

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 Mme Airelle PLANQUES

Titre

Prise en charge des adolescents à risque par le médecin généraliste : revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisants et difficultés ressentis du point de vue des adolescents.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Frédéric MILLOT
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
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

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maitre de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

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

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

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

REMERCIEMENTS :

Au Professeur BINDER, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury

Aux Professeur MILLOT, Professeur GICQUEL et Docteur TUDREJ : merci d'avoir accepté d'être membre du jury.

Au Docteur Anne Laure HEINTZ, merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse, merci pour vos encouragements et conseils.

Au Docteur GABILLARD, ancien maître de stage SASPAS et collègue pour ses nombreux conseils et son soutien.

A Marine AIME, amie avec qui je partage tant de choses, même une thèse ! Ces longues heures de travail ont été beaucoup plus agréables en ta compagnie.

A mon conjoint, Camille, merci pour ton soutien, ta patience et ta présence !

A mes magnifiques bout'choux, Léna et Hugo, tellement adorables !

A mes parents, mes frères et mes beaux-parents, toujours présents et bienveillants.

A tous mes amis, pour ces moments partagés de rires, complicité, d'encouragements et de partage de projets.

Je remercie également toutes les personnes ayant participé à ma formation et à la réalisation de cette thèse.

SOMMAIRE :

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	8
2	METHODE	10
2.1	Généralités	10
2.1.1	Question de recherche.....	10
2.1.2	Définition de l'adolescent à risque	10
2.1.3	Protocole de l'étude	11
2.2	Critères d'éligibilité.....	12
2.3	Recherche et sélection des études.....	12
2.3.1	Sources d'informations et recherche	12
2.3.2	Sélection des études.....	15
2.4	Extraction des données	16
2.5	Evaluation des études	17
2.5.1	Les grilles de scores	17
2.5.2	Les biais attendus.....	17
3	RESULTATS	20
3.1	Sélection des articles.....	20
3.2	Diagramme de flux.....	21
3.3	Articles inclus et leurs caractéristiques	22
3.4	Classement des résultats	33
3.4.1	Facteurs liés au médecin :	33
3.4.2	Facteurs liés à l'adolescent :	35
3.4.3	Facteurs externes :	38

4	DISCUSSION	40
4.1	Synthèse des résultats	40
4.2	Discussion des résultats	42
4.2.1	La confidentialité	42
4.2.2	La relation entre médecin généraliste et adolescent.....	43
4.2.3	La formation du médecin	44
4.2.4	Les politiques de santé publique.....	45
4.2.5	Les normes sociales	45
4.3	Limites des études incluses.....	46
4.3.1	Limite liée au niveau de preuve	46
4.3.2	Limite liée à une faible qualité méthodologique	47
4.3.3	Limite liée à un manque de transférabilité	47
4.3.4	Limite liée à un biais de sélection	47
4.3.5	Limite liée à un biais de mesure	48
4.3.6	Limite liée à un biais de confusion	49
4.3.7	Limite liée à la comparaison de notions différentes selon les études	49
4.4	Forces et limites de la revue de la littérature	50
4.4.1	Limites de la revue de la littérature	50
4.4.2	Forces de la revue de la littérature	51
5	CONCLUSION	52
	Annexe 1 : Critères PRISMA.....	53
	Annexe 2 : Grille Côté Turgeon.....	55
	Annexe 3 : Critères STROBE	56
	Annexe 4 : Niveau de preuve HAS.....	58
	Annexe 5 : Processus de recherche d'aide et actions possibles.....	59
	ABREVIATIONS.....	60

BIBLIOGRAPHIE :	61
RESUME :	65
SERMENT.....	66

1 INTRODUCTION

Les adolescents représentent 5 millions de personnes en France soit 7.5% de la population (1). Il s'agit d'une classe d'âge complexe liée à diverses transformations physiologiques, physiques, sociales et psychologiques. Lors de cette période de transition, les adolescents sont confrontés à des incertitudes, des craintes dans un contexte d'autonomisation et de redéfinition de la relation aux parents (2).

Les adolescents sont 75% à avoir consulté leur médecin généraliste dans l'année (3). 87,7% se considèrent en bonne santé et 81,9% ont une perception positive de leur vie (4). Cependant, les principaux problèmes de santé à cet âge sont nombreux entre les accidents de toute nature, les questions relatives à la sexualité et à la reproduction, les troubles psychologiques et psychiatriques y compris les dépendances (5).

Les comportements à risque ainsi que les troubles psychologiques apparaissent souvent pendant cette période (6). La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé des 15-19 ans est de 6.4% et atteint presque celui de la population générale (7,5%) (7) Une étude montre que la moitié des troubles psychiatriques chroniques apparaissent vers 14 ans (8). Ces notions sont d'autant plus préoccupantes que les adolescents ont un besoin d'autonomie et d'indépendance. Ils croient donc qu'ils doivent être capables de régler leurs problèmes eux-mêmes (9).

Le médecin généraliste a une place importante auprès de la population. Il a un rôle de santé publique, de prévention et de promotion de la santé avec l'apprentissage de la gestion de sa santé (10). Il est aussi le médecin « de famille » qui est le plus à même de proposer une approche centrée sur le patient avec une prise en charge globale et dans la continuité (10). A l'âge adulte, le médecin généraliste est le premier professionnel de santé auquel les patients recourent pour les problèmes de santé mentale et de dépression (11) devant les psychiatres et les psychologues.. Il paraît donc pertinent dans la prise en charge de ces troubles de par son obligation au secret médical et la relation de confiance qu'il a pu construire avec son patient.

De même, à l'adolescence, le médecin généraliste est le premier contact professionnel pour un problème de santé mentale (12). Cependant, un adolescent en détresse n'aborde que rarement ses problèmes devant son médecin. Une étude

norvégienne met en évidence que même pour des symptômes importants d'anxiété et de dépression, seulement un tiers d'entre eux demandent l'aide d'un professionnel (13).

De nombreux facteurs influent sur cette relation médecin généraliste – adolescent à risque. Certains sont en lien avec le médecin, avec l'adolescent lui-même, sa famille mais aussi avec le système de santé. Nous avons décidé d'explorer quelles sont les difficultés et les facteurs favorisant du point de vue de l'adolescent.

L'objectif de cette thèse est, via une revue de littérature, de déterminer quels sont les facteurs facilitants et les difficultés ressenties par les adolescents à risque dans leur prise en charge par les médecins généralistes.

2 METHODE

2.1 Généralités

2.1.1 Question de recherche

La question de recherche est :

« Quels sont les facteurs facilitants et les difficultés ressenties par les adolescents à risque dans leur prise en charge par les médecins généralistes. »

2.1.2 Définition de l'adolescent à risque

Il a fallu, avant de commencer la recherche, définir la notion d'adolescent à risque.

Il est difficile de donner une définition exacte de l'adolescence.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'adolescence est une période se situant entre 10 et 19 ans. « En dehors de la maturation physique et sexuelle, il s'agit par exemple de l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, du développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte, et de la capacité de raisonnement abstrait. [...] Les risques sont importants et [...] le contexte social peut exercer une influence déterminante » (14).

Selon la définition de l'HAS (Haute Autorité de Santé), l'adolescence se situe entre 12 et 18 ans.

Pour notre thèse, nous avons retenu la définition MeSH (Medical Subject Headings) d'adolescence pour des raisons de reproductivité. Elle est définie par la tranche d'âge 13 – 18 ans.

Par ailleurs, la notion de risque à l'adolescence est aussi difficile à cerner, il n'y a pas de définition exacte.

- Selon l'OMS (15), l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) (16) et l'étude «Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis » de Gore FM de 2011 (6) , les adolescents sont exposés aux risques suivants :
- Comportements sexuels à risque avec grossesses et accouchements précoces, infections sexuellement transmissibles dont le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ;
- Troubles mentaux dont dépression et suicide ;
- La violence en tant que victime, actes auto agressifs et/ou hétéro-agressifs ;
- La consommation de substances psychoactives comme le tabac, l'alcool ou autres drogues ;
- Les traumatismes involontaires suite à des comportements dangereux sur la route ou bien pratiques sportives à risque ;
- La malnutrition (en pays en développement) et l'obésité ;

Le questionnaire HBSC (Health Behaviour in School aged Children) utilisé dans l'enquête de l'INPES reprend tous ces items à l'exception de la notion de conduite de véhicule sur la route.

2.1.3 Protocole de l'étude

Nous avons réalisé le travail de sélection des études en double lecture par deux co-doctorantes. Nous avons donc élaboré ensemble les critères d'éligibilité et la construction des lignes de recherche. Nous avons sélectionné indépendamment les études, croisé les choix puis discuté des cas discordants.

Nous n'avons effectué le travail d'extraction des données ainsi que la synthèse des résultats que par un seul chercheur.

Nous avons construit cette revue de la littérature selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA (17) (annexe 1).

2.2 Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion sont les suivants :

1. Articles mentionnant les adolescents à risque.
2. Articles mentionnant une prise en charge en médecine générale.
3. Articles avec notion de difficultés relationnelles et/ou facteurs - outils facilitant la relation entre adolescents et médecin généraliste.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

4. Prise en charge de maladies organiques seulement.
5. Etudes épidémiologiques descriptives.
6. Articles dans une autre langue que français ou anglais.
7. Prise en charge dans un contexte de second recours ou premier recours sans que le médecin généraliste ne soit impliqué.
8. Articles n'abordant que les enfants (moins de 13 ans) ou que les adultes (plus de 18 ans).
9. Exclusion des articles du point de vue du médecin.
10. Avis d'auteur.

Aucune limite d'ancienneté n'a été appliquée dans les recherches.

2.3 Recherche et sélection des études

2.3.1 Sources d'informations et recherche

Nous avons effectué nos recherches sur des banques de données d'articles. Elles nous ont été conseillées par un documentaliste du centre hospitalier psychiatrique du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Poitiers ainsi qu'un membre du pôle recherche du DMG (Département de Médecine Générale) du Poitou

Charentes. Nous avons retenu Pubmed qui est la référence concernant les articles scientifiques. Psycinfo et la Banque de Données de Santé Publique ont été retenus pour leurs ressources psychologiques et sociales qui touchent au relationnel. Nous avons utilisé Science Direct qui est facilement accessible depuis le site de la faculté.

Dans un second temps, nous réalisons une recherche « pas à pas ». Nous avons retenu des références éligibles via la bibliographie des études sélectionnées. Nous avons ensuite lu la bibliographie des dernières recommandations de bonnes pratiques de la HAS : « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours » de novembre 2014 (18). Nous en avons extrait d'autres références éligibles.

2.3.1.1 Pubmed

Nous avons été formées à la rédaction d'une ligne de recherche Pubmed ainsi qu'à l'utilisation de mots clés et de termes « MeSH » par une bibliothécaire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Nous avons construit la ligne de recherche suivante :

("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 Barriers"[Mesh] OR "Trust"[Mesh] OR "Confidentiality"[Mesh] OR "Physician-Patient Relations"[Mesh] OR "Patient Acceptance of Health Care/psychology"[Mesh] OR "Attitude to Health"[Mesh] OR "help seeking"[Title/Abstract] OR "reluctance"[Title/Abstract] OR "difficult*" [Title/Abstract]) , avec le filtre "adolescent".

La médecine générale a été définie par différents mots clés.

- Nous n'avons pas utilisé le terme « family practice » car c'est une ancienne définition MeSH qui est incluse dans « general practitioners ». Il n'apporte donc aucun article supplémentaire.
- Nous avons rajouté le terme « physician » (dont la définition est « diplômé de médecine »).

La notion de « risque » a été traduite par différents termes :

- « Mental disorders » regroupe beaucoup de notions comme les troubles anxieux, troubles bipolaires, troubles psychotiques, anorexie/boulimie, troubles dépressifs, troubles concernant l'alcool (intoxication, alcoolisme, alcoolisation massive), troubles concernant l'utilisation du tabac, de la marijuana, de la cocaïne.
- Nous avons rajouté « depression » car cette notion n'est pas incluse directement dans « mental disorders ».
- Le terme « self injurious behavior » comprend le suicide, la tentative de suicide et les idées suicidaires.
- Nous avons utilisé le terme « unsafe sex » sachant qu'il n'existe pas de termes MeSH pour rapports sexuels précoces. Il comprend les rapports sexuels à haut risque d'infection sexuellement transmissible et/ou de grossesse.
- Nous avons initialement inclus les termes « child-abuse » et « pregnancy in adolescence » pour les enlever secondairement car ils n'apportaient pas d'articles répondant aux critères d'inclusion.
- Nous avons rajouté les termes « impulsive behaviour » et « bullying » (harcèlement), notions qui n'étaient pas présentes dans les définitions de risque de l'OMS et INPES.

La notion de relation a été traduite par plusieurs mots clés.

- Nous avons identifié différents mots MeSH à partir d'articles traitant de notre sujet : Communication Barriers/ Trust/ Confidentiality/Physician-Patient Relations/ Patient Acceptance of Health Care/psychology / Attitude to Health.
- Nous avons rajouté 3 mots clés : help seeking, reluctance, difficult, mais qui ne correspondent pas à des termes MeSH : ils étaient beaucoup utilisés dans les articles similaires à notre sujet. Nous avons donc effectué la recherche en Title/abstract.

2.3.1.2 PsycInfo

Nous avons enlevé la notion de risque pour alléger la ligne de recherche. Nous avons recherché les mots dans le résumé (abstract = AB).

La ligne de recherche était : AB ("general practice") or ("general practitioners")) AND AB (adolescent) AND AB ((difficult*) or (communication) or (relation) or (confidentiality) or (help-seeking)).

2.3.1.3 ScienceDirect

Nous avons enlevé la notion de risque que nous avons nous même incluse lors des screening. Nous avons recherché les mots clés dans le titre, le résumé ou les mots clés (TITLE-ABSTR-KEY).

La ligne de recherche était « TITLE-ABSTR-KEY(((general practice) or (general practitioner)) and (adolescent) and ((difficult*) or (communication) or (relation) or (confidentiality) or (help-seeking)))».

2.3.1.4 Banque de données de santé publique

Nous avons réalisé trois recherches simples en associant « médecin généraliste » et « adolescent » avec successivement « relation d'aide » / « relation médecin malade » / « confidentialité ».

2.3.1.5 Littérature grise

Nous avons réalisé une recherche sur le site internet de la revue du praticien (www.larevuedupraticien.fr) avec pour mot clé « adolescent à risque » et avec le filtre médecine générale.

2.3.2 Sélection des études

Nous avons effectué la recherche sur les bases de données et importé tous les articles sur Zotero le 17 décembre 2015. Nous avons ensuite pu exclure les doublons et faire un tri.

Nous avons sélectionné les études en 3 étapes :

- Lecture des titres seulement = 1^{ere} sélection.
- Lecture des résumés = 2^{eme} sélection.
- Lecture du corps de l'article = 3^{eme} sélection.

A noter que nous avons délibérément choisi des critères d'inclusion beaucoup plus larges pour la première sélection pour ne pas méconnaître certains articles potentiellement pertinents pour notre revue.

Les critères d'inclusion 1^{ère} sélection sont :

- Articles mentionnant adolescents, adolescents à risques, adultes jeunes ou enfance ;

et

- Articles mentionnant une prise en charge de premier recours ou médecin généraliste.

2.4 Extraction des données

A l'issue de la 3^{ème} sélection, nous avons lu chaque étude dans son intégralité et nous avons extrait et trié les données en catégories dans une « grille de lecture » :

- Nom de l'article
- Auteur, Date, Ville, Pays
- Question de recherche (+- hypothèses)
- Méthode (population/contexte/+-intervention)
- Variable(s) étudiée(s)
- Evaluation de la qualité méthodologique de l'étude (STROBE (19), Côté Turgeon (20), PRISMA(17), HAS(21))
- Résultats
- Biais et limites

2.5 Evaluation des études

2.5.1 Les grilles de scores

Nous avons évalué la qualité méthodologique des études selon leur type et par des grilles validées :

- STROBE pour les études quantitatives observationnelles : 22 items (19) (annexe 3)
- PRISMA pour les revues de littératures : 27 items (17) (annexe 1)
- Côté Turgeon pour les études qualitatives : 12 items (20) (annexe 2)

Nous avons évalué les études quantitatives interventionnelles selon le guide méthodologique de la HAS de juin 2007 (21). Nous avons utilisé l'annexe « analyse critique des études interventionnelles » pour créer un score car elle-même n'en proposait pas.

2.5.2 Les biais attendus

Selon le type d'étude réalisé, nous pouvons nous attendre à retrouver certains types de biais (22).

2.5.2.1 Etudes quantitatives

ETUDES OBSERVATIONNELLES :

- Biais de sélection : lié au recrutement des participants par une sélection non indépendante de leur statut vis-à-vis du sujet de l'étude. On retrouve le biais d'admission (recrutement dans un milieu spécifique), le biais de non réponse (plus forte motivation de réponse chez les cas que chez les témoins).
- Biais d'information ou de mesure : lié au recueil de données. On retrouve entre autres le biais de mémorisation (les cas se souviennent mieux que les témoins) et le biais lié à l'absence de réponse aux questionnaires.
- Biais de confusion : modification de la relation cause-effet par un tiers facteur qui peut être un facteur d'interaction ou un facteur de confusion.

ETUDES INTERVENTIONNELLES :

- Biais de sélection : survient s'il est possible de prévoir qui reçoit le placebo/l'intervention (contrôlé par randomisation).
- Biais de confusion : lié à la présence d'un facteur indépendant, contrôlé par la randomisation ou l'appariement sur ce facteur.
- Biais de suivi ou d'observation : suivi différent sur les 2 groupes (contrôlé par le double aveugle).
- Biais d'évaluation ou de détection : mesure du critère de jugement différente entre les groupes (contrôlé par double aveugle).
- Biais d'attrition : apparaît dès que tous les patients inclus ne sont pas analysés (ils correspondent aux perdus de vue). Ce biais est contrôlé par une analyse en intention de traiter.

2.5.2.2 Etudes qualitatives

Les biais retrouvés de manière générale dans les études qualitatives sont :

- Biais internes : liés aux caractères personnels du chercheur et des participants. On retrouve :
 - Biais de compétence ou biais d'investigation : le chercheur lui-même est inducteur de biais selon sa compétence : maîtrise du langage non verbal, la formulation simple, une attitude non directive et une écoute active.
 - Biais émotionnel : la relation interviewer/interviewé peut générer un biais, choisir un chercheur adapté aux interviewés.
 - Biais de sincérité : limites liées à l'honnêteté des réponses d'autant plus que l'interviewé peut se sentir évalué
- Biais externes : liés à l'environnement du chercheur et des participants. Les réponses des participants vont être influencées par le choix/lieu des entretiens (au calme), la présence d'un observateur silencieux, la présence d'un leader d'opinions dans un focus group (influence les réponses des autres participants).
- Biais de déperdition d'informations : dû à la retranscription écrite de données orales : limité si réalisation d'enregistrements.

- Biais d'interprétation : quand l'analyse n'est effectuée que par le chercheur. Il y a possibilité de limiter ce biais par un double codage et une triangulation.

Par ailleurs, ce type d'étude permet d'obtenir des résultats fins mais non généralisables à la population entière (limite de transférabilité externe).

2.5.2.3 Revue de la littérature

Les biais retrouvés de manière générale dans les revues de la littérature sont :

- Biais de publication : lié à la publication préférentielle d'études positives dont le résultat est statistiquement significatif.
- Biais de sélection : lié à l'utilisation de critères de sélection des articles inappropriés comme le type de revue ou bien la langue.
- Biais de détection : lié au fait qu'une même étude peut être publiée dans différentes revues et ainsi être considérée à tort comme différente.

3 RESULTATS

3.1 Sélection des articles

Nous avons retrouvé un total de 730 articles par la recherche réalisée sur les différentes bases de données cités ci-dessus, soit 705 articles après suppression des doublons (46 doublons avec 25 références enlevées).

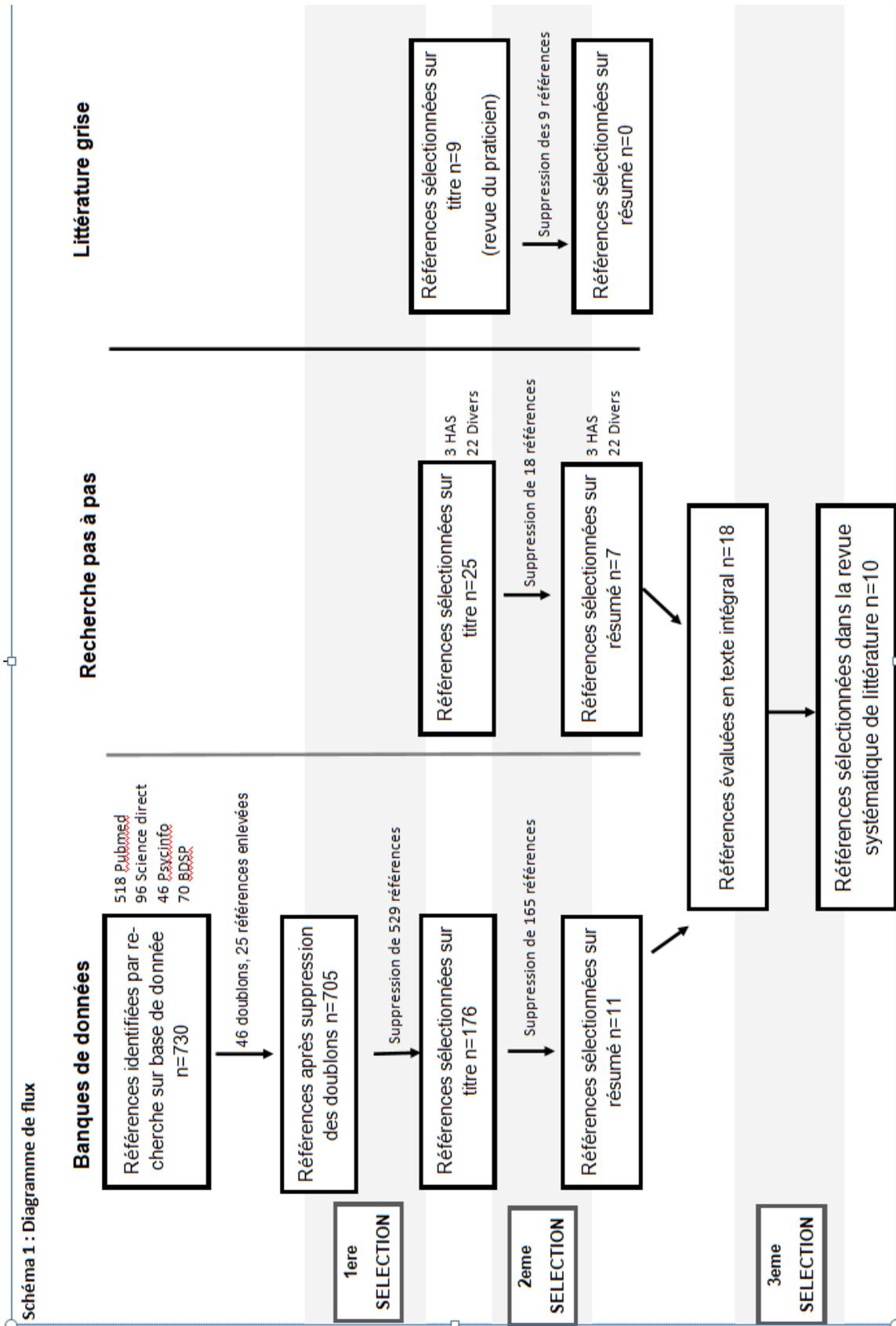
Nous avons exclu 529 références à l'issu de la première sélection sur la lecture du titre pour ne donner plus que 176 articles.

En parallèle, nous avons ajouté 25 articles après la lecture sur titre des références bibliographiques d'articles inclus et 9 articles concernant la recherche dans la littérature grise.

Nous avons, lors de la lecture sur résumé soit la deuxième sélection, retenu 11 articles du côté des bases de données (exclusion de 165 références), 7 articles concernant les références bibliographiques (exclusion de 18 références) et aucun article de la littérature grise (exclusion des 9 références).

Nous avons exclu 8 références sur les 18 totales lors de la troisième sélection (lecture du corps de l'article) pour donner un total de 10 articles inclus dans l'étude (voir diagramme de flux page 21).

3.2 Diagramme de flux



3.3 Articles inclus et leurs caractéristiques

Les études sont classées par études qualitatives puis quantitatives puis revues de la littérature. Elles sont ensuite présentées par ordre alphabétique.

Nom de l'article, Auteur, date, PAYS	Question de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variables étudiées	Evaluation (Côté Turgeon)	Résultats	Limites et biais évoqués/non évoqués dans l'étude
<p>Trust autonomy and relationships : the help-seeking preferences of young people in secondary level in London. Leavey G, 2010 UNITED KINGDOM (23)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes perçoivent-ils leur médecin de famille comme étant quelqu'un à qui ils iraient demander de l'aide pour des problèmes de santé ou autres ? Comment ? • Comprendre les inquiétudes et croyances des lycéens concernant la recherche d'aide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Période : non précisée. • Réalisation pendant un cours d'une discussion interactive avec un médecin généraliste sur le stress dans 6 écoles de Londres. • Puis remplissage d'un questionnaire (298 questionnaires inclus). • Dans un second temps réalisation de 6 focus group soit 48 élèves volontaires de 14-15 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire portant sur les préférences dans la recherche d'aide en fonction de symptômes (anxiété, dépression, problèmes avec la nourriture, pensées suicidaires, hallucinations auditives) et sur l'importance de la recherche d'aide. • Focus group portant sur l'expérience des adolescent et leur point de vue (croyances, attitudes) concernant le médecin généraliste. 	<p>Etude quantitative transversale puis qualitative, Côté Turgeon = 11,5/12 = 95,8%</p>	<p>Questionnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin généraliste est considéré par les adolescents comme étant une source de recherche d'aide appropriée pour les problèmes d'alimentation (32%), entendre des voix (30%), les pensées suicidaires (20%) et seulement 9 à 10% pour l'anxiété et la dépression. • Les adolescentes ont plus de comportement de recherche d'aide de manière significative (p de 0.025 à 0.001) que les adolescents excepté pour l'item « hallucinations auditives ». <p>FOCUS Groups :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a une mauvaise perception du rôle du médecin généraliste : il n'est adapté que pour les problèmes physiques voir personnels mais à composante physique (avortement grossesse, alcool tabac, IST). • Les adolescents manquent d'information sur moyens d'aides. • Autonomie : ils sont peu informés sur leur droit à consulter le médecin généraliste en l'absence des parents • Ils manquent de confiance dans leur médecin, lié à des croyances sur la confidentialité et le secret professionnel, le médecin généraliste est jugé trop proche des parents. • Il y a des problèmes d'accès à la consultation avec la question de la légitimité d'un rendez-vous, les problèmes d'accès géographique et temporel, le ressenti négatif par rapport aux secrétaires médicales qui sont perçues comme « trop intrusives ». • Il y a des problèmes liés à la construction d'une relation comme le problème du manque de continuité des soins, mais volonté de développer une relation positive où la confiance peut être construite avec suggestion d'utilisation des technologies pour s'adapter au public adolescent (emails, messages). 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais de mesure lié au questionnaire non validé (pas d'outil de référence existant). • Limite liée à une mauvaise transférabilité aux zones rurales. • <i>Biais de compétence/biais émotionnel possible : le rôle du chercheur n'est pas précisé.</i> • <i>Biais externe possible du fait de la réalisation de focus group et de la présence potentielle d'un leader d'opinion.</i>

Nom de l'article, Auteur, date, PAYS	Question de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variables étudiées	Evaluation (Côté Turgeon)	Résultats	Limites et biais évoqués/ <i>non</i> évoqués dans l'étude
<p>Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress : a qualitative study. <i>Biddle L,</i> 2006, UNITED KINGDOM (24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etudier l'absence de recherche d'aide chez les jeunes adultes (16-24ans) qui sont en détresse psychologique. • Etudier les perceptions des jeunes adultes concernant les médecins comme étant une possible ressource d'aide quand ils sont en détresse psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes de 16 à 24 ans, population urbaine et rurale autour de Bristol. • Période : 2001. • Envoi de 3004 questionnaires, 1276 réponses permettant de classer les jeunes en 5 groupes (fonction du comportement de recherche d'aide et de la présence de troubles mentaux). • Réalisation de 23 entrevues individuelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le questionnaire permet l'identification de troubles mentaux, de pensées suicidaires, questionne sur le comportement antérieur de recherche d'aide ou non. • L'entrevue individuelle a pour but d'identifier les éléments qui ont été importants dans le processus de recherche d'aide. 	<p>Etude qualitative, Côté Turgeon 12/12 100%.</p>	<p>o La plupart des jeunes adultes n'estiment pas que le médecin généraliste peut être une source d'aide en cas de détresse psychologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est le médecin du corps, il est associé à aux traitements de plaintes et maladie physique, inapproprié pour la détresse psychologique. • Il est ressenti comme incompetent : manquerait de connaissance / de formation sur la santé mentale et la prise en charge de maladies mentales ce qui entraîne une réticence à consulter pour ces problèmes. • Les adolescents manquent d'information sur les moyens d'aide des médecins généralistes. Ils ne savent pas qu'un médecin généraliste peut faire une psychothérapie ou avoir un rôle d'écoute et de conseil. La peur de prescription de médicament anti dépressif et de son addiction potentielle est une des raisons données pour ne pas avoir consulté. Cependant, quelques jeunes reconnaissent que le médecin peut aider par des exercices motivationnels ou en donnant certaines informations, 4 jeunes sur 12 ayant consulté ont reconnu qu'il peut avoir un rôle d'écoute. • Les croyances des jeunes à propos des attitudes négatives des médecins sur la détresse psychologique sont importantes : ne pas vouloir être dérangé par ce type de problème, ne pas prendre au sérieux, stigmatiser, attitude dédaigneuse. • Le médecin facilite le contact au spécialiste, mais ce qui pour certain est synonyme d'incompétence. <p>o Certains jeunes qui ont eu une expérience positive avec le médecin généraliste ne sont pas de cet avis et mettent en valeur l'utilisation des médicaments pour améliorer les symptômes, l'attitude d'écoute et jugent positivement le fait d'avoir été adressé à un spécialiste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biais de sélection (petit échantillon de population avec pauvre participation du fait du contexte et de groupes de population difficiles à contacter). • Forces : bonne transférabilité et donc validité externe (échantillon urbain et rural), triangulation des données, chercheur non médical et jeune ce qui atténue le biais relationnel. • <i>Biais de compétence possible lié au chercheur (a-t-il eu une formation pour réaliser les entretiens ?)</i> • <i>Limite liée au fait que l'étude ne concerne au final que peu d'adolescents. 12/23 ont entre 16 et 19 ans.</i>

Article, auteur, date, PAYS	Question(s) de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variable étudiée	Evaluation (STROBE ou HAS)	Résultats	Limites et biais évoqués et <i>non évoqués</i> dans l'étude
<p>A qui s'adressent les adolescents en demande d'aide ou d'information ou d'aide? La place du médecin généraliste. Cavagna ML, 2008, FRANCE (25)</p>	<p>Pas d'objectif précis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A qui s'adressent les adolescents pour avoir des informations? • Savent-ils utiliser les ressources dont ils disposent ? • Ont-ils une démarche adaptée à la gravité des problèmes qu'ils rencontrent ? • Quelle est la place du médecin généraliste dans ce réseau de soins aux yeux des adolescents ? • Que devrait changer celui-ci pour s'adapter encore plus à la demande de l'adolescent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Collégiens de classes de 3ième (15-16 ans) de 2 collèges du Val de Reuil. • Période : mai-juin 2006. • 199 questionnaires remplis pendant un cours. 	<p>Questionnaire portant sur les connaissances en ressources de santé, l'utilisation de ces ressources en fonction de la gravité, la place du médecin généraliste dans le réseau, sur l'amélioration de la relation médecin généraliste/ adolescent (questions ouverte).</p>	<p>Etude quantitative transversale STROBE =9,5/22 43,2%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les adolescents s'adressent principalement aux interlocuteurs en qui ils ont déjà confiance : parents/amis/fratrie. • Le médecin généraliste est peu consulté, il n'est pas consulté pour les problèmes personnels, il est consulté après les parents et les amis si l'adolescent a peur pour sa santé (=37,8%), et est consulté en 4ième position si l'adolescent a mis sa vie en danger (7,7%) après les amis/les parents/la fratrie (les tentatives de suicide représentent 9,74% des adolescents selon le questionnaire). • Les freins à la consultation sont : <ul style="list-style-type: none"> - un problème relationnel (incompréhension de la part du médecin : 19%, être honteux : 7,4% et pas mis à l'aise : 2%), - le fait que le médecin ne s'intéresse pas à leurs problèmes 3,7%; - le respect du secret médical (29,9% ont peur que la confidentialité ne soit pas respectée); - lié à des contraintes du cabinet : prix de la consultation 12%, fonctionnement du cabinet 7,4% (horaires, distance); - la présence des parents 4%; - lié au fait que le médecin généraliste n'est pas considéré comme un interlocuteur privilégié (pas envie de consulter = 31,5%, 10% ce n'est pas son rôle, 25% vont voir un autre interlocuteur, amis/parents). • 42% des adolescents considèrent qu'il n'y a pas besoin de changements, les changements proposés sont le fait de poser plus de questions, de parler de plus de sujets, être mis en confiance, de changer le fonctionnement du cabinet dont consacrer plus de temps à la consultation, l'absence des parents pendant la consultation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais de sélection avec échantillon de population non représentatif (niveau socio-économique bas et plus d'immigrants) et échantillon de population petit. • Biais de mesure lié au questionnaire (mauvaise compréhension des questions; conditions de remplissage du questionnaire) et à l'absence de réponse au questionnaire. • Limite de généralisation de l'étude lié au biais de sélection et de mesure. • Limites liées au fait que la notion d'alcool n'est pas abordée et qu'il n'y a pas eu d'étude de sous-groupe en fonction des risques. • <i>L'objectif de l'étude mal défini au départ, biais de mesure lié à l'élaboration du questionnaire (aucune justification sur les références utilisées).</i> • <i>Pas d'analyse statistique permettant d'écartier les facteurs de confusion.</i>

Article, auteur, date, PAYS	Question(s) de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variable étudiée	Evaluation (STROBE / HAS)	Résultats	Limites et biais évoqués et non évoqués dans l'étude
Adolescent barriers predicting intention to seek general practice for suicidal and non suicidal problems. <i>Wilson CJ,</i> 2003, AUSTRALIE (26)	1 : Identifier les croyances et les barrières comportementales spécifiques de recherche d'aide d'un professionnel qui présagent une intention diminuée de demander de l'aide à un médecin généraliste pour un problème soit personnel, émotionnel ou suicidaire 2 : Examiner les relations entre les barrières spécifiques à la recherche d'aide d'un professionnel et le niveau de désespoir de l'étudiant.	<ul style="list-style-type: none"> • Etudiants de 12 à 18 ans d'une école privée chrétienne. • Période : non précisée • 357 questionnaires anonymes remplis. 	Questionnaire portant sur la mesure des barrières des adolescents pour la recherche d'aide de professionnels, les attitudes envers la recherche d'aide de professionnels, le niveau de désespoir, l'intention de recherche d'aide et les comportements antérieurs de recherche d'aide.	Etude quantitative observationnelle/transversale; STROBE 9/22 40,9%.	<ul style="list-style-type: none"> • La diminution de recherche d'aide d'un médecin généraliste pour un problème émotionnel ou personnel est associée à ne pas vouloir que sa famille le sache ($\beta=-0,27$ $p < 0,001$), être gêné/embarrassé pour parler du problème ($\beta=-0,27$ $p<0,001$), ne pas penser pouvoir être soulagé par l'aide du médecin généraliste ($\beta=-0,26$ $p<0,001$) puis penser que le médecin généraliste n'est pas adapté pour résoudre le problème. • La diminution de recherche d'aide d'un médecin généraliste pour des pensées suicidaires est associée au fait de penser que le médecin n'est pas adapté pour résoudre le problème ($\beta=-0,23$ $p<0,001$), ne pas penser pouvoir être soulagé par le médecin ($\beta=-0,28$ $p<0,001$) puis ne pas vouloir de son aide ($\beta=-0,29$ $p<0,001$). 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Biais de sélection (lycée privé, contexte non précisé),</i> • <i>Biais de mesure lié au remplissage du questionnaire (en cours, influence des autres adolescents +- professeur),</i> • <i>Biais de mesure lié à la non réponse du questionnaire (non abordé mais inadéquation entre chiffre global et total garçons et filles)</i> • <i>Biais de mesure lié à une extraction des données non précisée (double lecture pour éviter le risque d'erreur?)</i> • <i>Limite de l'étude liée à une faible qualité méthodologique générale et une mauvaise compréhension des tableaux par manque de légende.</i>

Article, auteur, date, PAYS	Question(s) de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variable étudiée	Evaluation (STROBE / HAS)	Résultats	Limites et biais évoqués et <i>non évoqués</i> dans l'étude
<p>Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. Ford CA, 1997, USA. (27)</p>	<p>Etudier l'influence de l'assurance de confidentialité par un médecin sur la volonté des adolescents à parler d'informations et de recherche une future aide médicale.</p> <p>2 hypothèses testées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 : Les adolescents qui reçoivent une assurance de confidentialité d'un médecin sont plus enclins à discuter d'informations générales, sensibles, à répondre sincèrement et à revenir en consultation que ceux qui ne le sont pas. • 2 : Les adolescents qui reçoivent une assurance inconditionnelle de confidentialité par un médecin sont plus enclins à discuter d'informations générales, sensibles, à répondre sincèrement et à revenir en consultation que ceux ayant eu une assurance de confidentialité conditionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elèves de 13 à 15 ans (classes niveau 9, 10 et 11) de 3 collèges lycées publics de San Fransisco (population urbaine) USA. • Période : année 1994-1995. • 568 randomisées et 562 analysés ; diffusion audio à l'adolescent d'un scénario parmi trois concernant un dialogue avec un médecin. Dans un scénario, mention d'une confidentialité inconditionnelle, dans un autre confidentialité conditionnelle, dans le dernier confidentialité non abordée. Les adolescents remplissent un questionnaire secondairement. 	<p>Questionnaire portant sur la volonté de parler d'informations générales ou sensibles (sexe, drogues, santé mentale), sur la volonté de revoir le médecin plus tard et l'honnêteté des réponses.</p>	<p>Etude quantitative interventionnelle randomisé en double aveugle, HAS 11,5/12 = 96%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'assurance de confidentialité par le médecin influence la volonté des adolescents de parler de sujets sensibles ($R^2=0,01$ $p=0,04$) avec 46,5% pour les groupes confidentialité des adolescents prêts à parler d'informations sensible contre 39% pour le groupe « confidentialité non abordée » ($\beta=0,10$ $p=0,02$). • L'assurance de confidentialité par le médecin influence de manière positive la probabilité de revenir en consultation ($R^2=0,05$ $p<0,001$) avec 67% pour le groupe « confidentialité » contre 53% pour le groupe « confidentialité non abordée » qui assure vouloir revenir en consultation ($\beta=0,17$ et $p<0,001$). • L'assurance de confidentialité inconditionnelle augmente de manière significative la probabilité de revenir en consultation quand elle est comparée à l'assurance de confidentialité conditionnelle (72% contre 62% déclarent vouloir revenir en consultation, $\beta=0,14$ et $p=0,001$) mais pas celle de parler d'informations sensibles. • L'assurance de confidentialité n'influe pas sur la volonté de parler d'informations générales ni l'honnêteté. 	<p>Les biais sont diminués par la randomisation et le double aveugle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biais de sélection lié à un échantillon de population non représentatif (population urbaine , allant à l'école avec milieu socio-économique moyen à élevé, population à prédominance blanche) avec limite de transférabilité. • Limite liée au fait que l'étude ne classe pas les adolescents en groupes "à risque" et ne permet pas de formuler de conclusion sur l'effet de l'assurance de confidentialité en fonction du risque. • Limite liée au fait que la transférabilité entre un scénario et la vie réelle est difficile à prévoir(scénario audio dans l'étude alors que l'assurance de confidentialité peut être renforcée par des techniques non verbales en consultation réelle).

Article, Auteur, date, PAYS	Question(s) de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variable étudiée	Evaluation (STROBE / HAS)	Résultats	Limites et biais évoqués et <i>non évoqués</i> dans l'étude
Interactions adolescent-médecin généraliste en consultation : évolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin; Etude SOCRATE 1. Binder P, 2009, FRANCE (28)	Mesurer si une sensibilisation du médecin généraliste, courte mais fondée sur un référentiel simple, est susceptible de modifier le ressenti des adolescents consultants.	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison de 29 médecins généralistes sensibilisés (formation médicale continue + rappel à 20 mois précédant l'enquête) et de 24 médecins généralistes témoins. • Période : 2007. • Inclusion de 665 jeunes de 12 à 20 ans se présentant en consultation. • Remplissage d'un questionnaire avant et après la consultation pour l'adolescent et questionnaire après la consultation pour le médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires réalisés par une équipe pluridisciplinaire et testé avant l'étude. • Le questionnaire de l'adolescent concerne : le ressenti sur la présence ou non d'un accompagnant, le ressenti par rapport à la santé/ au bien-être/ à des problèmes, le dialogue en rapport avec les problèmes, la satisfaction de la consultation. 	Etude quantitative interventionnelle avec appariement des médecins; HAS 10,5/12 = 87,5%	<ul style="list-style-type: none"> • Une sensibilisation courte est suffisante pour mettre en alerte durablement les médecins généralistes à propos du mal être des adolescents mais est insuffisante sur l'amélioration du ressenti de l'adolescent. • Il y a une amélioration du ressenti de l'adolescent mais sans différence statistique significative entre les 2 groupes (p entre 0,070 et 0,93 pour les items "se sent bien dans sa peau/en bonne santé, peut parler de ses soucis, a quelqu'un à qui se confier, se sent compris"). • Il y a une différence significative entre les 2 groupes sur le ressenti du médecin par rapport au mal être des adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais de sélection lié à une difficulté d'appariement des témoins (difficulté d'avoir suffisamment de médecins témoins) et au fait que les médecins témoins sont impliqués dans la relation avec l'adolescent du fait de l'acceptation de l'étude. • Limite liée au fait que l'amélioration du ressenti de l'adolescent n'indique rien dans sa durabilité à moyen ou long terme. • Limite liée à la différence de représentation entre adolescent et médecin du mot soucis.

Article, Auteur, date, PAYS	Question(s) de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variable étudiée	Evaluation (STROBE / HAS)	Résultats	Limites et biais évoqués et <i>non</i> évoqués dans l'étude
<p>Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste. <i>Boulestreau-Grasset H,</i> 2009, FRANCE (29)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les adolescents considèrent-ils que le médecin généraliste est leur interlocuteur privilégié ? • Comment jugent-ils leur relation avec le médecin généraliste ? • Selon les adolescents, quels sont les facteurs favorisant le dialogue ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents de 13 à 18 ans de collèges/ lycées privés et publics en Vendée • Période : 2008 • 1202 questionnaires remplis (pendant un cours ou bien distribué par les délégués de classe), 1128 questionnaires inclus 	<p>Questionnaire portant sur les motifs de consultation du médecin généraliste, la détection de troubles psychologiques chez l'adolescent (grille Marcelli Gervais), sur l'aide du médecin si problème et sur les causes de non discussion du problème.</p>	<p>Etude quantitative observationnelle transversale, STROBE 11/22 50%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin généraliste n'est pas le premier interlocuteur auquel les ados s'adressent en cas de mal être. • Les facteurs favorisant le dialogue sont le tutoiement (82% des adolescents disent préférer le tutoiement), le fait de provoquer les questions (la deuxième raison de non discussion est l'attente de l'adolescent que le médecin le questionne en rapport avec son problème), l'information du droit à la confidentialité (les 3ème et 4ème raisons de non discussion d'un problème en consultation est la présence des parents ou bien la peur d'absence de confidentialité), le regard neuf d'un autre médecin et le sexe de l'adolescent (fille). 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais de sélection (l'échantillon de population n'est pas représentatif et volontariat des participants). • Biais de mesure lié au questionnaire (mauvaise compréhension et nombre important de questions) ainsi que ses conditions de distribution et aux non réponses du questionnaire. • Limite liée à l'utilisation d'une méthode quantitative alors que des entretiens qualitatifs auraient été plus adaptés. • <i>Biais de confusion lié à l'absence d'utilisation de tests statistiques pour certaines interprétations</i> • <i>Limite liée à une mauvaise qualité méthodologique. Les objectifs de l'étude sont vagues et il n'y a pas de réponse à la 2ème question, il n'y a pas de détails sur les études statistiques réalisées (donc impossibilité de savoir comment ont été écartés certains facteurs de confusion et de répondre clairement aux hypothèses émises en début d'étude), l'importance des troubles des adolescents n'est pas explicite (intensité et fréquence) du fait du type de questionnaire.</i>

Article, Auteur, date, PAYS	Question(s) de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variable étudiée	Evaluation (STROBE / HAS)	Résultats	Limites et biais évoqués et <i>non</i> <i>évoqués</i> dans l'étude
<p>Reducing adolescents' perceived barriers to treatment and increasing help seeking intentions : effects of classroom presentations by general practitioners. <i>Wilson CJ</i>, 2008, AUSTRALIE (30)</p>	<p>Tester l'utilité d'un programme d'intervention de médecins généralistes en classe pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuer les idées préconçues et les barrières des adolescents pour s'engager dans une prise en charge avec un médecin généraliste. • Augmenter les intentions des adolescents à consulter un médecin généraliste pour un problème physique ou psychologique. • Augmenter le nombre de demande de consultation avec un médecin généraliste pour les 2 types de problèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents de 3 lycées publics en Australie, issus de classe moyenne et ouvrière. • Période : non précisée • Groupe avec intervention = classe niveau 11 (16 ans) versus témoin classe niveau 10 (15 ans). • Inclusion de 178 exposés et 118 témoins. • Pour le groupe intervention, ils assistent à une intervention de médecins généralistes en classe, les témoins n'ont pas eu d'intervention. • Remplissage d'un même questionnaire pour les 2 groupes en pré intervention (T1) puis 5 (T2) et 10 semaines (T3) après l'intervention. 	<p>Questionnaire portant sur l'intention de recherche d'aide pour un problème physique ou psychologique (personnel, émotionnel ou pensées suicidaires), sur les consultations actuelles avec les médecins généralistes, les barrières à être pris en charge.</p>	<p>Etude quantitative interventionnelle avec cas/témoin, non randomisée, HAS 10,5/12 = 87,5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une diminution significative des barrières perçues entre T1-T2 ($p < 0,01$) et T1-T3 ($p < 0,05$) chez le groupe exposé, pas de changement significatif pour le groupe témoin. • Il y a une augmentation significative des intentions de consulter pour un problème psychologique entre T1-T2 ($p < 0,05$) et T1-T3 ($p < 0,05$) et les problèmes physiques T1-T2 ($p < 0,01$) T2-T3 ($p < 0,05$) pour les adolescents exposés. Pas d'augmentation retrouvée pour le groupe témoin pour les problèmes psychologiques T1-T2 et T1-T3, et physique entre T1-T2 mais augmentation significative entre T1-T3 ($p < 0,05$) pour les intentions de consulter pour un problème physique chez les adolescents témoins. • Le taux de consultation (rapport entre l'intention de consulter et le taux effectif de consultation) augmente de manière significative pour les problèmes psychologiques entre T1-T2 ($r = 0,23$ $p < 0,01$) T2-T3 ($r = 0,20$ $p < 0,01$) et physiques entre T2-T3 ($r = 0,25$ $p < 0,001$) chez les adolescents exposés et pas d'augmentation significative pour le groupe témoin. • Dans le groupe exposé, plus les barrières de recherche d'aide sont basses, plus les adolescents ont consulté un médecin généraliste dans les 10 semaines suivant la présentation pour un problème psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais de sélection lié à l'absence de randomisation et l'absence d'intervention alternative pour le groupe témoin. • Biais d'attrition très important. • Biais de confusion lié au fait de remplir les questionnaires (remplir le questionnaire peut aider à percevoir ses barrières et motiver une consultation). • Limite d'interprétation liée au besoin d'un suivi à plus long terme surtout pour évaluer l'efficacité de l'intervention sur les consultations pour problème psychologique.

Article, Auteur, date, PAYS	Question(s) de recherche	Méthode : population/ contexte/ recueil	Variable étudiée	Evaluation (STROBE / HAS)	Résultats	Limites et biais évoqués et <i>non</i> <i>évoqués</i> dans l'étude
What do troubled adolescents expect from their GPs ? <i>Tudrej B,</i> 2016, FRANCE (31)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier la qualité clé des médecins généralistes désirée par les adolescents pour se sentir libre de se confier à leur médecin. • Déterminer si la qualité attendue diffère en fonction du sexe de l'adolescent, du niveau de comportement à risque ou de l'interlocuteur : ami parent ou médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents de 15 ans dans 182 collèges tirés au hasard dans 2 régions de France. • Période : juin 2012. • Consentement de l'adolescent et de ses parents demandé. • Remplissage d'un questionnaire pendant un temps scolaire en présence d'un représentant en santé du ministère de l'éducation. • Inclusion de 1817 questionnaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le questionnaire porte sur le type d'interlocuteur choisi en fonction de la difficulté rencontrée, sur les conditions de la confiance et pourquoi, et sur le niveau du comportement à risque. • Le questionnaire a été testé dans 3 précédentes études. • Classification des adolescents en 3 groupes de comportement à risque. 	Etude quantitative observationnelle transversale, STROBE = 17/22 77,3%	<ul style="list-style-type: none"> • Pour tous problèmes confondus, 39% (n=712) des adolescents se confient à leur médecin généraliste. Ils recherchent d'abord l'honnêteté puis la fiabilité puis la sensibilité. • Il n'y a pas d'influence du sexe ni du niveau de comportement à risque sur la qualité attendue. • Un résultat inattendu est retrouvé : les adolescentes filles du groupe « haut risque » se confient moins que les autres à leur médecin généraliste pour les problèmes physiques (bas risque=54% risque moyen=57%, haut risque =42%, p=0,001) et parlent plus de leurs problèmes relationnels (bas risque=3% risque moyen=7%, haut risque =9% p 0,027). 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais de sélection (1 seul âge exploré). • Limite liée au fait que les données évaluées sont subjectives. • Limite liée au choix de constitution des groupes à risque. • Limite de généralisation de la France vers les autres pays. • <i>Biais de mesure lié aux non réponses du questionnaire.</i>

Article, Auteur, date, PAYS	Question de recherche	Méthode : population/contexte/recueil	Variables étudiées	Evaluation PRISMA	Résultats	Limites et biais évoqués/non évoqués dans l'étude
<p>What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. Cullen W, 2010, IRELAND (32)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une revue de la littérature sur le rôle de la médecine générale dans la prise en charge de la santé mentale des jeunes. • Discuter des implications de cette revue sur des recherches futures. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé par 3 auteurs. • Période : non précisée. • Base de données : Pubmed, recherche bibliographique des articles importants et recherche web sur les agences nationales et internationales de santé mentale. 	<p>Lignes de recherche pubmed : "prévalence de la détresse psychologique chez les jeunes", "santé mentale des jeunes et médecin généraliste", "soins de santé mentale primaires et jeunes".</p>	<p>Revue de littérature PRISMA = 9/22 = 40,9%.</p>	<p>Les jeunes ne recherchent pas d'aide des professionnels à cause de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs socio démographiques et personnels (âge jeune, sexe masculin, minorité ethnique, bas niveau socioéconomique/sévérité de la détresse/stigmatisation de la maladie et du traitement/manque de connaissances sur les aides disponibles/ mauvaise reconnaissance de ses symptômes psychologiques) . • Croyances concernant les médecins (attitudes négatives des médecins /connaissances limitées avec perception du rôle limitée au physique/ médicaments favorisés par rapport aux thérapies orales) • Du contexte (coût, distance). 	<ul style="list-style-type: none"> • Limite de transférabilité liée au fait que les études sélectionnées sont principalement étrangères • <i>Limite liée à une faible qualité méthodologique générale.</i> • <i>Biais de sélection conséquent avec des critères de recherche peu précis et redondants, une sélection des études sans critères d'inclusion et d'exclusion explicités.</i> • <i>L'analyse des données pose question avec une extraction des données vague, un nombre d'études analysées de même que le listing des études non précisé, pas de flow chart, une absence d'analyse critique des études sélectionnées (aucun biais par étude ou global évoqué).</i> • <i>Biais de publication non évoqué.</i>

3.4 Classement des résultats

Nous avons classé les résultats en facteurs liés au médecin, facteurs liés à l'adolescent et facteurs externes.

3.4.1 Facteurs liés au médecin :

3.4.1.1 Les attitudes du médecin envers l'adolescent

Le principal facteur retrouvé concerne les attitudes du médecin, qui est présent dans quatre études. Les adolescents parlent d'incompréhension et de désintérêt de leur médecin dans les raisons de non discussion de problèmes. Ils critiquent aussi le fait qu'ils ne soient pas mis à l'aise pendant la consultation (25). Des témoignages d'adolescents en détresse psychologique montrent qu'ils ont souffert d'attitudes dédaigneuses, de manque de considération voir de stigmatisation (24). Par opposition, des adolescents parlent aussi d'attitudes d'écoute et de jugement positif (24). Le tutoiement serait à priori préféré (29). L'étude de TUDREJ B de 2016 (31) retrouve que la qualité la plus importante du médecin selon les adolescents est d'abord l'honnêteté suivi de la fiabilité puis de la sensibilité. Le niveau de comportement à risque et le sexe n'ont pas influé sur ce résultat.

3.4.1.2 L'expérience antérieure de consultation

L'expérience antérieure de consultation est importante, trois articles y font référence. Elle peut être négative (32) comme positive. Selon les adolescents interrogés dans l'étude de Biddle L de 2006 dans un contexte de troubles mentaux ou pensées suicidaires, plusieurs situations ont été vécues de manière positive. Le fait que le médecin donne accès aux informations, qu'il apporte un soutien par une écoute active ou la réalisation d'exercices motivationnels a été rapporté. Ils reconnaissent que le médecin a proposé l'utilisation de thérapeutiques médicamenteuses dans le but de soulager les symptômes. Le recours à un spécialiste a été perçu de manière positive (24). Nous retrouvons aussi comme facilitateur la notion que le médecin provoque les questions sur les sujets sensibles (29).

3.4.1.3 La présence des parents en consultation

Le fait que les parents soient présents lors de la consultation est une raison de non discussion de problèmes pour certains (25,29).

3.4.1.4 La consultation chez un médecin différent

Dans l'étude de Boulestreau-Grasset H de 2009 (29), les adolescents indiquent que le fait de voir un autre médecin a pu permettre d'instaurer un dialogue plus facilement.

A l'opposé, certains font remarquer qu'ils ne voient pas toujours le même médecin au sein d'un même cabinet (23) ce qui pose le problème de la continuité des soins

3.4.1.5 L'organisation du cabinet

Les adolescents se plaignent de secrétaires médicales trop intrusives (20) et d'un temps de consultation trop court (25).

3.4.1.6 Outil : l'assurance de confidentialité

L'étude de Ford CA de 1997 (27) analyse le changement d'attitude des adolescents en fonction de si le médecin les informe au cours de la consultation de leur droit à la confidentialité. Trois groupes différents ont été constitués avec la diffusion audio d'un scénario de consultation médicale. La confidentialité n'est pas abordée dans le premier, la confidentialité inconditionnelle est mentionnée dans le deuxième et la confidentialité conditionnelle (c'est-à-dire rupture du secret médical si mise en danger immédiate du jeune) est expliquée dans le troisième groupe. Il est retrouvé que l'information du droit à la confidentialité augmente la volonté de parler de sujets sensibles et la probabilité de revenir en consultation ultérieurement mais ne change pas la volonté de parler d'informations générales et l'honnêteté. L'assurance de confidentialité inconditionnelle augmente significativement la probabilité de futures visites par rapport à la confidentialité conditionnelle.

3.4.1.7 Outil : la sensibilisation du médecin généraliste

L'étude de Binder P de 2009 évalue l'efficacité d'une sensibilisation du médecin à l'accueil de l'adolescent (28). Cette sensibilisation a eu lieu lors de séances de formation médicale continue dans les 20 mois précédant l'enquête avec un rappel au cabinet ou lors d'une séance de FMC (Formation Médicale Continue) et remise d'une

plaquette. On retrouve dans l'outil l'utilisation d'un référentiel d'attitudes qui intègre le test TSTScafard. Le référentiel d'attitudes propose au cours de la conversation avec l'adolescent de faire des ouvertures pour lui permettre d'aborder d'autres sujets, il favorise les échanges et le relationnel. Il inclut le tiers dans la prise en charge. Le test TSTScafard permet de dépister un mal être qui ne s'exprime pas d'un premier abord et aide à déterminer s'il faut demander à l'adolescent la présence d'idées suicidaires.

Le groupe témoin était composé de médecins n'ayant pas eu de sensibilisation.

L'étude retrouve que cette sensibilisation est insuffisante pour l'amélioration du ressenti de l'adolescent. Le ressenti de l'adolescent a évolué de manière positive entre le questionnaire avant et après la consultation mais sans différence significative entre les deux groupes.

3.4.2 Facteurs liés à l'adolescent :

3.4.2.1 Croyances négatives concernant les médecins

Nous retrouvons en priorité les croyances concernant les médecins. Plusieurs études évoquent le fait que le rôle du médecin généraliste est limité au physique (23,24,31,32) voire aux problèmes personnels à composante physique tels que l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), les IST (Infection Sexuellement Transmissible), le tabac ou l'alcool (23). Lorsqu'il se confie, les adolescents préfèrent parler de leurs problèmes physiques, ils ont du mal à aborder leurs problèmes personnels et ne veulent pas aborder les problèmes relationnels (31). Dans d'autres études, les adolescents considèrent qu'en cas de problème personnel émotionnel ou suicidaire, le médecin n'a pas sa place (ce n'est pas son rôle) (25,26). Dans l'étude de Leavey G de 2010, ils jugent pour 30% d'entre eux que l'aide du médecin est appropriée dans les troubles alimentaires et les hallucinations auditives, pour 20% concernant les idées suicidaires et seulement 10% concernant l'anxiété et la dépression (23). Les adolescents pensent que les connaissances des médecins généralistes sont limitées concernant les problèmes psychologiques (24,32). Le fait d'être adressé à un spécialiste par son médecin a, selon des témoignages, renforcé le sentiment d'incompétence du médecin (24). Certains adolescents pensent que les médicaments sont favorisés par rapport aux psychothérapies (24,32) et qu'ils peuvent

générer des addictions (24). Enfin, une attitude négative supposée des médecins envers les adolescents est aussi mise en cause (32).

3.4.2.2 Attitudes des adolescents

La notion « attitudes des adolescents » regroupe leurs sentiments, ressenti mais aussi leur comportement.

Les attitudes positives ou négatives que peuvent avoir les adolescents ont été retrouvées dans cinq études.

La gêne et la honte peuvent empêcher certains de se confier (25,26). Pour d'autres, le manque de confiance dans leur médecin est une barrière. La peur du non-respect du secret médical (de la confidentialité) est retrouvée dans plusieurs études (23,25,26). Les adolescents décrivent aussi une attitude passive où ils sont dans l'attente que le médecin les questionne sur leurs problèmes (29). Si le sujet n'est pas abordé en consultation par le médecin, ils ne parlent pas du problème. D'autre part, les jeunes ne demandent pas d'aide quand ils ont un problème mental. Pour des symptômes psychiatriques, ils consultent moins volontiers que les adultes plus âgés(32).

La construction de la relation a été évoquée sous différents aspects. Pour certains, la relation n'est pas ou insuffisamment construite (23). D'un autre côté, beaucoup d'adolescents pensent que leur médecin de famille a le potentiel d'être utile. Ils ont la volonté de construire une relation positive et de confiance avec leur médecin (23). Cela peut par exemple se traduire par l'utilisation de technologies telles que les mails ou les SMS (Short Message Service) (23) ou bien consacrer plus de temps de consultation (25).

3.4.2.3 Sexe masculin

La notion de sexe a été retrouvée dans trois études. Quand elles sont interrogées, les adolescentes recherchent plus d'aide pour les problèmes de santé physique et émotionnels. Ces résultats sont d'ailleurs significatifs (23) excepté pour l'item « hallucinations auditives ». Dans l'étude de Boulestreau Grasset H de 2009, il est retrouvé que les adolescentes consultent plus que les adolescents et qu'elles parlent plus facilement de leurs symptômes (29). Dans l'étude de Cullen W de 2010, elle-même revue de la littérature, ce facteur est lui aussi retrouvé.

3.4.2.4 *Expérience antérieure de consultation*

Ce facteur a été détaillé dans le chapitre « facteurs liés au médecin » mais l'expérience antérieure de consultation a aussi sa place dans les facteurs liés à l'adolescent. Il ne sera pas détaillé ici.

3.4.2.5 *Manque de connaissances sur leurs droits*

Nous retrouvons par ailleurs le manque d'information sur leurs droits en tant que mineurs. La présence des parents est une raison de non discussion de problèmes (29) et ils déclarent être peu informés à leur droit à consulter en l'absence des parents (23) leur permettant ainsi d'être autonome. Ils ont peur que le médecin ne respecte pas la confidentialité (29).

3.4.2.6 *Manque de connaissances en santé mentale*

Le manque de connaissance en santé mentale est cité dans quatre études. La connaissance en santé mentale inclue la connaissance de l'adolescent sur les moyens d'aide dont dispose le médecin généraliste pour les aider ainsi que la reconnaissance de symptômes psychologiques. Les adolescents ne savent pas que le médecin peut faire une psychothérapie ou bien avoir un rôle d'écoute et de conseil (23,24,32). Ils ne pensent donc pas pouvoir être soulagés que ce soit pour des problèmes personnels, émotionnels ou suicidaires (26). La mauvaise reconnaissance de la signification des symptômes psychologiques ou une interprétation erronée de ces symptômes diminuent la recherche d'aide (32).

3.4.2.7 *Sévérité de la détresse psychologique*

Une sévérité plus importante de la détresse psychologique a été retrouvée comme diminuant la recherche d'aide (32).

3.4.2.8 *Age plus jeune*

Un âge plus jeune dans l'adolescence a été relié à une diminution de la recherche d'aide (32).

3.4.2.9 *Outil : programme d'intervention scolaire*

L'étude de Wilson CJ de 2008 teste la réalisation d'une intervention de médecins généralistes en classe à l'âge de 15-16 ans (30). Cette intervention est une présentation interactive qui consiste à donner des informations pratiques sur la

consultation (comment se passe une consultation, droit à la confidentialité), avoir une discussion sur les questions écrites des adolescents, explorer les expériences précédentes avec les médecins, normaliser l'accès aux soins pour des problèmes physiques comme psychologiques et expliquer comment le médecin généraliste peut aider selon les types de problèmes rencontrés. Son impact a été évalué par des questionnaires remplis avant l'intervention (T1) et 5 et 10 semaines après l'intervention (T2 et T3).

L'intervention a montré une diminution des barrières à la consultation et une augmentation des intentions de consulter pour les problèmes physiques et psychologiques. Il a été aussi observé une augmentation effective du taux de consultation dans les suites de l'intervention pour les deux types de problèmes.

3.4.3 Facteurs externes :

Les facteurs externes réunissent les facteurs dépendant de l'entourage de l'adolescent ainsi que de la société.

3.4.3.1 Problèmes d'accès à la consultation

Les contraintes et problèmes d'accès à la consultation sont évoqués dans trois études. La distance et l'accessibilité géographique sont aussi mises en avant dans les trois études (23,25,32) dont un étude où l'échantillon de population est urbain (23). Le prix de la consultation est évoqué dans deux études (25,32) dont une est française.

3.4.3.2 Niveau socio-économique

Un niveau socio-économique plus bas est associé avec une moins bonne recherche d'aide pour les jeunes ayant un problème de santé mentale (32).

3.4.3.3 Minorités ethniques

Le fait d'être issu d'une minorité ethnique diminue la recherche d'aide pour les problèmes de santé mentale (32) et il est observé de manière significative moins de comportement de recherche d'aide pour le suicide et l'auto mutilation chez les jeunes nés à l'étrangers (23).

3.4.3.4 Attitudes stigmatisantes

Les attitudes stigmatisantes de l'entourage et de la société sur les maladies mentales et les médicaments sont aussi un facteur limitant : elles diminuent la recherche d'aide (32).

4 DISCUSSION

4.1 Synthèse des résultats

Selon les adolescents, les difficultés ressenties peuvent être liées à plusieurs facteurs : au médecin, à l'adolescent lui-même et à la société.

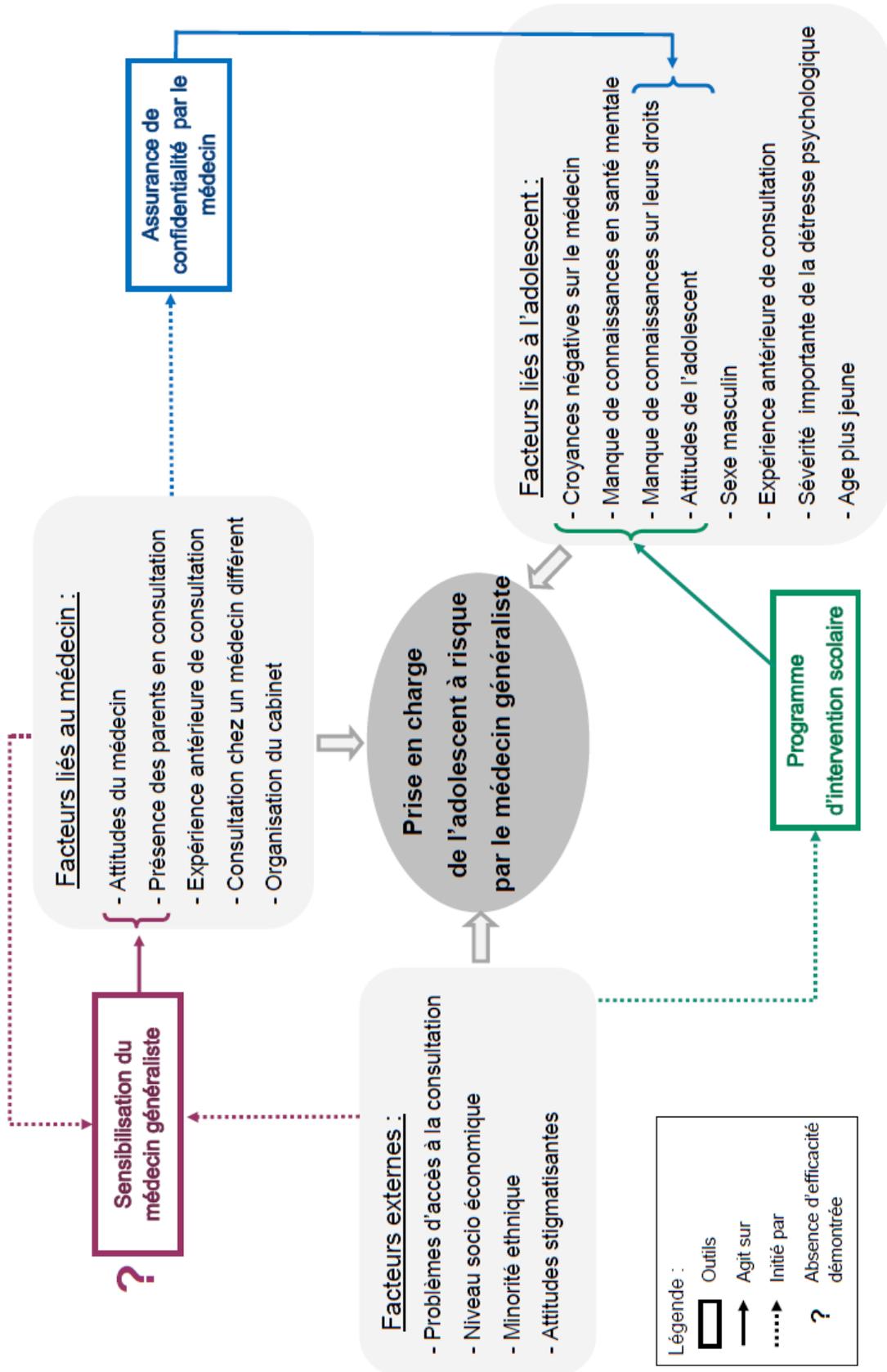
Le médecin, par son attitude positive ou négative va favoriser ou non la relation avec l'adolescent. Les autres facteurs retrouvés sont liés à l'expérience antérieure de consultation qui peut être perçue comme positive ou négative puis la présence des parents en consultation.

Les adolescents ont des difficultés dans leur prise en charge à cause de croyances négatives sur le médecin, un manque de connaissance sur leurs droits et en santé mentale. Les attitudes des adolescents eux-mêmes avec un sentiment de gêne, un manque de confiance ou bien une passivité impliquent une absence de dialogue. Ces attitudes peuvent cependant être positives avec la volonté de construction d'une relation. Le fait d'être un garçon, d'être plus jeune et de souffrir de détresse psychologique plus importante majeure les difficultés relationnelles.

Les facteurs externes regroupent les problèmes d'accès à la consultation avec le coût, la distance et l'accessibilité du médecin. Un bas niveau socio-économique, le fait d'appartenir à une minorité ethnique ainsi que les attitudes stigmatisantes de la société envers les maladies mentales sont des facteurs limitants de la recherche d'aide.

Des outils viennent renforcer la relation médecin - adolescent et luttent contre les facteurs défavorisants. Ainsi, l'assurance de confidentialité par le médecin en consultation et la réalisation d'une intervention scolaire par des médecins ont démontré leur efficacité.

Schéma 2 : Facteurs favorisant et défavorisant la prise en charge de l'adolescent à risque par le médecin généraliste : le point de vue de l'adolescent



4.2 Discussion des résultats

Notre étude retrouve plusieurs facteurs facilitants et plusieurs difficultés ressenties par les adolescents ainsi que des outils améliorant la relation entre le médecin généraliste et l'adolescent à risque. Cependant, le nombre d'études incluses est faible et la fiabilité des résultats est limitée au vu de nombreux biais et limites.

Cinq principales notions se dégagent de l'ensemble des facteurs et sont développées ci-dessous.

4.2.1 La confidentialité

Le problème de la confidentialité se retrouve dans le facteur défavorisant « présence des parents en consultation » et dans le facteur favorisant « aller voir un autre médecin ». En effet, les adolescents mettent en avant le problème d'aller voir leur médecin qui est avant tout le « médecin des parents ».

Notre revue de la littérature retrouve que les adolescents connaissent mal leur droit à la confidentialité (23,29).

Une étude réalisée aux USA (United States of America) en 2007 (33) a analysé les facteurs associés au renoncement aux soins chez les adolescents pour raisons de confidentialité. Les adolescents ayant des comportements à risque, une détresse psychologique ou une communication difficile avec leurs parents ont davantage renoncé aux soins pour des problèmes de confidentialité que les adolescents sans risque.

L'étude incluse dans notre revue (27) concernant l'assurance de confidentialité par le médecin généraliste montre une augmentation de la volonté de parler de sujets sensibles et de revenir en consultation chez les adolescents. Elle consiste en un essai comparatif randomisé et est donc l'étude qui a le meilleur niveau de preuve de notre revue de la littérature. Cet outil a cependant été testé seulement en scénario audio et non dans le cadre de consultations réelles. Il n'est par ailleurs pas étudié en fonction du groupe à risque de l'adolescent.

Les médecins eux-mêmes éprouvent des difficultés avec cet aspect de leur pratique. En effet, leurs difficultés liées à la mauvaise connaissance des textes de loi,

à la difficulté de prendre en charge un adolescent dans un contexte relationnel complexe avec sa famille et le non-respect de la confidentialité en lien avec leurs préjugés personnels a été mis en avant (34). Une limite d'applicabilité a été à plusieurs reprises évoquée par les praticiens du fait d'un remboursement des soins visible par les parents. Cette problématique est de plus rencontrée dans un contexte où le mineur est en conflit avec ses parents et peut donc être source de rupture de soins (35).

La confidentialité du médecin semble incontournable dans la construction d'une relation de confiance avec l'adolescent à risque. Cette relation dépend aussi des qualités relationnelles du médecin et de l'adolescent.

4.2.2 La relation entre médecin généraliste et adolescent

Les attitudes de l'adolescent sont dépendantes de diverses transformations physiques, sociales et psychologiques. Il est confronté à un changement de sa relation avec les adultes et une évolution de son autonomie. Il peut donc avoir des attitudes négatives du fait de la peur et des craintes concernant ce changement (2).

Elles peuvent être influencées par d'autres facteurs comme le sexe de l'adolescent. Il a été retrouvé qu'avoir une meilleure compétence émotionnelle, c'est-à-dire savoir identifier, décrire et contrôler ses émotions permet une meilleure recherche d'aide (36). Cette compétence est plus développée chez les filles que chez les garçons (37) d'où le fait que d'être un garçon peut être un facteur défavorisant dans la recherche d'aide et ainsi dans la prise en charge par son médecin.

Les attitudes des médecins en consultations vont directement influencer le ressenti des adolescents (38).

Les facteurs relationnels sont dépendants des qualités de chaque médecin. Les capacités relationnelles avec l'habileté en communication verbale et non verbale, la capacité d'empathie, l'écoute active et l'attitude de partenariat ont été mises en valeur par les patients (39). Ces capacités relationnelles sont directement influencées par le quotidien de chaque médecin comme la surcharge de travail, les problèmes personnels voire le burn-out (40).

Parmi les attitudes des médecins retrouvées dans notre étude, nous ne pouvons pas retenir le tutoiement (29) car ce résultat inclus tous les adolescents dont ceux sans facteurs de risque.

Aux vues de l'impact de l'attitude du médecin sur l'adolescent et sa décision de prise en charge, il semble important que les généralistes soient très attentifs à leur comportement et fassent preuve d'un grand professionnalisme. La formation médicale continue peut-être un moyen pour améliorer ses compétences relationnelles.

4.2.3 La formation du médecin

Le développement professionnel continu est une obligation du médecin qui figure dans le code de déontologie (article 11) et le code de la santé publique (R.4127-11).

Une étude randomisée réalisée auprès de médecins généralistes montre que la participation à un programme de formation en santé mentale des adolescents pourrait permettre une amélioration durable des connaissances et des compétences ainsi qu'un changement des pratiques professionnelles (41).

Notre revue de la littérature a inclus l'étude de Binder P de 2009 qui évalue l'impact sur l'adolescent d'une formation du médecin généraliste. L'étude n'a pas trouvé de différence statistique significative sur le ressenti de l'adolescent entre le groupe sensibilisé et le groupe témoin. Il faut cependant nuancer ces résultats par le fait que les deux groupes de médecins étudiés étaient intéressés par la problématique de l'adolescent (biais de sélection) et que le processus de sensibilisation a été probablement insuffisant. Cela a pu entraîner une sous-estimation de l'effet de la sensibilisation.

Le médecin généraliste doit être dans une démarche de formation pour améliorer et mettre à jour ses compétences qui vont avoir un impact sur la prise en charge de ses patients adolescents.

La prise en charge des adolescents ne dépend pas seulement du médecin généraliste. Il fait partie d'un système de soins avec d'autres professionnels de santé comme les pédiatres ou les psychiatres. Ce système de soins est organisé et régulé par l'état via des politiques de santé publique. Le médecin généraliste garde donc un champ d'action limité et d'autres idées doivent être développées pour améliorer la prise en charge des adolescents.

4.2.4 Les politiques de santé publique

Notre revue de la littérature a permis de mettre en évidence des problèmes d'accès aux soins des adolescents qui font écho à ceux de la population générale.

La diminution du nombre de praticiens du fait du vieillissement de la profession et la désertification de nombreuses zones rurales ne permettent pas un accès facile au médecin. Ceci est d'autant plus important que les adolescents peuvent être dépendants de leurs parents pour les déplacements.

Ces difficultés sont plus importantes pour les populations en situation de précarité et les minorités ethniques (42,43).

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 a pour but de rendre obligatoire l'égalité dans l'accès aux soins en général et favoriser plus particulièrement l'amélioration de la santé des enfants avec réduction des inégalités sociales et territoriales (44).

Par ailleurs, outre les politiques de santé publiques pour l'accès aux soins, l'éducation des adolescents a été étudiée.

4.2.5 Les normes sociales

Le concept de norme sociale a un impact sur la recherche d'aide des adolescents.

Les attitudes stigmatisantes et négatives de l'entourage concernant les problèmes de santé mentale vont diminuer la recherche d'aide. Il est difficile pour un jeune d'être vu par ses amis, sa famille et la société comme quelqu'un de « dérangé ». Ces attitudes négatives de la société sont issues de normes sociales dans lesquelles la maladie mentale n'est pas acceptée.

La volonté de recherche d'aide des adolescents est moins importante que celle des adolescentes en rapport avec les normes sociales rattachées à ce que doit être un homme : la théorie de la masculinité. La masculinité occidentale actuelle réfère à l'homme blanc, hétérosexuel, possédant des traits masculins stéréotypés tels que l'assurance, le contrôle, la force physique ou l'absence d'émotions (45) . Le concept de masculinité est donc en conflit avec l'idée d'expression libre de ses sentiments et de ses problèmes de santé mentale ainsi que la recherche d'aide. Les hommes qui,

face aux problématiques de la santé, adoptent un comportement se référant à cette masculinité, souffrent de plus grands risques de santé que les autres (46).

L'impact des normes sociales est donc important et il est difficile de provoquer un changement général de pensée. L'effort doit venir de chacun d'entre nous.

Le programme d'intervention scolaire étudié dans l'étude de Wilson CJ de 2008 en Australie permet une information globale sur la santé et la santé mentale. Il permet de lutter contre les croyances sur les médecins et les croyances sur les maladies mentales. Il a été observé, malgré un biais d'attrition conséquent qui diminue la puissance de l'étude, une diminution des barrières ressenties à voir un médecin, une augmentation des intentions de consulter ainsi qu'une augmentation effective du taux de consultation.

Cette étude n'a pas d'équivalent en France mais elle peut être une piste de recherche pour construire puis évaluer un programme d'éducation des adolescents pendant le temps scolaire. Ce programme pourrait être généralisé à tous les adolescents par la suite via des directives de santé publique.

4.3 Limites des études incluses

4.3.1 Limite liée au niveau de preuve

Le niveau de preuve des études incluses est faible.

L'état des lieux de la HAS d'avril 2013 classe le niveau de preuve scientifique de un (meilleur niveau de preuve) à quatre (niveau de preuve le plus bas) (47) (voir annexe 4). Le niveau de preuve des études que nous avons sélectionné est de niveau quatre pour les études quantitatives observationnelles (25,26,29,31), de niveau trois pour l'étude cas témoins (30), et de niveau deux pour l'étude comparative non randomisée (28) ainsi que pour l'étude randomisée faible puissance (27).

Les études qualitatives n'ont pas d'équivalent en niveau de preuve dans les recommandations HAS. Cependant, leur puissance a été évaluée avec la grille de Côté Turgeon qui retrouve pour chacune des études une très bonne qualité méthodologique. On peut donc considérer que ces deux études qualitatives sont d'un bon niveau de preuve.

4.3.2 Limite liée à une faible qualité méthodologique

Nous avons observé des limites liées à une faible qualité méthodologique de certaines études (25,26,29,32). Leur score d'évaluation méthodologique (STROBE et PRISMA) est d'ailleurs inférieur à 50%. Deux de ces études sont des thèses (25,29). L'objectif de départ était mal défini et elles n'ont peu ou pas utilisé de tests statistiques qui auraient pu éliminer des facteurs de confusion (25,29). La compréhension de certains tableaux a été limitée par manque de légende (26). Dans la revue de la littérature de Cullen W de 2010, le biais de sélection est conséquent avec des critères de recherche peu précis et redondants, une sélection des études sans critères d'inclusion et d'exclusion explicités. L'analyse des données pose question avec une extraction des données vague, un nombre d'études analysées de même que le listing des études non précisé, une absence d'analyse critique des études sélectionnées (aucun biais par étude ou global évoqué). La revue n'est pas reproductible en l'absence des critères méthodologiques PRISMA, ses résultats sont donc moins fiables.

4.3.3 Limite liée à un manque de transférabilité

Les études sélectionnées dans notre revue de la littérature sont de différentes nationalités (françaises, australiennes, américaines et anglaises), nous pouvons donc généraliser les résultats à ces pays mais pas aux autres comme le continent africain, asiatique ou bien l'Amérique du sud. Il n'est pas non plus possible de généraliser les résultats d'études étrangères à la population française.

4.3.4 Limite liée à un biais de sélection

Nous retrouvons un biais de sélection dans 7 études sur 10 qui implique que les échantillons de population étudiées sont plus ou moins représentatifs. Une méthodologie et un protocole d'étude rigoureux devraient permettre de limiter ce biais mais bien souvent des limites de moyens et de temps sont rencontrées. Dans les études incluses, certaines populations analysées sont plutôt urbaines (23,27), parfois issue d'un collège chrétien (26), ou bien d'établissements scolaires d'une ville ayant un milieu socio-économique plus bas que la moyenne (25). Ces échantillons de populations peuvent donc dans ces cas-là, ne pas être généralisables à l'ensemble de la population du pays.

4.3.5 Limite liée à un biais de mesure

Le biais de mesure est retrouvé dans 6 études.

Concernant les études quantitatives observationnelles, il concerne en particulier le questionnaire. Un biais à propos de la construction du questionnaire et son remplissage est retrouvé dans trois études observationnelles (25,26,29) et le questionnaire d'une étude qualitative (23). La construction de certains questionnaires n'est basée sur aucun référentiel (23,25) et nous pouvons nous interroger sur le caractère cohérent et reproductible de l'étude. Par ailleurs, la complexité d'un questionnaire a impliqué un manque de réponse à certaines questions par manque de compréhension des adolescents (25). Ce manque de réponse implique un biais de mesure et peut surestimer ou sous-estimer un phénomène. La construction de certains questionnaires aurait donc pu être basée sur un référentiel pour augmenter sa validité ou bien simplifiée pour faciliter la compréhension de la part des adolescents (29).

Les conditions de remplissage du questionnaire étaient en général soit pendant un temps scolaire sous supervision d'un adulte, soit pendant un temps libre sans la présence d'un adulte. Les deux méthodes ont leurs qualités et défauts. La présence d'un adulte permet une meilleure compréhension du questionnaire, empêche l'influence des réponses des adolescents entre eux (25,29) et limite les commentaires inadaptés (29). Il a cependant été remarqué une tendance à l'absence de réponse aux sujets sensibles comme la consommation de toxique (29). Le remplissage du questionnaire sur un temps non scolaire a montré une moins bonne compréhension de certaines questions et nous pouvons suspecter que les adolescents se sont influencés les uns les autres pour leurs réponses. Cependant, il a été remarqué que certaines réponses étaient très intéressantes avec des annotations libres et des commentaires constructifs (29). Il est difficile de déterminer quelles sont les meilleures conditions de remplissage d'un questionnaire pour en limiter les biais.

Par ailleurs, les quatre études quantitatives observationnelles ont comme biais de mesure une absence partielle de réponse au questionnaire (25,26,29,31). Cela implique une collection de données moins importante qui devient potentiellement insuffisante pour une analyse concluante. Ce biais dépend directement de la qualité de construction du questionnaire évoquée plus haut et des conditions de remplissage du questionnaire.

L'étude interventionnelle de Wilson CJ de 2008 a un biais d'attrition conséquent ce qui limite son interprétation.

4.3.6 Limite liée à un biais de confusion

Nous avons noté un manque d'utilisation de tests statistiques dans l'étude de Cavagna ML de 2008 et de Boulestreau-Grasset H de 2009 ce qui biaise les résultats par de probables facteurs de confusion non mis en évidence.

4.3.7 Limite liée à la comparaison de notions différentes selon les études

La notion du risque était différente selon les études. Des référentiels différents ont été utilisés comme la grille de Marcelli Gervais (29) ou bien le TSTScafard (28). D'autres études n'étudiaient essentiellement que les problèmes psychologiques et psychiatriques (23,24,32). La notion d'alcool n'a pas été abordée dans l'étude de Cavagna ML de 2008 alors que les autres toxiques étaient évoqués. Cette diversité des risques rencontrés implique une difficulté d'uniformisation des résultats aux adolescents à risque en général. L'utilisation d'un même référentiel au cours des différentes études pourrait permettre d'atténuer cette limite mais nous sommes confrontés à des études de différentes nationalités où les référentiels ne sont pas les mêmes.

La notion de risque n'était pas toujours bien différenciée de l'adolescent sans risque. Nous avons retrouvé dans certaines études l'inclusion de tous les adolescents avec dans le questionnaire une notion de risque (grille de Marcelli Gervais par exemple (29)). Les adolescents sans risque et à risque n'ont pas été systématiquement séparés au moment des résultats ni dans leur analyse (25,27,29). Par exemple, le tutoiement a été retrouvé comme facteur facilitant (25) mais ce résultat prend en compte tous les adolescents dont ceux sans facteur de risque. Dans l'étude de Ford CA de 1997, les adolescents ne sont pas classés en groupes "à risque". Cela ne permet pas de formuler de conclusion sur l'effet de l'assurance de confidentialité en fonction du risque. La distinction « à risque » est donc un peu plus limitée. Certains résultats de notre revue de littérature ne sont donc pas des difficultés ou facilités des adolescents à risque, mais des difficultés et facilités des adolescents en général.

La classe d'âge « adolescent » n'était pas la même selon les études : certaines incluaient les 13-18 ans (29), d'autres une tranche d'âge un peu plus large (26,28) voire la classe adolescents et adultes jeunes dans un même temps (24) ou bien parfois un seul âge était exploré (23,25,30,31). Notre revue de littérature qui étudie les adolescents de 13 à 18 ans prend donc en compte dans ses résultats des réponses d'adultes jeunes.

4.4 Forces et limites de la revue de la littérature

4.4.1 Limites de la revue de la littérature

4.4.1.1 Limites liées à une insuffisance de ressources

Nos recherches n'ont retrouvé que peu d'études qualitatives sur le sujet.

La question de notre thèse concerne la relation médecin-patient. Les études qualitatives sont les plus appropriées pour l'étude des problématiques subjectives mais elles sont peu nombreuses à traiter de notre sujet. Nous pouvons nous imaginer la difficulté pour les études quantitatives observationnelles de construire un questionnaire en questions fermées et/ou ouvertes sur un sujet subjectif. Il est aussi compliqué et coûteux de construire une étude qualitative, les contraintes de temps mais aussi la nécessité d'accord parental ont été soulevées dans la justification du choix du type d'étude pour les articles quantitatifs. Il serait utile de réaliser des études qualitatives sur ce sujet pour apporter un complément de réponse ou bien conforter les résultats trouvés dans les précédentes études.

4.4.1.2 Limites liées à un biais de publication et de détection

Nous pouvons suspecter un probable biais de publication concernant notre revue de la littérature. En effet, certaines études ne retrouvant pas de résultats concluants ont pu ne pas être publiées par leurs auteurs. Le fait de ne pas publier une étude par manque de résultat positif ne concerne pas à priori les études quantitatives observationnelles ou bien qualitatives dont le rôle est plutôt d'observer et de décrire.

Nous pouvons nous attendre à retrouver ce biais pour les études quantitatives interventionnelles comme l'évaluation des outils.

Notre revue de la littérature a un biais de détection. En effet, nous avons inclus une revue de la littérature (32) qui elle-même analyse d'autres articles en rapport avec notre sujet. L'article de Biddle L de 2006 a donc été analysé dans cette première revue de la littérature puis inclus dans notre revue. Cela peut apporter une analyse en doublon de certaines données.

4.4.2 Forces de la revue de la littérature

Les forces de notre revue de la littérature sont essentiellement liées à sa méthodologie.

Le processus de sélection des études a été effectué en double lecture à deux chercheurs ce qui permet une confrontation des données et atténue les éléments subjectifs.

L'extraction des données, bien que faite par simple lecture, a été rigoureuse avec l'utilisation d'une grille de lecture.

Plusieurs bases de données ont été utilisées pour ouvrir le champ de recherche aux articles médicaux, psychologiques et sociaux.

Lors de la recherche documentaire, nous n'avons utilisé de filtre ni sur l'ancienneté des articles, ni sur leur type (essai clinique, revue, étude observationnelle, étude qualitative...).

5 CONCLUSION

Notre revue de la littérature permet de retrouver plusieurs facteurs facilitants et des difficultés ressenties par les adolescents à risque pour leur prise en charge par les médecins ainsi que des outils aidant dans cette relation. Nous avons trouvé instructif de faire le parallèle entre ces facteurs et les différentes étapes du processus de recherche d'aide décrit par Rickwood DJ, Deane FP et Wilson CJ dans leur article (12).

Il faut d'abord pour l'adolescent avoir conscience de son problème puis évaluer que son problème nécessite une aide extérieure. La volonté de recherche d'aide vient ensuite, influencée par les normes sociales encourageant ou non un tel comportement. Puis l'adolescent doit choisir la source d'aide et enfin accéder au service en question. Les facteurs se retrouvent à différentes étapes du processus de recherche d'aide (voir annexe 5).

Ainsi, les facteurs liés au médecin se retrouvent essentiellement aux dernières étapes qui sont le choix de la source d'aide et l'accès aux services. Par son attitude relationnelle et l'expérience antérieure de consultation mais aussi par l'organisation de son cabinet, il va améliorer ou non la recherche d'aide de la part de l'adolescent. Une information par le médecin concernant la confidentialité améliore les connaissances de l'adolescent sur ses droits ce qui l'oriente au moment du choix de la source d'aide.

La mise en place de programmes d'éducation des adolescents pourrait leur permettre de mieux prendre conscience de leurs problèmes ce qui est la première étape de la recherche d'aide. Ce type de programme favorise le choix du médecin généraliste en banalisant la consultation chez le médecin pour les motifs de consultation psychologiques et en apportant des notions sur les moyens qu'ont les médecins pour les aider.

Les politiques de santé publique visent à lutter contre les déserts médicaux et favoriser l'accès aux soins des populations les plus défavorisées.

Enfin, les attitudes stigmatisantes de notre société envers les maladies mentales et les normes sociales concernant les hommes majorent les problèmes de recherche d'aide. Les changements doivent donc venir de chacun d'entre nous.

Annexe 1 : Critères PRISMA

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

Section/sujet	N°	Critères de contrôle
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 (<i>PICOS</i> ^a).
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
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.

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

Annexe 2 : Grille Côté 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 : Critères STROBE

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

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

	Item N°	Recommandation
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

Annexe 4 : Niveau de preuve HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>	<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - études cas-témoins. <p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 5 : Processus de recherche d'aide et actions possibles

Parallèle entre les facteurs relationnels et les étapes du processus de recherche d'aide.	
PRISE DE CONSCIENCE ET EVALUATION DE LA NECESSITE D'AIDE	
Prise de conscience du problème	Evaluer la nécessité d'aide pour ce problème
Education en santé mentale	
- Reconnaissance des symptômes - Reconnaissance des causes	- Reconnaissance des risques
Sexe de l'adolescent :	
- Lié à la compétence émotionnelle	- Lié à l'acceptation de la nécessité d'aide par rapport au concept de masculinité
Age plus jeune	
	Attitude négative de l'adolescent : volonté d'autonomie
VOLONTE DE RECHERCHE D'AIDE ET NORMES SOCIALES	
Volonté de recherche d'aide	Normes sociales
Sévérité du problème (majore repli/isolément social)	Attitudes stigmatisantes de l'entourage et la société sur les maladies mentales et concept de normes sociales
Sexe de l'adolescent : concept social de la masculinité diminuant la volonté et l'acceptabilité sociale de recherche d'aide	
Attitudes négatives de l'adolescent : sentiment de honte et de gêne, attitude passive et attentive	
CHOIX D'UNE SOURCE D'AIDE : LE MEDECIN GENERALISTE	
Connaissances en santé mentale : connaissance des moyens d'aides du médecin	
Connaissances sur leurs droits	
Croyances négatives sur les médecins	
Attitudes négatives de l'adolescent : manque de confiance, peur de non-respect du secret médical	
Expérience antérieure de consultation positive ou négative	
Attitudes positives ou négatives du médecin	
ACCES AUX SERVICES	
Problème d'accès à la consultation du médecin	
- Prix	
- Accessibilité géographique	
- Contraintes liées au cabinet médical : horaires, secrétariat	
Bas niveau socio-économique	
Minorités ethniques	
Présence des parents	

Facteurs dépendants de :	
	Politique de santé publique
	Médecin
	Programmes d'éducation de l'adolescent

ABREVIATIONS

- BDSP : Banque de Données de Santé Publique
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- DMG : Département de Médecine Générale
- FMC : Formation Médicale Continue
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HBSC : Health Behaviour in School aged Children
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MeSH : Medical Subject Headings
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
- SMS : Short Message Service
- STROBE : STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology
- USA : United States of America
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

BIBLIOGRAPHIE :

1. Insee. (page consultée le 15/05/17). Bilan démographique 2017 - Pyramide des âges, population 13 - 18 ans, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418102?champ=fm>
2. Alvin P, Bellaton E. Adolescent: comment amorcer le dialogue? Rev Prat Médecine Générale.2003;625:1174.
3. Choquet M, Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Paris : INSERM; 1998.
4. INPES. (page consultée le 15/05/17). 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, [en ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1727.pdf>
5. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. L'adolescent et son médecin. Des attentes très spécifiques. Med Fact Prat. 2010 Mar;6(3):111-7.
6. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet Lond Engl. 2011 jun 18;377(9783):2093-102.
7. INSERM. (page consultée le 15/09/17). Dépression 2014, [en ligne]. <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 jun;62(6):593-602.
9. Wilson CJ, Deane FP, Ciarrochi J. Can hopelessness and adolescents' beliefs and attitudes about seeking help account for help negation? J Clin Psychol. 2005 dec;61(12):1525-39.
10. Woncaeuropa. (page consultée le 13/09/17). WONCA definition French version, [en ligne]. <http://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
11. HAS. (page consultée le 13/09/17). Note de cadrage épisode dépressif premier recours, version validée par le collège mai 2014,[en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_-version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf

12. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust.* 2007 oct 1;187(7 Suppl):S35-39.
13. Zachrisson HD, Rödje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health.* 2006 feb 16;6:34.
14. OMS. (page consultée le 15/05/17). Développement des adolescents, [en ligne]. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
15. OMS. (page consultée le 15/05/17). Adolescents : risques sanitaires et solutions, [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/fr/>
16. INPES. (page consultée le 15/10/17). Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire, [en ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>
17. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev.* 2015;15(157):39-44.
18. HAS. (page consultée le 13/09/17); Manifestations dépressives : Argumentaire scientifique, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf
19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinesither Rev* 2015;15(157).
20. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale.* 2002;3:81-90.
21. HAS. (page consultée le 14/09/17). Guide méthodologique : méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques, juin 2007, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf
22. Frappé P. Initiation à la recherche. 2011^e éd. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale; 2011.
23. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships : the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *J Adolesc.* 2011 Aug;34(4):685-93.
24. Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2006 dec;56(533):924-31.

25. Cavagna ML. A qui s'adressent les adolescents en demande d'information ou d'aide ? La place du médecin généraliste [Thèse de médecine]. Rouen : Université de Rouen; 2008.
26. Wilson C, Deane F. Adolescent barriers predicting intentions to seek general practice for suicidal and non-suicidal problems. *Illawarra Div Gen Pract*. 2003 May;26-35.
27. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997 sep 24;278(12):1029-34.
28. Binder P, Jouhet V, Valette T, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Interactions between teenagers and general practitioners during consultations : progression of felt disquiet and impact of physicians' training. SOCRATE 1 study. *Rev Prat*. 2009 oct 20;59(8 Suppl):25-31.
29. Boulestreau Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [thèse de médecine]. Nantes : Université de Nantes;2009.
30. Wilson CJ, Deane FP, Marshall KL, Dalley A. Reducing Adolescents' Perceived Barriers to Treatment and Increasing Help-seeking Intentions : Effects of Classroom Presentations by General Practitioners. *J Youth Adolesc*. 2008 Nov 1;37(10):1257-69.
31. Tudrej B, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract*. 2016 Dec;22(4):247-54.
32. Cullen W, Broderick N, Connolly D, Meagher D. What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. *Ir J Med Sci*. 2012 Jun;181(2):189-97.
33. Lehrer JA, Pantell R, Tebb K, Shafer M-A. Forgone health care among U.S. adolescents : associations between risk characteristics and confidentiality concern. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2007Mar;40(3):218-26.
34. Roche C. Difficultés de respecter le secret médical chez les mineurs par les médecins : évaluation d'un document d'information [Thèse de médecine]. Paris 7 : Université Paris Diderot; 2013.
35. Vialla F, Faure M, Martinez É, Bourret R, Vauthier J-P. Mineur et secret médical – Le secret sur son état de santé demandé par le mineur à l'égard de ses parents : de la reconnaissance d'un droit à sa mise en œuvre concrète. *Med et droit*. 2015 Jul;2015(133):79-89.
36. Ciarrochi J, Wilson C, Deane FP, Rickwood DJ. Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence predicting help-seeking intentions. *Couns Psychol Q*. 2004;16:103-20.

37. Wilson C, Deane F. Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Fac Health Behav Sci.* 2001 Jan;345-64.
38. Martin A. Accueil au cabinet de médecine générale : éléments de communication influençant le ressenti des patients sur leur relation avec le médecin [thèse de médecine]. Nantes : Université de Nantes; 2016.
39. Guichard F, Philippe M. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale [thèse de médecine]. Grenoble : Université Joseph Tournier, faculté de médecine; 2014.
40. Commission Prévention et Santé Publique, URML Ile de France. (page consultée le 05/10/17). L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives, [en ligne]. http://www.urml-idf.org/upload/presse/DP_070621.pdf
41. Sanci LA, Coffey CM, Veit FC, Carr-Gregg M, Patton GC, Day N, et al. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care : randomised controlled trial. *BMJ.* 2000 Jan 22;320(7229):224-30.
42. McDonald B, McDonald CR, Steel Z. Immigrants and Mental Health : An Epidemiological Analysis. Transcultural Mental Health Centre;1997.
43. Minas IH. Mental health services for non-english speaking background immigrants : transforming policy into practice. Canberra : Australian Govt. Pub. Service;1996.
44. Ordre National des Médecins, CN de l'Ordre. (page consultée le 19/10/17). Santé de l'enfant et de l'adolescent : prises en charge, [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/santeenfantadolescent.pdf>
45. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM) : a theoretical framework for understanding men and their health. *J Mens Health.* 2011 Mar;8(1):7-15.
46. Courtenay W. Engendering Health : A Social Constructionist Examination of Men's Health Beliefs and Behaviors. *Psychol Men Masculinity.* 2000;1:p4-15.
47. HAS. (page consultée le 10/10/17). Etat des lieux : niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

RESUME :

Contexte : Les comportements à risque et les pathologies psychiatriques sont nombreux dans la période de l'adolescence. Le médecin généraliste est le médecin de premier recours pouvant être sollicité en cas de trouble psychiatrique. Pourtant, un nombre réduit d'adolescents consulte pour ces motifs.

Objectif : Faire un état des lieux des facteurs facilitants et difficultés ressenties par les adolescents à risque pour leur prise en charge par le médecin généraliste.

Méthode : Réalisation d'une revue de la littérature selon les critères PRISMA via les banques de données Pubmed, Science Direct, Psycinfo et la Banque de Donnée de Santé Publique ainsi que les références bibliographiques des études incluses. Les lignes de recherche comprenaient les notions de médecin généraliste, d'adolescent, de comportement à risque et de relation. La sélection des études a été réalisée sur le titre, le résumé puis l'article entier en double lecture.

Résultats : 10 études ont été incluses (2 qualitatives, 4 quantitatives observationnelles, 3 quantitatives interventionnelles et 1 revue de la littérature). 16 facteurs et 3 outils ont été retrouvés. Ils ont été classés en facteurs liés au médecin, facteurs liés à l'adolescent et facteurs externes. Les facteurs retrouvés sont entre autres les attitudes des médecins et des adolescents lors de la consultation, l'expérience antérieure de consultation, le manque de connaissances chez l'adolescent en santé mentale et sur leurs droits, la confidentialité, le fait d'être un garçon et les problèmes d'accès à la consultation. Des outils favorisant la relation comme l'assurance de confidentialité de la part du médecin ou bien la réalisation d'un programme d'intervention scolaire ont montré leur efficacité.

Conclusion : Les facteurs favorisant et difficultés ressenties mis en évidence influencent les différentes étapes du processus de recherche d'aide. Des outils étudiés ont fait preuve de leur efficacité et les changements à envisager ne dépendent pas seulement du médecin généraliste.

Mots clés : médecin généraliste, adolescent à risque, relation, facteurs facilitants, difficultés, revue de la littérature

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 !

