



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNEE 2017

N° 325 / 326

**QUELLE EST LA PLACE DU MEDECIN
GENERALISTE DANS LE SUIVI DE
L'ADOLESCENT ?**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE GENERALE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **MARDI 24 OCTOBRE 2017**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BERTRAND Anaïs
Née le 16 Février 1988 à Saint-Rémy (71)

ET

BEDU Claire
Née le 27 Février 1990 à Strasbourg (67)

Sous la direction du Dr DE FREMINVILLE Humbert

A ma mère,

La vie nous a séparées trop tôt, mais je lui suis reconnaissante malgré tout pour toutes les années et les moments partagés ensemble.

Je suis fière de ce que tu as été et de l'héritage que tu me laisses en tant que femme et en tant que mère.

Je marche dans tes pas chaque jour et pour rien au monde je n'aurais voulu quelqu'un d'autre auprès de moi.

Tu aurais été tellement fière aujourd'hui...

Maman, je t'aimais, je t'aime et je t'aimerai.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Doyen : Carole BURILLON Charles Mérieux Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE Et de

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière Roy	Olivier Pascal	Radiologie et imagerie médicale Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication Neurologie
Ryvlin Saoud Schaeffer Scheiber Schott-Pethelaz Tilikete Truy Turjman Vallée Vanhems Vukusic	Philippe Mohamed Laurent Christian Anne-Marie Caroline Eric Francis Bernard Philippe Sandra	Psychiatrie d'adultes Biologie cellulaire Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention Physiologie Oto-rhino-laryngologie Radiologie et imagerie médicale Anatomie Epidémiologie, économie de la santé et prévention Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Ader Aubrun Boussel Calender Chapurlat Charbotel Chêne Cotton Crouzet Dargaud David Di Rocco Dubernard Ducray Dumortier Fanton Fellahi Ferry Fournieret Gillet Girard Gleizal Henaine Hot Huissoud Jacquin-Courtois Janier Lesurtel Michel Million Monneuse Nataf Peretti Pignat Poncet Raverot Ray-Coquard	Florence Frédéric Loïc Alain Roland Barbara Gautier François Sébastien Yesim Jean-Stéphane Federico Gil François Jérôme Laurent Jean-Luc Tristan Pierre Yves Nicolas Arnaud Roland Arnaud Cyril Sophie Marc Mickaël Philippe Antoine Olivier Serge Noël Jean-Christian Gilles Gérald Isabelle	Maladies infectieuses ; maladies tropicales Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Radiologie et imagerie médicale Génétique Rhumatologie Médecine et santé au travail Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Radiologie et imagerie médicale Urologie Hématologie ; transfusion Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Neurologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Médecine légale Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Maladie infectieuses ; maladies tropicales Pédopsychiatrie ; addictologie Pédiatrie Pneumologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Médecine interne Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Médecine physique et de réadaptation Biophysique et médecine nucléaire Chirurgie générale Epidémiologie, économie de la santé et prévention Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Chirurgie générale Cytologie et histologie Nutrition Oto-rhino-laryngologie Chirurgie générale Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale Cancérologie ; radiothérapie
---	---	--

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Lezilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchab	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur ZERBIIB – Nous vous remercions sincèrement d’avoir accepté de présider notre jury malgré vos nombreuses sollicitations. Merci de votre disponibilité et de l’attention que vous avez portée à notre travail. Merci pour votre implication dans la formation des internes. Merci également pour votre accompagnement durant les 6 mois de stage au sein de votre cabinet et de m’avoir fait confiance pour la prise en charge de vos patients.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur FOURNERET – Vous nous avez fait l’honneur de participer à notre jury de thèse. Merci pour le regard extérieur que vous pourrez nous donner sur notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre plus grande estime et de notre respect.

Monsieur le Professeur MOREAU – Nous vous remercions sincèrement d’avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Merci pour votre gentillesse et votre investissement quotidien pour les étudiantes en médecine que nous avons été.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur DE FREMINVILLE – Merci de vous être intéressé à notre travail alors qu’il n’était encore qu’une vague idée dans notre esprit. Merci de nous avoir encouragées à le concrétiser et d’avoir accepté de diriger notre travail de thèse au congrès du CNGE, il y a maintenant deux ans. Vous avez su nous guider étape après étape, avec l’intelligence et la rigueur qui vous caractérise. Nos rencontres étaient souvent précédées d’un peu d’angoisse, mais nous en sortions toujours motivées. Merci aussi de nous avoir poussées à écrire notre article. Grâce à vous, notre travail sera peut-être utile à d’autres. Nous espérons que notre travail ne vous a pas déçu.

A mes amours :

Matthieu :

Mon cœur, ma p'tite tête, mon tout...

C'est difficile de résumer en quelques lignes combien tu comptes pour moi.

Nous nous sommes rencontrés à la fac et depuis, on ne se quitte plus.

Depuis les bancs de Dijon, jusqu' à l'hôpital de brousse à Madagascar en passant par le si joli Bryant-Park à New-York et par nos idylliques vacances en Croatie... Les meilleurs moments de ma vie se sont toujours déroulés à tes côtés, je ne voudrais partager cela avec aucune autre personne.

Merci pour tous les moments passés ensemble et pour ce que tu m'apportes chaque jour.

Nous avons débuté la plus belle des aventures ensemble avec notre FaustINETTE et je sais que la vie nous réserve encore de magnifiques moments de bonheur, de rire et de complicité.

Je t'aime.

Faustine, ma doudou, mon rayon de soleil :

« J'ai découvert qui je suis, tout a changé le jour où je t'ai donné la vie... » 

Merci pour tes éclats de rire et tes sourires qui me renversent le cœur à chaque fois.

Merci pour ta bouille d'amour, pour tes grimaces et pour tout ce que tu es.

Tu es merveilleuse, je t'aimerai toujours.

A ma famille :

Papa :

Comment te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi ?

Les allers-retours à Dijon, les fraises du jardin et les petits plats que tu m'apportais, les heures passées au téléphone parfois au milieu de la nuit à me remotiver...

Ta présence à été nécessaire durant toutes ces années et sans toi, je n'en serai pas là aujourd'hui.

Tu as su nous donner la force d'avancer après le tsunami qui nous a touchés.

Tu es un père exemplaire, tu as été notre pilier pendant toutes ces années.

Nous avons de la chance de t'avoir.

Je suis tellement heureuse de te voir heureux avec Sylvie, car il était grand temps que tu penses à toi et que tu profites.

Prends soin de toi, je t'aime.

Chatou :

Ma jum',
Depuis le premier jour, et même avant on partage tout ensemble,
Tu m'as toujours soutenue dans mes choix et c'est toi que j'appelais dans les moments de doute et de découragement. Grâce à toi, j'ai su avancer et me voilà aujourd'hui Docteur ☺ !

Je serais toujours là pour toi et je ne pourrais jamais rester loin de toi trop longtemps.
Bécots ♥

Mathilde :

Ma soeur,ette,
Je suis très fière de toi et j'admire ton dévouement pour ce que tu aimes et ceux que tu aimes.
Le lien qui nous uni est si précieux que rien ne pourra le casser, même pas les milliers de kilomètres qui nous sépare régulièrement !

Je t'aime.

Emilien :

Mon super beau-frère !

A nos soirées jeux & rhum, à nos chouettes découvertes du « petit ballon », à nos barbecues du père André, aux ouvertures de portes à minuit... j'en passe et des meilleures !!

Merci pour tout !

Sylvie :

Merci d'avoir été à mes côtés durant ces dernières années.
Merci pour les corrections orthographiques de dernières minutes !!!

Et surtout merci d'avoir su redonner le sourire et la joie de vivre à qui tu sais ☺.

Marie-Claire :

Notre deuxième « maman »,
Nous partageons tout depuis notre plus tendre enfance,

Tu as su tout nous donner le jour où maman nous a quitté et tu nous as accompagnés dans cette nouvelle vie. Maman ne pouvait pas rêver mieux pour nous,

Je te trouve admirable, MERCI pour tout.

Fanny (Boris & Elise) :

Un peu comme une troisième sœur, nous partageons tout depuis toutes petites :

Les descentes en luge, les crêpes, les trajets d'écoles, le tennis, les baignades à la rivière, les vacances en famille, les « spectacles » improvisés à la fin des repas, et même jusqu'à la grossesse ah ah ! Et il nous reste encore tant à partager !

Tu comptes énormément pour moi, je te souhaite tout le bonheur du monde, (et sèche tes larmes s'il te plaît !!)

Papy Mamie :

Avoir grandi à vos côtés, dans le cocon de notre hameau à la campagne à été une chance pour moi.

Je serai toujours là pour vous.

Je vous aime tout simplement.

A ma belle-famille :

A Bernadette, Gilles, Julie et Sophie, merci de m'avoir accueilli dans votre clan et de prendre soin de moi !

Sans oublier Salomé, Louis, Isaac, Anatole et Armand : une chouette bande de cousins et cousine pour Faustine, avec qui je suis sûre, elle partagera de grands moments !

Petite mention spéciale à Yves et Julie, merci de votre soutien pendant notre dernière année de fac : les soirées « six qui prend » et fondants au chocolat à Dijon étaient pour nous de vraies bouffées d'oxygène durant nos révisions !

Vous êtes une famille exemplaire et je sais que je peux compter sur vous.

A mes amis :

Claire :

Nous nous sommes rencontrés au tout début de nos études et nous sommes devenues amies. De Dijon à Lyon, nous avons partagé les stages, les tables à la BU, les soirées, les amis, l'internat, et même la thèse !

Tu m'as proposé de t'accompagner pour ce projet ambitieux et je pense que si ça n'avait pas été toi je n'aurais pas accepté aussi facilement.

Tu as su t'adapter à mon rythme de vie différent du tien sans jamais remettre en question mon travail, nous avons su nous écouter l'une l'autre et c'est ce qui fait que ce travail s'est réalisé dans la bonne humeur et la complicité.

Je ne pouvais pas rêver mieux pour clôturer mes études de médecine.

Merci pour tout !!

Aux Dijonnais :

A ma Laulau, c'est sur les bancs de la fac qu'est née notre belle amitié, et nous avons traversé tout l'externat ensemble. Je me souviendrai toujours de nos années de coloc' et de tout ce que l'on a partagé. Tu comptes énormément pour moi et je sais que cette amitié durera toujours.

A tous les autres amis Dijonnais : Stéphane, Hélène, Bubu, Anne-Sophie, Juju, Ayoub, JB... Vous comptez tous beaucoup pour moi, j'ai de la chance de vous avoir rencontré et vous me manquez ici à Lyon !! C'est toujours un bonheur de vous voir.

A Elodie et Olivier, et à leur future maison de vacances sur l'île d'Oléron (oui oui !!) où Faustine (et surtout ses parents) sera ravie de venir passer ses étés !!

Ma family-friends:

Aux Tix' : Comment bien démarrer la journée sans un snap de Princesse Clarys avec papa ou maman??

A Fanny, notre François Pignon de la bande avec ses histoires abracadabrantes, à Romain et son humour bien placé. A leur poisse légendaire à tous les deux !

A Jim et Ninouche, avec leur grand cœur mais aussi leurs prises de becs qui nous font toujours bien rire, sans oublier Lucy notre petite casse-cou de la team!!

On ne peut pas se passer de vous, on partage tout, vous êtes notre family-friends!

Vous comptez tellement tous pour moi ! Je vous aime ♥

Etienne :

Une petite dédicace spéciale pour toi ! Tu nous as tellement soutenu pendant ces années d'externat et particulièrement celle de l'ECN, les repas chez toi, les soirées top-chefs ont été essentielles à notre équilibre durant ces durs moments... Tu nous manques sur Lyon !

Anne-So & Célin :

Pour tous les fou-rires et les moments partagés ensemble depuis l'enfance.

Les années lycée à vos côtés et les souvenirs qui vont avec resteront gravés en moi !

Ne changez rien surtout ! Anne-So on t'attend à Lyon !

Caro :

Pour tous les moments de galère et de solitude que l'on a traversé ensemble durant ces deux semestres, je crois que sans toi ça aurait été tellement plus difficile !

A tous ces moments qui ont su nous souder et faire naître une belle amitié.

Bref, à nos fou-rires et à ta folie !

A tous les autres :

A Anita, Thiébaud.

A mes amis d'enfance, Mathieu et Romain, Laura, Justine, Benjamin...

Et à tous ceux que j'oublie, amis, famille, collègues... !

Sommaire

Partie I : INTRODUCTION.....	1
Partie II : MATERIEL ET METHODE.....	4
1. Matériel.....	5
1.1. Echantillon.....	5
1.2. Enregistrements.....	6
1.3. Canevas d’entretien.....	6
2. Méthode.....	8
2.1. Choix de la méthode.....	8
2.2. Technique de recueil des données.....	8
2.3. Processus d’analyse.....	8
2.4. Les investigatrices.....	9
2.5. Aspects éthiques.....	9
2.6. Déclaration à la CNIL.....	9
2.7. Bibliographie.....	10
2.8. Répartition du travail.....	10
Partie III : RESULTATS.....	11
1. Adolescents.....	12
1.1. Analyse descriptive.....	12
1.2. Résultats de l’analyse des données.....	13
2. Médecins.....	23
2.1. Analyse descriptive.....	23
2.2. Résultats de l’analyse des données.....	24
Partie IV : DISCUSSION.....	43
1. Forces et limites de l’étude.....	44
1.1. Intérêt de l’étude.....	44
1.2. Analyse du matériel et de la méthode.....	44
1.3. Validité de l’étude.....	48

2. Discussion des résultats et comparaison à la littérature.....	50
2.1. Accessibilité / Disponibilité.....	50
2.2. Confiance.....	53
2.3. Intimité / Confidentialité.....	57
2.4. Connaissance du rôle du médecin généraliste.....	62
2.5. Le vécu des médecins.....	63
2.6. Le parent.....	65
2.7. Aides possibles.....	68
 Partie V : CONCLUSIONS.....	 70
 Annexes.....	 74
 Bibliographie.....	 99
 Table des matières.....	 106

Abréviations

Abréviation	Explication
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des Libertés
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
CPP	Comité de Protection des Personnes
CUMG	Collège Universitaire de Médecine Générale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GP	General Practitioner
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IUT	Institut Universitaire de Technologie
MG	Médecin Généraliste
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
MSU	Maître de Stage Universitaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RCGP	Royal College of General Practitioner
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Humaine
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
UK	United Kingdom
WHO	World Health Organisation

Partie I : INTRODUCTION

L'adolescence est une notion complexe, apparue dans sa conception actuelle à la fin du XIX^{ème} siècle. Elle correspond à la phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte. C'est une période aux contours flous. Elle débute de façon assez consensuelle à la puberté ; mais cette dernière est très variable selon les individus. Sa fin quant à elle, reste encore mal définie. Il n'y a pas de critères précis permettant de la déterminer. Il s'agit surtout du moment où l'individu est capable d'assumer socialement et émotionnellement son nouveau statut d'adulte (1)(2)(3).

L'adolescence est source de profonds changements, à la fois du corps et de l'esprit. L'individu apprend à se détacher du modèle parental et développe son identité propre. Elle est à l'origine d'un questionnement qui peut être difficile à exprimer (1)(3). Durant cette période, tout est vécu dans le moment présent et il est difficile de concevoir les conséquences futures des actes entrepris. Elle est donc source de vulnérabilité et le berceau de conduites à risques (3)(4)(5).

Quatre des grands problèmes de santé publique prennent racine durant l'adolescence : les accidents en tout genre, les consommations de toxiques, la dépression (et les tentatives de suicide), ainsi que les comportements violents (6)(7). Le mal-être chez l'adolescent est une réalité. Le suicide est en effet la deuxième cause de mortalité chez les 15-30 ans (7)(8).

Même s'ils ont facilement accès aux services de santé (9), nombreux sont les adolescents qui n'ont pas de suivi médical régulier (10)(6). Durant cette période, les jeunes ne ressentent pas forcément le besoin de consulter : ils se considèrent en bonne santé et ne portent que peu d'intérêt à leur suivi médical (9)(7)(11). Les motifs de consultations sont surtout somatiques, administratifs ou préventifs; peu sont d'ordre psychologique (12). Par ailleurs, certains d'entre eux ne savent pas où et à qui s'adresser en cas de problèmes psychiques. Parmi les adolescents qui pensent avoir besoin d'aide, seuls 13% ont consulté un professionnel de santé pour cette raison. Pourtant 80% d'entre eux avaient vu leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année précédente (13). La même problématique est retrouvée en cas de consommation de toxiques ou de questions sur leur sexualité (9)(14)(15)(16).

Le médecin généraliste pourrait constituer un interlocuteur privilégié pour le jeune (17). En effet, il est le médecin de premier recours, accessible à tous, peu importe le problème de santé. Acteur de santé publique, il participe aussi à la prévention et à l'éducation à la santé

(18). En France, le manque de médecins scolaires et la moindre disponibilité des pédiatres fait du généraliste le premier interlocuteur médical de l'adolescent (10)(19).

Cependant « *rencontrer un adolescent en médecine générale ne va pas de soi* » (20).

Prendre le temps semble donc indispensable, afin qu'un vrai dialogue permette d'aller au-delà de la plainte somatique pure. Comment le médecin peut-il arriver à concilier son activité libérale et le temps nécessaire pour cette consultation particulière ?

Du côté des adolescents, la place prépondérante des parents et le problème de la confidentialité complexifient également cette consultation (21)(22). Les adolescents oscillent entre méconnaissance de leur droit au secret médical et le sentiment que celui-ci ne sera pas respecté (23)(24). Cela tient-il de la proximité parents-médecins ? Le médecin se sent-il à l'aise au sein de ce trinôme médecin-adolescent-parent ?

Les questions qui gravitent autour de l'adolescent et de sa prise en charge par les médecins généralistes nous ont poussées à vouloir explorer la relation de soin qui les lie l'un à l'autre.

En interrogeant adolescents et médecins généralistes, nous avons tenté de répondre à la question suivante : **quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent ?**

L'hypothèse de cette étude est que malgré la place particulière qu'il tient dans l'environnement de l'adolescent, le médecin généraliste n'est pas l'interlocuteur privilégié de ce dernier, notamment de par sa proximité avec ses parents.

L'objectif principal de notre étude est d'étudier **la place actuelle du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent.**

Les objectifs secondaires sont d'explorer et de comparer les représentations des médecins et des adolescents sur leur relation mutuelle ainsi que d'identifier les difficultés de la relation médecin – adolescent.

Partie II : MATERIEL ET METHODE

1. MATERIEL

Le recueil des données a été effectué par des entretiens semi-dirigés menés entre le 02/01/2016 et le 25/08/2017.

1.1 Echantillon

L'échantillonnage a été réalisé sur un mode diversifié, au sein de deux catégories de population : des médecins généralistes et des adolescents. Les caractéristiques sociodémographiques de chaque population ont été recueillies grâce à un questionnaire rempli par les participants avant chaque entretien.

1.1.1 Médecins généralistes

Les médecins interrogés ont été recrutés en respectant au maximum la diversité de leurs caractéristiques sociales (âge, sexe, cellule familiale) et professionnelle (mode d'exercice, année d'installation). Leur disponibilité fut aussi un critère de sélection.

Les critères d'inclusion étaient l'installation dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et l'exercice libéral conventionné. Il n'y avait pas de critères d'exclusion. Vingt médecins généralistes ont participé à l'étude.

Les médecins ayant participé à l'étude faisaient partie des connaissances personnelles des investigatrices (7), étaient recrutés par la technique du bouche à oreille (9) ou avaient répondu favorablement à un démarchage par téléphone (4). Ces médecins exerçaient au sein de trois départements : le Rhône, la Drôme, l'Isère.

1.1.2 Adolescents

Les adolescents ont été recrutés par les investigatrices, au sein de différents cabinets de médecine générale situés en région Auvergne-Rhône-Alpes. Les chercheuses ont essayé de sélectionner l'échantillon afin que tous les âges de l'adolescence et les deux genres soient représentés.

Le critère d'inclusion était un âge compris entre 13 et 18 ans. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Comme vu précédemment, le début de l'adolescence est marqué par la puberté. En revanche, il n'y a pas de limites définies de sortie de l'adolescence.

Les investigatrices ont donc choisi les bornes de 13 et 18 ans car :

- A 13 ans, les filles comme les garçons ont débuté leur puberté, période de transformation physique et psychique qui caractérise l'adolescence (25)(26). Ils sont aussi rentrés dans « la période des opérations formelles » de Piaget (27). La capacité d'abstraction et de raisonnement sur des énoncés et des hypothèses permet d'enrichir leurs réponses lors d'entretiens individuels.
- La fin de l'adolescence n'est pas clairement définie. Dans la société occidentale, les repères qui marquent la fin de l'adolescence sont essentiellement sociologiques. (2)(26). L'âge de 18 ans a donc été choisi comme limite supérieure. Il correspond en France à l'âge de la majorité (statut légal d'adulte), mais aussi à l'entrée dans les études supérieures. A ce moment, de nombreux adolescents quittent le domicile parental et peuvent changer de médecin.

Le recrutement se faisait au cours d'une consultation. L'étude et le déroulement de l'entretien était expliqués brièvement et si le jeune était d'accord pour participer, il laissait ses coordonnées pour qu'il puisse être recontacté.

1.2 Enregistrements

Les entretiens ont été réalisés au domicile des médecins ou sur leur lieu professionnel, en fonction de leur préférence. De la même façon, les adolescents ont pu choisir le lieu dans lequel ils souhaitaient réaliser l'entretien (domicile, fast-food, cabinet médical...).

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de la marque Olympus, dont la référence est VN-416 PC. Les données non verbales ont été mémorisées par les investigatrices et réinsérées au sein des verbatims lors de la retranscription (entre parenthèses).

1.3 Canevas d'entretien

Pour les deux types d'entretiens, médecins généralistes et adolescents, nous avons utilisé un guide d'entretien semi-dirigé composé de questions ouvertes (Annexe 2).

Une première version des guides d'entretien a été réalisée en décembre 2015. Après un premier examen de la bibliographie, les investigatrices avaient fait une liste des thèmes « sensibles » de la relation médecin adolescent afin notamment d'élaborer les questions de relances. Cette version initiale avait été relue et modifiée par trois chercheurs : les deux

investigateurs et leur directeur de thèse. Elle a été testée au cours des trois premiers entretiens et adaptée après l'analyse de leur contenu.

La version finale des guides (Annexe 2) a été organisée de manière à ce que les réponses aux questions des deux canevas puissent être comparées.

Exemple :

- Première question du guide « médecins » : pouvez vous me parler des adolescents en général ?
- Première question du guide « adolescent » : peux-tu me parler de ton médecin traitant ?

1.3.1 Médecins généralistes

La première question, très générale, cherchait à étudier les **représentations des médecins généralistes** sur les adolescents. La deuxième était axée sur l'accueil de l'adolescent au cabinet, et notamment sur les éventuelles particularités de la consultation. La troisième cherchait à explorer les **hypothétiques difficultés** des praticiens au cours de cette consultation. La suivante demandait aux médecins ce qu'ils pensaient de leur **place dans le suivi des adolescents**. La cinquième leur demandait d'évoquer des **pistes pour améliorer la relation médecin – adolescent**. La dernière leur proposait de conclure en quelques mots.

1.3.2 Adolescents

Sur le même modèle que la grille médecin, les questions exploraient successivement plusieurs thèmes : **les représentations des adolescents** sur leur médecin généraliste, **l'accueil de ces derniers au cabinet, leurs connaissances sur le sujet du secret médical et de la confidentialité, la place de leur parent** dans cette relation de soin. La dernière les interrogeait sur des **idées d'amélioration** de cette relation.

2. METHODE

2.1 Choix de la méthode

Une enquête qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée. Parmi les différents modèles méthodologiques existants en recherche qualitative, le choix s'est porté sur la théorie ancrée. Il s'agissait d'explorer, sans cadre préalable, les données recueillies sur un thème donné.

2.2 Technique de recueil de données

Les entretiens individuels semi dirigés ont été choisis pour recueillir les données. Le but était d'obtenir les points de vue et les réflexions de communautés particulières (les médecins généralistes et les adolescents) sur un sujet spécifique. Les entretiens semi dirigés, bien que chronophages, ont certains avantages. Ils sont plus faciles à mettre en œuvre que les focus group, car moins dépendants de l'emploi du temps des interrogés. L'absence de pression de groupe ou d'esprit de compétition permettait aussi une expression plus libre de chacun. En effet il s'agissait d'explorer les représentations et le vécu de chacun avant tout, et non de trouver ensemble la solution à un problème donné.

Les questions du guide d'entretien ainsi que les questions de relance ont parfois été modifiées. En effet l'investigatrice ne s'est pas tenue de façon stricte à son guide d'entretien. Elle a essayé de s'adapter au cheminement de la pensée du participant et de respecter son discours.

2.3 Processus d'analyse

L'analyse de données fut réalisée à partir du logiciel MAXQDA Version 12. Chaque entretien a été encodé de manière verticale, c'est-à-dire segmenté en différentes unités de sens. Celles-ci ont ensuite été progressivement regroupées entre elles pour former des sous-codes, des codes, et des méta-codes.

Le codage fut réalisé par les deux investigatrices principales. Les entretiens réalisés ont été codés par chacune des investigatrices de manière indépendante. Elles ont ensuite comparé leur analyse respective pour chacun des entretiens, afin de réaliser une triangulation des données. Lorsque l'analyse était divergente, les investigatrices se mettaient d'accord ensemble sur le code final attribué à l'unité de sens. Cette triangulation a permis d'améliorer l'objectivité de l'analyse.

2.4 Les investigatrices

Selon les critères COREQ de validité d'une étude qualitative, les caractéristiques de l'investigateur doivent être précisées. Il s'agissait de deux personnes de sexe féminin, doctorantes en médecine. Au cours de l'étude, elles étaient internes en médecine puis médecins remplaçants en médecine générale. Chacune d'elle était en union libre, l'une d'entre elle avait un enfant. Elles étaient toutes les deux domiciliées à Lyon.

Ces entretiens étaient les premiers qu'elles menaient. Elles n'avaient ni d'expérience antérieure dans le domaine de la recherche qualitative, ni reçue de formation spécifique en dehors de leurs recherches personnelles. Leur travail a été encadré et dirigé par un médecin généraliste et chercheur expérimenté s'étant formé à la méthode qualitative grâce à des formations délivrées par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et ayant déjà dirigé plusieurs travaux qualitatifs.

2.5 Aspects éthiques

L'étude se devait de respecter le Code de Santé Publique, selon les articles L 1121-1 et suivants. Ce travail de recherche étant uniquement observationnel (et non interventionnel) et ayant débuté en décembre 2015, il n'a pas eu besoin de se soumettre aux nouvelles exigences des décrets d'application de la loi Jardé publiés fin 2016. Celle-ci fait entrer les recherches non interventionnelles dans le champ de la loi « impliquant les personnes humaines » et confie la protection des données recueillies au CPP (Comité de Protection des Personnes). Il n'y a donc pas eu de demande d'accord auprès du CPP. En revanche, l'étude portant sur des adolescents, les investigatrices se sont posé la question de devoir demander une autorisation auprès d'un comité d'éthique. Une audience au sein de la commission d'éthique du Collège Universitaire de Médecine Générale, UCBL1, a été accordée le 15 décembre 2015. A l'issue d'une présentation orale, l'accord de la commission a été obtenu.

Le formulaire de consentement (Annexe 3) éclairé a été réalisé et a été signé par l'ensemble des médecins, des adolescents interviewés, ainsi que par au moins un des deux parents lorsque l'adolescent était mineur.

2.6 Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

L'étude a été déclarée à la CNIL en date du 7 décembre 2015. (Annexe 4)

2.7 Bibliographie

Des recherches bibliographiques ont été réalisées entre le 2 novembre et le 31 août 2017. Plusieurs bases de données ont été interrogées, principalement PubMed et Cairn.info. Des recherches dans des revues internationales comme *Family Practice*, le *Journal of Adolescent Health* ou encore le *British Journal of General Practice* ont été effectuées. Les travaux de certains collègues (*Adolescent Working Group of Royal College of General Practitioner*) ou groupes de chercheurs (ADOlescents et Conduites à risque) ont été étudiés de manière approfondie. Les publications internationales ont été sélectionnées de façon privilégiée. Les publications d'auteurs spécialisés dans le domaine de l'adolescent, comme L Jacobson, C Donovan, JD Klein, ZA Walker, R Churchill, P Binder ou encore Jane Roberts, ont été analysées avec attention.

2.8 Répartition du travail

La recherche bibliographique ainsi que la rédaction et la modification des canevas d'entretien ont été réalisées ensemble. Il a été décidé que chacune des investigatrices réaliserait à la fois des entretiens d'adolescents et de médecins généralistes de façon égale. De cette manière le travail a été réparti de façon égale et chacune des investigatrices a pu avoir une vision globale des deux populations au moment de l'analyse des données. Une triangulation des données a été réalisée pour le codage des entretiens, cette tâche a donc été partagée de façon égale. La rédaction des différentes parties de l'étude a été partagée entre les deux investigatrices. L'une d'entre elle a rédigé l'introduction, l'autre la partie matériel et méthode. Les résultats et la discussion ont été rédigés conjointement avec un échange et une mise en commun régulière au cours de la rédaction et ce grâce à l'outil Google Drive. La totalité du travail a été relu et discuté ensemble au fil de la rédaction par les deux investigatrices afin d'obtenir un travail final commun.

Partie III : RESULTATS

1. Adolescents

1.1 Analyse descriptive

1.1.1 Description de l'échantillon

Sur l'ensemble des adolescents sollicités, deux adolescents de sexe masculin ont refusé de participer à l'étude. La raison évoquée était le manque de temps. Après avoir accepté initialement de participer à l'étude, plus de quinze adolescents n'ont pas répondu aux chercheuses quand il fut nécessaire de fixer la date de l'entretien. Parmi ces adolescents, il y avait environ deux tiers de garçons.

Au final 20 adolescents ont participé à l'étude entre janvier 2016 et le août 2017. Le sex ratio H/F était de 3/17. L'âge moyen était de 16 ans. Leur niveau d'étude allait de la quatrième à la première année d'étude supérieure. Une des adolescentes était salariée. Leurs caractéristiques ont été résumées dans le tableau 4 (Annexe 5).

	Nombre	Pourcentage
Sexe		
- Femme	17	85%
- Homme	3	15%
Âge		
- 13 - 14	4	20%
- 15 - 16	7	35%
- 17 - 18	9	45%
Niveau d'étude		
- Collège	5	25%
- Lycée	10	50%
- Etudes supérieures / Salarié	5	25%
Lieu de vie		
- Urbain	6	30%
- Semi-rural	12	60%
- Rural	2	10%

Tableau 1 : Caractéristiques de la population « adolescents » étudiée.

1.1.2 Les entretiens

Les entretiens ont duré entre 7 et 30 minutes, avec une durée moyenne de 26 minutes. Onze d'entre eux se sont déroulés dans un cabinet médical, les autres lieux d'entretiens ont été : un *fast-food* (2), un café (2), le domicile de l'adolescent (4) et le parvis du lycée (1). Il n'y a pas non plus eu de prise de notes au cours de l'entretien pour ne pas perturber le jeune et perdre le contact visuel. Tous les entretiens ont été réalisés en tête-à-tête (participant et chercheuse). Certaines données (propos inintelligibles) ont aussi été perdues du fait de l'environnement bruyant dans lequel ont été réalisés certains entretiens ou du débit de parole de certains adolescents.

1.2 Résultats de l'analyse des données

Cinq thèmes ont émergé de l'analyse des données :

- Les **atouts** du médecin généraliste
- Les **limites** de la relation de soins
- Les **attentes** de l'adolescent
- Les **émotions** de l'adolescent
- L'adolescent : entre **dépendance** aux parents et **autonomie**

Chacun de ces thèmes rassemble plusieurs codes et sous codes. Un tableau des résultats (Annexe 7) reprend la répartition des occurrences pour chacun d'entre eux.

Les citations des verbatim ont été mises entre guillemets et en italique. Elles sont précédées d'une identification : A pour adolescent, suivi de son numéro, et d'une lettre, selon l'investigatrice qui a réalisé l'entretien. Elles se terminent par un numéro de ligne entre parenthèses qui correspond à la localisation de la citation dans l'entretien. Les paroles de l'investigatrice sont précédées d'un I.

Pour chaque thème, nous avons illustré chaque code et sous code par des extraits de verbatim. Nous avons ensuite rédigé une synthèse des données retrouvées (cadre rouge).

1.2.1 Les atouts du médecin généraliste

Le médecin de la famille

A4C : « Bah que du coup elle connaisse un peu la famille et que bah... ch'ais pas on a chacun notre personne donc **elle connaît déjà un peu le milieu...** ch'ais pas... le fait de connaître tout le monde **ça aide** ouais... j'pense. » (L34)

I : « *Et qu'est-ce-que ça fait qu'il soigne toute ta famille ?* »

A3C : « *Bah... je sais pas... euh... bah le fait qu'il le connaisse déjà, ça me mettait plus à l'aise, peut-être, que d'arriver chez quelqu'un qu'ils connaissaient pas du tout* » (L50-51)

La relation au long cours

A7A : « *Bah je pense que le fait que je le connais depuis toute petite ça fait quelque chose, que je vais pas forcément, un médecin comme ça je vais pas forcément me livrer à lui [...]*
« *Euh parce que je sais qu'il me connaît, je sais qu'il sait comment je marche et euh... et voilà. Le fait qu'il me connaisse bien je suis plus en confiance et je vais me dire : « bah c'est peut-être vrai ce qu'il dit » enfin des choses comme ça et je vais plus l'écouter.* » (L30-35)

La proximité

A6A : « *C'est comme une personne de la famille en fait parce qu'au final genre il est intime avec nous donc c'est la même chose que notre famille* » (L120)

L'accessibilité

A5A : « *L'avantage c'est qu'on peut aller le voir facilement et que c'est souvent des problèmes où on a besoin d'avoir une réponse assez vite* » (L133)

Un « référent santé »

A3A : « *quand on est pas bien c'est lui qu'on va voir* » (L28)

A1C : « *Si effectivement j'ai des conseils à demander des maladies ou des choses comme ça, je vais aller voir le médecin [en parlant du médecin généraliste]* » (L35)

Pour les adolescents interrogés, le médecin généraliste est **le médecin de la famille**. Il suit un ou plusieurs membres de sa famille. Cela peut lui permettre de savoir dans quel contexte s'inscrit l'adolescent mais aussi l'aider à mettre à l'aise le jeune.

L'adolescent estime que le médecin généraliste est quelqu'un qui les connaît bien. Le **suivi au long cours** lui permet d'établir une relation de confiance avec celui-ci.

Pour le jeune, cette relation permet aussi d'installer avec le praticien une **proximité** particulière, l'intégrant presque au sein de la famille.

Les adolescents trouvent que le médecin généraliste est facile d'accès. **Son accessibilité** tient surtout de sa proximité géographique immédiate.

Il est ainsi un « **référent santé** » pour les jeunes.

1.2.2 Les limites de la relation de soins

Un rôle limité de somaticien

A10C : « *c'est juste une personne qui me soigne quand on est malade, fin quand on est mal intérieurement (montre son corps), fin pas dans la ... (montre sa tête) »*

I : « *Physiquement tu veux dire ? »*

A10C : « *Ouais, voilà... Physiquement. » (L125-127)*

Le médecin généraliste n'est pas un psychologue

A5C : « *Euh... bah... j'peux pas demander à un médecin d'être aussi psychologue » (L222)*

Le médecin généraliste n'est pas un confident

A3A : « *Fin moi j'me verrai pas allez voir mon médecin pour lui raconter tous mes problèmes. » (L92)*

A4A : « *Bin franchement quand je vais le voir c'est juste pour des problèmes de santé physique quoi, par exemple euh chais pas... euh... quand on a une angine ou quelque chose comme ça sinon c'est tout quoi, je parle pas de choses privées... » (L70)*

Il existe d'autres interlocuteurs

A3A : « *c'est pas sa branche en quelque sorte, lui il est plutôt là pour nous soigner, après y'a d'autres gens, d'autres personnes pour autre chose ! »*

I : « *Et du coup t'irai voir qui pour autre chose ? »*

A3A : « *Bin ça dépend des problèmes, si c'est un problème qu'on veut parler, plus une psychologue ou... les parents ou... mais pas... » (L32-34)*

Le risque de rompre le secret

A1C : « *Mmmh... ouais... bah ouais, ouais, parce que... euh... quand la première fois qu'il m'a dit « tu peux avoir confiance on peut parler de ces choses là », je m'suis dit « ouais à tous les coups j'vais lui dire quelque chose et puis euh... tout de suite après il va le dire à ma mère, je vais me faire défoncer, voilà ce genre de chose. [...] C'est la première chose qu'il m'est venu à l'esprit quand il me l'a dit (sourit) » (L103-105)*

I : « *Si t'es trop proche de lui qu'est-ce-qui pourrait se passer pour toi ? »*

A7A : « *J'pense que ça me bloquerait et euh... que j'oublierai peut-être le secret médical donc euh, que ça reste dans la pièce, j'pense qu'il pourrait le dire à mes parents et... et je me livrerai vachement moins » (L295-296)*

La peur de décevoir un adulte qu'ils estiment

A6A : « *Par exemple là quand je dis, l'alcool, la drogue, les relations sexuelles machins euh... Bah genre j'ai peur de baisser dans son estime, ouais c'est comme une personne de la famille en fait parce qu'au final genre il est intime avec nous donc c'est la même chose que notre famille. » (L120)*

Peu d'occasions d'échanger

I : « Tu le vois combien de fois par an en fait ton médecin ? »

A4C : « Bah euh... (rires)... bah au moins une fois par an pour faire mon certificat médical. Mais après euh... **j'y vais quasiment jamais en fait...** on va dire que je me fais pas souvent mal et je tombe quasiment jamais malade donc... » (L236-237)

Des difficultés « administratives

A2A : « Bah déjà la prise de rendez-vous par contre elle est assez **longue** quoi, faut pas être pressée et des fois **ses horaires c'est pas pratique** parce que quand je suis au lycée moi je rentre souvent tard le soir vers 18h et les rendez-vous il peut que a partir de 7h euh de 17h donc des fois c'est avant mais je suis en cours donc je peux pas et puis donc des fois **c'est compliqué** » (L27)

A5A : « Du coup pour revenir à la question d'avant c'est vrai que c'est difficile d'y aller toute seule parce que c'est vrai qu'il y a le **paiement** et c'est pas évident mais bon... » (L116)

Lors de leur entretien, les adolescents ont largement exprimé le fait que le médecin généraliste avait un **rôle limité de somaticien**. Selon eux, le médecin généraliste soigne avant tout les maladies « physiques » et n'est pas formé à la prise en charge psychologique. Il n'est pas non plus là pour recevoir des confidences, ni pour endosser le rôle d'ami. D'autres interlocuteurs existent pour eux lorsqu'ils ressentent le besoin de « parler » : amis, parents, autres professionnels de santé (infirmière, psychologue).

Les adolescents ont pu évoquer plusieurs freins à leur expression en consultation. D'abord il y a le **risque de rompre le secret**, mentionné dans plusieurs entretiens. Celui-ci est majoré par le fait que le médecin suive aussi les parents de l'adolescent. **La peur de décevoir un adulte qu'ils estiment** les empêche d'être totalement honnêtes avec leur médecin.

Les adolescents ont aussi fait remarquer que le médecin généraliste n'était pas vu fréquemment, ce qui ne leur donnait que **peu d'occasions d'échanger** avec lui.

Enfin, deux **difficultés « administratives »** ont été retrouvées dans les interviews : le délai pour obtenir un rendez-vous ainsi que le paiement de la consultation.

1.2.3 Les attentes de l'adolescent

Un médecin qui soigne

I : « *Et qu'est-ce que tu attends de ton médecin traitant ?* »

A3A : « *Bah qu'il me soigne (rires) euh, qu'il mette bien tous les médicaments qu'il me faut pour me soigner ou pas forcément des médicaments mais... enfin qu'il me soigne quoi !* » (L26)

Un médecin qui conseille et aide

A2C : « *Parce que je pense que c'est quelqu'un qui peut nous aider. Parce que c'est quelqu'un d'extérieur en fait. [...] Et en expliquant le problème peut-être que... ouais. Des conseils extérieurs, ça va peut-être plus me faire euh...* » (L147)

Un médecin qui répond aux questions

A5A : « *Euh, un médecin ? Il doit euh, **répondre à toutes nos questions**, toutes les interrogations qu'on peut avoir, dues à notre santé, euh il doit aussi pouvoir euh, nous expliquer, je sais pas euh... pourquoi on a mal au ventre, pourquoi on a mal à la tête machin... euh...* » (L15)

Un médecin qui met à l'aise, en confiance

A2C : « *Après je pense aussi que le rôle du médecin c'est de **mettre la personne à l'aise**. Pour que la personne elle puisse justement, parler (insiste sur parler). Sans se sentir euh, mal.* » (L227)

Un médecin avec des compétences relationnelles

Attentif, à l'écoute, intéressé

A6A : « *Euh bah, des fois **il me demande des choses** qui sont pas forcément rapport au médecin, genre **rapport à moi comment je me sens**, et ça je trouve ça cool, parce que il n'y a pas tous les médecins qui le font, je sais que quand mon médecin traitant n'est pas là, bah je vais prendre un autre médecin du coup, et ça bah genre, je trouve ça bizarre qu'il ne me demande pas comment moi je vais, parce que c'est quand même important de le demander* » (L3)

A4C : « *Bah le fait qu'il y ait une question réponse quand on parle d'un truc, elle... elle reste pas sur son ordi à taper son ordonnance par exemple. C'est vraiment le fait de... **d'avoir aussi le contact visuel**, [...] elle nous regarde quand même, et puis elle repose une question « Pourquoi si ou pourquoi ça » et **on a l'impression d'avoir un échange** quoi. C'est pas... unilatéral.* » (L15)

A5C : « *Bah il est **attentif**, il sait... contrairement au médecin que j'avais avant, qui... prenait pas trop le temps de, de vraiment analyser nos demandes et nos besoins, et bah le docteur D en tout cas, **il prend bien le temps**, [...] en tout cas pour moi, moi ça me fait du bien, d'avoir un médecin qui est attentif.* » (L7)

Compréhensif

A2C : « Mais y'a des médecins ils vont prendre plus le temps, **essayer de comprendre**... pas forcément que le problème, en général en fait, plusieurs choses et... Et en fait je vais me sentir plus à l'aise et du coup je vais peut-être plus parler qu'à un médecin « normal ». » (L65)

Les adolescents interrogés attendent avant tout que leur médecin les **soigne**, ce qui passe souvent par la prescription de médicaments. D'après eux, il est aussi là pour les **conseiller et les aider**. Il faut aussi qu'il puisse **répondre à leurs questions**. Enfin, il est nécessaire pour eux que le médecin **les mette à l'aise et en confiance**.

Un certain nombre de **qualités relationnelles** sont requises pour les jeunes. Au premier plan, on retrouve **le sentiment d'écoute**. La gentillesse, la capacité de compréhension, et l'objectivité sont d'autres de ces qualités retrouvées lors des entretiens d'adolescents.

1.2.4 Les émotions de l'adolescent

Un adolescent à l'aise, qui échange facilement

A2A : « Mon médecin euh... Il est bien, il est très **ouvert** donc euh pi euh je communique bien avec lui genre il sait pas mal de trucs » (L14)

Une attitude souriante

A10C : « Bah qui... bah en fait c'est... c'est pas quand je voyais sa tête, on croyait qu'il faisait tout le temps la gueule donc euh... [...] **il aurait fallu qu'il sourisse** (sourit) **un peu plus**. Parce que ça donne pas envie d'aller chez un médecin qui sourit jamais ! » (L39)

L'utilisation de l'humour

A5C : « Ouais me faire rire ouais. [...] Mais nan c'est vrai que **rigoler ça va détendre tout de suite l'atmosphère** et ouais, ça crée une ambiance plus en confiance, on a plus envie de se confier aussi sur un problème physique et des fois psychologique... et voilà. » (L206)

Le tutoiement

I : « Et du coup, qu'est ce que ça fait le tutoiement ? »

A7C : « [...] j pense que ça rapproche. Parce que si on dit « **vous** » ça met une **barrière** j pense entre le médecin et le patient **alors que si on dit « tu » bah la barrière elle est brisée quoi** » (L178-181)

A5C : « Oui voilà ! C'est **EXACTEMENT** (insiste) ça, ça met **BEAUCOUP** (insiste) moins de distance j trouve. Parce que le vouvoiement je trouve c'est... bah j serais peut-être moins amenée à me confier justement avec un vouvoiement qu'un tutoiement » (L83)

L'assurance du respect du secret médical

A7C : « Bah après si je sais que je peux lui parler euh... assez régulièrement, quand j'ai besoin et tout, mais qui EN DEHORS de nos rendez vous il en parle pas... j' pense que oui j'pourrais mais si je sais qu'il y a un risque même de 0.01... »

I : « Qu'il puisse en parler ? »

A7C : « Ouais, j'en parlerais pas ! »

I : « Le secret médical c'est important ? »

A7C : « Ah oui ! Bah c'est super important (d'un ton très affirmatif) » (L133- 137)

Le genre et l'âge du médecin

A2C : « Mais après je sais pas, c'est peut-être, que je me dis que j'ai pas beaucoup d'écart avec le médecin donc peut-être qu'il peut plus facilement se mettre à ma place. Plus facilement comprendre que quelqu'un qui a 50 ans ! » (L248)

A6C : « Bah déjà moi j'ai... j'ai... quand le médecin c'est un garçon j'arrive pas... à.... 'fin... à être à l'aise... mais **quand c'est une femme... bah... j'me sens à l'aise...** » (L 55)

L'expérience et la compétence du médecin

A1C : « C'est déjà que je lui fais confiance, c'est que la seule fois où j'y suis allé il a fait son taf. Bah comme j'disais tal' heure, c'est lui qui a euh, qui a réussi a, qui a trouvé que j'avais une scoliose etc, et qui **m'a permis de débloquer certains trucs** que j'comprenais pas.» (L69)

A4A : « Bin c'est pas quelque chose qui me stresse parce que, pareil je suis en confiance avec mon médecin, **il est compétent** il trouve assez rapidement ce qui ne va pas et souvent ça se termine très bien après. » (L68)

Un médecin qu'il connaît bien

A6C : « **Bah quand on connaît pas, bah on va pas aller lui dire les secrets**, alors que quand on connaît bien le médecin on sait qu'il va pas... on sait qui va nous... essayer d'aider... 'fin d'arrêter ça ou de nous donner des conseils. » (L165)

Un adolescent gêné

La vie intime

I : « D'accord, est ce qu'il y a des sujets qui sont plus difficiles à aborder ? »

A2A : « Bah si j'avais eu un copain et que j'avais eu une relation je pense que oui, ça aurait pas été pareil, [...] Bah parce que déjà euh, j'veux dire pour nous les ados c'est pas évident d'exprimer ça « bon bah j'ai eu une relation avec quelqu'un » à son docteur je trouve. » (L47-50)

Le rapport au corps

A5C : « Bah c'est sur que même pour retirer un tee-shirt c'est jamais très... c'est jamais hyper simple hein.... Quand c'est un homme, c'est pas la même chose... » (L238)

Un adolescent craintif

Difficulté à s'exprimer spontanément / Timidité

A3C : « Bah après, il y a souvent des personnes qui oseront pas [...] Parce qu'ils sont moins à l'aise ou des trucs comme ça... [...] Y'en a peut-être qui seront beaucoup plus réservés [...] Parce que y'en a qui ont un caractère comme ça, et puis aussi y'a une période dans l'adolescence généralement ou on est tout de suite moins à l'aise avec les personnes parce que ça change un peu. [...] ça change déjà physiquement, puis ensuite, mentalement aussi. [...] c'est vrai que c'est compliqué de se confier... » (L220-232)

A2C : « Parce que il y a des fois il y a des choses qu'on ose pas dire. Et que si on voit que la personne commence à en parler, bah on se dit bon, je vais me lancer tant qu'a faire. » (L119)

A10C : « je suis une personne timide et du coup quand le médecin il veut avoir des informations un peu sur moi, j'reste bloquée. » (L75)

Peur du jugement

A6A : « y'a des jours ou j'ai envie de lui en parler en vrai, de lui dire « bon, là j'ai de l'acné faut me prescrire une pilule parce que j'ai de l'acné hormonale etc. » Et j'suis arrivée devant lui genre euh... (semble gênée) [...] les mots ils sortaient pas, c'était bloqué. On se dit bon non, en fait il va nous regarder bizarrement genre, « pourquoi tu as besoin de la pilule ? » on se fait des scénarios tout seul et... c'est con hein mais c'est comme ça. » (L224 -227)

De façon générale, les adolescents interviewés se sentent **plutôt à l'aise en consultation** et **échantent facilement** avec leur médecin. Certains facteurs vont influencer ce sentiment. Une **attitude souriante du médecin, l'utilisation de l'humour** ainsi que **le tutoiement** sont facilitateurs de l'expression de l'adolescent. A l'inverse, un praticien pressé et fermé peut les « bloquer ». D'autre part **l'assurance que le secret médical soit respecté** est nécessaire pour qu'il puisse se confier. **Le genre et l'âge du médecin** influencent aussi le ressenti du jeune, sans qu'il puisse systématiquement l'expliquer. La **notion de compétence** est aussi revenue au cours des entretiens. Enfin, l'adolescent est à l'aise avec **un médecin qu'il connaît bien**.

Néanmoins, les jeunes disent être **gênés lorsque l'on aborde leur intimité**. **Le rapport au corps** est délicat. Ils n'aiment pas montrer leurs corps. **Leur vie personnelle** (amoureuse, sexuelle, familiale) tient du secret, et il n'est jamais facile d'en parler.

Au-delà même de cette pudeur, les adolescents sont **craintifs**. Pour eux, il est difficile de **s'exprimer spontanément** et ils **préfèrent que le praticien prenne l'initiative de la discussion**. Certains disent être **timides**, mais c'est surtout **la peur d'être jugé** qui est évoquée.

1.2.5 L'adolescent, entre dépendance aux parents et autonomie

Le parent

Pas de secret

A5C : « souvent on caricature au niveau des ados, [...] l'ado ne veut rien dire à ses parents, le problème c'est que moi je suis pas comme ça, **je dis tellement tout à ma maman**, que même si un jour je faisais une grosse bêtise je lui dirais quand même » (L169)

Un recours

A3A : « C'est maman qui me prend mes rendez vous, elle est souvent avec moi, parce que je suis proche de ma maman quand même, du coup elle sait tout. **Quand j'ai un problème c'est vers elle que je me tourne en priorité** donc euh... ouais elle est toujours 'fin elle est toujours avec moi, même dans la salle là bas (salle d'examen) elle vient avec moi ! (rires) » (L158)

Un tiers qui rassure ou qui dérange

I : « Et tu disais que t'avais encore besoin de ta maman, c'était à quoi que t'avais encore besoin d'elle ? »

A5C : « **Pour être rassurée**... (rires) [...] Pour être... Bah **pour pas me sentir seule**. C'est vrai que j'étais pas encore super indépendante... » (L120-123)

A1A : « Euh bah en fait quand c'est par exemple en relation avec mon asthme euh ils viennent avec moi parce-qu' elle me fait une consultation simple quoi donc j'ai pas à me déshabiller en entier ou voilà. Et parce que **les termes que eux ils connaissent je les connais pas forcément**. Par contre après quand c'est des problèmes gynécologiques tout ça, ça me dérange plus donc ils viennent pas ». (L62)

A6C : « Parce que je sais pas, parce que je me dis **que quand y a les parents on peut pas parler par exemple des choses intimes**, alors qu'avec le médecin on peut lui dire. » (L255)

A6A : « Si elle vient avec moi ça veut dire que je devrais dire des trucs devant elle et ça... non. Moi c'est mon médecin et elle non, **ça la regarde pas** » (L277)

L'adolescent autonome

A5A : « Euh bah depuis quelques années ils n'assistent pas à la consultation. Ce que je trouve très bien vu que ça nous rend plus autonome euh voilà, on se sent plus responsable euh, voilà. Euh pi comme ça on choisit ce qu'on veut dire aux parents aussi et ouais c'est important. [...] parce que j'ai pas forcément envie que mes parents soient au courant de tout et que pendant la consultation euh ils me sont pas d'une grande utilité 'fin voilà quoi » (L103-109)

Pas besoin du parent

I : « Et dans la consultation ? Tu penses avoir besoin d'elle à certains moments particuliers ? »

A3A : « Non pas forcément non parce que si... si je vais chez le médecin je sais ce que j'ai donc je peux en parler moi même, **elle a pas forcément besoin d'être là.** [...] si y'a des choses que je comprends pas je demande au médecin qu'il m'explique mieux » (L184-185)

I : « Est-ce qu'il y a des moments dans la consultation ou tu as besoin de tes parents ? »

A4A : « Non pas du tout, bin voilà après il faut, des fois il faut, des fois y'a des trucs que j'oublie du genre le carnet de santé voilà des trucs comme ça mais sinon non. » (L119-120)

Une consultation en autonomie appréciée, qui facilite l'expression de l'ado

I : « Et c'est quoi la différence quand tu consultes seule et quand tu consultes accompagnée ? »

A6C : « Euh quand je suis seule bah je... **j'arrive mieux à m'exprimer** que quand je suis avec mes parents... » (L252-253)

I : « Et comment tu t'es sentie à ce moment là (quand tu as consulté seule pour la première fois) ? »

A7C : « Je me sentais **grande** ! (rires) J'avais l'impression que j'étais **responsable** et que... **je pouvais parler de tout** et qu'il y avait pas mes parents qui m'écoutaient ! Voilà. » (L201)

Les adolescents interrogés sont **ambivalents sur la place accordée à leurs parents.**

Beaucoup d'entre eux déclarent **ne pas avoir de secret** pour eux. Pour d'autres, il s'agit même du principal **recours**. Dans certaines circonstances, c'est un **tiers qui rassure**. Dans d'autres, et notamment lors des questions intimes, **ils dérangent.**

Les jeunes **apprécient de consulter seul**. Cette consultation en autonomie **favorise leur expression et les aide à grandir**. D'ailleurs nombre d'entre eux ne considèrent **plus avoir besoin de leur parent**, ni en consultation, ni pour la gestion de leur santé.

2. Médecins

2.1 Analyse descriptive

2.1.1 Description de l'échantillon

Environ quarante médecins, n'ont pas répondu à la sollicitation (par mail ou téléphone) des chercheuses. Plusieurs médecins (cinq) contactés ont refusé de participer à l'étude. Un médecin qui avait accepté initialement a ensuite refusé de réaliser l'entretien. Les raisons évoquées, lorsqu'il y en avait, étaient le manque de temps et l'absence d'adolescents dans leur patientèle.

	Nombre	Pourcentage
Sexe		
- Femme	11	55%
- Homme	9	45%
Âge :		
- 30 à 39 ans	6	30%
- 40 à 49 ans	4	20%
- 50 à 59 ans	8	40%
- 60 ans et +	2	10%
Lieu d'exercice		
- Urbain	10	50%
- Semi-rural	8	40%
- Rural	2	10%
Type d'exercice		
- Seul	4	20%
- En groupe	16	80%
Date d'installation		
- 1980 à 1989	7	35%
- 1990 à 1999	2	10%
- 2000 à 2009	5	25%
- après 2010	6	30%
Parents		
- oui	15	75%
- non	5	25%
Enseignants (tuteur/MSU)		
- oui	10	50%
- non	10	50%

Tableau 2 : Caractéristiques de la population « médecins » étudiée.

Vingt médecins généralistes ont été interrogés entre janvier 2016 et juin 2017. Il s'agissait de onze femmes et de neuf hommes. La moyenne d'âge était de 46,9 ans. Le sexe ratio H/F était de 9/11. Leurs caractéristiques sociodémographiques ont été résumées dans le tableau 3 (Annexe 5). Tous exerçaient la médecine libérale, seul ou en cabinet de groupe.

2.1.2 Les entretiens

Les entretiens ont duré entre 28 et 56 minutes, avec une durée moyenne de 37 minutes. Seize d'entre eux se sont déroulés sur le lieu de travail des médecins, les quatre autres se sont déroulés au domicile du praticien. Il n'y a pas eu de notes écrites prises au cours de l'entretien par la chercheuse pour éviter de perturber l'interrogé et de perdre le contact visuel. Tous les entretiens ont été réalisés en tête à tête (participant et chercheur) à l'exception de l'entretien 10C (où la collaboratrice du médecin interrogé a été présente pendant environ 15 minutes). Certaines données (propos inintelligibles) ont aussi été perdues du fait du débit de parole ou de l'accent des médecins interrogés. Les données n'ont pas été relues après rédaction par les participants mais les résultats de l'étude leur seront communiqués dans les suites s'ils le souhaitent.

2.2 Résultats de l'analyse des données

Cinq thèmes ont émergé de l'analyse des données :

- Les **atouts** du médecin généraliste
- Les **limites** de la relation de soins
- Ce que le médecin **souhaite apporter à l'adolescent**
- Ce que le médecin **ressent** face à l'adolescent
- Les **particularités de la consultation** avec l'adolescent

Chacun de ces thèmes rassemblent plusieurs codes et sous codes. Un tableau des résultats (Annexe 7) reprend la répartition des occurrences pour chacun d'entre eux.

Les citations des verbatim ont été mises entre guillemets et en italique. Elles sont précédées d'une identification : M pour médecin, suivi de son numéro puis d'une lettre, selon l'investigatrice qui a réalisé l'entretien. Elles se terminent par un numéro de ligne entre parenthèses qui correspond à la localisation de la citation dans l'entretien. Les paroles de l'investigatrice sont précédées d'un I.

Pour chaque thème, nous avons illustré chaque code et sous code par des extraits de verbatim. Nous avons ensuite rédigé une synthèse des données retrouvées (cadre rouge).

2.2.1 Les atouts du médecin généraliste

M4C : « *bah ça commence dès le plus jeune âge, dès tout petit à commencer une relation de confiance. Donc si ils se rendent compte que le cabinet du médecin c'est un lieu bien, c'est un peu une p'tite bulle où ils viennent, où ils peuvent s'exprimer tranquillement.... Bah ils savent que s'il y a besoin ils peuvent... voilà. A l'adolescence, là ou potentiellement ils peuvent avoir plus d'interrogations, plus de questions, que ça peut être un peu être un peu compliqué, qu'ils manquent de repère. Bah peut-être qu'ils m'ont intégré comme repère, et ils savent qu'ils peuvent venir me voir.* » (L 120)

Une relation à part

Suivi au long cours

M3C : « *il y a une relation sur le long cours qui est... On les voit quand ils sont **petits**, après on les voit **quand ils sont papa ou maman**, euh. On voit les gamins, euh leurs gamins je veux dire. Donc y'a des relations qui se nouent qui sont assez **particulières*** » (L 139)

Connaissance du contexte

M7A : « *on arrive à voir le fonctionnement des parents, c'est à dire que si des gamins ils ont des parents qui sont très **psychorigides**, on peut comprendre qu'ils soient complètement en bisbille avec leur parents. Ou si des parents sont trop **laxistes** on peut aussi comprendre qu'ils vont à la dérive parce qu'ils ont pas de point de repère. Je pense que **le fonctionnement de la famille** c'est important pour **comprendre comment vont les enfants**.* » (L 185)

Confiance des parents

M8A : « *quand tu amènes ton enfant à un médecin c'est que tu as déjà confiance en le médecin, donc ça veut dire qu'ils ont confiance en toi qu'ils sont plus facilement... ils sont plus facilement apte à lâcher prise. C'est plus facile pour eux.* » (L 181)

Facilité d'accès

M6C : « *Ils peuvent venir facilement, consulter rapidement, facilement, y'a un accès qui est facile avec la prise de rendez vous etc....* » (L 61)

Un « référent santé »

Un recours pour le parent en difficulté

M7C : « *on a l'impression que les parents les emmène un peu ici comme... comme **une porte de secours** quoi... comme ils savent plus quoi faire ils les emmènent ici....[...]Nan mais j'ai l'impression qu'ils arrivent, qu'ils nous déposent leur ado sur le bureau « chais plus quoi en faire, débrouiller vous avec » (sourit). [...]des fois ils arrivent c'est « chais plus quoi en faire, il fume du shit, du machin... **Docteur dites lui quelque chose !** » (L 33 - 35)*

Un interlocuteur privilégié pour l'adolescent

M4C : « Je tente d'être UN (insiste) **interlocuteur**. Ou qu'il m'identifie comme tel. Après moi je suis un outil pour eux. Ils ont envie de m'utiliser, ils m'utilisent. Ils ont pas envie, ils n'utilisent pas, je m'en fiche. » (L 126)

Les médecins interrogés expliquent qu'ils possèdent **une relation à part** avec l'adolescent. Celle-ci tient d'abord du **suivi au long cours**, permettant de tisser au fil du temps, une relation de confiance. Le médecin généraliste **connaît le contexte dans lequel évolue l'adolescent**, c'est pour lui une aide pour comprendre son histoire et pour sa prise en charge. Enfin, **les parents de l'adolescent ont confiance** dans leur médecin, dont ils sont bien souvent eux même les patients.

Sa proximité géographique le rend **facile d'accès** pour celui qui a besoin de consulter.

Le médecin généraliste se considère comme un « référent santé ». Il peut aussi bien être un **recours pour les parents en difficulté**, qu'un **interlocuteur privilégié pour l'adolescent**.

2.2.2 Les limites de la relation de soins

Les adolescents consultent peu

M6A : « Y'a des enfants qu'on voit pas pendant des années et puis qu'on voit un jour parce qu'ils sont malades et quand vous demandez aux parents, bah **ca fait 3 ans qu'il a pas consulté**. » (L143)

Trop de sujets à aborder en peu de temps

M1A : « Très honnêtement je sais qu'il faut tout aborder mais je ne le fais pas toujours là aussi ça va dépendre du motif. Si je le connais bien, qu'il me **SEMBLE** (insiste sur le mot) que tout va bien qu'il vient pour quelque chose, une plainte très simple euh, voilà **je vais m'en rester uniquement à la plainte** et je ne vais pas aller beaucoup plus loin. » (L35)

M5A : « Déjà je pense **qu'on n'a pas le temps d'aborder ça à chaque consultation** où on voit les ados parce que il y a aussi la réalité, **il faut aller vite**, si on a déjà du retard etc. et bin c'est comme pour tout on va pas aller vérifier si M Machin est à jour dans ses vaccinations ou autre. On va... quand on a plus le temps on fait plus ce genre de chose quoi. » (L 149)

Des consultations longues

M2C : « Y'en a beaucoup qui doivent faire moins et donc ces médecins à mon avis ils font pas de consultation ado. Parce que je pense **qu'une bonne consultation ado faut compter au moins.... Au moins 30 à 40 minutes quoi**. » (L 249)

Pas envie d'être aidés

M4A : « *Il s'en rendait compte que ce n'était pas normal mais il avait pas forcément envie qu'on l'aide en fait. [...] Il n'était pas dans une démarche de vouloir qu'on l'aide et d'aller mieux* » (L 153-155)

Un rôle réduit aux problèmes somatiques

M2C : *il y a quand même beaucoup de gens pour qui les médecins généralistes. Et... bah on va les voir quand on est malade. Donc ils s'imaginent pas qu'on peut aborder tout un tas de sujets... [...] comme la sexualité ! Pour certains d'ailleurs y'a que les gynécos qui peuvent donner la pilule [rires]. Euh.... Pour eux, c'est... c'est... c'est le rhume ou l'angine, ou la gastro quoi ! Puis les certificats médicaux éventuellement !* » (L 137-139)

Le rôle de l'âge et du genre

M7A : « *C'est une question de sexe aussi des fois, ils veulent plus me voir parce que ce sont des garçons qui ne veulent pas montrer leur zizi à une vieille dame.* » (L 227)

Autres limites

Pas de consultation systématique

M1A : « *Bah très certainement favoriser une consultation de prévention auprès de l'adolescent comme il y en a chez les enfants* » (L 84)

M6A : « *Favoriser le fait que les adolescents puissent venir seuls voir le médecin. Ça c'est... Actuellement euh, on peut pas se permettre de dire à quelqu'un, à un enfant « faut que tu viennes me voir tout seul » et puis bah la loi ne le permet pas puisqu'on est censé voir les ados accompagnés de leur parents* » (L 127)

Le paiement est un frein pour l'adolescent

M6C : « *Je pense même que pour les adolescents, il faudrait, il faudrait jusqu'à 18 ans, il faudrait un tiers payant intégral, il faudrait qu'il puisse consulter sans avoir à avancer d'argent. [...] Et je crois que le paiement pour moi c'est un vrai frein que l'ado il consulte.* » (L 72)

Une trop grande proximité

Difficulté à rester neutre et objectif

M9A : « *Je dirais qu'un ado que je connais bien, je suis peut-être censé faire des projections sur lui me dire « oh lui non y'a pas de raisons » alors que quelqu'un que je ne connais pas là je vais mener mon enquête un peu policière parce que... [...] On a des idées préconçues sur ceux finalement qu'on connaît depuis longtemps* » (L 80)

M9C : « *Et que ça c'est pas toujours facile hein, de se détacher de, de tout ce qu'on sait d'avant et de prendre les gens comme ils sont et comme ils sont... ou comme ils sont devenus aussi quoi...* (L123)

Ne pas être trop complice

M4A : « Bah justement, peut-être si on le connaît depuis longtemps on va se dire « je suis mal à l'aise à lui parler d'un truc » parce que justement **on a trop sympathisé** peut-être. Ou que lui il se dit ça » (L282)

M8A : « Je suis pas là pour être le **copain** de mon patient, je peux être sympa avec lui je peux avoir une certaine euh, on va dire un petit peut créer d'amitié chez certaines personnes qu'on connaît depuis très longtemps etc. mais après on est pas leur copain non plus quoi. **Chacun doit rester à sa place.** » (L201)

Passage enfance-adolescence flou

M1A : « La plupart du temps il y a un **continuum**, je ne vois pas trop de différence quand ils passent enfant-ado-jeune adulte, sauf si intervient une problématique sur laquelle... Une problématique sur laquelle on va me solliciter qui va être autre que biomédicale, [...] ça va être le **motif** qui va plutôt **changer mon regard** et à ce moment là [...] je vais les considérer vraiment comme des adolescents. Mais des fois effectivement il m'arrive d'oublier de les considérer comme des adolescents et **je les prends encore comme des enfants.** » (L 19)

Ménager les susceptibilités des parents

M4C : « Bah les parents vu que c'est aussi mes patients, **faut pas les vexer !** » (L 112)

M8A : « On va pas demander à la petite maghrébine qui arrive à 14 ans d'emblée « alors tu as eu ton premier rapport ? » sa mère elle va t'en tirer une quoi ! (Rires) **Elle va te dire « non mais ça va pas docteur ?** » (L 71)

Une image parentale forte

M2A : « J'ai un peu de mal à me dé-... enfin... je sais pas comment dire. A rester neutre et à **ne pas verser du côté parental** » (L 75)

M9C : « Je les vois comme mes enfants même s'ils ont grandi. Il y a quelque chose comme ça ouais qui reste. [...] quand même ouais. De **maternel** et... euh... et euh... et aussi **d'affectueux** effectivement, quand même... » (L 39-41)

Peur du non respect du secret médical

M4A : « Il peut **se méfier** aussi, vu qu'on connaît le reste de la famille, qu'on connaît les **parents** justement le secret médical il peut, il peut ne pas lui faire confiance je pense. » (L260)

M3C : « Quand on les suit depuis qu'ils sont tout petit. Le petit souci qu'ils ont, c'est qu'ils ont toujours **peur**, qu'on aille dire à papa maman, ce qu'ils ont raconté au cabinet. » (L 42)

Les médecins font tous le même constat, l'une des limites à la prise en charge des adolescents est qu'**ils consultent peu**. Il y a peu de consultations et **trop de sujets à aborder**. En plus de répondre à la demande qui a motivé la consultation, le médecin généraliste trouve nécessaire de faire le point sur beaucoup d'autres sujets : école, conduite à risques, prévention. Il trouve cela difficile au sein d'une seule consultation.

Cette prise en charge globale a pour conséquence d'**allonger le temps de consultation**, ce qui n'est pas toujours possible pour les médecins généralistes.

Par ailleurs, ces médecins ont le sentiment que les adolescents n'ont **pas forcément envie de leur aide**.

Selon les médecins, l'adolescent ne serait pas conscient du rôle qu'ils peuvent tenir auprès de lui. Ils sont convaincus de n'être qu'**un recours en cas de problèmes somatiques**.

Ils estiment aussi que **leur genre ou leur âge** peut changer leur relation avec l'adolescent.

D'autres **limites** existent d'après eux. Ils regrettent notamment **l'absence de consultation systématique** pour l'adolescent. Ils considèrent aussi **le paiement de la consultation comme un frein** à venir consulter pour certains adolescents.

Enfin, les médecins décrivent les revers d'**une trop grande proximité** avec les adolescents, notamment **une difficulté à rester neutre et objectif**. Pour certains d'entre eux, le passage enfance – adolescence est flou, et ils **ne remarquent pas que l'enfant est devenu adolescent**.

Ils soulignent aussi la nécessité de **ne pas être trop complice** de l'adolescent, de maintenir une distance adéquate. Les médecins parlent également d'une **forte image parentale** qui peut parfois modifier le regard qu'ils portent sur le problème posé. Par ailleurs, la proximité avec les parents qui sont souvent eux-mêmes patients, fait **que le médecin se sent obligé de ménager leurs susceptibilités** quant à la santé de leur enfant. Enfin, les médecins pensent qu'en étant trop proche de l'adolescent, celui-ci pourrait **craindre que le secret médical ne soit pas respecté**.

2.2.3 Ce que le médecin souhaite apporter à l'adolescent

Soigner avant tout

M1C : « Bah, j'prends un exemple supposons que la personne, un adolescent arrive [...] « j'ai mal à la gorge, j'ai de la fièvre, [...] » on regarde, bon c'est une angine [...] Euh... Il n'y a pas de demande supplémentaire ou complémentaire. On va la provoquer bien sur comme d'habitude hein, mais si y'en a pas y'en a pas quoi, je veux dire on va laisser partir cet adolescent en... en ... en répondant à sa demande c'est-à-dire « **voilà j'ai une angine, soignez moi mon angine.** » [...] On va pas lui offrir autre chose alors qu'il était pas venu chercher autre chose voilà. » (L73).

Dépister, prévenir et informer

M3A : « Autrement l'alcool, le tabac, la drogue, **je suis très claire**, je suis très euh... voilà quoi, je leur dis « vous fumez du shit etc. vous allez avoir des trous dans le lobe frontal, irréversibles » [...]. Et en même temps je les déculpabilise, je leur dis « en même temps vous ne le savez pas ça, voilà, on ne vous dit pas clairement les choses, le problème de l'alcool, le danger etc. euh, voilà. » [...] Oui oui, j'essaie vraiment de marquer des coups, j'essaie de mettre des interdits. « **Il faut que vous soyez au courant de ce que vous faites** ». » (L 53)

M3C : « [...] en 15 minutes, faut essayer, après ça c'est à mon sens un peu prétentieux, mais faut essayer de lui **faire passer** quoi 2 – 3 messages qui me semblent essentiels, euh, en fonction de, de sa réactivité, de, de, de quoi il veut parler. [...] **Les conduites à risques** et puis **le malaise** qu'on peut ressentir à l'adolescence. Et leur dire bah « si vraiment t'es pas bien, la porte est ouverte, donc tu peux venir même sans prévenir les parents » (L166-170)

Aider à la prise d'autonomie

Ouvrir les yeux aux parents

M3A : « Parfois **je provoque** un peu exprès en posant des questions indéliques pour mettre un peu en difficultés les parents, en leur montrant que « **oui, oui c'est une adulte**, c'est normal qu'on pose une question comme ça » (L87)

Responsabiliser et accompagner vers le statut d'adulte

M2A : Alors ça aussi **j'essaie de le préparer**, quand je vois que quand même à 16-17 ans t'es encore avec papa-maman euh, donc... On rentre dans le cabinet avec papa-maman, là j'essaie de dire « bah **la prochaine fois ça serait bien que tu viennes tout seul**, ou toute seule » (L31)

M9C : « je trouve que c'est très important de **leur montrer** qu'on les voit comme des adultes, de les amener sur ce terrain là, de **l'autonomie**, et de **prendre soin de soi même par soi même** et de pas attendre ça du médecin ou de ses parents. » (L71)

Qualités relationnelles

S'adapter

M3C : « *S'il est très sur la défensive, je vais être, je vais pas trop aborder les choses de manière à pas l'effrayer. Euh, si je le sens suffisamment détendu, euh, je vais aborder les choses, et on va plaisanter. Mais euh, tout est, **tout est fonction de comment ça se passe** » (L65)*

M9C : « *il y a l'enfant qu'on a connu, l'adolescent qu'il est devenu et l'adulte que ça va être. Et euh je crois qu'être capable de, euh... euh... de modifier la vision qu'on a de notre patient euh... à ce moment là c'est vraiment important. D'être capable de **se laisser guider par l'ado, emporter par ce qu'il va nous amener...** et qu'il est peut-être très **différent de l'idée de l'enfant qu'on avait de lui...** » (L 121)*

Respecter et être honnête

M8A : « *à un certain moment je leur dis, je dis « **qu'est-ce-que tu veux qu'on dise à tes parents, sur quoi tu veux qu'on parle ? est-ce-que je peux leur dire certaines choses ou rien ?** » et là en général ils me disent « ouais je veux bien mais à ce moment là c'est vous qui dites mais c'est pas moi » » (L 17)*

Laisser la porte ouverte, être disponible

M4A : « *Je leur dis « **si tu a besoin si tu as un souci un truc tu veux parler à personne je sais pas... tu passes un coup de fil, il n'y a pas de souci [...]** Tu viens me voir, on en parle. T'ose en parler à personne un truc... » Voilà j'essaie toujours quand même de leur proposer ça. » (L 228-230)*

M3A : « *Je force pas, **j'ouvre la porte**, je leur dis « je suis là si tu veux revenir, **je peux entendre beaucoup de choses, j'ai vu beaucoup de choses, si il y a des choses très difficiles qui te font peur tu peux me les dire, je les dirais à personne et on pourra voir ce qu'on peut faire** » (L 63)*

Réactif, à l'écoute et attentif

M3C : « *Et c'est ça ce moment là que le truc important faut l'accrocher ! Et faut plus le lâcher. [...] On n'a pas beaucoup d'occasion, euh. Ils ne se lâchent pas facilement. **Quand ils se lâchent parfois c'est sur deux mots.** Et si on n'est pas attentif à ce qu'ils disent, c'est, qu'on accroche pas tout de suite les deux mots euh, pour **tout de suite rebondir dessus.** « Tiens dis donc t'a dit ça euh, pourquoi tu me l'as dit ? » Euh, pour leur faire justement une ouverture. Ils en feront pas une deuxième. » (L149-151)*

M10A : « *Je vais lui demander ce qu'il fait, où il en est dans ses études, voilà, **parler un peu de tout et de rien pour démarrer un peu le...** et puis je vais lui demander qu'est-ce-qui l'amène, pourquoi il vient et c'est parti dans la discussion ! » (L 145)*

Pour les médecins interrogés, il faut être **un soignant avant tout**. Même si leur rôle va bien au-delà de la prise en charge somatique, il s'agit d'abord de répondre à la demande de l'adolescent.

De par les problématiques inhérentes à l'adolescence, le médecin traitant doit également **dépister** les conduites à risques, **prévenir** les adolescents des conséquences de leur comportement, et les **informer** sur les problèmes auxquels ils risquent d'être confronté pendant cette période.

Les médecins pensent aussi pouvoir **aider les adolescents dans leur prise d'autonomie**. Ils tentent d'**ouvrir les yeux des parents**, en leur montrant que leur enfant devient adulte. Ils essaient aussi de **responsabiliser les jeunes et de les accompagner vers leur statut d'adulte**.

Pour tout cela, il est nécessaire de présenter un certain nombre de **qualités relationnelles** qui permettent de créer un lien avec l'adolescent. Il faut être **capable de s'adapter** à lui afin de pouvoir mieux le comprendre. Pour que l'adolescent ait confiance, le médecin doit faire preuve de **respect** et d'**honnêteté** envers lui, il doit être **disponible** et lui laisser la porte ouverte. Enfin, le médecin doit être **réactif, à l'écoute et attentif** afin d'éviter les occasions manquées.

2.2.4 Ce que le médecin ressent face à l'adolescent

Un sentiment de difficulté variable

Un patient comme les autres

M1C : « [...] **je pense pas qu'il y ait une difficulté**... (réfléchit) Euh... supérieure, avec les adolescents qu'avec les autres patients. » (L77)

M7C : « **je m'étais jamais posé la question**, de la... la consultation de l'ado en fait... Pour moi, c'est... c'était... dans la suite de ce qu'on fait quoi... » (L179)

Difficiles à comprendre et à prendre en charge

I : « *Est ce facile (une consultation avec un ado) ?* »

M2A : « *Non, alors c'est pas avec tous mais j'ai presque envie de dire que ceux avec qui c'est facile c'est soit qu'ils ne sont pas rentrés dans leur crise soit qu'ils en sont sortis. Donc c'est jamais facile, non.* » (L65)

M10A : « je trouve que c'est pas toujours simple, je pense que c'est effectivement **une population « à part »** » (L9)

Des sujets difficiles à aborder ou qui mettent mal à l'aise

M1A : « avec quelqu'un que je connais bien, il y a une part d'affection qui va s'y mêler et ça va être **plus difficile** de poser des questions pour lesquelles **la réponse risque de me choquer**. Parce qu'un jeune adolescent qui arrive, que je ne connais jamais, j'aborde tout de suite le tabac, le cannabis, l'alcool » (L63).

M9C : « Bah souvent, c'est quand même attiré à la sexualité, au tabac, à l'alcool, au cannabis... euh... qui sont **des choses...** euh, globalement **que je trouve pas forcément facile à aborder**, même avec des adultes. » (L 17)

Un sentiment de proximité fluctuant

M6C : « J'ai l'impression d'avoir un peu, **deux casquettes**, il y a celle du **médecin** avec euh... le côté un petit peu sérieux etc., et puis il y a le côté, pas encore **enfant**, mais voilà [...] J'ai l'impression que je me rapproche en terme de loisirs, parfois beaucoup plus de, du côté adolescent que du côté adulte. » (L39)

M1A : « plus je vieillis plus ça devient difficile. (Rires) Et puis il me semble que **je m'éloigne d'eux** même si je n'ai pas l'impression de tant vieillir » (L5)

Une attitude déstabilisante

Mutique, distant et peu réceptif

M1A : « c'est un âge où ils ne sont **pas réceptifs à grand grand chose** en matière de conseil par définition l'adolescent » (L80)

M4C : « (Mime une personne vautrée dans le fond de sa chaise, voûtée, la tête baissée, les bras ballants). **Vautré dans sa chaise**. Manches longues jusqu'au poignet, téléphone portable, euh, la capuche (mime une capuche sur sa tête) et (rire) (fronce les sourcils) avec leur regard de tueur » (L92)

Liée aux problématiques de l'adolescence

M1C : « L'**addiction aux écrans**... [...] il y a une véritable pathologie qu'on connaît mal hein. Qui est pour l'instant encore ... euh... assez **difficile** à, à mettre en évidence, à... même les parents ils sont complètement surpris. » (L261)

M7C : « Les ados qui commencent à partir dans tous les sens, ceux **qui vont mal**, qui rentre à pas d'heure et tout ça... ceux la moi j'ai du mal à aborder le... parce que je suis... parce que je me sens un peu **démunie** face à ces ados, qui sont difficiles... » (L149)

Des difficultés d'expression

L'ado à du mal à parler de lui

M2A : « J'ai un peu l'impression que oui il y a une... **retenue** dès qu'on pose une question, je sais pas, une sorte de (mime un mouvement de retrait) **je me ferme totalement** » (L61)

M4A : « On voit qu'ils ne sont **pas à l'aise, à s'exprimer, à parler à quelqu'un d'autre** donc euh... C'est en ça que je le vois, je sais pas ils baissent les yeux, ils répondent par des réponses « oui-non » même quand on fait des questions ouvertes, ils arrivent à pas répondre ! » (L12)

Un certains temps nécessaire à la confiance

M3C : « ils ont besoin, on va dire, d'être **rassurés** par un interrogatoire et un examen. En se disant, ah « bah la avec lui je peux y aller quoi ». (L99)

M5A : « Bah je dirai que la première fois je ne vais pas lui poser toutes les questions euh... tout ce que je pourrai **aborder plus tard** quoi. [...]j'aborderai pas la question du tabac de l'alcool et de tout ça la première fois. » (L77)

La peur d'être intrusif

M3C : « des fois aussi on se pose la question, enfin moi je me pose la question de savoir si j'suis peut-être des fois peut-être un peu **trop intrusif**, en lui proposant s'il veut ça. Peut-être qu'il en a rien à foutre hein ? (rires) » (L157)

M2A : « J'ai **peur de les blesser** je pense, ou peut-être de parler de quelque chose pour lequel ils ne sont **pas encore prêts** et que du coup ce soit pas au bon moment. » (L107)

L'absence de jugement

L'ado à peur d'être jugé

M8A : « (rapportant ce qu'une adolescente lui avait dit) [...]« à l'époque ce que vous m'avez dit ça m'a choqué mais ça me choque moins maintenant mais à l'époque ça m'a beaucoup choqué et je pouvais pas rester avec vous parce que... [...]je pensais qu'à l'époque vous m'aviez pris pour une trainée ». » (L87)

L'ado a besoin d'impartialité et d'absence de jugement

M9C : « Je ressens ça aussi chez les adolescents, que voilà il faut vraiment **faire attention** qu'il faut **pas émettre de jugement** parce que c'est, c'est... voilà je les sens encore... mmmhhhh... Ouais à fleur de peau quand même. » (L79)

L'ado recherche l'anonymat

M1C : « Soit parce que.... Euh... une chose un petit peu plus impalpable hein. « C'est quelqu'un qui me suit depuis que je suis tout petit, euh.... **Il me connaît trop bien... il va pas me prendre au sérieux** » ou des choses comme ça hein... ». (L119)

M4C : « Ça peut aussi leur faire peur. Sur le côté, il connaît toute ma famille et peut-être qu'il a **besoin de voir quelqu'un de neuf**, extérieur à la situation. » (L 120)

Les médecins ne sont pas tous sereins face à l'adolescent. Le **sentiment de difficulté** est **variable**. Pour certains praticiens, il s'agit d'**un patient comme les autres**. Pour d'autres, il s'agit d'une population à part, bien plus **difficile à prendre en charge**. En consultation, **certains sujets sont difficiles à aborder ou peuvent mettre mal à l'aise les médecins**. Ces sujets peuvent être variables d'un praticien à l'autre, et liés à leurs propres représentations. L'âge et le genre, évoqués plus haut, conduisent à un **sentiment de proximité fluctuant**. Plus le médecin est jeune, plus il se sent proche de l'adolescent et inversement.

Certains médecins trouvent que les adolescents ont une **attitude déstabilisante**. Ils peuvent être décrits **comme mutiques, distants, peu réceptifs**. Mais celle-ci peut aussi venir des **problématiques spécifiques de l'adolescence**.

Par ailleurs, les praticiens ont pu ressentir des **difficultés d'expression** de la part des jeunes. Ils trouvent que **les adolescents ont de façon globale du mal à parler d'eux**, et qu'**un certain temps d'échange est nécessaire à l'adolescent avant de pouvoir se confier** à son médecin. De cette difficulté d'expression naît parfois la **peur d'être intrusif**.

Enfin, **l'absence de jugement** a été évoquée de nombreuses fois par les généralistes. Ces derniers ont le sentiment que les adolescents ont **peur d'être jugés**. Pour eux, **l'impartialité et l'absence de jugement** sont les conditions nécessaires aux confidences du jeune. De par leur proximité avec leur médecin traitant, cette impartialité n'est pas toujours respectée. Cela peut conduire l'adolescent à consulter un autre médecin, dans **un besoin d'anonymat**.

2.2.5 Les particularités de la consultation avec l'adolescent

L'adolescence

Période de souffrance, mal-être et bouleversement

M10A : « je pense que l'adolescence c'est une **crise** où y'a une **fragilité** ou y'a... et c'est typiquement des enfants entrain de devenir adultes avec **plein d'angoisses** » (L 101)

M2A : « c'est un âge où ce n'est pas facile, pas facile du tout voilà et euh j'ai un peu l'idée d'une **souffrance** quand même de ces adolescents, d'une souffrance et d'une difficulté à partager et ses **émotions** et ses **difficultés**. » (L 9)

Période de vulnérabilité et de conduite à risque

M1C : « C'est, c'est ça qui pose la difficulté peut-être c'est que l'adolescent, un être en devenir, est en danger parce que, il **se met en danger** souvent, par euh, **par défi** » (L87)

Sentiment d'invincibilité et de déni de la maladie

M1A : « c'est un âge où ils ne sont **pas réceptifs à grand grand chose** en matière de conseil par définition l'adolescent, c'est difficile, c'est pas un âge où on va arriver à leur faire peur. Ils ont l'impression que **rien ne va leur arriver** » (L80)

M1C : « ça ne veut pas dire qu'ils sont pas malades hein, mais **ils se sentent pas malades**. Parce que euh... [...] c'est, c'est pas, c'est pas une image positive quoi... puisque, le l'adolescent est en général dans la puissance et dans **l'invulnérabilité** et ils supportent pas bien d'être malade, hein » (L109)

Une opposition au monde adulte

M3C : « Que à 14 ans c'était normal. Qu'on prenait tous les adultes, papa pour la dernière des cru' euh [se corrige] pour le dernier des idiots, maman pour une cruche euh, intégrale. [...] En sachant que bien évidemment le médecin qui proposait un traitement de fond, avait pas plus de valeur. (ironique) » (L24)

M4A : « en tant qu'ados ils sont euh... **la relation avec les adultes** c'est pas évident hein ! c'est souvent **conflictuel**, et avec les parents euh... **l'autorité** c'est pas évident. Je pense qu'ils nous voient comme une autorité quand même quelque part et que ça ça peut, moi je pense que c'est ça qui peut leur poser problème dans leur lien avec nous. » (L79)

Un adolescent en transition, entre l'enfant et l'adulte

M6C : « J'ai l'impression qu'ils sont vraiment **entre les deux**. Entre l'adulte, du coup, qui vient avec ses papiers, qui est un peu autonome, qui sait parler de sa santé. Et l'enfant où c'est le parent qui parle complètement pour lui. » (L7)

Un corps qui préoccupe

M3C : « ils ont le corps qui change, ils ont toujours quelque chose de qui cloche euh, les filles c'est les jambes qui vont pas, ou un sein. Les garçons c'est les épaules ou les fesses ou autre chose. » (L 28)

M5A : « Bah je disais ceux qui ont un rapport avec leur corps différent, celles qui ne sont pas... ce sont plutôt des filles généralement, celles qui sont pas à l'aise bah voilà elles vont avoir du mal à se déshabiller euh...ça peut-être euh... c'est tout ! Alors au contraire les garçons qui font de la musculation qui sont plutôt fiers de se mettre torse nu, enfin c'est un peu... **c'est une période où le rapport avec le corps est particulier.** » (L73)

Chaque adolescent est unique

Il existe tout type d'adolescent

M6C : « J'trouve qu'il y a quand même **plein d'ados différents**. Y'en a pas un, enfin je n'ai pas l'impression qu'ils aient les mêmes présentations, quoi, vraiment. » (L5)

Une maturité variable

M3A : « *Ils sont un peu différents. Mais il y a surtout **beaucoup de niveaux de maturité différents**, [...] Vraiment on a des 18 ans qui ont 12 ans d'âge mental et on a des de 14 ans qui ont déjà très mûrs euh...sur un mode éducatif, le vécu... c'est pas du tout la même chose hein. » (L 101-102)*

Une différence fille-garçon

M2A : « *c'est quand même souvent des filles, pour lequel ça se passe mieux quand même, pour lequel **elles sont plus en demande** de conseils, de contraception, de tout ça. [...] alors est-ce-que ça vient du fait que je suis une femme, sûrement mais euh... Je ne sais pas. » (L17)*

M3A : « *Peut-être parce que les filles sont **plus matures** et qu'elles font déjà plus femmes que les garçons et que ouais, ils restent encore très bébé, très gamins et... » (L19)*

Une hésitation entre le tu et le vous

M9C : « *je me suis aperçue que je pouvais tutoyer des adolescents alors même que [...] j'avais vraiment vu qu'ils avaient grandi, que c'était des jeunes adultes. Et que je me suis dis qu'en fait **j'allais surement les tutoyer toute leur vie** en fait [...] Et puis d'autres où je perçois vraiment un changement de notre relation où **c'est pas possible de les tutoyer en fait**... je me dis que c'est un nouveau patient presque, quand il arrive, c'est un adulte... » (L 21)*

Le trinôme

Le témoin du conflit ado-parent

M6C : « *Les deux ils étaient en conflit. A chaque fois qu'il y en avait un qui parlait l'autre contredisait. C'était, moi j'avais l'impression d'être **témoin du conflit familial**, quoi, vraiment ! » (L 29)*

Une position de médiateur

M6C : « *Et du coup j'ai expliqué à sa mère que le jeu vidéo pouvait aussi développer certaines compétences intellectuelles notamment sur la vivacité d'esprit, la capacité de décision, [...] Et euh je lui ai dit « par contre c'est à vous de poser votre cadre ». Et puis bon, j'ai laissé un peu comme ça. Et je leur ai dit « ça c'est à vous de voir à la maison pour trouver un **compromis** » (L 31)*

M8A : « *A un certain moment tu essaies de **les mettre l'une en face de l'autre** en leur disant « ça ne sert à rien, essayez d'aller le plus au fond du problème, discutez réellement de ce qui vous embête l'une et l'autre » (L 97)*

L'allié de l'ado

M3A : « *en général **je protège l'enfant, enfin le jeune, je ne soutiens jamais le parent, automatiquement. Enfin, j'essaie d'être impartiale mais en fait quand je suis pas d'accord avec l'attitude de l'adulte, je prends des gants mais je le dis hein [...]** euh dans tous les cas*

pour récupérer la confiance du jeune, je prends plutôt parti » et voilà... je remets les choses au point. (L45)

La connaissance du secret nécessaire à la confiance

M3C : « *Ah, je crois que, si on leur affirme pas ça. Que le secret médical ils y ont droit. Comme tout individu, euh... Bah ils peuvent rien lâcher !* » (L46)

M10A : « *je lui réexplique à chaque fois le secret professionnel en lui disant qu'il est également opposable à ses parents et que ce qui se dit ça restera entre nous [...]* »

I : « *Et ça vous pensez que ça le rassure du coup ? Ce côté un peu confidentialité de la consultation ?* »

M10A : « *Je pense. Surtout ça l'autorise à... à dire ce qu'il a à dire.* » (L 35-37)

La demande

Plusieurs demandes

M2A : « *On est toujours toute façon dans la problématique de euh... du jeune qui a des difficultés ou qui est en question puisqu'il vient me voir, de savoir où est la véritable raison de sa venue* » (L117)

M4C : « *Ou euh... sur des adolescents, ils vont, c'est la maman qui aborde le sujet sur le sommeil alors que l'adolescent il venait, il venait pas pour ça... Oui il y a souvent un 2^{ème} motif et nous on se retrouve souvent dans une position délicate.* » (L18)

L'ado n'est pas demandeur

M9A : « *Bah souvent ils ont pas de demandes euh... Ils n'ont souvent pas de demande spontanée, pour eux tout va bien quoi. Même s'ils ont de l'acné, soit il la banalise, soit... soit ils oublient d'en parler, enfin bon. On sent qu'ils viennent parfois un peu sous contrainte.* » (L8)

M4A : « *Souvent l'ado il vient pas parce qu'il a envie de venir en fait hein, même quand c'est pour un rhume ou quoi c'est souvent les parents qui sont inquiets pour lui donc qui l'amène mais lui il a pas envie « j'm'en fous moi, j'suis malade, j'ai le rhume, laisse moi »* » (L52)

La place du parent

Parfois une aide utile

M9A : « *Il y a que pour ce qui est, que pour ce qui tient d'une problématique psychologique ou euh... ou on va avoir des parents qui vont peut-être trop parler pour l'enfant. D'autre fois ça perm'...si le parent est là ça permet de voir aussi le clash quoi.* » (L86)

M10A : « *(en parlant d'une maman d'adolescent) Parce qu'elle a aussi des choses à me dire sur ce qui se passe etc. Ce qui est une réalité, parce qu'elle a pas la même vision des choses que l'adolescent. [...] je suis un adolescent que j'ai vu fin de semaine dernière qui a un TOC grave et si on écoute pas la maman euh..pfou, lui il a du mal à en parler quand même hein,*

et pourtant quand on l'évoque il est d'accord qu'il a ce trouble donc euh ouais si ça apporte quand même hein » (L53)

Gênant ou envahissant en consultation

M7A : « Bah par exemple les parents **les infantilisent** beaucoup ou **répondent souvent à leur place**. Tandis que quand on est tous les deux bin voilà, ils répondent ce qu'ils ont envie de répondre hein ! » (L55)

M10A : « **quand ses parents viennent et commencent à me parler de lui** [...] qu'ils viennent pour m'exposer les difficultés et que les parents commencent lui même la consultation et qu'il décrit lui même son ado, là parfois **je sens l'ado très mal à l'aise** » (L142)

Modifient le comportement de l'adolescent

M6A : « Ah oui, oui, oui, **ils parlent beaucoup plus facilement**, ça c'est net, ils parlent quand même beaucoup plus facilement. » (L16)

M3A : « Euh donc euh, **quand ils sont accompagnés je ne suis pas sûre de les avoir perçus tels qu'ils étaient**, voilà, je suis pas sûre d'avoir compris ce jeune, de l'avoir cerné, parce que souvent il adopte un comportement qu'il pense qu'il doit avoir, je m'en aperçois surtout quand il va revenir seul effectivement. [...] là **je découvre beaucoup plus la personne**, c'est beaucoup plus intéressant, c'est beaucoup plus riche aussi en échange. Alors que quand ils sont accompagnés par les parents **ils mettent beaucoup de défense**, ils font attention à ce qu'ils disent euh à ce qu'ils font. Bon, parfois ils peuvent être, les plus jeunes, très immatures, à 14 ans ils peuvent être très provoquant vis à vis des parents ou dans leurs propos. Mais **quand ils sont seuls ils ne sont jamais comme ça**. Jamais. » (L11)

I : « **Qu'est ce qui change** du coup dans leur attitude quand ils sont accompagnés de leur parent ?

M10A : « **Tout** (incisif) de la façon dont ils arrivent, la façon dont ils disent bonjour la façon dont ils s'installent sur le siège, la façon dont ils répondent aux questions, la façon dont... c'est pas les mêmes. » (L12-13)

Intimité difficile à aborder

M4C : « Moi je vais **mettre le doigt sur son intimité** à un moment où c'est fragile, où c'est tabou, où il sait pas trop quoi en faire. **Je vais pas le faire sous le regard de ses parents**. » (L54)

Doit être sorti de la consultation

M3C : « Donc quel que soit l'âge des gamins. Ils m'arrivent très fréquemment de demander aux parents, avec leur accord bien évidemment, de, dire aux parents, « bah vous attendez en salle d'attente, je discute avec le gamin [...] Et euh, et après euh.... Je vous ferais rentrer » » (L73)

Les stratégies

I : « *Et du coup vous avez des techniques, des p'tits moyens pour les faire se détendre ?* »

M7A : « *Moi j'utilise beaucoup euh, la **dérision** et **l'humour** et... [...]J'essaie d'être euh... de pas être incisive euh dans les gens euh, on va droit au but, on donne un coup de bistouri quoi. Je leur explique que s'ils veulent que je les aide **ils doivent me dire des choses** parce que si on me dit rien je peux pas aider.* » (L130-135)

Mettre à l'aise l'adolescent

M10A : « *Je ne me mets pas comme ça face à lui comme si je le regardais de haut (mime une position très stricte, les bras croisés, redressé sur sa chaise face à son bureau), j'ai plutôt tendance à prendre une **attitude décontractée** [...]je le **tutoie** parce que vraiment sincèrement j'ai l'impression que le vouvoiement les rend mal à l'aise [...]Et je démarre pas mes questions en lui demandant des choses qui pourraient le perturber.* » (L145)

Faire la démarche d'aborder les sujets délicats

M6A : « *J'essaie d'aborder la drogue, si il y a des prises de... de toxiques on va dire. Euh, **je leur demande quoi** s'ils boivent de l'alcool, s'ils fument du cannabis. **Je pose la question de façon directe**, toujours en disant que, voilà je le dirais pas à leur parents quoi.* » (L88-89)

M4C : « *Et parce qu'il ose pas ! Donc je pense c'est pour ça que **c'est à nous de mettre un peu les pieds dans le plat** !* » (L60)

L'humour comme outil

M4C : « *Je le provoque en fait. « Waw, tant de soupirs ! ». Enfin j'ai tend..., vu que ça crée un malaise aussi de mon côté, je tente de **rebondir en dédramatisant le truc**, en faisant style. Avec de l'humour, et puis moi je suis très à l'aise avec ça. [...]Quitte à lui dire « Ah ouais, t'es un adolescent dans toute sa splendeur !! Ah la lala, que la vie est dure, et le monde, alala, que le monde est cruel ! » Enfin, souvent j'ai un petit sourire.* » (L92-94)

Des supports papiers ou numériques pour mieux informer

M6C : « *Et puis, alors voilà après pour ceux qui ont 16 ans, **je leur donne une feuille** en fait que j'avais fait au début de mon installation sur euh, **ça s'appelle «Info Santé Adulte** », donc tu vois pour moi je les positionne dans le côté adulte. [...] Et donc il y a les MST, la contraception, il y a pas mal de choses. Donc ça ça me permet de faire une accroche sans forcément énumérer tout. [...]Et moi j'ai l'impression que j'ai pu passer l'info sans y passer 3 plombs non plus quoi.* » (L17)

M4C : « *Et là je leur remets **le guide « questions d'ados »** fait par l'INPES et une brochure sur les IST.* » (L48)

Les autres professionnels

M9C : « *Notamment les adolescents qui vont très mal ! C'est vrai que, euh... rapidement je sens que j'ai besoin d'un éducateur, que j'ai besoin d'appeler la PMI, ou les... les missions locales.... Donc c'est vrai que c'est pas si facile que ça... et que **souvent les adolescents qui vont mal, je, je reste pas seule...*** » (L109)

M7C : « *Et qui en plus ont pas forcément envie de dialoguer avec moi en fait... Donc c'est... Là c'est difficile ! C'est vrai que j'envoie beaucoup à ce moment là, soit vers le CMP, soit vers le... le centre des ados là... [...]La maison des ados...* » (L151-153)

Les médecins interrogés ont pu mettre des mots sur ce qu'était pour eux **l'adolescence**.

Elle a été décrite comme une **période de souffrance, de mal être et de bouleversement**, pendant laquelle les adolescents sont plus **vulnérables et attirés par les conduites à risque**. Il existe aussi à cette étape, un **sentiment d'invincibilité et un déni de la maladie**, ainsi qu'une opposition **aux adultes**, et notamment au médecin qui représente une certaine autorité. Au cours de cette période, **l'adolescent est en transition**. Il n'est plus un enfant mais pas encore un adulte. Les **préoccupations autour du corps** rendent parfois l'examen difficile.

Malgré ces quelques généralités sur l'adolescence, les médecins ont conscience que chaque adolescent est **unique**. En effet, il existe **tout types d'adolescents**, avec un degré de **maturité variable**, qu'elle soit physique ou psychique. De plus, les médecins trouvent que durant cette période il y a une **différence entre les filles et les garçons** sur le plan de la présentation globale et des échanges avec eux. Par ailleurs, il est parfois difficile de savoir comment s'adresser aux jeunes. Il y a une **hésitation entre le « tu » et le « vous »**. Le « tu », habituel, est lié au suivi depuis l'enfance. Le « vous », est utilisé pour les positionner en tant qu'adulte.

Dans cette consultation particulière, il existe un vrai **trinôme médecin-adolescent-parent**. Au sein de cette relation, le médecin doit trouver sa place.

Les médecins disent être souvent **témoin du conflit entre l'adolescent et le parent**. Face à cette situation, ils se positionnent comme **médiateur**. Néanmoins, ils avouent volontiers se positionner comme **l'allié de l'adolescent**, de manière à garder la confiance du jeune. Pour l'amener à la confiance, les praticiens n'hésitent pas à **informer les adolescents de l'existence du secret médical et de leur assurer qu'il sera respecté**.

La demande est aussi particulière au cours de la consultation avec l'adolescent. Il y en a souvent **plusieurs** : le motif de consultation, mais parfois aussi le motif caché de l'adolescent, ou encore la demande du parent. De façon globale, les adolescents restent **des patients peu demandeurs**. Bien souvent, ils ne sont pas à l'origine de la demande de consultation, ou ils ne considèrent pas qu'il y ait un problème à régler.

La place du parent a été maintes et maintes fois évoquée au cours des entretiens. **Parfois**, il constitue **une aide utile**, en apportant des informations au soignant qui l'aide à prendre en charge le jeune. Mais le plus **souvent** il reste **un élément gênant** dans la relation médecin – adolescent. En effet, les parents ont tendance à être envahissants en consultation et à modifier le comportement du jeune. Lors qu'ils sont présents, les sujets intimes ne peuvent être abordés. Il est nécessaire de les faire sortir de la salle de consultation pour avoir un vrai et honnête entretien avec l'adolescent.

Les praticiens ont pu aussi évoquer **différentes stratégies** de prise en charge de l'adolescent. Parmi elles, on retrouve les tentatives pour **les mettre à l'aise, la démarche d'aborder les sujets délicats, l'emploi de l'humour, et l'utilisation de supports papiers ou numériques**. Quand ils sont dans une impasse, les généralistes n'hésitent pas à demander de l'aide à **d'autres professionnels de santé**.

Partie IV : DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Intérêt de l'étude

Les adolescents, adultes en devenir, composent la population active de demain. Leur santé est donc un enjeu majeur de santé publique. En 2012, la revue internationale *The Lancet* a publié plusieurs articles demandant de porter une attention toute particulière à la santé des adolescents et de mener des actions de prévention efficaces à leur intention (28).

Les médecins généralistes constituent l'infrastructure solide des soins primaires. Ils sont l'assurance de soins équitables et de qualité. Leur approche est globale et centrée sur le patient. Les problématiques de l'adolescence sont complexes, avec des aspects sociaux et émotionnels importants. La prise en charge des adolescents par les médecins généralistes semble donc particulièrement adaptée (17).

Pourtant, malgré un sentiment global de satisfaction des adolescents, l'étude des données de la littérature révèle qu'il existe de nombreuses barrières entre adolescents et médecins généralistes. Cette relation de soins nécessite donc d'être améliorée.

L'intérêt de cette étude est d'approfondir les connaissances sur la relation entre adolescents et médecins généralistes. A terme, elle pourra peut-être aider les praticiens à les prendre en charge et ainsi améliorer leur santé.

La force de cette étude est qu'elle est menée conjointement sur les adolescents et les médecins généralistes, permettant ainsi de comparer leur vision sur une même problématique.

1.2 Analyse du matériel et de la méthode

1.2.1 Le choix de la recherche qualitative

La recherche qualitative consiste à recueillir des données et à les analyser. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer objectivement. Puisqu'il s'agissait d'étudier les différents aspects d'une relation de soin, cette méthode semblait donc celle de choix.

Cependant la recherche qualitative ne génère pas de données statistiques et ses résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à l'ensemble de la population. Ils peuvent néanmoins aider à

comprendre les résultats d'enquêtes quantitatives menées dans le passé ou encore permettre la réalisation de questionnaires plus pertinents pour des projets de recherche futurs.

1.2.2 La population d'étude

Il existe forcément un biais de sélection puisque la population d'étude n'a pas été recrutée pour être représentative de la population générale. De plus, le recrutement des participants se faisant sur la base du volontariat, il est facile d'admettre que les médecins et les adolescents ayant participé à l'étude étaient intéressés par le sujet de la recherche. Cette étude n'a donc pas exploré les représentations des adolescents et des médecins qui ne se portaient pas d'intérêt mutuellement (les adolescents à leur médecin généraliste et les médecins aux adolescents).

1.2.2.1 Les médecins

L'échantillon choisi était bien diversifié (cf. Tableaux 1 et 3). Beaucoup de médecins se situaient aux extrêmes de leur vie familiale et professionnelle : installation récente et sans enfants ou à l'opposé, proche de leur retraite avec des enfants déjà indépendants. Il a été difficile de trouver des médecins en milieu de carrière avec des enfants en bas âge ou adolescents.

1.2.2.2 Les adolescents

L'échantillon choisi était diversifié sur l'âge et la composition de la cellule familiale, mais malheureusement pas assez sur le genre puisque le sexe ratio H/F est à 3/17.

Cela est lié à des difficultés de recrutement d'adolescents masculins. Les investigatrices ont moins eu l'occasion d'en rencontrer en consultation, donc de leur proposer de participer à l'étude. Ils étaient aussi plus réticents et beaucoup d'entre eux n'ont pas voulu réaliser l'entretien au final. Les chercheuses n'ont pas insisté auprès d'eux, car il n'était pas question d'appliquer une quelconque contrainte aux participants. Il y a donc un biais de sélection important, même si le but de l'échantillon n'était pas d'être représentatif de la population étudiée. Cependant, cela reflète une réalité puisque dans la littérature il a été montré que les jeunes filles consultent plus que les jeunes garçons (7).

1.2.3 La méthode d'enregistrement

Les entretiens n'ont pas été filmés mais simplement enregistrés via un dictaphone. Les données non verbales ont donc été mémorisées par l'investigatrice. Tous les entretiens n'ont

pas pu être retranscrits immédiatement et des données non verbales ont été perdues par défaut de mémorisation. Certaines ont néanmoins pu être récupérées via l'enregistrement audio (intonation de voix, bruit d'éventuels mouvements et de fonds). Au final, cette perte de données non verbales est minime par rapport à l'ensemble des données recueillies.

1.2.4 Les entretiens

1.2.4.1 Technique d'entretien

Les chercheuses étant novices, elles ont pu interroger les participants d'une manière pouvant influencer leur discours (réaction aux réponses, ton de voix, attitude). Au fur et à mesure des entretiens, la technique des investigatrices s'est améliorée. Malgré tout, ce manque d'expérience est à signaler car il peut altérer la qualité de l'étude.

L'analyse des données ayant été concomitante à la réalisation des entretiens, il est possible que les investigatrices aient influencé l'interviewé (reformulation orientée, insistance sur certaines questions), afin d'obtenir des données allant dans le sens qu'elles souhaitaient.

1.2.4.2 Le rapport à l'investigateur

L'entretien étant réalisé par un jeune confrère, les médecins ont pu modifier de façon inconsciente leur réponse aux questions, par peur de se sentir jugés. D'ailleurs, certains d'entre eux ont ressenti le besoin de justifier la manière dont ils abordent les adolescents. Parmi les médecins interrogés, six faisaient partie des connaissances personnelles des investigatrices ce qui a pu exacerber l'envie inconsciente de « bien faire ».

Il est aussi possible qu'un effet « bonne réponse » se soit glissé dans les entretiens d'adolescents. Les jeunes ayant peut-être l'impression d'être évalués ou jugés au cours des discussions. Le fait que l'adolescent ait déjà rencontré l'investigatrice avant la réalisation de l'entretien a pu l'aider à être plus à l'aise.

Lors des entretiens, les investigatrices ont essayé de mettre à l'aise l'adolescent en tentant de mettre de côté leur étiquette de médecin (attitude décontractée, tutoiement, sourire...). Malgré tout, l'adolescent a pu percevoir l'intervieweur comme un adulte, plus proche de son parent que de lui même, ce qui a pu entraîner une gêne et une retenue.

1.2.4.3 Entretiens médecins

Les chercheuses n'ont pas perçu de difficultés à s'exprimer de la part des médecins. Les entretiens se sont déroulés de façon fluide, les questions étant facilement comprises et les

questions de relance adaptées. Les conditions de réalisation des entretiens étaient relativement bonnes : en tête à tête, dans un endroit calme. Certains d'entre eux ont été interrompus par la sonnerie du téléphone ou par un tiers frappant à la porte. Cela a pu perturber le fil des pensées du médecin interrogé. De plus, l'état d'esprit du médecin au moment de l'entretien a pu influencer ses réponses et sa concentration au cours de ce dernier.

Dans l'entretien 1C, 5C et 8C, les médecins interrogés ont dévié du sujet à plusieurs reprises et il a été difficile pour l'investigatrice de recentrer la discussion sur la relation médecin – adolescents. Beaucoup de données de ces entretiens sont peu exploitables. Dans l'entretien 2C, un problème d'enregistrement a conduit à la perte de 20 minutes d'entretien environ. Les questions ont donc été reprises une deuxième fois. Il y a donc eu une perte de données. Celle-ci fut modeste car le médecin interrogé s'est remémoré facilement ses réponses, et l'investigatrice a pu le relancer grâce à ses propres souvenirs. Enfin, 15 minutes de l'entretien 10C ont été réalisés en présence de la collaboratrice du médecin ce qui a pu modifier les réponses de l'informateur pendant cette période.

1.2.4.4 Entretiens adolescents

Malgré leurs efforts pour les mettre à l'aise, les chercheuses ont pu percevoir de la timidité chez certains adolescents. Les investigatrices étant des jeunes femmes, il est possible que les adolescents, et en particulier les adolescentes aient tout de même été plus à l'aise qu'avec quelqu'un de plus âgé et de sexe masculin (notion retrouvée dans l'analyse des données). Cette gêne éprouvée peut être à l'origine d'une perte de données mais elle est aussi le reflet du ressenti de l'adolescent face à un médecin (notion elle aussi retrouvée dans l'analyse des données).

1.2.4.5 Lieu d'entretien

Que ce soit à leur domicile ou à leur cabinet, les médecins semblaient à l'aise.

Pour les adolescents, la réalisation de l'entretien au cabinet médical a pu renforcer la position d'autorité de l'intervieweur évoquée plus haut.

1.3 Validité de l'étude

1.3.1 Validité interne

Les observations effectuées au cours de l'étude paraissent bien en rapport avec ce qui peut être constaté au quotidien. Les investigatrices ont pu observer des données fidèles à la réalité. Les propos recueillis et les données codées semblent crédibles.

1.3.1.1 **Triangulation des données**

Dans un premier temps, chaque entretien a été codé de manière indépendante par chacun des investigatrices. Puis, une mise en commun a été réalisée afin de comparer les analyses de chacun d'entre eux. Cette triangulation des données limite le biais d'interprétation. Cependant, les données recueillies étant principalement centrées sur le ressenti, il existe forcément une part de subjectivité dans l'analyse des données et leur interprétation.

1.3.1.2 **Nombre d'entretiens et saturation des données**

La taille adéquate d'un échantillon est celle qui permet d'atteindre la saturation « théorique ». Cette dernière est atteinte lorsqu'au cours de la collecte et de l'analyse des données, on ne trouve pas d'information supplémentaire capable d'enrichir la théorie (29). Mais on ne peut jamais avoir la certitude qu'il n'existe plus d'information capable d'enrichir la théorie. D'après Guest and al. (30), la saturation théorique serait atteinte après une douzaine d'entretiens. Des travaux antérieurs, notamment celui de Griffin et Hauser (31) montrent que le nombre d'informations additionnelles décroît avec le nombre de personnes interrogées selon une loi Bêta-binomiale. D'après elle, avec 20 entretiens, il est possible d'obtenir 90 % des informations collectées avec 30 entretiens. Griffin et Hauser estiment qu'avec 30 entretiens on peut obtenir 90 % des informations totales qu'il est possible de collecter.

Les investigatrices ont atteint la saturation « empirique » de l'étude. Elles ont jugé que les derniers entretiens réalisés n'ont pas apporté d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier la poursuite de l'investigation (32). Cette saturation empirique a été atteinte plus rapidement pour les adolescents (autour de 14 entretiens) que pour les médecins (autour de 16 entretiens). Néanmoins, les investigatrices ont souhaité avoir un nombre d'entretiens adolescents / médecins équivalents, elles ont donc poursuivi les investigations jusqu'à réaliser au total 40 entretiens (20 entretiens médecins et 20 entretiens adolescents). Ce nombre constitue une base solide en termes d'informations collectées.

1.3.2 Validité externe

Cf. Discussion des résultats et comparaison à la littérature.

2. Discussion des résultats et comparaison à la littérature

2.1 Accessibilité / Disponibilité

2.1.1 Les consultations

De façon assez unanime, médecins et adolescents interrogés ont le sentiment qu'ils n'ont **pas beaucoup d'occasions d'échanger**. Pourtant, des études récentes montrent que **ces occasions existent**. En France, en 2010, 75,8% des 15 - 19 ans, ont consulté leur médecin dans l'année. Ils sont aussi les plus nombreux à effectuer une visite de prévention annuelle chez leur médecin généraliste (7). En 2013, l'INSERM retrouve qu'ils sont 68,7% à avoir consulté un médecin dans le mois ou la semaine précédant l'enquête. Dans d'autres pays d'Europe, en Norvège (33), ou encore en Angleterre (17), nous avons retrouvé que les adolescents consultent régulièrement leur médecin généraliste.

De plus, une autre étude (34) sur le dépistage du mal être chez les adolescents par les généralistes a montré que **les plus à risque d'entre eux** (conduites à risque, dépression) **consultent plus fréquemment**, mais pas forcément pour ce motif. Les adolescents en difficultés ont donc l'occasion d'être vus dans les cabinets de médecine générale.

Certains généralistes trouvent que les **consultations** avec les adolescents sont **longues**. Pourtant, la littérature fait le constat inverse. En 2001, en Angleterre, une étude menée sur plus de mille adolescents a montré que pour 33% d'entre eux, le temps de consultation était de moins de 5 minutes et que pour 58% d'autres, il était inférieur à 10 minutes (23). C'est aussi le cas en France avec un écart de 2 minutes avec la moyenne de référence qui est de 15 minutes (35). Néanmoins, les modes d'exercice britannique et français ne sont pas similaires, cette réflexion peut donc être nuancée.

Nous nous sommes interrogées sur le pourquoi de ces impressions.

2.1.2 Visions sur l'adolescence

Le **sentiment** des médecins de l'étude **sur l'adolescence** est assez **négatif** : ce serait une période de souffrance, de mal être, de bouleversements, de conduites à risques, de vulnérabilité, de déni de la maladie, d'opposition, de complexes. Face à ce temps qu'ils estiment particulièrement « à risque », les praticiens se sentent obligés d'aborder un grand

nombre de sujets : sexualité, consommation de toxiques, santé mentale... Cette **nécessité d'être plus vigilants** peut conduire au sentiment d'avoir besoin de voir plus longtemps ou plus régulièrement les adolescents en consultation. Même si des données de la littérature corroborent cette vision, d'autres montrent que les médecins généralistes ont tendance à avoir **une vision trop pessimiste des adolescents** (23)(36)(37). Ce sentiment est partagé par tous les adultes de manière générale, même s'il a tendance à s'améliorer (38).

Les adolescents de leur côté ont une vision nuancée de cette période. A la question « *Pensez-vous que cela soit facile pour un médecin généraliste de suivre un adolescent ?* », aucun des adolescents n'a répondu par l'affirmative. Pour justifier leur réponse, ils ont surtout évoqué des **difficultés d'expression**, rendant difficile le dialogue avec leur médecin généraliste. Certains ont évoqué les termes de « crise » ou de « changements ». Pourtant, aucun d'eux ne s'est senti vraiment concerné par les conduites à risques, ni par une situation de conflit avec leurs parents. La majorité d'entre eux se sentaient bien dans leur peau. D'ailleurs, en France, 90% des adolescents **se considèrent en bonne ou excellente santé** (39)(40).

Les généralistes ont aussi remarqué que les adolescents semblent **avoir besoin de temps pour se sentir à l'aise** et suffisamment en confiance pour s'exprimer. Cette attitude peut aussi renforcer le besoin de voir l'adolescent plus fréquemment.

2.1.3 Temps, charge de travail et disponibilité

Il est possible que les médecins qui trouvent que les adolescents leurs « prennent du temps » aient une **charge de travail élevée** ou des **temps de consultations courts**. C'est une des conclusions de l'étude norvégienne d'Hetlevik (33) qui fait le lien entre le nombre d'adolescents consultant un cabinet et la taille de sa patientèle. Certains médecins de notre étude ont d'ailleurs évoqué qu'une charge de travail importante est un frein à prendre plus de temps avec les adolescents.

Le **problème du temps** en consultation de médecine générale a déjà été évoqué dans une étude qualitative de 2012 (41). Comme dans notre étude, les médecins n'étaient pas tous du même avis. Pour certains, le manque de temps a pu être un frein au suivi des adolescents, pour d'autres, il n'était pas vécu comme une contrainte.

Les généralistes disent s'efforcer de **se rendre disponible** pour les jeunes : à la fois dans leur discours (en proposant aux adolescents de revenir les voir, en se positionnant comme

interlocuteur à l'écoute) ; mais aussi dans leurs actes (par exemple en leur donnant leur mail, leur numéro de téléphone).

2.1.4 Accessibilité

L'**accessibilité** est nécessaire pour suivre les adolescents, c'est ce qu'ils ont pu exprimer dans notre étude. Certains ont pu déclarer le besoin d'avoir accès à leur médecin facilement. Dans la littérature, l'accessibilité est l'un des critères nécessaires au suivi des adolescents (42).

Des **délais importants pour obtenir un rendez vous ou des plages de consultations peu adaptées au rythme scolaire** ont été évoqué comme des difficultés par les adolescents de l'étude comme dans la littérature (23)(43)(44). Le fait d'attendre longtemps en salle d'attente était aussi mal vécu par les adolescents mais plus par ennui que par sentiment de malaise.

Les problèmes liés à l'interaction avec le secrétariat médical (nécessité d'explicitier le motif de consultation, sentiment d'être jugé en tant qu'élément perturbateur), retrouvé dans la littérature (23), ne sont pas apparus dans notre travail.

Comme dans la littérature (44), quelques adolescents interviewés ont aussi fait remarquer que l'accès au médecin était limité par le problème du **règlement de la consultation**. Certains médecins ont également évoqué ce frein, en proposant la mise en place d'un tiers payant intégral pour y remédier.

La plupart des jeunes ont tout de même estimé « facile » de pouvoir consulter leur médecin généraliste, et ce, de part sa **proximité géographique immédiate**. La prise de rendez vous et le transport n'ont pas semblé leur poser de difficulté. Or, la majorité des adolescents de l'étude ont signalé que c'était un de leur parent qui avait pris le rendez vous ou les avait emmenés en consultation. Cette ambivalence entre facilité d'accès et dépendance aux parents a été retrouvée dans d'autres études (43).

2.1.5 « Référent santé »

Dans tous les cas, le médecin généraliste reste une évidence pour les adolescents qui ont besoin de consulter. Dans la littérature, **il est le praticien le plus souvent identifié comme source de soins primaires** (44). Il occupe « une place centrale dans l'observation, l'écoute, le repérage des situations de fragilité des jeunes, les conseils de prévention, le suivi des malades » (7).

Du côté des médecins, même si beaucoup souhaitaient être un interlocuteur privilégié pour l'adolescent, ils n'étaient pas convaincus que les jeunes les considéraient comme tel. D'ailleurs, certains d'entre eux ont exprimé le sentiment que les adolescents n'avaient pas vraiment envie d'être aidés, qu'il n'y avait pas de demande de leur part. D'autres avaient même l'impression qu'ils étaient plus le recours des parents en difficultés, que celui des adolescents.

2.2 Confiance

2.2.1 Satisfaction

Le degré de satisfaction des patients peut constituer un outil pour évaluer la qualité du système de soins. Dans notre étude, les adolescents ont semblé largement satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin. Ceci est confirmé par l'analyse de la littérature (14)(23)(36)(37)(45).

Le sentiment de satisfaction d'un patient est fortement lié à la confiance qu'il témoigne à son médecin (36)(46)(47). La qualité de la relation de soins est beaucoup plus importante pour lui que l'aménagement du cabinet, le délai de rendez vous ou le temps d'attente avant une consultation (48).

Dans leur relation aux autres, les adolescents sont entiers, et les secondes chances sont rares. En effet, lorsqu'ils sont mis à l'aise dès le départ, une relation de confiance et une fidélité peuvent s'établir. A l'inverse, **un sentiment d'insatisfaction en lien avec une mauvaise expérience peut rapidement conduire à une attitude de rejet**. Il est donc d'autant plus nécessaire de « bien faire » avec cette population (45).

La **capacité à mettre à l'aise** l'adolescent est sans aucun doute le critère le plus important pour assurer leur suivi. Dans notre étude, les jeunes se sont dit le plus souvent à l'aise avec leur médecin, signe encourageant leur suivi par le généraliste. De leur côté, les médecins interrogés ont reconnu que mettre à l'aise l'adolescent était un objectif en soi.

Dans notre étude, plusieurs éléments ont semblé mettre en confiance les adolescents : ceux-ci seront détaillés dans les paragraphes suivants.

2.2.2 Connaissance et suivi

L'ancienneté du suivi peut jouer. Tous les adolescents ont exprimé spontanément le fait d'être à l'aise avec un médecin « qu'ils connaissent bien » ou du moins, qu'ils avaient déjà rencontré. Cet élément est aussi abordé dans d'autres études (40)(46)(49)(50), et notamment celle de Klein and al. (43). Les adolescents y expliquent ce qui les incite ou non à consulter leur médecin généraliste. Pour eux, avoir un médecin qu'ils connaissent ou du moins qui essaie de construire une relation avec eux les met plus à l'aise et facilite leur expression. Une étude française de 2016 (51), explore les facteurs associés à la loyauté envers un médecin. Dans celle-ci, la durée du suivi est considérée comme une force du médecin généraliste. Chaque consultation lui permet de renforcer le lien de confiance avec le patient. La connaissance de l'histoire médicale et intime du patient lui permet de le comprendre, de s'adapter et de mieux le soigner.

2.2.3 Attitude, tutoiement et utilisation de l'humour

Dans notre enquête, cette connaissance était loin d'être suffisante pour gagner la confiance des adolescents. **L'attitude du médecin face à eux** semblait compter davantage. Un **accueil chaleureux** et une **expression souriante** pouvaient rapidement briser la glace.

Le tutoiement était largement préféré par les adolescents. D'après eux, il diminuait la distance avec le praticien et les mettait à l'aise. De plus, le passage brutal du « tu » au « vous » était source d'incompréhension pour les jeunes qui ne voyaient pas ce qui avait changé dans leur relation au médecin. Lorsqu'il était utilisé, le vouvoiement représentait le statut d'adulte et leur donnait des responsabilités qu'ils n'étaient pas toujours prêts à endosser.

Chez les médecins, **l'hésitation entre le « tu » et le « vous »** est une notion qui est revenue fréquemment au cours des entretiens. Plusieurs explications étaient données. D'abord, la grande variété de maturité, qu'elle soit physique ou psychologique était évoquée. Elle rendait difficile pour les praticiens interrogés de placer un curseur entre le statut d'enfant ou d'adulte, l'adolescent se situant quelque part entre les deux. Toutes les attitudes ont été décrites selon la situation qui se présentait. Certains ont aussi expliqué que l'utilisation du « vous » était une manière de responsabiliser l'adolescent quand il pouvait avoir une attitude déplacée ou enfantine. D'autres ont expliqué ne pas pouvoir vouvoyer un patient qu'ils avaient vu grandir et qu'ils avaient toujours tutoyé. Cette notion est peu retrouvée dans la littérature internationale car il n'y a pas de différence entre le « tu » et le « vous » dans la langue anglaise. En France, dans une étude quantitative menée sur 1128 adolescents de 11 à 17 ans

dans la région de Nantes en 2009 (52), 82% d'entre eux préféraient le tutoiement. Le souhait d'être vouvoyé grandissait avec leur âge. Il n'y avait pas de lien avec la durée du suivi par le médecin.

L'utilisation de l'humour pouvait participer à « briser la glace », ce que les praticiens de l'étude avaient bien identifié. Dans une étude sur la place de l'humour dans la consultation de médecine générale (53), il était perçu comme bénéfique à condition qu'il soit « bienveillant » et « délicat », réservé à des situations émotionnelles légères. L'humour devait être « adapté » au patient, à sa personnalité, à sa culture, et seulement après avoir eu un premier contact. Il semblait être bienfaisant dans les rapports avec l'enfant.

2.2.4 Qualités relationnelles

Les qualités humaines et relationnelles (l'attention, l'écoute, l'empathie, l'absence de jugement) étaient encore plus importantes aux yeux des jeunes de l'étude. Ils ressentaient le besoin que les praticiens s'intéressent « vraiment » à eux. Ils ne sont pas les seuls, puisque d'autres études retrouvent les mêmes résultats (40)(44)(46)(54).

Une étude quantitative menée sur 1078 patients au Royaume Uni (55), montre que la communication, l'attention mutuelle et la connaissance du patient sont les facteurs les plus fortement associés au sentiment de confiance. Plus récemment, en 2016, une étude qualitative menée sur 28 patients en France (51) montre que la confiance du patient pouvait être renforcée par la capacité d'écoute, l'attention portée au patient et la qualité des soins. Une autre étude retrouve les notions d'honnêteté et de fiabilité (34).

2.2.5 Âge et genre

Dans notre étude, **l'âge et le sexe du praticien** pouvaient aussi jouer dans le sentiment de bien être de l'adolescent au cours de la consultation. Comme dans la littérature (14)(23)(33)(40)(46)(56), les jeunes filles interrogées ont toutes exprimé un sentiment de malaise lors d'une consultation avec un médecin généraliste homme, notamment lors de l'examen clinique. De plus, elles les estimaient moins aptes à comprendre ce qu'elles ressentaient et elles avaient plus de mal à leur confier leurs problèmes car « ils n'[étaient] pas passés par là ». Le faible nombre d'adolescents masculins interrogés dans cette étude ne nous permet pas de commenter mais aucun d'eux n'a exprimé de préférence sur le genre. Dans l'étude de Klein and al. citée plus haut (43), les participants masculins n'avaient pas de

préférence quant au genre du médecin. Par ailleurs, plusieurs adolescents ont déclaré être plus à l'aise avec un médecin jeune, ce qui a déjà été rapporté dans la littérature (33).

De leur côté, les médecins ont aussi eu le sentiment que leur âge et leur genre pouvaient modifier l'attitude des adolescents vis-à-vis d'eux. Les généralistes femmes sentaient les jeunes filles plus à l'aise avec elles que les généralistes hommes.

2.2.6 « *Médecin de famille* »

Le fait que le praticien soit un « **médecin de famille** », c'est-à-dire qu'il suive d'autres membres de la famille de l'adolescent, était à la fois un élément de mise en confiance et de doutes.

Il pouvait favoriser la confiance de l'adolescent de deux manières. La **connaissance du « contexte familial »** de l'adolescent, lui permettait de se sentir mieux compris, sans avoir à l'expliquer lui-même. D'autre part, le **sentiment de confiance familiale** pouvait rassurer l'adolescent sur la qualité du médecin. Les généralistes interrogés ont souligné les mêmes atouts de cette relation au long cours.

Cependant, cette proximité familiale pouvait aussi favoriser le doute quant au respect de la confidentialité. En effet, les adolescents estimaient que le **risque de rompre le secret** était plus important lorsqu'ils partageaient le même médecin que leur parent. D'ailleurs, les médecins de l'étude ont bien identifié ce doute puisque cette crainte a été un des freins les plus évoqués lors de leur entretien.

2.2.7 *Compétence*

Enfin, le **compétence du praticien** est un facteur favorisant la confiance de l'adolescent (46). Pour eux, un « bon » docteur, est quelqu'un qui les soigne « bien ». Autrement dit, qui trouve rapidement le problème et le règle de façon efficace.

En 2005, Klosterman and al. publient les résultats d'une étude qualitative menée sur des adolescents dont l'objectif était d'explorer leur vision de la confiance qu'ils pouvaient porter à leur médecin (54). La fidélité (respecter et prendre soin), la confidentialité, la compétence (être professionnel, ne pas faire d'erreur, être efficace), l'honnêteté ainsi qu'une relation amicale et un sentiment de bien être ont été retrouvées. Toutes ces notions ont aussi été rapportées par les adolescents de notre étude.

2.2.8 S'adapter, les respecter, les traiter en adulte

Du côté des généralistes, en plus de celle citées par les adolescents, c'est la **nécessité de s'adapter à l'adolescent** qui était au premier plan. Pour eux, chaque situation, chaque consultation est unique. Il n'y a pas de « règle d'or » pour prendre en charge l'adolescent.

Par ailleurs, la majorité des médecins a insisté sur l'importance de **respecter les adolescents, de les traiter « comme des adultes »**, même s'ils ne les considéraient pas encore tout à fait comme tels. Il est effectivement important pour les adolescents de notre étude comme pour d'autres, d'être traités comme des adultes sur certains points : ne pas leur cacher de choses qui peuvent les concerner, s'adresser directement à eux en consultation, prendre en compte leur avis... (40)(46).

Paradoxalement, ils étaient contradictoires par rapport à ce besoin : ils n'aimaient pas être vouvoyés, se sentaient rassurés par leur parent en consultation, et considéraient même parfois la carte vitale comme une responsabilité qu'ils n'avaient pas demandée. Ce **paradoxe entre besoin d'autonomie et refus des responsabilités** a déjà été évoqué par d'autres adolescents (38).

2.3 Intimité / Confidentialité

Dans une étude qualitative de 2010, de Britto and al. (57) retrouvent que les adolescents attachent de la valeur à tous les aspects de « l'intimité » des soins de santé. La confidentialité de l'information est primordiale, mais la vie privée psychologique, sociale et physique influence également sur l'expérience des adolescents en matière de soins et sur leur capacité à y participer. Le constat est le même dans notre étude.

2.3.1 Secret médical

Dans notre étude, les adolescents ont évoqué la peur que le **secret médical** soit violé, notamment avec leurs parents. Le médecin généraliste n'est en effet pas considéré comme une source de soins confidentiels (9). Pourtant, l'assurance que le secret médical soit respecté est une des conditions pour que le jeune puisse se confier librement, notamment sur des sujets sensibles. En 2005, deux études qualitatives (54)(58), menées sur des adolescents réaffirment que confidentialité et confiance de l'adolescent sont indissociables. Cette crainte constitue donc une barrière dans la relation médecin - adolescent.

Pour les adolescents de notre étude, l'importance du secret médical variait en fonction du sujet de consultation. Certains estimaient que le secret médical n'avait pas nécessairement besoin d'être respecté s'il s'agissait d'un problème de santé bénin. Ces notions sur la confidentialité sont largement retrouvées dans la littérature (14)(34)(46)(56)(59)(60).

De façon assez générale, plus les adolescents interrogés étaient jeunes, plus il leur semblait important et même évident que les informations qui les concernaient devaient être partagées avec leurs parents. A l'inverse, les adolescents plus âgés préféraient que le secret soit gardé de façon plus stricte. En 2010, une étude qualitative par *focus group* sur la notion de confidentialité perçue par les adolescents a fait la même constatation. La plupart des adolescents interviewés estimaient de toute façon « ne rien avoir à cacher » à leur parent.

Les généralistes, quant à eux, ont tout à fait conscience de l'importance de rappeler l'existence du secret médical aux adolescents, et bien sûr de le respecter. La littérature insiste aussi sur ce point (61). D'ailleurs, lorsqu'ils prennent le temps de rappeler les principes de la confidentialité aux adolescents, ces derniers consultent plus facilement seuls (62).

2.3.2 Pudeur

Une autre idée forte ressortie de nos entretiens avec les adolescents est la notion de **pudeur**, qu'elle soit **physique ou psychologique**. Elle est bien souvent à l'origine des **sentiments de gêne ou de malaise** qui peuvent inhiber leur expression en consultation. Ce sentiment d'embarras est retrouvé dans de nombreuses études (40)(43)(45)(63). Il se traduit par des **difficultés d'expression** en consultation, ainsi qu'un **sentiment d'inconfort lors de l'examen physique**, notamment chez les filles.

2.3.3 Difficultés d'expression

Dans notre étude, médecins et adolescents se rejoignent sur un point : les adolescents **ont du mal à s'exprimer** en consultation.

Cette constatation n'est pas aussi marquée dans la littérature : dans une étude publiée en 2010 par Binder et al. (36), il est retrouvé que la majorité des jeunes n'ont pas d'importantes difficultés à s'exprimer en consultation et qu'ils ont pu aborder les soucis qui différaient du motif de consultation initial. Cependant seulement 51% des jeunes de l'étude s'étaient exprimés sur ce point.

Nous avons pu retrouver plusieurs origines à ces difficultés d'expression.

Tout d'abord, elles semblent **inhérentes à la période de l'adolescence**. Les adolescents ont des problèmes de communication, surtout avec les adultes (64). Tous les participants de notre travail ont exprimé qu'un certain temps était nécessaire à l'adolescent afin de pouvoir se confier pleinement. A une période où les rapports aux autres changent, une consultation annuelle ne semble pas suffisante pour mettre à l'aise l'adolescent. Dans la littérature (63), il a été mis en évidence que plus l'adolescent consultait, plus les échanges étaient faciles. Il semble donc pertinent d'encourager ces rencontres.

En second lieu, lorsque les adolescents éprouvent des **difficultés à parler d'eux**, ils se cachent derrière des plaintes somatiques et espèrent que ce soit l'adulte qui prenne l'initiative de poser les questions (34). Médecins et adolescents de notre travail ont d'ailleurs fait remarquer qu'il était important que la démarche d'aborder les sujets de discussion, délicats ou non, viennent des praticiens. Une étude récente retrouve la même notion (44).

Enfin, dans une étude de Churchill, parue en 2017 (65), il est décrit que la gêne de l'adolescent peut également être liée à la **peur de ne pas être pris au sérieux** par son médecin traitant.

La majorité des médecins interrogés ont exprimé la **peur d'être trop intrusifs**. Ils craignaient qu'en abordant des sujets très intimes, comme l'orientation sexuelle par exemple, l'adolescent se sente agressé et se renferme d'autant plus. Il en est de même avec les conduites à risques. Certains adolescents ne se sentent pas concernés, et le médecin a parfois peur de surprendre voire de blesser l'adolescent en abordant ces questions. Malheureusement, plus le médecin est dans la retenue au cours de l'échange avec le jeune, moins ce dernier s'exprimera (66).

Enfin, cette attitude peu loquace peut aussi venir du fait que **l'adolescent n'a pas de demande à exprimer**. Les parents sont souvent à l'origine de la consultation (61) et des requêtes formulées au cours de celle-ci. Les médecins de notre étude partageaient l'idée que bien souvent l'adolescent n'a pas envie d'être là. Quant aux adolescents, ils ont souvent exprimé qu'ils auraient préféré attendre que le « problème passe tout seul », plutôt que de venir consulter. Un autre travail confirme nos données (43).

2.3.4 *Sujets sensibles*

Dans notre étude, **les sujets considérés comme « sensibles » ou « intimes » étaient variables d'un adolescent à l'autre**. Parmi eux, la sexualité et la vie amoureuse étaient assez unanimement considérées comme des sujets embarrassants. Les avis étaient moins tranchés sur la consommation de toxiques et la contraception. Ce désaccord a été retrouvé dans un autre travail (43).

Les avis étaient aussi divergents sur le fait qu'il soit justifié ou non pour le médecin d'aborder ces sujets en consultation (43). Dans une étude australienne (44) ayant interrogée 117 adolescents, 86% d'entre eux ont déclaré avoir envie de parler de problèmes mentaux, de santé sexuelle et d'abus de substances avec leur médecin généraliste. Le même constat est fait dans une étude de P Binder et al. de 2010 (36). Pourtant, ces sujets sont peu abordés en consultation.

Comme expliqué précédemment, les jeunes préfèrent que les médecins prennent l'initiative d'aborder ces sujets mais ces derniers sont parfois réticents à le faire par peur d'être intrusifs. Ce n'est pas la seule raison qui ait été évoquée. **Certains sujets pouvaient embarrasser les médecins**, comme par exemple la question des pratiques sexuelles. Ils pouvaient aussi être gênés du fait de convictions personnelles. Être parent d'adolescents modifiait également leurs représentations.

Au fil des années ils ont aussi appris à connaître le jeune patient et l'ont vu grandir. Ils se sont fait une image de lui et **ont parfois des difficultés à être objectifs**. Ils n'arrivent pas à l'imaginer dans des conduites à risque.

Enfin, certains médecins de notre étude ont expliqué qu'ils évitaient parfois délibérément d'aborder des sujets sensibles par peur de ce qui pourrait en découler. Pour certains il s'agit de **prendre le risque d'ouvrir la « boîte de Pandore »**. Cette expression a d'ailleurs été retrouvée dans une étude anglaise de 2012 (41). Elle a aussi révélé que les médecins ont parfois du mal à trouver des spécialistes de la santé mentale à qui adresser les adolescents en détresse. Face à cette problématique difficile à gérer, ils se retrouvent souvent seuls. Il est donc parfois plus facile d'éviter la question.

2.3.5 Peur du jugement

Les adolescents que nous avons interrogés ont exprimé clairement la **peur d’être jugé, et ce d’autant plus**, par un médecin qu’ils estiment. Pour beaucoup d’adolescents, le médecin qui les suit depuis plusieurs années à une image parentale ou du moins d’adulte responsable. Il existe donc naturellement une peur de le décevoir pouvant pousser le jeune à ne pas « avouer » certaines conduites à son médecin.

Les adolescents nous ont aussi expliqués qu’ils n’osaient pas aborder certains sujets de peur d’être jugé négativement. Par exemple, si le médecin aborde le sujet du tabagisme, l’adolescent va se figurer que ce dernier lui pose la question parce qu’il pense qu’il fume ou qu’il pourrait fumer. Il aura l’impression que le médecin a une image négative de lui. Considérés comme une population « difficile » par les adultes, les adolescents peuvent se sentir victimes de préjugés. D’ailleurs, d’autres études retrouvent cette peur du jugement (34)(40)(46)(55).

Les médecins entendus lors de l’étude sont assez unanimes sur le fait que ces jeunes patients ont **besoin d’impartialité voire d’anonymat**. D’après eux, il serait plus facile pour un adolescent de consulter un médecin inconnu pour parler d’un sujet délicat plutôt que de venir consulter le médecin qui les suit depuis l’enfance. Il pourrait ainsi avoir sur lui un regard neuf et un avis neutre. Cet avis a pu être partagé par certains adolescents de l’étude. D’autres trouvaient au contraire que connaître le médecin facilitait les échanges sur ce genre de sujets. Nous n’avons pas retrouvé d’éléments sur ce besoin ou non d’anonymat dans la littérature.

2.3.6 Le rapport au corps

Comme cela a pu être retrouvé dans des investigations antérieures (40), **l’examen physique est souvent vécu péniblement par les adolescents**, et surtout par les jeunes filles (largement majoritaires dans notre étude). Nous avons cherché les raisons de ce sentiment.

Cette gêne peut être mise en lien avec le corps changeant de l’adolescent. Comme certains adolescents de notre étude le précisent, la puberté et les changements physiques qu’elle amène déstabilisent les jeunes. Ils ont besoin de temps pour s’approprier ce nouveau corps. Ils ne sont eux-mêmes pas toujours à l’aise avec ce dernier alors comment l’être devant le médecin qui leur demande de se déshabiller ? Les filles semblaient plus gênées que les garçons par l’étape de l’examen clinique. En effet, à cette période elles sont plus complexées et accordent davantage d’importance à l’image que renvoie leur corps. Nous pouvons nuancer ce propos en

rappelant que 9 adolescents sur 10 se sentent bien dans leur corps (67). Comme évoqué précédemment, les adolescentes ont clairement exprimé être plus à l'aise avec un médecin femme sans toujours pouvoir l'expliquer.

2.4 Connaissance du rôle du médecin généraliste

2.4.1 Prise en charge psychologique

Un des obstacles principaux à la prise en charge des adolescents par leur médecin généraliste est **la faible connaissance du rôle global** de ce dernier. Cette barrière a été citée par les médecins, mais elle est surtout apparue au premier plan dans les entretiens adolescents. Alors que chez eux les plaintes d'ordre « psychique » sont les plus courantes (39), ils ne considèrent pas leur médecin généraliste comme un recours. Ils estiment que celui-ci n'est pas concerné par les problèmes psychologiques, voire qu'il n'y est pas formé. Cette notion est retrouvée dans de nombreux travaux (9)(14)(36)(37)(56)(59)(60)(65)(68).

Jacobson and al. ont d'ailleurs constaté que les adolescents étaient mal informés par leur médecin traitant sur le rôle qu'il tenait dans leur suivi (14). Une étude australienne (44) a montré qu'une intervention consistant à expliquer le rôle du médecin généraliste dans les écoles, augmentait le taux de consultation des adolescents. Une autre étude (69) a démontré qu'envoyer un courrier aux adolescents expliquant le rôle de leur médecin avait eu le même effet. Il semble donc essentiel de mieux informer les adolescents sur le rôle de leur médecin généraliste si l'on souhaite qu'ils consultent davantage. Cependant, même si les adolescents consultaient plus, leur état de santé s'améliorerait-il pour autant ? Notre travail ne permet pas d'y répondre.

2.4.2 Confidences

D'après les adolescents de l'étude, le médecin généraliste n'est pas non plus là pour recevoir leurs confidences ou écouter leurs problèmes personnels. Son rôle serait plutôt de soigner, conseiller sur des problèmes de santé ou donner des informations médicales. Ce sentiment semble partagé par d'autres adolescents à travers le monde (7)(17)(34)(45)(60). Dans une étude menée sur 259 adolescents américains de 14 et 19 ans, seuls 6% d'entre eux pensaient que le médecin généraliste pouvait les conseiller en cas de problèmes personnels (9). Comme dans d'autres études (34)(60), c'est la famille, et notamment la mère (pour les plus jeunes), ainsi que les amis (pour les plus âgés) qui sont choisis comme confidentes par les adolescents.

2.4.3 Prise d'autonomie

Du côté des médecins, le rôle qu'ils pensent avoir auprès des adolescents est plus nuancé. En dehors de leur fonction de soignant toujours au premier plan, la notion **d'accompagnement dans la prise d'autonomie des adolescents** a aussi été évoquée. Par différentes techniques verbales ou non verbales, ils essaient à la fois **d'ouvrir les yeux aux parents** sur les transformations physiques et psychiques de leur enfant, mais aussi de **responsabiliser et d'autonomiser petit à petit l'adolescent**. Aucune étude n'a été publiée sur ce sujet.

2.5 Le vécu des médecins

Les médecins de notre étude ont exprimé un **sentiment de difficulté variable** face à l'adolescent. Certains considèrent les adolescents comme des patients « lambda », d'autres ne se sont même jamais interrogés sur la spécificité de l'adolescent en médecine générale. Pour d'autres au contraire, les adolescents représentent une population bien à part, avec ses spécificités, qui est parfois **difficile à prendre en charge**.

2.5.1 Difficultés à être neutre

La difficulté à rester neutre est un thème qui a émergé rapidement au cours des entretiens médecins. Elle a pu être évoquée de différentes manières.

Le médecin qui suit l'adolescent depuis l'enfance a une relation particulière avec lui. De ce fait, **il ne repère pas toujours le passage entre l'enfance et l'adolescence**. Il l'inscrit comme une continuité sans rupture.

Les médecins interrogés nous ont également expliqués qu'ils doivent faire attention à ne pas être trop complices avec l'adolescent. Leur proximité particulière peut leurs faire perdre l'objectivité qui est nécessaire à une bonne prise en charge. Il existerait une limite à ne pas franchir.

De par son expérience personnelle de parent, le médecin peut également avoir une **image parentale forte**. Les médecins interrogés qui avaient eux-mêmes des adolescents dans leur entourage l'ont fait remarquer. Il était difficile pour eux de s'imaginer une jeune fille s'interrogeant sur les pratiques sexuelles ou les drogues alors qu'ils avaient parfois un enfant du même âge.

L'âge des médecins influence aussi leur sentiment face aux adolescents. Les jeunes médecins nous ont expliqués se sentir parfois **plus proches de l'adolescent que de son parent**. A

l'inverse, les médecins de plus de cinquante ans avaient le sentiment que plus ils vieillissaient et moins ils se sentaient proches des adolescents. Nous avons retrouvé peu d'éléments sur ces sujets dans nos lectures, car si le ressenti de l'adolescent a été beaucoup étudié, très peu d'études se sont intéressées au point de vue du médecin.

2.5.2 Difficultés liées à l'adolescent

La difficulté peut également être liée à l'attitude de l'adolescent. En effet, il est parfois difficile d'évaluer dans son comportement ce qui tient du « normal » ou du « pathologique ». Il peut s'agir d'une simple expression d'un malaise en consultation ou alors d'un véritable mal être.

Comme nous l'avons déjà évoqué, les généralistes ont aussi exprimé leurs difficultés à communiquer avec les adolescents. Ils trouvaient leur attitude parfois déroutante. Le stéréotype de l'adolescent renfermé, nonchalant, accroché à son téléphone portable a été décrit à plusieurs reprises. Une autre difficulté réside dans la diversité des situations rencontrées en consultation avec un adolescent, rendant difficile l'établissement d'une prise en charge universelle. Deux articles renforcent ces résultats (66)(70).

Ces difficultés peuvent avoir plusieurs conséquences : créer un sentiment de malaise pouvant conduire à avoir besoin de s'appuyer davantage sur les parents et raccourcir la durée de la consultation.

2.5.3 Différence entre filles et garçons

Les médecins de notre étude ont aussi constaté une **différence entre les adolescentes et les adolescents**. Ils avaient le sentiment qu'elles consultaient plus que leurs homologues masculins. Ce que nous avons ressenti lorsque nous avons recruté les adolescents de ce travail est confirmé dans la littérature (39)(45)(56). Les médecins avaient aussi l'impression que les filles étaient plus matures mais aussi plus préoccupées par leur santé. Au même âge, les jeunes filles sont plus avancées dans leur puberté et donc dans les transformations psychiques et relationnelles qui vont avec. Elles ont aussi une vision moins bonne de leur santé (7).

2.6 Le parent

2.6.1 Le trinôme

L'adolescence est une période où le jeune s'autonomise. Il se détache du modèle parental pour se forger sa propre identité. Les médecins de notre étude ont estimé qu'ils avaient un rôle à jouer dans cette responsabilisation et cette prise d'autonomie.

La majorité des adolescents consultent en présence d'un tiers et la plupart du temps il s'agit de la mère. C'est en tout cas les résultats d'une étude de P Binder, réalisée sur plus de 600 adolescents, qui montre que 64% des 12-20 ans sont accompagnés lors de la consultation (36). Même si la plupart du temps le motif de consultation est clair et bien défini, le médecin généraliste peut quelquefois être face à une situation plus complexe. Les médecins interrogés ont rapporté être bien souvent mis dans la position inconfortable de **témoin du conflit entre l'adolescent et son parent**. Le parent en difficulté se saisit parfois du médecin comme d'un appui pour asseoir son autorité sur l'adolescent. De façon plus générale, ils ont expliqué avoir un rôle de **médiateur** entre le jeune et son parent, à une période où leurs avis divergent beaucoup.

Entre recours pour le parent lors d'une consultation à trois ou aide à la prise d'autonomie via une consultation en tête-à-tête, les choses ne sont pas simples. Quelle place doit donner le médecin à ce parent ? Comment se positionne t-il lui même dans cette relation à trois ?

La position de médiateur a été décrite dans un article des archives de pédiatrie (71). Il y est expliqué que le rôle du médecin dans ce trinôme peut être d'harmoniser la relation du parent avec son enfant. Le médecin doit analyser les relations au sein de la famille pour pouvoir mieux les conseiller et répondre à leurs demandes mutuelles. C'est ce que les médecins de notre étude nous ont également expliqués. En revanche même s'ils sont conscients de la nécessité d'être impartial au sein de la consultation, les médecins nous ont volontiers avoué se positionner comme **l'allié du jeune**, afin de favoriser une relation de confiance avec lui.

2.6.2 Les demandes

Les médecins de l'étude ont constaté que plusieurs demandes pouvaient coexister au sein d'une seule consultation. Que l'initiative de celle-ci vienne de l'adolescent ou de son parent, les médecins généralistes ont rapporté devoir jongler entre les exigences de chacun.

Parmi elles, il y a la demande des parents : celle qui a conduit à la prise de rendez vous, mais aussi les autres inquiétudes comme le sommeil ou encore l'addiction aux écrans. Elles sont souvent évoquées en fin de consultation alors que les adolescents semblent n'avoir aucune envie d'en discuter. Il y a également la demande de l'adolescent, ou plutôt son absence de demande, puisque bien souvent il n'est pas à l'origine de la consultation. Toutes ces requêtes rendent difficile l'exercice du médecin qui doit composer avec les attentes de chacun afin de redessiner les contours de la consultation (71).

2.6.3 Les motifs cachés

Amenés par le parent, les médecins généralistes pourraient croire que les adolescents n'ont pas d'attente particulière. Mais lorsqu'ils sont vus seuls, les langues se délient et la demande se fait plus précise. Les sujets délicats sont alors plus facilement abordés.

Les praticiens nous ont rapporté devoir démasquer les motifs cachés : certains adolescents prétextent un problème de santé bénin pour consulter, mais ont une toute autre demande à formuler en réalité. Celle-ci est souvent « lâchée » en fin de consultation, une fois l'adolescent mis en confiance. Dans la littérature, nous avons en effet retrouvé que 17% des adolescents avaient d'autres inquiétudes que le motif de consultation initial (37). Une autre étude britannique plus ancienne appuie ces faits (5).

Pour les médecins généralistes, l'attitude non verbale de l'adolescent devrait aussi être analysée avec attention. Certains « signaux » pourraient révéler un éventuel mal être.

2.6.4 L'influence du parent

Médecins et adolescents se rejoignent pour dire que **le parent influence leur relation de soins.**

Nous avons pu constater que le médecin traitant est toujours choisi par le parent et que bien souvent il le soigne également. Si le parent entretient une relation de confiance avec son médecin, il aura plus de facilité à lui confier son enfant. De même, si un événement vient à briser cette confiance, le parent aura souvent tendance à éloigner son enfant du praticien incriminé. Si l'adolescent a un parent plutôt inquiet alors le médecin le verra probablement plus souvent en consultation. Certains parents vont avoir pour habitude d'emmener leur enfant une fois par an ou plus chez leur médecin pour une visite systématique alors que d'autres l'emmèneront seulement s'il y a un problème précis. Ces habitudes parentales

influencent donc forcément le suivi de l'adolescent au cabinet de médecine générale. Ces données peuvent être corroborées par d'autres travaux (43)(45)(72).

2.6.5 La place du parent en consultation

Les adolescents ont exprimé différents avis sur la **place de leurs parents en consultation**. Pour beaucoup, il leur était égal que le parent soit présent ou non, à partir du moment où « les sujets intimes n'étaient pas abordés ». Par contre, il leur semblait inconcevable de discuter de sexualité ou de conduites à risque s'il était là ; tout du moins de façon honnête.

D'autres, souvent plus âgés, préféreraient consulter seuls, satisfaits de cette nouvelle autonomie et se sentant plus libre de s'exprimer. Au contraire, quelques-uns, et notamment les plus jeunes filles, préféreraient être accompagnés (notamment de leur mère). Des raisons très diverses ont été évoquées pour justifier ce besoin d'accompagnement : la peur de blesser le parent en l'excluant du trinôme ou de le laisser penser qu'ils avaient des choses à cacher, la timidité, le besoin d'aide (comprendre les termes techniques, savoir comment prendre les médicaments) ou simplement une présence rassurante.

Une étude réalisée par P Binder et al. en 2010 (36) a montré que contrairement à ce qu'on pourrait penser, le tiers ne constitue pas une entrave à la discussion avec le médecin traitant. Il peut être une aide à l'expression de l'adolescent, parfois très intimidé face à son médecin. La présence du parent peut donc faciliter la parole de l'adolescent.

Mais que pense le médecin de la place du parent en consultation ? **Les avis divergent**. Certains pensent que le parent est un élément utile voire indispensable. Il est une source d'informations tant sur ce qui amène l'adolescent au cabinet que sur ce qu'il se passe dans la sphère familiale. Ces informations peuvent être essentielles face à un adolescent en difficulté. Le médecin généraliste, de par sa qualité de « médecin de famille », est souvent au fait d'éventuelles difficultés familiales et environnementales. Il a donc moins besoin des parents au sein de la consultation et a donc probablement plus de facilité à voir l'adolescent seul.

Pour d'autres, il est un élément gênant qui entrave la relation avec l'adolescent. Les médecins expliquent que certains parents sont envahissants et modifient le comportement de l'adolescent qui devient passif et hermétique à ce qui se passe autour de lui. Cette ambivalence sur la place du tiers dans la relation triangulaire avec le médecin et le patient a été décrite dans un article de B Fantino et al. (73) et aussi par C Peyrbrune (71).

En revanche, tous s'accordent pour dire que l'adolescent doit être vu seul à un moment donné car **l'intimité est plus facilement abordée en tête à tête**. D'ailleurs, aucun des médecins interrogés n'oseraient aborder ce sujet en présence du parent. Ces résultats sont confirmés par d'autres travaux (36)(43).

Enfin, une dernière remarque s'impose : l'adolescent ne semble pas au courant de son droit à pouvoir consulter seul. Deux adolescents ne semblaient pas au courant qu'ils avaient le droit de consulter seul après accord de leur parent, et la plupart des autres ne se posaient pas vraiment la question. Il semble donc nécessaire d'informer les adolescents sur cette possibilité.

2.7 Aides possibles

2.7.1 Visite systématique

Certains médecins de l'étude ont évoqué spontanément la possibilité d'organiser une visite systématique de prévention pour l'adolescent. Lorsqu'elle n'était pas évoquée spontanément, l'avis sur la question était variable. Le caractère obligatoire et imposé à l'adolescent pourrait la rendre infructueuse.

Nous n'avons pas exploré la vision des adolescents sur l'intérêt d'une visite systématique chez le médecin généraliste, mais dans la littérature, ils la considéraient comme étant une bonne idée, même si source d'embarras (39).

Il pourrait donc être intéressant d'augmenter la régularité du suivi avec une visite annuelle systématique. Cette idée est renforcée par certains travaux qui indiquent que l'augmentation de la fréquence des consultations est associée à une meilleure confiance dans le médecin et le système de santé (41)(53). Elle permet aussi de diminuer la gêne de l'adolescent en consultation (63), et donne plus d'occasions de dépister d'éventuels problèmes.

2.7.2 Un bon carnet d'adresse

Les médecins interrogés ont pour la plupart affirmé que lorsque l'adolescent est en souffrance, une bonne prise en charge ne peut pas se faire seul au cabinet. En effet pour certains adolescents, une **prise en charge pluridisciplinaire** est parfois nécessaire (61)(65). La consultation avec l'adolescent est décrite comme chronophage notamment car il faut du temps avant qu'il puisse se confier. Or les médecins n'en n'ont souvent pas suffisamment à accorder aux adolescents en détresse psychologique. Et même si la plupart affirment qu'ils

prennent le temps nécessaire en cas d'urgence, ils avouent que travailler avec un psychologue ou un psychiatre de confiance est confortable et rassurant pour le médecin, comme pour le patient et sa famille.

2.7.3 Une formation adaptée

Un article de Jane Roberts paru en 2012 (17) suggère de former la jeune génération de médecins aux problématiques de l'adolescent afin qu'ils soient mieux armés pour les prendre en charge. Dans notre étude, malgré les difficultés évoquées au cours des entretiens, le manque de formation n'a pas été évoqué comme source potentielle d'amélioration.

Il est possible que les médecins interrogés aient le sentiment d'être suffisamment formés dans ce domaine. Mais ils pourraient aussi leur sembler difficile d'établir des recommandations strictes tant les situations peuvent être variées.

2.7.4 Supports papier ou numériques

Nous avons demandé aux médecins quelles pouvaient être les différentes techniques utilisées en consultation avec l'adolescent. Des supports papiers ont été évoqués, comme le carnet de santé et son volet sur l'autonomie ou différents flyers et brochures de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Des questionnaires d'amorce ont aussi été mentionnés. Un des jeunes médecins a expliqué qu'il avait rédigé une fiche qui résumait le rôle du médecin généraliste et dans quelles situations il pouvait être consulté. Il le remettait aux adolescents qu'il rencontrait afin de leurs donner des informations utiles tout en gagnant du temps.

Les supports numériques ont aussi été mentionnés par les médecins interrogés. Des adresses de sites internet à consulter en cas de questions sur la sexualité ou les conduites à risques pouvaient être remises aux adolescents. Ils pouvaient ainsi s'y référer sans être obligés de poser leurs questions aux adultes.

Partie V : CONCLUSIONS

Nom, prénom du candidat : BERTRAND Anaïs

CONCLUSIONS

Notre étude a étudié la place du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent.

Investir dans la santé des adolescents aujourd'hui permet de poser les fondations d'une bonne relation aux soins pour demain. Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. La relation de soins entre généralistes et adolescents mérite donc d'être optimale.

Nous avons fait l'hypothèse que malgré la place particulière qu'il tient dans l'environnement de l'adolescent, le médecin généraliste n'était pas l'interlocuteur privilégié de ce dernier, notamment de part sa proximité avec ses parents.

Or, notre travail met en évidence que le médecin généraliste est bien considéré comme un « référent santé » pour l'adolescent. Il est source de soins, de conseils et d'informations médicales pour le jeune. Ce sentiment est partagé à la fois par les adolescents et par les médecins. Chaque consultation est une occasion unique de dépister les adolescents à risque. Sa qualité de « médecin de famille » et le suivi au long cours mettent à l'aise l'adolescent, favorisant son expression au cours de la consultation et le rassurant sur ses compétences médicales. C'est un praticien facile d'accès, en dépit du délai d'obtention d'un rendez-vous ou de la problématique du paiement. Sa proximité avec le parent lui permet à la fois d'être mieux informé sur l'adolescent mais également d'accompagner ce dernier dans son autonomisation. Parmi les qualités plébiscitées par les adolescents, la capacité d'écoute, la considération qu'on leur porte et l'absence de jugement sont nécessaires pour qu'ils se sentent à l'aise. Ces qualités

qualités appartiennent pleinement au champ des compétences du médecin généraliste. Les praticiens semblent avoir saisi cette avidité relationnelle et la nécessité de s'adapter au caractère unique de chaque adolescent.

Malheureusement, de nombreuses barrières persistent. La méconnaissance du rôle global du médecin généraliste est au premier plan. Les adolescents ne l'envisagent pas comme un recours en cas de difficultés psychologiques. Dans ces situations, le parent et les amis restent les interlocuteurs privilégiés. La proximité entre l'adolescent, son parent et le médecin va compliquer la relation de soins. Elle entraîne chez les adolescents la peur d'une rupture du secret médical, alors que la confidentialité est primordiale à leurs yeux. Le dialogue sur les conduites à risque peut être freiné par la peur d'être jugé négativement par le médecin qu'ils estiment ou de le décevoir. Enfin, cette proximité diminue l'objectivité du regard des médecins sur les adolescents, les inhibant parfois dans leur prise en charge. Complicité, idées préconçues, manque de neutralité peuvent biaiser celle-ci. Toutes ces raisons peuvent conduire l'adolescent à consulter un autre médecin dans un désir d'impartialité voire d'anonymat. La pudeur propre à l'adolescence, qu'elle soit psychologique lors des échanges, ou physique au cours de l'examen clinique, complique la consultation. L'attitude de l'adolescent est souvent déstabilisante et les difficultés d'expression rendent le dialogue difficile. De leur côté, les médecins souhaiteraient avoir plus de temps à consacrer aux adolescents.

L'adolescence est marquée par une ambivalence concernant la place du parent en consultation. Les adolescents sont rassurés par la présence de l'adulte mais elle peut également être un frein dans leur prise d'autonomie. Le parent peut être un support essentiel d'informations, notamment face à un adolescent en difficulté. Malheureusement, certains sujets délicats ne peuvent et ne doivent pas être abordés en sa présence. Le parent va aussi modifier le comportement de l'adolescent, qui va avoir tendance à s'effacer ou au contraire à adopter une attitude d'opposition. Le médecin doit savoir composer avec lui. Il doit se positionner dans l'intérêt de l'adolescent mais également accompagner le parent face à cet enfant qui devient adulte. L'objectif est que chacun puisse développer une relation de soins satisfaisante et trouver sa place.

Parmi les obstacles existants, nombre d'entre eux peuvent être levés. Cela passe avant tout par une meilleure information de l'adolescent et de son parent. Si l'on veut que le médecin généraliste dépiste, aide et éduque, il est nécessaire que le jeune mais aussi son parent, soient conscients de l'étendue de son rôle dans sa prise en charge psychologique autant que somatique. Les principes de confidentialité doivent être expliqués et rappelés régulièrement, à l'école, en salle d'attente et en consultation. Le généraliste encourage l'adolescent à s'exprimer en s'efforçant d'être attentif, à l'écoute, et en lui rappelant qu'il ne le juge pas. L'organisation d'une ou plusieurs visites de prévention systématiques pourrait améliorer le suivi de l'adolescent. La mise en place d'un tiers payant intégral pourrait les encourager à consulter seul.

En Norvège, les résultats d'une étude récente (33) ont montré qu'en informant mieux les adolescents, ces derniers augmentaient de façon significative leur fréquence de consultation chez les médecins généralistes. Cette piste mérite d'être explorée en intégrant les nouvelles technologies qui font partie du quotidien des adolescents d'aujourd'hui. Une seconde étude pourrait, à partir des résultats de celle-ci, élaborer et diffuser un support numérique à destination des adolescents puis évaluer l'impact de sa diffusion à grande échelle.

Le Président de la thèse,

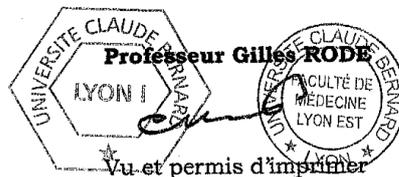
Nom et Prénom du Président

Signature Pr Yves ZERBIB

Vu :

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Lyon, le 22 SEP. 2017

ANNEXES

Annexe 1 : Pré-requis

1. Définition de l'adolescence par l'OMS

L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence. Les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels ; en revanche, la durée et les caractéristiques de cette période peuvent varier dans le temps, entre cultures et selon les situations socio-économiques.

2. Aspects cognitifs de l'adolescence selon Piaget et Anna Freud (27)

- Les stades du développement cognitif selon Piaget

Jusqu'à 2 ans	Stade sensori-moteur
Entre 2 et 7 ans	Stade préopératoire
Entre 7 et 11 ans	Stade des opérations concrètes
A partir de 12 ans	Stade des opérations formelles

- Les conséquences comportementales de la logique formelle décrites par Anna Freud

« Les nouvelles possibilités que lui ouvre le développement de la pensée formelle, la capacité de raisonner sur le possible et l'impossible aussi bien que sur le réel, peuvent inciter l'adolescent à exercer sa réflexion sur de multiples sujets, avec d'autant plus de plaisir qu'ils sont plus complexes et plus abstraits. Des sujets nouveaux pour lui, comme la politique, la philosophie, la psychologie ou la morale en particulier vont alors recueillir ses faveurs et susciter son intérêt parce qu'ils se prêtent à l'exercice du raisonnement abstrait. L'adolescent prendra même souvent un malin plaisir à soutenir les points de vue les plus invraisemblables, pour le plaisir de tester les limites de ses capacités argumentatives, et les réactions que son esprit peut susciter chez son entourage. Il procédera volontiers de même sur des thèmes comme la sexualité, s'il ne parvient pas à répondre de manière satisfaisante à l'émergence de ses nouveaux désirs. »

Annexe 2 : Guides d'entretiens

1. Guide d'entretien « médecin »

Thématique 1 : Adolescents vus par leurs médecins.

1/ Pouvez-vous me parler des adolescents en général ?

Quelle attitude ont-ils ? Comment se comportent-ils avec vous ?

Tutoiement / Vouvoiement ? Pourquoi ?

A votre avis, comment vous perçoivent-ils ? Confident, éducateur, médiateur, soignant...

Pourquoi ?

Comment gérez-vous le passage enfance / adolescence ?

Thématique 2 : Accueil de l'adolescent au cabinet

2/ Pouvez-vous me dire comment se déroule une consultation avec un adolescent ?

Avez-vous une consultation marquante que vous souhaiteriez évoquer ?

Y'a-t-il une différence entre un adolescent suivi depuis longtemps et vu pour la première fois ? Qu'est-ce qui change exactement ?

Quelle attitude adoptez-vous vis-à-vis d'eux ? Avez-vous des techniques particulières ?

Quels sujets abordez-vous ?

A votre avis, qu'est ce que les adolescents attendent d'une consultation avec leur médecin ?

Quelles appréhensions pourraient-ils avoir ?

Thématique 3 : Difficultés

3/ Est ce facile (une consultation avec un adolescent) ?

Y'a-t'il des sujets plus difficiles à aborder ?

Êtes-vous toujours à l'aise ? Y'a-t-il des moments où vous pourriez être gêné ou mal à l'aise vis-à-vis de l'adolescent ou de son parent ? Lesquels ? Que faites vous des parents ? Que leur dites-vous ?

Thématique 4 : Place du médecin de famille dans le suivi de l'adolescent

4/ Que pensez vous de votre position de médecin de famille pour suivre des adolescents ?

Vous ou un autre médecin : quelle différence ?

En quoi pourrait-elle être un atout ? Ou au contraire un frein ?

Pensez-vous être un bon interlocuteur pour eux ?

Quelles peuvent être les raisons pour lesquelles un adolescent ne consulte pas son médecin de famille ?

Thématique 5 : Amélioration

5/ Avez-vous des idées pour améliorer la relation médecin – adolescent ?

Quels moyens souhaiteriez-vous qu'on vous donne ? Financiers, logistiques, humains...

Commentaires supplémentaires :

Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

Souhaitez-vous revenir sur une réponse que vous avez donnée précédemment ?

6/ Et si vous deviez conclure en 2 – 3 mots ?

2. Guide d'entretien « adolescent »

Thématique 1: Vision de la médecine générale

1/ Parles moi de ton médecin ?

Depuis quand le connais tu ? Qui l'a choisi ? Soigne t-il d'autres membres de ta famille ?

Pour toi quel est son rôle ? Qu'attends-tu de lui ?

Y'a t'il d'autre soignants en matière de santé avec qui tu te sens à l'aise ?

Thématique 2: Consultation proprement dite / sujets tabous

2/ Décris moi comment se passe la consultation avec ton médecin? Depuis la prise de rendez-vous jusqu'à ta sortie du cabinet.

Comment te sens-tu avant la consultation ? Dans la salle d'attente ?

Que penses-tu de l'attitude de ton médecin traitant ? (rôle de confident, de parent, de médiateur, de soignant ?)

Est-ce qu'il te tutoie ou tu vouvoie ton médecin ? Qu'est-ce que tu préfères ?

3/ Comment vis tu cette consultation ?

Quels sujets abordez-vous ensemble ?

As-tu déjà été gêné ou mal à l'aise en consultation ? A quel moment ?

Y'a t-il des sujets plus difficiles à aborder (conduites à risque, moral...) ? Pourquoi ?

Si je te dis cannabis, drogue, alcool / sexualité, contraception, est ce que c'est des choses dont tu pourrais parler avec ton médecin ? Pourquoi ?

Si tu avais une baisse de moral ou si tu te faisais harceler à l'école, est ce que tu pourrais en parler à ton médecin traitant ? Pourquoi ?

Les informations qu'il te donne te semblent claires ? Comprends-tu tout ce qu'il t'explique ?

Thématique 3: Secret / Parents

4/ Que sais tu du secret médical, de la confidentialité ?

Que penses-tu du rôle de tes parents dans tout ça ?

Qu'est ce qui ferait que tu puisses faire ou non confiance à ton médecin ?

As-tu déjà été déçu ?

5/ Comment gères tu tes parents ?

Préfères-tu être seul ou accompagné ? Pourquoi ?

Comment t'es tu senti quand tu as consulté seul pour la première fois ?(ou) Comment te sentirais-tu si tu devais consulter seul ?

Y'a t'il des moments où tu as besoin de tes parents ?

Comment te rends-tu chez ton médecin ?

Thématique 4: Amélioration

6/ Comment la relation que tu as avec ton médecin pourrait être meilleure ?

As ton avis, est-ce que c'est facile pour un médecin de suivre un adolescent ? Pourquoi ?

Pour avoir une bonne relation avec les adolescents, qu'est-ce qui est important que les médecins fassent ?

Commentaires supplémentaires :

Y'a-t'il d'autres sujets dont tu souhaiterais discuter ?

Souhaites-tu revenir sur une réponse que tu as donnée précédemment ?

Annexe 3 : Fiches d'information et de consentement

1. Fiche d'information et de consentement « adolescent »

FICHE D'INFORMATION

Bonjour,

Nous sommes des étudiantes en médecine.

Dans le cadre de nos études, nous devons réaliser un projet de recherche s'intégrant dans un travail de thèse d'exercice.

Nous te proposons de participer à cette étude. Cette lettre d'information t'explique en quoi elle consiste. Tu pourras prendre le temps de lire et de comprendre ces informations, de réfléchir à ta participation, et tu pourras nous demander de t'expliquer ce que tu n'aurais pas compris.

But de l'étude :

Le but de l'étude est d'étudier la place du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent.

Un médecin ne va pas s'occuper d'un enfant ou d'un adulte ou d'une personne âgée de la même façon. C'est la même chose pour les jeunes. Pour bien vous soigner, il faut que les médecins arrivent à s'adapter mais il faut aussi qu'ils comprennent ce dont vous avez besoin (dans le présent ou dans le futur).

Pour ça, nous allons interroger des médecins généralistes qui suivent régulièrement des adolescents et on essaiera de comprendre à quelles difficultés ils sont confrontés quand ils s'occupent des jeunes. On va aussi interroger des adolescents, pour essayer de mieux comprendre ce qui se passe dans leur tête et dans leurs corps, quand ils vont voir leur médecin. Tout ça, pour essayer d'améliorer la prise en charge des adolescents en cabinet de médecine générale.

Déroulement de l'étude :

Nous allons interroger environ 20 médecins qui travaillent en Auvergne-Rhône-Alpes. Nous allons aussi interroger environ 20 adolescents, de 13 à 18 ans.

Les entretiens (durant lequel les questions te seront posées) pourront se dérouler où tu le souhaites, dans un endroit calme où tu pourras réfléchir tranquillement. Tu pourras aussi choisir le moment où tu souhaites faire l'entretien.

Pour que tu puisses t'exprimer plus librement, nous souhaitons que tu sois seul lors de l'entretien. L'ensemble de l'entretien sera enregistré par un dictaphone et intégralement retranscrit. Il n'y aura que moi, ma collègue et notre directeur de recherche qui pourront avoir accès aux données des entretiens. Ton anonymat sera préservé. Le consentement de tes parents sera nécessaire pour que tu participes à l'étude.

Risques potentiels

Il n'a pas été établi de risque à participer à cette étude.

Frais médicaux

Il n'y a pas de frais médicaux liés à cette recherche.

Législation - Confidentialité

Toutes les informations te concernant recueillies pendant cette recherche sera traitées de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes (qui traiteront tes informations dans le plus strict respect du secret médical), ton anonymat sera préservé. Les résultats globaux de l'étude pourront t'être communiqués si tu le souhaites. Si tu as des questions pendant ta participation à cette étude, tu peux contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr DE FREMINVILLE, tél : 04 74 78 30 96. Tu es libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Tu peux également décider en cours d'étude d'arrêter ta participation sans avoir à te justifier.

Nous te remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si tu es d'accord pour participer à cette recherche, nous t'invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR
LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE OBSERVATIONNELLE**

Titre de la recherche : Les adolescents et le médecin généraliste: représentations et attentes réciproques.*

Je soussigné(e) (*Nom et prénom de l'adolescent*) accepte de participer à l'étude « **Relation médecin généraliste – adolescent. Quelle influence sur la prise en charge ? Regards croisés des médecins et des adolescents. *** »

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mlle BEDU Claire / Mlle BERTRAND Anaïs (*mention inutile à rayer*), étudiante en médecine.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

A l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. J'accepte que les données nominatives me concernant soient recueillies à l'occasion de cette étude et puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du Dr DE FREMINVILLE Humbert.

J'ai bien compris que la participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Je peux retirer mon consentement à tout moment, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Ce consentement sera signé en deux exemplaires: l'un sera remis à l'adolescent participant, l'autre sera destiné aux investigateurs de l'étude.

**N.B : Le titre de la recherche a été modifié en cours d'étude.*

2. Fiche d'information et de consentement « médecin »

FICHE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique s'inscrivant dans un travail de thèse d'exercice. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude. Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, de réfléchir à votre participation, et vous pourrez demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

But de l'étude :

Nous souhaitons étudier la place du médecin généraliste dans le suivi des adolescents.

Bénéfice(s) attendu(s) :

Nous souhaitons améliorer la prise en charge des adolescents en cabinet de médecine générale. Pour mieux cerner les différents aspects de cette relation de soins, nous souhaitons explorer et comparer les représentations de chacun (médecins et adolescents). Identifier les difficultés du soignant et mieux comprendre les attentes du soigné sont aussi des objectifs de cette étude.

Déroulement de l'étude :

Il s'agira d'une étude basée sur la réalisation d'entretiens individuels semi dirigés sur deux populations différentes :

- des médecins généralistes installés en libéral en région Auvergne-Rhône-Alpes
- d'adolescents âgés de 13 à 18 ans.

Environ 20 entretiens seront réalisés dans chacun des groupes étudiés. Le choix du lieu de l'entretien sera laissé aux participants. Chacun des participants pourra donner son accord pour que l'entretien soit enregistré et son anonymat sera préservé. L'enregistrement sera effectué grâce à un dictaphone et les entretiens seront retranscrits intégralement. Pour les patients mineurs interrogés, l'accord écrit de participation à l'étude des parents sera demandé. La durée de l'étude sera d'environ 18 mois.

Les risques potentiels :

Il n'a pas été établi de risque à participer à cette étude.

Frais médicaux :

Votre collaboration à ce protocole de recherche observationnelle n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Législation – confidentialité :

La Commission d'éthique de la Recherche en Médecine Générale, Collège Universitaire de Médecine générale, Université Claude Bernard LYON 1 a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 15/12/2015.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel. Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire de Melle Claire BEDU ou de Melle Anaïs BERTRAND conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 7 décembre 2015. Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser votre participation à cette étude. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE OBSERVATIONNELLE**

Titre de la recherche : Les adolescents et leur médecin de famille : représentations et attentes réciproques.*

Je soussigné(e) (Nom et prénom) accepte de participer à l'étude « Relation médecin de famille – adolescent. Quelle influence sur la prise en charge ? Regards croisés des médecins et des adolescents. *»

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mlle BEDU Claire / Mlle BERTRAND Anaïs (mention inutile à rayer), interne en médecine générale.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

A l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé. J'accepte que les données nominatives me concernant soient recueillies à l'occasion de cette étude et puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche.

J'ai bien compris que la participation à l'étude est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Je peux retirer mon consentement à tout moment, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Ce consentement sera signé en deux exemplaires: l'un sera remis aux parents de l'adolescent participant, l'autre sera destiné aux investigateurs de l'étude. »

**N.B : Le titre de la recherche a été modifié en cours d'étude.*

3. Fiche d'information et de consentement « parent »

FICHE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Nous proposons à votre enfant de participer à une étude de recherche clinique s'inscrivant dans un travail de thèse d'exercice. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude. Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, de réfléchir à sa participation, et vous pourrez demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

But de l'étude :

Nous souhaitons étudier la place du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent.

Bénéfice(s) attendu(s) :

Nous souhaitons améliorer la prise en charge des adolescents en cabinet de médecine générale. Pour mieux cerner les différents aspects de cette relation de soins, nous souhaitons explorer et comparer les représentations de chacun (médecins et adolescents). Identifier les difficultés du soignant et mieux comprendre les attentes du soigné sont aussi des objectifs de cette étude.

Déroulement de l'étude :

Il s'agira d'une étude basée sur la réalisation d'entretiens individuels semi dirigés sur deux populations différentes :

- des médecins généralistes installés en libéral en région Auvergne-Rhône-Alpes
- d'adolescents âgés de 13 à 18 ans.

Environ 20 entretiens seront réalisés dans chacun des groupes étudiés. Le choix du lieu de l'entretien sera laissé aux participants. Chacun des participants pourra donner son accord pour que l'entretien soit enregistré et son anonymat sera préservé. L'enregistrement sera effectué grâce à un dictaphone et les entretiens seront retranscrits intégralement. Pour les patients mineurs interrogés, l'accord écrit de participation à l'étude des parents sera demandé. La durée de l'étude sera d'environ 18 mois.

Les risques potentiels :

Il n'a pas été établi de risque à participer à cette étude.

Frais médicaux :

Votre collaboration à ce protocole de recherche observationnelle n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Législation – confidentialité :

La Commission d'éthique de la Recherche en Médecine Générale, Collège Universitaire de Médecine générale, Université Claude Bernard LYON 1 a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 15/12/2015.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel. Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire de Melle Claire BEDU ou de Melle Anaïs BERTRAND conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 7 décembre 2015. Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation de votre enfant à cette étude. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'interrompre sa participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour que votre enfant participe à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE OBSERVATIONNELLE**

Titre de la recherche : Les adolescents et leur médecin de famille : représentations et attentes réciproques.*

Je soussigné(e) (Nom et prénom du responsable légal),
responsable légal de l'enfant (Nom et prénom de l'enfant participant à
l'étude) accepte que mon enfant participe à l'étude « Relation médecin de famille – adolescent. Quelle influence
sur la prise en charge ? Regards croisés des médecins et des adolescents. *»

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mlle BEDU Claire / Mlle BERTRAND
Anaïs (mention inutile à rayer), interne en médecine générale.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

A l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret
médical, l'anonymat de votre enfant sera préservé. J'accepte que les données nominatives concernant mon
enfant soient recueillies à l'occasion de cette étude et puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les
organismes de la recherche.

J'ai bien compris que la participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser que mon enfant y participe. Je peux retirer mon consentement à tout
moment, et mon enfant est libre d'arrêter à tout moment sa participation en cours d'étude. Mon consentement
ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Mon enfant conserve tous mes droits
garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement
que mon enfant participe à la recherche qui lui est proposée.

Fait à le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

*Ce consentement sera signé en deux exemplaires: l'un sera remis aux parents de l'adolescent participant,
l'autre sera destiné aux investigateurs de l'étude.*

**N.B : Le titre de la recherche a été modifié en cours d'étude.*

Annexe 4 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

1910564 v 0

du 07 décembre 2015

Madame BEDU Claire
23 QUAI FULCHIRON
QUAI FULCHIRON
69005 LYON

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Service :

Adresse : 8 AVENUE ROCKFELLER

Code postal : 69003

Ville : LYON

N° SIREN ou SIRET :

196917744 00019

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 0478777000

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches biomédicales

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 07 décembre 2015
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 5 : Données sociodémographiques des médecins et adolescents de l'étude

1. Médecins

	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Date d'installation (département)	Enfants et âge	MSU ; autre activités
M1A	F	56 ans	Urbain	Libéral ; groupe	1988 (69)	Oui (20,24 et 28 ans)	MSU
M2A	F	58 ans	Urbain	Libéral ; seul	1988 (69)	Oui (25,30 et 32 ans)	Non
M3A	F	57 ans	Urbain	Libéral ; seul	1986 (69)	Non	Non
M4A	M	33 ans	Semi-rural	Libéral ; groupe	2016 (69)	Oui (2 ans)	Non
M5A	F	30 ans	Semi-rural	Libéral ; groupe	2016 (69)	Non	Non ; tutrice
M6A	M	39 ans	Urbain	Libéral ; Seul	2010 (69)	Oui (4 et 12 ans)	Ancien MSU ; expertise médicale
M7A	F	63 ans	Urbain	Libéral ; groupe	1988 (69)	Oui (31 ans)	Non
M8A	F	45 ans	Urbain	Libéral ; groupe	2004 (69)	Oui (5 et 7 ans)	MSU
M9A	M	50 ans	Semi-rural	Libéral ; groupe	2000 (69)	Oui (5 ans)	Non ; sexologie, médecine du sport
M10A	M	48 ans	Rural	Libéral ; groupe	1998 (69)	Oui (9, 12, 18 et 21 ans)	Non
M1C	H	61 ans	Semi-rural	Libéral ; seul puis de groupe	1984 (26)	Oui (> 30 ans)	MSU ; tuteur au CUMG
M2C	F	46 ans	Rural	Libéral ; groupe	2003 (38)	Oui (13, 16, 18 et 24 ans)	MSU ; enseignements au CUMG
M3C	H	59 ans	Semi-rural	Libéral ; seul	1986 (69)	Oui (25, 31 et 34 ans)	MSU
M4C	H	30 ans	Semi-rural	Libéral ; groupe Salarié ; chef de clinique	2016 (69)	Non	Directeur de thèse ; chef de clinique en MG
M5C	F	55 ans	Urbain	Libéral ; groupe	1995 (69)	Oui (22 ans)	Non
M6C	F	30 ans	Urbain	Libéral ; groupe	2016 (69)	Non	Directeur de thèse
M7C	F	50 ans	Urbain	Libéral ; groupe	2002 (69)	Oui (16, 21 et 23 ans)	Non
M8C	H	58 ans	Urbain	Libéral ; cabinet de groupe	1987 (69)	Oui (24, 30 et 32 ans)	Non
M9C	H	31 ans	Semi-rural	Libéral ; groupe	2016 (38)	Non	Non
M10C	F	40 ans	Semi-rural	Libéral ; groupe	2006 (69)	Oui (6 et 11 ans)	MSU ; coordination EHPAD

Tableau 3 : Données sociodémographiques des médecins interrogés

2. Adolescents

Entretien	Âge	Sexe	Niveau d'étude	Fratrie	Parents	Lieu de vie
A1A	17	F	Première générale	1 petit frère	Ensemble	Semi-rural
A2A	15	F	Seconde générale	2 demi-frères	Séparés, vit avec sa mère et son conjoint	Rural
A3A	17	F	Première générale	4 sœurs	Séparés, vit avec sa mère	Rural
A4A	15	H	Seconde générale	1 petit frère	Ensemble	Semi-rural
A5A	15	F	Seconde générale	1 petit frère	Ensemble	Semi-rural
A6A	15	F	Seconde générale	2 frères et 2 sœurs	Séparés	Semi-rural
A7A	15	F	Troisième	1 grand frère	Séparés	Urbain
A8A	18	F	Salariée	1 petite sœur	Ensemble	Urbain
A9A	18	H	Première année d'école préparatoire	1 jumelle et 1 petite sœur	Ensemble	Urbain
A10A	18	F	Première année IUT	1 grand frère	Ensemble	Urbain
A1C	18	H	Première année de faculté	1 petite sœur	Ensemble	Urbain
A2C	18	F	Première année de BTS	1 frère, 1 demi-frère	Séparés, vit avec sa mère et son conjoint	Semi-rural
A3C	14	F	Troisième	1 grand frère	Ensemble	Urbain
A4C	16	F	Première générale	1 petit frère	Ensemble	Semi-rural
A5C	17	F	Terminale générale		Ensemble	Semi-rural
A6C	14	F	Troisième	1 frère et 1 sœur	Ensemble	Semi-rural
A7C	17	F	Seconde générale	1 petit frère	Ensemble	Semi-rural
A8C	14	F	Quatrième	1 petit frère et 1 sœur	Ensemble	Semi-rural
A9C	14	F	Quatrième	2 grands frères	Divorcées, vit avec sa mère célibataire	Semi-rural
A10C	16	F	Seconde générale	2 grands frères	Ensemble	Semi-rural

Tableau 4 : Données sociodémographiques des adolescents interrogés.

Annexe 6 : Grilles d'analyse et extraits de verbatim

1. Médecins

Grille d'analyse

Métacodes (ou thèmes)	Codes et sous-codes
Les atouts du médecin généralistes	Une relation à part <ul style="list-style-type: none"> - Suivi au long cours - Connaissance du contexte - La confiance des parents
	Une facilité d'accès
	Un « référent santé » <ul style="list-style-type: none"> - Un recours pour le parent en difficulté - Une interlocuteur privilégié pour l'adolescent
Les limites de la relation de soin	Les adolescents consultent peu
	L'adolescent n'a pas envie d'être aidé
	Beaucoup de sujets à aborder en peu de temps
	Des consultations longues
	Le rôle du MG est réduit au somatique
	Le genre ou l'âge influence la relation de soins
	Autres limites <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas de consultation dédiée à l'adolescent - Le paiement est un frein pour l'adolescent
Il existe une trop grande proximité <ul style="list-style-type: none"> - Le passage enfance-adolescence est flou - L'adolescent a peur que le secret ne soit pas respecté - Il ne faut pas être trop complice - Ménager les susceptibilités des parents - Le médecin a des difficultés à rester neutre et objectif - Il y a une image parentale forte 	
Ce que le médecin souhaite apporter à l'adolescent	Un soignant avant tout
	Dépiste, prévient, et informe l'adolescent
	Aide à la prise d'autonomie <ul style="list-style-type: none"> - Ouvre les yeux aux parents - Responsabilise et accompagner vers le statut d'adulte
	Les qualités relationnelles du médecin <ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'adaptation - Respect, honnêteté - Ouvert, disponible - Réactif, à l'écoute, attentif
Ce que le médecin ressent face à l'adolescent	Un sentiment de difficulté variable <ul style="list-style-type: none"> - Un patient comme les autres - Difficile à comprendre et à prendre en charge - Des sujets difficiles à aborder ou qui mettent mal à l'aise
	Un sentiment de proximité variable
	Des difficultés d'expression <ul style="list-style-type: none"> - L'adolescent a du mal à parler de lui - Un certain temps nécessaire à la confiance - Peur d'être trop intrusif

	<p>Une attitude déstabilisante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutique, distant, peu réceptif - Liée aux problématiques de l'adolescence
	<p>L'absence de jugement</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adolescent a peur d'être jugé - L'adolescent a besoin d'impartialité et d'absence de jugement - L'adolescent recherche l'anonymat
<p>Les particularités de la consultation avec l'adolescent</p>	<p>L'adolescence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Période de souffrance, mal être, bouleversements - Période de vulnérabilité et conduites à risques - Sentiment d'invincibilité et déni de la maladie - Une opposition au monde adulte - Un adolescent en transition entre l'enfant et l'adulte - Un corps qui préoccupe <p>Chaque adolescent est unique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe tout type d'adolescent - Une maturité variable - Une différence fille / garçons - Une hésitation entre le tu et le vous <p>Le trinôme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le témoin du conflit adolescent / parent - Une position de médiateur - L'allié de l'adolescent - La connaissance du secret nécessaire à la confiance <p>La demande</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs demandes - L'adolescent n'est pas demandeur <p>La place du parent</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parfois une aide utile - Gênant ou envahissant en consultation - Modifie le comportement de l'adolescent - Intimité difficile à aborder - Doit être sorti de la consultation <p>Les stratégies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à l'aise l'adolescent - Faire la démarche d'aborder les sujets délicats - L'humour comme outils - Des supports papiers ou numériques pour mieux informer - Les autres professionnels

Extraits de verbatim

Extraits de verbatim – Médecin n° 8A

<p>« Référent santé »</p> <p>L'ado a besoin d'impartialité / absence de jugement</p> <p>Position de médiateur</p>	<p>I : Et a ton avis toi du coup qu'est-ce-que l'ado il attend d'une consultation avec toi en tant que médecin de famille ?</p> <p>M8 : Je pense qu'il a besoin de se confier a une tierce personne, pas forcément quelqu'un à la maison. Il n'attend pas forcément une décision de notre part parce-que on est pas pour décider à leur place. Il essaie simplement d'avoir... il se pose plein de questions en général, c'est des gamins qui se posent plein de question, qui ne trouvent pas forcément la réponse à la maison. Donc ils essaient d'avoir un avis extérieur.</p> <p>Alors on peut donner un avis tout en disant que ce n'est pas la conduite qui doit avoir parce qu'on est pas dans sa vie on est pas dans sa tête on est pas dans sa famille.</p> <p>Donc après on essaie surtout de le diriger en lui disant de réfléchir peut-être différemment et de pas forcément se braquer euh surtout entre les parents et les enfants quoi. Essayer d'avoir une ouverture d'esprit, ce qui n'est pas forcément facile quand tu es adolescent.</p>
<p>L'adolescent a peur que le secret ne soit pas respecté</p>	<p>I : Et tu penses qu'ils pourraient avoir quelles appréhensions à venir te voir ?</p> <p>M8 : Le fait que je sois le médecin de famille c'est compliqué parce-qu' ils ont l'impression que ce qu'ils vont te dire va forcément se répercuter. C'est à dire qu'en fait tu va forcément aller dire à son père ou a sa mère ce qu'il a dit. Donc les gamins ils te testent. Je pense qu'il y en a certains qui vont te tester en te disant euh « faut pas le dire hein docteur, vous n'allez pas le dire à mon père ou a ma mère ! »</p>
<p>La connaissance du secret nécessaire à la confiance</p>	<p>I : Ouais</p> <p>M8 : Ils posent la question, il y en a certains qui posent la question parce qu'ils ont vraiment peur que tu aille répéter les choses.</p> <p>I : Ouais. Et du coup quand c'est comme ça toi tu leur dis quoi ?</p> <p>M8 : « mais je ne vais pas le répéter, ça fait partie quand même du secret professionnel ! » Il y a des choses que... Je leur dis, « il y a des choses que je ne pourrais pas dire mais il y a des choses qu'on sera peut-être amené à dire aux parents parce qu'on aura peut-être pas le choix » en fonction de ce qu'ils vont me dire ! Parce-que ça reste encore des enfants et des mineurs (insiste sur ce mot) donc y'a certains sujets ou on sera peut-être amené à en parler.</p>
<p>Respect, honnêteté</p>	<p>I : Et du coup quand ça arrive tu procède comment ?</p> <p>M8 : Je demande la permission au gamin.</p> <p>I : Ouais</p> <p>M8 : D'en parler. Et en général je ne le fais pas toute seule, je le fais avec lui et en général je liste les points sur lesquels je veux discuter et je lui dis « est-ce-que tu es d'accord avec ça ça et ça » avant de faire rentrer le parent et ensuite je fais rentrer le parent.</p>
<p>Position de médiateur</p>	<p>I : Et souvent ça se passe plutôt bien ?</p> <p>M8 : Oui parce-que en général il est d'accord et que le parent euh... Des fois ça se passe mieux quand il y a une tierce personne quand il y a une discussion comme ça.</p> <p>I : Tu te positionne un peu comme le médiateur ?</p> <p>M8 : Oui c'est toujours un peu le médiateur de temps en temps hein entre les parents et les enfants hein, quand il y a des conflits.</p> <p>Tu ne diriges pas mais t'essai simplement de faire comprendre à l'un et à l'autre sa position et t'essaie de trouver une solution entre eux. Mais bon ce n'est pas toujours facile, c'est pas toujours évident hein. Et puis bon on fait pas toujours des miracles.</p>

Extrait de verbatim médecin n° 6C

Gênant en consultation
Un sentiment de difficulté variable
Le témoin du conflit

Des sujets qui mettent mal à l'aise

Des sujets qui mettent mal à l'aise

Peur d'être intrusif
Adaptation
Problématiques de l'adolescence
Aborder les sujets délicats
Un soignant avant tout
Adaptation
Difficile à prendre en charge

Doit être sorti de consultation
Le témoin du conflit
Modifie le comportement de l'adolescent
Intimité difficile à aborder

Plusieurs demandes (non dits)

Ouvre les yeux aux parents

I : Est-ce qu'il y a des choses qui te rendent mal à l'aise quand même, dans les consultations d'ados, ou avec les ados ?

M4 : Alors ouais, je pense que ça vient du parent. Je pense que pour moi c'est le parent quand il se met à juger et qu'il me prend un peu bah en tant que médiateur, voilà ça ça me dérange. Ça ça me dérange. Euh... Peut être parce que je n'ai pas encore beaucoup d'expériences là-dedans et que petit à petit j'arriverais à trouver un peu les phrases euh, pour plus être mal à l'aise dans cette situation. Mais le conflit d'être face au conflit. Bon si ça se tient ça va, mais quand ça devient un peu électrique, on se dit « bon là c'est un peu tendu... pourquoi ils m'ont étalé tout ça quoi ! ». Après, euh, pfiuuu (souffle), je ne pense pas que c'est un truc qui me fait très peur hein. Euh si bien sûr, moi ce qui me, ce qui me ferait, ce qui serait compliqué comme consultation, c'est euh, ça serait euh, l'ado qui, euh, l'ado suicidaire c'est pas facile, l'ado suicidaire, c'est parce que c'est triste en fait. Moi ça me renvoie un peu de tristesse quand même. Je me dis « bon comment ça se fait que déjà 15 – 16 ans... ». C'est parce que ça me renvoie de la tristesse. Mais après je vais le prendre en charge comme un jeune adulte euh... qui euh... Et je vais développer après bah voilà, pourquoi pas le CMP pourquoi pas tout ça, mais... mais euh... on va pas dire que c'est pas des consultations joyeuses quoi. C'est des consultations qui restent un peu en tête après. Mmmhhh... Après, si l'adolescente jeune qui vient pour un problème de mycose par exemple, ça ce n'est pas simple. L'adolescente qui, j'en avais une qui avait 13 ans, qui est venue seule, en plus, euh... que j'avais jamais vu... qui faisait vraiment enfant... et qui est venu en me disant, ça me gratte en bas, ma mère elle habite en face elle m'a dit de venir, elle a la carte vitale tout ça. Et la je me suis dit « comment je fais quoi ? Je l'examine en bas, je l'examine pas ?) Et du coup je, je l'ai pas examinée, parce que, parce qu'elle avait l'air euh... tellement mal à l'aise, elle avait gardé son anorak et tout. Et je l'ai plus interrogée, on a passé un quart d'heure à interroger, je lui ai posé la question même des relations, je lui ai posé. Où elle avait l'air horrifié que je lui pose des questions. Elle me dit « ah ba non non, pas du tout ! ». 'Fin bon. Et je l'ai traité comme une mycose par ce qu'elle m'a dit mais je... je l'ai pas examinée. Et par contre je l'ai prévenue que si ça, dans une semaine c'était encore là, elle revenait et que je serais obligé de regardé en bas. Et sur le moment, je me suis dit « c'est fou cette ado ! ». Enfin elle m'a pas mis à l'aise du tout, parce que je savais pas comment faire, pour un problème un peu d'adulte, gynécologique, chez une... enfant qui consulte seule en plus, sans la mère, fin là c'était un peu compliqué (sourit).

I : D'accord. Et, du coup, comment tu les gères un peu les parents ?

M4 : (réfléchit) Oh c'est un peu au cas par cas quand même hein. Y'a pas vraiment une façon... pfff... Moi quand je vais dans la salle d'attente quand je dis l'enfant ou madame Machin si les deux se lèvent je fais rentrer les deux. Si je vois que le dialogue il est compliqué, que ça, qua ça se frite un peu, euh... (réfléchit). Ça m'est arrivé de faire sortir le parent en disant « ça ne vous dérange pas », j'aimerais bien avoir un peu l'avis de votre fille. Elles étaient pas du tout d'accord. La fille était gothique et la maman était hyper, hyper euh, hyper un peu « tratra » (sous entendu très traditionnelle). On voyait qu'il y avait vraiment un conflit entre les deux (rires). Et euh, et du coup là j'ai fait sortir la maman. Bon ça s'est bien passé, je lui ai dit que je la faisais rentrer à la fin, j'ai pu parler avec l'ado qui d'un coup à beaucoup parler bien sur. Elle était en rupture avec son copain, ça allait pas du tout, 'fin bon voilà quoi elle ne voulait pas que sa mère soit au courant. Et donc du coup après j'ai fait rentré la mère et bah je lui ai dit « bah on va se revoir la semaine prochaine, je la verrais seule, enfin vous pourrez attendre dans la salle d'attente si vous voulez, elle vous expliquera si elle le veut ». Voilà. Mais du coup ça c'était bien passé. Mais je n'ai pas eu de, j'ai pas eu de parent qui en tout cas avait l'air de, de, de... de pas accepter ce que je proposais. Pour l'instant j'ai pas ressenti ça.

I : Mmmh. Et pour toi c'est important de voir les adolescents seuls ?

M4 : Euh... (hésite). C'est important pour moi, ce n'est pas primordial. C'est-à-dire que, c'est un peu au feeling. Je pense que les adolescents ils nous envoient pas mal de signaux quand même. Après faut un peu les regarder. Mais... y'a des ados, euh... (réfléchit). Je pense qu'il faut toujours leur proposer, à mon avis. Leur dire « bah la fois prochaine si tu veux consulter seule pour moi c'est possible, peut être que ta maman ; en regardant la maman ; pourra attendre dans la salle d'attente », si je vois qu'elle dit un peu oui, bon bah voilà. Mais ça ne m'est pas arrivé de sentir que le parent voulait vraiment s'imposer et refuser que je vois de l'enfant seul et là que j'ai du un peu dire « bon bah là aujourd'hui je le vois seul ». Bon bah ça va peut-être arriver mais j'ai pas eu le cas, ouais.

2. Adolescents

Grille d'analyse

Métacode (ou thèmes)	Codes et sous codes
Les atouts du médecin généraliste	Le médecin de la famille
	La relation au long cours
	La proximité
	L'accessibilité
	Un « référent santé »
Les limites de la relation de soins	Un rôle limité de somaticien - Le médecin généraliste n'est pas un psychologue - Le médecin généraliste n'est pas un confident - Il existe d'autres interlocuteurs
	Le risque de rompre le secret
	La peur de décevoir un adulte qu'ils estiment
	Peu d'occasions d'échanger
	Des difficultés administratives
Les attentes de l'adolescent	Un médecin qui soigne
	Un médecin qui conseille et aide
	Un médecin qui répond aux questions
	Un médecin qui met à l'aise, en confiance
	Un médecin avec des compétences relationnelles - Attentif, à l'écoute - Compréhensif - Gentil, ouvert - Objectif
Les émotions de l'adolescent	Un adolescent à l'aise, en confiance, qui échange facilement - Une attitude souriante - L'utilisation de l'humour - Le tutoiement - L'assurance du respect du secret médical - Un médecin jeune et du même genre - Un médecin expérimenté et compétent - Un médecin qu'il connaît bien
	Un adolescent gêné - La vie intime - L'examen physique
	Un adolescent craintif - Difficulté à s'exprimer spontanément - Timidité - Peur du jugement
L'adolescent, entre dépendance aux parents et autonomie	Le rapport au parent - Pas de secret - Un recours - Un tiers qui rassure ou qui dérange
	L'adolescent autonome - Pas besoin du parent - Une consultation en autonomie appréciée et facilitatrice de son expression

Extraits de verbatim

Extrait de verbatim – Entretien adolescent 7C

Consultation seule appréciée	I : En tout cas aujourd'hui consulter seul tu préfères ?
Un tiers qui dérange	A7 : Oui, c'est mieux. Ba tout simplement parce que par exemple si y'aurait eu ma mère quand j'étais enrhumée, et que vous m'auriez demandé si j'fume ba j'aurais été obligé de mentir et ça aurait été dangereux pour moi. Du coup c'est mieux que maintenant mes parents soient plus là. I : Y'a quand même des choses que tu peux pas dire devant tes parents A7 : C'est ça. Mais bon ! I : Ok. Et tu penses qu'ils ont leur place dans la consultation à un moment donné tes parents ? A7 : Euh ba pour une angine nan j'pense pas... une gastro non plus mais par exemple... pour un cancer ou... un SIDA ou l'SIDA oui... j'pense qu'ils ont leur place quand même... 'fin ouais... En fait tant que c'est pas on va dire mortel, 'fin ça se dit ? I : Ouais ça se dit. A7 : Tant que c'est pas mortel et ba j'pense qu'ils ont pas besoin d'être là... 'Fin... (réfléchit) ouais non ils ont pas besoin d'être là. I : Et du coup pour toi c'est quoi les clés d'une bonne relation entre l'ado et son médecin ? Qu'est ce que tu penses qui fait que ça se passe bien ? A7 : Euh... ba déjà, s'il est l'écoute déjà, j'pense que ça plait à tous les ados qu'on les écoute. Qu'on rigole un peu avec eux aussi mais bon quand on est malade voilà (sourit). Par contre pas les blagues trop lourdes comme les parents là ! ça c'est super chiant ! (rires). Mais ouais pour que ça se passe bien avec un médecin ba... ba déjà je pense qu'à partir du moment où on reste chez un médecin c'est qu'on se sent déjà bien avec lui donc euh... Donc euh voilà. Y'a pas... En fait on se pose pas la question est ce qu'on est bien avec notre médecin ou pas parce que sinon on y serait pas... 'fin j'pense hein ! Moi j'me pose pas la question si je suis bien avec vous sinon je serais pas avec vous ! I : Tu partirais ? A7 : Oui j'aurais changé ! I : OK à ton avis qu'est ce qui toi te fais sentir en confiance du coup ? Tu as parlé de l'écoute, du fait qu'on te regardait... est ce qu'il y a d'autres choses qui te viennent à l'esprit ? A7 (réfléchit en prenant une grande inspiration) : Qui me... ba... fff... I : Ou au contraire des choses qui sont radicalement « c'est mort ! » tu iras plus là bas ! A7 : Ah ba déjà, si par exemple, vous me demandez mon poids et que vous faites une critique ça c'est sur vous allez plus me revoir hein ! ça ça m'est déjà arrivé... Et euh... Ba par exemple pareil, si je vous parle et que vous êtes sur votre téléphone ou sur l'ordinateur et tout... ça ça... j'aime pas. Pour moi il faut quand même un temps où on écoute le patient... voilà quoi. I : Et pourquoi le poids ça te gêne autant ? A7 : En fait c'est pas que ça me gêne tant que ça... mais en fait... j'ai pas envie qui... en fait parce que... en fait depuis que je suis toute petite en gros les gens ils me critiquent sur ça bon maintenant j'ai ma carapace et tout j'en ai complètement rien à foutre en dehors, à l'école et tout. Mais par contre dès que ça touche par exemple euh... mes copains où eux... mes petits copains... ou par exemple mon médecin... En fait tout ce qui est propice à me voir en sous vêtements ba ça ça me bloque en fait j'sais pas... parce que j'ai peur qui se dise « ahhhh mais... Ahhhh !!! » ou genre je sais pas... en fait qui... qui me critique que ça soit intérieurement dans leur tête où en face à face... I : Qu'ils aient un mauvais regard sur toi ? A7 : Ouais voilà... voilà...
Un recours	
Pas besoin du parent	
A l'écoute Humour	
Peur du jugement	
A l'écoute	
Examen physique	
Peur du jugement	

Extrait de verbatim – Entretien adolescent 5C

	<p>I : D'accord. Et est ce que quand tu es allé le voir tu es allé spécifiquement pour parler de ça ou c'est venu dans la conversation comme ça ?</p>
Un médecin qui aide	<p>A5 : Nan, c'est venu dans la conversation parce que justement j'étais pas bien a cause de quelque chose qui concerne mes études après... et... il a vraiment été là, pour... pour me dire... ne t'inquiète, ça se passera bien, pour te rassurer... Parce que lui a déjà eu l'expérience quoi...</p>
Médecin qui met à l'aise	<p>I : D'accord, ok. Et du coup... par exemple avec ton autre médecin avant, est ce que c'est quelque chose, si par exemple tu avais été pas bien psychologiquement, t'aurais pu lui en parler ?</p> <p>A5 : Nan parce que je me sentais pas assez à l'aise avec lui, c'était pas quelqu'un... qui engageait la conversation facilement, c'était pas quelqu'un avec qui on pouvait parler... Ba parce que c'est vrai que des fois ça fait aussi du BIEN de parler à son médecin, qu'on soit adolescente ou adulte, en tout cas moi ça me fait du bien parce que... euh... parce que en tout cas... Ici je sens des personnes à l'écoute alors qu'avant nan, je sentais pas du tout une personne à l'écoute, je sentais plus une personne qui était... borné à... enfin bornée... plus fermé à travailler, le travail et c'est tout, pas de relation avec ses patients, et... pas autre chose que le travail quoi.</p>
A l'écoute Ouvert	<p>I : D'accord. Et donc le Docteur D c'est toi qui l'as choisi. Est-ce qu'il soigne d'autres membres de ta famille ?</p> <p>A5 : Euh... oui il soigne ma maman, et ma petite sœur ouais.</p>
Médecin de la famille	<p>I : Et toi t'en penses quoi le fait qu'il suive d'autres personnes de ta famille ?</p> <p>A5 : Moi je trouve ça bien parce qu'au moins on a tous le même médecin, on peut aussi si dire ce qu'on en pense et c'est vrai qu'on pense tous la même chose que c'est un très bon médecin. Et euh... et puis... c'est aussi bien qu'on suive tous le même médecin... 'fin j'trouve ça bien ouais... 'fin je saurais pas trop comment l'expliquer mais c'est vrai que savoir que ma petite sœur va chez quelqu'un que... moi je connais, ma maman elle sait qu'il est bien donc euh... c'est vrai qu'on a une bonne relation avec lui et puis... euh... il trouve facilement ce qu'on a donc euh... c'est bien...</p>
Médecin expérimenté	
A l'aise, en confiance	<p>I : ça a un coté rassurant ?</p> <p>A5 : Voilà, c'est rassurant d'avoir le même médecin ouais parce que... ouais on est en confiance maintenant... ouais.</p>
Peu d'occasions	<p>I : D'accord. Alors du coup comment ça se passe un peu la consultation avec le médecin généraliste ?</p> <p>A5 : Ba j'y suis pas allé souvent parce que je suis pas malade tous les jours mais le peu de fois ou j'y suis allé en tout cas, on arrive... ba... on lui dit ce qu'on a... il nous ausculte, et euh... et ensuite ba généralement il va vite trouvé parce que c'était pas très compliqué... mais c'est vrai que moi après voilà... on en reparle après, il nous dit ce qu'il va nous prescrire, il nous demande aussi si ça nous va, des fois au niveau des gélules ou des sachets, machin machin... et euh, et après voilà... après on parle un petit peu... généralement on parle toujours un petit peu d'autre chose et après on s'en va... mais c'est vrai que c'est jamais un moment... 'fin c'est toujours un bon moment quand même... quand on est malade on se dit j'vais chez le médecin... mais ça va être bien quand même, on va parler donc euh... ça va faire du bien de voir un autre personne dans la journée et euh...</p>
Ouvert A l'aise, en confiance	<p>I : D'accord. Donc du coup tu le vis plutôt bien quoi ?</p> <p>A5 : Oui ! (l'air vraiment convaincue)</p> <p>I : En salle d'attente t'es pas stressée...</p> <p>A5 : Nan ! (toujours l'air sûre d'elle) Pas du tout !</p> <p>I : Pour prendre ton rendez vous comment ça se passe ?</p> <p>A5 : Euh... ba j'appelle la secrétaire ! Et euh...</p>
Pas besoin du parent	

Annexe 7 : Nuages de mots-clés

Le logiciel MAXQDA permet la réalisation de nuages de mots.

Voici deux exemples de nuages de mots illustrant chacun les entretiens « médecins » et « adolescents ». Ils ont été réalisés en supprimant les mots du vocabulaire courant (les pronoms personnels, mots de liaison, conjonctions de coordination, prépositions, adverbes) et les répétitions. Dans le deuxième nuage, les mots « médecin », « ado » et « parents » ont été supprimés, afin d'avoir une meilleure idée des notions les plus fréquemment retrouvées.

1. Médecins

Nuage n°1

aborder ados autre besoin confiance connais **consultation** demande deux difficile disent effectivement enfant enfants envie
facile famille fille jamais jeune l'aise l'enfant l'impression mal maman mettre moment mère **médecin**
médical **parent** **parents** parler peut-être pourquoi problème question questions rapport relation rires
savoir secret **SEUL** silence sourit sujets tant venir voit

Nuage n°2

aborder adulte **autre** besoin confiance connais **consultation** demande deux
difficile disent d'autres effectivement enfant enfants envie facile facilement famille fille jamais jeune l'aise
l'enfant l'impression mal maman mettre moment mère médical **parent**
parler peut-être pourquoi problème question questions rapport
relation rires **seul** savoir secret silence sourit **SUJETS** tant venir voit

2. Adolescents

Nuage n°1

aborder **ado** bizarre confiance connais consultation demande donne envie facile famille gens important j'aime longtemps lycée l'aise
maintenant **mal** malade maman **mère** **médecin** médical normal parents parler part petit
première problème problèmes père questions relation **rires** rôle santé secret ses **seule** soigner sourit sujet sujets tous traitant trouve tutoie vouvoie

Nuage n°2

aborder bizarre **confiance** connais **consultation** demande donne dérange d'attente envie facile famille gens
grave important j'aime longtemps lycée **l'aise** maintenant **mal** malade maman **mère** médical normal
parler part **petit** première **problème** problèmes père questions relation **rires** rôle
santé secret ses **seule** soigner sourit sujet sujets tous traitant trouve tutoie vouvoie

Annexe 8 : Tableaux de répartition des occurrences

1. Médecins

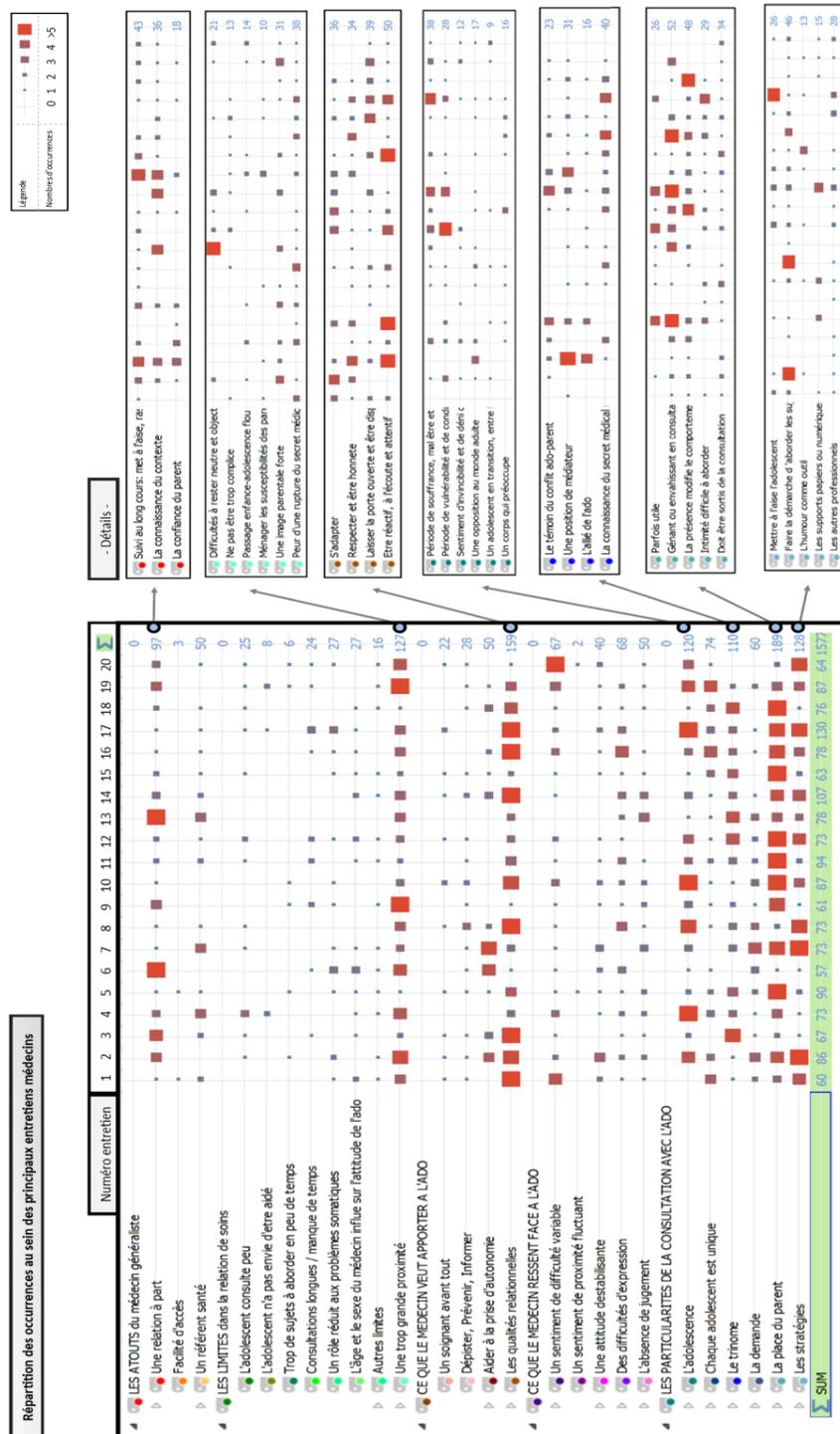


Image 1 : Répartition des occurrences de chaque code, par entretien.

2. Adolescents

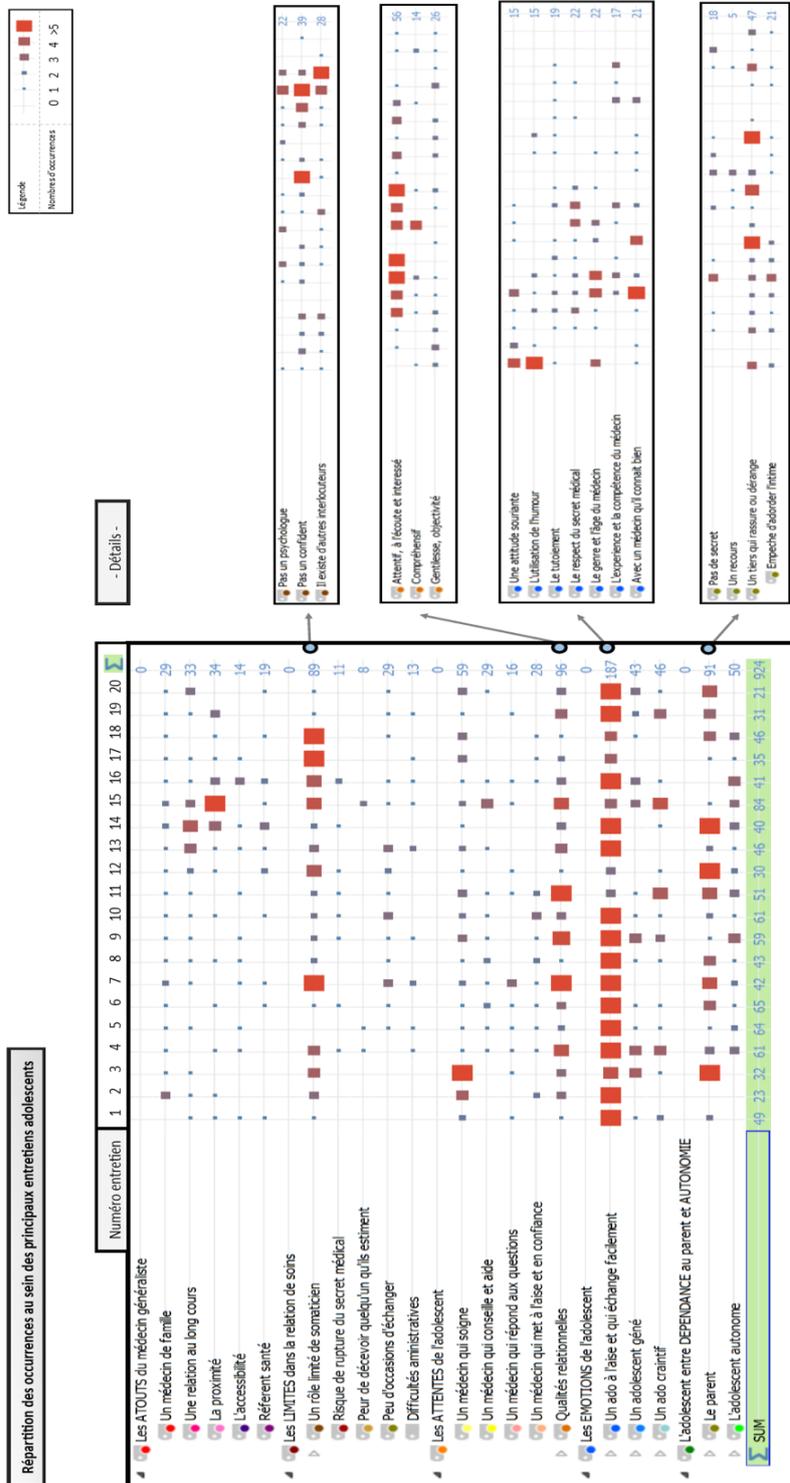


Image 2 : Répartition des occurrences des principaux sous codes, par entretien

Annexe 9 : Verbatims

Merci de contacter les auteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Taborda-Simões M da C. L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? Bulletin de Psychologie. Février 2012 ; Volume 479 ; Numéro 5 Pages 521-534.
2. Devernay M. Développement neuropsychique de l'adolescent: les étapes à connaître. Réalités Pédiatriques. Septembre 2014 ; Disponible sur: <http://www.realites-pediatriques.com>
3. OMS. Santé de l'adolescent. Disponible sur: http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/
4. WHO. Adolescent friendly health services, an agenda for change 2002 ; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>
5. Walker ZA, Townsend J. The role of general practice in promoting teenage health: a review of the literature. Family Practice. Avril 1999 ; Volume 16 ; Numéro 2 ; Pages 164-172.
6. Klein JD, Barratt M, Blythe M. Achieving Quality Health Services for Adolescents. American Academy of Pediatrics. Juin 2008 ; Numéro 121 ; Page 1263.
7. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010 INPES. 2013 ; Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr>
8. Ecoutons ce que les enfants ont à nous dire, adolescents en France, le grand malaise. Consultation nationale des 6-18 ans 2014 2014 ; Disponible sur: <https://www.unicef.fr>
9. Klein JD, McNulty M, Flatau CN. Adolescents' Access to Care: Teenagers' Self-reported Use of Services and Perceived Access to Confidential Care. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. Juillet 1998 ; Volume 152 ; Numéro 7 ; Pages 676-682.
10. Choquet M. Les adolescents face aux soins: la consultation, l'hospitalisation. INSERM; 1992.
11. Jousset C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 INSERM. Mars 2015
12. Paulus D, Pestiaux D, Doumenc M. Teenagers and their family practitioner: matching between their reasons for encounter. Family Practice. Avril 2004 ; Volume 21 ; Numéro 2 ; Pages 143-145.
13. Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. British Journal of General Practice. Septembre 2009 ; Volume 59 ; Numéro 566 ; Pages 308-314.
14. Jacobson LD, Mellanby AR, Donovan C, Taylor B, Tripp JH. Teenagers' views on general practice consultations and other medical advice. The Adolescent Working

- Group, RCGP.
Family Practice. Avril 2000 ; Volume 17 ; Numéro 2 ; Pages 156-158.
15. Anderson JE, Lowen CA. Connecting youth with health services: Systematic review. Canadian Family Physician. Août 2010 ; Volume 56 ; Numéro 8 ; Pages 778-784.
 16. Meynard A, Broers B, Lefebvre D, Narring F, Haller DM. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross sectional study. Family Practice. 2015 ; Numéro 16 ; Page 159.
 17. Roberts J, Sanci L, Haller D. Global adolescent health: is there a role for general practice? British Journal of General Practice. Novembre 2012 ; Volume 62 ; Numéro 604 ; Pages 608-610.
 18. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille WONCA Europe 2002. Disponible sur <http://www.woncaeurope.org>
 19. Da Cruz N. Enfants et adolescents, les oubliés des plans de santé publique. Médecins. Mars-Avril 2012 ; Page 22.
 20. Binder P. How to deal with teenagers in general practice?. Revue du Praticien. Mai 2005 ; Volume 55 ; Numéro 10 ; Pages 1073-1077.
 21. Klein DA, Hutchinson JW. Providing Confidential Care for Adolescents. American Family Physician. Mars 2012 ; Volume 85 ; Numéro 6 ; Pages 556-560.
 22. Bravender T, Lyna P, Tulsy JA, Østbye T, Alexander SC, Dolor RJ, et al. Physicians' Assurances of Confidentiality and Time Spent Alone With Adolescents During Primary Care Visits. Clinical Pediatrics (Philadelphia). Octobre 2014 ; Volume 53 ; Numéro 11 ; Page 1094
 23. Jacobson L, Richardson G, Parry-Langdon N, Donovan C. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. British Journal of General Practice. Octobre 2001 ; Volume 51 ; Numéro 471 ; Pages 811-816.
 24. Ford C, English A, Sigman G. Confidential Health Care for Adolescents: position paper for the society for adolescent medicine. Journal of Adolescent Health. Août 2004 ; Volume 35 ; Numéro 2 ; Pages 160-167.
 25. De La Rochebrochard E. Les âges à la puberté des filles et des garçons en France. Mesures à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents. Population. 1999 ; Volume 54 ; Numéro 6 ; Pages 933-962
 26. Cannard C. Le développement de son identité. Ouvertures psychologiques, 2^{ème} édition. 2015.
 27. Le développement cognitif selon Jean Piaget. Disponible sur www.loire-atlantique.gouv.fr

28. Lancet T. Putting adolescents at the centre of health and development. *The Lancet*. Avril 2012 ; Volume 379 ; Numéro 9826 ; Page 1561.
29. Thietart RA. Méthodes de recherche en management
Juillet 2014. Disponible sur: <https://www.dunod.com>
30. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? *Field Methods*
Juillet 2016. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com>.
31. Griffin A, Hauser JR. The Voice of the Customer.
Février 1993 ; Disponible sur: <http://pubsonline.informs.org>
32. Tremblay JM. Alvaro Pires, Houle Gilles. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. 1997 ; Disponible sur: <http://classiques.uqac.ca>
33. Hetlevik Ø, Haug K, Gjesdal S. Young people and their GP: a register-based study of 1717 Norwegian GPs. *Family Practice*. Février 2010 ; Volume 27 ; Numéro 1 ; Pages 3-8.
34. Tudrej BV, Heintz A-L, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs?
European Journal of General Practice. Octobre 2016 ; Volume 22 ; Numéro 4 ; Pages 247-254.
35. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. DREES. Avril 2006 ; Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
36. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Le généraliste, l'adolescent et le tiers: analyse comparée de l'évolution des ressentis en consultation.
Janvier 2010 ; Disponible sur: <http://www.medecin-ado.org>
37. Tudrej BV, Heintz AL, Rehman MB, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. *European Journal of General Practice* ; Décembre 2017 ; Volume 23; Numéro 1 ; Pages 182-189.
38. De l'enfance à l'adolescence vers l'âge adulte: quelles étapes, quelles transitions ? Ipsos Santé-Travaux des lycéens. Avril 2013 ; Disponible sur: <http://www.ipsos.fr>
39. Robert M, Du Roscoät E, Godeau E. La santé des collégiens en France 2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children. Santé mentale et bien-être. 2014 ; Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr>
40. Oandasan I, Malik R. What do adolescent girls experience when they visit family practitioners?
Canadian Family Physician. Novembre 1998 ; Volume 44 ; Numéro 2413; Page 20.
41. Iliffe S, Gallant C, Kramer T, Gledhill J, Bye A, Fernandez V, et al. Therapeutic identification of depression in young people: lessons from the introduction of a new technique in general practice.
British Journal of General Practice. Mars 2012 ; Volume 62 ; Numéro 596 ; Page 174.

42. Hargreaves DS. Revised You're Welcome Criteria and Future Developments in Adolescent Healthcare.
Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology. Juin 2011 ; Volume 3 ; Numéro 2 ; Pages 43-50.
43. Klein D, Wild TC, Cave A. Understanding why adolescents decide to visit family physicians: qualitative study.
Canadian Family Physician. Décembre 2005 ; Volume 51 ; Numéro 12 ; Pages 1660-1661.
44. Turner L, Spencer L, Chang J, di Tommaso I, Tate M, Allen P, et al. Young people have their say: What makes a youth-friendly general practice?
Australian Family Physician. Février 2017 ; Volume 46 ; Numéro 1/2 ; Page 70.
45. Yassaee AA, Hargreaves DS, Chester K, Lamb S, Hagell A, Brooks FM. Experience of Primary Care Services Among Early Adolescents in England and Association With Health Outcomes.
Journal of Adolescent Health. Avril 2017 ; Volume 60 ; Numéro 4 ; Pages 388-394.
46. Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature.
Journal of Adolescence. Août 2007 ; Volume 30 ; Numéro 4 ; Pages 639-653.
47. Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM.. Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians.
Medical Care Research and Review. Décembre 2008 ; Volume 65 ; Numéro 6 ; Pages 696-712.
48. Robertson R, Dixon A, Le Grand J. Patient choice in general practice: the implications of patient satisfaction surveys.
Journal of Health Services Research and Policy. Avril 2008 ; Volume 13 ; Numéro 2 ; Pages 67-72.
49. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction.
British Medical Journal. Mai 1992 ; Volume 304 ; Numéro 6837 ; Page 1287.
50. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambersten G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice.
BMC Family Practice. Juin 2009.
51. Gérard L, François M, De Chefdebien M, Saint-Lary O, Jami A. The patient, the doctor, and the patient's loyalty: a qualitative study in French general practice.
British Journal of General Practice. Novembre 2016 ; Volume 66 ; Numéro 652 ; Pages 810-818.
52. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.

53. Sanselme A-E. La place de l'humour dans la consultation de médecine générale: étude qualitative sur le ressenti des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg. Faculté de médecine ; 2012.
54. Klostermann BK, Slap GB, Nebrig DM, Tivorsak TL, Britto MT. Earning trust and losing it: adolescents' views on trusting physicians.
Journal of Family Practice. Août 2005 ; Volume 54 ; Numéro 8 ; Pages 679-687.
55. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey.
British Journal of General Practice. Octobre 2003 ; Pages 53 ; Numéro 495 ; Page 798.
56. Churchill R, Allen J, Denman S, Williams D, Fielding K, von Fragstein M. Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour?
British Journal of General Practice. Décembre 2000 ; Volume 50 ; Numéro 461 ; Pages 953-957.
57. Britto MT, Tivorsak TL, Slap GB. Adolescents' needs for health care privacy.
Pediatrics. Décembre 2010 ; Volume 126 ; Numéro 6 ; Pages 1468-1476.
58. Carlisle J, Shickle D, Cork M, McDonagh A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration.
Journal of Medical Ethics. Mars 2006 ; Volume 32 ; Numéro 3 ; Page 133.
59. Malik R, Oandasan I, Yang M.. Health promotion, the family physician and youth: improving the connection.
Family Practice. Octobre 2002 ; Volume 19 ; Numéro 5 ; Pages 523-528.
60. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK).
Journal of Adolescence. Août 2011 ; Volume 34 ; Numéro 4 ; Pages 685-693.
61. L'adolescent et son médecin: avec ou sans les parents.
Société Française de Documentation et de Recherche En Médecine Générale. Octobre 2009 ; Numéro 559 ; Disponible sur: <http://www.unaformec.org>
62. Bravender T, Lyna P, Tulskey JA, Østbye T, Alexander SC, Dolor RJ, et al. Physicians' Assurances of Confidentiality and Time Spent Alone With Adolescents During Primary Care Visits.
Clinical Pediatrics (Philadelphia). Octobre 2014 ; Volume 53 ; Numéro 11 ; Page 1094.
63. Donovan C, Mellanby AR, Jacobson LD, Taylor B, Tripp JH. Teenagers' views on the general practice consultation and provision of contraception. The Adolescent Working Group.
British Journal of General Practice. Novembre 1997 ; Volume 47 ; Numéro 424 ; Pages 715-718
64. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems?

- The Medical Journal of Australia ; Octobre 2007 ; Volume 187 ; Numéro 7 ; Pages 35-39.
65. Churchill R. Young People: Understanding the Links Between Satisfaction With Services and Their Health Outcomes in Primary Care.
Journal of Adolescent Health. 2017 ; Numéro 60 ; Pages 358-359.
 66. Roberts J, Crosland A, Fulton J. I Think This Is Maybe Our Achilles Heel, Exploring GPs' Responses to Young People Presenting with Emotional Distress in General Practice: A Qualitative Study.
British Journal of General Practice. Mai 2014 ; Volume 64 ; Numero 622 ; Pages 254-261.
 67. Bien-être corporel et image de soi : des adolescents équilibrés et conscients des normes véhiculées par la société.
Résultats de l'enquête fondation Pfizer. Octobre 2014. Disponible sur <http://m.ipsos.fr>
 68. Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study.
British Journal of General Practice. Décembre 2006 ; Volume 56 ; Numero 533 ; Page 924.
 69. Aarseth S, Dalen I, Haavet OR. Encouraging adolescents to contact their GP: a community-based trial.
British Journal of General Practice.. Mai 2014 ; Volume 64 ; Numero 622 ; Pages 262-267.
 70. Roberts J, Crosland A, Fulton J. Patterns of engagement between GPs and adolescents presenting with psychological difficulties: a qualitative study.
British Journal of General Practice. Mai 2014 ; Volume 64 Numéro 622 ; Pages 246-254.
 71. Peyrebrune C. De la cacophonie à la polyphonie, le travail du généraliste avec l'adolescent et un tiers.
Archives de Pédiatrie. Volume 13 ; Numéro 6 ; Pages 741-743
 72. Shraim M, Blagojevic-Bucknall M, Mallen CD, Dunn KM.. The association between GP consultations for non-specific physical symptoms in children and parents: a case-control study.
PLoS One. Septembre 2014 ; Volume 9 ; Numéro 9
 73. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient, Summary.
Santé Publique. Mars 2007 ; Volume 19 ; Numéro 3 ; Pages 241-252.

TABLE DES MATIERES

Partie I : INTRODUCTION.....	1
Partie II : MATERIEL ET METHODE.....	4
1. Matériel.....	5
1.1. Echantillon.....	5
1.1.1. Médecins généralistes.....	5
1.1.2. Adolescents.....	5
1.2. Enregistrements.....	6
1.3. Canevas d’entretien.....	6
1.3.1. Médecins généralistes.....	7
1.3.2. Adolescents.....	7
2. Méthode.....	8
2.1. Choix de la méthode.....	8
2.2. Technique de recueil des données.....	8
2.3. Processus d’analyse.....	8
2.4. Les investigatrices.....	9
2.5. Aspects éthiques.....	9
2.6. Déclaration à la CNIL.....	9
2.7. Bibliographie.....	10
2.8. Répartition du travail.....	10
Partie III : RESULTATS.....	11
1. Adolescents.....	12
1.1. Analyse descriptive.....	12
1.1.1. Description de l’échantillon.....	12
1.1.2. Les entretiens.....	13
1.2. Résultats de l’analyse des données.....	13
1.2.1. Les atouts du médecin généraliste.....	13
1.2.2. Les limites de la relation de soins.....	15
1.2.3. Les attentes de l’adolescent.....	17
1.2.4. Les émotions de l’adolescent.....	18
1.2.5. L’adolescent, entre dépendance aux parents et autonomie.....	21

2. Médecins.....	23
2.1. Analyse descriptive.....	23
2.1.1. Description de l'échantillon.....	23
2.1.2. Les entretiens.....	24
2.2. Résultats de l'analyse des données.....	24
2.2.1. Les atouts du médecin généraliste.....	25
2.2.2. Les limites de la relation de soins.....	26
2.2.3. Ce que le médecin souhaite apporter à l'adolescent.....	30
2.2.4. Ce que le médecin ressent face à l'adolescent.....	32
2.2.5. Les particularités de la consultation avec l'adolescent.....	35

Partie IV : DISCUSSION.....43

1. Forces et limites de l'étude.....	44
1.1. Intérêt de l'étude.....	44
1.2. Analyse du matériel et de la méthode.....	44
1.2.1. Le choix de la méthode qualitative.....	44
1.2.2. La population d'étude.....	45
1.2.2.1. Les médecins.....	45
1.2.2.2. Les adolescents.....	45
1.2.3. La méthode d'enregistrement.....	45
1.2.4. Les entretiens.....	46
1.2.4.1. Technique d'entretien.....	46
1.2.4.2. Le rapport à l'investigateur.....	46
1.2.4.3. Entretiens « médecins ».....	46
1.2.4.4. Entretiens « adolescents ».....	47
1.2.4.5. Lieu d'entretien.....	47
1.3. Validité de l'étude.....	48
1.3.1. Validité interne.....	48
1.3.1.1. Triangulation des données.....	48
1.3.1.2. Nombre d'entretiens et saturation des données.....	48
1.3.2. Validité externe.....	49
2. Discussion des résultats et comparaison à la littérature.....	50
2.1. Accessibilité / Disponibilité.....	50
2.1.1. Les consultations.....	50

2.1.2. Visions sur l'adolescence.....	50
2.1.3. Temps, charge de travail et disponibilité.....	51
2.1.4. Accessibilité.....	52
2.1.5. Référent « santé ».....	52
2.2. Confiance.....	53
2.2.1. Satisfaction.....	53
2.2.2. Connaissance et suivi.....	54
2.2.3. Attitude, tutoiement et utilisation de l'humour.....	54
2.2.4. Qualités relationnelles.....	55
2.2.5. Âge et genre.....	55
2.2.6. « Médecin de famille ».....	56
2.2.7. Compétence.....	56
2.2.8. S'adapter, les respecter, les traiter en adulte.....	57
2.3. Intimité / Confidentialité.....	57
2.3.1. Secret médical.....	57
2.3.2. Pudeur.....	58
2.3.3. Difficultés d'expression.....	58
2.3.4. Sujets sensibles	60
2.3.5. Peur du jugement.....	61
2.3.6. Le rapport au corps.....	61
2.4. Connaissance du rôle du médecin généraliste.....	62
2.4.1. Prise en charge psychologique.....	62
2.4.2. Confidences.....	62
2.4.3. Prise d'autonomie.....	63
2.5. Le vécu des médecins.....	63
2.5.1. Difficultés à être neutre.....	63
2.5.2. Difficultés liées à l'adolescent.....	64
2.5.3. Différence entre filles et garçons.....	64
2.6. Le parent.....	65
2.6.1. Le trinôme.....	65
2.6.2. Les demandes.....	65
2.6.3. Les motifs cachés.....	66
2.6.4. L'influence du parent.....	66
2.6.5. La place du parent en consultation.....	67

2.7. Aides possibles.....	68
2.7.1. Visite systématique.....	68
2.7.2. Un bon carnet d'adresse.....	68
2.7.3. Une formation adaptée.....	69
2.7.4. Supports papiers ou numériques.....	69
Partie V : CONCLUSIONS.....	70
Annexes.....	74
Annexe 1 : Pré-requis.....	75
Annexe 2 : Guides d'entretien.....	76
Annexe 3 : Fiches d'information et de consentement.....	78
Annexe 4 : Déclaration CNIL.....	84
Annexe 5 : Données sociodémographiques des adolescents et médecins de l'étude.....	85
Annexe 6 : Grilles d'analyses et extraits de verbatims.....	87
Annexe 7 : Nuages de mots-clés.....	94
Annexe 8 : Tableaux de répartition des occurrences.....	96
Annexe 8 : Verbatims.....	98
Bibliographie.....	99
Table des matières.....	106

Anaïs BERTRAND

QUELLE EST LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI DE L'ADOLESCENT ?

RESUME :

INTRODUCTION : La santé des adolescents est un enjeu majeur de santé publique. Le médecin généraliste est la pierre angulaire des soins primaires, acteur privilégié des actions d'éducation et de prévention essentielles à l'adolescence. Nous avons donc cherché à étudier la place du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent.

MATERIEL ET METHODE : Une recherche qualitative basée sur des entretiens individuels semi dirigés a été réalisée en région Auvergne-Rhône-Alpes. Des médecins généralistes et des adolescents volontaires ont participé à l'étude. Les entretiens ont été retranscrits intégralement, puis analysés thématiquement. Une triangulation des données a été réalisée.

RESULTATS : 40 entretiens (20 médecins et 20 adolescents) ont été réalisés entre janvier 2016 et aout 2017. Pour les participants, le médecin généraliste est un référent santé pour l'adolescent. Source de soins, il l'accompagne aussi dans sa prise d'autonomie. Toutefois, il n'est pas un recours en cas de problèmes psychologiques. Il est facile d'accès, en dépit du délai d'obtention d'un rendez-vous ou de la problématique du paiement. Sa qualité de médecin de famille et le suivi au long cours mettent en confiance le jeune. Sa proximité avec le parent lui permet d'être mieux informé, mais entraîne chez l'adolescent la peur d'une rupture du secret médical. Cette proximité est aussi un frein au dialogue sur les conduites à risques. La pudeur et l'attitude déstabilisante de l'adolescent peuvent rendre le dialogue difficile. Le parent constitue à la fois une présence rassurante et un frein à l'autonomisation du jeune. Il modifie son comportement en consultation et certains sujets délicats ne peuvent pas être abordés en sa présence.

CONCLUSION : Malgré les obstacles existants, le médecin généraliste semble avoir une place privilégiée dans le suivi de l'adolescent. Elle pourrait être renforcée par une meilleure information de ce dernier sur le rôle global du médecin généraliste. Celui-ci doit développer des qualités relationnelles pour encourager l'adolescent à s'exprimer.

MOTS CLES : adolescent, médecin généraliste, relation, consultation, parent, proximité.

JURY

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET
Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Monsieur le Docteur Humbert DE FREMINVILLE

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 24 octobre 2017

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 8 rue Elie Paris, 69003 Lyon

EMAIL : bertrand.anais@wanadoo.fr