les « urgences » les empêchent de consacrer plus de temps à un adolescent qui semble en bonne santé et les amènent à prioriser les patients désirant vivre par rapport à ceux désirant mourir (21,25).

Par ailleurs, la confrontation aux traumatismes de l'enfance peut-être difficile et anxiogène pour certains médecins et certains ne se disent pas sûrs d'avoir les capacités de gérer les conséquences d'un diagnostic de dépression (18,23,25).

Il existe, en outre, une sensation de frustration et d'impuissance devant l'impression de n'avoir rien à offrir à l'adolescent en difficulté en dehors d'une écoute attentive et de quelques conseils bienveillants (21,25).

Certains médecins évoquent également la possibilité de répercussion sur leur vie personnelle, surtout lorsque l'adolescent leur est familier (22).

4.2. Facteurs facilitants

4.2.1. Place du médecin dans le système de soins

Ce facteur facilitant a été cité dans 4 articles.

Les médecins généralistes reconnaissent l'avantage que représente la possibilité d'assurer la confidentialité vis-à-vis des tiers à des adolescents désirant se confier, contrairement à d'autres professionnels pouvant prendre en charge les adolescents à risque. Cette assurance est, selon les généralistes, un bon point de départ à une alliance thérapeutique avec l'adolescent (19).

De plus, le généraliste, en tant que « porte d'entrée » du système de soin, est facile d'accès et est l'un des rares praticiens que l'adolescent puisse voir librement. Selon les généralistes, le suivi en médecine générale est plus abordable que le suivi par un psychologue, souvent trop onéreux pour un adolescent (29).

Enfin, le réseau de soins permet, d'après les médecins, de discuter d'un adolescent qui pose soucis de façon collégiale : entre collègues, avec un spécialiste ou avec le Conseil de l'ordre, pour les questions sur la législation notamment (24,27).

4.2.2. Les compétences et la formation du médecin généraliste

4 articles évoquent les compétences du médecin généraliste et sa formation comme utiles à la prise en charge des adolescents à risque.

Les médecins généralistes sont, en effet, entraînés à prendre en charge les antécédents et à conduire un examen clinique permettant d'observer leurs patients afin de trier les informations et d'avoir de nouvelles perspectives. Ceci permet d'aborder le problème de l'adolescent dans son contexte et d'avoir une évaluation globale du développement et de la vie quotidienne du patient et de sa famille.

De plus, la connaissance des problèmes personnels et familiaux de l'adolescent, avant la consultation, permet aux généralistes d'anticiper les problèmes physiques et émotionnels à venir et de mieux s'y préparer (19,25,28).

D'après les généralistes, l'évaluation d'un adolescent est plus basée sur l'expérience acquise de la normalité et sur ses variations que sur des connaissances psychiatriques spécifiques. Ainsi, le repérage d'un adolescent en souffrance est facilité par le sens clinique et l'expérience plus que par les connaissances théoriques. Les médecins soulignent, cependant, l'intérêt que pourrait avoir des « patients-vignettes » pour approfondir leur expérience sur certains aspects spécifiques de la médecine adolescente (21).

4.2.3. La prévention

4 articles font état d'une croyance forte des médecins généralistes dans la nécessité et l'efficacité de la prévention chez les adolescents à risque qu'ils jugent plutôt réceptifs aux conseils.

Les médecins soulignent cependant l'intérêt que pourrait avoir des consultations spécialement dédiées à la prévention et qui pourraient être totalement prises en charge par l'assurance maladie. Eux-mêmes envisagent de fixer des rendez-vous en ce sens, en précisant à l'adolescent et aux parents la nécessité que le jeune soit vu seul pour aborder des sujets spécifiques sans crainte de rompre la confidentialité (22,26–28).

4.2.4. La communication

Citée comme facteur facilitant dans 3 articles également.

Les médecins jugent important de valoriser l'estime de soi des jeunes, même un jour où tout va bien, afin que les adolescents puissent les identifier comme des interlocuteurs potentiels (28).

De plus, les médecins comprennent que les adolescents ont besoin de beaucoup de temps d'écoute. Ils voient la consultation comme une relation de confiance mutuelle et se disent plus flexibles dans leurs approches lorsqu'il s'agit d'adolescents, ce qui leur permet de mieux gérer l'inattendu. Si certains médecins peuvent se sentir anxieux face à un adolescent à risque, ils utilisent cette émotion comme un levier favorisant la remise en question et l'empathie (27).

Par ailleurs, les généralistes jugent plus facile de réaliser l'interrogatoire pendant l'examen physique ou de manière « distillé » au cours de la consultation. De même, quelques techniques de communication peuvent faciliter l'interrogatoire comme demander « Que fumes-tu ? » plutôt que « Fumes-tu du cannabis ? » (22).

4.2.5. Le tiers

La présence du tiers comme facilitant la consultation est évoquée dans 2 articles. Elle peut être bienvenue pour des raisons médico-légales ou informatives, surtout si l'adolescent est inconnu du médecin ou s'il est mineur (20).

Elle permet également au médecin généraliste d'être en bonne place pour observer les interactions entre l'adolescent et ses parents, d'autant qu'il bénéficie souvent de la confiance de ces derniers (19).

4.2.6. La confidentialité

La confidentialité est évoquée comme facteur facilitant dans 1 article.

Les médecins évoquent la relation de confiance qu'entretient le généraliste avec l'adolescent mais aussi avec ses parents. C'est grâce à la relation de confiance, que le médecin généraliste peut rassurer les parents sans rompre le secret médical auquel il est tenu. Il est également plus facile pour les parents d'accepter la confidentialité lorsque le médecin leur rappelle en quoi elle est bénéfique pour l'adolescent (24).

En cas de « haut risque », il est nécessaire de suivre les recommandations sur ce sujet qui encourage le médecin à être un intermédiaire entre l'adolescent et ses parents et à rechercher la permission du patient avant de divulguer l'information à un tiers (24).

4.3. Outils d'aide au dépistage

Plusieurs articles font références à des outils d'aide au dépistage du mal-être chez l'adolescent.

4.3.1. Test TSTS-CAFARD

Cf. Annexe 4.

Il s'agit de l'outil le plus fréquemment cité ou étudié dans notre revue (26,30,31).

D'une manière générale, ce test n'est pas utilisé par les généralistes de manière systématique pour tous les adolescents mais plutôt lorsqu'il existe un doute sur le mal-être d'un adolescent. De plus, le test est souvent adapté par les médecins pour correspondre à leur pratique.

Notons que lorsque le test est utilisé, le thème suicidaire est plus facilement abordé et l'indice de satisfaction des médecins amélioré sans allongement significatif du temps de consultation (26,30).

4.3.2. Questionnaire-amorce de dialogue

Cf. Annexe 5.

Il s'agit d'un questionnaire portant sur des thèmes qui ne sont pas toujours abordés en consultation par manque de temps, par pudeur ou par méconnaissance des préoccupations de l'adolescent. L'objectif de ce questionnaire est d'améliorer la communication entre

adolescents et médecins généralistes et de faciliter la recherche de signes prédictifs de morbidités (33).

Il est volontairement non exhaustif puisque le but de ce questionnaire est de permettre au praticien d'exploiter les réponses aux questions selon ses désirs et ses disponibilités.

Les généralistes ont jugé ce questionnaire intéressant pour élargir le dialogue et aborder des sujets « tabous » mais, pour la majorité, cet outil ne modifie pas le rapport qu'ils entretiennent avec les adolescents. L'affluence de clientèle, le caractère aigu du motif de consultation, une relation praticien-adolescent déjà bien établie ou des antécédents sociaux graves connus sont les freins évoqués à son utilisation (33).

4.3.3. Référentiel d'accueil des adolescents en médecine générale

Cf. Annexe 6.

Ce référentiel a été conçu par le groupe ADOC pour aider le médecin généraliste à :

- favoriser l'expression de l'adolescent lors de la consultation,
- établir une relation de soin où l'adolescent trouve plus d'autonomie, de confort et de sécurité,
- améliorer la représentation du corps et l'estime de soi de l'adolescent,
- susciter une diversité de solutions possibles au praticien à la mesure de ses capacités.

Le référentiel a pour objectif de faciliter l'élargissement du champ de consultation avec la simple remarque « A part ça..., mais encore ? ». En effet, lors de son utilisation, on note une augmentation de la fréquence des questions d'ordre psychologique.

Un autre objectif de cet outil est de mieux intégrer le rôle du tiers dans la consultation avec la question : « Qui demande quoi et pour qui ? » encourageant la confrontation des points de vue.

Par ailleurs, il s'agit, selon les médecins interrogés, d'un référentiel facile à appliquer en consultation avec un temps de consultation et un indice de satisfaction constant avant et après son utilisation (31).

4.3.4. Application téléphonique Mobiletype

Il s'agit d'un programme d'intervention téléchargé sur le téléphone mobile de l'adolescent qui permet au jeune de compléter un questionnaire portant sur ses activités quotidiennes, son niveau de stress, son humeur ainsi que son régime alimentaire, l'exercice effectué, son sommeil, sa consommation d'alcool et de cannabis.

Les données issues de ce questionnaire sont restituées au médecin sous forme de résumé individuel assorti de recommandations utiles pour la prise en charge de l'adolescent.

Les médecins ont indiqué que le programme Mobiletype les avait aidé à avoir confiance en leur diagnostic, à mieux communiquer, à maintenir une relation de confiance et à mieux comprendre les problèmes médicaux, dont psychiatriques, de leurs patients ainsi qu'à en avoir une meilleure connaissance globale (32).

4.3.5. Autres outils

La bande dessinée « Bons plans contre les idées noires » (20,34) a été très appréciée des médecins. Certains laissent même un exemplaire en consultation libre pour les adolescents dans la salle d'attente.

Beaucoup de médecins laissent aussi des cartes « Filjeunessanté » à disposition pour les adolescents ayant du mal à se livrer lors de l'entretien (26).

4.4. Synthèse des principaux résultats

Notre revue de littérature a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés et de facilités dans la prise en charge des adolescents à risque.

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont multiples et plus fréquemment citées, dans notre étude, que les facteurs facilitants ou les outils. Si ces difficultés varient en fonction de la pratique et du vécu de chaque praticien, les généralistes évoquent cependant majoritairement un manque de formation spécifique à la médecine adolescente. De plus, les adolescents à risque nécessitent, selon les généralistes, un mode de communication particulier et soulèvent des motifs de consultation qui diffèrent du reste de la patientèle.

Malgré les difficultés évoquées dans notre revue de littérature, les généralistes reconnaissent certains facteurs pouvant favoriser la prise en charge des adolescents à risque. En tant que professionnel de santé de proximité, ils bénéficient de la confiance des adolescents comme des parents. Ils connaissent le contexte socio-culturel dans lequel évolue l'adolescent ce qui leur permet d'anticiper les difficultés à venir. Par ailleurs, les généralistes sont formés à la prise en charge globale du patient et semblent avoir les compétences nécessaires pour dépister et prévenir les risques auxquels les adolescents peuvent être exposés. Ils sont aidés dans leur tâche par plusieurs outils.

Enfin, les généralistes évoluent dans un système de soins qui, même s'il semble difficile d'accès, les place dans une position idéale pour mener à bien leur mission.

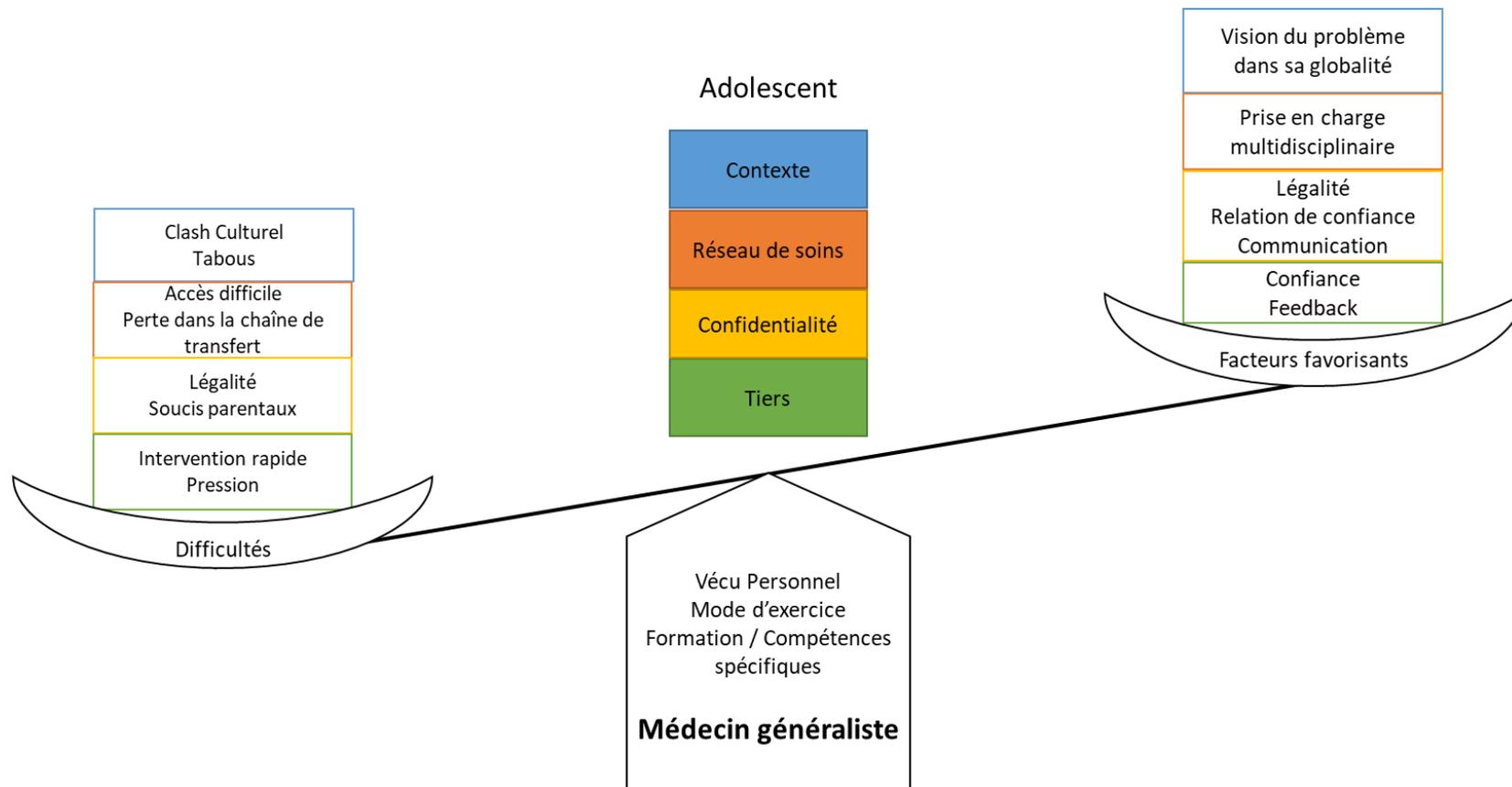


Schéma des difficultés et facteurs facilitants perçus par le médecin généraliste dans la prise en charge des adolescents à risques

5. DISCUSSION

5.1. Discussion des résultats

Le processus de déterminations des thèmes était déductif et n'a été réalisé que par un seul chercheur.

Notre étude met en évidence plusieurs facteurs ressentis par les médecins généralistes qui vont limiter ou au contraire favoriser la prise en charge des adolescents à risque.

5.1.1. Facteurs liés aux médecins généralistes

Parmi les difficultés citées, certaines sont inhérentes aux médecins.

Notre étude met en exergue la difficulté que le médecin généraliste peut ressentir face à la souffrance de l'adolescent, d'autant que cela peut le renvoyer à un vécu personnel difficile. Certains médecins préfèrent ainsi ne pas interroger l'adolescent sur cette souffrance afin de ne pas y être confrontés.

D'après nos résultats, les difficultés perçues par les généralistes envers les adolescents à risque dépendent également des compétences acquises au cours de leurs formations en médecine adolescente. Ces résultats évoquent des besoins en formation différents pour chaque médecin.

De plus, cette variation peut expliquer l'utilisation, parfois limitée, des outils d'aide au dialogue et au dépistage étudiés dans notre revue systématique. En effet, certains généralistes vont trouver ces outils intéressants alors que d'autres n'en verront pas l'utilité et les jugeront trop chronophages.

Notons que trois des outils étudiés dans notre revue : le test TSTS-CAFARD, le questionnaire amorce de dialogue et le site internet www.filsantejeunes.com sont recommandés dans *Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent*, édité par l'INPES (6), bien que tous ne soient pas encore validés. L'utilisation du test TSTS-CAFARD est, quant à elle, conseillée par les dernières recommandations HAS sur *Les manifestations dépressives à l'adolescence* (35) comme « le test le mieux validé pour approcher la problématique suicidaire ».

Bien qu'efficace (30,31,36), le test TSTS-CAFARD a été révisé en 2016 car il semble insuffisamment discriminant devant les changements de mode de vie s'opérant chez les adolescents avec l'importance grandissante du monde virtuel. Dans ce but, une étude pilote sur un nouveau test intitulé BITS (Bullying, Insomnia, Tobacco, Stress) a été réalisée. Le test BITS pourrait améliorer l'abord du risque suicidaire en consultation de routine sans perdre en performance par rapport au TSTS-CAFARD. Il nécessite maintenant une validation en soins primaires chez les 13-18 ans (36).

5.1.2. Facteurs liés aux adolescents à risque

D'autres difficultés reposent sur des spécificités propres à l'adolescent.

Les adolescents consultent peu et lorsqu'ils consultent c'est essentiellement pour des motifs somatiques, alors que, selon les médecins, les motifs cachés sont nombreux et souvent d'ordre psychosomatique (18,37). Selon l'étude *Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients* (38), les médecins généralistes sous-estiment le fait que leur consultation corresponde aux attentes des adolescents qu'il y ait ou non des motifs cachés.

La communication et la confiance semblent, si ce n'est plus difficile, au moins plus longue à établir avec un adolescent (18,26). La relation médecin-adolescent peut, en effet, souffrir de deux visions différentes de la santé. Pour le corps médical être en bonne santé est synonyme d'une absence de maladie. La maladie entraîne des risques inévitables pour la santé du patient et le médecin est plutôt dans une démarche curative. Les adolescents, quant à eux, considèrent la santé, non pas comme une absence de maladie, mais comme « être bien dans sa peau, être bien dans sa tête ». La recherche de ce bien-être va, parfois, favoriser l'exposition de l'adolescent à des risques pour sa santé qui sont pourtant facilement évitables (4). Les médecins qui ne répondent pas à la même définition de la santé que les adolescents ont parfois du mal à comprendre cette mise en danger volontaire (4,6). Il semble donc indispensable pour le généraliste d'adopter une attitude ouverte et non jugeante afin d'obtenir une relation de qualité (6,10,31,37,39).

5.1.3. Facteurs médico-légaux

Cette revue de littérature met par ailleurs en avant certains aspects médico-légaux de la consultation pouvant compliquer la prise en charge.

Selon l'étude, *What do troubled adolescents expect from their GPs?* (40), l'honnêteté serait la principale qualité attendue par les adolescents pour se confier à leur médecin. Ceci implique de se restreindre de tout jugement, comme évoqué plus haut, mais également d'assurer à l'adolescent la confidentialité de la consultation.

Or les médecins de notre revue éprouvent des difficultés à assurer la confidentialité à leurs jeunes patients. La menace principalement citée pour la confidentialité est liée à la présence du tiers (21,23,24,26,27,29). La gêne occasionnée par le tiers peut, cependant, être minimisée en rendant l'adolescent plus actif vis-à-vis de sa santé et en mentionnant aux parents qu'il est préférable de discuter seul avec l'adolescent quitte à leur fournir un feedback en fin de consultation sans en dévoiler le contenu, comme cela a été recommandé dans Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent (6) et par certains médecins de notre revue (24).

Les autres aspects médico-légaux semblant poser des difficultés sont le consentement aux soins et le risque d'exposition judiciaire(22,23,29). Dans notre revue, l'examen clinique et le corps dénudé de l'adolescent est l'une des difficultés soulevées. Il serait intéressant de savoir si la gêne des généralistes réside plus dans le face à face avec le corps dénudé de l'adolescent ou dans le risque médico-légal que représente l'examen clinique seul.

5.1.4. Facteurs environnementaux.

Le contexte sociétal et personnel dans lequel évolue l'adolescent peut mettre le médecin en difficulté (19,23,28,33). Les inégalités en santé existent dès le plus jeune âge et le médecin généraliste en tant que porte d'entrée du système de soins y est confronté (2). Contrairement à ce que certains médecins urbains peuvent penser même les milieux favorisés sont touchés. Le taux de comportements violents en ville, par exemple, a atteint celui des milieux ruraux, surtout dans les quartiers favorisés (7,20). En conséquence, chaque praticien est concerné par

le dépistage et la prévention des risques à l'adolescence quel que soit son milieu et son mode d'exercice.

Par ailleurs, l'environnement dans lequel évolue l'adolescent, bien qu'informatif, peut être complètement étranger au médecin. De ce fait, même si le généraliste tente de comprendre la globalité du patient, les « clashes culturels » ou les tabous engendrés par cette méconnaissance peuvent ternir la communication et la relation de confiance nécessaire à la prise en charge de l'adolescent à risque (27,33).

Cependant, face à ces difficultés le médecin généraliste n'est pas seul. Il évolue dans le système de soins fréquemment cité comme ressource (2) et peut faire appel si besoin aux spécialistes hospitaliers ou ambulatoires mais aussi aux professionnels paramédicaux et socio-éducatifs.

Afin de remédier aux difficultés d'accès, de communication et au manque de transparence sur le partage des compétences des praticiens du secteur de l'adolescence, mis en avant dans notre étude et lors de la première Conférence Nationale de l'adolescent le 18 octobre 2003, des Maisons d'adolescents ont été créés. Il s'agit de CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) destinés à recevoir tout le spectre des affections pédopsychiatriques. Elles peuvent être consultées par n'importe quel acteur de la prise en charge adolescente, dont les médecins généralistes, pour un avis ponctuel sur un adolescent en situation préoccupante. Ces centres regroupent des dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques. Les actions, qui y sont menées, sont gratuites et l'accueil y est permanent (41,42).

De plus, le médecin n'est plus le seul responsable désigné du dépistage et de la prévention des risques à l'adolescence. Le système scolaire est maintenant largement mis à contribution, notamment depuis le *Plan d'action en faveur du bien-être des jeunes*, lancé en Novembre 2016 (10), s'appuyant sur la *stratégie mondiale pour la femme, l'enfant et l'adolescent* développée par l'OMS pour la période de 2016 à 2030 (11). Ce plan national prévoit, en effet, de « faire des établissements scolaires l'un des premier recours pour les jeunes en souffrance ». Selon ce plan, « de nouvelles solidarité territoriales doivent émerger entre les rectorats, les agences régionales de santé et les maisons des adolescents, entre les établissements scolaires, les parents et les professionnels de santé situés dans leur environnement ». Les améliorations réelles que ce plan santé apportera à son terme sur la

prise en charge des adolescents à risque par les médecins généralistes mériteront d'être évaluées.

5.2. Limites et forces des études

5.2.1. Pertinence

L'objectif et les résultats de chaque étude sont pertinents avec notre sujet car ils soulèvent les difficultés ou facilités que peuvent ressentir les médecins généralistes lors de la prise en charge des adolescents à risque. Aucune difficulté ou facteur facilitant n'est cité que dans un seul article. Cela signifie que les notions déclarées sont ressenties par nombre de médecins généralistes et souligne la pertinence de cette revue.

Comme on pouvait s'y attendre, les médecins évoquent plus fréquemment les difficultés rencontrées (10 notions/17) que les facteurs facilitants (7 notions/17). Il existe cependant un biais de publication qui doit nous faire relativiser ces résultats. En effet, les articles ne retrouvant pas de difficultés ou n'évoquant que les facteurs favorisant peuvent ne pas avoir été publiés.

L'article *Children and young people in out-of-home care: are GPs ready and willing to provide comprehensive health assessments for this vulnerable group?* (23) pourrait être jugé moins pertinent pour la pratique de la médecine générale car il traite des enfants/adolescents retirés de leurs foyers, dont la prévalence est limitée en médecine générale. De plus, il est basé sur l'évaluation d'une politique locale. Cependant, son objectif est « d'explorer les facteurs qui vont influencer la volonté des médecins généralistes de prodiguer des soins adaptés et compréhensifs à ces adolescents ». Les résultats obtenus sont donc pertinents pour notre recherche et sont généralisables aux médecins généralistes français confrontés à des adolescents pris en charge par la protection de l'enfance, soit 19.8 0/00 mineurs selon les estimations réalisées par l'ONPE au 31 Décembre 2014 (6).

5.2.2. Généralisabilité des résultats

Dix articles, principalement qualitatifs, présentent une limite de représentativité liée aux caractéristiques professionnelles des participants (19–26,28,32). En effet, le volontariat peut avoir sélectionné des médecins plus intéressés ou mieux formés à la prise en charge des adolescents à risque. De même, la durée, parfois très longue, de certains entretiens peut avoir sélectionné des médecins plus disponibles ou plus intéressés par le sujet.

Si ce biais de sélection peut favoriser l'émergence de facteurs facilitants dans notre étude, il est limité concernant les difficultés énoncées. En effet, on peut penser que ces difficultés seraient majorées dans une population de généralistes tout venant n'ayant suivi aucune formation dans le domaine de la médecine adolescente ou ayant peu de temps à y consacrer.

Quatre études bénéficient, quant à elles, d'un échantillonnage théorique stratifié (18,19,27,30) qui assure la représentativité de l'échantillon et permet l'inclusion de cas déviants. La généralisabilité des résultats s'en trouve augmentée.

Enfin, les études interventionnelles *A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: health service outcomes from a randomised controlled trial of Mobilettype* (32) et *Accueil des adolescents en médecine générale: validation de l'usage d'un référentiel* (31) présentent un biais d'attrition. Dans les deux cas, la population finale de médecins généralistes restait, cependant, représentative de la population générale de la profession.

5.2.3. Crédibilité

Six articles de la revue de littérature présentent un biais de déclaration (18–20,22,24,28).

En effet, il s'agit de faits énoncés par les médecins et non de faits constatés. Ce biais de déclaration est d'autant plus vrai lorsque les médecins sont interrogés sur les attitudes et croyances envers les substances toxiques. Il existe, dans ce cas, un risque de réponses socialement correctes (28). Ce biais déclaratif peut également être majoré lorsque l'entretien

est mené par un pair et/ou collègue, mais cela a alors, aussi, l'avantage de favoriser la discussion (22).

Le biais de déclaration est limité, dans nos études, par la réassurance des médecins interrogés et le rappel du but des études qui est d'explorer les facteurs facilitants ou contraignants et non de juger une croyance ou une pratique. Il est également d'une moindre intensité lorsque l'entretien est conduit par une personne formée à la conduite d'entretien individuel ou de focus groups. Cette formation est d'autant plus importante que les cas déviants participant au focus group sont des experts, afin que ceux-ci n'imposent pas leur avis à l'ensemble des médecins interrogés (25,30,31,43).

On note, enfin, un possible biais d'interprétation évoqué dans cinq articles (18,20–22,25). La crédibilité des résultats est, dans ces cas-là, favorisée par une analyse individuelle puis collective des résultats mais aussi par un feedback avec les participants eux-mêmes.

5.3. Forces et limites de notre revue de littérature

5.3.1. Limites

Du point de vue méthodologique, la sélection des termes MeSH de la question de recherche peut être jugée subjective.

En effet, il n'existe pas de définition consensuelle du terme « adolescent ». Ce biais est cependant limité par l'utilisation du filtre Pubmed qui rend la définition généralisable à l'ensemble des publications scientifiques.

De même, la liste des facteurs de risque à l'adolescence pris en compte pour notre recherche n'est pas exhaustive et la notion de relation entre médecin et adolescent a été difficile à traduire en termes MesH.

Les biais de sélection et d'interprétation pouvant être induits par ce manque de définitions consensuelles sont limités par la réalisation de la recherche par deux co-chercheuses et, le cas échéant, l'avis d'un troisième chercheur.

Par ailleurs, la base de données Medline est avant tout une base de données biomédicale, elle pourrait donc être jugée moins pertinente, pour notre sujet, que d'autres bases de données. Il était néanmoins nécessaire de l'interroger car elle recense environ 27 millions de citations.

Un autre biais résulte du mode d'identification des articles dans la base de données Medline. En effet, les articles n'étaient identifiés dans notre recherche que s'ils étaient référencés sous l'un des termes MesH sélectionnés pour chaque thème-clé, à savoir : adolescent ET médecine générale ET conduites à risque ET relation OU ressenti. Du fait de ce mode d'identification, certains articles non référencés sous les termes MesH sélectionnés mais correspondant à notre sujet ont pu ne pas être identifiés.

En outre, le fait de n'avoir pas mis de limite géographique à notre recherche peut entraîner un biais transculturel. En effet, 6 études sur les 16 incluses ont été réalisées en France. 7 études ont été réalisées dans des pays anglophones et 3 dans d'autres pays dont 2 pays Européens. Cette disparité géographique peut biaiser nos résultats du fait de la différence culturelle. Les pays anglo-saxons, par exemple, sont connus pour avoir une stratégie de dépistage plus incisive qu'en France et la judiciarisation de la médecine y est très présente. Les difficultés ou facilités déclarées par les médecins anglo-saxons peuvent donc être légèrement différentes de celles rencontrées par les généralistes français concernant la législation, le dépistage ou la prévention. Par ailleurs, certaines difficultés inhérentes à la langue française, comme le tutoiement ou le vouvoiement n'ont pas été citées. Il s'agit pourtant d'une difficulté retrouvée et connue (44).

5.3.2. Forces

Cette revue systématique de la littérature a été réalisée en suivant la méthodologie proposée par PRISMA.

Avant la réalisation de l'étude, nous avons pu suivre un cours d'Initiation à la recherche PubMed par un attaché de recherche clinique et avons bénéficié d'une remise à niveau sur la recherche clinique en médecine par la documentaliste de l'UFR de Médecine.

De même, les articles bénéficient d'une bonne méthodologie puisque 14 articles sur 16 valident plus de 80% des items de la grille analytique de Coté-Turgeon pour les études qualitatives et de la grille HAS 2007 pour les études interventionnelles, ce qui augmente la crédibilité de notre revue systématique.

De plus, 11 des 16 articles sont des études qualitatives et utilisent donc la méthode la plus pertinente pour répondre à notre sujet. En effet, la recherche qualitative est décrite comme la plus adaptée pour « étudier les représentations, les comportements et leurs déterminants » et permet « d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins » (43).

Par ailleurs, nous avons choisi de ne pas mettre de limite de date de publication à notre revue afin de ne pas omettre des publications anciennes. Cependant, l'étude la plus ancienne de notre revue date de 1998, 8 articles datent des années 2000 et 7 articles sont parus après 2010. Ces résultats permettent d'avoir des notions de difficultés ou de facteurs facilitants ressentis actuellement par les médecins généralistes. Certains résultats ont toutefois pu se majorer depuis notre étude. Par exemple, les réseaux sociaux et la violence qui en résulte sont en pleine expansion (40,45), alors même que la cyber violence n'est évoquée dans aucun article de notre étude. De plus, les difficultés liées au manque d'accès aux spécialistes, notamment, ont pu s'accroître avec la baisse de la démographie médicale(46).

6. Conclusion

Les adolescents d'aujourd'hui sont les adultes de demain. Apprendre aux adolescents à repérer et éviter les risques auxquels ils s'exposent nous permettra peut-être de diminuer la morbi-mortalité dans le futur. Le médecin généraliste est, comme nous l'avons vu, l'un des principaux professionnels concernés par cette tâche. Or, si la place privilégiée du médecin généraliste auprès de l'adolescent génère certaines facilités dans la prise en charge, les médecins généralistes perçoivent de nombreux obstacles à la réalisation de leur mission. Ces difficultés sont personnelles, liées à la spécificité de la relation avec l'adolescent mais aussi contextuelles.

Plusieurs outils permettant le dépistage des facteurs de risque chez les adolescents en soins primaires ont déjà été créés. Face à la multitude des besoins exprimés par les médecins généralistes de notre étude, notons que le groupe ADOC a développé une « boîte à outils » (47) intéressante réunissant plusieurs outils utilisant des supports différents dont l'utilité et l'efficacité pourraient être évaluée par des études interventionnelles. Le test BITS semble également être une proposition intéressante pour le dépistage du risque suicidaire en médecine générale et mérite une étude interventionnelle pour le valider.

7. Liste des abréviations

CJP : Critères de jugement principaux

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

HAS : Haute Autorité de Santé

HP : Hypothèse principale

DMG : Département de Médecine Générale

MeSH : Medical Subject Headings, constituant du thésaurus de la banque de données Medline (48)

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PEC : Prise En Charge

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

8. Bibliographie

1. OMS. [consulté le le 7 oct 2017]. Développement des adolescents. [En ligne]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
2. Ordre National des Médecins. [consulté le 20 sept 2017]. Sante de l'enfant et de l'adolescent. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/santeenfantadolescent.pdf>
3. Beck F, Richard JB, dir. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: Inpes; 2013. (Baromètres santé 344 p)
4. Perrin-Escalon H, Hassoun J, auteurs. Adolescence et santé. Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés. Inpes; 2004. (La santé en action),
5. Spilka S., Ngantcha M., Mutatayi C., Beck F., Richard JB., Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Expérimentations de produits psychoactifs. Saint-Maurice : Santé publique France; 2016 : 10 p.
6. Le Lay E, Housseau B, rédacteurs. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. Inpes.2009. (Repères pour votre pratique)
7. Groupe ADOC. [consulté le 3 oct 2017]. Consultations - Jeu interactif [en ligne]. Disponible sur: <http://www.medecin-ado.org/infos/111.htm#6sante>
8. Temmerman M. Adolescent mothers: too young to be neglected. Lancet Child Adolesc Health [en ligne]. 11 août 2017 [consulté le 20 sept 2017]. Disponible sur: [http://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(17\)30061-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(17)30061-5/abstract)
9. Robert M., du Roscoät E., Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Santé mentale et bien-être. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 6 p.
10. Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. Ministère des Solidarités et de la Santé.
11. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030).OMS.2015.
12. SFMG. Le patient et son généraliste « médecin traitant » [en ligne]. Septembre 2010. [consulté le 7 oct 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
13. US National Libray of Medicine. [consulté le 16 oct 2017]. MEDLINE, PubMed, and PMC (PubMed Central): How are they different? [en ligne]. Disponible sur: https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/dif_med_pub.html

14. La revue du Praticien. [consulté le 16 oct 2017]. Recherche.La Revue du Praticien [en ligne]. Disponible sur: <http://www.larevuedupraticien.fr/docdoc>
15. Gore F, Bloem J, Patton G et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 377: 2093–102
16. OMS. [consulté 5 juill 2017]. Adolescents: risques sanitaires et solutions [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/fr/>
17. YRBSS. [consulté 7 oct 2017]. Youth Risk Behavior Surveillance System. Data .Adolescent and School Health | CDC [en ligne]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>
18. Roberts J, Crosland A, Fulton J. Patterns of engagement between GPs and adolescents presenting with psychological difficulties: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mai 2014;64(622):e246-254.
19. Hafting M, Garløv I. « You may wade through them without seeing them »: general practitioners and their young patients with mental health problems. *Nord J Psychiatry.* 2009;63(3):256-9.
20. Maurouard Guennoc J. Repérage et prise en charge de la souffrance chez les jeunes par les médecins généralistes en Basse-Normandie. (Thèse de Doctorat d'Université). Caen:Université de Caen. 2012.
21. Obando Medina C, Kullgren G, Dahlblom. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. *BMC Fam Pract.* 2014;15:129.
22. Vorilhon P, Picard V, Marty L, Vaillant Roussel H, Llorca PM, Laporte C. Attitudes of family physicians towards adolescent cannabis users: a qualitative study in France. *Fam Pract.* oct 2014;31(5):585-91.
23. Webster SM, Temple-Smith M. Children and young people in out-of-home care: are GPs ready and willing to provide comprehensive health assessments for this vulnerable group? *Aust J Prim Health.* 2010;16(4):296-303.
24. Stanley N, Manthorpe J, Gillespie L. Family physicians' interventions with young people in distress and their parents: managing confidentiality and levels of engagement. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* avr 2008;32(2):92-7.
25. Iliffe S, Gledhill J, da Cunha F, Kramer T, Garralda E. The recognition of adolescent depression in general practice: Issues in the acquisition of new skills. *Prim Care Psychiatry.* juin 2004;9(2):51-6.
26. Bouillot M. .Dépistage du mal-être des adolescents en médecine générale : intérêt d'utilisation du TSTS-CAFARD : étude à partir d'une campagne de prévention réalisée par 56 médecins généralistes des Pays de la Loire en septembre-octobre 2006. (Thèse de doctorat d'université). Nantes: Université de Nantes. 2008.

27. Roberts J, Crosland A, Fulton J. GP's 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.
28. Marcell AV, Halpern-Felsher B, Coriell M, Millstein SG. Physicians' attitudes and beliefs concerning alcohol abuse prevention in adolescents. *Am J Prev Med.* janv 2002;22(1):49-55.
29. Jaruseviciene L, Levasseur G, Liljestrand J. Confidentiality for Adolescents Seeking Reproductive Health Care in Lithuania: The Perceptions of General Practitioners. *Reprod Health Matters.* mai 2006;14(27):129-37.
30. Binder P, Chabaud F. To detect teenagers' suicide behaviour (II). Clinical audit among 40 general practitioners. *Rev Prat.* 15 juin 2007;57(11):1193-9.
31. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale: validation d'un référentiel. *Rev Prat.* 15 nov 2005.
32. Reid SC, Kauer SD, Hearps SJC et al. A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: health service outcomes from a randomised controlled trial of mobiletype. *BMC Fam Pract.* 2013;14:84.
33. Moula H, Mercier-Nicoux F, Velin J. Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ? Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents examinés par 41 médecins généralistes. *Rev Prat.* 02 avr 2001.
34. Bernard R, Chehbi B, Combes F. Bons plans contre les idées noires. Un outil de débat, d'échange et de réflexion sur des situations de mal-être. 1ère éd. Conseil Lyonnais pour le Respect des Droits Editions du Moutard; 2005.
35. Manifestations dépressives à l'adolescence. Fiche de synthèse. Reperage, diagnostic et strategie en soins de premiers recours. HAS; nov 2014
36. Binder P, Heintz A, Servant C et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychiatry;* 2006 May 6.
37. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? *Rev Prat.* 2005 ; 55 : 1073-7.
38. Tudrej B, Heintz A, Rehman M, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. *Eur J Gen Pract.* 2017 Dec; 23(1):182-189
39. OMS. [consulté le 21 sept 2017]. Adolescents-sante-unique.jpg (Image JPEG, 1200 × 1200 pixels) - Redimensionnée (66%) [en ligne]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/adolescents-sante-unique.jpg?ua=1
40. Tudrej B, Heintz A, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J of Gen Pract.* 22 (4).

41. Ministère des Solidarités et de la Santé. [consulté le 6 oct 2017]. Maisons Des Adolescents- cahier des charges 2010. [en ligne]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mda_cahier_des_charges_2010-2.pdf
42. Guide pratique administratif et juridique des Maisons des Adolescents. Anmda. 2015.
43. Frappe P. Initiation à la recherche. GMSanté, CNGE. Edition 2011;
44. Demantke A. Le médecin généraliste et les jeunes: une relation difficile? Etat des lieux à partir d'une revue de littérature. (Thèse de doctorat d'Université). Caen: Université de Caen. 2010.
45. Beck F, Nguyen-Thanh V, Richard JB, Renahy E. Usage d'internet : les jeunes, acteurs de leur santé ? Presse de sciences po; 2013. p.176
46. Rault JF. Atlas de la démographie médicale en France- Situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2016
47. Groupe ADOC. [consulté le 19 oct 2017]. Boîte à outils. [en ligne]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/infos/boite_outils.htm
48. Département Universitaire de Médecine Générale de TOURS. [consulté le 16 oct 2017]. MeSH : définition, intérêt, mode d'emploi. [en ligne]. Disponible sur: <http://www.dumg-tours.fr/spip.php?article18>

9. ANNEXES

Annexe 1 : Grille PRISMA

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.			
Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
RÉSUMÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
INTRODUCTION			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS®).	
MÉTHODE			
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
Risque de biais inhérent à chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : <i>risk ratio</i> , différence entre les moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I^2) pour chaque méta-analyse.	
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues <i>a priori</i> .	

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 (suite).

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les amplitudes d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (<i>forest plot</i>).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
DISCUSSION			
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
FINANCEMENT			
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	

*Note du traducteur : Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design

Annexe 2 : Grille Coté Turgeon

Figure 1 : Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille Côté-Turgeon)			
	Oui	±	Non
L'introduction			
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
Les méthodes			
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
Les résultats			
8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
La discussion			
10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices	-	-	-
11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
La conclusion			
12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

Annexe 3 : Grille de lecture critique des articles interventionnels HAS 2007

Grille de score selon l'analyse critique d'une étude d'intervention selon les recommandations HAS juin 2007

DESCRIPTION GENERALE DE L'ETUDE :

- 1 : Les références de l'article sont citées (titre, revue, année de publication auteur).
- 2 : Les objectifs sont clairement décrits.
- 3 : Le plan de l'étude est décrit
 - a) Mention du schéma (randomisation, étude avant/après, série chronologique).
 - b) Nature du groupe témoin (pas d'intervention, intervention habituelle, autre intervention ?).
- 4 : Les éléments clés de l'intervention sont décrits :
 - a) Type d'intervention (FMC, audit, intervention professionnelle, diffusion de documents d'information).
 - b) Support de l'information (informatique, papier, oral ?).
 - c) Nature de l'intervention (basée sur recommandation de bonne pratique ? conférence de consensus ? avis d'expert ?).
- 5 : Le contexte est décrit :
 - a) Type de pratique concernée (prévention/diagnostic/dépistage, ...).
 - b) Information sur le contexte (lieu, type de soins).
 - c) Date de l'étude.
- 6 : La population est bien définie :
 - a) Information sur les professionnels de santé concernés.
 - b) Caractéristiques des patients (âge, problème de santé, nombre lors de l'intervention).
- 7 : Les critères de jugement sont cités avec des précisions sur l'unité d'analyse correspondante et les données mesurées qu'il concerne.
- 8 : L'étude a été approuvée par un comité d'éthique.

LES CRITERES DE QUALITE

- 9 : Les critères de qualité sont présents :
 - a) Précisions concernant l'unité d'allocation (= de randomisation) et des unités d'analyse.
 - b) Connaissance du pourcentage de professionnels de santé concernés par l'étude rapporté au nombre total de professionnels de la population cible.
- 10 : Les critères de qualité du schéma expérimental sont respectés :
 - a) Pour un essai randomisé : utilisation de l'insu/aveugle.
 - b) Plus de 80% des professionnels et des patients sont suivis.
 - c) Critères de jugement sûrs et évalués en aveugle (ou bien critère objectif).

RESULTATS :

- 11 : Exposition des principaux résultats avec :
 - a) Indicateurs de résultats pour chaque groupe +/- intervalle de confiance IC (RR), (voire indicateur de comparaison relative +/- IC (RRR) et indicateur de comparaison absolue +/- IC (RAR).
 - b) Comparaison différence pré/post intervention dans les 2 groupes
 - c) Significativité statistique de p
- 12 : Interprétation des résultats, significativité clinique

Annexe 4 : Test TSTS-CAFARD

Le test TSTS-CAFARD est un test de dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent avec des questions d'ouverture : **TSTS**

Traumatologie => « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même anodin) cette année ? »

Sommeil => « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »

Tabac => « As-tu déjà fumé (même si tu as arrêté) ? »

Stress scolaire ou familial => « Es-tu stressé par le travail scolaire ou la vie familiale, ou les deux ? »

A ces questions s'associent des clés de gravité, qui sont des questions complémentaires introduisant un niveau de gravité à partir des cinq mots-clés : **CAFARD**

Difficultés de sommeil => **Cauchemars** : « Fais-tu souvent des cauchemars ? »

Traumatismes => **Agression** : « As-tu déjà victime d'une agression physique ? »

Tabagisme => **Fumeur** : « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »

Stress scolaire => **Absentéisme** : « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »

Stress familial => **Ressenti Désagréable** : « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

Si l'adolescent répond positivement à 2 questions du TSTS ou du CAFARD ou à une question de chaque niveau, il faut s'enquérir systématiquement d'antécédents d'idées ou d'actes suicidaires.

Annexe 6 : Référentiel d'attitudes

Référentiel

■ Lors de toute consultation avec un adolescent

- Proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion : « *Oui, mais encore?* »...
- Intégrer le rôle du tiers : « *Qui demande quoi et pour qui?* », puis « *Que dire à qui, comment et pourquoi?* »
- Commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange.
- Dépister le mal-être avec le test « *TSTS-Cafard* ».

■ Lorsqu'un mal-être est dépisté

- 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.

10. Résumé et mots clés

Contexte : Devant l'augmentation de la morbi-mortalité adolescente, la prise en charge des adolescents à risque est devenue un enjeu majeur de Santé Publique. Les médecins généralistes sont les premiers professionnels concernés par le dépistage, la prévention et l'éducation des adolescents à risque.

Objectif : Faire l'état des lieux des difficultés et facteurs facilitants ressentis par les médecins généralistes dans leur prise en charge des adolescents à risque.

Méthode : La recherche a été réalisée par deux co-chercheuses en suivant les critères PRISMA dans les bases de données Pubmed, Sciences Direct, PsychInfo et Banque de données en Santé Publique. Elle a ensuite été complétée par les références bibliographiques des articles sélectionnés et une recherche dans la littérature grise. Les mots-clés de la recherche s'articulaient autour du médecin généraliste, des adolescents, des facteurs de risque et de la relation ou du ressenti.

Résultats : 16 articles (11 études qualitatives et 5 études quantitatives) ont été inclus. Pour chaque article, les citations ont été extraites de manière déductive et regroupées sous des thèmes-clés. Dans notre revue 9 freins, 6 facteurs facilitants et 5 outils d'aide à la prise en charge ont été identifiés. 5 facteurs (présence du tiers, confidentialité, formation, système de soins et prévention) ont été cités par les généralistes comme étant à la fois des freins et des facilités.

Conclusion : Les facteurs influençant la prise en charge des adolescents à risque par le médecin généraliste s'articulent autour de 3 grands axes : les facteurs inhérents aux médecins généralistes, les spécificités de l'adolescent à risque et le contexte dans lequel évolue la relation. Plusieurs politiques de santé et outils d'aide à la prise en charge méritent donc d'être évalués et validés pour aider les généralistes à mener à bien leur mission.

Mots-clés : Médecin Généraliste, Adolescents à risque, Relation, Facteurs favorisants, Difficultés, Revue de la littérature selon les critères PRISMA.



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



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 !

