



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTE DE PHARMACIE
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

THÈSE n°11

THÈSE

Pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 2024 par

Mme LACOUR Océane
Née le 14 Novembre 1999 À Viriat (01)

**Les besoins d'accompagnement des adolescents et leurs familles :
exploration du point de vue des pharmaciens d'officine.**

JURY

Présidente du jury

Dr. MOUCHOUX Christelle, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Directrice de thèse & Tutrice pédagogique

Dr. HOEGY Delphine, Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier

Autres membres du jury :

Dr. VERGOBBI Fabien, Pharmacien d'officine

Dr. TERRIER Cassandre, Pharmacien d'officine

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Christophe VITON
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTÉ

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

- **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**
Monsieur Xavier ARMOIRY (PU-PH)
Madame Claire GAILLARD (MCU)
- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**
Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBault (PU)
Monsieur Vincent GROS (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH-HDR)
Madame Pascale PREYNAT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU-HDR)
- **SANTE PUBLIQUE**
Monsieur Claude DUSSART (PU-PH)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**
Monsieur Pascal NEBOIS (PR)
Madame Amanda GARRIDO (MCU)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU-HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU-HDR)
- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**
Monsieur Marc LEBORGNE (PR)
Monsieur Thierry LOMBERGET (PR)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU-HDR)
Monsieur François HALLE (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**
Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (PR)
Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)
- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**
Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (PU-PH)
Madame Catherine RIOUFOL (PU-PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU-PH)
Monsieur Teddy NOVAIS (MCU-PH)
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)
Madame Delphine HOEGY (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANNO (MCU)
Madame Chloë HERLEDAN (AHU)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
ISPB -Faculté de Pharmacie Lyon

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET PHARMACIE GALENIQUE

- **CHIMIE GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**
Monsieur Raphaël TERREUX (PR)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)

- **CHIMIE ANALYTIQUE**
Madame Anne DENUZIERE (MCU)
Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)
Madame Christelle MACHON (MCU-PH)
Monsieur Waël ZEINYEYEH (MCU)

- **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**
Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (PR)
Madame Stéphanie BRIANCON (PR)
Monsieur Fabrice PIROT (PU-PH)
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Danielle CAMPIOLARRUDA (MCU)
Madame Ghania HAMDI-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Madame Giovanna LOLLO (MCU-HDR)
Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)
Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)
Madame Eloïse THOMAS (MCU)

Guillaume PLET (ATER)

- **BIOPHYSIQUE**
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (PR)
Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)
Madame Sophie LANCELOT (MCU-PH-HDR)
Madame Elise LEVIGOUREUX (MCU-PH)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**
Madame Valérie SIRANYAN (PR)
Madame Maud CINTRAT (MCU)

- **ECONOMIE DE LA SANTE**
Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU-HDR)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU-HDR)

- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**
Madame Maryem RHANOUI (MCU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**
 - Monsieur Jérôme GUITTON (PU-PH)
 - Madame Léa PAYEN (PU-PH)
 - Madame Francesca ANGILERI (MCU)
 - Monsieur David BARTHELEMY (AHU)
- **PHYSIOLOGIE**
 - Madame Elise BELAIDI (PU)
 - Madame Kiao Ling LIU (MCU)
 - Monsieur Ming LO (MCU-HDR)
- **PHARMACOLOGIE**
 - Monsieur Laurent BOURGUIGNON (PU-PH)
 - Monsieur Sylvain GOUTELLE (PU-PH)
 - Monsieur Luc ZIMMER (PU-PH)
 - Monsieur Roger BESANCON (MCU)
 - Madame Evelyne CHANUT (MCU)
 - Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
 - Monsieur Romain GARREAU (AHU)
- **COMMUNICATION**
 - Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)
- **ENSEIGNANTS CONTRACTUELS TEMPS PARTIEL**
 - Madame Pauline LOUBERT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
 - Monsieur Vincent LESCURE (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
 - Madame Hortense PRELY (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**
 - Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
 - Madame Morgane GOSSEZ (MCU-PH)
 - Monsieur Sébastien VIEL (MCU-PH-HDR)
 - Madame Anaïs NOMBEL (AHU)
- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**
 - Madame Christine VINCIGUERRA (PU-PH)
 - Madame Sarah HUET (MCU-PH)
 - Monsieur Yohann JOURDY (MCU-PH)
- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**
 - Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH)
 - Madame Florence MORFIN (PU-PH)
 - Madame Veronica RODRIGUEZ-NAVA (PR)
 - Monsieur Didier BLAHA (MCU-HDR)
 - Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
 - Monsieur Alexandre GAYMARD (MCU-PH)
 - Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH-HDR)
 - Madame Emilie FROBERT (MCU-PH)
 - Monsieur Jérôme JOSSE (MCU)
 - Madame Floriane LAUMAY (MCU)

REMERCIEMENTS



Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes que j'ai pu rencontrer au sein de la faculté, ou dans le monde professionnel, pour leur aide dans la réussite de mes études :

À ma présidente de jury, Madame Christelle MOUCHOUX, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse,

Merci beaucoup.

À ma directrice de thèse, Madame Delphine HOEGY, Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier.

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse, pour avoir pris le temps de m'accompagner et de me conseiller malgré votre planning chargé,

- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**
Monsieur Philippe LAWTON (PR)
Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)
Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU-HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**
Madame Pascale COHEN (PR)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (PR)
Madame Emilie BLOND (MCU-PH)
Monsieur Karim CHIKH (MCU-PH)
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU-PH-HDR)
Monsieur Anthony FOURIER (MCU-PH)
Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU-HDR)
Monsieur Alexandre JANIN (MCU-PH)
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU-HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Monsieur Jordan TEOLI (AHU)
- **BIOLOGIE CELLULAIRE**
Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)
Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU-HDR)

INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (PR)
Monsieur Philippe LAWTON (PR)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Valérie VOIRON (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

PR : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHU : Praticien hospitalo-universitaire
MCU : Maître de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
HDR : Habilitation à Diriger des Recherches
AHU : Assistant Hospitalier Universitaire
ATER : Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

Aux membres de mon jury,

Madame Cassandra TERRIER, Pharmacien d'officine,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, et pour tes conseils durant ces dernières années d'études,

Monsieur Fabien VERGOBBI, Pharmacien d'officine,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, pour m'avoir donné ma chance en pharmacie, et pour tous les stages réalisés au sein de votre officine,

Merci infiniment à tous les deux.

Aux pharmaciens d'officine qui ont accepté de participer à cette étude,

Pour avoir pris le temps de répondre à mon entretien,

Merci beaucoup.

À toute l'équipe de la Pharmacie Vergobbi à Pont-de-Vaux,

Pour m'avoir accordé en premier votre confiance : de mon premier stage en 2ème année, jusqu'à celui de 6ème année, pour ce que vous m'avez appris pendant ma formation,

Merci pour ces semaines de découvertes très instructives.

À toute l'équipe de la Pharmacie du Grand Sud à Mâcon : Madame Barraud, Sabrina, Héloïse, Cassandra, Emilie, Morgane, Véronique, Claire, Maëlle

Pour m'avoir accueilli chaleureusement, et avec bienveillance,

Pour m'avoir permis de découvrir le monde de la pharmacie, pour ce que vous m'avez appris chaque samedi et chaque période de vacances, pour les connaissances que vous avez su me transmettre,

Merci pour votre accueil, votre aide, et votre soutien.

Je remercie également mes proches, qui m'ont soutenue dans l'accomplissement de ma formation.

À mes parents,

Pour votre tendresse et votre amour,

Pour avoir toujours cru en moi et pour m'avoir soutenue,

Pour m'avoir permis de réaliser ces études et m'avoir donné les moyens de réussir. Sans vous cela n'aurait pas été possible,

Merci infiniment, je vous aime.

À mes grands-parents,

Pour votre affection, et votre gentillesse,

Pour m'avoir accompagné, et encouragé tout au long de ces études,

Merci pour tout.

À toute ma famille,

Pour votre soutien, et pour m'avoir motivé pendant toutes ces années,

Merci.

À tous mes amis de faculté,

Ceux de ma promo officine, pour ces années passées à vos côtés.

Une mention spéciale pour Popo, ma binôme au début de ces études, pour les bons et les mauvais moments, pour les fous-rires en TP. Je te souhaite le meilleur pour la suite de ta vie professionnelle,

Merci pour votre amitié.

INTRODUCTION	18
PARTIE I : L'adolescence	19
I. La métamorphose physique	20
1. Le développement statural	21
2. Le développement des caractères sexuels.....	21
a. Chez les filles	21
b. Chez les garçons	22
3. Les changements pubertaires	22
a. L'acné	22
b. La séborrhée.....	24
c. La transpiration excessive.....	24
II. La métamorphose psychique	25
1. Le développement psychique.....	25
a. Le développement cognitif et psychique.....	25
b. Le développement social.....	26
c. Le développement identitaire.....	26
2. Relation avec les parents	28



SOMMAIRE

PARTIE II : La santé des adolescents.....	30
I. La sexualité.	31
1. Les infections sexuellement transmissibles (IST)	32
a. Définition.....	32
b. Les IST les plus fréquentes	32
c. Les symptômes.....	32
d. Les traitements	33
e. Les mesure de prévention et de protection.....	33
i. Le préservatif.	33
ii. La vaccination.....	34
iii. Le dépistage	35
iv. La prophylaxie pré-exposition (PrEP)	36
v. Le traitement post-exposition.	37
2. Les différents moyens de contraception.....	37
a. Les méthodes hormonales	37
b. Les méthodes mécaniques.	39
c. Autres méthodes contraceptives	39
i. Les méthodes contraceptives naturelles	39
ii. Les méthodes contraceptives définitives	40
d. La contraception d'urgence	40
II. Les troubles des conduites alimentaires.	41
1. L'anorexie mentale.....	43
a. Définition.....	43
b. Épidémiologie et population à risque	43
c. Diagnostic.....	44
d. Prise en charge thérapeutique	44
e. Les complications.	45
2. La boulimie.	46
a. Définition.....	46
b. Épidémiologie et population à risque.	46
c. Diagnostic.....	47
d. Prise en charge thérapeutique.	47
e. Les complications.....	48
3. L'hyperphagie boulimique.	49
4. Évolutions et recherche.....	49
III. Les conduites addictives	50
1. Le tabac	51
a. Quelques chiffres	51
b. La « Puff » ou produit de vapotage jetable	51
c. Les conséquences sur la santé.....	53
i. La dépendance	53
ii. De multiples répercussions sur la santé.....	54
d. Tabac et grossesse.	55
e. Aide et prise en charge thérapeutique	56
2. L'alcool.....	57
a. Quelques chiffres.....	57

b. La consommation d'alcool des adolescents	57
c. Les conséquences sur la santé	58
d. L'alcool et la grossesse.	59
e. L'alcool et la loi	60
f. Aide et prise en charge thérapeutique	60
3. Les drogues	61
a. Quelques chiffres	61
b. Les conséquences sur la santé.....	61
c. Les nouveaux produits de synthèse (NPS)	62
d. Les drogues et la loi.....	63
e. Aide et prise en charge thérapeutique	64
4. Les jeux vidéos	64
a. Quelques chiffres.....	64
b. De multiples facteurs de risque..	65
c. Les risques et les conséquences.	65
d. Aide et prise en charge thérapeutique	66
5. Autres types d'addictions.	67
a. Les jeux d'argent et de hasard.....	67
b. Les médicaments psychotropes.	69
IV. Santé mentale et troubles psychiques des adolescents.....	67
1. L'anxiété.....	70
a. Définition et épidémiologie.....	70
b. Les mécanismes pharmacologiques de l'anxiété.	70
c. Une vulnérabilité multifactorielle	70
d. Diagnostic et prise en charge	71
2. La dépression	72
a. Définition et épidémiologie	72
b. Facteurs de risques de la dépression	73
c. Les mécanismes neurobiologiques	73
d. Diagnostic	73
e. Prise en charge thérapeutique.	74
3. La psychose	74
a. Définition et épidémiologie.....	74
b. Facteurs de risque	74
c. Diagnostic et prise en charge thérapeutique	75
4. Les conduites suicidaires.....	75
a. Définition et épidémiologie.....	75
b. Facteurs de risque	76
c. Diagnostic et prise en charge.....	76
d. L'automutilation.....	77
5. COVID-19 et santé mentale des adolescents	77
V. La scolarité.....	78
1. La phobie scolaire.....	79
a. Définition	79
b. Des signes annonciateurs	80
c. Les causes.....	80
d. Prise en charge.....	80
2. Le harcèlement.....	81
a. Définition.....	81

b. Le harcèlement scolaire.....	81
c. Le cyberharcèlement	82
d. Des signes d’alerte.....	82
e. Les causes et les conséquences	83
f. Lutte contre le harcèlement et sanction.....	83
3. Le décrochage scolaire.....	84
a. Définition.....	84
b. Des facteurs responsables du décrochage scolaire.....	84
c. Décrochage scolaire et COVID-19.....	85
d. Solutions et moyens de lutte mis en place.....	86



PARTIE III : Accompagnement de proximité et rôle du pharmacien d’officine.....87

I. Rôle de proximité.....88

II. Règles et devoirs des pharmaciens.....88

- | | |
|--|----|
| 1. Les devoirs généraux des pharmaciens | 88 |
| 2. Les devoirs spécifiques des officinaux..... | 89 |

III.Évolution des missions officinales90

- | | |
|---|----|
| 1. Les missions de prévention..... | 91 |
| a. La vaccination..... | 91 |
| b. Les tests rapides d’orientation diagnostic (TROD)..... | 92 |
| c. Le dépistage du cancer colorectal..... | 93 |
| 2. Les missions d’accompagnement..... | 93 |
| a. Les entretiens pharmaceutiques..... | 93 |
| b. L’entretien court femme enceinte..... | 94 |
| 3. L’exercice coordonné..... | 94 |



PARTIE IV : Etude qualitative des besoins d’accompagnement des pharmaciens d’officine dans la prise en charge des adolescents et de leurs familles..... 96

I. Introduction.....97

II. Méthodologie.....97

- | | |
|--------------------------------|-----|
| 1. Objectif de l’étude..... | 97 |
| 2. Design de l’étude..... | 97 |
| 3. Participants à l’étude..... | 100 |

III. Résultats100

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| 1. Description de la population..... | 100 |
| 2. Analyse thématique..... | 101 |
| a. L’acné..... | 101 |

i. Expériences et connaissances.....	101
ii. Communication.....	101
iii. Axes d'amélioration.....	102
b. Stress et fatigue.....	102
i. Expériences et connaissances.....	102
ii. Communication.....	102
iii. Axes d'amélioration.....	103
c. La contraception d'urgence	103
i. Expériences et connaissances.....	103
ii. Communication.....	103
iii. Axes d'amélioration.....	104
d. Les problématiques psychologiques.....	104
i. Expériences et connaissances.....	104
ii. Communication.....	105
iii. Axes d'amélioration.....	105
e. Les douleurs menstruelles.....	105
f. Les traumatismes.....	105
g. La place des parents.....	106
IV. Discussion.....	108
1. Les forces de l'étude.....	108
2. Discussion des résultats de l'étude.....	108
a. Interprétation de l'étude.....	108
i. Thèmes évoqués.....	108
ii. Expériences et connaissances.....	109
iii. Communication.....	109
b. Axes d'amélioration en lien avec l'étude.....	110
c. Accompagnement à la parentalité.....	111
d. Les adolescents atteints de maladie chronique.....	112
3. Les limites de l'étude.....	114
IV. Conclusions.....	114
CONCLUSIONS GÉNÉRALES.....	116
Bibliographie	118

Liste des figures

Figure 1 : Évaluation de la sévérité de l'acné, selon le GEA

Figure 2 : Affiche pour la prévention des IST

Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016

Figure 4 : Affiches réalisées pour la journée mondiale des TCA

Figure 5 : Les impacts des TCA sur la santé

Figure 6 : Principaux risques liés au tabagisme

Figure 7 : Affiche de la campagne « Mois sans tabac »

Figure 8 : Affiche de sensibilisation aux dangers de l'alcool pendant la grossesse

Figure 9 : Le pouvoir addictif de différentes substances

Figure 10 : Évolution des épisodes dépressifs caractérisés par âge en fonction des années

Figure 11 : Le modèle de Konu et Rimpelä

Figure 12 : Les zones à risque d'échec scolaire sur le territoire.

Figure 13 : Les missions du pharmacien en fonction du lieu d'exercice

Figure 14 : Frise chronologique des vaccinations 2023

Figure 15 : Diagrammes des caractéristiques de l'échantillon

Liste des tableaux

Tableau 1 : Résumés des différentes étapes du développement à l'adolescence

Tableau 2 : Les différents types d'entretien

Tableau 3 : Guide pour les questions des entretiens semi-directifs

Tableau 4 : Récapitulatif des résultats de l'étude

Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CIM : Classification internationale des maladies

DIU : Dispositif intra-utérin

DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual ou Mental Disorders.
5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles
psychiatriques publié par l'Association américaine de psychiatrie

HAS : Haute autorité de santé

HPV : Human papillomavirus, ou virus du papillome humain

IMC : Indice de masse corporelle

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : Infections sexuellement transmissibles

MST : Maladies sexuellement transmissibles

NPS : Nouveaux Produits de Synthèse

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

OMS : Organisation mondiale de la santé

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

TCA : Troubles des conduites alimentaires

TDAH : Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UNESCO : L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

L'adolescence est une étape importante dans le développement de l'individu, c'est la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Durant cette période, la métamorphose enclenchée à la puberté se poursuit. Tant pour les adolescents que pour leurs parents, cette période de grands bouleversements peut être source d'angoisses, de doutes et d'interrogations.

Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé le plus facilement accessible. De par sa formation, il doit être capable d'intervenir auprès de toutes les tranches d'âge de la population, et notamment auprès des adolescents et de leurs proches. L'officinal possède diverses missions de conseil, d'accompagnement, de prévention et de promotion de la santé. Il doit donc pouvoir répondre aux problématiques les plus courantes, tout en détectant d'éventuels signaux potentiellement alarmants et orienter vers d'autres ressources.

La première partie de ce travail sera bibliographique en trois parties. Tout d'abord, le thème de l'adolescence sera abordé, en évoquant la métamorphose physique -le développement statural, le développement des caractères sexuels, les changements pubertaires comme l'acné, la séborrhée et la transpiration excessive- puis psychique -parfois source d'incompréhensions intra-familiales en détaillant la revendication identitaire et le lien adolescent-parent. Puis, sera évoqué la santé physique et psychique des adolescents, avec par exemple la sexualité et conduites addictives, la santé mentale et les problématiques de scolarité comme le harcèlement. La troisième partie détaillera le rôle du pharmacien d'officine, les règles et les devoirs de l'officinal, et l'évolution des missions officinales en terme de prévention, d'accompagnement, ou d'exercice professionnel. La deuxième partie de ce travail sera expérimentale. Il s'agira d'une étude qualitative auprès de pharmaciens d'officine pour explorer les points de vue concernant l'accompagnement des adolescents.

PARTIE I : L'adolescence



Le terme « adolescence » trouve son origine du latin *adolescere*, qui signifie « grandir », tout comme le mot adulte provient d'*adultus*, qui traduit « qui a fini de grandir » (1).

Selon l'OMS, « l'adolescence est la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé » (2).

Cependant il existe de nombreuses définitions, notamment à cause de l'âge qui fait débat. « Quand commence l'adolescence ? Généralement avec les manifestations de la puberté ? [...] Quand finit-elle ? À 18 ans (majorité légale) ? À 25 ans (fin de la maturation cérébrale) ? » (3).

Le concept d'adolescence est lié à celui de la puberté. Plus précisément, l'adolescence débute avec la puberté (4). Le terme « puberté » provient du latin *pubere*, qui signifie « se couvrir de poils ». Il s'agit donc d'une période de la vie, au cours de l'adolescence, correspondant à un phénomène biologique, de transformation naturelle de l'organisme humain (3). Autrement dit, « elle est marquée par l'acquisition des caractères sexuels secondaires, la maturation de la fonction sécrétoire gonadique, l'acquisition des fonctions de reproduction et une accélération de la vitesse de croissance staturale jusqu'à la taille définitive » (5). La puberté permet donc le passage de l'enfance à l'âge adulte.

Cette étape du développement est caractérisée par des bouleversements hormonaux, physiques, psychologiques, et affectifs, intenses. Cette mutation se traduit donc par une transformation du corps, une revendication identitaire, un désir de normalité, une identification au groupe de pairs, à la nécessité de tester ses limites, et de s'essayer à des conduites à risque, et une adaptation des rôles familiaux (6).

Autrement dit, pendant l'adolescence, l'enfant subit de nombreux changements physiques, intellectuels et émotionnels, d'une telle intensité jusqu'alors méconnue pour lui (7).

La pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto, utilise l'expression « complexe du homard » pour traduire les multiples modifications rencontrées par les adolescents. En effet, tel un homard l'enfant abandonne progressivement sa première carapace pour s'en procurer une nouvelle. Le temps d'acquiescer sa deuxième protection, l'enfant est vulnérable et sans défense (8). Selon elle, l'adolescence correspond à une « seconde naissance » (7).

I. La métamorphose physique

Au déclenchement de la puberté, l'axe hypothalamo-hypophysaire qui intervient déjà dans la régulation de grandes fonctions physiologiques de l'organisme, se réactive et produit les hormones destinées à agir sur les organes sexuels, permettant ainsi leur développement. Les organes féminins sont les ovaires, et les organes masculins sont les testicules. De par cette stimulation hormonale, les gonades vont commencer à sécréter des hormones sexuelles : les œstrogènes chez les filles, et la testostérone chez les garçons. Par conséquent, cette production d'hormones sexuelles aboutit aux importants changements de la puberté (4).

1. Le développement statural

L'évolution staturale se manifeste par une augmentation de la taille. En parallèle, se produit le développement musculaire ainsi que la maturation osseuse. Cette dernière se traduit avec l'apparition des derniers points d'ossification, notamment l'os sésamoïde du pouce (5). Le pic de croissance survient généralement au début de la puberté. Le squelette va s'allonger, se modifier et mûrir.

Ce développement résulte de multiples interactions : hormonales (avec la growth hormone, la ghréline, les hormones sexuelles, les hormones thyroïdiennes, le métabolisme phosphocalcique), génétiques, et environnementales.

Chez les filles, ce pic commence en moyenne autour de l'âge de 10-11 ans, et se poursuit jusqu'aux premières règles, vers l'âge de 14-16 ans. À ce moment-là, la croissance se ralentit puis s'arrête.

En revanche, chez les garçons, le pic de croissance se produit un peu plus tard, autour de l'âge de 12 ans et se maintient jusque vers 16-17 ans (5).

L'évolution du poids et de la taille est très régulièrement suivie par le pédiatre ou médecin généraliste. Pour cela, ils s'appuient sur les courbes de croissance : une pour les filles et une autre pour les garçons, permettant de vérifier que l'adolescent se développe normalement (9).

2. Le développement des caractères sexuels

a. Chez les filles

Chez les filles, la sécrétion d'œstrogènes par les gonades provoque les modifications caractéristiques de la puberté.

L'augmentation et le changement de l'apparence des seins, sont une transformation conséquente chez la jeune fille. L'apparition des poils pubiens, et axillaires, se produit généralement quelques mois après le début de la puberté. Le développement intime de la vulve et des lèvres va également avoir lieu. Les pertes vaginales apparaissent quelques mois avant les premières règles. Les règles se manifestent pour la première fois autour de l'âge de 13 ans, soit environ 2 ans après le début de la puberté. Pendant cette période la croissance va être importante, s'accompagnant d'une prise de poids. Le bassin s'élargit et les formes des hanches, des fesses, et des cuisses se dessinent (4, 5, 10). Ces multiples transformations sont sources de grands bouleversements chez la jeune fille.

b. Chez les garçons

Chez les garçons, on peut séparer la puberté en deux phases.

La première se déroule entre 9 et 14 ans, avec tout d'abord une augmentation du volume des testicules marquant le déclenchement de la puberté. Puis, progressivement la pilosité pubienne et axillaire se développe. Les organes génitaux externes se modifient : la peau du scrotum devient plus foncée, la taille du pénis augmente. Parfois une gynécomastie peut se manifester en début de puberté. Elle s'explique par les modifications hormonales du corps. Il s'agit d'un phénomène normal, transitoire et modéré (4, 5, 10).

La deuxième phase apparaît plus tard, vers l'âge de 14-15 ans. Elle est marquée par l'apparition de la pilosité faciale et de la pilosité corporelle. Un autre changement majeur chez les garçons est la mue de la voix. Après avoir eu un timbre de voix instable, qui peut parfois être vécu comme

désagréable par les adolescents, cette dernière va ainsi devenir plus grave. Ce phénomène peut prendre entre 6 mois et 1 an (4, 5, 10).

Pour suivre l'évolution de la puberté, il existe la classification de Tanner. Elle permet d'évaluer et de suivre cliniquement le déroulement pubertaire de l'adolescent. Elle est divisée en 5 stades : le premier correspond à un état prépubère, et le dernier équivaut au stade adulte. Les paramètres de cette classification sont : le développement mammaire chez la fille, le développement testiculaire chez le garçon, et la pilosité pubienne pour les deux sexes (5, 11).

3. Les changements pubertaires

a. L'acné

L'acné est une pathologie cutanée très fréquente apparaissant souvent à l'adolescence chez les deux sexes. Il y a 6 millions de personnes touchées par l'acné en France, dont 60% sont des adolescents, et parmi eux 15% ont des formes sévères. Chez l'adolescent, elle dure environ 3 à 4 ans, et dans la majorité des cas disparaît spontanément entre 18 et 20 ans (12).

Les causes sont diverses et peuvent être liées à la génétique, aux hormones, à des problèmes d'hygiène. Mais souvent les modifications hormonales se produisant pendant la puberté, et en particulier la production d'androgènes, en est l'explication. C'est pourquoi elle est plus sévère chez les garçons car ce sont leurs hormones majoritaires.

La peau contient de nombreux follicules pilo-sébacés qui contiennent chacun un poil et une glande sébacée. Ces dernières sont des glandes excrétrices produisant le sébum qui constitue le film hydrolipidique cutané. Ce fluide huileux est essentiel pour la santé de la peau, et permet ainsi de la protéger. Cependant, lorsque le sébum est produit en trop grande quantité, il ne pourra pas s'écouler, ni s'éliminer comme habituellement, provoquant ainsi une obstruction des pores ou l'apparition d'acné (12).

Plus précisément, la physiopathologie de cette dermatose est composée de trois étapes (12) :

1) L'hypersécrétion sébacée : due aux androgènes qui stimulent les glandes sébacées, produisant ainsi une quantité anormale de sébum responsable de l'aspect luisant et brillant de la peau.

2) La formation des lésions rétentionnelles : avec une kératinisation anormale au niveau du canal excréteur du follicule pilo-sébacé. À ce phénomène peut s'ajouter des cellules mortes qui bouchent le canal et qui conduisent à l'absence d'évacuation du sébum.

De plus, une dilatation du follicule se crée en amont de l'obstruction ce qui entraîne la formation d'une lésion rétentionnelle appelée comédon. En fonction si ce dernier est ouvert ou fermé, on parlera respectivement de point noir ou de microkyste.

3) La des lésions



formation

inflammatoires : causée par la rupture des microkystes, qui aboutit à l'apparition soit des papules, des pustules ou des nodules.

Les modifications du fonctionnement des follicules pilo-sébacés avec l'apparition de lésions font suite à des stimuli hormonaux, mais peuvent également être dues à la prolifération d'une bactérie : *Propionibacterium acnes*. Cette dernière en proliférant sécrète des substances pro-inflammatoires (12).

Le diagnostic de cette pathologie est uniquement clinique. Son traitement est variable et dépend du stade de gravité. Selon le Global Acné Evaluation (GEA), le stade 0 correspond à une absence de lésion et le stade 5 équivaut à une très grande sévérité de la pathologie. Ainsi, en fonction de la gravité, différents traitements peuvent être proposés et mis en place. Certains peuvent agir au niveau local, d'autres sur le plan hormonal, et dans les cas les plus sévères, il peut se révéler nécessaire de prendre per-os des dérivés de rétinoïdes. Cependant ces traitements à base d'isotrétinoïne sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse, au vu du risque tératogène sur le fœtus (13). Néanmoins pour optimiser l'efficacité de ces traitements, il est indispensable d'associer quotidiennement une routine d'hygiène.

Figure 1 : Évaluation de la sévérité de l'acné, selon le GEA (14).

La complication la plus redoutée est les cicatrices (12). En effet, atteignant majoritairement le visage, elle modifie l'image corporelle des individus et notamment des adolescents à une étape fondamentale de leur vie. Cette dermatose peut avoir des répercussions psychologiques importantes chez les patients.

b. La séborrhée

La séborrhée se traduit par une sécrétion excessive de sébum par les glandes sébacées aboutissant en langage courant à la peau grasse. Elle prend un aspect luisant, brillant. Étant donné que les glandes sébacées ne sont pas réparties de la même manière sur l'ensemble des parties du corps, certaines régions seront plus touchées que d'autres. Cet aspect est visible sur la zone T du visage (front, nez, menton), mais aussi du cuir chevelu, du haut du dos, des épaules et du thorax (15).

Ce déséquilibre cutané apparaît essentiellement à la puberté chez les adolescents à cause des changements hormonaux, mais peut perdurer assez tard chez certaines personnes. De plus, il peut être influencé par certains facteurs comme : la génétique, le stress, l'âge, la saison, la pollution (16).

Une des complications fréquentes de la séborrhée est l'acné mais aussi la dermatite séborrhéique qui correspond à « l'apparition de plaques rouges, recouvertes de pellicules blanches ou jaunâtres sur les zones de peau grasse » (17). En fonction de la pathologie, différents soins quotidiens, adaptés, et locaux existent.

c. La transpiration excessive

Pendant la puberté, la transpiration peut devenir excessive chez les filles et les garçons. Ce phénomène peut devenir une véritable source d'inconfort et de complexe pendant cette période délicate.

L'intensité de la sécrétion sudorale dépend de différents facteurs comme : la chaleur, les efforts physiques, les émotions.

Dans notre corps, il existe deux types de glandes sudoripares : les glandes eccrines et les glandes apocrines.

Les glandes eccrines sont fonctionnelles dès la naissance. Leur rôle est essentiel dans la thermorégulation de l'organisme. La transpiration produite par ce type de glandes est inodore.

Les glandes apocrines entrent en action durant la puberté. Ce sont ces glandes qui sont responsables de l'odeur corporelle, et aussi de celle de la transpiration.

La sueur produite est tout d'abord inodore, puis comme elle est par la suite dégradée par des bactéries présentes sur la peau, l'odeur caractéristique de transpiration apparaît. Les aisselles sont constituées de nombreuses glandes apocrines, ainsi l'odeur qui s'en dégage sera plus intense. Cette modification d'odeur de la transpiration peut aboutir à un mal-être et une gêne chez l'adolescent (18).

Pour lutter contre ce problème, l'hygiène est l'étape indispensable. Le recours à la douche quotidienne permet d'éliminer la sueur et les mauvaises odeurs. Le port de vêtements propres, de préférence en coton, même pour les activités sportives, laissant ainsi la peau respirer. Il en est de même pour les sous-vêtements et les chaussettes. Les poils retiennent l'humidité et favorisent l'apparition des odeurs de transpiration, d'où la possibilité de s'épiler notamment les aisselles pour contrer ce phénomène (19).

Dans certains cas, la transpiration peut devenir excessive c'est ce qu'on appelle l'hyperhidrose, ou elle peut avoir une odeur anormale ou excessive c'est la bromhidrose (18).

Cette transpiration excessive peut avoir des répercussions psychologiques importantes chez les adolescents.

II. La métamorphose psychique

1. Le développement psychique

a. Le développement cognitif et psychique

Le développement cognitif est majeur à l'adolescence.

Selon Jean Piaget, vers l'âge de 11-12 ans, la pensée formelle se développe. « L'accès à la pensée formelle permet notamment à l'adolescent de raisonner et de voir le monde qui l'entoure autrement » (20). En opposition à la période de l'enfance où l'intelligence est caractérisée de concrète c'est-à-dire qu'elle est basée sur la réalité. L'intelligence formelle est dite « hypothético-déductive », c'est-à-dire que l'adolescent peut émettre des conclusions à partir d'hypothèses et non exclusivement à partir de faits réels. Il acquiert également des capacités de réflexion, d'abstraction, de logique et de raisonnement (20).

De plus, le processus de séparation-individuation se produit à l'adolescence. Ce processus modifie les relations des adolescents avec leurs parents, où ces derniers n'occupent plus la même place, ce qui aboutit petit à petit à l'aspect de séparation. Ainsi, l'adolescent acquiert la subjectivation, c'est-à-dire qu'il se perçoit comme un individu à part entière qui agit, pense, découvre le monde extérieur par lui-même, ce qui correspond au processus d'individuation (20).

b. Le développement social

La famille représente la référence sociale majeure aux yeux de l'enfant. Cependant, ce lien est transféré à l'adolescence vers le groupe de pairs. « Les pairs sont les autres du même âge que l'adolescent côtoie et qui ont de nombreux points communs avec lui » (21). Ainsi au cours de l'adolescence, le groupe de pairs occupe une place de plus en plus importante pour l'adolescent. Néanmoins, ce dernier a malgré tout besoin d'une relation avec ses parents, et avec les adultes autres que les parents pour se développer. L'influence des parents n'est donc plus dominante.

L'adolescent pour appartenir à un groupe va adopter des normes communes en terme d'apparence esthétique, d'habillement, ou culturelles avec des centres d'intérêt communs, comme la musique, les séries TV ou les livres.

L'identification à un groupe de pairs offre ainsi une impression d'appartenance et d'identité à l'adolescent. De part sa fonction sociale, le groupe de pairs permet à l'adolescent de développer son autonomie en se détachant progressivement des normes familiales lui permettant de faire ses propres choix et d'enclencher son processus d'individuation. Néanmoins, l'influence excessive des pairs peut entraîner l'adolescent dans des conduites déviantes, en suivant la morale dictée par le groupe (21).

c. Le développement identitaire

Les transformations physiques, psychiques, cognitives, ou sociales se produisant à l'adolescence sont sources de bouleversements pour l'adolescent. Il va devoir faire face à différentes questions pour savoir qui il est vraiment, ce qu'il pense de lui-même, à qui il s'identifie, ou ses aspirations. En effet, pour le psychologue Henri Wallon : « si l'ado se relance à la découverte de soi, c'est qu'il est dépaysé devant sa propre personne » (22). Ainsi selon le psychanalyste Erik Erikson, le développement identitaire est une étape essentielle dans l'évolution de l'adolescent (22).

« Construire son identité c'est apprendre à se connaître et à connaître les autres, c'est interagir avec son environnement en répondant aux exigences du milieu » (22). Différentes composantes influencent la construction identitaire de l'adolescent, comme ses expériences passées, les personnes rencontrées, l'environnement, ses attentes, où son aspiration. Selon Erikson, cette construction passe par une période d'explorations et d'expérimentations avant des engagements sur le long terme. L'adolescent doit trouver par exemple son identité scolaire ou professionnelle, sexuelle, physique, ou religieuse. Cependant ces choix ne sont font pas de manière simultanée.

Ainsi, de par ses choix, ses expérimentations, les groupes auxquels il s'identifie, l'adolescent choisit son environnement et adopte un style identitaire qui lui correspond (22).

De plus, l'adolescence représente une phase de curiosités, de défis, de prises de risque où l'adolescent recherche de nouvelles expériences, lui permettant de tester ses limites, celles des autres, et parfois d'impressionner pour être inclus au sein d'un groupe. Ces prises de risques peuvent avoir de lourdes conséquences et peuvent conduire dans certains cas à des addictions, ou des comportements se rapprochant du suicide (23).

Le tableau 1 présent ci-dessous résume par étapes de l'adolescence, les éléments principaux de développements physiques, cognitifs et psychologiques de l'adolescent.

Étapes de l'adolescence	Développement physique	Développement cognitif	Développement psychologique
<p>Début de l'adolescence</p> <p>~ 11-13 ans "Collégiens"</p>	<p>Métamorphose physique – Premiers signes pubertaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> • filles : seins, pilosité, début des menstruations, croissance staturale ; • garçons : augmentation du volume testiculaire et du pénis, pilosité, premières éjaculations, mue de la voix, augmentation de la musculature, croissance staturale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les intérêts intellectuels se développent. • Apparition de l'intelligence opératoire formelle [11], raisonnement hypothético-déductif, augmentation de la capacité d'abstraction. • La pensée formelle porte à présent sur des énoncés verbaux. • Réflexion sociétale plus approfondie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupations liées à l'image du corps, questionnements sur la normalité des transformations pubertaires. • Début du processus de séparation/individuation entraînant éventuellement des conflits avec les parents. Nécessité d'un espace intime physique et psychologique. • Influence plus importante du groupe de pairs. • Oscillation entre des comportements d'enfant et des comportements adultomorphes. • Caractère "lunatique", sautes d'humeur. Expression émotionnelle plus agie que verbalisée. • Test des règles et des limites. • Intérêt croissant pour la différence des sexes.
<p>Mi-adolescence</p> <p>~ 13-17 ans "Lycéens"</p> <p>Phase d'expérimentation et de subjectivation</p>	<p>Dernières étapes des transformations physiques de la puberté. Poursuite de la croissance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de l'augmentation de la capacité d'abstraction. • Apparition de la logique des propositions permettant d'accéder à un nombre infiniment plus grand d'opérations. • La concentration peut être perturbée par les mouvements émotionnels. • Intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. • Réflexions sur le sens de la vie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraste entre les sentiments d'invulnérabilité, de toute-puissance et un manque sous-jacent de confiance en soi. • Phase d'expérimentation et de prise de risque dans tous les domaines afin d'accéder à la construction de l'identité (processus de subjectivation). Réactions impulsives face à des situations anxiogènes ou dépressiogènes. • Tendance à la distance avec ses propres parents. • Ajustement continu au corps changeant. • Importance de réussite de l'intégration dans un groupe de pairs. Questionnements sur la normalité. • Amélioration des capacités d'expression émotionnelle. • Expérimentation des sentiments amoureux et passionnels. Intérêt augmenté pour la sexualité.
<p>Fin de l'adolescence</p> <p>17-21 ans</p> <p>Stabilisation identitaire</p>	<p>Fin de la croissance pubertaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités de mener un raisonnement complet du début à la fin. • Capacités de stabilisation des relations intimes affectives et sexuelles. • Préoccupation augmentée pour l'avenir. • Poursuite de l'intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Affirmation plus marquée de l'identité, en particulier de l'identité sexuelle. • Amélioration de la stabilité émotionnelle. • Augmentation de la préoccupation pour les autres et leurs désirs. • Meilleure confiance en soi. Augmentation de l'indépendance. • Les rapports avec les pairs restent importants, développement de relations duelles plus approfondies. • Regain d'intérêt pour les traditions et la culture.

Tableau 1 : Résumé des différentes étapes du développement à l'adolescence (24)

2. Relation avec les parents

L'adolescence est source de multiples bouleversements, et d'interrogations pour les adolescents et les parents. Cette période de changements dans le rapport à soi et aux autres, peut causer des

tensions. Des ajustements sont donc nécessaires dans la dynamique familiale, le rôle des parents, et la relation parent-adolescent. L'adolescent recherche l'autonomie, tout en ayant un besoin d'individuation en s'affirmant comme un individu à part entière qui agit, pense, découvre le monde extérieur par lui-même (25).

L'adolescent en quête d'autonomie contredit les propos de ses parents. Néanmoins, il a besoin de sentir que ces derniers veillent sur lui, tout en le protégeant. En effet, le lien avec les parents reste essentiel à cette période, mais il doit être réajusté pour permettre l'acquisition d'une autonomie.

L'adolescent établit de nouvelles relations avec les pairs qui vont devenir une nouvelle figure d'attachement.

L'adolescence est une période d'expérimentations, de conduites ou de prises de risque, s'expliquant par le besoin de tester ses limites, ou les limites notamment de son entourage. La relation parent-adolescent doit donc définir un cadre avec des limites afin que l'adolescent ait conscience de la frontière à ne pas franchir. De plus, les parents ont un rôle dans la valorisation des bons comportements, tout comme ils doivent sanctionner les mauvais. Des conflits peuvent néanmoins apparaître dans ce désir d'autonomie, sur des désaccords de la vie quotidienne, comme les devoirs, ou les sorties (25).

L'autonomie émotionnelle semble également essentielle à aborder. Comme évoqué dans la partie précédente, le processus de séparation-individuation se produit à l'adolescence. Il a été initialement décrit par la psychiatre et psychanalyste américaine Margaret Mahler en 1967 pour les bébés et les enfants. Le psychanalyste Peter Blos a étendu cette théorie en estimant qu'un deuxième processus de séparation-individuation similaire à celui décrit par Margaret Mahler se produit à l'adolescence (26). Ce processus modifie les relations des adolescents avec leurs parents, où ces derniers n'occupent plus la même place, ce qui aboutit petit à petit à la séparation. De plus, l'adolescent acquiert la subjectivation, c'est-à-dire qu'il se perçoit comme un individu à part entière qui agit, pense, découvre le monde extérieur par lui-même, ce qui correspond au processus d'individuation.

Néanmoins, comme dit précédemment la difficulté repose sur la nécessité pour l'adolescent de prendre une certaine distance avec ses parents, sans pour autant se sentir délaissé. Un équilibre est donc à trouver.

Ainsi, les parents facilitent l'autonomie et l'individuation de l'adolescent dans une relation de soutien qui se révèle indispensable (26).

À l'adolescence, de par ces transformations, le fonctionnement familial se modifie pour trouver un nouvel équilibre imposé par cette période. De plus, « la relation enfants-parents se transforme : d'asymétrique, elle devient de plus en plus symétrique sur le plan du pouvoir interpersonnel et de l'autorité » (27).

PARTIE II : La santé des adolescents



Durant l'adolescence, l'adolescent se développe et commence à acquérir des habitudes de vie. En fonction du mode de vie, de l'éducation, de l'environnement socio-culturel ou économique, les impacts sur la santé seront différents. En effet, les comportements adoptés durant cette période, et le milieu de vie sont des déterminants essentiels qui conditionnent l'état de santé futur de l'adolescent (28).

Cette jeune population est réceptive aux messages de prévention transmis. D'où l'importance de réaliser le plus tôt possible, des interventions présentant les comportements favorables à la santé, afin qu'elle puisse acquérir et adopter les bonnes attitudes ; tout cela dans le but de prévenir le développement d'un mauvais état de santé futur (28).

Selon l’OMS, la santé correspond à « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité » (29). Par cette définition, la santé est prise en compte dans sa globalité, tout en étant associée à la notion de bien-être.

Il serait acceptable de penser que l’état physique et mental des adolescents soit bon du fait de leur jeune âge (30). Cependant, selon l’OMS, à l’échelle mondiale les adolescents sont 1,2 milliard, et chaque année ce sont près de 1,1 million d’entre eux qui décèdent (31).

L’état de santé des jeunes est influencé par divers facteurs : l’alimentation et l’activité physique, la vie sexuelle, la santé mentale, l’usage de substances psychoactives, la prévention vaccinale. Les différents comportements adoptés seront soit protecteurs, soit néfastes à la santé (28).

I. La sexualité

L’adolescence avec la puberté est une période de maturations physiologiques considérables où de nouveaux besoins apparaissent. Les jeunes expérimentent leur capacité à séduire, à aimer, découvrent les relations amoureuses, et débutent très souvent dans le secret, leurs premières expériences sexuelles. Ces nouvelles découvertes peuvent susciter une tension à l’intérieur même du corps de l’adolescent, et seront très souvent sources de questionnements, d’inquiétudes, et de vulnérabilité. La sexualité est un sujet intime qui peut se révéler difficile à aborder de manière explicite. Ainsi, tous les adolescents n’ont pas reçu une approche éducative au vu du tabou que représente ce thème, et ils ne disposent donc pas des notions essentielles (32).

1. Les infections sexuellement transmissibles (IST)

a. Définition

« Les infections sexuellement transmissibles (IST), autrefois appelées maladies sexuellement transmissibles (MST), sont des infections pouvant être transmises lors des relations sexuelles, avec ou sans pénétration » (33).

Les agents infectieux responsables peuvent être des bactéries, des virus, ou des parasites. De nombreux types d’infections existent, une trentaine environ à l’heure actuelle (33). Certaines IST se soignent, mais d’autres peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé, d’où la nécessité d’avoir recours à des moyens de prévention (34).

Certaines IST peuvent également se transmettre de la mère à l’enfant, à différentes périodes : soit durant la grossesse, l’accouchement ou l’allaitement (35).

b. Les IST les plus fréquentes

Selon l'OMS, « Chaque jour dans le monde, plus d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible » (35). Les IST sont causées majoritairement par huit agents pathogènes qui peuvent être des virus, des bactéries, ou des parasites.

Les infections bactériennes sont la syphilis, causée par la bactérie *Treponema pallidum*, la gonorrhée due à *Neisseria gonorrhoeae*, ou la chlamydie provoquée par *Chlamydia trachomatis*.

Les infections virales sont l'herpès, causé par le virus de l'herpès simplex, l'hépatite B due au virus de l'hépatite B, le papillomavirus induit par le virus du papillome humain, ou le VIH provoqué par le virus de l'immunodéficience humaine.

L'infection parasitaire la plus courante est la trichomonase, causée par le parasite *Trichomonas vaginalis* (35).

Chez les 15-24 ans, les IST les plus fréquentes sont celles liées à chlamydia, au gonocoque et au papillomavirus (36). D'autres pathogènes existent comme les mycoplasmes, le pou du pubis. (37).

c. Les symptômes

Les IST peuvent être asymptomatiques. En effet, les signes d'alerte ne sont pas toujours visibles, et ne se font pas forcément ressentir. Si la personne a un doute, d'autant plus si une situation à risque s'est produite comme : un rapport sexuel non protégé, des rapports sexuels avec plusieurs partenaires, ou des antécédents d'IST ; le seul moyen de vérifier si elle est porteuse est le dépistage (38).

Mais parfois certains signes peuvent être caractéristiques d'une infection. Il faut donc être vigilant à certains symptômes qui peuvent alerter comme des pertes, ou des écoulements des parties génitales de la femme ou de l'homme, pouvant être accompagnés d'une couleur ou d'une odeur anormales, ou la présence de brûlures, de démangeaisons, de lésions sur les muqueuses, de dyspareunie, de douleurs abdominales, ou de fièvre avec de la fatigue (38). En cas de présence d'un de ces signes, une consultation médicale est nécessaire afin de rechercher la cause.

d. Les traitements

Certaines infections peuvent être guéries et d'autres pas. Mais des traitements existent permettant de maîtriser l'infection et les conséquences sur l'organisme, pour aider les personnes infectées à vivre avec leur pathologie. Chaque IST a un traitement et une prise en charge spécifiques (39).

L'OMS évoque 8 agents pathogènes majeurs responsables des IST. Parmi ces 8, 4 peuvent être soignés par un traitement médicamenteux : la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie et la trichomonase.

Les 4 autres liées exclusivement à des virus restent incurables : le VIH, l'hépatite B, le virus de l'herpès et le papillomavirus humain (35).

De plus, le traitement permet également de limiter le risque de contracter une autre IST, d'empêcher la transmission du pathogène aux partenaires, et il permet d'éviter que les symptômes se compliquent entraînant des problèmes d'infertilité, de fausse couche ou des cancers (40).

e. Les mesures de prévention et de protection

Même si des traitements existent pour soigner certaines des IST, la prévention est essentielle afin d'éviter la contamination et la transmission. Différentes méthodes existent pour se protéger. En fonction des IST, elles peuvent être différentes.

i. Le préservatif

Le préservatif est le seul moyen qui permet une protection contre la majorité des IST. Cette fonction est valable aussi bien pour le préservatif masculin, que pour le préservatif féminin.

Depuis le 1er janvier 2023, pour les personnes âgées de moins de 26 ans, certaines gammes de préservatifs sont remboursables. Pour bénéficier de la délivrance en officine, il n'est pas nécessaire de présenter une prescription médicale.

En revanche, pour les personnes âgées de plus de 26 ans, les mêmes préservatifs peuvent être remboursés à condition de présenter une ordonnance établie par un médecin ou une sage-femme (42).

Cependant dans certaines situations ce moyen de protection ne suffit pas, car il n'assure pas une protection complète. C'est le cas pour les infections à papillomavirus. En effet, la présence de lésions cutanées provoquées par le virus, peuvent ne pas être entièrement recouvertes par le préservatif, et par conséquent une contamination est possible. Dans ce cas là, un autre moyen de prévention existe : la vaccination. De plus, il s'agit du même problème lors des poussées d'herpès génital. Dans ce dernier cas, l'abstinence est alors recommandée (34).



Figure 2 : Affiche pour la prévention des IST (43)

ii. La vaccination

Nous allons tout d'abord évoquer le vaccin protégeant contre l'hépatite B. Actuellement, et ce depuis le 1er janvier 2018, tous les parents ont l'obligation de faire vacciner leurs nouveaux-nés contre le virus de l'hépatite B. Il s'agit de l'un des onze vaccins obligatoires que les bébés reçoivent dans leurs premiers mois de vie. Le schéma classique comporte 3 doses : une injection à 2 mois, une à 4 mois, et une à 11 mois (44).

Si un enfant ou un adolescent de moins de 15 ans révolus n'a pas reçu ce vaccin, un rattrapage peut être réalisé. Passé cet âge, il y a plus de risques que l'adolescent soit exposé au virus notamment lors de relations sexuelles, d'usage de drogues par voie injectable, de voyages, d'où le choix de l'âge de 15 ans révolus. Un adulte non vacciné peut néanmoins recevoir le vaccin (44).

Le choix de vacciner les enfants dès 2 mois est lié au fait que les nourrissons ont un suivi médical plus régulier concernant leurs vaccinations par rapport aux adolescents ou aux adultes. De plus, chez le nourrisson, le vaccin est particulièrement efficace : la durée de protection est considérée comme suffisante pendant des dizaines d'années, le protégeant ainsi lorsqu'il sera exposé au risque (44). De plus, une contamination est possible dès le plus jeune âge, entraînant un risque d'hépatite chronique plus fréquent que chez l'adulte (45). Ainsi cette vaccination permet d'éviter le développement d'une hépatite, d'une cirrhose ou d'un cancer.

L'autre vaccin disponible est celui contre le papillomavirus. Il est recommandé chez les jeunes filles depuis 2007, et plus récemment depuis le 1er janvier 2021, également chez les garçons âgés de 11 à 14 ans révolus. Il s'agit d'un schéma en deux doses, réalisées à six mois d'intervalle. Un rattrapage en trois doses existe pour les jeunes entre 15 et 19 ans révolus n'ayant pas reçu leurs injections. Il est préférable de réaliser le vaccin tôt, car il est plus efficace quand les adolescents n'ont pas été exposés au risque, et en l'occurrence avant les premiers rapports sexuels (46).

Ce vaccin permet de prévenir d'éventuelles lésions pré-cancéreuses ou des cancers de l'utérus. Les jeunes femmes doivent néanmoins avoir un suivi gynécologique et réaliser des frottis du col de l'utérus dès 25 ans. En effet, même si la vaccination permet de prévenir entre 70 à 90% des cas de cancers, elle ne protège pas contre tous les cancers (34).

Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, cette vaccination est possible jusqu'à l'âge de 26 ans (34).

Depuis le 9 août 2023, les pharmaciens peuvent prescrire et administrer les vaccins du calendrier vaccinal aux personnes de plus de 11 ans. Ainsi, le pharmacien sera amené à vacciner des adolescents (47).

iii. Le dépistage

D'une manière plus générale, pour les IST il est important d'avoir recours au dépistage. C'est le seul moyen de savoir s'il on est porteur d'une infection. Le dépistage régulier permet un diagnostic précoce, limitant ainsi le risque de transmission, et permettant par la suite une meilleure prise en charge, en évitant que l'infection ne se complique (48). En effet, comme évoqué précédemment, les IST peuvent être asymptomatiques. Il est essentiel de ne pas attendre d'avoir des signes pour consulter.

En fonction des IST recherchées, les modes de dépistage varient : cela peut être une prise de sang, une analyse d'urine, un examen clinique, avec si besoin un prélèvement local (49).

Dans le cas où le résultat est positif, il faut prévenir le/la partenaire, pour qu'il/elle puisse également être testé(e) (48).

Concernant la fréquence des dépistages, elle dépend des situations notamment comme la volonté d'arrêter le port du préservatif avec un partenaire, lors de symptômes gênants au niveau urinaire, ou intime, après un rapport non protégé, lors d'un projet de grossesse, ou tout simplement pour se rassurer.

Dans certains cas, notamment chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le dépistage doit être plus fréquent : environ tous les 3 mois. C'est aussi le cas pour les personnes originaires de pays où la prévalence de l'infection au VIH est élevée, et où un suivi est recommandé tous les ans, tout comme les usagers de drogues injectables (48).

Chez la femme enceinte certaines IST sont obligatoirement dépistées au troisième mois de grossesse : la syphilis et l'hépatite B. Le dépistage VIH est seulement recommandé (50).

Différents organismes existent et proposent le dépistage des IST. Les personnes peuvent notamment se rendre dans les laboratoires de biologie médicale, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), les centres de PMI (protection maternelle et infantile), ou les centres de santé sexuelle (49).

Il est important d'insister auprès des jeunes, qu'un dépistage anonyme et gratuit est tout à fait possible (48).

iv. La prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Une autre méthode de prévention existe, mais elle ne s'applique qu'au VIH. La PrEP ou prophylaxie pré-exposition est un « moyen de prévention du VIH qui repose sur la prise d'un médicament par une personne non infectée par le VIH ayant des conduites à risque d'infections »(51).

Certaines situations sont plus à risques de contamination comme notamment des personnes ayant des rapports sexuels non systématiquement protégés avec des partenaires multiples, des usagers de drogues intraveineuses qui échangeraient leurs seringues, des personnes originaires des régions où le virus circule beaucoup comme en Afrique subsaharienne (52).

Ainsi, pour se protéger ces personnes doivent prendre un traitement antirétroviral avant un potentiel risque d'exposition au virus.

Il existe deux schémas thérapeutiques qui sont choisis en fonction de la fréquence des relations sexuelles : soit le traitement est une prise quotidienne à la même heure, soit il peut être pris à la demande. Les molécules utilisées ayant prouvées leur efficacité sont présentes en un seul comprimé : l'emtricitabine associé au ténofovir disoproxil (52). L'efficacité de cette prophylaxie est conditionnée par le respect et la régularité des prises (51).

Mais il est important de préciser que la PrEP n'est pas un moyen de contraception, elle ne protège pas non plus des autres IST, et donc elle ne remplace pas l'utilisation du préservatif. Il s'agit plutôt d'une thérapeutique complémentaire, limitant la propagation du VIH au sein des populations à risque élevé (51).

v. Le traitement post-exposition

De plus, dans le cadre du VIH, il existe le traitement post-exposition ou TPE qui est un moyen de prévention. Il s'agit d'un traitement à base d'antirétroviraux donné en urgence après l'exposition à une situation, où le risque de contamination au VIH était présent. Le but de cette prophylaxie est d'empêcher l'installation du virus dans l'organisme et ainsi de rester séronégatif (53).

Il est indiqué lors de rapports sexuels non protégés, lors d'incidents relatifs au partage d'aiguilles entre usagers de drogues, ou pour les professionnels lors d'accidents d'exposition au sang (AES) (53).

Le TPE est un traitement d'urgence d'où la nécessité de se rendre aux urgences des hôpitaux le plus rapidement possible afin de bénéficier d'une prise en charge. En effet, plus le TPE est pris tôt, plus il sera efficace. Il est recommandé de le commencer dans les 4 heures suivant la situation à risque, et au maximum jusqu'à 48 heures après l'exposition. Le TPE associe plusieurs antirétroviraux. Généralement, lorsque le patient se présente aux urgences, la trithérapie est prescrite pour une durée initiale de 2 à 4 jours, le temps d'avoir les résultats des examens complémentaires (sérologie et charge virale), permettant par la suite de réévaluer le traitement et la nécessité de le poursuivre. Si le médecin estime qu'il faut prolonger le traitement, celui-ci sera pris sur une durée de 28 jours. À la suite, une surveillance sérologique sera réalisée à 3 mois, afin de vérifier la bonne efficacité du TPE et l'absence d'infection (53, 54). Au contraire de la PrEP, le TPE n'est pas dispensé en officine : il est uniquement dispensé par une pharmacie hospitalière dans le cadre d'une rétrocession.

Tout le monde peut bénéficier du TPE. Les mineurs n'ont pas besoin d'autorisation parentale.

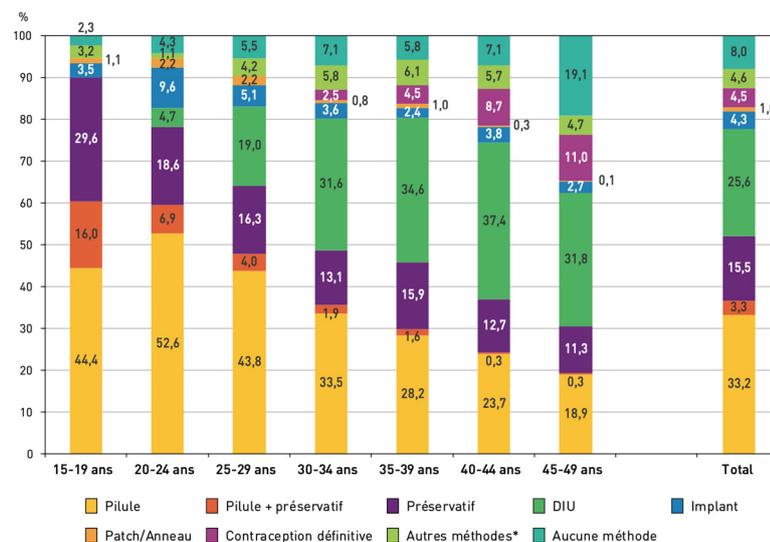
2. Les différents moyens de contraception

Le choix d'une méthode contraceptive peut se révéler difficile. En tout cas, ce choix doit être adapté à son mode de vie, ses envies, et sa santé, ce qui est un déterminant essentiel à son efficacité.

a. Les méthodes hormonales

La contraception hormonale est composée de différentes méthodes telles que : les contraceptifs oraux ou pilules, le dispositif intra-utérin (DIU) hormonal, l'implant, l'anneau, le patch, ou encore les progestatifs injectables, mais ces derniers sont peu utilisés en France (55).

Selon le dernier baromètre santé de 2016, la contraception hormonale reste actuellement la plus utilisée par les femmes, même si de plus en plus de femmes se tournent vers d'autres méthodes. Plus précisément, la pilule contraceptive se positionne en première place avec 33,2 % des femmes de 15 à 49 ans qui l'utilisent. Elle est suivie par le DIU, puis les préservatifs. Les autres méthodes sont un peu moins utilisées. Chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, 44,4% utilisent la pilule comme moyen de contraception (56).



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 3 :

Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 (56)

Ces moyens de contraception se basent sur l'administration d'hormones de synthèse : les œstrogènes et/ou la progestérone, qui sont les deux hormones impliquées dans le cycle menstruel naturel de la femme. Ces méthodes agissent de différentes manières permettant ainsi d'éviter une grossesse : elles empêchent l'ovulation ; elles épaississent la glaire cervicale pour la rendre imperméable aux spermatozoïdes entravant ainsi leur passage dans l'utérus ; et elles rendent l'endomètre plus fin, empêchant ainsi l'implantation d'un ovule fécondé (55).

Ces techniques sont séparées en deux catégories.

La première délivre une hormone de la famille des oestroprogestatifs : c'est-à-dire qu'il y a une association d'un œstrogène à un progestatif. On la retrouve dans certains contraceptifs oraux ou injectables, les anneaux vaginaux, les patches.

La deuxième délivre une hormone de la famille des progestatifs. Elle est présente dans certains contraceptifs oraux ou injectables, les DIU, les implants (55).

Les méthodes de contraception hormonale ont une bonne efficacité, mais elles peuvent être responsables d'effets indésirables notamment de céphalées, de modifications de l'humeur, d'une prise de poids, de troubles digestifs, et dans les cas les plus graves, de la formation d'un thrombus veineux ou artériel (57). De plus, elles présentent des contre-indications qui sont différentes entre les méthodes oestroprogestatives ou progestatives seules (58).

La Loi de financement de la sécurité sociale de 2022, a permis de faciliter l'accès de la contraception aux jeunes femmes. En effet, désormais il y a un remboursement intégral jusqu'à l'âge de 26 ans, et non plus seulement pour les mineures, des différents types de contraception sur prescription comme : les pilules hormonales de première ou deuxième génération, les implants contraceptifs hormonaux, et le DIU (59).

b. Les méthodes mécaniques

Il existe d'autres moyens de contraception qui contrairement aux précédents ne contiennent pas d'hormone. Leur action est purement mécanique, en empêchant la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovule (55).

La méthode la plus connue car il s'agit de la contraception la plus ancienne, est le préservatif masculin. Avec le préservatif féminin, ce sont les seules méthodes de contraception qui protègent efficacement contre les IST. Comme dit précédemment, depuis le 1er janvier 2023, pour les personnes âgées de moins de 26 ans, certaines gammes de préservatifs sont prises en charge sans ordonnance. Les personnes de plus de 26 ans peuvent également bénéficier de ce remboursement, ils doivent néanmoins présenter une prescription médicale (42).

Le DIU au cuivre fait partie des méthodes mécaniques ayant une action spermicide, c'est-à-dire qu'il rend les spermatozoïdes inactifs, sans contenir d'hormone. Chaque année, de plus en plus de femmes le choisissent (56).

Les autres méthodes comme le diaphragme, les capes cervicales, ou les spermicides peuvent être utilisées. Cependant elles ont une efficacité plus faible, et elles sont moins utilisées (55,56).

c. Les autres méthodes contraceptives

i. Les méthodes contraceptives naturelles

Certaines méthodes contraceptives peuvent être naturelles, comme par exemple : le retrait, ou les méthodes d'abstinence périodique qui consistent à éviter les rapports sexuels lors des périodes de fertilité de la femme. Ces techniques sont plus connues sous le nom de méthode des températures, méthode Billings, et méthode Ogino-Knaus (60).

Elles sont néanmoins complexes et se basent par exemple sur des mesures quotidiennes de la température corporelle, ou sur une observation rigoureuse de la glaire cervicale. Ainsi, elles demandent un apprentissage long et rigoureux, et nécessitent d'avoir des cycles réguliers. Elles sont plutôt destinées aux femmes qui veulent espacer les grossesses. Ces méthodes naturelles sont

déconseillées chez les adolescentes ou chez les femmes à l'approche de la ménopause en raison de leurs cycles irréguliers (60).

La méthode Mama se traduisant par Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée, est une autre technique de contraception naturelle possible. En effet, l'allaitement stimule la sécrétion d'une hormone : la prolactine, empêchant l'ovulation. Cependant, pour que cette méthode fonctionne, les conditions d'allaitement sont très rigoureuses, et elle n'est utilisable que pendant les six premiers mois de l'enfant (55).

À l'heure actuelle de plus en plus de femmes refusent les méthodes de contraceptions hormonales du fait de leurs implications dans certains problèmes de santé, des effets indésirables ressentis, ou par une volonté de se tourner vers un mode de vie plus sain, plus naturel (61). Elles veulent donc avoir recours à des techniques naturelles, cependant leur efficacité est assez faible et elle est proportionnelle aux soins avec lesquels elles sont utilisées (60).

ii. Les méthodes contraceptives définitives

La stérilisation peut être un autre moyen de contraception, mais contrairement aux autres, celui-ci est irréversible. Il supprime la possibilité de concevoir un enfant et nécessite une intervention chirurgicale.

La stérilisation féminine consiste à ligaturer les trompes de Fallope par lesquelles passent les ovules pour atteindre l'utérus. Elle se réalise sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation d'un à deux jours (55).

La stérilisation masculine ou vasectomie, consiste à sectionner les canaux déférents qui permettent le transport des spermatozoïdes. Elle est réalisée en ambulatoire, nécessite une anesthésie locale et dure une quinzaine de minutes (55). Contrairement à la stérilisation féminine, la vasectomie n'est pas efficace immédiatement après l'intervention. Le patient doit donc utiliser une méthode supplémentaire de contraception pendant environ 12 semaines le temps d'éliminer des voies séminales les spermatozoïdes restants (62).

Depuis 2001, c'est une intervention légale en France. Entre la première visite chez le spécialiste et la prise de décision, il faut respecter un délai de réflexion de 4 mois. Le consentement doit être libre, éclairé, et signé (63).

d. La contraception d'urgence

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé. Il en existe deux différentes : la contraception d'urgence hormonale, dite dans le langage courant : pilule du lendemain, ou le dispositif intra-utérin au cuivre (64).

Pour la méthode hormonale, deux molécules différentes peuvent être utilisées : le lévonorgestrel et l'acétate d'ulipristal. Ces spécialités se présentent comme un contraceptif à prendre par voie orale. La prise est néanmoins unique, à avaler le plus tôt possible après le rapport sexuel à risque. Le choix entre les deux molécules va dépendre essentiellement de la date de ce rapport. En effet, le lévonorgestrel a un délai d'utilisation maximal de 3 jours après le rapport à risque, contre 5 jours pour l'acétate d'ulipristal (64).

Étant donné qu'il s'agit d'une situation d'urgence, la patiente peut directement se rendre en officine pour récupérer cette contraception sans être obligée de passer chez son médecin pour obtenir une prescription.

Depuis le 1er janvier 2023, suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, toutes les femmes mineures ou majeures bénéficient d'une prise en charge intégrale de la contraception d'urgence, sans nécessité de présentation d'une prescription médicale (65).

L'autre type de contraception d'urgence est le DIU au cuivre. Il peut être posé jusqu'à cinq jours après le rapport sexuel. Cependant, la patiente doit d'abord voir un médecin, ou une sage-femme, afin d'obtenir une prescription lui permettant de le récupérer en pharmacie. Elle doit ensuite retourner voir le spécialiste une seconde fois pour que ce dernier effectue la pose du dispositif. Le remboursement sur prescription est de 60 %. Le DIU est néanmoins la contraception d'urgence la plus efficace (64).

II. Les troubles des conduites alimentaires

En France, se nourrir ne se résume pas seulement à alimenter son corps pour couvrir les besoins vitaux ou son bon fonctionnement (66). En effet, l'alimentation occupe une place importante culturellement et socialement. Les actes autour de la nourriture comme prendre ses repas avec ses proches, cuisiner, faire les courses, sont associés à des moments de plaisir, de partage et de convivialité pour la majorité des consommateurs français (67).

Il existe différents régimes alimentaires correspondant à chacun d'entre nous, et qui provoquent pour la majorité une connotation agréable. Pour la plupart, ils ne représentent pas un trouble des conduites alimentaires (66).

Mais pour certains et plus particulièrement pour certaines, car le rapport est de 1 homme pour 10 à 15 femmes, leur rapport à la nourriture constitue un véritable danger pour leur santé (68). C'est ce qu'on appelle les troubles des conduites alimentaires (TCA). En France, environ 900 000 personnes seraient touchées par un de ces troubles (69).

Selon la HAS, on appelle « troubles du comportement alimentaire les conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et induisant des troubles somatiques et psychologiques » (70). Les plus connus et documentés sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Il en existe d'autres, qui sont néanmoins moins répandus (71).

L'étiologie est mal connue, mais serait néanmoins multifactorielle : des facteurs de vulnérabilités génétiques, socioculturels, des facteurs déclenchants comme des régimes alimentaires, la puberté, ou des événements de la vie pourraient provoquer ces troubles (72).

Ce sont des maladies qui sont sources de complications parfois très graves, altérant tous les versants de la santé : physique, psychique, social, et nécessitant une prise en charge adaptée. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans (73).

Des associations ou organismes existent comme Fil Santé Jeunes ou la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), et viennent en aide aux malades et à leurs proches en proposant des lignes d'écoute, ou de la documentation (74, 75). Le 2 juin 2023, a eu lieu la huitième journée mondiale des TCA. Le thème abordait notamment l'importance de l'entourage auprès des malades.



Figure 4 : Affiches réalisées pour la journée mondiale des TCA (69)

Ces TCA sont des troubles de la santé mentale (76). Ils sont souvent la conséquence d'une détresse ou d'un malaise profond (68). Les autres troubles psychiques affectant les adolescents seront développés ultérieurement dans la partie 2, sous section IV.

1. L'anorexie mentale

a. Définition

La définition de l'anorexie mentale est retrouvée dans les classifications internationales du DSM-V et du CIM-10. Les trois critères cliniques qui la caractérisent sont fondés sur la façon de s'alimenter, le poids, et la perception de soi (77).

En effet, chez ces patients on observe une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins physiologiques, et une éviction de certains aliments qui sont souvent considérés comme trop riches, trop gras, ou trop caloriques. Ainsi, ces comportements auront pour conséquences, une perte rapide et importante de poids, qui devient significativement bas. De plus, la personne a extrêmement

peur de grossir, ainsi elle peut mettre en place des comportements pour empêcher la prise de poids, alors que ce dernier est déjà très faible et bien souvent inférieur à l'IMC normal.

La personne souffre également d'une perception altérée de son poids ou de la forme de son corps, et a le sentiment d'être toujours en surpoids. Elle refuse de reconnaître sa maigreur et va continuer de chercher à maigrir. L'apparence de son corps influence excessivement son estime d'elle-même (71, 77).

Il existe 2 types d'anorexie mentale : l'anorexie mentale restrictive, et l'anorexie mentale boulimique avec des comportements purgatifs (71).

Le premier type est dit restrictif, quand le patient entame une restriction alimentaire quantitativement et qualitativement sur une longue période. Pendant les 3 derniers mois, la personne ne doit pas avoir eu de crise de boulimie, ni de comportement compensatoire visant à éliminer cet excès de nourriture (71).

Le deuxième type correspond à l'anorexie mentale associée à de l'hyperphagie boulimique et des comportements purgatifs compensatoires. La personne atteinte va basculer dans une anorexie avec des crises de boulimie. Ensuite, pour compenser les excès alimentaires, elle va adopter des comportements compensatoires tels que des vomissements provoqués, des lavements, ou la prise de laxatifs (71). En fonction des personnes et de la capacité à supporter une restriction totale de nourriture, ces crises vont apparaître plus ou moins tôt chez les patients.

b. Épidémiologie et population à risque

L'anorexie mentale touche entre 0,9 % et 1,5 % des femmes, mais majoritairement la jeune fille entre 13 et 17 ans. Elle touche également entre 0,2 % à 0,3 % des hommes, ce qui représente 10% des cas (78). Autrement dit, ce trouble affecte beaucoup plus le sexe féminin (79).

Comme évoqué précédemment, certains facteurs de vulnérabilité ont été identifiés et influencent l'entrée dans la maladie. En effet, on peut en citer quelques-uns comme des facteurs familiaux (relations conflictuelles), génétiques (gènes de prédisposition), psychologiques (dépression, perfectionnisme), environnementaux, socioculturels (mannequins, sportifs de haut niveau) ou certains événements de la vie vécus comme difficiles voir traumatisants (puberté, séparation, abus sexuel, perte d'un proche), jouent un rôle dans le développement de la maladie (71, 78).

c. Diagnostic

Les signes d'anorexie mentale s'installent de manière insidieuse, plus ou moins rapidement. Le temps entre la reconnaissance des symptômes et le diagnostic médical peut être long. Le patient est dans le déni et ne se sent pas malade. Ainsi, c'est souvent une personne avec un regard extérieur qui va commencer à s'inquiéter et qui le poussera à consulter (78).

Ainsi certains signes doivent alerter tels qu'un changement brutal d'alimentation, une éviction de certains aliments, un refus de s'alimenter et de participer aux repas en inventant diverses excuses, une

perte de poids masquée par des vêtements larges, ou mis en avant avec des tenues ajustées, une perception altérée de soi-même en pensant être en surpoids, une volonté de maigrir, une chute de cheveux, une fatigue, des règles non régulières, un investissement excessif dans un sport ou dans les études, ou un isolement progressif (68).

Néanmoins, même si les TCA sont parfois difficiles à déceler, il est important de repérer les symptômes rapidement afin d'entamer une prise en charge précoce, ce qui améliore le pronostic (68).

Comme évoqué précédemment les classifications internationales du DSM-V et du CIM-10, permettent de poser le diagnostic d'anorexie mentale en se basant sur des critères cliniques tels qu'une restriction alimentaire, une perte de poids, une altération de l'image corporelle (77). L'aménorrhée est également très caractéristique dans le diagnostic : la jeune fille présente une absence de règle pendant au moins 3 cycles consécutifs. Cependant, il faut être vigilant à ce signe clinique qui peut être masqué par une prise de contraception (71).

d. Prise en charge thérapeutique

Une prise en charge précoce est un élément essentiel pour améliorer le pronostic et favoriser la guérison, en limitant les complications. Cependant, l'adhésion thérapeutique du malade au programme de soins peut se révéler difficile à obtenir au vu de la phase de déni dans laquelle il peut se trouver. Ainsi, l'intervention des proches et des professionnels de santé se révèle fort nécessaire afin que le malade puisse se rendre compte de son trouble et qu'il accepte une aide médico-psychologique adaptée (78).

Pour cela il est nécessaire que la prise en charge soit multidisciplinaire incluant des médecins, des psychologues, des psychiatres, afin d'aborder les versants physiques, psychologiques et sociaux.

Tout d'abord le patient bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique. Différentes thérapies peuvent être utilisées comme une psychothérapie individuelle, une thérapie familiale, ou une thérapie de groupe. Les soins psychologiques ont pour objectifs d'aider le patient à sortir de la phase de déni, et d'adhérer aux soins en acceptant notamment de normaliser son poids. Le travail sur le renforcement de l'estime de soi et la confiance est essentiel, en apprenant à s'accepter, et à renouer avec son corps. Cette prise en charge permettra également l'amélioration des relations sociales et familiales.

La deuxième partie de la prise en charge est axée sur la rééducation nutritionnelle, où une prise en charge diététique est nécessaire. Le but consiste tout d'abord à arrêter la perte de poids, pour que graduellement ce dernier se normalise. De plus, l'alimentation doit redevenir régulière, variée et suffisante pour le malade, tout en associant une notion de plaisir lors des repas (71, 77, 78).

Les patients sont préférentiellement pris en charge en ambulatoire. Cependant, si les critères médicaux, psychologiques, environnementaux s'aggravent, si le malade n'adhère pas à la prise en charge ou aux thérapies qui lui sont proposées, et qu'il s'expose à sa mise en danger, l'hospitalisation devient alors inévitable (78).

e. Les complications

À court terme, dans le cas de l'anorexie mentale, les complications majeures découlent de la de la dénutrition avec des carences en vitamines, minéraux, oligoéléments, qui peuvent également provenir des comportements associés purgatifs. L'aménorrhée est très fréquente chez les femmes ainsi qu'une chute de cheveux et la fragilisation des ongles. Une tachycardie, des convulsions, des confusions, des troubles du transit, des troubles métaboliques, ou un surrisque d'infections, sont d'autres complications pouvant survenir. Ces problématiques sont souvent réversibles lorsque le poids se normalise.

Sur le long terme, les conséquences peuvent être des problèmes de fertilité liés notamment à l'interruption des cycles menstruels, une altération de la croissance, une ostéoporose due à la carence alimentaire, le développement de troubles psychiques, des lésions dentaires s'il y a eu des vomissements provoqués, ou une récurrence de TCA (77). Ces complications altèrent considérablement le quotidien de la personne malade, notamment au niveau social et scolaire.

2. La boulimie

a. Définition

Les classifications du DSM-V, et du CIM-10 définissent la boulimie (71). Les 3 critères pour réaliser le diagnostic sont fondés sur la présence de crises boulimiques, associées à des comportements compensatoires, et une préoccupation excessive de l'image corporelle.

Dans ce trouble on peut évoquer l'existence d'une phase précédant la crise boulimique, pendant laquelle la personne ressent un mélange de sentiments de souffrance. La nourriture devient alors sa seule préoccupation pour calmer cette sensation de mal-être (80).

Ensuite, survient la crise. La personne ingère sur un temps assez court une grande quantité de nourriture, c'est ce que l'on appelle la crise de boulimie ou l'accès hyperphagique. Souvent la personne ressent une perte de contrôle sur la prise alimentaire l'empêchant de s'arrêter. Ce comportement incontrôlable peut se déclencher à n'importe quel moment du jour et de la nuit, mais très souvent en dehors des repas et en cachette par honte. Cette pulsion est appelée « craving ». Le malade ne ressent généralement aucun plaisir à ingérer ces aliments. Les aliments absorbés peuvent ne pas être cuits, ni décongelés, ni préparés, mais généralement le malade choisit des aliments gras et sucrés (81).

Par la suite, la personne ressent des regrets et un sentiment de culpabilité. Elle va donc adopter des comportements compensatoires tels qu'un jeûne prolongé, la pratique excessive d'exercice physique, des vomissements provoqués, ou la prise de certains médicaments, afin d'éviter une prise de poids. L'apparence de son corps influence excessivement son estime d'elle-même (81).

Pour poser le diagnostic, les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires doivent survenir au minimum une fois par semaine pendant trois mois (71). Lorsque les crises s'enchaînent de nombreuses fois par jour, ou par nuit, on parle d'état de mal boulimique.

b. Épidémiologie et population à risque

La boulimie touche 1,5 % des adolescents entre 11 et 20 ans. Mais généralement l'âge habituel de survenue se situe autour de 18-20 ans. La prédominance de ce trouble est féminine, avec un sex-ratio de 3 filles pour 1 garçon (81).

Les populations plus à risque de développer ce type de TCA ressemblent à celles de l'anorexie mentale (71). En effet, comme cité précédemment, certains facteurs de vulnérabilité ont été identifiés et influencent l'entrée dans la maladie. Des facteurs familiaux (relations conflictuelles), génétiques (gènes de prédisposition), psychologiques (stress, dépression, troubles bipolaires, perfectionnisme), environnementaux, socioculturels, ou certains événements de la vie vécus comme difficiles voir traumatisants (maltraitance, déception amoureuse, abus sexuel, deuil), jouent un rôle dans le développement de la maladie (81).

Parfois, quand on recherche les antécédents d'une personne atteinte de boulimie, on découvre souvent un épisode anorexique qui dans certains cas a même pu passer inaperçu. En effet, un individu accordant une grande importance à son régime alimentaire, ou en s'infligeant une privation alimentaire trop longue, peut finir par céder en ingérant compulsivement tous types de nourriture (68).

c. Diagnostic

Les symptômes de la boulimie s'installent de manière insidieuse débutant généralement à l'adolescence. Néanmoins, il s'agit d'une pathologie invisible s'expliquant par le sentiment de honte ressenti par la personne, d'où la réalisation en cachette des crises boulimiques. Les comportements compensatoires permettent le maintien relativement stable et normal du poids. De plus, la personne boulimique rencontre des difficultés à parler de ces problèmes, ce qui aboutit régulièrement à un diagnostic tardif (81).

Certains comportements peuvent néanmoins alerter comme le fait de manger très vite de grandes quantités, de se cacher pour consommer certains aliments, de se sentir coupable après l'ingestion de nourriture, de vouloir commencer un régime, d'être obsédé par son poids, de détester son corps, ou de pratiquer de manière excessive des activités physiques. Même si les premiers signes peuvent être difficiles à identifier, il est pourtant essentiel de les repérer tôt. Plus la prise en charge est précoce, plus elle permet de limiter l'évolution et les complications (68).

Comme évoqué précédemment, les classifications internationales du DSM-V et du CIM-10, permettent de poser le diagnostic de boulimie en se basant sur la présence de crises boulimiques, associées à des comportements compensatoires, et une préoccupation excessive de l'image corporelle (71). La gravité de ce trouble est déterminée par la fréquence de répétition des épisodes (81).

d. Prise en charge thérapeutique

La très forte envie de manger, qui obsède le patient et qui devient incontrôlable, est assimilée à une addiction qui nécessite une prise en charge spécialisée. Dans tous les TCA, il est nécessaire que la prise en charge soit multidisciplinaire et adaptée à chaque patient. Elle ressemble à celle de l'anorexie mentale, comportant un axe psychologique avec des approches corporelles, des psychothérapies individuelles, de groupes ou familiales, et un axe nutritionnel, avec un suivi diététique pour redécouvrir la prise alimentaire raisonnée, diversifiée et réalisée avec plaisir (81).

Le but de cette thérapie est d'aider la personne à dominer ses pulsions alimentaires en réapprenant à se nourrir de manière adaptée, tout en retrouvant son estime d'elle-même et de son corps (81).

En complément de ces thérapeutiques, il est possible d'avoir recours à des traitements médicamenteux de la famille des antidépresseurs, permettant de soulager les symptômes d'anxiété ou de dépression (81).

Un suivi médical est également instauré afin de vérifier l'état de santé général. Un bilan dentaire est réalisé, s'expliquant par les vomissements répétés qui provoquent de nombreux dommages au niveau des dents (81).

L'hospitalisation est rare. La prise en charge se réalise en ambulatoire. Cependant, l'hospitalisation peut être envisagée dans certains cas comme lors de complications, d'un épisode majeur de boulimie ou dans le cas le plus grave d'une tentative de suicide (81).

e. Les complications

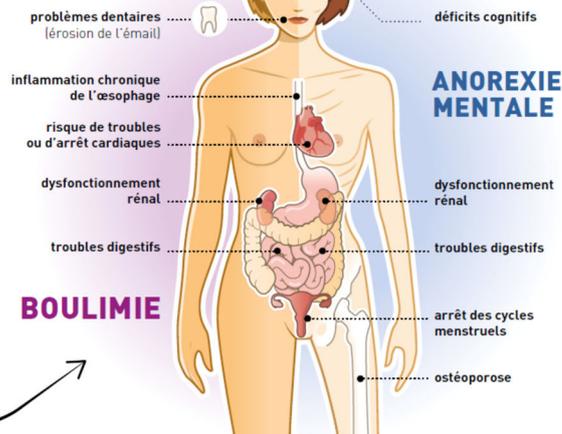
Les crises de boulimie et les comportements compensatoires associés peuvent avoir des répercussions majeures sur la santé.

Des problèmes dentaires sont courants chez ces patients, s'expliquant par les sécrétions acides remontant de l'estomac lors des vomissements provoqués. Ainsi, des complications d'altération de l'émail, des caries, ou des gingivites sont observées. L'acidité des vomissements contribuent également à l'apparition d'oesophagite, de gastrite ou de reflux gastro-oesophagien. À la suite d'efforts violents de vomissements, le syndrome de Mallory-Weiss est à rechercher (71). Il s'agit d'une déchirure longitudinale du bas de l'œsophage qui va être responsable de vomissements sanglants et de douleurs rétro-sternales. Le volume des glandes parotides peut augmenter, pour lutter contre l'acidité des sécrétions. L'hypokaliémie est une complication métabolique fréquente provoquant des troubles cardiaques. Des troubles rénaux sont également possibles. La dénutrition peut aboutir à des carences en minéraux, vitamines et oligo-éléments pouvant entraîner un retard de croissance, une perte de densité osseuse favorisant le risque d'ostéoporose futur. Des règles irrégulières peuvent être la cause d'une baisse de la fertilité (81). Le risque de récurrence est également présent.

Le patient a une perception déformée de sa propre image, ce qui altère sa propre estime. Des troubles psychologiques peuvent apparaître comme une hyperémotivité, une anxiété, une dépression et des idées suicidaires. Tout cela peut altérer la vie quotidienne, scolaire ou professionnelle, du malade (71, 81).

BOULIMIE ET ANOREXIE MENTALE : DES IMPACTS MULTIPLES

Alors que la boulimie se manifeste par des crises compulsives d'ingestion de grandes quantités de nourriture suivies de comportements compensatoires (vomissements, purgatifs...), l'anorexie mentale se traduit par un apport alimentaire insuffisant par rapport aux besoins physiologiques. L'un comme l'autre, ces troubles ont de graves impacts sur l'ensemble de l'organisme.



*Les impacts
la santé*

*Figure 5 :
des TCA sur
(82)*

3. L'hyperphagie boulimique

Ce type de TCA ressemble à la boulimie, mais diffère par l'absence de comportement compensatoire à la suite de l'ingestion de grandes quantités de nourriture. Une prise de poids très rapide est donc un signe d'alerte. Comme les malades ne pratiquent pas de comportement purgatif, ils sont très peu à consulter. Néanmoins, la prise en charge est semblable à la boulimie (71).

4. Évolutions et recherches

De nouvelles pistes de recherche sont constamment explorées.

Certains gènes seraient corrélés à plusieurs symptômes de la maladie, et notamment l'aspect de récompense lié à la maigreur. Un microbiote intestinal déséquilibré a été mis en évidence dans l'anorexie mentale, mais les données actuelles sont encore incertaines pour dire si ce déséquilibre est à l'origine de ce trouble, ou s'il en est la conséquence (77).

Un dysfonctionnement des circuits neuronaux serait impliqué dans ces troubles, ce qui a conduit les chercheurs à étudier des techniques de neuromodulation visant à influencer le fonctionnement cérébral.

La stimulation magnétique transcrânienne (TMS) est une méthode non invasive. « Les zones cérébrales sont stimulées durant plusieurs séances de quelques minutes, par l'intermédiaire de puissants aimants placés de chaque côté du crâne » (82). Ainsi, le champ magnétique qui en émerge permet de modifier l'activité neuronale. Pour le moment, les résultats obtenus sont assez partagés concernant son bénéfice dans l'anorexie ou la boulimie.

Une autre approche mais qui est beaucoup plus invasive est la stimulation cérébrale profonde où « des électrodes sont implantées définitivement dans le cerveau pour stimuler des zones bien précises, chez des patients souffrant d'anorexie mentale sévère et résistante aux thérapies habituelles » (77, 82). Autrement dit, cette technique serait utilisée en dernier recours.

D'autres évolutions sont en cours d'évaluation, comme l'utilisation de la réalité virtuelle, ou les dérèglements hormonaux notamment de la ghréline (77).

III. Les conduites addictives

La période de l'adolescence est complexe. Comme expliqué précédemment, cette période est une phase de curiosités, de défis, de prises de risque, où l'adolescent recherche de nouvelles expériences lui permettant de tester ses limites, celles des autres, et parfois d'impressionner pour être inclus au sein d'un groupe. Souvent pendant cette période a lieu l'initiation à la consommation de tabac, d'alcool, mais aussi de certaines substances illicites comme les drogues (83, 84).

Cependant, les risques pris par les adolescents en consommant ces substances licites ou illicites peuvent avoir de lourdes répercussions. En effet, la maturation et l'évolution de leur cerveau ne sont pas achevées avant l'âge de 25 ans. Ainsi, au vu de la situation de transition vers l'état adulte, leur cerveau est plus fragile vis-à-vis de la neurotoxicité des substances psychoactives consommées. Par conséquent, indépendamment du produit consommé, de la précocité de l'expérimentation ou de la période d'entrée dans la consommation, les adolescents et les jeunes adultes ont plus de risques de devenir dépendants dans les années futures (83).

L'addiction est définie précisément dans plusieurs classifications internationales comme le DSM-V, ou le CIM-10 (85).

Plus généralement, l'addiction est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance ou d'une activité, entraînant des signes physiques et psychiques, nuisibles à la santé. Elle se traduit en une incapacité à contrôler sa consommation, malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre. Autrement dit, la personne est dépendante, elle a un besoin compulsif de consommer ou pratiquer de nouveau, afin de ne pas ressentir les effets désagréables du manque. Cependant le phénomène de tolérance peut apparaître, se traduisant par une nécessité d'augmenter les doses, afin de toujours obtenir un effet similaire. Les tentatives répétées pour essayer d'arrêter ce comportement, peuvent aboutir à des rechutes si elles ne sont pas suivies par une prise en charge spécifique et adaptée (85, 86).

On distingue néanmoins deux types d'addictions. Le premier type est l'addiction à des substances psychoactives licites (alcool, tabac) ou illicites (stupéfiants). Le deuxième type correspond à une addiction sans substance ou addiction comportementale (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéos, internet...) (85).

1. Le tabac

a. Quelques chiffres

Quatre enquêtes majeures permettent d'étudier les habitudes de consommation des adolescents.

La première est l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), sous la direction de l'OMS. Elle permet d'obtenir des données sur des jeunes de 11, 13, et 15 ans (87).

La deuxième est l'enquête européenne European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) qui se concentre sur les comportements des adolescents âgés de 16 ans dans 36 pays d'Europe (88).

La troisième est l'enquête nationale française, ayant pour sujet l'état de santé des jeunes de 17 ans, leurs consommations de produits psychoactifs et leurs conduites addictives (ESCAPAD). Ces données sont récupérées lors de la participation des adolescents à la journée de Défense et de Citoyenneté (89).

Depuis 2018, les enquêtes HBSC et ESPAD sont réunies en France sous le nom d'Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) (90).

Il est constaté par ces études que depuis 2014, la consommation de tabac a fortement chuté, avec une diminution importante entre 2017 et 2022 (89).

Selon l'étude HBSC et EnClass de 2018, entre 2014 et 2018, le taux d'expérimentation du tabac a diminué pour les jeunes de 11 ans passant de 6,6 % à 4,1 %. Pour ceux de 13 ans, le taux est passé de 24,5 % à 14 %. Pour la tranche d'âge des 15 ans, le pourcentage a diminué de 51,8 % à 33 % (91). Selon la dernière enquête ESCAPAD, entre 2017 et 2022, pour les adolescents de 17 ans le taux de la première expérimentation au tabac est passé respectivement de 59 % à 46,5 % (89). C'est d'ailleurs la première fois que ce taux passe sous la barre des 50 % (89). Cette diminution est équivalente chez les filles et les garçons.

Cependant, on remarque l'arrivée de nouvelles méthodes de tabagisme comme la e-cigarette. Entre 2017 et 2022, le taux d'expérimentation est passé de 52,4 % à 56,9 %. C'est la première fois que le pourcentage d'expérimentation de cette nouvelle génération de cigarettes est au-dessus de celui du tabac classique. L'augmentation est présente pour les 2 sexes (89).

b. La « Puff » ou produit de vapotage jetable

Un nouveau dispositif de cigarettes est apparu aux États-Unis en 2019. Grâce à l'importance des réseaux sociaux, cette nouveauté s'est rapidement fait connaître dans les autres pays du monde. Elle est arrivée sur le marché français en 2021 et est nommée puff. Ce terme fait référence aux bouffées émises par les fumeurs (92, 93).

La puff ressemble à une cigarette électronique. Elle ne contient donc pas de tabac, mais un liquide. Cependant, contrairement à la classique cigarette électronique, la puff ne se remplit pas. Quand le nombre de bouffées réalisables est atteint, le réservoir est donc vide et le dispositif est alors à jeter. De plus, elle est utilisable seulement sur une courte durée, car elle ne possède pas de batterie rechargeable. Concernant son design, la puff est plus colorée, avec des saveurs et des arômes rappelant les confiseries. Certaines existent sans nicotine, mais la majorité en contient (93).

Du fait de ce design attractif, les principaux consommateurs sont les adolescents. En effet, selon une étude, 13 % des 13-16 ans ont déjà essayé cette nouvelle catégorie de cigarettes (92). Pourtant une loi interdit la vente aux mineurs (94). Ces derniers ne rencontreraient pas d'obstacle à s'en procurer, soit chez le buraliste, soit dans une grande surface (92). Très souvent, les réseaux sociaux

véhiculent une image inoffensive concernant l'usage de ces dispositifs. Cette publicité réalisée de manière directe ou indirecte, est néanmoins totalement interdite (94).

Cependant, la majorité de cette nouvelle génération de e-cigarettes présente de la nicotine comme additif. Cette substance est responsable de la forte dépendance des utilisateurs, même si « à nombre égal de bouffées, la puff apporte moins de nicotine que la cigarette classique » (93). Mais malgré tout, cette dose de nicotine peut entraîner une dépendance chez les consommateurs. D'autant plus que le dosage maximal en nicotine autorisé en France, n'est pas toujours respecté par les industriels.

La puff représente donc un risque de provoquer une addiction à la nicotine chez les non fumeurs, et ce notamment chez les adolescents (93). Ces derniers sont d'autant plus vulnérables, en raison des effets de la nicotine sur le développement de leur cerveau. Parmi les adolescents utilisant la puff, 17 % d'entre eux ont utilisée par la suite d'autres produits contenant de la nicotine ou du tabac (92).

Il manque un certain recul pour déterminer les effets de ces nouvelles cigarettes sur la santé. Cependant, certaines études sur les cigarettes électroniques, révèlent des conséquences néfastes sur l'appareil respiratoire avec une inflammation, causant des problèmes respiratoires comme une toux, des expectorations, une respiration sifflante. De plus, les fumeurs contracteraient plus d'infections pulmonaires liées à une altération des défenses immunitaires. Des effets sont également observés sur la santé cardiovasculaire, et des risques d'altérations cognitives sur la mémoire ou la concentration sont également possibles (92, 93).

Certaines substances chimiques contenues dans le liquide de la cartouche ont déjà été mises en évidence. Il y aurait notamment des formaldéhydes qui sont reconnus comme cancérigènes par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) (93). Les substances cancérigènes présentes dans les cigarettes classiques ne sont néanmoins pas retrouvées en quantités importantes dans les e-cigarettes. Les scientifiques espèrent donc une diminution des cancers avec l'utilisation de ce type de dispositifs. Cependant, il est encore trop tôt pour connaître les effets de la puff, qui reste néanmoins déconseillée à utiliser.

Tout récemment, en septembre, au vu du fléau que représente la puff, le gouvernement a décidé d'interdire ce dispositif (95).

c. Les conséquences sur la santé

Le tabagisme est un facteur essentiel de détérioration de l'état de santé de la population. Il représente un risque majeur de morbidité et de mortalité. Le tabac cause près de 75 000 décès chaque année. C'est la première cause de mortalité évitable (96). En moyenne, un fumeur régulier sur deux décède des répercussions de son tabagisme (97). Selon l'Institut National du Cancer, « sans tabac, près d'un tiers des décès par cancer pourraient être évités ». (96).

Les adolescents qui commencent à fumer ne pensent pas forcément aux conséquences qui apparaissent à plus long terme.

Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer ne représente aucun risque : même une consommation quotidienne de quelques cigarettes peut avoir un impact sur la santé. Le risque est lié

à la durée du tabagisme, ainsi qu'à la quantité de cigarettes fumées par jour. Néanmoins, il est majoritairement dû à la durée de l'exposition (98).

i. La dépendance

Le premier effet du tabac, apparaissant rapidement est la dépendance. Le tabac est une substance très addictive s'expliquant par la présence de nicotine.

Le tabac provoque ainsi un sentiment de dépendance pouvant être de trois types :

La dépendance physique est liée à la composition du tabac qui présente de nombreuses substances. Mais, c'est la nicotine qui en se fixant sur les récepteurs nicotiques du cerveau va les stimuler et entraîner la libération de dopamine qui est l'hormone du plaisir, provoquant ainsi un sentiment de bien-être chez l'individu. Mais cette sensation étant temporaire, elle va conduire la personne à reprendre une autre cigarette. Sinon une sensation de manque va apparaître, aboutissant à une réaction désagréable dans le corps comme la forte pulsion de l'envie de fumer, l'irritabilité, l'agitation, la nervosité, les troubles de la concentration, la perturbation du sommeil, la faim, l'anxiété. Plus la fréquence du tabagisme est soutenue, plus le nombre de récepteurs nicotiques augmente, plus il faudra apporter de la nicotine, et donc fumer. D'où le cercle vicieux de la dépendance physique (99, 100).

Pour de nombreux fumeurs la cigarette est associée à un moment de plaisir, leur procurant un moment de détente, de gestion du stress, ou leur permettant de se concentrer, de se stimuler intellectuellement car la nicotine présente des effets psychoactifs, ou juste de faciliter les échanges sociaux. Fumer pour répondre à ces besoins renforce la dépendance psychologique au tabac, qui peut apparaître peu de temps après les premières cigarettes fumées. Cela reste malgré tout différent et variable selon les fumeurs (99, 100).

La dépendance comportementale est liée au quotidien, aux fréquentations sociales, au milieu environnemental, ou aux lieux fréquentés. En effet, tout cela peut provoquer l'envie de la première cigarette, ou peut devenir un réflexe en fonction des situations. Dans ce cas là ce n'est pas le manque de nicotine qui pousse à fumer, mais plus la situation répétitive, qui est associée dans la mémoire du fumeur à la consommation de cigarettes. Cela est donc un automatisme (99, 100).

ii. De multiples répercussions sur la santé

La fumée du tabac serait composée de 7000 substances chimiques, parmi lesquelles 70 sont classées comme cancérogènes. Par conséquent, le tabac peut être responsable de nombreux types de cancers, pouvant se situer à 17 localisations différentes. Le plus répandu chez les personnes fumeuses est le cancer du poumon, dont le tabac en est la cause dans 8 cas sur 10. Suivi ensuite par les cancers des voies aérodigestives supérieures, et des cancers de la vessie. D'autres localisations un peu moins fréquentes peuvent aussi être touchées comme le foie, le pancréas, l'estomac, le rein, le col de l'utérus, le sein, le côlon-rectum, l'ovaire, et certaines leucémies (96).

Le tabagisme contribue au développement de maladies cardiovasculaires : angor, infarctus du myocarde. Ou encore à l'apparition d'hypertension artérielle, d'accidents vasculaires cérébraux. En ayant un impact sur les vaisseaux, les sujets masculins peuvent ressentir des troubles de l'érection.

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), est une maladie pulmonaire qui diminue le flux d'air et provoque des problèmes respiratoires. Elle est essentiellement causée par le tabagisme. Les symptômes associés sont une difficulté à respirer, une respiration sifflante, une toux chronique avec des expectorations, des sécrétions pulmonaires, tout cela entraînant un état de fatigue. Le tabagisme est un facteur aggravant. Cette pathologie peut évoluer vers une insuffisance respiratoire chronique (97).

Le tabagisme contribue à l'apparition et au développement d'autres problématiques de santé comme les gastrites, les ulcères gastro-duodénaux, le diabète de type II, ou les problèmes métaboliques. Des carences vitaminiques peuvent aussi apparaître notamment en vitamines B et C. Il peut provoquer des atteintes ophtalmologiques via une altération des artères cérébrales : cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) pouvant conduire dans les cas les plus graves à une cécité. Les problèmes dentaires sont aussi courants, causant des infections, des parodontites et un déchaussement des dents, une coloration jaunâtre de la dentition. L'odeur de l'haleine est modifiée. Les papilles gustatives, la muqueuse buccale, nasale, les organes vocaux peuvent être altérés. La qualité de la peau peut être dénaturée avec l'apparition de rides, un teint plus terne, ou des doigts jaunis. Des répercussions sur la fertilité sont possibles. Autrement dit, le tabac a un lourd impact sur la santé générale (97).

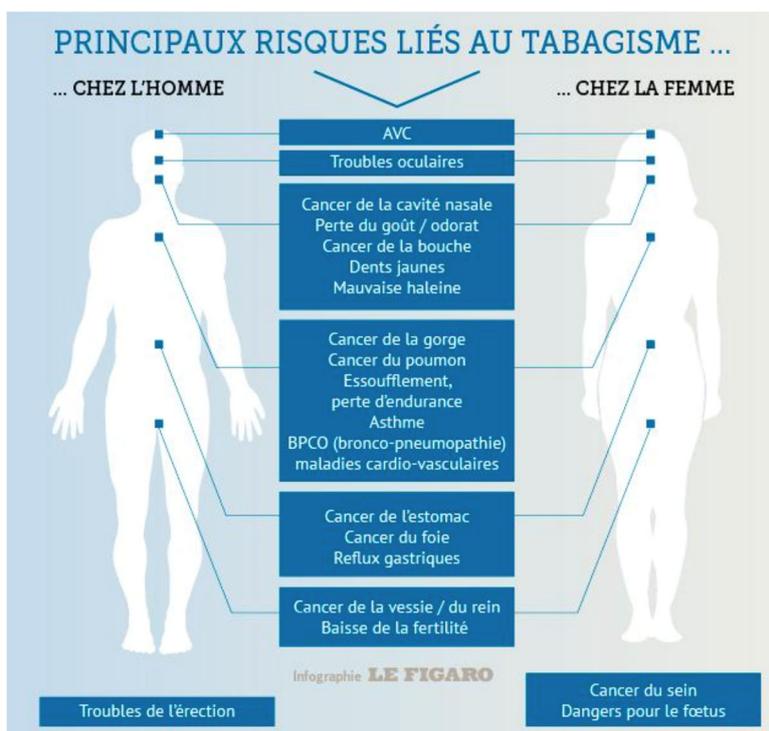


Figure 6 :

Principaux risques liés au tabagisme (101)

d. Tabac et grossesse

Comme évoqué précédemment, durant l'adolescence se déroule la puberté avec notamment l'acquisition des fonctions de reproduction. Il est donc important de faire le lien tabac-grossesse.

Pendant leurs grossesses de nombreuses femmes continuent de fumer, ce qui fait courir des risques aussi bien pour la maman elle-même, que pour son bébé. Plus précisément, selon une étude 20 à 25 % des femmes enceintes fument (102). Il s'agit d'un problème de santé publique majeur.

Tout d'abord le tabac a un impact sur la fertilité. En effet, les couples fumeurs ont besoin de deux fois plus de cycles menstruels pour concevoir (103). De plus, le tabac influence le déroulement de la grossesse. On estime qu'il provoquerait 35 % des grossesses extra-utérines (97). Le risque de fausse couche augmente, et est trois fois plus grand (97). Le tabagisme cause des accouchements prématurés. Il y a aussi plus de risque de placenta praevia. Ce qui correspond « à une implantation du placenta au-dessus de l'ouverture du col de l'utérus » (104), ayant pour conséquences des hémorragies pouvant apparaître suite aux contractions du troisième trimestre (104). Des hématomes rétroplacentaires peuvent également survenir, et constituer une urgence. Il s'agit d'« un décollement prématuré du placenta de l'utérus, habituellement après 20 semaines de grossesse ». (105).

Concernant les effets du tabac sur le bébé, la toxicité envers le fœtus augmente avec l'importance du tabagisme. L'oxygène est transporté jusqu'au fœtus grâce au sang de sa mère, lorsque cette dernière fume, il va principalement recevoir du monoxyde de carbone à la place de l'oxygène, provoquant des anomalies du développement, notamment un retard de croissance intra-utérin. Par conséquent, à la naissance le bébé peut avoir un poids inférieur à la normale. Sur le long terme, un sur-risque d'infections et un surpoids à l'adolescence sont observés (103).

e. Aide et prise en charge thérapeutique

Certains patients réussissent à arrêter de fumer sans aide. Néanmoins, les patients ayant un suivi adapté par un professionnel de santé ont plus de chance de réussir.

La prise en charge repose sur un accompagnement et un soutien psychologique. Il est possible d'associer à ces thérapies, un traitement nicotinique de substitution (TNS) ayant pour but le soulagement des symptômes de sevrage, la réduction de l'envie de fumer, et la diminution du risque de rechutes. Pour une meilleure efficacité, l'association des formes orales à libération immédiate, et de patches à libération prolongée est recommandée (106).

Le test de Fagerström permet d'évaluer le niveau de dépendance physique d'un fumeur à travers six questions. Le score obtenu permet de déterminer le degré de dépendance, et ainsi d'adapter le dosage des traitements proposés.

Concernant l'arrêt du tabac chez les adolescents, les substituts nicotiques sont généralement utilisables dès l'âge de 15 ans, voire 18 ans pour certains (107).

Des organismes existent comme Tabac-info-service. Ils viennent en aide aux fumeurs, ou à ceux qui souhaitent arrêter de fumer, en proposant des lignes d'écoute, des forums de discussion ou de la documentation (108).

Tous les ans, au mois de novembre, se déroule une campagne nationale d'aide « Mois sans tabac ». Le défi encourage les fumeurs à arrêter de fumer tous ensembles durant le mois (109). Les officines en tant qu'acteurs de santé de proximité s'engagent dans cette campagne, en distribuant des kits d'aide à l'arrêt du tabac, des flyers ou des brochures (110).



de novembre, se déroule une campagne à l'arrêt du tabac appelée « Mois sans tabac ». Le défi encourage les fumeurs à arrêter de fumer tous ensembles durant le mois (109). Les acteurs de santé de proximité s'engagent dans cette campagne, en distribuant des kits d'aide à l'arrêt du tabac, des flyers ou des brochures (110).

Figure 7 : Affiche de la campagne « Mois sans tabac » (110)

2. L'alcool

a. Quelques chiffres

L'alcool est le produit psychoactif le plus consommé de la population avec 42,8 millions de consommateurs (111). En effet, l'alcool est associé à la culture et à la gastronomie française. Il fait référence à la convivialité, au partage, et à la fête. Outre le goût apprécié par les consommateurs, il peut être également consommé pour ses propriétés euphorisantes, relaxantes ou sa fonction sociale (112).

Actuellement, la consommation d'alcool chez les adolescents reste préoccupante. En effet, selon une étude, 64,1 % des collégiens scolarisés en classe de troisième ont expérimenté l'alcool. Ce chiffre passe à 85,7 % chez les jeunes de 17 ans.

20 % des élèves de troisième déclarent avoir connu une alcoolisation ponctuelle importante dans le mois. Ce chiffre atteint les 44 % chez les adolescents âgés de 17 ans (113).

Afin que les actions entreprises par le gouvernement dans la lutte contre cette problématique donnent des résultats satisfaisants, ce dernier espère « une prise de conscience plus globale de la nécessité de débanaliser la consommation d'alcool ». Les adultes ont un rôle important à jouer (113).

b. La consommation d'alcool des adolescents

La consommation d'alcool chez les adolescents est en majorité observée lors de soirées et la nuit. Cependant, ces derniers n'apprécient pas l'alcool pour son goût mais plutôt pour les effets qui en découlent comme la joie, l'excitation, ou l'intégration sociale. En effet, les soirées sont vues comme le lieu permettant de faire des rencontres, de s'identifier et d'appartenir à un groupe. Les alcoolisations sont souvent collectives, notamment par la présence d'effets de groupe et excessives. Il s'agit du processus de l'adolescence de vouloir ressembler aux autres. L'adolescent prouve ainsi qu'il fait comme les autres membres du groupe et qu'il a sa place parmi eux (111, 114).

Des nouvelles pratiques de consommation inquiétantes émergent. On peut citer les premix : ce sont des « boissons pré-mélangées de soda ou de sirop sucré et d'alcool ». Le sucre de ces boissons masque le goût de l'alcool, et facilite ainsi la consommation (115). Ce type de pratique favorise la naissance d'une autre pratique : le binge-drinking. C'est « un mode de consommation qui consiste à boire de l'alcool ponctuellement, le plus rapidement possible et en grandes quantités ». Le but est d'atteindre un état d'ivresse le plus vite possible (116).

c. Les conséquences sur la santé

La consommation d'alcool expose à un certain nombre de risques sur la santé.

Des effets dit immédiats, qui sont observables quelques minutes après la consommation et qui peuvent durer plusieurs heures, comme par exemple : des nausées ou vomissements, une altération du comportement, une agressivité, une perte de contrôle de soi, une altération des réflexes et de la vigilance, une somnolence, un malaise ou une vulnérabilité à l'environnement. Par conséquent, ces sensations ressenties par le consommateur sont sources de risques, pouvant être dramatiques pour lui-même ou pour les autres. C'est le cas par exemple, des accidents de la route, ou des accidents domestiques, des rapports sexuels forcés et parfois non protégés, ou des violences. Il peut arriver qu'à distance de l'épisode de consommation, le consommateur ne se rappelle pas de ce qu'il s'est passé. La consommation excessive d'alcool peut aboutir au coma éthylique, se révélant parfois fatal (117).

En cas de consommation excessive d'alcool sur du long terme, les conséquences ultérieures peuvent être notamment une dépendance, des troubles cognitifs, des cancers, une cirrhose, des maladies cardiovasculaires, ou un syndrome de Korsakoff (118).

Comme évoqué précédemment, durant la période de l'adolescence, les adolescents commencent à expérimenter l'alcool. Ce type de boisson est très présent lors des soirées. Cependant, de nombreuses études ont démontré qu'en plus des risques immédiats auxquels sont confrontés les adolescents, des risques différés sont aussi à prendre en compte. Le cerveau des adolescents n'est pas totalement mature, de nombreuses connexions synaptiques se créent ce qui le rend plus vulnérable aux produits toxiques. Ainsi, l'alcool empêche le développement et la maturation normale de certaines régions du cerveau. Si l'expérimentation de l'alcool est précoce, et si la consommation est excessive à l'adolescence, les risques d'avoir recours à un usage problématique dans le futur sont plus importants. De plus, une consommation excessive d'alcool peut provoquer une diminution de la formation de nouveaux neurones, des troubles psychologiques, et comportementaux à l'âge adulte (119, 120).

d. L'alcool et la grossesse

Comme évoqué précédemment, durant l'adolescence se déroule la puberté avec notamment l'acquisition des fonctions de reproduction. Il est donc important de faire le lien alcool-grossesse.

Lors de la grossesse, les échanges entre la mère et le fœtus sont réalisés grâce au placenta. Il a plusieurs fonctions, dont celle de barrière protectrice empêchant le passage de certaines substances de la mère au bébé. Cependant, lorsque la mère consomme certains produits toxiques tels que l'alcool, le tabac, ou la drogue, ils ne sont pas retenus et franchissent ainsi le placenta pouvant entraîner de lourdes lésions chez le fœtus (121).

Cependant selon une étude, 21,2 % des femmes enceintes consomment de l'alcool (122). L'alcool est toxique pour le fœtus. Il provoque des effets dramatiques sur le développement du cerveau de l'enfant avec un retard de croissance et des atteintes du système nerveux central. L'alcool est tératogène, et provoque ainsi des malformations irréversibles au niveau des organes du fœtus. Sur le long terme, il peut être observé un retard intellectuel ou des troubles du comportement (121).

La conséquence la plus grave de la consommation d'alcool pendant la grossesse, est appelée le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Des manifestations multiples sont observées comme un retard de croissance, un faciès caractéristique, des malformations notamment du crâne et des atteintes cérébrales (121). Selon les estimations, une naissance par jour présenterait une conséquence liée à l'alcoolisation foetale, dont une naissance par semaine serait un SAF (123).

Il existe différents degrés de sévérité. Un bébé atteint de SAF gravidique est assez facilement diagnostiqué, et donc rapidement pris en charge dès sa naissance. Mais lorsqu'un bébé est atteint de formes moins sévères, les symptômes alarmants ne sont pas forcément détectables. Ainsi, la prise en charge est plus tardive, ayant des conséquences néfastes au bon développement de l'enfant. La consommation d'alcool pendant la grossesse est responsable de la première cause d'handicap mental non génétique (122).

Le seuil d'alcool ne provoquant pas de dommage à l'enfant n'est pas connu. Il est donc conseillé à toutes les femmes de ne pas consommer d'alcool pendant leurs grossesses. Il est important de

préciser que quelle que soit la boisson consommée : vin, bière, whisky..., elles contiennent toutes la molécule d'éthanol qui est toxique pour le bébé, et donc le danger est identique (122).

Ainsi des campagnes de prévention sont présentes afin de sensibiliser à ce sujet (124).



Figure 8 :
sensibilisation aux dangers de l'alcool pendant la grossesse (124)

Affiches de

e. L'alcool et la loi

Les adolescents mineurs ne rencontreraient pas de problème pour se fournir de l'alcool (111). Alors que le code de la santé publique explicite très clairement l'interdiction de vendre de l'alcool à des mineurs de moins de 18 ans. Le vendeur ne respectant pas ces interdictions est sanctionnable pénalement, avec une amende de 7500 € (125). Malgré tout, peu sont les vendeurs à procéder à un contrôle de l'identité et de l'âge du jeune (111).

f. Aide et prise en charge thérapeutique

Le patient voulant débiter un sevrage bénéficie d'un soutien médical, psychologique et social. Il peut être suivi par de nombreux spécialistes comme un addictologue, un psychiatre, un neurologue. Cet accompagnement se fera sur le long terme. Le sevrage est une étape indispensable pour sortir d'une dépendance à l'alcool. Il permet de prévenir les symptômes pouvant survenir suite au manque d'alcool. L'objectif d'un sevrage thérapeutique est d'entrer dans une démarche d'abstention complète et durable d'alcool (126). À la suite du sevrage, certains médicaments peuvent être prescrits afin de maintenir l'abstinence, en permettant ainsi d'éviter les rechutes (127). Néanmoins, d'autres médicaments peuvent être prescrits en alternative à l'abstinence complète, permettant ainsi de réduire la consommation d'alcool (127).

Des groupes de parole, des associations d'entraide ou des organismes existent comme Alcool - info-service. Ils viennent en aide aux consommateurs d'alcool, et à ceux qui souhaitent arrêter, en proposant des lignes d'écoute, des forums de discussion ou de la documentation (126).

3. Les drogues

a. Quelques chiffres

En Europe, le cannabis est la substance illicite la plus répandue chez les adolescents. Une étude de 2019, révèle que 23 % des adolescents français âgés de 16 ans ont déjà consommé du cannabis. Les garçons étant un peu plus nombreux que les filles. Au niveau européen, pour les 2 sexes confondus, 16 % des adolescents de 16 ans en ont déjà consommé. La France est donc au-dessus de la moyenne européenne. Parmi les jeunes Français de 16 ans, 4,5 % auraient consommé pour la première fois avant l'âge de 14 ans (128).

Concernant les autres drogues comme la cocaïne, le crack, l'héroïne, l'ecstasy, ou le LSD, celles-ci sont moins répandues. En effet, en France les adolescents de 16 ans seraient 6,1 % à en avoir déjà consommé. Il n'y pas de différence significative entre les filles et les garçons. La moyenne européenne est de 4,8 %. La France est donc encore au-dessus (128).

Une autre étude publiée par l'OFDT en mars 2023, portant sur l'enquête menée en 2022 à propos de la santé et des consommations des jeunes révèle des disparités en matière d'addiction selon le statut scolaire. Dans cette étude, il y a trois catégories scolaires : les élèves scolarisés dans le secondaire, les jeunes en formation d'apprentissage et les jeunes sortis du système scolaire. L'usage du cannabis se révèle être plus fréquent chez les adolescents déscolarisés, puis chez les apprentis et en dernier chez les élèves scolarisés en lycée (129).

b. Les conséquences sur la santé

Les risques liés à l'utilisation de ces drogues varient en fonction de « la durée d'usage, l'âge lors des consommations, la nature des produits, leur composition, leur mode de consommation, la quantité consommée et le contexte de leur consommation » (130).

Tout d'abord il existe des risques en lien avec la nature et la composition des produits. En effet, les drogues sont toxiques et elles présentent des risques qui leurs sont propres. Par exemple, les produits ayant une action stimulante peuvent avoir des conséquences cardiaques.

La dose de principe actif peut être variable pour une même substance et les produits adjuvants peuvent être à l'origine d'intoxications pour le consommateur. En fonction de la quantité consommée, les conséquences peuvent être importantes et menées à un surdosage voire au décès.

Un autre risque existe cette fois en lien avec la manière de consommer les drogues. Certaines peuvent être injectées, fumées, ingérées, inhalées. Il existe de nombreux modes de consommation et

chacun présente ses risques spécifiques. Par exemple, pour les substances injectables, le risque infectieux est majeur avec une possible transmission du VIH ou de l'hépatite C.

Le contexte de consommation est source de risques pour la santé. En effet, certaines situations banales peuvent se révéler dangereuses sous l'emprise de stupéfiants et augmenter les risques d'accidents.

Si le consommateur consomme en plus de la drogue, d'autres substances licites ou illicites, les effets peuvent être amplifiés, et peuvent provoquer de plus lourdes conséquences sur la santé (130).

La consommation de drogues chez les adolescents peut avoir de lourdes conséquences sur leur santé. En effet, ces substances peuvent interférer avec le processus de maturation cérébrale, ayant pour conséquences des troubles de la santé mentale. La consommation de cannabis affecte les capacités cognitives, la mémoire, la concentration ayant des conséquences sur la scolarité. De plus, l'exposition au cannabis dès l'adolescence, rend les jeunes plus à risque de développer des troubles schizophréniques (131). Le risque à long terme de consommer ces substances est l'addiction. En fonction des drogues, l'indice addictogène, qui mesure sur 100 personnes après une première consommation, le nombre qui deviendront dépendants, varie pour chacune des substances.

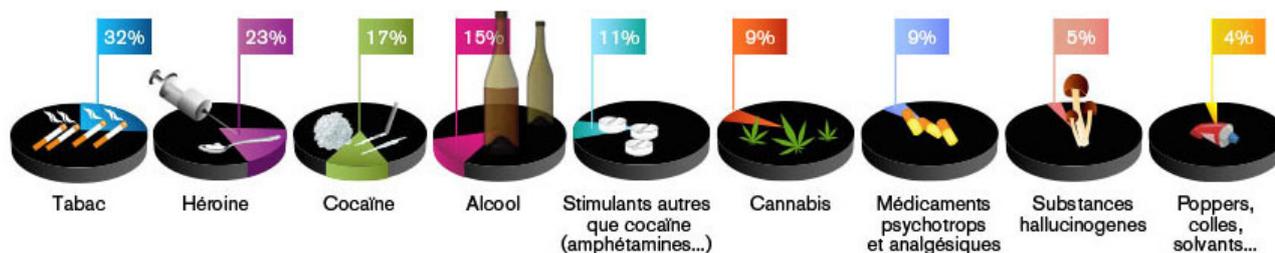


Figure 9 : Le pouvoir addictif de différentes substances (132)

De plus, même si la consommation de ces substances pendant la grossesse n'est pas complètement documentée, il en ressort que l'usage comporte des risques pour le développement et la santé du bébé (130).

c. Les nouveaux produits de synthèse (NPS)

L'abréviation NPS signifie : Nouveaux Produits de Synthèse, ou plus largement l'abréviation NSP équivaut aux Nouvelles Substances Psychoactives (133). Selon l'OFDT, les NPS « désignent un éventail très hétérogène de substances qui imitent les effets de différents produits illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.). Leurs structures moléculaires s'en rapprochent, sans être tout à fait identiques. Cette spécificité leur permet, au moins à court terme, de contourner la législation sur les stupéfiants ; certains sont classés, d'autres n'ont pas de statut juridique clair » (134). Même si ces nouveaux produits imitent les drogues les plus connues, leur puissance, leur dangerosité, et leur pouvoir addictif, sont beaucoup plus importants (135).

Les consommateurs se procurent les NPS sur internet, et ils se font livrer à leur domicile par envoi postal. Ainsi, pour masquer la nature réelle du produit, et pour contourner la législation des stupéfiants, ces substances sont présentées sous différentes formes comme des « sels de bains », des « engrais pour plantes », des « encens », des « mélanges de plantes séchées » (133). Les formes classiques restent les plus couramment utilisées comme la poudre ou le comprimé.

En France, c'est dans les années 2007-2008 qu'ont eu lieu les premières identifications de molécules classées comme des NPS. Il existe différentes catégories de produits entrant dans les NPS, avec différents noms ou formes. Il est donc difficile d'estimer le nombre d'utilisateurs de ces nouvelles molécules. Cependant, en 2017, 3,8 % des adolescents âgés de 17 ans auraient expérimenté un nouveau produit de synthèse. En Europe, le nombre de NPS découvert a fortement augmenté depuis 1997 : 897 substances ont ainsi été identifiées (134).

Entre un même NPS, il existe une grande variabilité de composition, et de concentration en principe actif. Les dosages sont aléatoires et peuvent considérablement varier entre les différents lots. Cela s'explique par l'absence de contrôle lors de la fabrication. Par conséquent, les effets ressentis ou indésirables sont totalement imprévisibles. Ils peuvent être peu intenses ou bien d'une puissance extrême pour un même produit acheté. Le dosage de ces produits est extrêmement subtil et doit être fait au milligramme près. Le risque de surdosage est donc important, et de ce fait le risque mortel l'est également (135).

Ces NPS font partie de la nouvelle génération de drogues. N'ayant pas assez de recul concernant l'usage de ces molécules, les effets à moyen et long termes des NPS ne sont pas encore identifiés (135). Cependant, les autorités alertent au sujet de la mise sur le marché de ces substances, qui peuvent être responsables de problèmes sanitaires dramatiques (134).

d. Les drogues et la loi

Les substances psychoactives interdites en France sont celles qui ont été classées par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des autres produits de santé (ANSM) dans la liste des stupéfiants. La liste contient environ 200 substances (136). « Le classement d'une drogue comme stupéfiant signifie qu'on ne peut pas en faire usage librement. Il est également interdit de la produire ou de la fabriquer, de l'importer ou de l'exporter, de la transporter, de la posséder, de la proposer ou de la vendre librement » (136). Ces actions sont donc formellement interdites et sanctionnables légalement. Plus précisément, l'usage de ces substances est un délit dont la peine maximale est de 1 an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende (137). Quel que soit le type de drogue ou le contexte d'usage, la loi ne prévoit pas de différence dans la peine affectée à l'utilisateur (138). Cependant, dans certains cas les peines accordées peuvent être plus lourdes, notamment si des actes ont été commis sous l'emprise de stupéfiants, en particulier des gestes de violence ou la conduite d'un véhicule. Parfois, le juge ou le tribunal peut contraindre l'utilisateur même si ce dernier est mineur à suivre un stage payant, le sensibilisant aux dangers de l'usage des produits stupéfiants. De plus, il peut arriver que l'utilisateur soit obligé d'entamer des soins médicaux lui permettant d'atténuer sa peine (139).

Concernant les NPS, la législation ne permet pas un contrôle total de ces substances. En effet, les fabricants localisés dans les pays asiatiques modifient en permanence les structures des molécules afin de contourner les réglementations. Par ailleurs, le statut légal des NPS varie entre les pays. De plus, souvent les vendeurs mentionnent sur les sites de vente en ligne « impropres à la consommation chez l'homme » (133).

e. Aide et prise en charge thérapeutique

La prise en charge comme pour la majorité des addictions est pluriprofessionnelle. Le médecin généraliste, l'infirmière scolaire, ou le pharmacien peuvent être les premières personnes vers qui le patient demande de l'aide. Néanmoins, d'autres spécialistes sont nécessaires comme des psychologues, ou des addictologues pour aider et suivre le patient. Différents types de structures existent pour venir en aide aux consommateurs, avec diverses thérapeutiques mises en place. Des traitements médicamenteux peuvent être prescrits en complément des thérapies psychosociales permettant de maintenir l'abstinence et d'éviter les rechutes (140).

Pour aider les usagers de ces substances dans leurs démarches, il est possible de les orienter vers des structures comme les consultations jeunes consommateurs ou les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. Pour le consommateur, il peut parfois se révéler difficile de se rendre dans ces structures, ainsi des organismes en ligne existent comme alcool-info-service ou le fils santé jeune qui proposent des lignes d'écoute, des forums de discussion ou de la documentation (140).

4. Les jeux vidéo

a. Quelques chiffres

Les jeux vidéo sont devenus en l'espace de quelques années un loisir bien ancré dans le quotidien, notamment des adolescents. Selon une étude de 2022, en France, il y a 37,4 millions de joueurs aux jeux vidéo tous âges confondus. Parmi ce chiffre, 12 % soit 4,6 millions sont des enfants âgés entre 10 et 17 ans, ce qui représente 95 % des enfants.

Parmi cette population, 29 % déclarent jouer plusieurs fois par jour, 37 % une fois par jour, 25 % une à deux fois par semaine.

Même si les joueurs ont testé l'expérience de jouer seul, 83 % préfèrent se divertir à plusieurs (141).

Il est important de distinguer un comportement normal où il s'agit juste d'un loisir, d'un comportement addictif qui peut se transformer en une passion néfaste physiquement et mentalement pour le joueur. Comme tout ce qui est réalisé en excès, les jeux vidéo peuvent devenir une véritable addiction.

Dans la onzième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11), l'OMS a intégré la notion de troubles liés à l'usage des jeux vidéo. Elle définit le trouble du jeu vidéo comme « un comportement lié à la pratique des jeux vidéo ou des jeux numériques, qui se caractérise par une perte de contrôle sur le jeu, une priorité accrue accordée au jeu, au point que celui-ci prenne le pas

sur d'autres centres d'intérêt et activités quotidiennes, et par la poursuite ou la pratique croissante du jeu en dépit de répercussions dommageables » (142). Pour que cette définition s'applique, il faut que le trouble soit un véritable handicap au quotidien dans les « activités personnelles, familiales, sociales, éducatives, professionnelles » et qu'il soit présent depuis 12 mois minimum (142). La notion de troubles liés à l'usage des jeux vidéo a également été inclus dans le DSM-V (143).

b. De multiples facteurs de risque

Tous les adolescents jouant aux jeux vidéo ne développeront pas un comportement addictif. Il est difficile de déterminer les facteurs de risques. Différents facteurs personnels, psychologiques, environnementaux, ou liés au jeu en lui-même, entrent en compte. Les causes individuelles peuvent être liées à une grande timidité ou une faible estime en soi. Le jeu leur permet de se sentir plus fort dans un monde virtuel. Un adolescent souffrant de mal-être, d'un état anxieux ou dépressif peut trouver dans ce divertissement une sorte d'échappatoire. Les conditions environnementales peuvent être liées à une absence de règles imposées par les parents. Le fait de jouer souvent devient une normalité pour le jeune. Un faible nombre d'amis, ou un problème de communication au sein de la famille peut conduire à des dérives d'addiction. En effet, cela peut donner une sensation d'appartenance à un groupe, le « groupe virtuel », ce qui est très recherché par les adolescents, et ainsi permet de remplir un vide affectif. Cela entretient une véritable spirale infernale de l'enfermement. Les jeux en eux-mêmes sont conçus de manière addictive afin d'augmenter le temps de jeu des joueurs. Si l'adolescent joue en équipe, il est attendu à une certaine heure, il lui est donc difficile de ne pas se connecter (144, 145).

c. Les risques et les conséquences

Les conséquences peuvent être nombreuses et peuvent avoir un impact sur les relations personnelles et familiales, la scolarité, l'état physique, ou psychologique (146). On peut en citer certaines.

Des troubles du sommeil peuvent apparaître. L'adolescent ne peut cesser de s'arrêter de jouer, et peut continuer pendant une partie ou toute de la nuit, aboutissant à un manque de sommeil. La lumière bleue émise par les écrans maintient le cerveau en éveil, dérégulant la production de mélatonine et donc le rythme du sommeil. Les écrans favorisent un retard à l'endormissement (146).

La fatigue et le manque de sommeil ont des répercussions sur les capacités cognitives en provoquant des difficultés de concentration et de mémorisation, et sur la gestion des émotions avec un caractère plus facilement irritable, impulsif, anxieux voire violent (83). Des sauts d'humeur causés par la sensation de manque peuvent avoir lieu quand le jeune est privé des jeux vidéo. Il peut parfois commencer à mentir pour cacher sa véritable conduite envers les jeux (146). Ainsi, ces symptômes vont avoir des répercussions défavorables sur sa scolarité.

L'adolescent est tellement concentré et captivé par ce monde virtuel, qu'il ne voit pas défiler l'heure. Il peut commencer à sauter des repas, à les prendre à des horaires inadaptés ou à grignoter enfermé dans sa chambre, bien souvent des aliments assez gras ou sucrés, devant son écran afin de ne pas s'interrompre. Par conséquent, une prise de poids peut avoir lieu (146).

Cette addiction provoque petit à petit un isolement social. Le joueur se renferme sur lui-même, refusant parfois de sortir (146). Des difficultés relationnelles avec l'entourage peuvent avoir lieu (83).

d. Aide et prise en charge thérapeutique

Certains gestes peuvent limiter l'évolution vers un trouble addictif. En effet, l'installation du contrôle parental peut permettre de contrôler le temps passé devant les écrans. Il permet aussi de définir les jeux adaptés à l'âge de l'adolescent. Il est aussi possible de lui demander de jouer dans une pièce commune pour mieux encadrer sa pratique, et cela évite qu'il soit enfermé seul dans sa chambre. De plus, en tant que parent, la communication avec son adolescent est essentielle. Pour qu'il se confie, il faut s'intéresser à sa pratique, tout en essayant de lui faire part de ce qui a changé dans son comportement depuis que jouer est devenu addictif. Le but étant qu'il prenne petit à petit conscience du problème. C'est une manière également de lui montrer que même s'il a le ressenti d'être seul, ce n'est pas le cas (147).

Cependant si l'addiction est bien installée, que les échanges sur le sujet sont sources de conflits, ou que le joueur est dans le déni, il est nécessaire de prendre rendez-vous chez un spécialiste. La prise en charge d'un trouble addictif aux jeux vidéo est pluriprofessionnelle. Des psychologues, des addictologues, interviennent dans le parcours de soins. Diverses thérapies existent et s'appuient sur de la psychothérapie individuelle, familiale ou de groupe. Les problématiques ou les pathologies sous-jacentes seront également abordées (140).

Différentes structures d'aide existent sur le territoire comme les consultations jeunes consommateurs (CJC), qui peuvent venir en aide à des adolescents présentant une addiction avec ou sans substance (140).

5. Autres types d'addiction

a. Les jeux d'argent et de hasard

Tout comme la consommation des substances psychoactives, si la fréquence de jeu est régulière, elle peut entraîner une dépendance qui reste néanmoins possible chez une minorité d'adolescents. En effet, selon une étude, 1,7 % des adolescents âgés de 17 ans pourraient développer une pratique des jeux à risque (83). Les addictions aux jeux d'argent et de hasard font partie des addictions comportementales, appelées également addictions sans substance. La personne est complètement obsédée par le jeu qui est devenu une obsession, au détriment de ses autres centres d'intérêts. Ce comportement a des répercussions néfastes sur la santé et sur la vie sociale, familiale, scolaire ou professionnelle (148). L'expérimentation de ces jeux est souvent réalisée à l'adolescence dans un contexte familial (83).

Néanmoins, la France comme la plupart de ses pays voisins réglementent la pratique des jeux d'argent et de hasard en l'interdisant avant la majorité. Pourtant selon une étude, 38,9 % des adolescents âgés de 17 ans, soit près de 4 jeunes sur 10, ont déjà joué. Les garçons jouent plus que les filles. En effet, de par la présence d'un nombre de plus en plus important de sites internet, les adolescents bénéficient d'un accès plus facile à ces jeux, même si des procédures d'identification ont été instaurées (148).

Les jeux d'argent et de hasard peuvent être regroupés en trois catégories : les jeux de tirage ou de grattage, les pronostics sportifs et les jeux dits de casino. Ce sont les jeux de grattage qui ont le plus de succès chez les adolescents, suivis par les paris sportifs, et les jeux de casino (148).

Plus le joueur joue, plus il risque de perdre de l'argent. Ainsi, pour compenser cette perte, il rejoue pour récupérer l'argent perdu, ce qui peut se révéler être une véritable spirale et devenir une obsession (148).

Ainsi, lorsque la pratique du jeu se révèle être devenue problématique, il est nécessaire de trouver de l'aide auprès de spécialistes. Des structures d'addictologie accueillent les personnes en difficulté, et peuvent leur proposer une aide psychothérapeutique. Des associations spécialisées dans cette addiction peuvent se révéler être un véritable soutien. Des sites internet fiables comme *Jeux-info-service*, sont de véritables ressources d'informations pour la personne et ses proches (149).

b. Les médicaments psychotropes

Depuis une vingtaine d'années, il est constaté que les adolescents et les jeunes adultes de moins de 25 ans ont recours à des usages détournés de médicaments psychotropes (150). Ces différents médicaments ont un effet psychoactif sur le cerveau, c'est-à-dire qu'ils viennent modifier les sensations, la conscience, la perception, ou le comportement. Ces produits de par leurs actions, sont à risque de dépendance (151).

Selon une étude française, 25 % des adolescents âgés de 17 ans ont déjà pris un médicament psychotrope. Plus précisément, environ 12,6 % auraient expérimenté les hypnotiques, et ce chiffre passe à 15,8 % pour les anxiolytiques (152).

Cette consommation a pour but de satisfaire une certaine curiosité chez les adolescents. Cependant, ils peuvent également utiliser ces médicaments en automédication afin de les aider à surmonter des difficultés psychologiques ou des douleurs physiques, mais aussi dans un cadre festif pour leur usage récréatif, ou pour réussir leur scolarité, ce qui leur permet de lutter contre le stress ou d'étudier jusqu'à des heures tardives (153).

Les classes thérapeutiques des psychotropes les plus détournées sont les anxiolytiques et les hypnotiques. D'autres classes de médicaments sont également sources d'usages détournés comme les anti-douleurs tels que la prégabaline, ou les psychostimulants comme le méthylphénidate (154).

Ce jeune public ne ressent pas une mise en danger en consommant ces médicaments, même si l'usage est détourné. En effet, pour les consommateurs ce sont des substances familières présentes dans leurs environnements, dont ils n'encourent aucune condamnation lorsqu'ils en font usage, et le terme « médicament » évoque pour eux un caractère sécurisant (150). De plus, les sources majeures pour se procurer ces psychotropes, semblent être l'entourage proche, les amis et la famille (150).

Les facteurs de risque menant à un usage détourné de ces spécialités, sont propres à l'individu ou sont dus à l'environnement. Selon les enquêtes, la vulnérabilité augmente avec l'âge. De plus, les consommateurs de drogues licites ou illicites sont plus à risque de développer un usage détourné des médicaments psychotropes. L'influence du groupe d'amis et des parents est aussi déterminante. En effet, si un adolescent a des amis proches qui ont recours à ce type de pratique, il est alors plus à risque par imitation de la développer également. Une attitude adaptée des parents concernant les médicaments psychotropes est aussi un élément crucial. Enfin, les adolescents ont naturellement tendance à rechercher le risque, d'autant plus que pour eux, le danger est assez faible avec ces produits (150).

Les conséquences de cette pratique sont difficiles à évaluer, et notamment en terme de fréquence. Néanmoins, des conséquences physiques comme une dépendance sont possibles. Des effets psychologiques tels que des épisodes anxieux ou dépressifs sont aussi recensés. Enfin, des conséquences sociales sont également observées et un sur-risque de consommation de produits illicites (150).

IV. Santé mentale et troubles psychiques des adolescents

Selon l'OMS, la santé mentale est définie comme « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté » (155). Elle fait partie de la notion générale de la santé, définie selon l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (156).

La santé mentale est une notion complexe s'expliquant par des expressions et des retentissements différents en fonction des individus. En effet, les personnes affectées par un trouble psychique éprouvent des degrés de difficultés et de souffrance différents, se traduisant par des répercussions très variables sur le quotidien (155).

Différents facteurs individuels, génétiques, sociaux, économiques, culturels, environnementaux, peuvent être sources de fragilité psychique pour les individus (157).

Plus récemment, le COVID-19 a eu de lourdes répercussions sur la santé mentale de la population, et en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes (158).

Les troubles psychiques peuvent apparaître chez toutes les tranches d'âge de la population. Mais souvent ils se manifestent assez tôt, dès la période de l'enfance où de l'adolescence. Plus précisément,

75 % de ces troubles apparaissent avant 25 ans et la moitié avant 15 ans (157). Pendant la période de l'adolescence, les changements s'opérant sont nombreux et parfois déroutants (159). Selon l'OMS, « À l'échelle mondiale, un jeune âgé de 10 à 19 ans sur sept souffre d'un trouble mental, ce qui représente 13 % de la charge mondiale de morbidité dans cette tranche d'âge » (160).

Les principales affections psychiatriques chez les jeunes sont les troubles anxieux, la dépression, les troubles du comportement et de l'alimentation. Néanmoins on peut retrouver d'autres problématiques un peu plus rares comme les troubles psychotiques. Ces troubles peuvent aboutir dans les cas les plus graves à des suicides (159).

Les répercussions de ces problématiques peuvent être conséquentes sur le long terme entraînant notamment une exclusion sociale, des difficultés scolaires ou professionnelles, des conduites à risque, une stigmatisation (157).

La notion de TCA a été évoquée précédemment (partie 2, sous section II). Ainsi nous nous concentrerons sur les autres troubles psychiques.

1. L'anxiété

a. Définition et épidémiologie

L'anxiété est une réaction physiologique se déclenchant en réponse à une situation menaçante. Le fonctionnement de l'organisme se modifie et s'adapte pour gérer ce stress, via notamment « une accélération du rythme cardiaque, des troubles du sommeil, une augmentation de la transpiration et, parfois, des difficultés à respirer ou une mise en retrait » (161). Son intensité est limitée, contrôlable et tolérable. En revanche lorsque l'intensité, la durée, la fréquence deviennent inadaptées, persistantes, ou démesurées en perturbant le quotidien et en entraînant une souffrance, l'anxiété est alors perçue comme pathologique. On parle alors de trouble anxieux (161).

D'après le DSM-V, le trouble anxieux est différencié en sept catégories : « l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, l'anxiété sociale (phobie sociale), le trouble panique, l'agoraphobie et l'anxiété généralisée » (162). Il n'est pas rare qu'une personne soit atteinte de plusieurs troubles anxieux à la fois (162).

Les troubles anxieux sont particulièrement fréquents chez les adolescents. En effet, selon l'OMS, « on estime que 3,6 % des jeunes de 10 à 14 ans et 4,6 % des jeunes de 15 à 19 ans souffrent d'un trouble anxieux » (160).

Chez les adolescents, pendant la pandémie du COVID-19, les symptômes d'anxiété ont été multipliés par deux, affectant particulièrement les filles (163).

b. Les mécanismes pharmacologiques de l'anxiété

Les deux principaux neurotransmetteurs jouant un rôle dans les états anxieux sont la sérotonine et le GABA. Ainsi les traitements anxiolytiques et antidépresseurs utilisés pour ce trouble ciblent ces deux messagers (164).

Le système endocannabinoïde serait également impliqué dans la régulation du stress. Il regroupe des récepteurs présents dans tout le corps humain. Il est stimulé par des molécules endogènes. Cependant, la cause du développement de troubles anxieux est encore peu connue (161).

Des progrès ont été faits concernant l'implication des mécanismes cérébraux dans l'anxiété. En effet, même si des études sont encore en cours, plusieurs mécanismes seraient impliqués. Certaines régions du cerveau seraient dérégulées notamment le cortex insulaire et l'amygdale qui décodent les différents stimulus permettant d'adapter les réactions (161, 165, 166).

c. Une vulnérabilité multifactorielle

Cependant, la vulnérabilité à développer des troubles anxieux, provient de causes multifactorielles, comme par exemple : la génétique, l'environnement, les facteurs psychologiques, sociaux ou économiques. Ces facteurs ont un impact différent en fonction des personnes et des périodes de la vie (161).

d. Le diagnostic et la prise en charge

Les manifestations de l'anxiété peuvent être diverses en fonction du ou des troubles anxieux présents chez la personne. Elles peuvent être de nature psychologique ou physique se traduisant par une modifications de l'humeur, des difficultés de concentration, des peurs irrationnelles, une vision négative de l'avenir, une fatigue, des douleurs, des céphalées, des insomnies, des nausées ou des troubles du transit (161).

Certains propos évoqués par l'adolescent comme une peur que l'on se moque de lui, des maux de ventre pour ne pas aller à l'école, peuvent être les premiers signes d'une anxiété. Les troubles anxieux peuvent avoir de lourdes répercussions sur l'absentéisme et la scolarité (163).

Il est nécessaire de consulter un spécialiste dès le ressenti d'anxiété disproportionnée vis-à-vis de la situation vécue, ainsi que lors de la persistance des symptômes, qui impacte les activités de la vie quotidienne notamment à l'école ou à la maison. Cependant, les troubles anxieux chez l'adolescent peuvent être difficiles à déceler, et parfois ils ne seront perçus que lors de l'apparition de complications (161).

Le traitement des troubles anxieux passe tout d'abord par une hygiène de vie adéquate, ce qui inclut par exemple : une alimentation diversifiée, ou de l'activité physique régulière. Cependant, ces mesures peuvent ne pas suffire. Ainsi, il sera nécessaire d'avoir recours à une prise en charge thérapeutique avec le médecin généraliste ou le psychiatre reposant sur une psychothérapie, permettant au patient d'apprendre à gérer son anxiété. Des traitements médicamenteux peuvent être associés. Les anxiolytiques permettent de diminuer rapidement les symptômes de stress de par leur action relaxante, mais ils présentent un risque de dépendance. C'est pourquoi, en traitement de fond,

des antidépresseurs peuvent être utilisés. Les plus couramment utilisés sont ceux de la catégorie des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (161).

De plus, la famille et les proches ont également un rôle important dans la pathologie. Il existe également de nombreuses structures, associations, forums de discussion, lignes d'écoute ou sites en ligne apportant un soutien, une aide, ou de la documentation (167).

Des recherches sont en cours, et visent à étudier les mécanismes impliqués dans l'apparition des troubles anxieux pour améliorer leur prise en charge (161).

2. La dépression

a. Définition et épidémiologie

La dépression est un trouble psychique pouvant toucher tous les âges de la vie. Une personne sur cinq en a déjà souffert ou en souffrira au cours de sa vie (168). Les adolescents ne sont pas épargnés par ce trouble psychique. En France, les chiffres datant de 2014 estiment que 8 % des adolescents entre 12 et 18 ans seraient touchés par la dépression (169).

Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire de 2021, on constate depuis 2010 une augmentation des cas de dépression chez les 18-24 ans. En 2017, 11,7 % des jeunes entre 18 et 24 ans souffrait de dépression. Ce chiffre est passé à 20,8 % en 2021. Cette hausse peut s'expliquer par les conséquences de la pandémie du COVID-19 sur la santé mentale de la population (170).

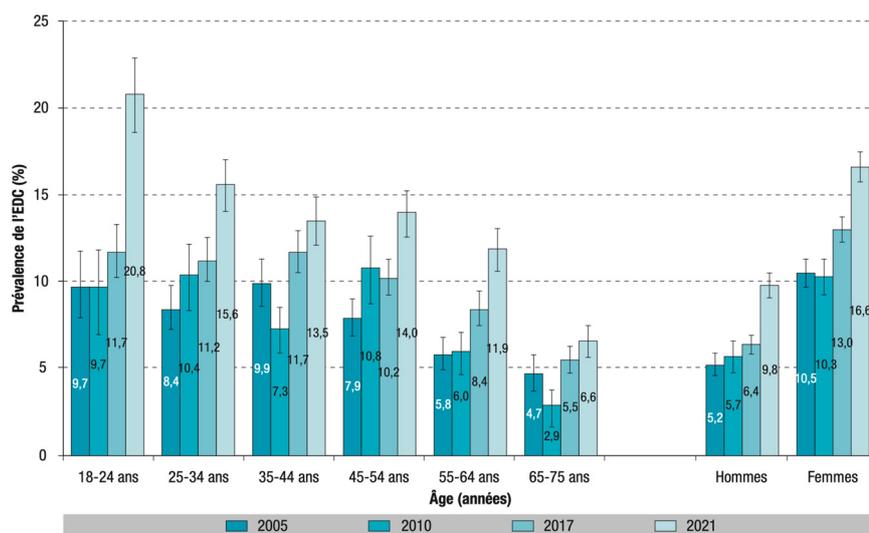


Figure 10 : Évolution des épisodes dépressifs caractérisés par âge en fonction des années (170)

Il est important de différencier la déprime, de la dépression ou état dépressif caractérisé. « La déprime est un état normal et transitoire durant lequel l'adolescent présente une série de symptômes à tonalité dépressive » (169). Elle peut se traduire notamment par des sauts d'humeur, par un état morose, triste, ou par une perte de motivation (168). Cependant l'intensité ne se révèle pas handicapante au quotidien, permettant le maintien des relations sociales ou scolaires. En revanche, cet état doit être surveillé, car il peut amener le patient à développer une dépression (169).

La dépression ou état dépressif caractérisé, est défini dans les classifications internationales du DSM-V, et du CIM-10 (171). Plus simplement, il s'agit d'une maladie se définissant par des symptômes durant depuis au moins deux semaines comme une humeur dépressive, une perte de l'estime de soi, une perte d'intérêt, une perte ou un gain de poids, une insomnie, une fatigue plus importante que d'habitude, des troubles cognitifs, des troubles somatiques, et des idées en lien avec la mort. Autrement dit, les symptômes peuvent être très variables. Cette pathologie provoque une véritable souffrance chez le patient, et altère lourdement sa vie quotidienne, ses relations sociales, scolaires, ou professionnelles (168, 171).

La dépression est généralement associée à d'autres troubles psychiques comme les troubles anxieux ou les conduites addictives (168).

b. Facteurs de risques de la dépression

Il s'agit d'une maladie pouvant avoir de multiples origines comme par exemple : des événements traumatisants de la vie, un traumatisme affectif, sexuel, ou la génétique, avec l'implication de gènes de prédisposition. Cependant, la génétique ne serait pas entièrement responsable du développement de ce trouble qui résulterait d'une interaction entre les gènes et l'environnement.

Toutes les personnes ayant rencontré des facteurs de risques ne développeront pas la maladie. De plus, certaines personnes n'ayant pas été exposées à un événement marquant présenteront un épisode dépressif caractérisé. Autrement dit, le déclenchement de ce trouble résulte en une susceptibilité individuelle (168).

c. Les mécanismes neurobiologiques

Les neurotransmetteurs sont des messagers moléculaires permettant la communication entre les neurones. Dans le cas de la dépression, le déficit en sérotonine, noradrénaline, et dopamine, représente le mécanisme principal, mais d'autres processus ont été découverts. Un déséquilibre entre le glutamate et le GABA, de même qu'une réponse anormale au stress régulé par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, seraient également impliqués (168).

d. Le diagnostic

La dépression chez les adolescents serait sous-diagnostiquée. Différents facteurs seraient en cause. Les symptômes de la dépression sont variables et multiples, et ne sont pas aussi facilement perceptibles que chez l'adulte. De plus, pendant la période de l'adolescence, l'adolescent exprime naturellement des fluctuations d'humeur. Il rencontre également des difficultés à exprimer verbalement ses émotions, ou son ressenti, qui seront déchiffrables via son comportement ou des

plaintes somatiques. Autrement dit, le diagnostic peut être confus et ambigu entre une véritable dépression et les bouleversements entraînés par la période de l'adolescence (169, 172).

Les parents doivent donc être vigilants à certains signes exprimés par leurs enfants tels qu'un changement de comportement soudain, des plaintes fréquentes en lien avec des douleurs, des absences récurrentes à l'école, une baisse des résultats scolaires, des modifications de l'humeur, des comportements à risque, un abus de substances ou un isolement social. Ces signes d'alerte peuvent s'aggraver et ainsi nécessiter une consultation médicale (172).

Ainsi le médecin pour poser son diagnostic doit prendre en compte les différents facteurs de risque, les différents symptômes cités précédemment, et la durée qui doit être au minimum de quinze jours. Le médecin évaluera également l'intensité de la dépression (168).

e. Prise en charge thérapeutique

La thérapie sera adaptée au patient. Elle a pour but de réduire les symptômes et les conséquences entraînés par le trouble, tout en prévenant les rechutes (168).

La prise en charge repose en premier lieu sur une psychothérapie de quatre à huit semaines. Elle est adaptée à l'adolescent. Des médicaments antidépresseurs peuvent être utilisés dans les cas sévères, et lorsque le traitement psychothérapeutique se révèle insuffisant pour soulager les symptômes. La prise en charge médicamenteuse de la dépression chez l'enfant et l'adolescent a suscité de nombreux débats. En effet, avec ce type de traitement les comportements suicidaires seraient amplifiés (173). D'où la nécessité de mettre en place un suivi médical régulier afin de détecter précocement les effets indésirables du traitement. Les traitements antidépresseurs utilisables sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. La fluoxétine est la molécule recommandée (173, 174). Ces traitements soulagent les patients après une prise de deux à quatre semaines (168). Afin de prévenir les rechutes, le traitement doit être maintenu entre six mois à un an (174). L'hospitalisation est possible, mais seulement dans les cas les plus graves (169).

3. La psychose

a. Définition et épidémiologie

« La psychose est une maladie mentale qui entraîne, par périodes, une incapacité à discerner le réel de l'irréel » (175). Le sujet atteint ne s'aperçoit pas des propos incohérents et insensés qu'il évoque. Autrement dit, il n'est pas conscient de sa maladie. Les symptômes sont de type confusions, hallucinations, idées délirantes, et isolement (176). Ces troubles apparaissent souvent entre la fin de l'adolescence et la période de jeune adulte c'est-à-dire entre 20 et 30 ans (160).

Les troubles psychotiques regroupent différentes pathologies : la schizophrénie, la psychose hallucinatoire chronique, la paraphrénie, ou la paranoïa (177).

Selon une étude française en 2021, il y aurait 0,14 % personnes entre 0 et 14 ans qui ont été prises en charge pour un trouble psychotique. Ce chiffre passe à 5,21 % pour la population âgée de 15-34 ans. Pour ces deux tranches d'âge, les hommes sont plus touchés que les femmes (178).

b. Facteurs de risque

Certaines personnes, notamment les jeunes entre 15 et 30 ans sont plus vulnérables aux troubles psychotiques. Cependant, parmi ces personnes vulnérables seulement 15 à 30 % évolueront vers un premier épisode psychotique (179).

Ces troubles n'ont pas de cause unique identifiée. Comme les autres maladies psychiques, ce serait l'implication de divers facteurs qui interféreraient entre eux. Une vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux comme la consommation de drogues, ou certaines infections pourraient être impliqués (179).

c. Le diagnostic et la prise en charge

Afin de repérer une éventuelle psychose, il est important d'être très attentif à un changement de comportement. Les premiers symptômes peuvent se traduire par une anxiété, une dépression, des troubles de la concentration, une perte de motivation, ou d'émotion, une méfiance, un isolement social, des idées insensées ou incohérentes (176).

La prise en charge de ces troubles est multidisciplinaire et repose sur une approche adaptée au malade. Elle doit être réalisée le plus précocement possible. Plus la durée avant la mise en place d'une thérapie est longue, plus le pronostic sera impacté de façon négative. En effet, il est possible d'observer une rémission plus lente et parfois incomplète, une mauvaise réponse aux traitements mis en place, un risque de rechute plus important, et de lourdes conséquences au quotidien. La prise en charge est fondée sur une évaluation et un accompagnement médical et psycho-social, avec en association un traitement antipsychotique à augmenter progressivement en fonction de la réponse thérapeutique. La dose minimale efficace est toujours recherchée pour limiter les effets indésirables. De plus, si besoin, un traitement des comorbidités notamment psychologiques ou addictives pourra être initié (179).

Même si les mesures d'accompagnement se poursuivent sur le long terme, les rechutes de la maladie ne sont pas rares. Le taux après un premier épisode psychotique est estimé à 28% à 1 an, et à 54% à 3 ans. Les rechutes peuvent être causées par une mauvaise adhérence au traitement, des symptômes initiaux sévères, ou à la consommation de drogues. Ainsi, le suivi par les spécialistes se fera de manière plus rapprochée, et le traitement pourra également être modifié (179).

Ainsi, ces troubles peuvent avoir de lourdes conséquences sur l'intégration sociale, scolaire, et sur la vie quotidienne de l'adolescent et du jeune adulte qui pourra de fait vivre du harcèlement ou/et se retrouver en isolement social important (160).

4. Les conduites suicidaires

a. Définition et épidémiologie

« Les conduites suicidaires couvrent un large champ allant de la prise de risque ordalique (jouer à mettre sa vie en jeu) jusqu'à un projet clairement conscient pouvant aboutir à la mort » (180).

Ainsi, il existe différents termes : le suicide, l'autolyse, la tentative de suicide, les idées suicidaires, la crise suicidaire, les équivalents suicidaires ou l'intoxication médicamenteuse volontaire (180). Chacun a une définition propre, qui ne sera pas abordée dans ce travail.

Chez l'adolescent, les conduites suicidaires traduisent un mal-être psychologique (180). Elles ne doivent donc pas être banalisées de par leur fréquence, les conséquences qu'elles entraînent psychologiquement et socialement, avec parfois des séquelles sur le long terme. Il est donc important d'être attentif pour repérer les premiers signaux d'alerte, surtout que c'est « un sujet tabou, douloureux et intime » (181).

Les conduites suicidaires sont un véritable enjeu de santé publique. En effet, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents (180, 181, 182). Ainsi, chaque année en France, ce sont près de 400 adolescents qui décèdent par suicide (182). La fréquence est plus élevée dans la population masculine et augmente avec l'âge (180, 183).

b. Facteurs de risque

Pour aboutir à un comportement suicidaire, il y a souvent une association de deux facteurs : un trouble psychique et un événement déclencheur entraînant le passage à l'acte.

Les événements déclencheurs peuvent notamment être en lien avec le décès d'un proche, un changement d'école ou de lieu de vie éloignant du groupe de pairs, un abus sexuel, du harcèlement scolaire ou sexuel, ou des difficultés scolaires. Un trouble psychique peut être associé : l'anxiété, la dépression, la psychose, les TCA, ou l'addiction (184).

c. Diagnostic et prise en charge

Ainsi certains signaux d'alerte doivent mettre en garde comme : un changement brutal du comportement et de l'humeur, la consommation de substances licites ou illicites, l'automutilation ou des propos à connotation suicidaire (181). Il est donc important d'être vigilant, et de prêter une grande attention et une écoute à ces signes.

Lorsque l'adolescent fait une crise suicidaire, le niveau d'urgence suicidaire est évalué, et la prise en charge sera donc adaptée.

Si le risque suicidaire est faible ou moyen, c'est-à-dire que l'adolescent n'a pas de scénario précis (prévision) ou n'a pas prévu de passer à l'acte dans les prochains jours (temporalité), une prise en charge ambulatoire est adaptée et nécessaire.

En revanche, en cas de risque suicidaire fort, c'est-à-dire quand l'adolescent a un scénario bien précis en tête (prévision) avec un moment prévu de passage à l'acte imminent (temporalité), une hospitalisation en urgence est nécessaire (180, 181).

La prise en charge des conduites suicidaires relève de la multidisciplinarité. Elle nécessite la consultation et un suivi chez un psychiatre avec la mise en place d'une psychothérapie. Il peut être également nécessaire de traiter les troubles sous-jacents comme la dépression, la psychose, la bipolarité, en ayant recours à un traitement médicamenteux (184).

La prévention est nécessaire pour repérer et éviter les suicides. Différents sites internet ou hotline existent, comme Fil Santé Jeunes ou le numéro national de prévention du suicide : ils sont des sources d'informations, d'aide et de soutien pour les personnes en souffrance psychique (185).

d. L'automutilation

L'automutilation non suicidaire consiste à se blesser volontairement en se coupant, se pinçant, se mordant, s'infligeant des coups, des brûlures. Autrement dit, il s'agit d'un acte auto-infligé. Ce comportement débute souvent au début de l'adolescence (186).

À l'échelle internationale, les automutilations ont augmenté de 250 % en 20 ans (187). Même si parfois les techniques d'automutilation se rapprochent d'un comportement suicidaire, la plupart des adolescents n'ont pas la volonté de mettre fin à leurs jours. Ce type de comportement révèle une grande souffrance et une détresse chez l'adolescent. Des difficultés à gérer des émotions, des angoisses, des violences physiques, psychiques ou sexuelles, des troubles du comportement alimentaire, ou une dépression peuvent en être la cause. Par ces gestes, les adolescents veulent soulager leur mal-être, se punir eux-mêmes. Ce peut être également un moyen de communiquer leurs émotions, dont ils éprouvent une certaine difficulté à partager, ou d'alerter leurs proches (186).

Les parents découvrant ce type de comportement se sentent impuissants, et très inquiets. Il est nécessaire d'encourager le jeune à suivre une psychothérapie.

5. COVID-19 et santé mentale des adolescents

Selon un rapport de l'UNICEF, la santé mentale des enfants et des adolescents a été fortement impactée par la crise sanitaire du COVID-19. En effet, la pandémie a eu de lourdes conséquences sur le quotidien, la scolarité des élèves, ainsi que des répercussions économiques, et sociales provoquant une augmentation de l'anxiété (188). Par conséquent, cette période complexe a favorisé l'émergence ou la rechute de troubles psychiques (189).

Selon l'étude CONFEADO qui vise à évaluer le vécu du confinement chez les enfants et les adolescents, les résultats démontrent un contraste en termes de conséquences psychologiques en fonction de l'âge et du sexe. En effet, ce sont les adolescents âgés entre 13 à 18 ans et le sexe féminin qui ont été le plus impactés par cette période (190). À la suite de la crise sanitaire, ce sont près de deux fois plus d'adolescents qui sont atteints d'anxiété et de dépression (191).

L'adolescence est une transition complexe. La vulnérabilité des adolescents pendant la crise sanitaire peut s'expliquer par les nombreux défis que leur impose ce passage vers l'âge adulte. Il leur a été par exemple plus difficile d'entamer ou de poursuivre une formation ou des études, de commencer leur vie professionnelle. La volonté de devenir plus autonomes et indépendants du milieu familial, a été fortement entravée par la pandémie. Les confinements successifs ont également considérablement impacté, la vie sociale des adolescents et le développement des relations avec leurs pairs, si importants à leur âge (189).

De plus, le confinement a exacerbé les inégalités sociales. Les adolescents issus de familles fragilisées et défavorisées, ont ressenti plus de détresse et de souffrance que ceux issus de familles plus aisées. Cela peut s'expliquer notamment à cause du confinement dans des logements exigus, sans possibilité de sortir à l'extérieur, se répercutant ainsi sur l'augmentation du temps passé devant les écrans, et ayant pour conséquence un isolement de l'adolescent. Ajouté à cela, des difficultés financières ou alimentaires peuvent venir exacerber ces inégalités. Ces adolescents ont également eu plus de mal à s'organiser pour le travail scolaire demandé, et se sont sentis dépassés par leurs devoirs. D'autre part, la peur de l'infection, et l'inquiétude vis à vis de l'hospitalisation d'un proche suite à la COVID-19, a eu de lourdes conséquences psychologiques (190).

Les conséquences de la crise sanitaire sur la santé mentale sont telles qu'il y a eu une véritable augmentation des demandes de consultations. Ce constat a été remarqué chez près de sept médecins sur dix (192). Selon une psychologue interrogée, les nouveaux patients seraient en particulier des jeunes adultes (193). De ce fait, depuis septembre 2021, les consultations chez un psychologue sont remboursées par la sécurité sociale dès l'âge de trois ans et pour un forfait de huit séances. Auparavant, ce remboursement n'était applicable qu'à la population âgée de 18 à 60 ans (194). Selon certains professionnels, ce dispositif permet à des personnes qui n'auraient jamais consulté de psychologue, faute notamment de moyens financiers, de pouvoir être aidées (193).

Les conséquences et les effets néfastes sur le bien-être des adolescents pourraient se faire ressentir pendant de longues années (188). D'ailleurs les données de 2023 mettent toujours en évidence une altération de la santé mentale des 11-24 ans (195).

Une campagne de sensibilisation nommée « J'en parle à » destinée aux adolescents a été lancée de juin 2021 jusqu'à juin 2022. Le but était d'inciter les adolescents à parler de leur souffrance mentale. En lien avec cette campagne, des dispositifs d'aide en ligne comme Fil Santé Jeunes sont également disponibles pour venir en aide aux adolescents et jeunes adultes souffrant de mal-être (196).

V. La scolarité

La scolarité fait partie essentielle de la vie des enfants et des adolescents. En effet, l'instruction est obligatoire de l'âge de 3 ans jusqu'à celui de 16 ans révolus. Les parents ont cependant le choix concernant le mode d'instruction qui peut avoir lieu dans un établissement scolaire public, ou privé, ou éventuellement à domicile. Le but à la fin étant que tous les élèves atteignent la maîtrise du socle commun des connaissances. Les jeunes entre 16 et 18 ans ont l'obligation de suivre une formation (197).

Selon une étude interrogeant des élèves scolarisés dans différents collèges et lycées de France, 12,3% aiment beaucoup l'école, 51,4% l'aiment un peu, 27,3% ne l'aiment pas beaucoup et 9% pas du tout. Parmi ces élèves, leur vécu scolaire renvoie à une certaine souffrance. En effet, 82,7% font référence à la notion de fatigue qu'entraîne l'école, et 67% estiment qu'elle génère chez eux de l'anxiété et de la nervosité (198).

Selon le modèle de Konu et Rimpelä, le bien-être des élèves à l'école passe par différents éléments comme : le bien-être physique avec un bon état de santé, le bien-être social nécessitant de bonnes relations sociales avec les enseignants, les camarades ou la famille, le bien-être psychologique grâce à des conditions scolaires optimales en termes d'environnement, de rythme de vie, de sécurité, et le bien-être cognitif comprenant l'accomplissement personnel, l'encouragement ou le soutien (199).

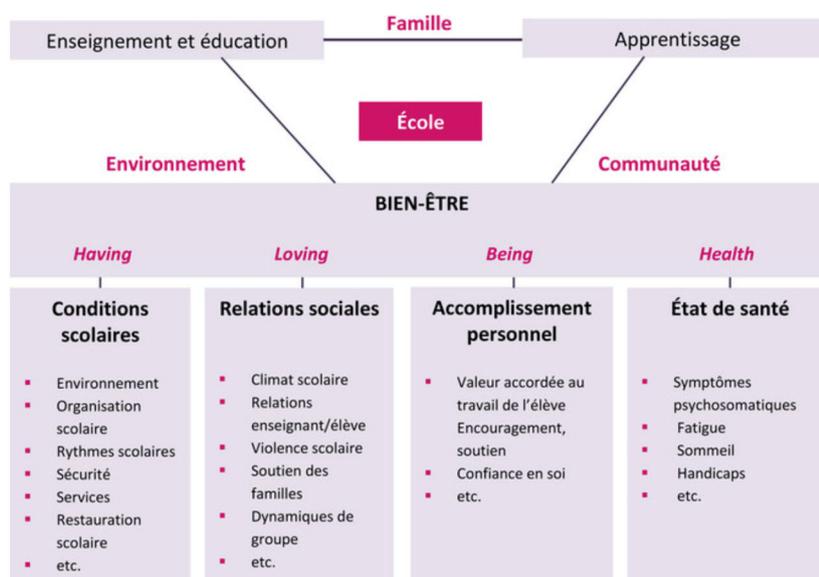


Figure 11 : Le bien-être à l'école selon le modèle de Konu et Rimpelä (199)

Cependant, il arrive que certaines conditions ne soient pas réunies, ce qui peut aboutir à différents problèmes comme la peur d'aller à l'école, l'absentéisme, des mauvais résultats scolaires voire un décrochage scolaire.

1. La phobie scolaire

a. Définition

Le terme « phobie scolaire est un trouble affectant les enfants en âge d'aller à l'école qui, en raison d'une anxiété, d'une dépression ou de facteurs sociaux, refusent d'aller à l'école car cela engendre un stress » (200). Cela se traduit par une incapacité physique et psychique, avec par exemple des douleurs, des angoisses, des pleurs, les empêchant de suivre une scolarité normale. Ce stress et cette peur extrême peuvent n'avoir aucun rapport avec l'école elle-même. Cette problématique peut apparaître de façon brutale ou plus progressive en fonction des élèves (201). Elle varie selon les périodes de l'année : les signes sont moins présents à l'approche des vacances mais s'aggravent lors de retour en classe (201). En France, selon les estimations entre 1 à 3 % des élèves souffriraient de phobie scolaire (202).

b. Des signes annonciateurs

L'école et tout ce qui s'y rapporte devient une véritable source d'anxiété pour l'adolescent. Certains signes peuvent alerter comme par exemple, l'insomnie le dimanche soir qui peut parfois être accompagnée de pleurs ou d'autres manifestations anxieuses, causées par le retour en classe le lundi (201). Lors du moment de se rendre à l'école, l'élève est tellement terrifié qu'un flot d'émotions incontrôlables le submerge, se traduisant par des cris, des implorations, des menaces, une lutte (203). Associé à cela, pour justifier son incapacité à aller en classe, il peut se plaindre de multiples douleurs. Au début l'absentéisme est discontinu, avec l'éviction de certaines disciplines, ou des évaluations. Il peut y avoir une multiplication des passages chez l'infirmière scolaire pour des plaintes somatiques : maux de ventre, céphalées (200). Dans certains cas, les sensations ressenties deviennent tellement angoissantes que l'adolescent peut faire une crise de panique. Dans les situations considérées comme rassurantes par l'adolescent, c'est-à-dire lorsqu'il est dans un quotidien sans école, les crises et les symptômes s'apaisent (201).

c. Les causes

Les causes peuvent être diverses et multiples en fonction des adolescents. Elles peuvent s'installer plus ou moins rapidement. Elles peuvent être liées à l'école par exemple suite à une pression scolaire, une maladie ayant isolé l'élève, du harcèlement scolaire, un changement d'école, ou bien n'avoir aucun lien avec l'école et pouvant s'expliquer par le décès d'un proche, des tensions familiales, un déménagement (201).

d. Prise en charge

Parfois la prise en charge d'un enfant atteint de phobie scolaire peut être longue. Plus elle est précoce, meilleure est l'évolution (204). Elle est majoritairement réalisée en ambulatoire et repose sur une démarche multidisciplinaire pouvant associer le médecin traitant, le pédiatre, le pédopsychiatre, le médecin scolaire (205). Néanmoins, un travail commun et une bonne communication entre la famille, l'école et les professionnels de santé sont nécessaires (204). La prise en charge est individuelle et adaptée à l'enfant, et à la famille. Une psychothérapie individuelle ou une thérapie familiale ou de groupe peuvent être utilisées, tout en installant des périodes d'aménagements scolaires (201). Néanmoins, pour ces jeunes patients il est nécessaire de maintenir leur scolarité à l'école afin qu'ils ne restent pas isolés, qu'ils n'accumulent pas de retard sur le programme, et leurs apprentissages (201). Parfois dans les cas les plus graves, notamment quand l'élève est déscolarisé depuis plusieurs mois, une hospitalisation peut être envisagée.

Depuis 2021, les troubles psychiques peuvent faire l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) (206). Avant cette date seuls les enfants ou adolescents atteints de pathologies d'ordre physique pouvaient en bénéficier. Le PAI « vise à garantir un accueil et un accompagnement individualisés en structures collectives des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période nécessitant des aménagements » (207). Dans le cadre de la phobie scolaire, le PAI peut donc être mis en place pour permettre un retour progressif de l'enfant en milieu scolaire et pour bénéficier de conditions particulières et adaptées pour les devoirs ou les examens (206).

De plus, des associations existent et constituent un soutien et une aide, pour les adolescents et leurs proches (208).

2. Le harcèlement

a. Définition

« Le harcèlement se caractérise généralement par les trois critères suivants : volonté, répétition et pouvoir. Le harceleur blesse volontairement, soit physiquement soit par des mots ou des comportements humiliants, et ce, de manière répétée » (209). Autrement dit, ce sévices est basé sur des rapports de domination et d'intimidation entre auteurs et victimes (210). Le harcèlement peut être direct, c'est-à-dire réalisé en présence de la victime, ou indirect et dans ce cas là, les violences sont faites en l'absence de la victime (211).

Il existe différents types de harcèlement comme par exemple le harcèlement scolaire, moral, social, religieux, sexuel, ou en ligne. Les personnes tout au long de leur vie peuvent être confrontées à ces violences, et ce dans n'importe quels domaines : professionnel, social, privé (210).

Les adolescents sont particulièrement exposés à deux types de harcèlement : celui rencontré en milieu scolaire, et celui en ligne appelé cyberharcèlement (211).

b. Le harcèlement scolaire

Le harcèlement scolaire est une problématique ancienne. En effet, des travaux datant des années 1970, abordaient déjà le sujet. Ce sont les psychologues Dan Olweus et Peter Smith qui ont en premier décrit le harcèlement scolaire. Cependant, en France c'est seulement en 2011 que cette notion a été étudiée (212).

Le harcèlement scolaire est défini ainsi : « Un élève est victime de harcèlement lorsqu'il subit, de façon répétitive, des actes négatifs de la part d'un ou plusieurs élèves. Un comportement négatif peut se produire lorsqu'un élève, ou un groupe d'élèves, inflige un malaise à un autre élève, que ce soit de manière physique (frapper, pousser, frapper du pied, pincer, retenir autrui) ou verbale (menaces, railleries, taquineries et sobriquets). Les actions négatives peuvent également être manifestées sans parole ni contact physique (grimaces, gestes obscènes, ostracisme ou refus d'accéder aux souhaits d'autrui) » (213).

Il s'agit d'une problématique étendue touchant aussi bien les élèves du primaire que ceux du secondaire. Cependant, les risques de harcèlement sont plus présents en fin d'école primaire et au collège. Selon des études, 5,6 % collégiens seraient victimes de harcèlement (214), et 1,3 % des lycéens (215).

Les garçons sont plus à risque de subir des violences physiques comme des bousculades ou des coups. Alors que les filles sont plus souvent touchées par le harcèlement psychologique pouvant se

traduire par des intimidations ou des critiques (209). Dans la majorité des cas, le harcèlement se déroule à des endroits où la surveillance par un adulte est peu présente.

c. Le cyberharcèlement

Le cyberharcèlement est un sous type plus moderne de harcèlement. Il « se pratique via les téléphones portables, messageries instantanées, forums, chats, jeux en ligne, courriers électroniques, réseaux sociaux, site de partage de photographies etc » (213). Il peut être réalisé sous diverses formes telles que des insultes, des menaces, des rumeurs, des moqueries, des diffusions de photos personnelles, intimes voire à caractère sexuel (213). Selon l'association e-enfance, « 24% des familles ont été confrontées au moins une fois une situation de cyberharcèlement » (216) .

Par cette forme de harcèlement, la victime peut être harcelée à tout moment. Autrement dit, elle n'a pas besoin d'être en présence de son agresseur. Certains moyens de communication comme les réseaux sociaux, ou internet, ont un nombre d'utilisateurs conséquent, ce qui aboutira à la diffusion très rapide de ce que l'agresseur a mis en ligne. Parfois, il peut se révéler difficile pour les victimes de supprimer ce qui a été publié sur les différents sites. De plus, en agissant via les écrans, l'identification du harceleur peut se révéler complexe. Ce dernier peut prendre différents pseudonymes afin de rester anonyme (211).

d. Des signes d'alerte

Les victimes ne parlant que rarement de ces difficultés, il est donc difficile pour l'entourage d'identifier ce problème. Néanmoins, plus les actes de harcèlement durent sur une longue période, plus il peut se révéler difficile pour la victime d'échapper à ses agresseurs. Il est donc essentiel de repérer des signes annonciateurs comme : un changement de comportement, une humeur plus irritable, plus triste, une perte d'appétit, une anxiété excessive, une insomnie, un isolement social, un refus de prendre le bus et de se rendre à l'école. Certes ces multiples manifestations peuvent se retrouver dans différentes problématiques auxquelles sont confrontés les adolescents, il est donc essentiel de rechercher quelles sont les causes de ces changements (211).

e. Les causes et les conséquences

Les harceleurs choisissent plus souvent des victimes vulnérables et considérées comme différentes. Diverses raisons peuvent en être la cause, notamment l'apparence physique, la personnalité, la présence d'un handicap, l'appartenance religieuse, la catégorie sociale, ou encore l'orientation sexuelle (211).

Le harcèlement peut avoir de lourdes conséquences à court et long terme sur les victimes. De l'anxiété, des insomnies, une modification de l'appétit, un isolement, une altération des résultats scolaires, un changement d'humeur, une peur excessive peuvent par exemple apparaître. La victime est continuellement rejetée, ce qui altère progressivement sa propre estime. Elle devient ainsi plus vulnérable, ce qui encourage les agresseurs à poursuivre leurs actes. Ces agressions peuvent aboutir à des problématiques de dépression, de peur sociale et dans les cas les plus graves au suicide (211).

f. Lutte contre le harcèlement et sanctions

Le gouvernement lutte activement contre le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement. Pour cela il a mis en place en 2021 un programme nommé pHARe à destination des écoles, des collèges et des lycées. Le programme est basé sur la mobilisation des équipes éducatives comme les professeurs, les infirmiers scolaires, les psychologues, et les élèves pour sensibiliser à la problématique du harcèlement et pour être apte à prendre en charge ces situations (217).

Le jeudi 9 novembre 2023, s'est déroulée la journée nationale de lutte contre le harcèlement scolaire. Durant cette journée, diverses activités ont été proposées aux élèves dans le cadre de la prévention et de la lutte contre le harcèlement. Tous les élèves du CE2 à la terminale, ont rempli une grille d'auto-évaluation dans le but de déterminer la fréquence du harcèlement et d'adapter par la suite les différentes actions et solutions à mettre en place (218).

Deux numéros d'urgence existent : le 3018 pour le cyberharcèlement, et le 3020 pour les victimes et leurs familles. Ils sont désormais donnés à chaque rentrée scolaire.

Depuis le 17 août 2023, une nouvelle mesure est autorisée : il s'agit de la possibilité de changer d'école un élève harceleur si ce dernier représente un risque pour ses camarades, sans nécessité d'obtenir l'accord des parents. Tous les élèves de l'école primaire au lycée sont concernés. Cependant, cela est applicable si de premières sanctions comme un renvoi de l'école n'ont pas permis une amélioration du comportement de l'élève harceleur (219).

De plus, la loi du 2 mars 2022, reconnaît le harcèlement scolaire comme un délit pénal, qui en fonction des situations pourra être puni jusqu'à dix ans de prison et 150 000 euros d'amende (220).

3. Le décrochage scolaire

a. Définition

Le terme décrochage scolaire est apparu à la fin des années 2000 en France. Pourtant, cette problématique est ancienne comme le montre le rapport Schwartz datant de 1980 (221).

Le décrochage scolaire est une problématique récente et majeure dans les plans d'action du gouvernement. « Le décrochage est un processus qui conduit chaque année des jeunes à quitter le système de formation initiale sans avoir obtenu une qualification équivalente au baccalauréat ou un diplôme à finalité professionnelle, de type certificat d'aptitude professionnelle (CAP) » (222). Ce processus peut se produire dans tous les systèmes de formation et quel que soit le niveau.

Le taux d'abandon scolaire en 2019 était de 8,2 % contre 12,6 % en 2010. Cette diminution s'explique par la mise en place de la « Stratégie Europe 2020 », visant à lutter contre cette problématique (223).

Le décrochage scolaire a de lourdes conséquences psychologiques, sociales, économiques se traduisant notamment par une baisse de l'estime de soi, un isolement, des problèmes de santé, une

baisse de la qualité de vie, une insertion plus compliquée dans le monde professionnel, ou un risque plus élevé de chômage (224).

b. Des facteurs responsables du décrochage scolaire

Différents facteurs peuvent être responsables du décrochage scolaire comme par exemple : le sexe, le milieu socio-économique, l'état de santé, des problématiques en lien avec l'école, ou un contexte territorial difficile (225).

Concernant les facteurs individuels, des études prouvent qu'en fonction du sexe homme ou femme, les risques de décrochage scolaire ne sont pas les mêmes. La population masculine serait plus à risque d'interrompre sa scolarité.

Le milieu socio-économique est aussi déterminant. La menace de sortir du système scolaire est plus importante chez les personnes issues des classes défavorisées, plutôt que chez les personnes issues de milieux favorisés et plus aisés.

De plus, si les parents suivent la scolarité de leur enfant, qu'ils sont impliqués dans les devoirs, qu'ils contrôlent le travail réalisé, afin de repérer d'éventuelles difficultés tout en encourageant leur enfant et en le valorisant, les risques de rupture avec l'école sont restreints.

La santé mentale de l'adolescent peut aussi être un facteur de risque d'interruption de la scolarité. En effet, un épisode dépressif ou des troubles du comportement peuvent en être la cause (225).

Ensuite des problématiques en lien avec l'école peuvent aboutir petit à petit au décrochage scolaire. Par exemple, des difficultés d'apprentissage, un redoublement, une orientation scolaire ou professionnelle non choisie, une atmosphère scolaire peu favorable peuvent provoquer progressivement un découragement et un désengagement scolaire (225).

Enfin les contraintes territoriales sont aussi à prendre en compte. En effet, toutes les régions françaises ne bénéficient pas de la même offre de formation, notamment en termes d'établissements

scolaires, de spécialités, ou de niveau de formation. D'autres part, les difficultés économiques et sociales, de même différentes au sein

que l'attractivité sont même du pays (225).

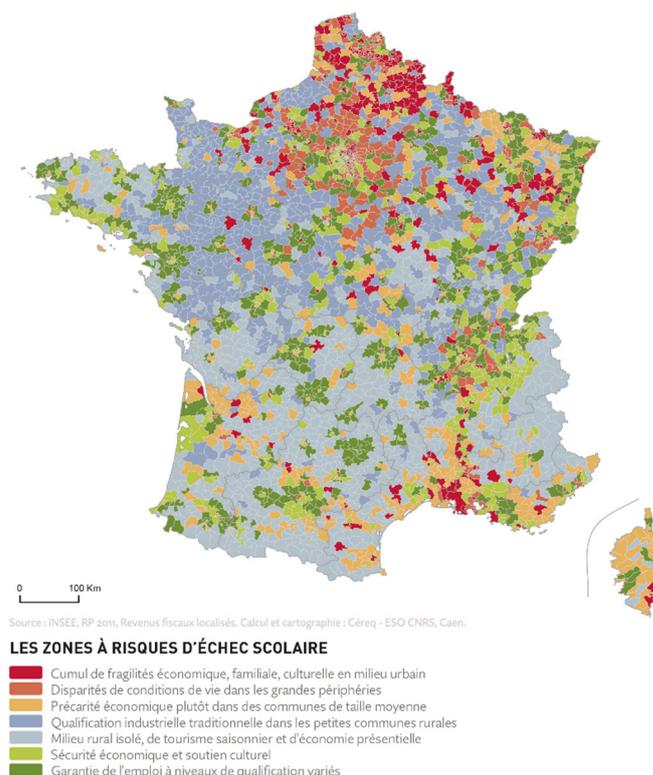


Figure 12 : Les zones à risque d'échec scolaire sur le territoire (226).

c. Décrochage scolaire et COVID-19

Au printemps 2020, avec l'émergence de la pandémie du COVID-19, et les périodes de confinement mises en place, le domaine de l'éducation a été fortement impacté, empêchant des milliards d'enfants de se rendre sur les bancs de l'école. Jamais auparavant l'éducation au niveau mondial n'avait été autant perturbée. Au pic de la pandémie, ce sont plus de 1,6 milliards d'élèves répartis dans 190 pays qui ne se sont plus rendus à l'école (227).

La crise sanitaire a accentué les inégalités de réussite scolaire. En effet, avec la mise en place de l'école à distance, les élèves ont été contraints de poursuivre leur scolarité en ligne via des plateformes éducatives. Cependant, des familles ne disposent pas de connexion internet, ni d'équipements numériques et informatiques, ce qui a creusé les inégalités en termes d'éducation (227).

Dans le monde, il est estimé que 3,6 milliards de personnes, soit près de la moitié de la population, n'a pas accès à internet. Autrement dit, 463 millions d'élèves dans le monde, soit un tiers des apprenants ne peuvent pas suivre une scolarité à distance (227).

La France n'est pas épargnée par cette problématique. En effet, certains élèves n'ont pas pu prendre contact avec leurs enseignants, ni suivre les cours à distance. Selon un interview du ministre de l'Éducation à cette époque, il y aurait entre 4 à 8 % des élèves soit environ 500 000 écoliers qui ne se sont pas connectés sur les plateformes d'apprentissage en ligne (228).

Les répercussions sont nombreuses. Les pertes d'apprentissage liées au confinement se comptent en mois. En effet, dans le monde, à la suite de la fermeture des écoles, les élèves ont loupé en moyenne les deux tiers d'une année scolaire. Par conséquent, un nombre important de jeunes apprenants risquent d'arrêter leurs études. Le décrochage scolaire menace ainsi 24 millions d'enfants et d'adolescents dans le monde (227). Ces élèves défavorisés, qui ne possédaient pas les ressources nécessaires pour poursuivre à distance leur scolarité, sont plus touchés par la perte de motivation, l'accumulation de lacunes et par le décrochage scolaire.

d. Solutions et moyens de lutte mis en place

La lutte contre le décrochage scolaire est une des missions principales de l'éducation nationale. Le personnel éducatif est ainsi formé pour détecter les signaux inquiétants. De plus, en 2020 le gouvernement a mis en place l'obligation de formation pour les 16-18 ans. Il permet également l'accueil et l'accompagnement des élèves qui ont quitté le système éducatif sans diplôme, afin de leur redonner confiance en eux, de les réinsérer dans les systèmes éducatif et social, leur permettant ainsi de choisir le projet de formation et d'insertion qu'ils souhaitent (223).

PARTIE III : Accompagnement de proximité et rôle du pharmacien d'officine.



I. Rôle de proximité

Le pharmacien d'officine possède de nombreux atouts. Une ordonnance datant du 3 janvier 2018 réglemente l'installation et l'ouverture des officines, dans le but de les répartir uniformément sur le territoire français (229). C'est ce qu'on appelle le maillage territorial. Il y a environ 22 000 pharmacies réparties sur l'ensemble du territoire français (230). Ainsi chaque habitant a accès facilement à une pharmacie de ville. Plus précisément, on estime que « 4 personnes sur 5 ont accès à une pharmacie dans leur commune de résidence » (231).

La proximité géographique des officines en fait un lieu de soins de premier recours dans la prise en charge des patients. De plus, elles permettent d'avoir accès à un professionnel de santé facilement et rapidement. Ce dernier étant disponible sur de grandes plages horaires et sans nécessité de rendez-vous.

Un avantage incontestable de l'officinal est sa connaissance globale du patient. En effet, le patient revient souvent dans la même pharmacie, cela permet donc d'instaurer une véritable relation de confiance entre le malade et le professionnel (232). Ainsi, le pharmacien connaît le contexte familial, socio-professionnel, l'historique médicamenteux, ou il peut prendre contact avec l'entourage au besoin (230).

Après des patients, le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de proximité, ayant certes un rôle de dispensation des médicaments, mais également un rôle de conseil, d'écoute et de prévention de la santé. Le pharmacien est donc un acteur incontournable dans la santé individuelle mais également dans la santé publique.

II. Règles et devoirs des pharmaciens

1. Les devoirs généraux des pharmaciens

Le code de déontologie fixe les règles éthiques et morales ainsi que les devoirs que doivent respecter les pharmaciens dans l'exercice de leur profession. Il guide les professionnels dans leur pratique et dans leurs rapports avec leurs collègues, leurs confrères, les autres professionnels de santé, les patients, les autorités de santé (233).

Tous les pharmaciens inscrits au tableau de l'Ordre ainsi que les étudiants effectuant des remplacements doivent respecter le code de déontologie.

Les infractions à ses règles sont passibles d'une sanction disciplinaire de la part du conseil de l'Ordre national des pharmaciens.

Le Code de déontologie énumère les règles générales de tous les pharmaciens. Les principales sont : la « protection de la santé publique », le « secret professionnel », le « dévouement », l'« assistance à personne en danger », la « protection de la santé publique et lutte contre le charlatanisme », ou l'« actualisation des connaissances » (233, 234).

2. Les devoirs spécifiques des officinaux

Le pharmacien d'officine a un rôle majeur dans le circuit du médicament et des produits de santé. Il assure l'acte de dispensation. En effet, il réalise une analyse pharmaceutique de l'ordonnance, ou de la demande formulée par le patient en l'absence de prescription. Il suit et réévalue le traitement. Si besoin, il prépare les doses à administrer. Il explique le traitement et donne les conseils pharmaceutiques au malade, nécessaire au bon usage du médicament. Il évalue l'observance. Il contribue également aux vigilances et aux traitements des alertes sanitaires. Enfin si rien ne la contre-indique, il réalise la délivrance des produits (235).

Le pharmacien d'officine contribue aux soins de premier recours, et participe aux actions de santé publique, de prévention et de dépistage. Il coopère avec les autres professionnels de santé pour assurer une prise en charge continue et pour sécuriser le parcours de soins des patients. Il garantit la permanence des soins, en participant aux services de garde et d'urgence.

Les missions de l'officinal ne cessent d'évoluer. En effet, il est appelé à mener d'autres actions, que celles évoquées ci-dessus, comme la vaccination, le dépistage, les entretiens pharmaceutiques, l'exercice coordonné. Il est un véritable relais de proximité dans la stratégie de santé mise en place dans le pays (230).

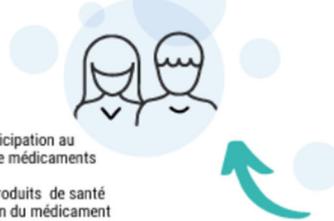
Des pharmaciens à toutes les étapes de la chaîne du médicament et qui accompagnent les patients dans leur parcours de soins

Laboratoire de biologie médicale

- Production et interprétation des résultats d'examens
- Participation à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies en lien avec les autres professionnels de santé
- Vigilances sanitaires
- Investigation scientifique
- Orientation du patient dans le parcours de soins
- Education thérapeutique

Officine

- Analyse des ordonnances, délivrance des médicaments et des produits de santé, et conseil sur leur usage
- Dépistage et prévention
- Vaccination
- Surveillance des effets des traitements et des interactions médicamenteuses
- Sécurisation du parcours de soins, en lien avec les autres professionnels de santé
- Ecoute, conseil et dialogue avec les patients



Industrie

- Recherche et participation au développement de médicaments innovants
- Fabrication des produits de santé
- Commercialisation du médicament après obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM)
- Suivi et retrait des lots
- Information auprès des professionnels de santé
- Pharmacovigilance : surveillance et évaluation des risques liés à l'utilisation des médicaments et remontée des effets indésirables auprès des autorités de santé

Hôpital

- Approvisionnement et délivrance des produits de santé
- Dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux stériles (y compris les implantables) et autres produits de santé
- Activités de pharmacie clinique (analyse pharmaceutique des prescriptions, conciliation médicamenteuse...) et contribution à la prise en charge du patient par la participation à la définition du traitement
- Préparation et dispensation des médicaments stériles ou non, anticancéreux, radiopharmaceutiques ou de thérapie innovante
- Participation à la recherche clinique
- Stérilisation des dispositifs médicaux
- Coordination avec le pharmacien de ville

Distribution

- Logistique des produits de santé : réception, stockage, préparation de commande, conservation et transport dans le respect des normes de sécurité et de qualité
- Approvisionnement des officines, établissements de santé, laboratoires de biologie médicale et autres structures autorisées
- Gestion des stocks, des ruptures, des retours, des rappels et retraits

Le saviez-vous ?

Les pharmaciens exercent également d'autres métiers moins connus, parmi ceux-ci :

- Pharmacien de sapeurs-pompiers
- Pharmacien dispensateur à domicile d'oxygène à usage médical
- Pharmaciens relevant des équipes mobiles de soins
- Pharmacien inspecteur de santé publique
- Pharmacien conseil de l'assurance maladie

©DR - juillet 2022

Figure 13 : Les missions du pharmacien en fonction du secteur d'exercice (235)

III. Évolution des missions officinales

Le rôle du pharmacien d'officine ne se résume pas à la délivrance des médicaments, mais il est beaucoup plus complet. S'agissant d'un professionnel de santé de proximité, ses missions ne cessent d'évoluer. La France est de plus en plus concernée par la problématique des déserts médicaux. De par leur maillage territorial dense, les officines peuvent contribuer à réduire les inégalités d'accès aux soins. De plus, l'espérance de vie augmentant, il est nécessaire de réorganiser le système de soins afin de prendre en charge le nombre grandissant de patients (230).

1. Les missions de prévention

a. La vaccination

La vaccination est une mission majeure du pharmacien d'officine. Il pouvait jusqu'en août 2023, vacciner les personnes dès l'âge de 16 ans à condition d'avoir une ordonnance, sauf pour la vaccination contre la grippe et la Covid-19.

Il y a un grand nombre de vaccins possibles : Covid-19, grippe, diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, papillomavirus humain, hépatite A et B, méningocoque de type A, B, C, Y et W, pneumocoque, et rage (230).

Cependant depuis le 8 août 2023, un décret a été publié autorisant les pharmaciens à prescrire et administrer les vaccins du calendrier vaccinal y compris celui de la grippe saisonnière à partir de l'âge de 11 ans. Une formation supplémentaire est néanmoins nécessaire (236). Cependant, les officinaux n'ont pas le droit de prescrire les vaccins vivants atténués aux personnes immunodéprimées ou de prescrire les vaccins et les administrer avant l'âge de 11 ans.

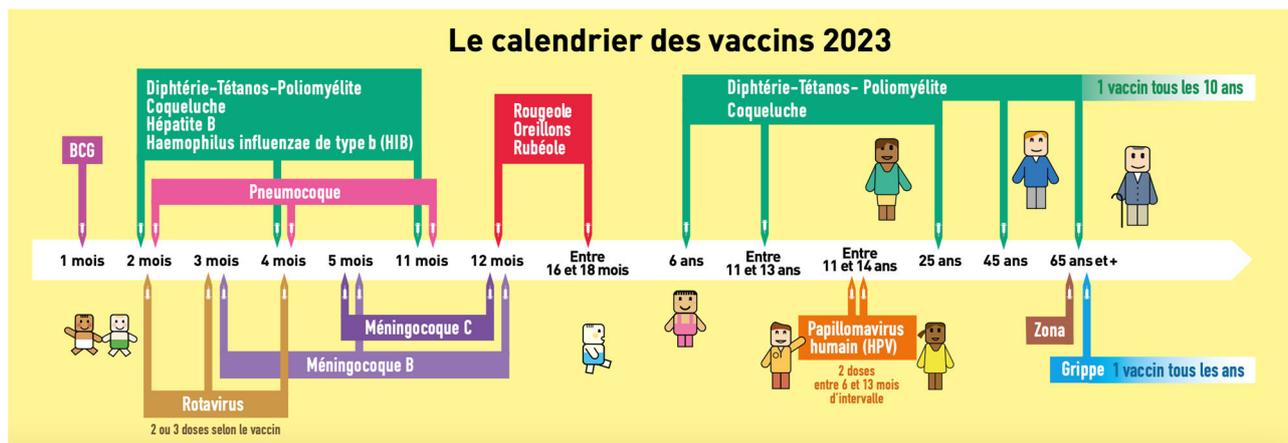


Figure 14 : Frise chronologique des vaccinations 2023 (238)

Pour pouvoir réaliser les actes de vaccination, le pharmacien doit disposer d'une pièce adaptée et confidentielle (237).

La traçabilité de la vaccination est obligatoire. Pour cela, le pharmacien doit enregistrer les informations concernant le vaccin administré, ainsi que la date de réalisation de l'injection, dans un registre informatique. Il faut également donner une attestation de vaccination au patient, et si possible remplir son carnet de vaccination et/ou son dossier médical partagé et/ou son espace numérique de santé.

La pharmacovigilance est indispensable. Le recueil et la déclaration des effets indésirables potentiellement en lien avec le vaccin font partie du rôle du pharmacien (237).

Depuis octobre 2023, le pharmacien d'officine a le droit de vacciner en dehors de sa pharmacie. Plus précisément, l'officinal peut, si le besoin est important, aider les autres professionnels de santé, en se rendant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les collèges, ou directement au domicile du patient, pour réaliser les actes de vaccination. Les officinaux viennent donc compléter l'offre déjà présente (239).

b. Les tests rapides d'orientation diagnostic (TROD)

Le pharmacien d'officine étant un acteur de premier recours, il assure les missions de dépistage notamment des maladies infectieuses comme la grippe, la Covid-19, l'angine, ou des maladies métaboliques comme le diabète.

Ainsi, l'officinal peut réaliser ce qu'on appelle des tests rapides d'orientation diagnostic (TROD). Il s'agit de « Dispositifs Médicaux de Diagnostic In Vitro (DMDIV) destinés à un diagnostic par un professionnel de santé hors d'un environnement de laboratoire » (240). Il est important d'expliquer au patient que ce test ne remplace pas un examen réalisé en laboratoire de biologie médicale. Par

conséquent, parfois il peut se révéler nécessaire de réorienter le patient pour faire confirmer ce résultat (240).

Pour pouvoir réaliser ces TROD, la pharmacie doit disposer de locaux adaptés. Le professionnel doit avoir reçu une formation et se doit d'informer le médecin traitant du patient (240).

Les tests réalisables en officine sont : (240)

-Le TROD oropharyngé, permettant d'orienter vers une angine bactérienne à streptocoque A, et ainsi d'adapter le traitement. Avant de faire ce test, les conditions d'éligibilité sont à vérifier grâce au score de Mac-Isaac.

-Le TROD oropharyngé de la grippe.

-Le test capillaire d'évaluation de la glycémie, afin de repérer une glycémie anormale. Cependant ce test n'est réalisable que dans le cadre d'une campagne de prévention du diabète.

-Pendant la pandémie de Covid-19, les pharmaciens ont réalisé les TROD antigéniques nasopharyngés, permettant d'orienter le diagnostic vers une infection par le virus.

Avec l'accord du patient, les résultats sont à adresser au médecin traitant. Un examen de biologie médicale peut également être réalisé afin de confirmer l'orientation diagnostique.

c. Le dépistage du cancer colorectal

Le pharmacien participe également au dépistage du cancer colorectal. Le cancer colorectal est un cancer fréquent : il se classe au 3ème rang chez l'homme, et au 2ème rang chez la femme. En termes de mortalité : il occupe la 2ème place des cancers meurtriers chez l'homme, et la 3ème place chez la femme. Il s'agit donc d'un véritable enjeu de santé publique (241).

Ainsi, un arrêté datant du 1er avril 2022, autorise la remise des kits de dépistage du cancer colorectal par le pharmacien d'officine (242).

En effet, le dépistage permet un diagnostic précoce d'une pathologie, notamment d'un cancer, et permet ainsi d'améliorer la prise en charge et les chances de guérison du malade (243).

Ce dépistage consiste en la réalisation d'un test immunologique. Autrement dit, on recherche la présence de sang dans les selles, car certains polypes ou cancers provoquent des saignements qui ne sont pas détectables à l'œil nu. Pour le patient ce test est indolore et il est à réaliser chez lui (244).

L'officinal peut donc délivrer un kit de dépistage du cancer colorectal à toutes les personnes entre 50 et 74 ans à risque moyen de développer un cancer, même si elles n'ont pas reçu d'invitation. Elles sont amenées à réaliser ce test tous les deux ans (244). Le professionnel doit donc s'assurer que le patient est bien éligible à la remise du kit de dépistage, et si c'est le cas, il donne les informations nécessaires à son utilisation (245).

Afin de pouvoir remettre les kits, le pharmacien doit avoir suivi une formation donnée par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers.

2. Les missions d'accompagnement

a. Les entretiens pharmaceutiques

Depuis une dizaine d'années, les pharmaciens peuvent réaliser des entretiens pharmaceutiques en cas de maladies chroniques. Il s'agit d'une nouvelle mission attribuée aux officinaux conformément à la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) datant de 2009 (246).

L'entretien pharmaceutique est un suivi réalisé par le pharmacien qui permet de faire de la prévention concernant les risques liés à la pathologie, de contribuer au bon usage du médicament, de favoriser l'observance, de lutter contre la iatrogénie, ou de détecter les interactions médicamenteuses, tout en répondant aux éventuelles questions que se pose le patient.

Il peut être réalisé pour les pathologies suivantes :

- « -un traitement chronique par anticoagulants oraux ;
- un traitement chronique contre l'asthme, par corticoïdes inhalés ;
- des patients âgés prenant plusieurs médicaments de façon chronique, pour établir un bilan partagé de médication ;
- les traitements anticancéreux par voie orale » (230).

Le pharmacien est apte à réaliser chaque entretien s'il a reçu une formation spécifique. Les entretiens pharmaceutiques doivent être réalisés dans un espace de confidentialité dédié, ou éventuellement au domicile du patient.

Dans le cadre du suivi du patient, un compte-rendu est enregistré chaque année dans l'espace numérique sécurisé du patient, permettant de garder une trace de l'accompagnement réalisé.

Ces entretiens permettent de détecter plus rapidement un problème et d'informer les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient (230).

b. L'entretien court femme enceinte

Depuis la convention nationale pharmaceutique entrée en vigueur en novembre 2022, une nouvelle mission a été confiée au pharmacien d'officine : il s'agit de la réalisation d'entretiens pharmaceutiques courts pour accompagner les femmes enceintes. Ces dernières peuvent en bénéficier quel que soit le stade de leur grossesse. Le professionnel s'il estime un besoin peut le proposer aux futures mamans, ou ces dernières peuvent également solliciter le pharmacien (247).

L'objectif est de les sensibiliser aux risques liés à la consommation de certaines substances dangereuses pour le fœtus, pouvant être soit tératogènes ou foeto-toxiques, et susceptibles de causer des conséquences désastreuses. Le pharmacien vérifie les éventuels traitements prescrits et met en

garde les futures mamans contre l'automédication. Il rappelle également l'importance de la vaccination (247, 248).

3. L'exercice coordonné

Un nouveau mode d'exercice se développe, il s'agit de l'exercice coordonné. Pour réaliser cette mission, le pharmacien doit faire partie d'une structure comme : les équipes de soins primaires, les communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS), les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), ou les centres de santé pluridisciplinaires. Ainsi, le pharmacien travaille en association avec d'autres professionnels de santé et des professionnels paramédicaux (230).

L'exercice coordonné se compose de deux types d'activités : le pharmacien correspondant ou la dispensation sous protocole (249).

Si le patient le décide, l'officinal peut intervenir en tant que pharmacien correspondant. Il suffit de remplir le formulaire de déclaration et de l'envoyer à la caisse d'assurance maladie.

De cette manière, le pharmacien correspondant peut renouveler les traitements chroniques et ajuster si besoin leurs posologies. Il peut réaliser ces actes à la demande ou avec l'accord du médecin. Cependant, ce dernier doit avoir écrit sur l'ordonnance la possibilité que le pharmacien les réalise (249).

La dispensation protocolisée permet au pharmacien d'officine de délivrer des médicaments dans certaines indications, sans nécessité de présentation d'une ordonnance médicale. Les pathologies concernées sont la « pollakiurie et brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans ». Ainsi que l' « odynophagie chez les patients de 6 à 45 ans ». Les médicaments associés font partie de la famille des antibiotiques (249).

L'objectif de ces regroupements est d'améliorer la coordination et la collaboration entre les professionnels intervenant dans le parcours de soin du patient, et ainsi d'optimiser sa prise en charge.

PARTIE IV : Etude qualitative des besoins
d'accompagnement des pharmaciens d'officine dans
la prise en charge des adolescents et de leurs familles



I. Introduction

À l'adolescence, l'enfant entame sa transformation vers l'âge adulte, avec une évolution hormonale importante et une revendication identitaire. Les bouleversements psychologiques attendus peuvent être nombreux. Irritabilité, conduites à risque et changements d'humeur sont des caractéristiques émotionnelles et comportementales des adolescents. De ce fait, des ajustements sont nécessaires dans la dynamique familiale, le rôle des parents et la relation parent-adolescent. Ainsi, cette période est complexe pour l'adolescent et pour ses parents, et les incompréhensions intra-familiales peuvent être quotidiennes. Le ressenti des parents peut s'accompagner d'une déstabilisation de leur posture éducative s'ils se sentent démunis à faire face à ces bouleversements.

Le pharmacien d'officine est un acteur de soins de premier recours du fait de sa proximité avec les patients malades ou personnes non malades. Il a des missions de conseil et d'accompagnement concernant les produits de santé. De plus, en tant qu'acteur de santé publique il a également une mission d'accompagnement auprès des personnes non-malades (232).

Les entretiens pharmaceutiques font partie des nouvelles missions d'accompagnement et de santé publique des pharmaciens. Actuellement en France, les entretiens pharmaceutiques d'accompagnement à l'officine auprès des adolescents et de leurs parents ne sont pas encadrés par un texte réglementaire. Il pourrait donc être judicieux d'analyser le besoin : y-a-t-il une demande sur le terrain ?

II. Méthodologie

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les besoins d'accompagnement des adolescents et leurs familles du point de vue des pharmaciens d'officine.

2. Design de l'étude

Différents procédés permettent de collecter des données empiriques dans le cadre de recherches comme la recherche quantitative ou la recherche qualitative.

La recherche quantitative démontre des faits en les quantifiant. Elle fournit donc des données chiffrées. Elle inclut un grand nombre d'individus.

La recherche qualitative vise à recueillir des informations descriptives, détaillées, permettant d'analyser et de comprendre des phénomènes, des comportements, des besoins, ou des attitudes de la population ciblée. De plus, cette méthode de recherche permet d'explorer, d'étudier, ou de questionner des actions, interactions, organisations, expressions, représentations et leurs significations. Elle est donc subjective comme elle s'appuie sur les expériences, les interprétations. Elle est non quantifiable. Elle permet également d'identifier les freins ou les leviers d'une thématique. Le nombre de participants est restreint (250).

Par rapport à l'objectif fixé précédemment, la méthode qualitative exploratoire est la plus adaptée.

Concernant le recueil de données d'une étude qualitative, il en existe trois types : l'observation, l'entretien individuel et le groupe de discussion (251). Dans le cas présent, le choix s'est porté sur des entretiens réalisés individuellement et en face à face, pour obtenir un maximum d'informations et éviter les effets de leadership dans un groupe.

Concernant la forme des entretiens, plusieurs choix sont possibles : le directif, le semi-directif, le non directif ou libre (250).

La tableau 2 présent ci-dessous résume les trois types d'entretiens

	Entretien non directif / libre	Entretien semi-directif	Entretien directif
	Pas structuré	Structuré	Très structuré
Intervieweur	-Laisse la parole à l'interviewé -Pas de question prévue à l'avance pour guider l'entretien	-Pose des questions préparées à l'avance, lui servant de points de repère	-Pose des questions préparées à l'avance dans un ordre précis
Interviewé	-Parle librement	-S'exprime librement tout en développant sur la question posée	-Impossibilité d'intervenir librement -Se contente de répondre seulement aux questions

Tableau 2 : Les différents types d'entretien (250)

Par rapport à nos objectifs, l'entretien semi-directif a été choisi. Il permet de structurer le travail grâce à un guide prédéfini de thématiques, avec des questions ouvertes et relances proposées. Le tableau 3 présent ci-dessous présente ce guide. Le professionnel peut ainsi répondre et s'exprimer librement, et ce d'une manière large concernant les thématiques. Le meneur d'entretien (étudiant : Océane Lacour) peut relancer et poser d'autres questions en fonction des réponses données par l'interviewé (pharmacien officinal) afin de rebondir ou approfondir des éléments évoqués.

Thèmes clés	Questions
Expérience	<p>-À quelle fréquence avez-vous des adolescents à l'officine ? Les rencontrez-vous accompagnés de leurs parents ou seul ? <i>Relance : est-ce plusieurs fois par jour, tous les jours, plusieurs fois par semaine, plusieurs fois par mois ?</i> <i>Reformulation : Une autre personne est-elle présente avec eux ?</i></p> <p>-Selon vous, quelles problématiques de santé peuvent avoir les adolescents ? <i>Relance : au niveau psychique, physique, comportemental ?</i></p> <p>-Quelle est votre expérience vis-à-vis de ces problématiques au sein de votre pratique officinale ?</p>
Communication	<p>-Face aux expériences décrites, qu'avez vous mis en place ? Comment avez-vous fait pour accompagner au mieux ? <i>Relance : est-ce que vous vous entretenez seul avec le patient ou pas nécessairement ?</i></p> <p>-Quelles sont les ressources dont vous disposez pour les aider ? <i>Relance : outils : flyer, orientation / ré-orientation...</i></p> <p>-Face aux expériences décrites, comment avez-vous géré la communication du duo enfant / parent ? <i>Reformulation : comment avez-vous perçu la place du pharmacien d'officine au sein de ce duo ?</i></p>
Connaissances	<p>-Comment vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge de cette population ? <i>Reformulation : Comment estimeriez-vous, votre assurance et aptitudes professionnelles dans la prise en charge de cette population ?</i> <i>Relance : Notamment face aux éventuelles questions qu'elle peut vous poser, face au duo, vis à vis de la réorientation.</i></p> <p>-Comment avez vous acquis cette compétence ? <i>Reformulation : D'où provient votre capacité de prise en charge des adolescents et de leurs proches ?</i> <i>Relance : Pendant vos études, vos stages, votre parcours professionnel ?</i></p>
Axes d'amélioration	<p>-Comment pourriez-vous imaginer gagner en compétences avec ce public ? <i>Relance : Auriez-vous besoin de formations supplémentaires, de documents, ou autre ?</i></p> <p>-En imaginant être outillé, que pensez-vous d'entretien « adolescent » à l'officine (comme par exemple les entretiens femmes enceintes) ? <i>Reformulation : Selon vous, est-ce qu'il serait utile de prendre plus de temps avec la mise en place d'entretien, pour permettre l'accompagnement des adolescents et leur entourage ?</i></p>
Synthèse	<p>-Avez-vous des choses à ajouter ?</p> <p>-Reformulations sur ce qui a été dit.</p>

Tableau 3 : Guide pour les questions des entretiens semi-directifs

3. Participants à l'étude

Les critères d'inclusion de l'étude sont : les pharmaciens d'officine en exercice, parlant et comprenant le français couramment.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Dans une étude qualitative, l'échantillon de réponders peut être faible, mais il est important de sélectionner des pharmaciens d'officine avec différentes caractéristiques comme par exemple : lieu d'exercice, sexe, âge, statut au sein de l'entreprise, parentalité. Cette diversité est essentielle, elle permet d'identifier notamment les freins et les motivations de chacun des professionnels, et elle permet d'obtenir une représentation assez large des avis des professionnels.

Tous les entretiens semi-directifs ont été réalisés par le même enquêteur (étudiant : Océane Lacour).

Le consentement écrit de chacun des pharmaciens d'officine participant a été recueilli, et leur anonymat garanti.

Des notes papiers ont été prises pendant la conversation puis retranscrites à l'ordinateur, en rédigeant le plus fidèlement possible les notions évoquées pendant l'entretien.

III. Résultats

1. Description de la population

Pour réaliser cette partie expérimentale, un panel de six pharmaciens d'officine a été interrogé, constitué de quatre femmes et deux hommes. Quatre de ces professionnels exercent en milieu urbain, et deux en milieu rural. Ces professionnels sont répartis dans trois officines différentes. Sur les six, un homme et une femme sont titulaires.

Deux des femmes viennent depuis peu de terminer leurs études, alors que les autres ont entre une dizaine et une vingtaine d'années d'expérience. Concernant la parentalité, cinq de ces officinaux sont eux-mêmes parents, dont deux sont parents d'adolescents.

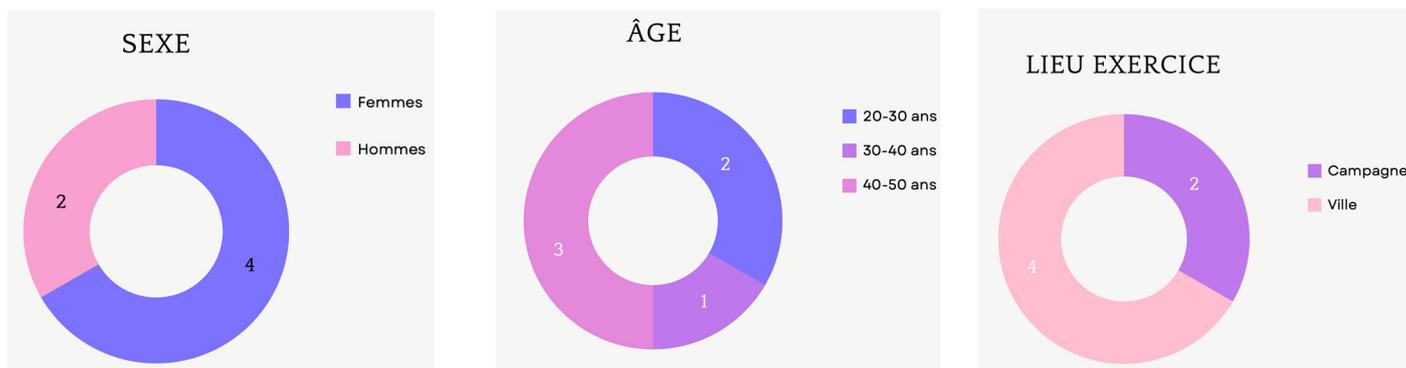
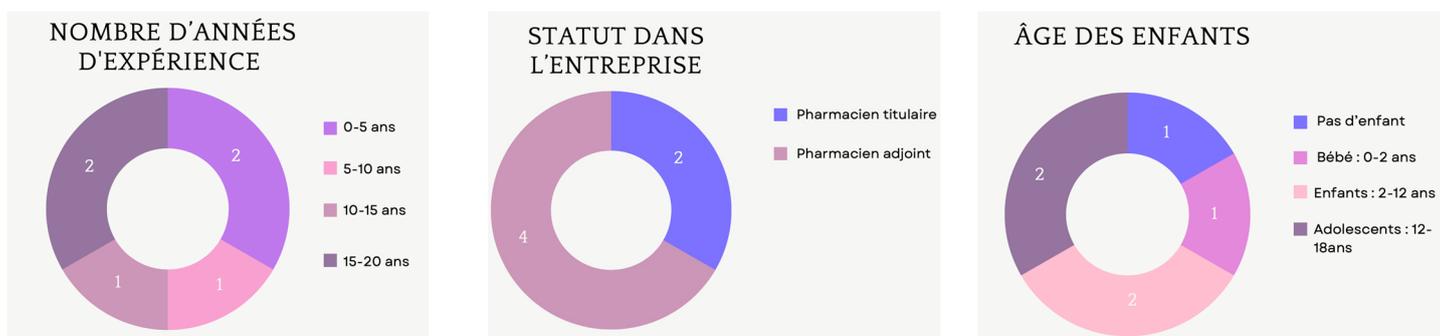


Figure 15 : Diagrammes des caractéristiques de l'échantillon

2. Analyse thématique

Par rapport aux entretiens, différentes problématiques liées aux adolescents ont été abordées par les officinaux. Pour tous, cette population se présente tous les jours à l'officine. La majorité du temps les



adolescents sont accompagnés de leur mère. Cependant dans le cadre de la contraception d'urgence les pharmaciens sont unanimes pour dire que la jeune fille vient seule ou accompagnée d'un(e) ami(e).

a. L'acné

i. Expériences et connaissances

Le thème majoritaire cité dans tous les entretiens est l'acné. Les pharmaciens se déclarent à l'aise avec cette problématique. En effet, pour eux il y a deux aspects : le côté parapharmacie avec les produits d'hygiène à conseiller, et dans ces cas-là ils ont été formés en amont par les laboratoires, et le côté traitements sur ordonnances. Étant donné que le médicament est leur domaine de compétences, ils ne ressentent aucun problème à en parler.

ii. Communication

Pour communiquer plus facilement sur ce thème avec un jeune patient, un des professionnels utilise un langage imagé pour que l'adolescent retienne mieux.

Un autre pharmacien a l'impression qu'il s'agit de la seule problématique de santé pour laquelle l'adolescent se sent concerné, écoute et pose des questions ; c'est pourquoi il s'adresse essentiellement à ce dernier lorsqu'il vient accompagné.

Un professionnel a l'habitude de donner lors d'un conseil relatif à l'acné, des échantillons de parapharmacie, afin de faire tester à l'adolescent les différentes gammes existantes, lui permettant de trouver la routine d'hygiène qui lui convient.

Cependant, aucun pharmacien n'a évoqué de ressource disponible pour l'acné.

iii. Axes d'amélioration

En raison de la récurrence des demandes liées à l'acné, les officinaux n'estiment pas le besoin de gagner en compétences. D'autant plus que les laboratoires réalisent régulièrement des formations sur le sujet.

Concernant les entretiens, trois des pharmaciens ont évoqué leur utilité. Plus précisément un professionnel a particulièrement parlé des notions fondamentales d'hygiène à revoir. Pour lui au comptoir il est difficile de tout évoquer, et en plus les dermatologues n'ont souvent pas le temps de reprendre ces bases.

Alors que les deux autres professionnels ont plus évoqué l'intérêt de prendre du temps pour la sensibilisation des médicaments dérivés de la vitamine A, en insistant sur leur importance, leur gravité, le suivi associé, et les problèmes psychologiques qui peuvent en découler.

b. Stress et fatigue

i. Expériences et connaissances

La problématique suivante est également évoquée collectivement, il s'agit du stress et de la fatigue liés aux examens scolaires. Les demandes sont donc souvent des vitamines, ou des médicaments à base de plantes.

Les pharmaciens n'ont pas décrit de problème dans la prise en charge de ce thème. Pour un des officinaux, il ne différencie pas son conseil de celui d'un adulte au vu de la corpulence de l'adolescent qui se rapproche de celle d'un adulte. Par ailleurs, ce sont des demandes courantes.

ii. Communication

Quant à la communication, pour ce genre de problématique, ce sont très souvent les parents seuls qui viennent exprimer une demande pour leurs adolescents.

iii. Axes d'amélioration

Seulement un pharmacien a évoqué une éventuelle utilité d'entretien avec les adolescents pour leur apprendre à gérer le stress. Cependant, il souligne l'importance de rester sur son domaine de compétences, c'est-à-dire les thérapeutiques, sans s'égarer vers des aspects psychologiques purs.

c. La contraception d'urgence

i. Expériences et connaissances

Le problème de santé suivant a été abordé dans cinq entretiens sur six : la contraception. Il est cité après les autres car un peu moins fréquent. Les pharmaciens restent néanmoins à l'aise avec cette problématique. Ils estiment que les conseils sont souvent liés à la contraception d'urgence, ou plus largement aux autres types de contraception, et qu'ils y ont été formés pendant leurs études.

ii. Communication

Les cinq officinaux ont dit à l'unanimité que pour ces demandes ils restaient au comptoir. Les raisons évoquées sont le manque de temps et le manque de salle.

Le pharmacien exerçant à la campagne évoque aussi le risque de stigmatisation. En effet, il pense que le fait de proposer à la patiente d'aller dans un local confidentiel risque d'attirer encore plus l'attention des autres patients de l'officine, en leur laissant penser que quelque chose d'anormal se passe. Surtout qu'en milieu rural les gens se connaissent bien. Donc il préfère rester au comptoir en essayant de parler d'une manière plus discrète qu'habituellement.

Le comptoir d'une pharmacie étant un lieu qui manque de confidentialité, deux des pharmaciens essaient d'évaluer en fonction du comportement des adolescents, s'il y a nécessité de les prendre à part pour répondre aux éventuelles questions qu'ils se posent ou quand ils se montrent égarés face à la situation.

Un professionnel a évoqué la venue du petit-copain pour récupérer la contraception. Dans ces cas-là, le pharmacien préfère appeler la personne concernée directement afin d'avoir un échange avec elle et lui donner les informations nécessaires.

Les ressources citées sont les kits de contraception d'urgence distribués par les laboratoires ou des flyers. Mais globalement ils disent les donner rarement car ils pensent que cela risque d'être jeté par les adolescents.

Un des pharmaciens essaye quand il en ressent la nécessité, de réorienter l'adolescent vers le planning familial, la protection maternelle et infantile, ou vers d'autres praticiens autour de son lieu d'exercice.

Cependant à deux reprises, il a été évoqué la nécessité de créer des ressources fiables en s'adaptant aux nouveaux modes de communication des jeunes. Par exemple, la publication de courtes vidéos sur les réseaux sociaux en se focalisant sur des thèmes touchant cette tranche d'âge serait pertinente et aurait plus d'impact que les formats papiers. De plus, cela pourrait contrer les propos douteux des fameux influenceurs suivis par cette population.

iii. Axes d'amélioration

Comment les pharmaciens pourraient gagner en compétences ? Un pharmacien a parlé de suivre des formations concernant la sexualité, le but étant de développer des compétences en matière d'éducation sexuelle.

Ce thème a suscité beaucoup de réflexion de la part des pharmaciens, qui ne sont pas tous d'accord sur la place des entretiens.

Deux professionnels sont contre et pensent que l'idée n'est pas bonne. En effet, un officinal estime que dans la majorité des cas, la personne est gênée notamment lors d'une demande de contraception d'urgence. Il préfère donc être bref, en donnant juste les informations essentielles pour éviter de faire durer ce moment et provoquer un blocage chez la patiente qui l'empêcherait de revenir pour une situation similaire. L'autre pharmacien pense que si la patiente n'est pas à l'aise au comptoir, le fait de la prendre à part, en tête à tête, dans une pièce, pour parler que de son problème risquerait de l'effrayer.

En revanche, les autres pharmaciens seraient favorables à ce type d'entretien. Ils pensent que cela serait difficile à mettre en place étant donné que le sujet autour de la sexualité reste tabou, mais qu'il y a des besoins sur ce thème. Il faudrait donc travailler dessus, pour que les adolescents viennent en parler plus facilement, librement et qu'ils ressentent moins de gêne ou de honte, en faisant des entretiens sans les parents.

Un professionnel estime que l'école apprend peu de choses sur le sujet et que les connaissances en matière de sexualité ne sont pas très évoluées. Il se questionne sur les informations vraies et fiables qu'a un adolescent concernant la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles. Il trouve que l'usage du préservatif se perd par rapport à quelques années en arrière. De plus, il pense que le terme « planning familial » a une connotation d'être à destination d'un public socialement défavorisé. Par conséquent les adolescents ne s'y rendent pas, et n'ont donc pas accès à certaines notions importantes. Ainsi il y a beaucoup à faire sur le sujet.

d. Les problématiques psychologiques

i. Expériences et connaissances

Le dernier thème abordé par tous est lié au versant psychologique de manière large. Lors de ces problèmes ce sont les parents qui viennent éventuellement à l'officine et non pas les adolescents eux-mêmes. Les demandes sont plus rares.

C'est pourquoi les pharmaciens ne se sentent pas très à l'aise si la situation se présente. Un des officinaux a évoqué ressentir plus d'aisance seulement lorsque le parent présente une ordonnance de sortie : par exemple d'un centre psychiatrique, avec des traitements dont il maîtrise les recommandations.

ii. Communication

Quand un parent vient au comptoir, en exprimant une plainte contre des douleurs abdominales sans raison chez son adolescent ou des troubles du sommeil, un professionnel essaye de poser quelques questions assez simples, lui permettant de chercher si une raison organique est l'étiologie de ces problèmes, et ainsi réorienter éventuellement le patient.

Aucun ne connaît de ressource pour ce type de problématique. Ils essayent de réorienter vers des spécialistes dans les alentours, même si les rendez-vous sont compliqués à obtenir.

iii. Axes d'amélioration

Aucun professionnel n'exprime la nécessité de gagner en compétences, car pour eux cela ne relève pas de leurs missions. Ils ne sont pas formés durant leurs études, et laissent cette mission à un psychologue.

À propos des entretiens, comme les pharmaciens ne maîtrisent pas cette problématique, ils ne voient pas l'intérêt de les réaliser. Dans ce cadre, la moindre parole dite par l'adolescent peut avoir de lourdes répercussions, que l'officinal n'est pas apte à aider. De plus, les adolescents ne sont naturellement pas très bavards. Ils risquent certainement de refuser d'aborder un tel sujet, et dans tous les cas, ils se confient rarement sur ces problèmes.

e. Les douleurs menstruelles

Un pharmacien sur les six, a évoqué les douleurs liées aux menstruations dont peuvent être atteintes les jeunes filles. Il essaye de donner des règles hygiéno-diététiques, et des traitements sans ordonnance. Cependant si la douleur est récurrente, trop intense, voire handicapante pour le quotidien, il réoriente vers un médecin.

f. Les traumatismes

De la même façon un professionnel évoque les douleurs traumatiques qui peuvent apparaître à la suite d'une activité sportive. Quand la blessure est légère, il essaye de donner des conseils de soins aux patients. Cependant en cas de lésions plus graves, il réoriente vers le médecin, la maison médicale de garde, les week-ends ou les urgences.

g. La place des parents

Concernant la place des parents, il en ressort différents avis.

Comme dit précédemment, tous les professionnels interrogés déclarent que les adolescents se présentent rarement seuls à l'officine. Quand ils sont accompagnés c'est souvent par un parent, et en particulier la mère.

Un pharmacien pense que l'adolescence est une période où il est difficile de communiquer avec l'adolescent. Ce dernier est généralement fermé et ne reçoit pas les informations transmises par le professionnel. La bonne prise en charge selon lui résulte de la présence des parents. En effet, même s'il essaye de donner des conseils aux deux, le parent enregistre beaucoup mieux, et pourra ainsi le répéter à son adolescent. Malgré tout, comme ce sont les parents qui posent des questions et qui communiquent avec le pharmacien, celui-ci estime donc que la discussion se concentre entre professionnel de santé/parent.

Trois professionnels trouvent que le parent a tendance à prendre le dessus sur l'adolescent, et que finalement ce dernier écoute moins. Les parents étant souvent inquiets, ce sont eux qui questionnent

et qui interagissent avec le pharmacien. Cependant l'officinal essaye de s'adresser aux adolescents en les regardant, en leur posant des questions pour qu'ils se sentent concernés. Leur parler directement permet de les mettre progressivement acteurs de leur santé.

Il en ressort également que le pharmacien du fait de son statut de professionnel de santé sera probablement plus écouté que les parents, d'où l'importance de parler avec l'adolescent. Dans certains cas, le pharmacien est obligé de temporiser l'inquiétude excessive des parents et l'indifférence de leurs enfants, qui peut se révéler une véritable source de conflit, ou alors il appuie les propos des parents quand ils ont raison de s'inquiéter.

À l'inverse, deux professionnels trouvent que dans des problématiques liées à l'acné, l'adolescent est très investi, à tel point que c'est lui qui échange avec le pharmacien. Le parent ne dit presque rien, et reste en retrait.

Le tableau 4 présent ci-dessous synthétise les résultats évoqués.

Expérience	<p style="text-align: center;"><u>Fréquence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Quotidienne -Majoritairement accompagné -Accompagnateur : la mère -Exception : contraception d'urgence : venue seule ou accompagné d'un(e) ami(e)
	<p style="text-align: center;"><u>Problématiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Acné -Stress/fatigue -Contraception -Problèmes psychologiques -Douleurs liés aux menstruations -Douleurs et traumatismes
	<p style="text-align: center;"><u>Expérience :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Problématiques récurrentes : aucun problème -Problématiques psychologiques : réorientation
Communication	<p style="text-align: center;"><u>Accompagnement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Peu d'entretiens dans des salles confidentielles -Adaptation du ton de la voix : assurer une plus grande discrétion -Utilisation d'un langage imagé
	<p style="text-align: center;"><u>Ressources :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Flyers / kits de contraception d'urgence -Professionnels spécialisés aux alentours -Organismes -Échantillons de produits de parapharmacie
	<p style="text-align: center;"><u>Communication parent / enfant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Généralement le parent domine la conversation -Sauf dans certaines problématiques : acné
Connaissances	<p style="text-align: center;"><u>Assurance / aptitudes professionnelles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -À l'aise -Questions et problématiques récurrentes et peu complexes -Sauf : problèmes liés au côté psychologique
	<p style="text-align: center;"><u>Acquisition de la compétence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Grâce aux études -Grâce au parcours professionnel -Grâce aux formations données par les laboratoires -Grâce au fait d'être parent -En mûrissant
Axes d'amélioration	<p style="text-align: center;"><u>Pour gagner en compétences :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Faible besoin de gagner en compétences : il ne s'agit pas du public majoritaire se présentant à l'officine -Formations supplémentaires : sur la sexualité
	<p style="text-align: center;"><u>Avis sur les entretiens adolescents à l'officine :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mitigés en fonction des thèmes abordés -Entretiens sexualité : les besoins sont grands -Questionnement sur l'attractivité des entretiens -Problématique sur le manque de pharmaciens d'officine, le manque de temps et la rémunération des entretiens

Tableau 4 : Récapitulatif des résultats de l'étude

IV. Discussion

1. Les forces de l'étude

L'objectif principal de cette recherche est d'explorer les besoins d'accompagnement des adolescents et leurs familles du point de vue des pharmaciens d'officine. Cette étude a été menée auprès de divers professionnels et a permis de répondre à son objectif sans aborder de problématiques spécifiques de santé et en évoquant tous les sujets de santé possibles.

Afin d'avoir un panel de réponses représentatif, l'exploration des besoins a été réalisée auprès de pharmaciens exerçant en ville comme à la campagne, de titulaires ou d'adjoints, d'hommes ou de femmes, de différentes tranches d'âge. Certains officinaux sont parents eux-mêmes, d'enfants ou d'adolescents, ou parfois ne sont pas encore parents.

Dans cette recherche s'intéressant aux adolescents, les parents ont également une place centrale, ce qui est rare dans les études. Il était essentiel de notre point de vue d'inclure les parents, dans une dynamique d'accompagnement à la parentalité. En effet, la traversée de l'adolescence par l'enfant peut provoquer un sentiment de dépassement du parent.

De plus, l'exploration n'est pas ciblée sur une problématique en particulier, mais évoque tous les sujets de santé possibles.

L'étude étant qualitative, elle permet d'identifier l'expérience, la pratique, le ressenti, les aptitudes professionnelles et relationnelles des pharmaciens d'officine. Elle évalue les besoins qui pourraient être nécessaires sur le terrain, tout en orientant vers les améliorations possibles des pratiques actuelles de prise en charge des adolescents et de leurs familles (252). Autrement dit, cette étude peut aider à identifier les facteurs sur lesquels il est possible d'agir, pour améliorer l'accompagnement des adolescents et de leurs proches.

2. Discussion des résultats de l'étude

a. Interprétation de l'étude

Tout d'abord une constatation peut être faite : les réponses varient peu entre les différents professionnels interrogés, en ce qui concerne les thèmes évoqués, les expériences et les connaissances, ou encore la communication.

i. Thèmes évoqués

Quatre thèmes sur six ont été évoqués par tous les professionnels pendant leur entretien : il s'agit de **l'acné, du stress, de la contraception et des problématiques psychologiques**. Seulement un officinal a évoqué les douleurs liées aux menstruations et un autre la traumatologie.

ii. Expériences et connaissances

Ils sont d'avis de dire qu'**ils sont à l'aise dans la prise en charge des adolescents**, d'autant plus que les demandes sont souvent récurrentes et peu complexes. D'autre part, ils puisent leurs connaissances dans leur apprentissage universitaire, et continuent de se former par différents laboratoires notamment de parapharmacie. Les stages réalisés durant leurs études, ou leurs expériences au comptoir, leur est très utile pour continuer à s'améliorer. Les pharmaciens venant de terminer leurs études et n'étant pas eux-mêmes parents pensent qu'en murissant et en devenant parents, les compétences se complètent.

En revanche, **quand la problématique est en lien avec le versant psychologique, les officinaux ne se sentent pas formés** et évoquent ne pas posséder les compétences nécessaires. D'autant plus qu'avec la pandémie du COVID-19, et les nombreux confinements empêchant les élèves de se rendre sur les bancs de l'école, la santé mentale des enfants, et adolescents a été fortement impactée. Ainsi, lors des demandes en lien avec les problématiques psychologiques, les pharmaciens d'officine évoquaient à l'unanimité une réorientation des patients vers des spécialistes. La détérioration de la santé mentale avait commencé avant la crise du COVID-19, mais se serait accélérée durant la pandémie (253). Il reste néanmoins difficile d'établir un véritable lien de causalité. Ce qui change désormais par rapport à la période pré-pandémie, c'est la tranche d'âge la plus concernée par ces problématiques : ce sont les 15-24 ans. Par rapport aux adultes, les jeunes étaient 30 à 80 % plus à risque de symptômes anxieux ou dépressifs. Les conséquences du COVID-19 pourraient se faire ressentir sur le long terme, car les moments non vécus à cet âge-là, ne se rattrapent pas (253).

De plus, le confinement a eu un lourd impact en accentuant les inégalités sociales et scolaires, mettant certains élèves en difficultés, pouvant même les conduire au décrochage scolaire. L'interruption des cours a contraint les élèves à suivre les enseignements à distance, révélant une fracture numérique. En effet, il y a eu de véritables inégalités entre les écoliers qui ne possédaient pas tous le même accès à l'outil informatique. Le niveau de vie des étudiants a également été fortement altéré en raison d'une augmentation des coûts de la vie, et des suppressions des emplois (254).

iii.Communication

À propos de la communication, chaque officinal a sa manière de faire, mais ils sont unanimes pour dire qu'ils essayent de **s'adapter au patient**. S'ils ressentent par exemple la nécessité de se mettre dans un local confidentiel, ils le feront. Au contraire, s'ils trouvent que le patient est plutôt mal à l'aise, ils vont essayer d'être concis. Pourtant, tous expriment peu utiliser le local de confidentialité. La raison évoquée entre les pharmaciens exerçant en milieu rural et ceux en milieu urbain est différente. En effet, à la campagne les gens se connaissant bien, emmener le patient dans un endroit à part risque d'attirer encore plus l'attention des autres patients. La raison évoquée par les officinaux exerçant en ville est liée au manque de temps et au manque de place.

Les pharmaciens trouvent que les ressources disponibles sous format papier ne sont plus adaptées à la génération actuelle qui utilise de plus en plus **les nouvelles technologies et les réseaux sociaux**. Ils pensent que la majorité des brochures données ne sont pas lues, et directement jetées. Par conséquent, les officinaux ne donnent presque plus de flyers à leurs patients (adolescents et également autres âges). Il est intéressant de savoir que certains organismes comme l'Inserm ou encore le site « On s'exprime » en lien avec Santé publique France développent des campagnes d'informations via Youtube ou sur les réseaux sociaux fréquentés des adolescents et jeunes adultes comme Instagram

(255). Le format correspond généralement à de courtes vidéos explicatives sur un thème donné, des photos ou citations. Le but étant d'expliquer des notions en termes de santé, de rejeter certaines croyances, idées, ou rumeurs totalement fausses. Cependant, ces chaînes sont encore peu connues, au vu du nombre de personnes abonnées.

b. Axes d'amélioration en lien avec l'étude

Concernant les axes d'amélioration vis-à-vis de la population et la question de la mise en place d'entretiens pharmaceutiques dédiés aux adolescents, les avis sont mitigés. En fonction des thèmes, les besoins seraient différents.

D'après les pharmaciens rencontrés, il y aurait deux difficultés à la mise en place des entretiens : la rémunération et le manque de pharmaciens d'officine. En effet, les entretiens pharmaceutiques autorisés actuellement en officine sont peu réalisés à cause de la rémunération jugée faible et qui est versée bien après la réalisation de l'acte (256). De plus, les nouvelles missions sont censées être réalisées par le pharmacien. Or il y a une forte pénurie sur le marché de l'emploi.

La sexualité et la contraception sont les sujets faisant le plus débat en matière d'entretien.

Un des professionnels estime que l'école apprend peu de chose en terme de sexualité. Pourtant la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, oblige une information et une éducation à la sexualité dès l'école primaire (257). Mais ce dispositif est encore peu appliqué, 25% des écoles ne respectent pas cette obligation (258). En effet, le baromètre du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE), estime que l'un des freins majeurs est le manque de formations du personnel de l'Éducation nationale en termes d'éducation à la sexualité (258). Un des pharmaciens interrogés pense qu'ils ont un véritable rôle en matière d'éducation à la sexualité au regard de leur formation, et leurs missions de santé publique.

En effet, en évoquant la thématique générale de la sexualité, il paraît important d'aborder l'importance de la vaccination, et notamment la vaccination contre les infections à HPV. Ce vaccin est recommandé depuis 2007 chez les filles, et depuis le premier janvier 2021 chez les garçons. Ces derniers participent tout autant à la transmission du virus, et ils peuvent également être touchés par les infections à HPV. De plus, en se vaccinant, ils protègent indirectement les filles. Il est essentiel d'évoquer ce thème relativement tôt car la vaccination doit être réalisée avant le début de la vie sexuelle (259).

Le pharmacien du fait de sa posture d'acteur de santé publique, à un véritable rôle à jouer auprès des adolescents. Il possède également depuis peu une nouvelle force : l'officiel peut prescrire et administrer l'ensemble des vaccins à partir de l'âge de 11 ans (260). Le pharmacien d'officine possède ainsi un atout considérable, il ne se contente pas seulement de promouvoir la vaccination, mais il propose aussi directement la réalisation de l'injection du vaccin.

De plus, il est constaté une diminution de l'utilisation du préservatif (261). Actuellement il y a une recrudescence des IST, les jeunes semblent moins bien informés des risques liés à l'exposition sexuelle ou/et y prêtent moins attention (261). C'est pourquoi un projet a vu le jour, entre mai et juin 2023, dans les lycées de Meurthe et Moselle. Il s'agit de la création d'un jeu de société, se révélant être un véritable support pédagogique avec environ 400 questions concernant « la physiologie, le droit, la culture, la santé sexuelle, la contraception, la législation ». Le programme est mené par une

pharmacienne hospitalo-universitaire, un étudiant de pharmacie, un pharmacien sexologue ainsi que par l'auteur du jeu. L'esprit ludique du jeu a pour but de favoriser l'implication des élèves et de faciliter la prise de parole et les échanges sur des thèmes relativement difficiles à évoquer et parfois perçus comme tabous. Ce support accompagne l'enseignement des thèmes de sexologie en milieu scolaire, et permet aux professeurs de voir quels sont les points à approfondir. L'intitulé du projet explicite bien l'objectif : « Les sexperts-apprendre par le jeu » (262). Ce jeu très complet, nécessite entre 3 à 6 participants ce qui peut être un frein à son utilisation en officine, en raison notamment du manque de place. Néanmoins, il pourrait être intéressant de s'en inspirer pour obtenir une version plus adaptée à la pharmacie de ville et pourquoi pas s'en servir de base lors d'éventuels entretiens adolescents en individuel.

c. Accompagnement à la parentalité

Depuis quelques années, le développement des nouvelles technologies (smartphones, internet, réseaux sociaux), a conduit à l'apparition de modes de communication plus modernes. En effet, souvent dès la moindre interrogation, le premier réflexe consiste en la consultation d'informations sur le web. Il a donc été nécessaire de développer des sites fiables auxquels il est possible de se référer sans crainte. Ils sont de plus en plus nombreux, et peuvent être spécialisés dans une pathologie, ou pour une population.

Par exemple, dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité, pour guider au mieux les nouveaux parents dans leur quotidien avec leur bébé, le site *1000 premiers jours* a été créé. La commission des 1000 premiers jours est basée sur cinq piliers. Elle veille à accompagner les parents et les proches du bébé pendant cette période, tout en leur proposant des informations et des ressources, adaptées et fiables. Elle offre également des réponses adaptées aux fragilités, et spécificités de l'enfant et de ses parents. Elle fournit aussi des indications concernant les congés parentaux, et les structures d'accueil pour la famille, permettant aux parents d'avoir du temps pour créer un lien avec leur bébé. De plus, elle travaille également sur la nouvelle politique de recherche ayant pour but l'approfondissement des recherches sur cette période des 1000 premiers jours, pour ainsi permettre l'amélioration des connaissances (263).

D'autres initiatives similaires ont été menées, notamment pour accompagner les parents d'adolescents. La maison des adolescents de l'Hérault en association avec le ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, a créé un livret d'accompagnement à la parentalité durant la période de l'adolescence. Il évoque les questions autour de l'adolescence et ce que cette période implique pour les parents. Le document est disponible sur leur site, mais a été envoyé en 2017 à tous les parents du département ayant un enfant de plus de 11 ans (264).

Plus généralement, une expérimentation menée par la Caisse d'allocations familiales de la Manche, d'octobre 2018 à décembre 2019 avait pour objectif de créer une aide éducative et sociale sur internet à destination des parents (265). Les parents ayant des enfants de tous âges pouvaient être aidés. Elle permettait de les accompagner et de les aider dans le domaine de la parentalité, en répondant aux diverses questions auxquelles ils étaient confrontés (266). Les interlocuteurs virtuels des parents étaient appelés les promeneurs du net. Il s'agit de professionnels travaillant en centre social (265). Différents thèmes pouvaient être abordés par les parents concernant la scolarité de leurs enfants, la

problématique des écrans, les conflits, la santé, ou les services en lien avec la parentalité proposés par l'organisme (265). Avec l'émergence des réseaux sociaux dans la société actuelle, cette action a donc connue un succès rendant visible les différentes activités mises en place par les structures (266). Cette action a été poursuivie pendant la période du COVID-19. Il y a eu un véritable engouement de la part des parents pour les séances d'animations, d'activités ou d'informations en ligne (266).

Ainsi au regard du succès de ces sites en ligne, il semble important de continuer à développer des dispositifs sécurisés d'accompagnement à la parentalité sur internet et les réseaux sociaux, au vue de l'évolution des modes de vie et de communication. De plus, cette évolution des techniques d'information permettrait de contrer certains sites peu fiables.

d. Les adolescents atteints de maladie chronique

Cette étude s'intéresse aux adolescents de la population générale et non pas des problématiques que peuvent rencontrer les adolescents atteints de maladies chroniques, ni de la place importante de la transition pédiatrie-adulte dans le parcours soins des adolescents et jeunes adultes.

Une maladie chronique « est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne » (267). Autrement dit, c'est une affection dont la durée est variable et indéterminée. Les maladies en question peuvent être par exemple : le diabète, le TDAH, l'épilepsie, l'asthme, la drépanocytose (268). Certaines maladies peuvent guérir avec l'âge, mais parfois cela n'est pas le cas. Le patient va donc vivre la période de passage à un suivi en secteur adulte, la transition pédiatrie-adulte. L'adolescence est source de bouleversements pour l'adolescent, où il cherche avant tout à ressembler à ses pairs. Cependant associée à une maladie chronique, cette période peut être une expérience plus difficile, et particulièrement mal vécue. Sa maladie se révèle être une atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'adolescent et potentiellement en lien avec ses parents s'il s'agit d'une maladie héréditaire. L'adolescent peut se sentir différent par rapport aux autres de son âge, ne pas « trouver ses pairs ». En effet, la maladie impacte son quotidien, ses relations sociales, et son envie d'indépendance. Cela s'explique notamment du fait des contraintes imposées par son état de santé comme par exemple la contrainte de la prise de médicaments régulière voire quotidienne, les consultations chez les spécialistes (268).

Les relations enfants-parents peuvent donc être véritablement impactées. Chez les parents, avoir un enfant atteint de maladie chronique provoque de la culpabilité, des angoisses de perte, de séparation, et impacterait ainsi leurs manières de se comporter et d'agir envers leur enfant et la fratrie. Ainsi, une dépendance réciproque entre l'enfant malade et ses parents peut s'installer, empêchant le développement de l'autonomie chez l'adolescent. Un accompagnement des parents peut donc être nécessaire et bénéfique pour arriver à se rendre compte de ces éléments et les aider dans cette période complexe (269).

De plus la transition pédiatrie-adulte peut être mal vécue par les adolescents. Le changement peut se révéler brutal pour diverses raisons : il y a notamment une modification dans la relation soignant-soigné, en effet la triade thérapeutique soignants-enfant-parents ne se poursuit pas lors de la transition du côté adulte, où la prise en charge devient individuelle. L'enfant doit être acteur de sa propre santé

car il n'est plus aidé, ou parfois ses parents n'ont pas le droit d'assister aux consultations médicales. De plus, l'enfant peut se sentir perdu par le fait de mettre un terme à une relation qui dure depuis plusieurs années entre un soignant, ses proches et lui-même (270).

La définition de l'American Academy of Pediatrics datant de 1996 est celle qui est encore utilisée aujourd'hui : « [La transition est] le mouvement intentionnel et planifié des adolescents et des jeunes adultes atteints de handicap physique ou maladies chroniques, du système de soins de santé centré sur l'enfant à celui pour adultes. » (271). Le processus se doit d'être organisé, coordonné et complexe permettant la prise en charge des adolescents tout juste majeurs dans le système de soins adulte (272).

La transition est réalisée car les enfants ont évolué et sont en train de devenir de jeunes adultes. Par conséquent une adaptation des soins est nécessaire par rapport à leur âge (270). L'autonomisation du jeune est donc indispensable pour qu'il devienne pleinement acteur de la prise en charge de sa maladie chronique. Ce concept d'autonomie est lié néanmoins à divers apprentissages intra- et extra-familiaux. Il pourra être travaillé dans des programmes préparant la transition, de plus en plus développés en France, intégrant par exemple une ré-annonce diagnostic, et une consultation conjointe entre le patient, le médecin pédiatre et le médecin du secteur adulte (270).

Ainsi les adolescents atteints de maladies chroniques ont les mêmes besoins que les adolescents non-patient, en terme d'autonomisation ou de sexualisation par exemple, liés aux besoins de la « transition adolescente ». Cependant la maladie chronique agit « comme un amplificateur des difficultés éventuelles de ce parcours », selon le pédiatre Paul Jacquin (273).

3. Les limites de l'étude

Le choix de réaliser des entretiens individuels et en face à face contraint à des problèmes de temps et de distance. L'aire géographique de cette étude reste limitée à un rayon de 50 kilomètres.

L'étude qualitative peut comporter des biais, liés à « l'équipe de recherche et sa réflexivité », « la conception de l'étude », et « l'analyse et les rapports sur les données » (274, 275). En effet, l'animateur peut influencer le participant dans ses réponses, à travers les mots utilisés, la manière de poser les questions, la nature de leurs échanges, ou les relances. La conception de l'étude, via la formulation des questions peut plus ou moins exprimer un jugement de valeur, ou orienter de manière implicite ou explicite vers une réponse. Des biais peuvent aussi être présents lors de leurs analyses.

La recherche se restreint seulement aux pharmaciens officinaux. Cependant, il serait intéressant d'inclure d'autres professionnels de santé ambulatoires, professionnels de l'officine (préparateurs) afin d'avoir une représentation des points de vue de l'« équipe officinale », ou encore des pharmaciens hospitaliers qui pourraient avoir un autre point de vue (ou bien un point de vue similaire).

L'étude ne prend pas en compte la prise en charge et l'accompagnement des adolescents atteints de maladies chroniques avec la transition pédiatrie-adulte.

V. Conclusions

Les adolescents ne représentent pas la tranche d'âge dont la venue est majoritaire en officine. Cependant quotidiennement au moins un adolescent se présente au comptoir, en étant souvent accompagné d'un de ses parents.

Une thématique essentielle à prendre en compte est celle de la sexualité chez les adolescents et jeunes adultes. D'autant plus du fait des tabous et de la gêne provoqués par ce sujet, il est évident qu'une formation pour aborder cette thématique est nécessaire. Le pharmacien d'officine pourrait aider à couvrir un besoin de santé publique. Ce positionnement reste à approfondir.

L'adaptation des ressources en santé disponibles pour les adolescents, sur les réseaux sociaux par exemple, paraît également essentielle pour remplacer les brochures papiers, et ainsi avoir un impact potentiellement plus important pour cette population.

Enfin, pour compléter cette étude, il pourrait être intéressant de mettre en place une étude auprès directement des adolescents et leurs familles, pour connaître leurs avis sur la mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'officine et évaluer plus finement leurs besoins.

CONCLUSIONS GENERALES

THESE SOUTENUE PAR Mme LACOUR Océane

L'adolescence est une étape importante dans le développement de l'individu, c'est la transition de l'enfance vers l'âge adulte. Durant cette période, la métamorphose physique enclenchée à la puberté se poursuit, entraînant notamment une accélération du développement statural jusqu'à la taille définitive. Une évolution hormonale majeure se produit également avec le développement des caractères sexuels secondaires et l'acquisition des fonctions de reproduction. Ses changements physiques nécessitent l'appropriation d'une nouvelle image du corps, ce qui peut se révéler difficile. Le besoin d'affirmation de soi, en plus du désir d'appartenance à un groupe, peut conduire l'adolescent à tester ses limites, à prendre des risques pour son intégrité et sa santé. En lien avec ces changements et la revendication identitaire, les bouleversements psychologiques à l'adolescence peuvent être nombreux. L'adolescent recherche l'indépendance et l'autonomie face à ses parents, détenteur de l'autorité parentale. Des ajustements sont donc nécessaires dans la dynamique familiale, le rôle des parents et la relation parent-adolescent et peuvent être sources d'incompréhensions intra-familiales quotidiennes.

Le pharmacien d'officine est un acteur de soins de premier recours du fait de sa proximité avec les patients malades ou personnes non malades. Il a des missions de conseil et d'accompagnement concernant les produits de santé. De plus, en tant qu'acteur de santé publique il a également une mission d'accompagnement auprès des personnes non-malades et hors produit de santé. Ainsi l'officinal a un rôle auprès des adolescents dans les diverses problématiques auxquelles ils sont confrontés. De plus, auprès de leurs familles, le pharmacien a un rôle d'accompagnement à la parentalité.

Certaines thématiques concernent principalement les adolescents et jeunes adultes comme par exemple l'acné. De plus, du fait de sa formation et de ses missions de santé publique, l'officinal a un rôle clé concernant la thématique de la sexualité, en faisant passer des messages sur les infections sexuellement transmissibles, les moyens de contraception existants, ou les différentes mesures de prévention comme la vaccination contre le papillomavirus humain.

L'officinal a également un rôle d'orientation pour des professionnels spécialisés concernant la santé mentale, comme par exemples : les troubles des conduites alimentaires, l'anxiété, la dépression. En raison de sa facilité d'accès le pharmacien peut être le premier professionnel en contact avec la personne nécessitant des soins : il est de son ressort de détecter d'éventuels signaux alarmants.

Une étude expérimentale a été réalisée, dont l'objectif principal est d'explorer sur le terrain, les besoins d'accompagnement des adolescents et leurs familles, du point de vue des pharmaciens d'officine.

La recherche a été qualitative avec des entretiens individuels semi-directifs. Un guide de questions a été réalisé au préalable des entretiens, permettant de structurer l'entretien. Les thèmes clés qui ont été abordés sont : l'expérience, la communication, les connaissances et les axes d'améliorations dont notamment l'intérêt de la mise en place d'entretien pharmaceutique auprès des adolescents et leurs parents.

Ainsi, six pharmaciens ont été interviewés. Selon ces pharmaciens, les adolescents viennent très souvent accompagnés à la pharmacie, en général de leur mère. Les officinaux se sentent à l'aise dans la prise en charge de cette population, en raison de la récurrence des problématiques exprimées, comme l'acné, la contraception, le stress.

Ils sont d'avis de dire qu'ils sont bien formés grâce à leurs études, ou autres formations. En revanche, en cas de demande en lien avec le versant psychologique, ils réorientent vers un professionnel spécialisé.

De plus, selon eux, la communication avec l'adolescent peut se révéler difficile pour certains sujets de santé estimés comme tabou, comme la sexualité, ou d'un manque d'implication du jeune dans sa propre santé. L'adaptation est donc le maître mot pour communiquer avec les adolescents. Les officinaux disent ne plus donner de brochure papier pour informer les adolescents, estimant que ce mode de communication est dépassé, et qu'il faut s'adapter à cette nouvelle génération en créant des formats plus adaptés comme des vidéos courtes disponibles sur téléphone.

Concernant l'intérêt de la mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'officine dédiés aux adolescents, les réponses données par les professionnels interviewés ne se résument pas à un simple oui ou non, mais sont nuancées en fonction des différents thèmes possibles, dont certains estimés hors domaine de compétence de l'officinal, des difficultés liées à la rémunération, ou la question de l'attractivité. Ils considèrent que certains sujets seraient plus faciles à aborder que d'autres. La sexualité est le thème qui serait le plus problématique selon certains pharmaciens, alors que d'autres estiment que les besoins sont grands et qu'il faudrait ainsi plus travailler sur cette thématique en cas d'entretien pharmaceutique chez les adolescents.

Grâce à cette étude exploratoire, des thématiques d'intérêt ont été dégagées pour la santé des adolescents et jeunes adultes. Le pharmacien a une place auprès de cette population qui serait à développer, au vu de sa formation et de ses missions de santé publique. En effet, par exemple il maîtrise les conseils d'une bonne routine d'hygiène contre l'acné, il a une mission d'information sur les différentes méthodes de contraception, de prévention contre les infections sexuellement transmissibles, de promotion pour la vaccination, ou d'accompagnement des adolescents atteints de maladies chroniques. Certains sujets semblent plus faciles à aborder, alors que pour d'autres des difficultés sont à prévoir.

Le Président de la thèse,
Nom : Pr Christelle MOUCHOUX

Signature :



Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 20/12/2023
Vu, le Directeur de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques, Faculté de Pharmacie

Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,
Professeur C. DUSSART



Bibliographie

1. Dadoorian D. Adolescence. Grossesses adolescentes [Internet]. Toulouse, France : Érès; 2007 [cité 11 mars 2023]. p. 25-41. Disponible sur : <https://www.cairn.info/grossesses-adolescentes--9782749205267-p-25.htm>
2. Organisation mondiale de la santé. Santé des adolescents. [En ligne]. 2023 [cité 11 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
3. Hauswald G. Définitions de l'adolescence. In : L'adolescence en poche [Internet]. Toulouse, France : Érès; 2016 [cité 11 mars 2023]. p. 27-48. Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-adolescence-en-poche--9782749249780-p-27.htm>
4. Ameli. Comprendre les changements à la puberté. [En ligne]. 2022 [cité le 11 Janvier 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/comprendre-mecanismes-puberte>
5. Collège National des Pédiatres Universitaires, CNHUCP, Benoist G, et al. Puberté normale et pathologique. In : Pédiatrie : Elsevier Masson; 2021. p.14.
6. Da Conceição Taborda-Simões M.L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ?. Bulletin de psychologie. 2005; 5 (479):pages 521-534 [cité 11 mars 2023]. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2005-5-page-521.htm?ref=doi>
7. Suzanne VALLIÈRES. Qu'est-ce que l'adolescence. Les psy-trucs pour les ados. Montréal : J'AI LU ; 2019. 288p.
8. Lombard M. La tribu des adolescents. Les cahiers dynamiques. 2013; 1(58): p. 133-142 [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2013-1-page-133.htm>
9. INSERM. Croissance et troubles de la croissance. [En ligne]. 2023 [cité 2 février 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/croissance-et-troubles-croissance/>
10. Fils santé jeune. Puberté mon corps change. [En ligne]. 2022 [cité 2 février 2023]. Disponible : <https://www.filsantejeunes.com/puberte-mon-corps-change-27791>
11. AFPA. STADES DE TANNER. [En ligne]. 2023 [cité le 1 septembre 2023]. Disponible : <https://afpa.org/outil/stades-de-tanner/>
12. Dermato-info. L'acné .[En ligne]. 2019 [cité le 9 février 2023]. Disponible : <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/l'acné>
13. HAS. Acné : quand et comment traiter ? [En ligne]. 2015 [cité le 9 février 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2574402/fr/acne-quand-et-comment-la-traiter
14. Société française de dermatologie. Acné Evaluation de la sévérité. [En ligne]. 2015 [cité le 9 février 2023]. Disponible : <https://www.sfdermato.org/upload/scores/severite-acne-5692d1295551d8b28ea75685189416a3.pdf>
15. Collin A-H, Blanc A. Les adolescents. Le moniteur des pharmacies. 2019; (3268):p1-7
16. Pierre Fabre. Comprendre la peau grasse. [En ligne]. 2020 [cité le 9 février 2023]. Disponible : <https://recherche.pierre-fabre.com/comprendre-la-peau-grasse#>
17. Ameli. Comprendre la dermatite séborrhéique de l'adulte. [En ligne]. 2021 [cité le 9 février 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/dermatite-seborrheique/definition-causes-facteurs-favorisants#:~:text=Au début, de petites plaques,généralement masquées par les cheveux>

18. Le manuel MSD. Introduction aux troubles sudoraux. [En ligne]. 2022 [cité le 1 mai 2023]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/troubles-sudoraux/introduction-aux-troubles-sudoraux>
19. Ameli. Vous transpirez beaucoup : que faire et quand consulter ? [En ligne]. 2021 [cité le 1 mai 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hypersudation/que-faire-quand-consulter>
20. Cannard C. Chapitre 4. Le développement cognitif à l'adolescence. In: Le développement de l'adolescent [En ligne]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cité 29 nov 2023]. p. 95-124. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-developpement-de-l-adolescent--9782807320383-p-95.htm>
21. Cannard C. Chapitre 9. Le développement social à l'adolescence : relations aux pairs. In: Le développement de l'adolescent [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cité 29 nov 2023]. p. 269-99. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 3e éd.). Disponible : <https://www.cairn.info/le-developpement-de-l-adolescent--9782807320383-p-269.htm>
22. Cannard C. Chapitre 7. Développement identitaire et connaissance de soi à l'adolescence. In: Le développement de l'adolescent [En ligne]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cité 29 nov 2023]. p. 191-232. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 3e éd.). Disponible : <https://www.cairn.info/le-developpement-de-l-adolescent--9782807320383-p-191.htm>
23. Cannard C. Chapitre 10. De la transgression aux conduites à risque. In: Le développement de l'adolescent [En ligne]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cité 29 nov 2023]. p. 301-29. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 3e éd.). Disponible : <https://www.cairn.info/le-developpement-de-l-adolescent--9782807320383-p-301.htm>
24. Devernay M, Viaux-Savelon S. Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître. *réalités pédiatriques*. 2014 ;187 : 7p
25. Cannard C. Chapitre 8. Les relations parents-adolescents. In: Le développement de l'adolescent [En ligne]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cité 29 nov 2023]. p. 233-68. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 3e éd.). Disponible : <https://www.cairn.info/le-developpement-de-l-adolescent--9782807320383-p-233.htm>
26. Bernateau I. La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*. 2008;51(2):425-55.
27. Goldbeter-Merinfeld É. Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2008;40(1):13-26.
28. Santé publique France. Enfants et jeunes. [En ligne]. 2019 [cité le 3 mars 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
29. OMS. Comment l'OMS définit-elle la santé ?. [En ligne]. 2023 [cité le 3 mars 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions>
30. UNICEF. La santé des adolescents. [En ligne]. 2019 [cité le 3 mars 2023]. Disponible : <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/sante/sante-des-adolescents/>
31. OMS. Santé des adolescents. [En ligne]. 2023 [cité le 3 mars 2023]. Disponible : https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2
32. Brival ML. La question de la sexualité chez les adolescents. In: Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent. [Internet]. Toulouse, France : Érès; 2013. 224p. [cité 3 mars 2023]. Disponible : <https://www.cairn.info/enjeux-du-developpement-de-l-enfant-et-de-l-adoles--9782749239033-p-201.htm>
33. Ameli. Maladies et infections sexuellement transmissibles. [En ligne]. 2023 [cité le 3 mars 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/maladies-infections-sexuellement-transmissibles>
34. Ameli. Prévenir les IST. [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/prevention>
35. OMS. Infections sexuellement transmissibles (IST). [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

36. Santé publique France. Questions d'ados (amour-sexualité). [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/questions-d-ados-amour-sexualite>
37. Questionsexualité. Morpions, gale, trichomonase vaginalis : comment se protéger ?. [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/les-infections-sexuellement-transmissibles/morpions-gale-trichomonase-vaginalis-comment-se-protoger>
38. Ameli. Symptômes, diagnostic et évolution des IST. [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/symptomes-diagnostic-evolution>
39. Ameli. Le traitement des IST. [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/traitement>
40. Questionsexualité. Qu'est-ce qu'une IST ? [En ligne]. 2019 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/qu-est-ce-qu-une-infection-sexuellement-transmissible-qu-est-ce-qu-une-ist>
41. Questionsexualité. Comment se protéger du VIH et des IST ? [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/les-moyens-de-protection/comment-se-protoger-du-vih-et-des-ist>
42. Service-public.fr. Certains préservatifs sont gratuits en pharmacie pour les moins de 26 ans dès janvier 2023. [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16208#:~:text=Prévention santé jeunes-,Certains préservatifs sont gratuits en pharmacie pour les,26 ans dès janvier 2023&text=Dès le 1er janvier,de Service-Public.fr>
43. Adminfred. Les Infections Sexuellement Transmissibles [En ligne]. 2018 [cité 10 mars 2023]. Disponible : <https://corevih-sud.org/ist/>
44. Vaccinationinfoservice.fr. Hépatite B. [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Hepatitis-B>
45. UNICEF. Hépatite B chez l'enfant. [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/sante/maladies-infantiles/hepatite-b/>
46. Vaccinationinfoservice.fr. INFECTIONS À PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV). [En ligne]. 2023 [cité le 10 mars 2023]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
47. Cespharm. Extension des compétences vaccinales : parution des textes officiels. [En ligne]. 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/actualites/2023/extension-des-competences-vaccinales-parution-des-textes-officiels#:~:text=Le décret n° 2023,e cycle des études pharmaceutiques>
48. Questionsexualité. Quand se faire dépister d'une IST ? [En ligne]. 2023 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : <https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/les-depistages/quand-se-faire-depister-d-une-ist#section-5>
49. Ameli. Dépister les IST. [En ligne]. 2023 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst-ist/depistage>
50. HAS. SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES. [En ligne]. 2016 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
51. HAS. VIH : la PrEP, un outil pour réduire la transmission du virus mais qui ne remplace pas le préservatif. [En ligne]. 2017 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2752830/fr/vih-la-prep-un-outil-pour-reduire-la-transmission-du-virus-mais-qui-ne-remplace-pas-le-preservatif
52. SidaInfoService.org. LA PREP PROTÈGE DU VIH. [En ligne]. 2017 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : [https://www.sida-info-service.org/dossier-la-prep/#:~:text=La%20PrEP%2C%20\(Prophylaxie%20Pré%2D,contaminé%2De%20par%20le%20VIH](https://www.sida-info-service.org/dossier-la-prep/#:~:text=La%20PrEP%2C%20(Prophylaxie%20Pré%2D,contaminé%2De%20par%20le%20VIH)

53. SidaInfoService.org. TPE URGENCE VIH. [En ligne]. 2023 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : <https://www.sida-info-service.org/dossier-tpe-pep/#>
54. Morlat P, Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, et al. [En ligne]. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017. 32p. Disponible : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf
55. Inserm. Contraception. [En ligne]. 2023 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
56. Santé publique France. Baromètre santé 2016 Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. [En ligne]. 2021 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>
57. ANSM. Vous et...[En ligne]. 2013 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/24618_ansm_contraceptifs_18_12_2013_version_college.pdf
58. HAS. Contraception hormonale orale : dispensation en officine [En ligne]. 2019 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine#:~:text=Les pilules estroprogestatives présentent davantage,quel que soit l'âge
59. Service-Public.fr. Contraception gratuite pour les femmes de moins de 26 ans depuis le 1er janvier 2022. [En ligne]. 2023 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158>
60. Ameli. Les méthodes naturelles de contraception. [En ligne]. 2023 [cité le 28 novembre 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/methodes-naturelles-contraception>
61. Dupouet P. L'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales. [Thèse de doctorat]. Montpellier, France : Université de Montpellier ; 2021
62. AFU. Vasectomie contraceptive. [En ligne]. 2018 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : https://www.urofrance.org/sites/default/files/37_vasectomie_contraceptive_0.pdf
63. Loi n° n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ... - Article 26.
64. Question Sexualité. Contraception d'urgence comment ça marche ?. [En ligne]. 2023 [cité le 13 Janvier 2023]. Disponible : <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/la-contraception-d-urgence/contraception-d-urgence-comment-ca-marche>
65. Service-Publique.fr. La « pilule du lendemain » est prise en charge à 100 % sans ordonnance. [En ligne]. 2023 [cité le 12 mars 2023]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16291#:~:text=Il vous délivrera aussi des,maladie, sans avance de frais.>
66. Vidal. Anorexie et boulimie. [En ligne]. 2023 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anorexie-boulimie.html>
67. Gérard M, Hauser M. Thème 4 : Dis-moi ce que tu manges...L'alimentation à l'épreuve des nouveaux enjeux de consommation. [En ligne]. Harris Interactive ; 2019. 33p. Disponible : <https://observatoirecetelem.com/les-zooms/enquete-1-3-la-place-de-lalimentation-dans-la-vie-des-francais#:~:text=Les%20Français%20confirment%20leur%20grande,leur%20vie%20personnelle%20au%20quotidien.>
68. Suzanne VALLIÈRES. Les troubles alimentaires chez nos ados. Les psy-trucs pour les ados. Montréal : J'AI LU ; 2019. 288p.
69. FFAB. Flyers. [En ligne]. 2023 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : <https://www.journeemondiale.ca/fr/kit-communication/flyers-2023>

70. HAS. Anorexie mentale. [En ligne]. 2010 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/3ebaf_fs_famillepatient_anorexie_2209.pdf
71. Collège National des Pédiatres Universitaires. Pédiatrie : Elsevier Masson; 2021. Référentiel des Collèges ; 8. 866p.
72. Fondation recherche médicale. Tout savoir les troubles de conduite alimentaire. [En ligne]. 2023 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : <https://www.frm.org/recherches-autres-maladies/troubles-des-conduites-alimentaires/focus-troubles-conduite-alimentaires>
73. HCL. 2 juin : journée mondiale des TCA. [En ligne]. 2023 [cité le 30 octobre 2023]. Disponible : <https://www.chu-lyon.fr/journee-mondiale-des-tca>
74. Fils santé jeunes. TCA : comment se faire aider ? [En ligne]. 2023 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : <https://www.filsantejeunes.com/quest-ce-que-les-tca-40479>
75. Fédération Française Anorexie Boulimie. La ligne téléphonique "Anorexie Boulimie Info Écoute"[En ligne]. 2023 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : <https://www.journeemondialetca.fr/ressources/la-ligne-telephonique-anorexie-boulimie-info-ecoute>
76. OMS. Santé mentale des adolescents.[En ligne]. 2021 [cité le 2 juillet 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
77. Inserm. Anorexie mentale. [En ligne]. 2020 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
78. Ameli. Anorexie mentale : définition et causes. [En ligne]. 2023 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/rhone/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
79. Fédération française Anorexie Boulimie. Définition et différents TCA. [En ligne]. 2023 [cité le 20 mai 2023]. Disponible : <https://www.journeemondialetca.fr/tout-sur-les-tca/definition-et-differents-tca>
80. Filsantejeune.com. Zomm sur la boulimie. [En ligne]. 2023 [cité le 25 mai 2023]. Disponible : <https://www.filsantejeunes.com/la-boulimie-2-17902>
81. Ameli. Boulimie et hyperplasie boulimique : repérer les symptômes. [En ligne]. 2023 [cité le 25 mai 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-definition-causes#:~:text=La%20boulimie%20se%20caract%C3%A9rise%20par,absents%20dans%201%27hyperphagie%20boulimique>
82. Fondation pour la recherche médicale. Tout savoir les troubles de conduite alimentaire. [En ligne]. 2023 [cité le 1 novembre 2023]. Disponible : <https://www.frm.org/recherches-autres-maladies/troubles-des-conduites-alimentaires/focus-troubles-conduite-alimentaires>
83. Inserm. Conduites addictives chez les adolescents-Une expertise collective de l'Inserm. [En ligne]. 2014 [cité le 2 juillet 2023]. Disponible : <https://presse.inserm.fr/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-linserm/11035/>
84. Suzanne VALLIÈRES. Mon ado et le tabac, l'alcool et les drogues. Les psy-trucs pour les ados. Montréal : J'AI LU ; 2019. 288p.
85. Ameli. Addiction : définition et facteurs favorisants. [En ligne]. 2022 [cité le 2 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/definition-facteurs-favorisants>
86. MILDECA. Qu'est-ce qu'une addiction ? [En ligne]. 2023 [cité le 2 juillet 2023]. Disponible : <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction#:~:text=D%C3%A9finitions,ou exacerb%C3%A9s par la substance.>
87. Santé publique France. Santé des collégiens en France : nouvelles données de l'enquête HBSC 2014. [En ligne]. 2016 [cité le 2 juillet 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2016/sante-des-coll%C3%A9giens-en-france-nouvelles-donnees-de-l-enquete-hbse-2014>

88. Génération sans tabac. Etude ESPAD. [En ligne]. 2020 [cité le 2 juillet 2023]. Disponible : <https://www.generationsanstabac.org/actualites/espada-baisse-relative-tabagisme-jeunes-europe/>
89. OFDT. LES DROGUES À 17 ANS ANALYSE DE L'ENQUÊTE ESCAPAD 2022. [En ligne]. Masson ; 2023. 8p. Disponible : https://www.ofdt.fr/files/2916/8543/2322/OFDT_Tendances_ESCAPAD_VF.pdf
90. EnCLASS. Accueil. [En ligne]. 2018 [cité le 2 juillet 2023]. Disponible : <http://enclass.fr/>
91. OFDT. LES CONSOMMATIONS D'ALCOOL, TABAC ET CANNABIS CHEZ LES ÉLÈVES DE 11, 13 ET 15 ANS. [En ligne]. 2020. 12p. Disponible : http://www.enclass.fr/application/files/5516/1045/6235/2020_Comparaisons-internationales-consommations-HBSC-EnCLASS-2018-note.pdf
92. Alliance contre le tabac. 1 ADO SUR 10 A DÉJÀ UTILISÉ LA PUFF. L'ACT RÉCLAME L'INTERDICTION IMMÉDIATE DES CIGARETTES ÉLECTRONIQUES JETABLES. [En ligne]. 2022 [cité le 4 juillet 2023]. Disponible : <https://alliancecontreltabac.org/2022/10/25/1-ado-sur-10-a-deja-utilise-la-puff-lact-reclame-son-interdiction/>
93. Stop Tabac. Pourquoi la « Puff », nouvelle cigarette électronique jetable est-elle si dangereuse ? [En ligne]. 2023 [cité le 4 juillet 2023]. Disponible : <https://www.stop-tabac.com/actu/18-sante/25-pourquoi-la-la-puff-nouvelle-cigarette-electronique-jetable-est-elle-si-dangereuse>
94. MILDECA. Le ministère des Solidarités et de la Santé attentif aux produits de vapotage de type « Puff » et au respect des obligations légales concernant la publicité et la vente aux mineurs. [En ligne]. 2022 [cité le 4 juillet 2023]. Disponible : <https://www.drogues.gouv.fr/le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante-attentif-aux-produits-de-vapotage-de-type-puff-et-au>
95. Alliance contre le tabac. INTERDICTION DE LA PUFF ET GEL DU PRIX DU PAQUET DE CIGARETTES : L'ACT DÉNONCE L'INCOHÉRENCE DU GOUVERNEMENT. [En ligne]. 2023 [cité le 10 septembre 2023]. Disponible : <https://alliancecontreltabac.org/2023/09/04/interdiction-de-la-puff-et-gel-du-prix-du-paquet-de-cigarettes-lact-denonce-lincoherence-du-gouvernement/>
96. Institut national du cancer. Le tabac, premier facteur de risque évitable de cancer. [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac/Le-premier-facteur-de-risque-evitable-de-cancers>
97. Santé publique France. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ? [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
98. Tabac-info-service.fr. La consommation du tabac en France. [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://pro.tabac-info-service.fr/Je-m-informe/S-informer>
99. CHU Toulouse. La dépendance au tabac. [En ligne]. 2018 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://www.chu-toulouse.fr/-tabac-#:~:text=Vous souhaitez consulter au CHU,pneumologie de l'hôpital Larrey.>
100. Tabac-info-service.fr. Pourquoi arrêter de fumer peut être difficile ? [En ligne]. 2022 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : https://www.tabac-info-service.fr/je-trouve-ma-motivation/je-me-libere-de-ma-dependance?at_medium=sl&at_campaign=Tabac%20SEA&at_platform=google&gclid=Cj0KCQjw4s-kBhDqARIsAN-ipH0aUf0UkK3Rq4a6grfptUHL-XLtiMaSh31PwuUE1dHqOgyJWgvdhZYaAsCVEALw_wcB&gclsrc=aw.ds
101. Figaro Santé. Tabac Généralités - Quel risque ? [En ligne]. 2021 [cité le 30 novembre 2023]. Disponible : <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/tabac-alcool-drogues/tabac-generalites/quel-risque>
102. Santé publique France. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. [En ligne]. Herr ; 2018. 9p. Disponible : https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Barometre_Grossesse-Alcool-Tabac.PDF
103. Ameli. Tabac, drogues et grossesse. [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse-tabac-alcool-drogues-medicaments/conduites-risques-tabac-drogues>

104. LE MANUEL MSD. Placenta prævia. [En ligne]. 2022 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-de-la-femme/complications-de-la-grossesse/placenta-prævia#:~:text=Le%20placenta%20prævia%20peut%20entraîner,femmes%20présentent%20également%20des%20contractions.>
105. LE MANUEL MSD. Décollement placentaire. [En ligne]. 2022 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/anomalies-de-la-grossesse/décollement-placentaire-hématome-rétroplacentaire#:~:text=L%27hématome%20rétroplacentaire%20est%20un,peut%20être%20une%20urgence%20obstétricale.>
106. Ameli. La prise en charge du sevrage tabagique. [En ligne]. 2022 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>
107. Collin A-H, Blanc A. Les adolescents. Le moniteur des pharmacies. 2019; (3268):p1-7
108. Tabac info service. Je trouve ma motivation j'arrête de fumer. [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible : <https://www.tabac-info-service.fr/>
109. Santé publique France. #MoisSansTabac : Le défi commence maintenant ! [En ligne]. 2020 [cité le 17 novembre 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/mois-sans-tabac-le-defi-commence-maintenant>
110. Ordre national des pharmaciens. Mois sans tabac : procurez-vous les outils de la campagne. [En ligne]. 2023 [cité le 17 novembre 2023]. Disponible : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/mois-sans-tabac-procurez-vous-les-outils-de-la-campagne#:~:text=Dans ce cadre, il sera, nombre de kits correspondant le>
111. OFDT. ALCOOL ET SOIRÉES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES MAJEURS. [En ligne]. Masson ; 2022. 8p. Disponible : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxmd2c3.pdf>
112. Alcool-Info-Service.fr. Tout savoir sur l'alcool. [En ligne]. 2023 [cité le 23 Janvier 2023]. Disponible : <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/culture-alcool-consommation-vin>
113. Gouvernement. L'essentiel sur... [En ligne]. 2022 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/Essentiel_Jeune_Alcool.pdf
114. Dequiré AF. L'alcool et les jeunes : état des lieux. Journal du droit des jeunes. [En ligne]. 2012 ; 313(3) : 39-44 .Disponible : <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2012-3-page-39.htm>
115. Alcool info service. LES JEUNES, UNE CIBLE SPÉCIFIQUE DE MARKETING ! [En ligne]. 2022 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://jeunes.alcool-info-service.fr/alcool/fete-premix>
116. Alcool info service. BOIRE VITE ET BEAUCOUP : LES RISQUES. [En ligne]. 2022 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://jeunes.alcool-info-service.fr/alcool/binge-drinking>
117. Alcool-info-service. Les risques immédiats. [En ligne]. 2023 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-court-terme>
118. Alcool-info-service. Les conséquences sur la santé à long terme. [En ligne]. 2023 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-long-terme>
119. Inserm. Les cerveaux des adolescents plus vulnérables à l'alcool que ceux des adultes. [En ligne]. 2015 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/actualite/cerveaux-adolescents-plus-vulnerables-alcool-ceux-adultes/>
120. CHU de Liège. Alcool avant 21 ans : des dommages irréversibles sur le cerveau. [En ligne]. 2019 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : https://www.chuliege.be/jcms/c2_19893977/fr/direction-medecale/alcool-avant-21-ans-des-dommages-irreversibles-sur-le-cerveau
121. Alcool-info-service. L'alcool et la grossesse. [En ligne]. 2023 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/grossesse-femme-enceinte>

122. Santé publique France. Consommation d'alcool chez la femme enceinte et conséquences sur le nouveau-né. [En ligne]. 2020 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/consommation-d-alcool-chez-la-femme-enceinte-et-consequences-sur-le-nouveau-ne#:~:text=Documentsrapport/synthese-,Consommation d'alcool chez la femme enceinte,conséquences sur le nouveau-né&text=En 2011, dans l'étude,une fois la grossesse connue.>
123. ARS. Grossesse et alcool : une consommation risquée pour la santé du fœtus. [En ligne]. 2018 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ars.sante.fr/grossesse-et-alcool-une-consommation-risqueee-pour-la-sante-du-foetus#:~:text=Boire de l'alcool pendant,la forme la plus grave.>
124. Cespharm. Alcool et grossesse : une campagne sensibilisation. [En ligne]. 2019 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible : <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/actualites/Archives/alcool-et-grossesse-une-campagne-de-sensibilisation>
125. Titre V : Dispositions pénales (Articles L3351-1 à L3355-8) - Légifrance [En ligne]. [cité 17 nov 2023]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155038/#
126. Ameli. Arrêter sa consommation d'alcool en cas de dépendance. [En ligne]. 2023 [cité le 17 novembre 2023]. Disponible : [https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/arreter-consommation-cas-dependance#:~:text=Dans les deux cas, le,période \(une semaine environ\)](https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/arreter-consommation-cas-dependance#:~:text=Dans les deux cas, le,période (une semaine environ))
127. Ameli. Les médicaments contre la dépendance à l'alcool. [En ligne]. 2022 [cité le 17 novembre 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/utiliser-recycler-medicaments/medicaments-contre-la-dependance-l-alcool-0>
128. OFDT. 20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence. [En ligne]. Masson ; 2021. 8p. Disponible : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxss2b2.pdf>
129. Vie publique. Tabac, alcool, cannabis : quelle consommation chez les jeunes de 17 ans ? [En ligne]. 2023 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/288604-drogues-une-consommation-en-baisse-chez-les-jeunes-de-17-ans>
130. Santé publique France. Quels sont les risques sanitaires associés à la consommation de drogues illicites ? [En ligne]. 2012 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/articles/quels-sont-les-risques-sanitaires-associes-a-la-consommation-de-drogues-illicites#:~:text=Injecter, fumer, sniffer, inhaler,ou coupures, de maladies respiratoires...>
131. MILDECA. Conduites addictives et adolescence. [En ligne]. 2017 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible : <https://www.drogues.gouv.fr/conduites-addictives-et-adolescence>
132. TCRA. DES SUBSTANCES PLUS OU MOINS ADDICTIVES SOUVENT TESTÉES À L'ADOLESCENCE. [En ligne]. 2018 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible : <https://otcra.fr/substances-plus-addictives-souvent-testees-a-ladolescence/>
133. MILDECA. Nouveaux Produits de Synthèse. [En ligne]. 2022 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible : https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/guide_NPS_2022.pdf
134. OFDT. Nouveaux produits de synthèse. [En ligne]. 2022 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese/>
135. DROGUES-INFO-SERVICE. QUELS SONT LES PRINCIPAUX RISQUES DES NPS ? [En ligne]. 2022 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Les-questions-les-plus-frequentes-sur-les-nouveaux-produits-de-synthese-NPS/Quels-sont-les-principaux-risques-des-NPS>
136. DROGUES-INFO-SERVICE. LES DROGUES INTERDITES. [En ligne]. 2022 [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/La-loi-et-les-drogues/Les-drogues-interdites>
137. Article L3421-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 nov 2023]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043343299/

138. Santé publique France. Que prévoit la loi en cas de consommation de stupéfiant ? [En ligne]. 2022 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/articles/que-prevoit-la-loi-en-cas-de-consommation-de-stupefiant#:~:text=Usage et législation, vertu de l'article L.>
139. MILDECA. En matière de stupéfiants. [En ligne]. 2022 [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://www.drogues.gouv.fr/en-matiere-de-stupefiants>
140. Ameli. Addictions : à qui s'adresser ? [En ligne]. 2022 [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/suivi>
141. SELL. L'essentiel du jeu vidéo. [En ligne]. 2022 [cité le 23 Janvier 2023]. Disponible : https://www.sell.fr/sites/default/files/essentiel-jeu-video/lessentiel_du_jeu_video_nov_22_0.pdf
142. OMS. Troubles du jeu vidéo. [En ligne]. 2020 [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/gaming-disorder>
143. LEOUZON H. L'addiction aux jeux vidéo dans le DSM-5, controverses et réponses relatives à son diagnostic et sa définition [Thèse doctorat]. Bordeaux, France : UFR des sciences médicales ; 2018
144. E-enfance. L'addiction aux jeux vidéo. [En ligne]. 2019 [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://e-enfance.org/informer/jeux-video/laddiction-aux-jeux-video/>
145. Académie de médecine. Addiction aux jeux vidéo : des enfants à risque ou un risque pour tous les enfants ? [En ligne]. 2012 [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://www.academie-medecine.fr/addiction-aux-jeux-video-des-enfants-a-risque-ou-un-risque-pour-tous-les-enfants/>
146. Addict'AIDE. Jeux vidéo - Complications de l'addiction aux jeux-vidéo. [En ligne]. 2022 [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://www.addictaide.fr/jeux-dargent/complications-de-laddiction-aux-jeux-video/>
147. E-enfance. Jeux vidéo : comment en parler ? [En ligne]. 2022 [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://e-enfance.org/informer/jeux-video/jeux-video-comment-reagir-en-cas-de-probleme/>
148. OFDT. NIVEAUX DE PRATIQUES DES JEUX D'ARGENT ET DE HASARD À LA FIN DE L'ADOLESCENCE en 2017. [En ligne]. 2018. [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxejy9.pdf>
149. JOUEURS-INFO-SERVICE. SE FAIRE AIDER. [En ligne]. 2019. [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : https://www.joueurs-info-service.fr/Le-jeu-et-vous/Comment-reussir-a-arreter-de-jouer/Se-faire-aider?xtor=SEC-1-GOO&gclid=EAiaIQobChMIg_H4urP7gQMVb5GDBx1JkQiHEAAYASAAEglzzvD_BwE&gclsrc=aw.ds&adfcid=1697488002.LYPWa-usBEiMSVKpbwchgQ.Mjg2Nz5MywXOTEzZmZx
150. OFDT. Usages détournés de médicaments psychotropes par les adolescents et jeunes adultes. [En ligne]. 2015 [cité le 22 novembre 2023]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxmmvc.pdf>
151. Ameli. Les médicaments à risque d'usage détourné et de dépendance. [En ligne]. 2023 [cité le 22 novembre 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/medicaments-usage-detourne-dependance>
152. Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. [En ligne]. Masson ; 2015. 8p. Disponible : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssv5.pdf>
153. Milhet M. Les médicaments détournés de leur usage médical par les jeunes : une revue de la littérature. *Psychotropes*. 2017;23(3-4):105-23.
154. Ofdt. Médicaments psychotropes. [En ligne]. 2022 [cité le 22 novembre 2023]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/>
155. OMS. Santé mentale : renforcer notre action. [En ligne]. 2022. [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
156. OMS. Vos questions les plus fréquentes. [En ligne]. 2023. [cité le 15 juillet 2023]. Disponible :

- <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions#:~:text=Comment l'OMS définit-elle,maladie ou d'infirmite>».
157. Ameli. Qu'appelle t'on bonne santé mentale et troubles psychiques ? [En ligne]. 2023. [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/souffrance-psychique/definition>
158. Santé publique France. Santé mentale des adolescents : Santé publique France rediffuse et renforce sa campagne #JenParleA. [En ligne]. 2023. [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-mentale-des-adolescents-sante-publique-france-rediffuse-et-renforce-sa-campagne-jenparlea>
159. Ameli. Quels sont les principaux troubles psychiques chez les jeunes ? [En ligne]. 2023 [cité le 29 décembre 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/souffrance-psychique/troubles-psychiques>
160. OMS. Santé mentale des adolescents. [En ligne]. 2021 [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
161. Inserm. Troubles anxieux. [En ligne]. 2021 [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/#>
162. Société canadienne de pédiatrie. L'anxiété chez les enfants et les adolescents - partie 1 : le diagnostic. [En ligne]. 2022 [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://cps.ca/fr/documents/position/lanxiete-chez-les-enfants-et-les-adolescents-le-diagnostic#ref3>
163. LE MANUEL MSD. Présentation des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. [En ligne]. 2023 [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-infantiles/troubles-mentaux-chez-les-enfants-et-les-adolescents/présentation-des-troubles-anxieux-chez-l-enfant-et-l-adolescent>
164. Inserm. Les bases neurobiologiques de l'anxiété. [En ligne]. 2012 [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://presse.inserm.fr/les-bases-neurobiologiques-de-lanxiete-3/1479/>
165. Inserm. Anna Beyeler explore les circuits de l'anxiété. [En ligne]. 2020 [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/portrait/laureat-atip-avenir/anna-beyeler-explore-circuits-anxiete/#:~:text=Une cible, le cortex insulaire&text=Elle imagine en particulier une,circuits de la valence émotionnelle.>
166. CHUV. L'amygdale, un système qui régule nos actions face à la peur. [En ligne]. 2021 [cité le 15 juillet 2023]. Disponible : <https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/en-bref/liste-des-actualites-du-dp/lamygdale-un-systeme-qui-regule-nos-actions-face-a-la-peur#:~:text=L'Unité de recherche sur,face à une situation menaçante.>
167. Ameli. Difficultés psychologiques chez les jeunes : comment être aidé ? [En ligne]. 2021 [cité le 18 novembre 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/souffrance-psychique/se-faire-aider>
168. Inserm. Dépression. [En ligne]. 2019 [cité le 18 juillet 2023]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
169. HAS. Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? [En ligne]. 2014 [cité le 18 juillet 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge.
170. BEH. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. [En ligne]. 2023 [cité le 18 juillet 2023]. Disponible : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/pdf/2023_2.pdf
171. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. [En ligne]. 2017 [cité le 18 juillet 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
172. Barbe R. Les particularités de la dépression à l'adolescence. Rev Med Suisse. 19 févr 2003;2425:398-402.
173. VIDAL. Le traitement de la dépression chez l'enfant. [En ligne]. 2019 [cité le 18 juillet 2023]. Disponible : <https://www.vidal.fr/maladies/chez-les-enfants/depression-enfant-adolescent/traitement.html>

174. HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence. [En ligne]. 2014 [cité le 18 juillet 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_fiche_de_synthese_prise_en_charge_therapeutique.pdf
175. VIDAL. Schizophrénie et autres psychoses. [En ligne]. 2018 [cité le 19 juillet 2023]. Disponible : <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses.html>
176. Ameli. Quels sont les principaux troubles psychiques chez les jeunes ? [En ligne]. 2023 [cité le 19 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/souffrance-psychique/troubles-psychiques>
177. VIDAL. Les psychoses non-schizophréniques. [En ligne]. 2018 [cité le 19 juillet 2023]. Disponible : <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses/psychoses-non-schizophreniques.html>
178. Assurance maladie. Personnes prises en charge pour troubles psychotiques en 2021. [En ligne]. 2023 [cité le 19 juillet 2023]. Disponible : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021_fiche_troubles-psychotiques.pdf
179. EISAI. PSYCHOSES DEBUTANTES. [En ligne]. 2017 [cité le 19 juillet 2023]. Disponible : <https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/04/brochure-psychose-débutante.pdf>
180. Collège National des Pédiatres Universitaires, CNHUCP, Benoist G, et al. Risque et conduite suicidaires chez l'enfant et l'adolescent. In : Pédiatrie : Elsevier Masson; 2021. p.487.
181. HAS. Idées suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : repérer, évaluer et orienter la prise en charge. [En ligne]. 2021 [cité le 20 juillet 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289297/fr/idees-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-reperer-evaluer-et-orienter-la-prise-en-charge
182. Ministère de la santé et de la prévention. La politique de prévention du suicide. [En ligne]. 2023 [cité le 19 novembre 2023]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide>
183. Infosuicide.org. Épidémiologie France Suicides. [En ligne]. 2023 [cité le 20 juillet 2023]. Disponible : <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-suicides/>
184. LE MANUEL MSD. Comportement suicidaire chez l'enfant et l'adolescent. [En ligne]. 2023 [cité le 20 juillet 2023]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-infantiles/troubles-mentaux-chez-les-enfants-et-les-adolescents/comportement-suicidaire-chez-l-enfant-et-l-adolescent>
185. Filssantejeunes.com. Parler de ses idées suicidaires sur Fil Santé Jeunes. [En ligne]. 2022 [cité le 20 juillet 2023]. Disponible : <https://www.filssantejeunes.com/les-idees-suicidaires-sur-fil-sante-jeunes-18592>
186. LE MANUEL MSD. Automutilation non suicidaire chez l'enfant et l'adolescent. [En ligne]. 2023 [cité le 20 juillet 2023]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-infantiles/troubles-mentaux-chez-les-enfants-et-les-adolescents/automutilation-non-suicidaire-chez-l-enfant-et-l-adolescent>
187. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. Elsevier Health Sciences; 2018. 945 p.
188. UNICEF. Les effets néfastes de la COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des jeunes ne seraient que la « partie émergée de l'iceberg » – UNICEF. [En ligne]. 2021 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : <https://www.unicef.org/fr/communiqués-de-presse/les-effets-nefastes-de-la-covid-19-sur-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-enfants-et-des-jeunes>
189. Tettamanti M, Devillé C, Kapp C, Armando M, Curtis L. Impact de la pandémie de Covid-19 sur les troubles psychiques des adolescents et jeunes adultes. Rev Med Suisse. 22 sept 2021;751:1593-6.
190. Santé publique France. CONFEADO : une étude destinée aux enfants sur le vécu du confinement lié à l'épidémie de COVID-19. [En ligne]. 2021 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/confeado-une-etude-destinee-aux-enfants-sur-le-vecu-du-confinement-lie-a-l-epidemie-de-covid-19>
191. OCDE. Préserver la santé mentale des jeunes pendant la crise du COVID 19. [En ligne]. 2021 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/preserver-la-sante-mentale-des-jeunes-pendant-la-crise-du-covid-19-dbc04f5/>

192. République Française. Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021. [En ligne]. 2021 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER_1209_1.pdf
193. France Info. Santé Mentale. La crise du Covid fait exploser la demande, la prise en charge des consultations psy généralisée. [En ligne]. 2021 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/haute-garonne/toulouse/sante-mentale-la-crise-covid-fait-exploser-la-demande-la-prise-en-charge-des-consultations-psy-generalisee-2270479.html>
194. Ameli. Remboursement de séances chez le psychologue : dispositif Mon soutien psy. [En ligne]. 2023 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse-seances-avec-un-psychologue#:~:text=En fonction de votre état,Maladie et partenaire du dispositif.>
195. Santé publique France. Santé mentale des jeunes : des conseils pour prendre soin de sa santé mentale. [En ligne]. 2023 [cité le 19 novembre 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/sante-mentale-des-jeunes-des-conseils-pour-prendre-soin-de-sa-sante-mentale#:~:text=La santé mentale des 11-24 ans est toujours dégradée en 2023&text=Les recours aux soins d,de façon marquée en 2023.>
196. Santé publique France. Santé mentale des enfants et adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure. [En ligne]. 2022 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-un-suivi-renforce-et-une-prevention-sur-mesure>
197. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Instruction obligatoire. [En ligne]. 2022 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1898>
198. JOUSSELME C. COSQUER M. Portrait d'ado. [En ligne]. Boudard ; 2015. 181p. Disponible : https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/111-1-jousselme.pdf.pdf
199. REPUBLIQUE FRANÇAISE. LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS À L'ÉCOLE : FONDEMENTS ET ENJEUX. [En ligne]. 2019. [cité le 23 juillet 2023]. Disponible : <https://www.reseau-canope.fr/nouveaux-programmes/magazine/vie-scolaire/le-bien-etre-des-enfants-a-lecole-fondements-et-enjeux.html>
200. LE MANUEL MSD. Phobie scolaire. [En ligne]. 2023. [cité le 18 août 2023]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-infantiles/problèmes-comportementaux-chez-l'enfant/phobie-scolaire>
201. filsantejeunes.com. La phobie scolaire. [En ligne]. 2022. [cité le 18 août 2023]. Disponible : <https://www.filsantejeunes.com/la-phobie-scolaire-6245>
202. cidj.com. Phobie scolaire : quelles solutions pour s'en sortir ? [En ligne]. 2019. [cité le 18 août 2023]. Disponible : <https://www.cidj.com/etudes-formations-alternance/avant-le-bac/phobie-scolaire-quelles-solutions-pour-s-en-sortir>
203. Académie nationale de médecine. Phobie scolaire ou refus scolaire : un concept discuté. [En ligne]. 2006. [cité le 18 août 2023]. Disponible : <https://www.academie-medecine.fr/phobie-scolaire-ou-refus-scolaire-un-concept-discute/>
204. Phobie-Scolaire.org. LA PHOBIE SCOLAIRE : Un symptôme polymorphe, multifactoriel, sans cause et prise en charge unique. [En ligne]. 2023. [cité le 18 août 2023]. Disponible : <https://phobie-scolaire.org/definition-de-la-phobie-scolaire/>
205. ETIENNE L. Le refus scolaire anxieux à l'adolescence : une étude clinique de 183 cas accueillis dans un centre de consultations de 2009 à 2012. [Thèse doctorat]. Tours, France : Université François Rabelais ; 2013.
206. Phobie-Scolaire.org. NOUVEAU DISPOSITIF PAI. [En ligne]. 2021. [cité le 18 août 2023]. Disponible : <https://phobie-scolaire.org/nouveau-dispositif-pai-projet-daccueil-individualise-pour-raison-de-sante/>
207. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE. Projet d'accueil individualisé pour raison de santé. [En ligne]. 2021. [cité le 18 août 2023]. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo9/MENE2104832C.htm>
208. Phobie-Scolaire.org. À propos de nous. [En ligne]. 2023. [cité le 18 août 2023]. Disponible : <https://phobie-scolaire.org/a-propos-de-nous/>

209. UNICEF. Parler du harcèlement à votre enfant. [En ligne]. 2023. [cité le 10 septembre 2023]. Disponible : <https://www.unicef.org/fr/mettre-fin-violence/parler-harcelement-votre-enfant>
210. GOUVERNEMENT. HARCÈLEMENTS. [En ligne]. 2020. [cité le 10 septembre 2023]. Disponible : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/harcelements>
211. Suzanne VALLIÈRES. Le harcèlement chez nos jeunes. Les psy-trucs pour les enfants de 6 à 12 ans. Montréal : J'AI LU ; 2017. 448p.
212. Catheline N. Introduction. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2023 [cité 24 nov 2023]. p. 3-6. (Que sais-je ?; vol. 3e éd.). Disponible : <https://www.cairn.info/le-harcelement-scolaire--9782715416253-p-3.htm>
213. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE. QU'EST-CE QUE LE HARCÈLEMENT. [En ligne]. 2023. [cité le 10 septembre 2023]. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcelement/le-harcelement-c-est-quoi-325361>
214. HUBERT T. NOTE D'INFORMATION (MEN). 94 % des collégiens déclarent se sentir bien dans leur collège [En ligne]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Paris; 2017 [cité 10 septembre 2023]. Disponible sur: <https://archives-statistiques-depp.education.gouv.fr/Default/doc/SYRACUSE/51513/94-des-collegiens-declarent-se-sentir-bien-dans-leur-college-tamara-hubert>
215. HUBERT T. NOTE D'INFORMATION (MEN). Résultats de l'enquête de climat scolaire et victimation auprès des lycéens pour l'année scolaire 2017-2018 [En ligne]. Ministère de l'éducation nationale. Paris; 2018 [cité 10 septembre 2023]. Disponible sur: <https://archives-statistiques-depp.education.gouv.fr/Default/doc/SYRACUSE/44019/resultats-de-l-enquete-de-climat-scolaire-et-victimation-aupres-des-lyceens-pour-l-annee-scolaire-20>
216. e-enfance. Cyberharcèlement. [En ligne]. 2023. [cité le 10 septembre 2023]. Disponible : <https://e-enfance.org/informer/cyber-harcelement/>
217. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE. PHARE : UN PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE HARCÈLEMENT À L'ÉCOLE. [En ligne]. 2023. [cité le 12 septembre 2023]. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/journee-nationale-de-lutte-contre-le-harcelement-l-ecole-941>
218. GOUVERNEMENT. Harcèlement : un questionnaire pour donner la parole aux élèves. [En ligne]. 2023. [cité le 26 novembre 2023]. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/actualite/harcelement-un-questionnaire-pour-donner-la-parole-aux-eleves>
219. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Harcèlement scolaire : de nouvelles mesures pour mieux protéger les élèves harcelés. [En ligne]. 2023. [cité le 12 septembre 2023]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16714#:~:text=Depuis la loi n°,est reconnu comme un délit>
220. LOI n° 2022-299 du 2 mars 2022 visant à combattre le harcèlement scolaire - Article 1-10
221. Bernard P-Y. Le décrochage scolaire, une délimitation problématique. Dans : Le décrochage scolaire. Paris : Presses Universitaires de France ; 2011. 128p.
222. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE. Enjeux et objectifs de la lutte contre le décrochage. [En ligne]. 2020. [cité le 12 septembre 2023]. Disponible : [https://eduscol.education.fr/891/enjeux-et-objectifs-de-la-lutte-contre-le-decrochage#:~:text=jour : novembre 2020-,La définition du décrochage scolaire,'aptitude professionnelle \(CAP\).](https://eduscol.education.fr/891/enjeux-et-objectifs-de-la-lutte-contre-le-decrochage#:~:text=jour : novembre 2020-,La définition du décrochage scolaire,'aptitude professionnelle (CAP).)
223. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE. La lutte contre le décrochage scolaire. [En ligne]. 2021. [cité le 12 septembre 2023]. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/la-lutte-contre-le-decrochage-scolaire-7214>
224. Eduscol. Évaluation partenariat de la politique de lutte contre le décrochage scolaire. [En ligne]. 2014. [cité le 12 septembre 2023]. Disponible : <https://eduscol.education.fr/document/20509/download>
225. Cnesco. Facteurs de décrochage. [En ligne]. 2017. [cité le 23 septembre 2023]. Disponible : <https://www.cnesco.fr/decrochage-scolaire/facteurs/>

226. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE. Atlas des risques sociaux d'échec scolaire : l'exemple du décrochage, France métropolitaine et Dom (données 2011). [En ligne]. 2011. [cité le 23 septembre 2023]. Disponible : <https://www.education.gouv.fr/atlas-des-risques-sociaux-d-echec-scolaire-l-exemple-du-decrochage-france-metropolitaine-et-dom-3989>
227. UNESCO. Un an d'éducation perturbée par la COVID-19 : où en sommes-nous ? [En ligne]. 2023. [cité le 20 septembre 2023]. Disponible : https://www.unesco.org/fr/articles/un-deducation-perturbee-par-la-covid-19-ou-en-sommes-nous?TSPD_101_R0=080713870fab20007b48da1c8ce0eac27ff5d3e74a753cc18452442ce88192ed8cef94f1b7c19db80833286ef7143000b0499226a88b1f141ae89c82e18cc6340dec3d2b584105393c1a202bba6dfa9cb5e366c51e7575b608db8e219e9e1b56#:~:text=Il%20y%20a%20un%20an,aller%20à%20l'école.
228. Franceinfo. Décrocheurs : l'Éducation nationale a perdu le contact avec 4% des élèves en moyenne à la fin du confinement, indique Jean-Michel Blanquer. [En ligne]. 2020 [cité le 20 novembre 2023]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/dcrocheurs-l-education-nationale-a-perdu-le-contact-avec-4-des-eleves-en-moyenne-a-la-fin-du-confinement-indique-jean-michel-blanquer_3986371.html
229. Ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie - Articles 1-6.
230. Ameli. Les missions du pharmacien d'officine. [En ligne]. 2022 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
231. Ordre national des pharmaciens. Une offre de soins pharmaceutiques garantie par un maillage territorial adapté. [En ligne]. 2017 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/une-offre-de-soins-pharmaceutiques-garantie-par-un-maillage-territorial-adapte>
232. Cespharm. Rôle du pharmacien. [En ligne]. 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/L-education-pour-la-sante/role-du-pharmacien>
233. Ordre national des pharmaciens. Le code de déontologie commenté. [En ligne]. 2013 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.calameo.com/read/002449395702a47519683>
234. Code de la santé publique - Articles R4235-2 à R4235-20 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196446/#:~:text=Le pharmacien doit faire preuve,ont recours à son art.&text=Tout pharmacien doit, quelle que,le cas de force majeure.
235. Ordre national des pharmacies. Les pharmaciens agissent pour moi. [En ligne]. 2022 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/patient-grand-public/ma-sante/les-pharmaciens-agissent-pour-moi>
236. Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur, des professionnels de santé exerçant au sein des laboratoires de biologie médicale et des étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques - Article 1.
237. Cespharm. Extension des compétences vaccinales : parution des textes officiels. [En ligne]. 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/actualites/2023/extension-des-competences-vaccinales-parution-des-textes-officiels#:~:text=Le décret n° 2023,e cycle des études pharmaceutiques.>
238. Ministère de la santé et de la prévention. Le calendrier des vaccinations [En ligne]. 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
239. Clausener M. Vacciner hors les murs : oui, mais pour quelle rémunération ?. Le Moniteur des Pharmacies. 20 oct 2023
240. Ordre national des pharmaciens. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et d'évaluation autorisés à l'officine [En ligne]. 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/les-fiches-professionnelles/les-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-et-d-evaluation-autorises-a-l-officine2#titre5>

241. Santé publique France. Cancer du colon rectum [En ligne]. 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees#:~:text=Il augmente avec l'âge,en Indre-et-Loire.>
242. Arrêté du 1 avril 2022 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers et intégrant la remise des kits de dépistage du cancer colorectal par les pharmaciens - Article 2.
243. HAS. Dépistage : objectif et conditions. [En ligne]. 2016 [cité le 28 août 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
244. Institut national du cancer. Le dépistage du cancer colorectal en pratique. [En ligne]. 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-depistage-en-pratique>
245. Ordre national des pharmaciens. Cancer colorectal : des kits de dépistage bientôt délivrés en officine. [En ligne]. 2022 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/cancer-colorectal-des-kits-de-depistage-bientot-delivres-en-officine>
246. VIDAL. Entretiens pharmaceutiques : parution de l'avenant sur l'accompagnement des patients asthmatiques. [En ligne]. 2014 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.vidal.fr/actualites/14552-entretiens-pharmaceutiques-parution-de-l-avenant-sur-l-accompagnement-des-patients-asthmatiques.html>
247. Cespharm. Convention pharmaceutique : entretiens femmes enceintes et administration des vaccins prescrits. [En ligne]. 2022 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/actualites/2022/convention-pharmaceutique-entretiens-femmes-enceintes-et-administration-des-vaccins-prescrits>
248. Ameli. L'entretien femme enceinte. [En ligne]. 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/entretien-femme-enceinte>
249. Ordre national des pharmaciens. L'exercice coordonné-Officine. [En ligne]. 2022 [cité le 28 août 2023]. Disponible : <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-titulaire-d-officine/mon-exercice-professionnel/l-exercice-coordonne-officine>
250. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliant L, GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-45. Disponible : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
251. Collège National des Généralistes Enseignants.GUIDE METHODOLOGIQUE POUR REALISER UNE THESE QUALITATIVE. [En ligne]. 2023 [cité le 24 septembre 2023]. Disponible : <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
252. Académie de médecine. Dictionnaire médical de l'Académie de médecine - version 2023. [En ligne]. 2023 [cité le 25 août 2023]. Disponible : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=prospectif>
253. 20 minutes. Santé mentale : Avec le Covid-19, les jeunes « sont devenus la tranche d'âge » la plus concernée par la dépression. [En ligne]. 2023 [cité le 4 octobre 2023]. Disponible : <https://www.20minutes.fr/sante/4023733-20230215-sante-mentale-covid-19-jeunes-devenus-tranche-age-plus-concernee-depression>
254. Vie publique. Covid-19 : santé, éducation, emploi, quelles incidences pour les jeunes ? [En ligne]. 2021 [cité le 11 octobre 2023]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/278115-covid-19-incidences-de-la-pandemie-sur-les-jeunes>
255. On sexprime. Les réponses aux questions qu'on n'ose pas poser. [En ligne]. 2023 [cité le 26 août 2023]. Disponible : <https://www.onsexprime.fr/>
256. Roux C, Faguais E, Exo P, Roux A, Prevost V.Optimisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine – Bilan et retour de cette mission mise en place en 2013 et perspectives de développement dans le département du Calvados. Annales Pharmaceutiques Françaises. Novembre 2020;78(6):487-496

257. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1) - Article 22.
258. HCE. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. [En ligne]. 2016 [cité le 23 septembre 2023]. Disponible : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf
259. VACCINATION INFO SERVICE.FR. Infections à Papillomavirus Humains (HPV). [En ligne]. 2023 [cité le 4 octobre 2023]. Disponible : <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
260. Service public.fr. Les pharmaciens peuvent désormais vous prescrire et vous administrer vos vaccins. [En ligne]. 2023 [cité le 4 octobre 2023]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16732>
261. CHU Bordeaux. Recrudescence des infections sexuellement transmissibles bactériennes : évitez les comportements à risque! [En ligne]. 2020 [cité le 23 septembre 2023]. Disponible : [https://www.chu-bordeaux.fr/Espace-média/Actualités/ACTUALITÉS-2020/VIDEO-RDV-FR3-Recrudescence-des-infections-sexuellement-transmissibles-bactériennes-:-évitez-les-comportements-à-risque!/#:~:text=La+recrudescence+des+IST+est,\(PrEP\)+par+les+antirétroviraux.](https://www.chu-bordeaux.fr/Espace-média/Actualités/ACTUALITÉS-2020/VIDEO-RDV-FR3-Recrudescence-des-infections-sexuellement-transmissibles-bactériennes-:-évitez-les-comportements-à-risque!/#:~:text=La+recrudescence+des+IST+est,(PrEP)+par+les+antirétroviraux.)
262. Factuel l'info de l'université de lorraine. Les Sexperts, un jeu de société pour aborder la sexologie ! [En ligne]. 2023 [cité le 25 août 2023]. Disponible : <https://factuel.univ-lorraine.fr/node/23678>
263. Ministère des solidarités et de la santé. Les 1000 premiers jours. [En ligne]. 2020 [cité le 4 octobre 2023]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
264. Mda 34. Un livret d'accompagnement pour les parents d'ado. [En ligne]. 2017 [cité le 4 octobre 2023]. Disponible : <https://mda34.org/ressources/un-livret-daccompagnement-pour-les-parents-dado>
265. CAF. Les promeneurs du net parentalité. [En ligne]. 2019 [cité le 24 septembre 2023]. Disponible : <https://www.caf.fr/partenaires/caf-de-la-manche/partenaires-locaux/enfance-et-parentalite/parentalite/promeneurs-du-net-parentalite>
266. Les promeneurs du net. Promeneur du net parentalité-Expérimentation CAF Manche 2019. [En ligne]. 2019 [cité le 24 septembre 2023]. Disponible : https://www.caf.fr/sites/default/files/medias/501/Partenaires/pdn/04_2021-synthese_4_pages.pdf
267. Ministère de la santé et de la prévention. Vivre avec une maladie chronique. [En ligne]. 2015 [cité le 24 septembre 2023]. Disponible : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/?max_articles=8
268. Infosante.be. Maladies chroniques chez les adolescents. [En ligne]. 2020 [cité le 24 septembre 2023]. Disponible : <https://www.infosante.be/guides/maladies-chroniques-chez-les-adolescents#:~:text=Les+adolescents+atteints+d'une,les+jeunes+de+leur+âge.>
269. COHEN H. L'ADOLESCENT ET SES PARENTS FACE À LA MALADIE CHRONIQUE : UN DIFFICILE AMÉNAGEMENT DE LA RELATION [Mémoire]. Rouen, France : U.F.R santé de Rouen; 2015.
270. Dumas A. Entre transition médicale et passage à l'âge adulte, un possible conflit de temporalité pour les jeunes atteints d'une maladie chronique. *MédecineScience*. 2022;38(1):70-74
271. MEUNIER C. Transition pédiatrie-médecine d'adulte : un rôle pour le médecin généraliste? [Thèse de doctorat]. Rouen, France : U.F.R santé de Rouen; 2020.
272. Fils santé jeunes.com. De la pédiatrie au service adulte. [En ligne]. 2021 [cité le 24 septembre 2023]. Disponible : <https://www.filsantejeunes.com/de-la-pediatrie-au-service-adulte-6642>
273. JACQUIN P. Adolescence et maladie chronique : quelles vérités ? Pour qui ? *ENFANCES & PSY*. 2011;4(53): 113-121
274. Gélinas Proulx, A. & Dionne, É. (2010). Compte rendu de [Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin.] *Mesure et évaluation en éducation*, 33(2), 127–131. Disponible : <https://www.erudit.org/fr/revues/mee/2010-v33-n2-mee01385/1024898ar.pdf>

275. Allison Tong , Peter Sainsbury, Jonathan Craig. International Journal for Quality in Health Care. 2007; 19 Supp 6 : S349-357.

*Serment des Pharmaciens
Au moment d'être reçu
Docteur en Pharmacie,*

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances*
- *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité*
- *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*
- *De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession*
- *De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens*
- *De coopérer avec les autres professionnels de santé.*

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date :

Signatures de l'étudiant et du Président du jury



L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon est engagé dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait, une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation d'une méthode de recherche de similitudes.

LACOUR Océane

Les besoins d'accompagnement des adolescents et leurs familles : exploration du point de vue des pharmaciens d'officine.

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2024, 136 p.

RESUME

L'adolescence est une étape importante dans le développement de l'individu, c'est la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Durant cette période, la métamorphose enclenchée à la puberté se poursuit. Une évolution hormonale se produit et les bouleversements psychologiques attendus peuvent être nombreux. De ce fait, des ajustements sont nécessaires dans la dynamique familiale, le rôle des parents et la relation parent-adolescent. Ces ajustements peuvent être sources d'incompréhensions intra-familiales quotidiennes.

Le pharmacien d'officine est un acteur de soins de premier recours de par sa proximité avec les patients malades ou personnes non malades. Le pharmacien devra être capable de repérer les différentes problématiques qui ne sont pas toujours évoquées de manière explicite, afin de guider, informer, orienter au mieux les patients.

Une étude expérimentale qualitative a été réalisée afin d'explorer les besoins d'accompagnement des adolescents et leurs familles du point de vue des pharmaciens d'officine. Six pharmaciens ont ainsi été entrevus lors d'entretiens individuels semi-directifs. Les entretiens ont révélé des réponses homogènes entre les professionnels. En effet, ils estiment se sentir à l'aise dans la prise en charge de cette population de par la récurrence des problématiques exprimées, et ce grâce à leur formation ou leur expérience professionnelle. Leur maître-mot pour communiquer avec les adolescents est l'adaptation. Néanmoins, ils ne se sentent pas assez outillés, pour communiquer de façon moderne et adaptée à cette nouvelle génération. La question concernant l'intérêt de la mise en place d'entretiens pharmaceutiques dédiés aux adolescents à l'officine, a suscité des avis mitigés. Cela s'explique notamment par certains thèmes jugés plus difficiles à aborder que d'autres, comme la sexualité. Les thèmes les plus sensibles seraient ceux où les besoins sur le terrain sont les plus grands.

Cette étude exploratoire a permis de détecter des thèmes d'intérêt pour la santé des adolescents et jeunes adultes. Ainsi, de par sa formation et ses missions de santé publique, le pharmacien d'officine a une place auprès de cette population qui serait à développer.

MOTS CLES

adolescence - parentalité - problématiques de santé - pharmacien - accompagnement

JURY

Dr MOUCHOUX Christelle, PU-PH
Dr HOEGY Delphine, MCU-PH
Dr VERGOBBI Fabien, Pharmacien d'officine
Dr TERRIER Cassandre, Pharmacien d'officine

DATE DE SOUTENANCE

Jeudi 8 février 2024

CONTACT

delphine.hoegy@chu-lyon.fr