

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

2020

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 2 juillet 2020 à Poitiers
par **Monsieur Jean-Marin MEUGNIOT**

Titre

Freins au dépistage et à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents chez les professionnels des soins primaires: revue systématique de littérature.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean XAVIER

Membres :

Monsieur le Professeur Bernard FRECHE

Monsieur le Professeur Thierry VALETTE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- 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
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- 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**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- 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
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- 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
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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



Remerciements

Au Professeur Philippe BINDER, pour m'avoir guidé et accompagné pendant ces trois années de travail.

Au Professeur Jean XAVIER, pour avoir accepté de présider le jury de ma thèse.

Aux Professeurs: Bernard FRECHE et Thierry VALETTE, pour avoir accepté d'être membres du jury de ma thèse.

A mon épouse, qui est un soutien indéfectible.

A ma fille, qui a laissé « papa » travailler dans le calme.

A mon fils, qui est venu rajouter un peu de piment pendant les corrections.

A ma famille, qui m'a accompagné pendant ce long parcours des études de Médecine.

Sommaire

Abréviations p.6

Introduction p.7

Méthodes p.8

Figure 1: Flow Chart p.9

Résultats p.10

Caractéristiques des études p.10

Freins/ barrières/ obstacles p.11

Figure 5: Freins des études quantitatives et qualitatives p.12

Discussions p.12

A) Freins externes p. 13

B) Freins internes p.13

Point de vue des professionnels des soins primaires p.13

Point de vue des adolescents et des parents p.14

Convergences p.17

Divergences p.17

C) Caractéristiques freinatrices du duo médecin-adolescent p.18

Caractéristiques de l'adolescent p.18

Caractéristiques du médecin p.18

Les lieux p.19

Limitations p. 20

Conclusion p.20

Bibliographie p.22

Annexes p.25

Figure 2: Articles exclus p.25

figure 3: tableau des études quantitatives p.26

figure 4: tableau des études qualitatives p. 31

Résumé et Mots Clefs p.35

Serment p.36

Abréviations

DIU: dispositif intra-utérin

F: féminin

FMC: formation médicale continue

IST: infections sexuellement transmissibles

M: masculin

MG: médecin généraliste

SP: sans précision

N: taille de l'échantillon

POP: pilule oestro-progestative

USA: United States of America

Introduction:

Un quart à un tiers des adolescents qui consultent en Médecine Générale ont des difficultés psycho-sociales (1). L'adolescence est un moment clé de la formation psychique et de la détermination sociale de l'adulte en devenir. Elle est souvent associée à des comportements à risque qui reflètent le développement normal des adolescents (2). Néanmoins, l'adolescence est une période à haut risque pour développer des troubles psycho-sociaux et est paradoxalement associée à une forte indifférence à rechercher de l'aide auprès des professionnels de santé, notamment auprès du médecin généraliste qui est bien souvent le premier interlocuteur du système de santé. Cependant, la famille et les amis sont les ressources privilégiées par les adolescents pour tenter de trouver une aide (3). Ainsi, les adolescents dépendent des adultes pour reconnaître leurs problèmes, déterminer s'ils ont besoin de consulter et demander de l'aide en leur nom. Mais peu de parents expriment leurs préoccupations lors des consultations de soins primaires, ce qui pose naturellement un problème dans le dépistage des troubles psycho-sociaux des adolescents (4).

Les premières causes de mortalité des adolescents sont les accidents ainsi que le suicide (5). Au-delà de la mortalité induite par les troubles psycho-sociaux, il y a une répercussion de ces troubles sur l'adolescent lorsqu'il sera adulte. Le plus souvent, ces troubles ne durent pas tels quels, mais ils augmentent la morbi-mortalité ultérieure et impactent l'insertion et la vie psycho-sociale à l'âge adulte (1). La précocité de leur prise en charge semble raccourcir leur durée et la morbi-mortalité induite. C'est pourquoi, leur identification précoce par les médecins généralistes est recommandée, puisque 80% des adolescents les consultent au moins une fois dans l'année, et ceux qui ont des problèmes psychologiques plus souvent que les autres mais pour des motifs somatiques (6). La clarification des facteurs qui empêchent systématiquement l'utilisation des services de soins primaires, peut éclairer les interventions de développement des services et de pratique clinique visant à accroître l'accès aux services. L'amélioration de l'accès aux soins est cruciale pour les efforts de prévention (4).

Il existe donc une perspective plus large du rôle du médecin généraliste comme veilleur et accompagnateur au cours de la vie, pour les multiples facteurs bio-psycho-sociaux d'altérations du développement (1). Si les troubles biologiques sont relativement bien identifiés et gérés en soins primaires, il n'en est pas de même des perturbations psycho-sociales (6). Le modèle bio-psycho-social, postulant que la maladie est le produit de systèmes biologiques, psychologiques et sociaux en interaction, explique le mieux les maladies et les symptômes fonctionnels (7). Ainsi, la prise en charge d'un adolescent dépasse le simple cadre bio-médical (8).

Nous nous sommes donc posés la question suivante: quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents chez les professionnels de soins primaires? Dans la littérature, nous retrouvons l'étude de Radovic et ses collaborateurs (9), qui identifie comme obstacles: les transports, les croyances et les attitudes négatives. Tandis que dans l'étude de Gulliver et ses collaborateurs (3), les principaux freins retrouvés sont: la peur de la stigmatisation et les difficultés à identifier des symptômes des troubles psycho-sociaux.

Ainsi, plusieurs études ont traité la question mais il existe des divergences entre elles. En effet, elles ne rapportent pas les mêmes obstacles. Par ailleurs, nous avons retrouvé une seule revue systématique de littérature focalisée sur la confidentialité et datant de 1997 (8). C'est pourquoi nous proposons d'en réaliser une dont l'objectif principal est de répertorier de façon la plus exhaustive possible les freins au dépistage et à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents chez les professionnels de soins primaires. Les objectifs

secondaires de cette étude sont d'explorer les différentes représentations de l'adolescent, des parents et du médecin. Mais aussi d'étudier les différentes caractéristiques des adolescents et des médecins qui sont un frein à une médecine préventive.

Méthodes

Méthodologie de recherche et bases de données:

La revue systématique de littérature a été réalisée par une recherche sur deux bases de données scientifiques: PubMed et Science Direct en septembre 2017. Des mots clefs représentatifs ont été recherchés par exploration simple, synonymique dans le dictionnaire des synonymes, analogique sur Google Scholar et en étudiant la littérature avec des articles phares sur le sujet (3). Cela nous a permis de retenir des mots clefs Mesh. Et ainsi d'obtenir l'équation de recherche suivante: (general practitioner or physician) and (adolescent or teenager or youth) and (psycho social problem or representation or barrier to care).

Critères d'inclusion:

Pour inclure une étude dans la revue de littérature, trois principaux mots clefs étaient recherchés dans un ordre précis. Le premier était "adolescent", nous avons retenu un âge de 10 à 19 ans. En effet, l'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, soit entre 10 et 19 ans. Le deuxième mot clef était "médecin généraliste" ou "soins primaires". L' American Institute of Medicine a proposé en 1996 la définition suivante: "Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté." Les troisièmes mots clefs étaient : "freins", "troubles psycho-sociaux", "représentation".

Les articles inclus devaient datés de 1997 aux plus anciens, pour avoir un recul de vingt ans au maximum, l'objectif étant d'avoir des données récentes et donc reproductibles. Il n'y a pas eu de restrictions de langages, la majorité (n= 22) des articles étant en anglais une minorité en français (n= 2). Il n'y a pas eu non plus de restriction géographique, la majorité des études étant réalisées dans des pays anglo-saxons (USA, Canada, Australie) (n= 16), puis dans des pays Européens (France, Grande-Bretagne, Belgique, Espagne) (n= 6), et enfin Africains (Emirats Arabes Unis) (n= 2).

Critères d'exclusion:

Les articles ont été exclus s'ils ne comprenaient pas les mots clefs recherchés dans la lecture du titre puis du résumé puis de l'article en entier. Tout article exclu a bénéficié d'une seconde lecture différée pour ne pas être exclu à tort. Tout article ne traitant pas d'une situation de soins primaires a été exclu. Aucun article n'a été exclu sur sa qualité dans la mesure où peu de travaux ont été réalisés sur ce thème. Il n'y a pas eu de redondance entre Science Direct et PubMed.

Flow Chart:

L'équation de recherche, sur PubMed et Science Direct, utilisée en septembre 2017, a permis d'inclure 338 articles. Ensuite, 286 articles ont été exclus sur leur titre. Puis 17 articles ont été exclus sur la lecture du résumé. Enfin, 6 articles ont été exclus sur la lecture complète de l'article et 5 articles ont été exclus car l'intégralité de l'article n'était pas disponible (cf annexes: figure 2).

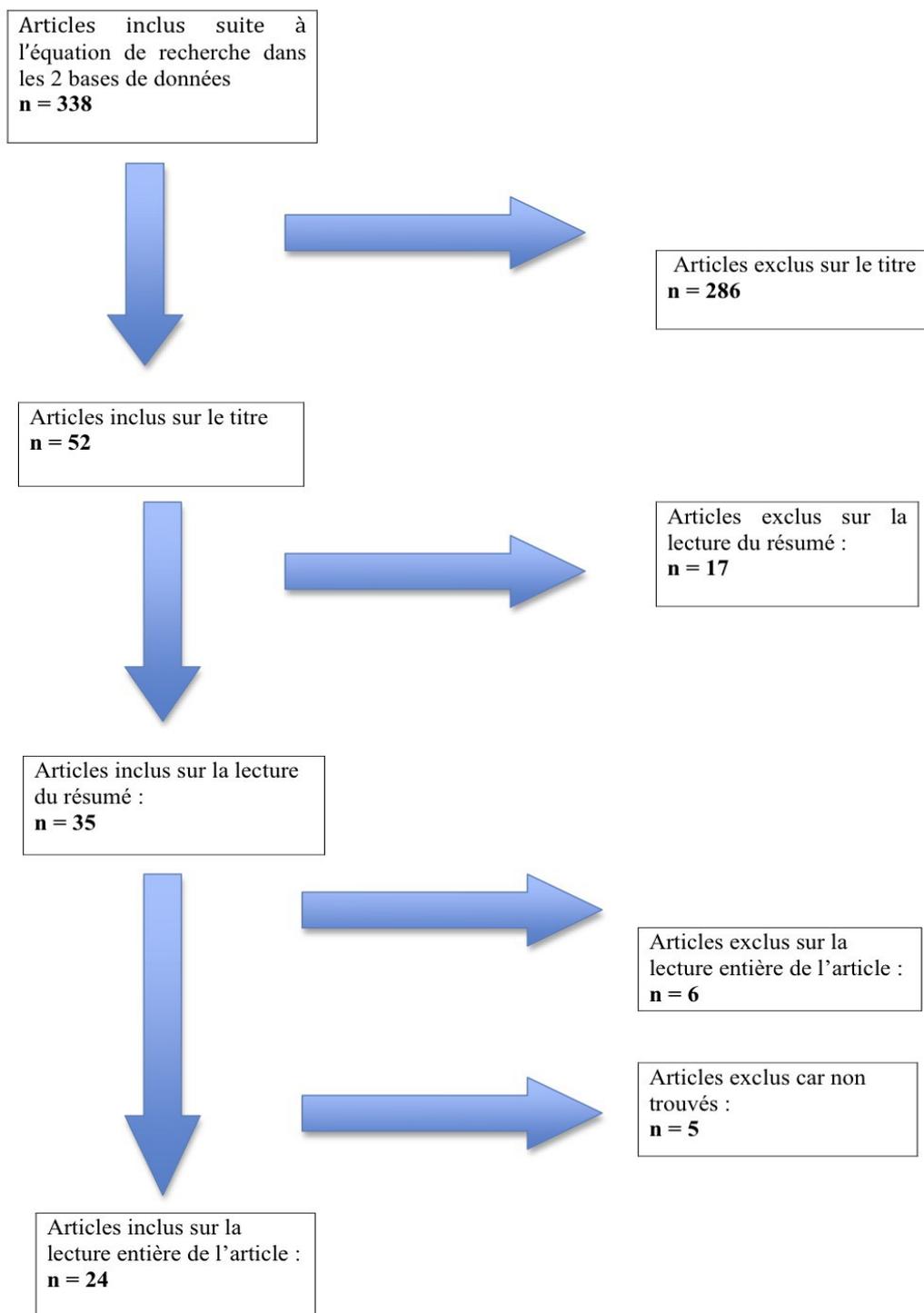


Figure 1 : Flow-Chart

Feuille d'extraction des données:

Une feuille d'extraction des données des articles a été confectionnée après lecture de différentes revues de littérature. Elle contient les informations, jugées pertinentes, suivantes: le numéro de l'article qui permet un renvoi à la bibliographie, l'année de publication, les méthodes utilisées, le pays de l'étude, l'âge et le sexe des sujets de l'étude, le lieu de l'étude (milieu rural, milieu urbain, milieu scolaire), le but étant d'étudier la disparité selon les différentes caractéristiques des adolescents. Ensuite, le trouble étudié (psychologique, social, sexuel, addictions) est noté, puis la taille de l'échantillon et enfin les freins / barrières à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents, classés par thème, liés à l'importance (le plus important en premier). Les études ont été séparées en deux groupes à savoir les études quantitatives et les études qualitatives.

Stratégie d'analyse:

Suite à l'extraction des différentes barrières dans les études qualitatives et quantitatives, des thématiques ont été mises en évidence suivant la fréquence à laquelle on retrouvait ces obstacles cités dans les articles.

Résultats

Caractéristiques des études

Les caractéristiques de chacune des études quantitatives (n=15) et qualitatives (n=9) incluses sont détaillées dans les annexes (figure 3 et figure 4). La section suivante donne un aperçu de ces caractéristiques.

Année et Lieu des études

Les études ont été publiées entre 1997 et 2017. La plupart d'entre elles ont été menées dans des pays anglo-saxons USA (n=13), Canada (n=3), Australie (n=1). Mais aussi dans des pays européens: Grande Bretagne (n=2), Belgique (n=1), Espagne (n=1). Et enfin au Moyen Orient: aux Emirats Arabes Unis (n=1) et à Bahreïn (n=1).

Méthodologies employées

La majorité des études étaient des études quantitatives (n=15), le reste des études étaient qualitatives (n=9). Dans les études quantitatives, nous retrouvions une majorité de sondage (n=12), une étude rétrospective, une étude cas témoin et une analyse secondaire de trois bases de données nationales aux USA. Pour les études qualitatives, nous retrouvions trois entretiens, deux groupes de parole, deux études descriptives, un article didactique sous forme de cas clinique et une revue systématique de littérature.

Caractéristiques de l'échantillon et des participants:

Taille de l'échantillon

Le nombre de participants aux études variait considérablement, entre 406 750 166 et 18 participants. Dans les études quantitatives, le nombre de participants aux sondages variait entre 46 et 468 avec une moyenne de 249 participants. L'étude rétrospective regroupait 53 participants, l'étude cas témoin 63 participants et l'analyse secondaire, de trois bases de données Américaines 406 750 166 participants. Pour les études qualitatives, les entretiens

regroupaient entre 18 et 423 participants, les groupes de parole étaient équilibrés avec 34 participants pour l'un et 38 participants pour l'autre.

Age

Les données rapportées sur l'âge varient entre 6 et 24 ans. De nombreuses études regroupaient des populations allant de 11 à 21 ans, ou de 12 à 18 ans.

Genre

La plupart des études incluaient des garçons et des filles. Une seule étude s'est concentrée exclusivement sur les garçons.

Lieux et groupe cible

Toutes les études concernent un contexte de soins primaires. Dans la majorité des études, le groupe cible sont les adolescents (n= 8), puis les professionnels des soins primaires (n= 7), puis les pédiatres (n= 5), puis les médecins généralistes (n= 4), ensuite les parents (n=2). Une étude avait comme groupes cibles les médecins généralistes et les pédiatres, une autre les pédiatres et les psychiatres, une autre les parents et les adolescents, et enfin une les professionnels des soins primaires et les adolescents. Trois études se déroulent en milieu urbain, deux études se déroulent en milieu rural. Une étude associe milieu urbain et rural, une autre se penche sur les adolescents en milieu défavorisé.

Troubles psychosociaux étudiés

Quatre études traitent des troubles psycho-sociaux de façon élargie en étudiant la santé mentale des adolescents. Le thème de la confidentialité revient à plusieurs reprises (n= 4). Ensuite le thème de la santé sexuelle (n= 4). Puis le thème de l'usage d'alcool, de tabac et de drogues (n= 3). Ou encore le thème du suicide et des intoxications médicamenteuse volontaire (n=2). Le thème de la dépression (n=2).

Une étude se concentre sur les troubles psychosomatiques des adolescents, une autre sur le trouble d'hyperactivité avec déficit attentionnel, une autre sur le thème de la prévention primaire des troubles psycho-sociaux, une autre sur la transition entre la pédiatrie et la médecine adulte et enfin une sur l'utilisation des services de santé par les adolescents.

Freins/ barrières/ obstacles

Les résultats bruts issus de la lecture des articles sont détaillés dans les annexes (figure 3 et figure 4). Cette extraction de données nous a permis de classer dans le tableau ci-dessous (figure 5) les freins classés par fréquence, ils seront développés ensuite dans la discussion.

A) Freins externes:

barrières structurelles (13 articles)

complexité du parcours de soin et limitation du réseau (5 articles)

B) Freins internes:

point de vue des professionnels de soins primaires:

manque de temps (11 articles)

manque de formation et de connaissances (11 articles)

préoccupations concernant l'acceptation des familles (3 articles)

Compétition d'intérêt avec les plaintes somatiques (2 articles)

représentation d'un rôle qui n'est pas celui d'un médecin généraliste (2 articles)

manque d'intérêt pour les troubles psycho-sociaux (2 articles)

point de vue des adolescents et des parents :

manque de confidentialité (10 articles)

peur de la stigmatisation (5 articles)

inadéquation du mode d'information et manque d'éducation (5 articles)

mauvaise relation médecin-adolescent (4 articles)

méconnaissance des troubles psycho-sociaux (3 articles)

méconnaissance du système de soin (3 articles)

résistance au modèle psychologique du trouble (3 articles)

différence de langage entre l'adolescent et le praticien (2 articles)

sollicitation des parents souhaitant connaître les soucis de leur adolescent (1 article)

convergences du trio adolescent- parents-médecin :

inconfort à aborder ce thème (3 articles)

inefficacité des aides proposées (3 articles)

C) Caractéristiques freinatrices du duo médecin-adolescent:

adolescent jeune et de sexe masculin (1 article)

médecin qui voit plus de 50 patients par jour et qui a plus de 45 ans (1 article)

la ruralité (1 article)

bas niveau socio-économique (1 article)

origine ethnique de l'adolescent (1 article)

Figure 5: freins des études quantitatives et qualitatives

Discussion

Cette revue de littérature a permis une synthèse à partir d'études disparates. Elle trouve une convergence générale. Les « freins externes » sont liés aux organisations des soins et à leur complexité structurelle. Les « freins internes » sont liés chez les professionnels à des carences ou à des représentations, chez les adolescents à des inquiétudes, des méconnaissances, et des écarts culturels, et chez tous à un malaise relationnel et un jugement négatif sur le dispositif d'aides. Le duo difficile associe un adolescent garçon, jeune, et un médecin généraliste de plus de 45 ans à grosse patientèle exerçant en zone rurale pauvre. Nous allons les examiner en détail.

A) Freins externes

Barrières structurelles

Les barrières structurelles compliquent la possibilité de consulter. Il s'agit des horaires de consultation inadéquats, le problème du transport des adolescents, en particulier en milieu rural, et le manque de soutien institutionnel avec notamment le manque de ressources et de personnel soignant (6). Par ailleurs, le temps de consultation est jugé trop court et les difficultés à réserver des rendez-vous ont un impact majeur sur la continuité des soins (4).

Complexité du parcours de soin et limitation du réseau

Le parcours de soins est jugé complexe, avec un réseau trop limité en professionnels de santé mentale des adolescents (psychologue et psychiatre), ce qui découle en des délais de consultations trop longs (6). Pour Heneghan et ses collaborateurs (10), il appartient aux professionnels de santé de soins primaires, tels que le médecin généraliste ou le pédiatre, de dépister les problèmes de santé mentale des adolescents mais il revient aux professionnels de la santé mentale de les traiter.

Cette revue de littérature a comme nouveauté de souligner les différences de représentations entre les professionnels des soins primaires d'une part et l'adolescent et ses parents d'autre part. Ces notions sont développées dans les paragraphes ci-dessous.

B) Freins internes:

Point de vue des professionnels des soins primaires:

Manque de temps

Le manque de temps est considéré comme l'obstacle majeur (7). Les médecins généralistes adressent souvent les patients à des spécialistes «pour acquérir une compétence en dehors de leur domaine d'expertise», mais beaucoup peuvent également le faire en raison d'autres limites perçues, telles que les contraintes de temps (10). Dans l'étude d'Awad et ses collaborateurs (11), les deux tiers des médecins généralistes ont signalé le manque de temps comme obstacle et une proportion similaire a déclaré que le manque de ressources communautaires était également un obstacle. Les deux sont potentiellement modifiables grâce à la fourniture d'un soutien organisationnel ou peut-être par le biais d'incitations financières.

Manque de formation et de connaissances

Le manque de formation, de pratique et de compétence des médecins généralistes au dépistage et au traitement des problèmes de santé mentale des adolescents est un frein. Forrest et ses collaborateurs (10) ont constaté que les deux tiers des problèmes de santé mentale des adolescents étaient dépistés lors du premier contact mais ils suggèrent que l'identification des problèmes de santé mentale n'était pas un problème, c'est davantage la mise en place d'un plan de soin et le suivi qui en est un. Pour Van Hook et ses collaborateurs (12), les professionnels des soins primaires ont besoin d'une éducation, d'une formation et d'un soutien supplémentaires pour fournir des soins appropriés concernant la consommation de substances à leurs patients adolescents. Pour Awad et ses collaborateurs (11), il peut être nécessaire d'incorporer une formation préventive dans les programmes de troisième cycle pour garantir que les médecins généralistes, hommes et femmes, fournissent des conseils préventifs aux jeunes.

Préoccupations concernant l'acceptation des familles

Les perceptions de chacun sur les obstacles peuvent influencer les perceptions de l'autre, obligeant les médecins à prendre en compte les opinions des adolescents et des parents (9). Ainsi, le diagnostic d'un trouble de nature psychologique peut être difficile à accepter et peut déclencher de nombreuses réactions négatives (défensive, colère, anxiété, etc.) chez les adolescents comme chez les parents (7). C'est pourquoi, les médecins peuvent sauter cette étape pour gagner du temps, et ils ont également indiqué qu'ils ne voulaient pas contrarier les parents (13).

Compétition d'intérêt avec les plaintes somatiques

Les adolescents consultent rarement pour un motif psychologique mais bien plus souvent pour un motif somatique, qui est considéré comme prioritaire à résoudre. Pour Ocos-Sanchez et ses collaborateurs (14), il peut y avoir des situations cliniques où il serait plus approprié de différer les discussions sur les soins préventifs pour une période ultérieure.

Représentation du rôle du médecin généraliste

Certains médecins généralistes considèrent que la prise en charge des troubles psychosociaux des adolescents ne relève pas de leur rôle. En effet, dans l'étude menée par Sterling et ses collaborateurs (15) si un médecin généraliste soupçonnait un patient d'avoir un problème de toxicomanie, 93% d'entre eux ont indiqué qu'ils le dirigeraient vers quelqu'un d'autre ou ailleurs pour un traitement. Nous retrouvons également cela dans l'étude de Henghan et ses collaborateurs (10) où la majorité des médecins généralistes et des psychiatres conviennent que les médecins généralistes devraient être responsables de l'identification et de l'orientation, mais pas du traitement des problèmes de santé mentale des adolescents, malgré la pénurie de psychiatres. Cependant, dans l'étude de Perez-Carcelez et ses collaborateurs (5), les adolescents reconnaissent fréquemment régulièrement la Médecine Générale car son approche centrée sur la personne traite tous les problèmes de santé et est donc parfaitement adaptée à leurs besoins.

Manque d'intérêt pour les troubles psycho-sociaux

Dans l'étude d'Henry-Raid et ses collaborateurs (2), le manque d'intérêt pour la santé des adolescents a été signalé par plus de la moitié des médecins comme un facteur limitant. Leur enquête a révélée qu'un tiers (35,6%) des médecins discutaient rarement, voire jamais, des comportements sexuels à risque avec les adolescents. D'autres études soulignent aussi ce point: en effet, dans l'étude d'Awad et ses collaborateurs (11), seulement 29% des médecins généralistes ont fourni des conseils préventifs à plus de la moitié de leurs patients, un faible pourcentage similaire (34%) a été signalé dans une étude sur les médecins généralistes au Canada.

Point de vue des adolescents et des parents

Peur de la stigmatisation

S'inquiéter de ce que les autres penseraient, en raison de la stigmatisation, a été identifié comme l'obstacle le plus important pour les adolescents et les parents (3), (9). Les médecins généralistes peuvent mal évaluer l'importance de cette barrière en surestimant l'importance des facteurs situationnels (9). La plupart des adolescents sont préoccupés par ce que les autres, y compris le médecin, peuvent penser d'eux si ils voulaient demander de l'aide (3). En outre, certaines études ont montré qu'un pourcentage substantiel d'adolescent ne

demandait pas de soins ou de conseils parce qu'ils ne voulaient pas que leurs parents découvrent leur maladie (5). Par ailleurs, la stigmatisation est aussi un obstacle pour les parents comme le souligne l'étude de Sayal et ses collaborateurs (4): les conséquences perçues par les parents comprennent le sentiment de culpabilité, les inquiétudes quant à leur étiquetage ou à celui de leur enfant, les éventuelles conséquences néfastes du diagnostic de l'enfant et, plus encore, la possibilité que son enfant soit retiré de la famille.

Manque de confidentialité

Les adolescents sont freinés par une méconnaissance de leurs droits, particulièrement la dimension du secret professionnel, car le médecin généraliste est mis du côté des parents. Ils ont besoin d'être rassurés sur la confidentialité pour se confier et accepter un suivi (29). Les inquiétudes concernant la confidentialité et la confiance peuvent également être liées à la stigmatisation, où la crainte d'une violation de la confidentialité découle de la peur de la stigmatisation et de l'embarras si les pairs et la famille découvrent que le jeune a demandé de l'aide (3).

Dans l'étude de Mc Kee et ses collaborateurs (13), les médecins généralistes se sentent en conflit entre la nécessité de protéger la confidentialité des adolescents et le désir d'engager la famille à soutenir les adolescents. Ils cherchent à surmonter cette tension en encourageant la communication parents-adolescents et en se proposant comme médiateurs pour faciliter une telle communication. Le droit légal de consentir au traitement appartient habituellement aux parents ou au tuteur légal de l'adolescent. Il existe cependant de nombreux cas dans lesquels les adolescents peuvent donner leur propre consentement. La proportion de médecins assurant la confidentialité pour les adolescents augmente avec l'âge et la maturité des patients.

Inadéquation du mode d'information et manque d'éducation

Le manque d'information des familles, mais aussi le manque d'éducation des adolescents, par leurs parents ou en milieu scolaire, ou encore le manque d'éducation des familles par les services médicaux, favorisent la faible prise en charge des troubles psychosociaux des adolescents et l'augmentation de la morbi-mortalité de ceux-ci à l'âge adulte. Pour Henry-Raid et ses collaborateurs (2), une formation pour parler avec les adolescents des IST et de l'inconfort à discuter des problèmes sexuels doit être abordée, par le biais de programmes éducatifs aussi bien pour les médecins, que les parents, que les enseignants. Dans leur étude Awad et ses collaborateurs (11) ont indiqué que le manque de matériel éducatif pour les adolescents était également un obstacle important à l'offre de conseils en matière de prévention du tabagisme. Il a été rapporté que les matériels éducatifs traitant du comportement préventif en matière de santé ont un impact positif sur le comportement des patients.

Mauvaise relation médecin-adolescent

La relation médecin-adolescent a aussi été rapportée comme un frein. En effet, les adolescents se plaignent d'un manque d'écoute et d'empathie de la part des médecins généralistes, et la peur d'être jugé les freine dans leur recherche d'aide auprès des services de santé (29). L'étude menée par Johnston et ses collaborateurs (16), montre qu'un personnel accueillant, sans jugement et attentif, est reconnu comme essentiel dans la prestation de services adaptés aux adolescents. Ce qui est étayé par l'étude d'Awad et ses collaborateurs (11) où les médecins sont bien placés pour jouer un rôle important dans la prévention de l'usage de la cigarette chez les adolescents. Il existe des preuves que les adolescents sont motivés par les conseils de santé de leur médecin et, parce que les adolescents considèrent les médecins comme dignes de confiance, ils peuvent être plus susceptibles de prendre en compte

leurs conseils que ceux de leurs parents (11). De plus, ils se sentent mieux après une consultation avec leur médecin généraliste (30,31).

Méconnaissance des troubles psycho-sociaux et du système de soins

Le fait qu'un parent reconnaisse la dépression et le besoin de traitement de son adolescent, a une forte influence sur la prise en charge de ce trouble (9). Ainsi, bien souvent, les parents et les adolescents eux-mêmes présentent des difficultés à identifier les symptômes de maladie mentale. Plus complexe encore, dans l'étude de Gulliver et ses collaborateurs (3), les adolescents étaient conscients de leur détresse, mais modifiaient continuellement le sens qu'ils accordaient à cette détresse, et en particulier si elle était ou non «normale» afin de s'adapter à des niveaux de détresse plus élevés et d'éviter de demander de l'aide. Nous retrouvons également des dysfonctionnements du côté parental. En effet, dans l'étude de Sayal et ses collaborateurs (17), la plupart des parents reconnaissaient un problème. Cependant, peu de parents ont interprété le trouble de leur enfant comme nécessitant l'avis d'un médecin. Dans cette étude, un lien est fait entre la sévérité du trouble et la proportion à consulter. Ainsi, plus le trouble est important plus les familles vont consulter. Seulement, beaucoup de troubles psycho-sociaux de l'adolescent sont peu "bruyants" mais nécessitent tout de même une prise en charge pour éviter une aggravation avec le temps. De plus, les parents peuvent ne pas exprimer leurs préoccupations en matière de soins primaires s'ils considèrent les difficultés comme étant de nature éducative. Enfin, la plupart des parents ne savent pas vers quel professionnel de santé s'orienter.

Résistance au modèle psychologique du trouble

Dans l'étude de Radovic et ses collaborateurs (9), le fait de ne pas vouloir recevoir de soin, de la part des adolescents, est rapporté comme la barrière principale à la recherche d'aide auprès des services de santé de soins primaires. Rickwood et ses collaborateurs ont conclu qu'une forte dépendance à soi pour résoudre les problèmes, un manque de compétence émotionnelle et des attitudes négatives à l'égard de la recherche d'aide auprès des professionnels étaient des obstacles majeurs (3). De plus, le principe d'autosuffisance est source d'une forte résistance à l'égard de la prise en charge de souci de nature psycho-sociale tout cela démultiplié par la stigmatisation perçue. Ainsi, dans l'étude de Gulliver et ses collaborateurs (3), les adolescents préfèrent compter sur eux-mêmes plutôt que de chercher une aide extérieure pour leurs problèmes. En effet, il existe chez eux un sentiment de peur ou de stress à propos de l'acte de rechercher de l'aide ou de la source d'aide elle-même.

Différence de langage entre l'adolescent et le médecin

Les différences de langage entre le médecin et l'adolescent altèrent la relation médecin-malade. En effet, les adolescents ont un langage qui leur est propre et ils comprennent peu le vocabulaire médical utilisé par leur médecin, ce qui amène à une incompréhension de part et d'autre et donc à une distance qui se creuse entre le médecin et son malade. (3)

Sollicitation des parents souhaitant connaître les soucis de leur adolescent

Dans l'étude de Van hook et ses collaborateurs (12), de nombreux médecins ont établi des politiques dans lesquelles le parent est invité à quitter le bureau de consultation pendant une partie de la visite médicale, mais de nombreux parents d'adolescents ont insisté pour rester pendant toute la consultation. D'autres parents ont insisté sur le fait qu'ils avaient une relation très ouverte avec leur adolescent et que leur présence n'affecterait pas la discussion.

Les recherches limitées qui explorent les perspectives des parents suggèrent que les cliniciens peuvent sous-estimer l'inconfort des parents, en particulier chez les parents des filles à les laisser consulter seule (13). Les médecins offrent dans 33 à 52% des consultations avec des adolescents un moment privé. L'adoption de cette recommandation dans la pratique quotidienne ne devrait pas constituer un obstacle majeur car la majorité des parents, s'ils sont correctement informés, voit l'intérêt de ce moment privé lors de la consultation (18).

Une autre nouveauté amenée par notre étude est de souligner les convergences et les divergences au sein du trio adolescent-médecin-parents. Ces notions sont développées dans les paragraphes ci-dessous.

Convergences:

Inconfort à aborder ce thème

Le médecin généraliste se sent inconfortable à aborder le thème des troubles psychosociaux des adolescents pour de nombreuses raisons. En effet, il a peur de mettre le doigt sur un problème stigmatisant avec la peur de mettre en colère, mais aussi de se retrouver face à un problème chronophage qu'il ne se sent pas vraiment capable de gérer et pour lequel il ne se sent pas justement rémunéré. L'adolescent, lui aussi, se sent inconfortable à aborder ces sujets, car il a du mal à faire la différence entre le normal et le pathologique, et il a peur d'être jugé et incompris par les professionnels de santé, un sentiment de honte l'habite. Pour les parents aussi ces thèmes sont difficilement abordables car ils se sentent responsables du mal-être de leur adolescent et ont peur d'aborder les problèmes de santé sexuelle ou de l'utilisation de drogues (4, 12,15).

Inefficacité des aides proposées

L'échec d'une prise en charge efficace des problèmes de santé mentale des adolescents décourage les familles à chercher davantage d'aide. En effet, elles se sentent abandonnées, elles sont confrontées à des délais de prise en charge longs, avec un manque de suivi, les intervenants changeant régulièrement, et elles se voient le plus souvent confrontées à une simple prescription de médicament sans davantage d'explications. Les médecins, eux aussi, présentent un certain scepticisme, leur expérience fait qu'ils prennent conscience que certes les médicaments peuvent aider mais ils sont d'un intérêt très limité dans l'effet et dans le temps. De plus, une prise en charge psychothérapeutique est rarement suivie (9, 12, 14).

Divergences:

Pour les professionnels des soins primaires, les freins à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents sont davantage ressentis comme étant d'origine structurelle et liés au manque de formation. Alors que pour les adolescents et leurs parents, ils s'agit davantage d'une carence dans la relation médecin-patient avec la peur d'être stigmatisé qui prend le dessus.

Une autre nouveauté apportée par notre étude est d'explorer les caractéristiques du duo médecin-adolescent qui sont un frein à la prise en charge globale des troubles psycho-sociaux des adolescents. Ces caractéristiques sont détaillées dans les paragraphes ci-dessous.

C) Caractéristiques freinatrices du duo médecin-adolescent:

Caractéristiques de l'adolescent

L'âge

Plus l'adolescent est jeune, plus il est difficile d'aborder avec lui les problèmes de nature psycho-sociale (18). Plusieurs hypothèses ont été avancées: dans l'étude de Awad et ses collaborateurs (11), les médecins généralistes étaient plus susceptibles de discuter du tabagisme avec des adolescents plus âgés, peut-être parce qu'ils perçoivent que les adolescents plus âgés sont plus susceptibles de commencer à fumer que les plus jeunes et ont donc plus besoin de conseils préventifs. De plus, les parents sont plus susceptibles d'accompagner les adolescents plus jeunes dans la salle d'examen, et les médecins peuvent hésiter à discuter du tabagisme avec ces adolescents lorsque leurs parents sont présents. Dans l'étude de Marcell et ses collaborateurs (19), alors que les adolescents et les adolescentes sont observés dans des proportions similaires dans la plupart des sites de soins de santé, les différences dans l'utilisation des services de santé par les adolescents et les adolescentes plus âgés sont probablement dues à l'augmentation des services de santé sexuelle (contraception, IST) des femmes.

Le sexe

Les adolescents, de sexe masculin et de tous âges, utilisent les services de soins de santé primaire beaucoup moins souvent que les adolescents de sexe féminin. De plus, l'utilisation de ces services par les adolescents de sexe masculin diminue avec leur croissance en âge, alors qu'elle augmente chez les filles. En outre, les lieux où les adolescents de sexe masculin et féminin demandent des soins, diffèrent considérablement à mesure qu'ils grandissent; les adolescents de sexe masculin plus âgés diminuent considérablement leurs visites chez les pédiatres plus que chez les adolescents de sexe féminin et ont une prédominance de visites chez les médecins généralistes et les services d'urgence (19).

Caractéristiques du médecin

L'âge

Les médecins de plus de 45 ans, avec une lourde charge de travail, ont tendance à moins assurer la confidentialité aux adolescents, cela semble dû à la limite de temps disponible. En effet, ne pas se contenter de la prise en charge des plaintes biologiques des adolescents et dépister les troubles psycho-sociaux nécessite du temps. Et les médecins avec des grandes patientèles manquent de temps. En revanche, et avec des attitudes moins paternalistes, ceux qui fournissent des informations conformément à la loi ont tendance à être plus jeunes, à avoir des enfants et à avoir une charge de travail plus légère. Ainsi, les jeunes médecins formés en médecine familiale et dont la charge de travail est plus légère ont tendance à respecter davantage la confidentialité, alors que les médecins mariés avec enfants (76,5%) sont plus susceptibles d'informer les parents, probablement parce qu'ils souhaiteraient être informés dans des situations similaires. Enfin, d'autres études ont montré que les médecins plus jeunes déclarent plus de dépistages que les plus âgés, bien que cela puisse refléter des différences de formation plutôt que d'âge (5,15).

Le sexe

Certaines études ont montré que le sexe du médecin prédisait les pratiques de dépistage, les femmes médecin étant plus susceptibles que les hommes de fournir des services de prévention chez les adolescents et d'utiliser des instruments standardisés (15). En outre, il existe des variabilités selon le thème abordé: globalement, les adolescents se confient plus facilement à une médecin femme pour les problèmes d'IST et plus facilement à un médecin homme pour les problèmes de drogues (12).

Le type de médecin

Robert et ses collaborateurs (20) décrivent différents types de médecins qui permettent d'expliquer la disparité des prises en charge selon le tempérament du praticien et sa philosophie du soin. Ainsi, les « réparateurs » ont une vision de « techniciens » qui se cantonnent à résoudre le motif de consultation. Ils agissent dans le présent avec une démarche pragmatique où les besoins en santé des jeunes apparaissent simples. Ils se centrent sur des problèmes biomédicaux excluant la part psychologique avec un certain détachement professionnel non anxieux. Ils sont dans un paradigme positiviste où les aspects émotionnels ne sont pas pris en compte. Pour eux, les jeunes ont des difficultés de communication, ils sont peu fiables, et leur récit leur semble souvent non fondé.

Les « planificateurs », eux, ont une vision d'« ingénieurs », ils ont repéré les difficultés à la source des souffrances psychologiques et les enjeux des comportements. Ils intègrent l'environnement, le mode de vie et la dimension fondamentale de la famille. En plus du présent, ils intègrent le futur. Enfin, les « collaborateurs » ont une vision allant d'« accompagnateurs » discrets à « moniteurs » plus actifs. En plus du présent et du futur, ils intègrent le passé, la biographie et la géographie relationnelle de l'adolescent (6). Mais le médecin généraliste peut aussi ne pas être figés dans une de ces catégories. En effet, un même médecin généraliste peut passer d'une attitude à une autre selon les personnes ou les moments.

Les lieux

La ruralité

La ruralité semble être un frein. En effet, dans l'étude de Gulliver et ses collaborateurs (3), la stigmatisation perçue peut affecter davantage la recherche d'aide dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Sur la base des résultats de l'enquête d'Henry-Reid et ses collaborateurs (2), les pratiques de centre-ville sont plus susceptibles que celles en milieu rural, à la fois de fournir régulièrement des services de santé sur les troubles psycho-sociaux des adolescents et d'avoir un protocole normalisé à l'échelle du cabinet pour la confidentialité. En outre, certaines barrières structurelles se font plus facilement ressentir en milieu rural notamment pour les transports.

Le bas niveau socio-économique

Dans l'étude de Renaud et ses collaborateurs (21), le taux de 28,3% dans le groupe suicide chez les jeunes avec problèmes sociaux était plus élevé comparativement aux 15,0% et 8,9% trouvés dans les deux groupes témoins. Il existe un mécanisme par lequel un faible revenu peut accroître la vulnérabilité des adolescents aux problèmes de santé mentale et de comportement, en augmentant leur exposition à d'autres facteurs de risque tels que les facteurs de stress, la violence, la détresse parentale, la dépression parentale et la toxicomanie, qui à leur tour affectent le comportement des adolescents et leur développement mental. Ce n'est pas la pauvreté seule, mais plutôt la combinaison de la pauvreté et de ces facteurs de

risque, qui expose un adolescent à un risque accru de développer des problèmes de santé mentale. Les parents qui ont abandonné la garde de leurs adolescents aux services de protection de l'adolescence ou à la justice pour mineurs ont cité une multitude d'obstacles qui les empêchaient d'obtenir des soins de santé mentale pour leurs adolescents, notamment des limitations de leur couverture d'assurance, des pénuries de services disponibles, des difficultés d'accès aux services et les malentendus sur les responsabilités des différentes agences dans le service aux adolescents. (22).

L'origine ethnique des adolescents:

Nous retrouvons aussi une disparité selon l'origine ethnique de l'adolescent. Ainsi, dans l'étude de Sterling et ses collaborateurs (15) menée aux Etats-Unis, le pourcentage de consultation selon l'origine a été calculé : blancs (39%), Afro-Américains (37%), Hispaniques (35%), Amérindiens (14%), Insulaires du Pacifique (6%), Asiatiques (4%). Les recherches de l'étude de Bringewatt et ses collaborateurs (22) montrent également que les enfants Afro-Américains et Hispaniques sont les plus susceptibles d'avoir des besoins de santé mentale non satisfaits.

Limitations

Notre étude souffre cependant de certaines limites :

Choix des revues:

La stratégie de recherche n'a sans doute pas capturé tous les articles pertinents. Google Scholar n'a pas été inclus car plus de 15000 références étaient proposées, dont de nombreuses études de faible qualité. Ainsi, la terminologie utilisée dans notre stratégie de recherche a peut-être visé un champ trop large. Mais nous avons fait ce choix car c'est un sujet peu traité pour lui-même et trop souvent évoqué à la marge des travaux concernant les soins aux adolescents.

Analyse des revues:

D'un point de vue méthodologique, un seul thésard a sélectionné les articles et en a extrait les données. Par ailleurs, il existe chez les auteurs des différences culturelles tant dans les systèmes de soins que dans le rapport culturel à la maladie et à la relation médecin-malade. Notre étude a inclus des résultats venant de différentes cultures qui ne sont pas nécessairement généralisables partout. De plus, il est difficile de mettre au même niveau le poids des conclusions d'une étude de grande qualité face à une étude de qualité moins forte. Ainsi, la synthèse d'un panel aussi large d'études peut être source de biais.

Conclusion

Cette revue de littérature nous a permis de faire un point général sur les freins à la prise en charge des problèmes de santé d'ordre psycho-sociale.

Du point de vue des professionnels des soins primaires, les principaux obstacles sont davantage structurels et liés à leur manque de formation. Tandis que du point de vue des familles (parents et adolescents), les obstacles sont plus liés à la relation médecin-malade et notamment à la peur d'être stigmatisé. Chaque médecin doit être au clair quant aux règles de confidentialité pour assurer une prise en charge adaptée aux adolescents.

Il se pose le difficile problème de résoudre ces difficultés rencontrées. Que pourrait-il être proposé ? Du côté des professionnels: modifier la formation initiale ? , la FMC ? introduire une consultation spécifique reconnue ? En effet, un allongement du temps de consultation, favorisé par des incitations financières, permettraient d'améliorer la prise en charge globale des adolescents. Il semble aussi nécessaire de former davantage les étudiants en troisième cycle de Médecine à ce type de problématique. Du côté des adolescents, nous pourrions faire des campagnes d'informations ?

Ainsi, cette étude ouvre d'autres perspectives notamment celle des facilitateurs à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents. En outre, nous remarquons qu'aucune publication de notre revue de littérature n'est issue d'une étude réalisée en France. Il serait donc bon de réaliser des études en France qui nous permettraient de mieux cerner les problèmes sur notre territoire et ainsi d'amener des solutions adaptées vu que bon nombre de freins semblent liées aux facteurs culturels et à la philosophie du soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale Première partie. L'adolescent, cet inconnu. *Exercer* 2018;141:122-32.
2. Henry-Reid LM, O'Connor KG, Klein JD, Cooper E, Flynn P, Futterman DC. Current pediatrician practices in identifying high-risk behaviors of adolescents. *Pediatrics*. 2010;125(4):741-747.
3. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*; 2010, 10:113.
4. Sayal K, Tischler V, Coope C, Robotham S, Ashworth M, Day C, Tylee A, Simonoff E. Parental help-seeking in primary care for child and adolescent mental health concerns: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2010;197(6):476-481.
5. Pérez-Cárceles MD, Pereñiguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *J Med Ethics*. 2006;32(6):329-334.
6. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale Deuxième partie. Évaluer, accompagner. *Exercer* 2018;142:169-81.
7. Ibeziako P, Bujoreanu S. Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2011;23(4):384-389.
8. Proimos J. Confidentiality issues in the adolescent population. *Curr Opin Pediatr*. 1997;9(4):325-328.
9. Radovic A, Farris C, Reynolds K, Reis EC, Miller E, Stein BD. Primary care providers' beliefs about teen and parent barriers to depression care. *J Dev Behav Pediatr*. 2014;35(8):534-538.
10. Heneghan A, Garner AS, Storfer-Isser A, Kortepeter K, Stein RE, Horwitz SM. Pediatricians' role in providing mental health care for children and adolescents: do pediatricians and child and adolescent psychiatrists agree? *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(4):262-269.
11. Awad MA, O'Loughlin J. Physician delivery of smoking prevention counseling to young patients in the United Arab Emirates. *Patient Educ Couns*. 2007;67(1-2):151-156.
12. Van Hook S, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J, Knight JR; New England Partnership for Substance Abuse Research. The "Six T's": barriers to screening teens for substance abuse in primary care. *J Adolesc Health*. 2007;40(5):456-461.
13. McKee MD, Rubin SE, Campos G, O'Sullivan LF. Challenges of providing confidential care to adolescents in urban primary care: clinician perspectives. *Ann Fam Med*. 2011;9(1):37-43.
14. Oscós-Sánchez MA, White D, Bajorek E, Dahlman M, Albright T, Treviño J, Burge SK. SAFE TEENS: facilitators of and barriers to adolescent preventive care discussions. *Fam Med*. 2008;40(2):125-131.

15. Sterling S, Kline-Simon AH, Wibbelsman C, Wong A, Weisner C. Screening for adolescent alcohol and drug use in pediatric health-care settings: predictors and implications for practice and policy. *Addict Sci Clin Pract*. 2012; 7: 13.
16. Johnston K, Harvey C, Matich P, Page P, Jukka C, Hollins J, Larkins S. Increasing access to sexual health care for rural and regional young people: Similarities and differences in the views of young people and service providers. *Aust J Rural Health*. 2015;23(5):257-264.
17. Sayal K, Goodman R, Ford T. Barriers to the identification of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(7):744-750.
18. Deneyer M, Devroey D, De Groot E, Buyl R, Clybouw C, Vandenplas Y. Informative privacy and confidentiality for adolescents: the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010. *Eur J Pediatr*. 2011;170(9):1159-1163.
19. Marcell AV, Klein JD, Fischer I, Allan MJ, Kokotailo PK. Male adolescent use of health care services: where are the boys? *J Adolesc Health*. 2002;30(1):35-43.
20. Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *Br J Gen Pract* 2014;64:e254-61.
21. Renaud J, Chagnon F, Balan B, Turecki G, McGirr A, Marquette C. Psychiatric services utilization in completed suicides of a youth centres population. *BMC Psychiatry*. 2006;6:36.
22. Bringewatt EH, Gershoff ET. Falling through the cracks: Gaps and barriers in the mental health system for America's disadvantaged children. *Child Youth Serv Rev*. 2010;32(10):1291-1299.
23. Venkataramani M, Cheng TL, Solomon BS, Pollack CE. Caregiver Health Promotion in Pediatric Primary Care Settings: Results of a National Survey. *J Pediatr*. 2017;181:254-260.
24. O'Sullivan LF, Byers ES, Brotto LA, Majerovich JA. Access to and use of sexual health care services among young Canadians with and without a history of sexual coercion. *Can Fam Physician*. 2015;61(10): 467-473.
25. Hulme J, Dunn S, Guilbert E, Soon J, Norman W. Barriers and facilitators to family planning access in Canada. *Healthc Policy*. 2015;10(3):48-63.
26. Agrawal R, Shah P, Zebracki K, Sanabria K, Kohrman C, Kohrman AF. Barriers to care for children and youth with special health care needs: perceptions of Illinois pediatricians. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(1):39-45.
27. Burdo-Hartman WA, Patel DR. Medical home and transition planning for children and youth with special health care needs. *Pediatr Clin North Am*. 2008;55(6):1287-1297.
28. Al-Ansari AM, Hamadeh RR, Matar AM, Buzaboon B, Marhoon H, Raees AG. Overdose among youth in Bahrain: psycho-social characteristics, contact with helping agencies and problems. *J R Soc Health*. 1997;117(6):366-371.
29. Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs ? *Eur J Gen Pract*. 2016 Sep 3:1-8.

30. Binder P., Caron.C., Jouhet V., Goasdoué E., Marcelli D., Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Family Practice* (2010) 27(5): 556-562
31. Tudrej B, Heintz AL, 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. *European Journal of General Practice* 2017, 23:1, 182-189

Annexes

Figure 2: Articles Exclus

Articles exclus sur la lecture entière de l'article:

Sparud-Lundin C, Berghammer M, Moons P, Bratt EL. Health care providers' attitudes towards transfer and transition in young persons with long term illness- a web-based survey. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):260.

> N'intéresse pas le domaine des soins primaires.

Bauer GR, Zong X, Scheim AI, Hammond R, Thind A. Factors Impacting Transgender Patients' Discomfort with Their Family Physicians: A Respondent-Driven Sampling Survey. *PLoS One.* 2015;10(12):e0145046.

> Ne s'intéresse pas aux adolescents (patients de plus de 16 ans).

Alli F, Maharaj P, Vawda MY. Interpersonal relations between health care workers and young clients: barriers to accessing sexual and reproductive health care. *J Community Health.* 2013;38(1):150-155.

> Ne s'intéresse pas aux adolescents (jeunes de 18 à 24 ans).

Venkat A, Jauch E, Russell WS, Crist CR, Farrell R. Care of the patient with an autism spectrum disorder by the general physician. *Postgrad Med J.* 2012;88(1042):472-81.

> Ne s'intéresse pas qu'aux adolescents (tous les âges confondus).

Owens C, Lloyd KR, Campbell J. Access to health care prior to suicide: findings from a psychological autopsy study. *Br J Gen Pract.* 2004;54(501):279-281.

> Ne s'intéresse pas aux adolescents (patients de 18 ans et plus).

Sturdevant MS, Kohler CL, Williams LF, Johnson JE. The University of Alabama teenage access project: A model for prevention, referrals, and linkages to testing for high-risk young women. *J Adolesc Health.* 1998;23(2):107-114.

> N'aborde pas les freins/ obstacles/ barrières à la prise en charge des troubles psychosociaux des adolescents.

Article exclus car non trouvés:

Shreve M, Scott A, Vowell Johnson K. Adequately Addressing Pediatric Obesity: Challenges Faced by Primary Care Providers. *South Med J.* 2017;110(7):486-490.

Deneyer M, Marchand J, Buy R, Michel L, Holsters D, Vandenplas Y. The influence of the law on patient's rights on the practice of the Flemish paediatricians anno 2010. *Acta Chir Belg.* 2012;112(4):297-301.

Jorm AF, Wright A, Morgan AJ. Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *Med J Aust.* 2007;187(10):556-560.

Adams KE. Mandatory parental notification: the importance of confidential health care for adolescents. *J Am Med Womens Assoc (1972).* 2004;59(2):87-90.

Asarnow JR, Jaycox LH, Anderson M. Depression among youth in primary care: Models for delivering mental health services. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(3):477-497.

Figure 3: tableau des études quantitatives:

N°	Année	Méthodes	Pays	Age	Sexe	Lieu	Troubles	N	Thèmes (freins)
23	2017	Sondage par email chez MG et pédiatres en soins primaires	USA	SP	M/F	SP	1/ dépression maternelle 2/ usage de tabac 3/ violences conjugales 4/ planning familial 5/ assurance santé 6/ vaccination DTP	239	<u>Point de vue des fournisseurs de soins primaires:</u> 1/ manque de temps 85.2% 2/ manque de remboursement 55.3% 3/ mécanismes de références complexes 54.4% 4/ manque de recommandations 51.5% 5/ préoccupations concernant l'acceptation parentale 25.2% 6/ responsabilité personnelle 15.9%
24	2015	Sondage internet chez les adolescents	Canada	16-21	M/F	SP	santé sexuelle	405	<u>Point de vue des adolescents:</u> 1/ Les jeunes ayant eu un examen de routine dans l'année ont 8 fois plus de chance que les autres d'aborder le thème de la santé sexuelle en consultation (OR: 8,29) 2/ Les jeunes victime d'abus sexuels consultent plus facilement sur le thème de la santé sexuelle que les autres (40.8% vs 20.5%) 3/ Les jeunes trouvant qu'il est facile d'avoir une consultation de santé sexuelle consultent 2 fois plus que ceux pensant qu'il est difficile d'aborder ce thème (OR: 1.74)
9	2014	sondage chez les fournisseurs de soins primaires	USA	SP	M/F	SP	Dépression	58	<u>Point de vue des adolescents:</u> 1/ Peur d'être identifié comme anormal 2/ Croyance qu'il n'ont pas de problèmes 3/ Responsabilités personnelles à l'école, à la maison, au travail 4/ Inquiétude concernant les perceptions familiales 5/ Les difficultés à prendre rendez-vous <u>Point de vue des parents:</u> 1/ Ne pas reconnaître que la dépression est un problème pour l'adolescent 2/ Culpabilité à l'idée que la dépression puisse être le résultat d'une mauvaise éducation 3/ Les difficultés à prendre rendez-vous 4/ Les coûts élevés 5/ Le manque de soins <u>Point de vue des fournisseurs de soins primaires: représentations sur les adolescents:</u> 1/ Ne pas vouloir de soins (91%) 2/ S'inquiéter de ce que les autres pensent (90%) 3/ Problèmes liés aux responsabilités personnelles à l'école, à la maison ou au travail (64%) 4/ Peur que leur famille découvre (60%) 5/ Le coût (14%) <u>Représentations sur les parents:</u> 1/ La difficulté de trouver ou de prendre rendez-vous avec un médecin ou un thérapeute (91%) 2/ De s'inquiéter de ce que les autres pensent (79%) 3/ Le coût (75%)
15	2012	Sondage	USA	11	M/F	SP	Usage d'alcool	437	<u>Point de vue des soins primaires:</u>

		internet chez les fournisseurs de soins primaires		21			et de drogues		<p>1/ Faible efficacité des traitements à proposer 52%</p> <p>2/ Manque de connaissances (pour le dépistage et le traitement) 42%</p> <p>3/ Les patients ne disent pas la vérité 30%</p> <p>4/ Se sentent mal à l'aise d'aborder le sujet 14%</p> <p>5/ Ne pas effayer ou mettre en colère les patients 6%</p> <p>6/ Ne pas mettre en doute l'intégrité des patients 5%</p> <p><i>Facteurs liés à l'adolescent:</i></p> <p>1/ L'âge: plus l'adolescent est jeune 72%</p> <p>2/ Le sexe: les garçons plus que les filles 30%</p> <p>3/ L'origine ethnique: blancs (39%) , Afro-Américains (37%), Hispaniques (35%), Amérindiens (14%), Insulaires du Pacifique (6%), Asiatiques (4%) .</p> <p><i>Facteurs organisationnels:</i></p> <p>1/ Temps 80%</p> <p>2/ Réglementation sur la confidentialité des consultations pour adolescents 32%</p> <p>3/ Orientation vers un spécialiste (réseau) limitée 12%</p> <p>4/ Etiquette "d'utilisateur de drogue" nuisible 9%</p>
26	2012	Sondage chez les pédiatres en soins primaires	USA (Illinois)	SP	M/F	SP	Problèmes physique, psychique, comportemental, émotionnel	376	<p><i>Point de vue des soins primaires:</i></p> <p>1/ Manque de temps (72%)</p> <p>2/ Peu payé (68%)</p> <p>3/ Manque de services de soutien (59%)</p> <p>4/ Manque de connaissances sur les services disponibles (55%)</p> <p>5/ Manque de compréhension pour facturer/ coder (53%)</p> <p>6/ Manque d'expérience (48%)</p> <p>7/ Accès insuffisant aux spécialistes (40%)</p> <p>8/ Problèmes juridiques médicaux (26%)</p> <p>9/ Manque de formation lors de l'internat (25%)</p> <p>10/ Systèmes d'information inadéquats (24%)</p> <p>11/ Manque d'intérêt pour ce type de patient (19%)</p>
18	2011	Questionnaire chez pédiatres flamands en soins primaires	Belgique	SP	M/F	SP	Confidentialité secret médical	117	<p><i>Point de vue des adolescents:</i></p> <p>1/ Respect de la confidentialité</p> <p><i>Point de vue des soins primaires:</i></p> <p>1/ Adolescents consultant seuls (0-1%)</p> <p>2/ La fréquence des consultations non accompagnées est indépendante du lieu de travail (p = 0,96) , du sexe (p = 0,41), de l'âge du pédiatre (30–42 vs 43–65 ans, p = 0,38)</p> <p>3/ 35% des pédiatres proposent systématiquement un moment privé lors de la consultation pour l'adolescent. Indépendamment du lieu de travail, de l'environnement (p = 0,09), du sexe (p = 0,43) ainsi que de l'âge du pédiatre (p = 0,90)</p> <p>4/ 13% des pédiatres appliquent les protocoles concernant l'interprétation pratique du droit à la confidentialité et au secret médical pour les adolescents.</p> <p>5/ 79,1% des pédiatres transmettent toutes les informations aux parents.</p> <p>6/ 83,2% des pédiatres donnent des informations sensibles au sujet de problèmes psychosociaux et</p>

									des comportements sexuels aux parents. 7/ 2,9% des pédiatres ne transmettent pas d'informations aux parents. <i>Type de famille:</i> Familles dans lesquelles les relations sont proches/ étroites
2	2005	Sondage chez les pédiatres en soins primaires	USA	11	M/F	SP	Santé sexuelle	468	<i>Point de vue des soins primaires:</i> 1/ Pour 90% des pédiatres la consommation d'alcool et de drogues contribue au comportement sexuel à risque chez les adolescents 2/ Manque de temps (76%) 3/ 69% des pédiatres pensent que le manque d'information sur les modalités de transmissions des infections sexuellement transmissibles favorise les comportements sexuels à risque 4/ Différence de langage ou culturelle entre le patient et le praticien (69%) 5/ Mauvaises informations délivrées aux adolescents au sujet de la santé sexuelle (68%) 6/ Difficulté pour les praticiens d'aborder le thème de la santé sexuelle et de l'identité sexuelle des adolescents 7/ Peur de la part des adolescents quant à la réaction des parents (60%) 8/ Remboursement insuffisant des consultations (59%) 9/ Manque d'intérêt quant au problème de la santé sexuelle des adolescents (58%) 10/ Manque de connaissances et de formation sur la communication au sujet des problèmes de santé sexuelle avec les adolescents (55%)
10	2005	Questionnaire chez pédiatres, psychiatres pour adolescents en soins primaires	USA	SP	M/F	SP	Les perceptions que les pédiatres et les psychiatres pour enfants et adolescents ont de la prise en charge des troubles psycho sociaux des adolescents	163	<i>Point de vue des Pédiatres et des Psychiatres:</i> 1/ Moins de 10% pensent que l'accès au soin est facile 2/ 11% des pédiatres contactent un psychiatre par téléphone si besoin 3/ Manque de spécialiste à qui s'adresser 3/ Longue période d'attente avant de voir un spécialiste 4/ Manque de temps 5/ Manque de connaissances et de pratiques 6/ Manque de remboursement
14	2008	Carte remplie par MG regroupant les différents sujets abordés en consultation	USA	11 21	M/F	SP	Sujets de soins de prévention primaire abordés avec les adolescents	46	<i>Sujets abordés</i> 1/ Toxiques (tabac, alcool et drogues), environnement (école, la maison et les amis), la sexualité (50%) 2/ Moins fréquemment: armes à feu et violence <i>Point de vue des MG sur les freins:</i> 1/ Manque de temps (46%) 2/ Plaintes somatiques (33%) 3/ Nouveau patient (30%) 4/ Stade de développement (29%) 5/ Consultation prénatale (27%) 6/ Présence des parents (21%)
11	2004	Questionnaire	Emira	9	M/F	SP	Prévention	218	<i>Point de vue MG:</i>

		res auprès des MG	ts Arabes Unis	24			primaire et secondaire du tabagisme chez les adolescents		1/ Manque de matériel éducatif 72% 2/ Manque de ressources communautaires à qui adressés 67% 3/ Manque de temps 62% 4/ Manque de pratique 51% 5/ Complexité des guidelines 45% 6/ Manque de remboursements 30%
21	2006	Etude retrospective sur l'utilisation de services médicaux chez des adolescents au contexte social complexe étant décédés par suicide	Québec	10 19	M/F	SP	Utilisation des services médicaux chez les adolescents décédés par suicide	53	<u>Caractéristiques des suicidants:</u> 1/ 42 garçons et 11 filles (M:F ratio 3.8:1) 2/ Age moyen 16,8 ans (filles 16,98 ± 1,4 ; garçons 15,96 ± 1,9) 3/ 52,8% recevaient des soins à l'époque de leur suicide 4/ 20% ont reçu des soins dans les 6 mois précédents 5/ 91,1% ont reçu des soins dans les 12 mois précédents 6/ Le taux de suicide est plus élevé chez les adolescents ayant consultés pour motif médical physique comparativement au groupe contrôle (n = 11, 20, 8% vs. n = 2, 5.0%, p < 0.05). 7/ Les filles ont tendance à plus consulter
17	2005	Questionnaires chez les parents et les adolescents	Grande Bretagne	11 et plus vieux	M/F	SP	Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention	232	<u>Point de vue des parents:</u> 1/ 78% des parents ont contacté un service de santé 2/ 41% des parents ont pris contact avec un professionnel de soins primaires 3/ 32% des parents ont pris contact avec un spécialiste 4/ 17% des parents ont pris contact avec les services sociaux 5/ 4% ont pris contact avec des thérapeutes "alternatifs" 6/ Barrières des parents à reconnaître les troubles psychosociaux: OR 1.51, 95% CI 1.02–2.23 7/ Barrières des éducateurs à reconnaître les troubles psychosociaux: OR 1.63, 95% CI 1.02–2.63
5	2005	Questionnaire chez médecin de famille	Espagne	14 18	M/F	Semi urbain et rural	Confidentialité avec les adolescents en SP	227	<u>Point de vue des SP:</u> 1/ 18,5% des médecins fournissent des informations aux parents lorsque les patients ont moins de 18 ans 2/ 38,8% quand les patients ont moins de 16 ans 3/ 19,4% quand ils ont moins de 12 ans 4/ 23,3% des médecins de famille disent qu'ils donnent des informations aux parents lorsqu'ils y sont autorisés par le patient 5/ Les professionnels qui informent toujours les parents voient en moyenne 50 patients par jour (66,7%; p = 0,002) 6/ 3,1% des médecins n'informent pas leurs jeunes patients de leur intention de divulguer des informations à leurs parents 7/ Profil du médecin de famille qui respecte la confidentialité : spécialiste formé en médecine de famille (49,4%; p, 0,001), voit moins de 50 patients par jour (59,5%; p = 0,011) et est âgé de moins de 45 ans (65,6%; p, 0,001). 8/ 90% des médecins ne respectent pas la confidentialité s'il y a un danger de mort 9/ 17% des médecins ne respecteraient pas la

									confidentialité en cas d'IST 10/ 57,7% des médecins informeraient les parents en cas de risque général (par exemple, la sexualité, la toxicomanie et les troubles du comportement alimentaires)
28	1997	Etude cas-témoin	Bahrein	15 24	M/F	SP	Evaluer la nature de l'association entre les facteurs de risque et les intoxications médicamenteuses volontaires	67	<p><u>Facteur de risque de suicide:</u></p> <p>1/ Sexe féminin (OR 1: 3,4) 2/ Célibataires (80,6%) 3/ Bas niveau socio-économique (74,6%) 4/ Etudiants (55,3%) 5/ Jeune adulte (55,2%) 6/ Parents séparés (22,4%) 7/ Un parent décédé (11,9%)</p> <p><u>Contact avec les services de santé:</u></p> <p>1/ Le plus souvent MG puis spécialistes puis services sociaux 2/ 41,8% avaient été en contact avec un professionnel de santé dans l'année précédente 3/ 18% avaient été en contact avec un professionnel de santé le mois précédent 4/ 13,5% avaient été en contact avec un professionnel de santé la semaine précédente 5/ 4,5% avaient été en contact avec un professionnel de santé la journée précédente 6/ 18% ont déjà vu un psychiatre</p>
1	2002	Analyse secondaire de trois bases de données nationales	USA	11 20	M	SP	Utilisation des services de santé par les adolescents de sexe masculin	406 750 166	<p>1/ Les jeunes adolescents de sexe masculin ont effectué un plus grand nombre de consultations chez les pédiatres</p> <p>2/ La majorité des consultations des adolescents de sexe masculin plus âgés ont été faites avec des MG</p> <p>3/ Les adolescents de sexe masculin consultent moins que les adolescents de sexe féminin tous les sites de soins primaires combinés (59,1% contre 40,9%, p .001)</p>

Figure 4: tableau des études qualitatives:

N°	Année	Méthodes	Pays	Age	Sexe	Lieu	Troubles	N	Thèmes (freins)
25	2015	Entretiens semi-dirigés chez des fournisseurs de soins primaires	Canada	SP	M/F	SP	Planification familiale	72	<p><u>Point de vue des soins primaires:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Coût des contraceptifs 2/ L'absence ou le peu d'éducation sexuelle à l'école 3/ Les représentations sur les différents moyens de contraception avec une préférence pour la pilule oestro-progestative, même dans des cas non indiqués 4/ Les attitudes négatives du médecin et les conflits avec ses croyances personnelles 5/ Les barrières géographiques : les dispositifs intra-utérin sont moins implantés dans les provinces rurales 6/ La difficulté d'avoir un médecin généraliste, surtout dans les provinces rurales 7/ Ethniques (aborigènes) : liés à la géographie (provinces rurales)
16	2015	Méthode mixte: - entretiens semi-structurés chez fournisseurs de soins primaires - sondage électronique chez les jeunes	Australie	15-24	M/F	Milieu rural	Santé sexuelle	423	<p><u>Point de vue des soins primaires</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Barrières structurelles (transport, horaires, coût) 2/ Manque de confidentialité 3/ Manque de connaissances sur les prises en charges existantes 4/ Stigmatisation, peur et embarras 5/ Dénis des praticiens sur l'importance pour les adolescents du "savoir être" <p><u>Point de vue des adolescents</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Caractère accueillant du médecin 2/ Caractère attentif et sans jugement du médecin 3/ Relation/ interaction avec le médecin 4/ Peu d'importance donnée aux barrières structurelles citées par les fournisseurs de soins primaires
7	2011	Étude descriptive	SP	SP	SP	SP	Troubles psychosomatiques	SP	<p><u>Facteurs de risque:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Prédisposition génétique 2/ Personne malade dans l'entourage (copie des symptômes) 3/ Répétition d'une même maladie (virose) 4/ Phase de transitions de l'adolescence (physique, cognitive et sociale) 5/ Environnementale (stress scolaire, changements familiaux) 6/ Familles exigeantes (résultats scolaires) 7/ Modèle familial dysfonctionnel 8/ Surprotection des parents 9/ Gains secondaires (empathie ...) 10/ Faible mécanisme d'adaptation 11/ Alexithymie 12/ Comorbidités psychiatriques (anxiété, dépression ...) 13/ Traumatismes (physique, sexuel ...) <p><u>Freins:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Manque de temps 2/ Réticence des patients à s'exprimer 3/ Résistance aux modèles psychologiques

									<i>Point de vue des familles:</i> Peur d'être "abandonné" par le MG
13	2011	Entretiens chez fournisseurs de soins primaires	USA	12 18	M/F	Urbain	Confidentialité dans les soins primaires	18	<i>Point de vue des soins primaires:</i> 1/ Manque de temps 2/ Manque de confidentialité 3/ Les parents 4/ La relation triangulaire (adolescents – parents - médecins) source de tension 5/ Le souhait des médecins d'impliquer la famille 6/ Manque de protocole ou de connaissance sur la possibilité de consulter seul avec un adolescent 7/ Traitement confidentiel des résultats d'examen para-clinique 8/ Secrétariat (refus de mineur seul) <i>Point de vue des adolescents:</i> 1/ Manque de connaissances sur la législation et le fait de pouvoir consulter seul <i>Point de vue des parents:</i> 1/ Confidentialité difficile pour les parents de filles
4	2010	Groupe de parole avec les parents	Grande Bretagne	2 17	M/F	Urbain	Point de vue et représentations des parents sur les freins à l'accès aux soins primaires pour "la santé mentale" des adolescents	34	<i>Point de vue des parents:</i> 1/ Le MG n'est pas le lieu d'une prise en charge pour des troubles psychosociaux 2/ Difficulté pour les parents de dépister des troubles psychosociaux chez leurs enfants 3/ Faible connaissance du système de soins et des possibilités de prise en charge 4/ Certains parents n'ont pas pris conscience que leur rôle était de guider leur adolescent vers une prise en charge adaptée lorsque celle-ci s'avère nécessaire 5/ Problème de communication avec les soins primaires (peur d'être jugé comme mauvais parent) 6/ Le système de rendez-vous (difficulté pour avoir un rendez-vous et consultation trop courte) 7/ Manque d'écoute et d'empathie de la part des MG 8/ Peur que son adolescent soit stigmatisé ou que la garde de l'enfant soit retirée 9/ Avoir bénéficié d'une aide tardivement, ou jugée inefficace
27	2008	Article didactique/cas clinique	USA	0 21	M/F	SP	Transition entre la pédiatrie et la médecine adulte en soins primaires	S P	<i>Freins à la transition:</i> 1/ Faibles attentes et isolement social des personnes ayant une déficience intellectuelle 2/ Difficulté à identifier les fournisseurs de soins primaires et de surspécialités pour adultes 3/ Résistance des adolescents à la transition vers un médecin pour adulte 4/ Résistance de la famille à la transition vers un médecin pour adulte 5/ Manque de soutien institutionnel (temps de planification, ressources, personnel) 6/ Manque de temps pour aborder d'importants problèmes de transition 7/ Manque de remboursement pour les services 8/ Difficulté à communiquer avec les prestataires pour adultes

12	2003	Groupe de parole avec des fournisseurs de soins primaires	USA	11 18	M/F	Urbain et rural	Identifier les obstacles dans la pratique des soins primaires au dépistage de la toxicomanie chez les adolescents.	38	<p><u>Point de vue des soins primaires:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Manque de temps 2/ Manque de connaissances et de pratiques 3/ Autres problèmes médicaux à gérer 4/ Manque de ressource sur les traitements 5/ Présence des parents (qui ne veulent pas laisser seul leur adolescent en consultation) 6/ Méconnaissance des outils de dépistage 7/ Les adolescents ne consultent pas assez fréquemment 8/ Confidentialité 9/ Barrières de langage et de communication 10/ Inconfort du patient ou du praticien du fait d'aborder ces sujets <p><u>Point de vue des parents:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Ne pas laisser seule une adolescente fille avec un médecin homme 2/ Se sentent ouverts et prêts à tout entendre de la part de leur adolescent <p><u>Point de vue des adolescents</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Besoin de confidentialité
8	1997	Revue de littérature	USA	SP	M/F	SP	Confidentialité		<p><u>Relation médecin/malade</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Les adolescents consultent plus facilement s'ils pensent que la confidentialité sera respectée 2/ Vision pour les adolescents d'une bonne prise en charge incluse : plus d'éducation, une meilleure communication, un médecin honnête et empathique, confidentialité des soins, égalité, respect, pas de jugement du médecin 3/ Du côté des médecins : barrières liées à un manque de connaissances et de pratiques et de formation au cours des études (72%) <p><u>Service de santé scolaire</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Seuls 41% des adolescents trouvent le service de santé scolaire comme garant de confidentialité 2/ Des parents refusent que leur adolescent bénéficie des services de santé scolaire par peur de ne pas être informés de potentiels problèmes de santé qu'ils jugent important (10%) <p><u>Santé sexuelle et confidentialité</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ 77% des 12/ 13 ans et 88% des 14/15 ans font confiance à leur médecin quant au respect de la confidentialité sur ce thème 2/ Les adolescents trouvent qu'ils parleront plus facilement de sexualité avec leur médecin s'ils savent que la confidentialité sera respectée et qu'ils ont une relation qu'ils jugent satisfaisante avec le médecin 3/ Seuls 44% des adolescents qui ont une IST font confiance quant à la confidentialité avec leur médecin <p><u>Comment impliquer la famille</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Interrogatoire en présence des parents 2/ Informations quant à la confidentialité pour l'adolescent et les parents 3/ Passer un temps seul avec l'adolescent 4/ L'encourager à communiquer avec ses

									parents
22	2010	Article descriptif	USA	6 17	M/F	SP	Barrières d'accès aux services de santé mentale chez les adolescents de milieux défavorisés	S P	<p><u>Facteurs de risque de troubles de la santé mentale</u></p> <p>1/ Pauvreté 2/ Stress de la vie 3/ Exposition à la violence 4/ Anxiété/ dépression parentale 5/ Toxicomanie chez les parents 6/ Origine Afro-Américaine ou Hispanique</p> <p><u>Barrières à l'accès des services de santé mentale</u></p> <p>1/ Manque d'informations sur les services disponibles et quand chercher de l'aide 2/ Pénurie de médecin 3/ Peur de la stigmatisation 4/ Manque de confiance envers le système 5/ Obstacle financier et logistique</p>

Résumé

Contexte:

Un quart à un tiers des adolescents, qui consultent en soins primaires, ont des difficultés psycho-sociales. Ces troubles augmentent la morbi-mortalité tant durant l'adolescence qu'à l'âge adulte. La prise en charge de ces troubles se révèle être un défi de santé publique car les premières causes de mortalité des adolescents sont les accidents, ainsi que le suicide. Cette revue systématique de littérature a pour objectif principal d'étudier les freins à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents chez les professionnels des soins primaires. Elle a comme objectif secondaire d'étudier les représentations des différents intervenants du trio adolescent-médecin-parent, ainsi que de déterminer une typologie d'adolescent ou de médecin qui font obstacle à une prise en charge globale.

Méthode:

Une revue systématique de littérature a été menée sur deux bases de données: PubMed et Science Direct. Vingt-quatre articles ont été inclus. Une analyse thématique a été entreprise sur les résultats rapportés dans la littérature quantitative et la littérature qualitative.

Résultats:

Quinze études quantitatives et neuf études qualitatives ont pu être identifiées. Des barrières, externes ou structurelles, ont été identifiées comme les horaires de consultation, le coût, le transport pour les adolescents, la pénurie de médecins. Mais aussi des barrières internes ou représentations. Du point de vue des médecins généralistes, il s'agissait principalement du manque de temps et de connaissances. Du point de vue des adolescents et des parents, il s'agissait de la peur de la stigmatisation et de la résistance aux modèles psychologiques.

Conclusion:

Cette étude ouvre d'autres perspectives, notamment celle des facilitateurs à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents qui permettrait ainsi d'avancer vers des solutions pour une meilleure prise en charge des adolescents en soins primaires.

Mots clefs: adolescents/ soins primaires/ troubles psycho-sociaux / représentations

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 !

