



Philippe Binder¹, Anne-Laure Heintz²,
Benoît Tudrej¹, Dagmar M Haller³,
Paul Vanderkam¹

1. Université de médecine et de pharmacie de Poitiers, département de médecine générale, 86021 Poitiers.

2. Collège des médecins généralistes enseignants de Poitou-Charentes.

3. Unité des internistes généralistes et pédiatres (UIGP), faculté de médecine, Université de Genève, unité santé jeunes, Hôpitaux universitaires de Genève. Suisse.

philippe.binder@univ-poitiers.fr

exercer 2018;142:169-81.

L'approche des adolescents en médecine générale

Deuxième partie. Évaluer, accompagner

The approach to adolescents in primary care.

Second part. Assessing, caring

INTRODUCTION

L'adolescence est une période de transformations biologiques, psychologiques et sociales considérables. Si les troubles biologiques sont relativement bien identifiés et gérés en soins primaires, il n'en est pas de même des perturbations psychosociales. Celles-ci se manifestent, entre autres, par des états dépressifs et des conduites à risque, qui touchent 25 à 33 % des adolescents selon les critères choisis et augmentent la morbidité à court et long terme¹⁻⁴. Or la précocité de leur prise en charge semble raccourcir leur durée et la morbidité induite⁵. C'est pourquoi leur identification précoce par les médecins généralistes (MG) est recommandée, puisque 80 % des adolescents les consultent au moins une fois dans l'année, et ceux qui ont des problèmes psychologiques plus souvent que les autres mais pour des motifs somatiques⁶⁻⁸.

Cependant, les adolescents confient rarement spontanément ces problèmes à leur MG. De plus, ces consultations mettent souvent le MG mal à l'aise. Le médecin a souvent du mal à situer le problème et à comprendre le milieu culturel de l'adolescent, il se sent maladroît dans la communication et ne sait pas comment gérer l'accompagnant, il hésite entre le normal et le pathologique, enfin, il craint de découvrir un problème difficile à gérer et surtout chronophage⁹⁻¹¹. Pourtant, les consultations avec les MG, même non spécifiques, ont un impact positif : elles permettent aux jeunes de se sentir d'autant mieux qu'ils étaient mal au départ⁸. Comment apprivoiser ces difficultés ?

Dans la première partie, nous avons abordé la diversité et la complexité des facteurs favorisant les troubles et perturbant le développement : le remaniement neurobiologique, les influences précoces parentales, celles ensuite de l'école, des pairs, puis des écrans et réseaux sociaux et enfin celle des choix personnels¹². Nous avons présenté les différents troubles en dissociant leur expression internalisée ou externalisée, et nous avons montré l'intrication entre normal et pathologique. Enfin, nous avons identifié les facteurs de protection et de résilience.

Dans cette deuxième partie, nous nous attachons à fournir des ressources à déployer au cours des consultations avec les adolescents pour répondre aux attentes décrites dans le référentiel des onze familles de situations cliniques (**encadré 1**)¹³. Elles se cristallisent dans une démarche spécifique engageante et largement tributaire des représentations du médecin, de l'adolescent, de son parent, de la société et du système assurantiel. Elle a des objectifs clairs et nécessite un cadre et des outils adaptés.

UNE RENCONTRE DE REPRÉSENTATIONS PRÉALABLES

Les représentations des adolescents Leurs soucis de santé

Les représentations de la santé et du soin des adolescents méritent l'attention car elles sont souvent décalées de celles des MG.

Illustrations : Serdu.

Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec le contenu de cet article.



La plupart des collégiens se sentent en bonne santé (88 %) et ont une perception positive de leur vie (82 %) bien que cela diminue chez les filles depuis 2010. Ils prennent soin d'eux-mêmes et s'occupent de leur hygiène, peau, poids et « look »¹. Cependant, 31 % des garçons et 51 % des filles ont des plaintes récurrentes, qu'elles soient somatiques ou psychologiques : entre 13 et 18 ans, 49 % se plaignent de troubles du sommeil, 25 % d'irritabilité, 22 % de nervosité, 18 % de dorsalgies, 16 % de céphalées et 15 % de douleurs abdominales. Ces plaintes concernent 1,5 à 2 fois plus de filles que de garçons². Les adolescents font attention à ce qu'ils mangent (garçons 56 %, filles 65 %), les garçons pour la santé, les filles pour le poids¹.

Du côté physique, le souci principal, chez les moins de 16 ans, concerne la normalité et la bonne forme, car

il faut que le corps soit opérationnel pour éprouver le maximum de sensations et d'émotions. Du côté psychologique, les soucis sont très fluctuants. Ils touchent davantage les filles que les garçons, avec un écart qui se creuse au cours de la scolarité. La santé psychologique des filles s'altère entre la 6^e et la 3^e alors que celle des garçons reste stable¹.

Les réactions communes au mal-être sont soit de s'isoler et d'écouter de la musique, soit, à un moindre degré, de voir les copains ; d'autres sont très spécifiques du genre : jouer à des jeux vidéo ou faire du sport pour les garçons ; écrire, se faire du mal, fumer, ou utiliser leurs écrans (mais hors des jeux vidéo) pour les filles. Parmi les adolescents dépressifs, 16,5 % seulement consultent un psychiatre ou un psychologue^{1,2}.

“ Les adolescents nous abordent par des plaintes corporelles mais le plus souvent imprécises. Leur représentation de leur état psychologique est floue. Ils cherchent surtout à être rassurés sur leur normalité. ”



Figure 1 - Une communication devant toujours s'ajuster

4-3 Accueillir et suivre un adolescent en intégrant une exploration somatique et psychique et une attitude permettant à la fois d'établir une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de coordinateur.

Le médecin :

– s'engage dans une relation structurante.

On attend qu'il :

- initie une relation de soutien à l'élaboration psychique de l'adolescent qui tiennent compte de la présence du tiers accompagnant tant dans les processus d'éducation et d'identification que dans le soutien à l'autonomie progressive de l'adolescent ;
- applique les droits des mineurs en matière de confidentialité et de secret professionnel ;
- aménage un temps d'échange personnalisé en l'absence de tiers selon la nécessité ;

– adopte une attitude d'éducation et de prévention.

On attend qu'il :

- saisit les opportunités d'ouvrir le dialogue aux questions de sexualité, d'identité et de normalité ;
- repère les conduites à risque par une exploration systématique : alcool, tabac, addictions ;
- utilise les outils spécifiques à l'adolescent pour repérer son mal-être ;
- informe des vaccinations recommandées à l'adolescence, des moyens de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des grossesses non désirées ;

– prend en compte la globalité somatique et psychique de l'adolescent.

On attend qu'il :

- identifie un trouble de la croissance, du développement pubertaire, une perturbation de la statique, en fasse les premières explorations et propose une conduite adaptée ;
- répond à une demande de contraception et d'interruption volontaire de grossesse chez une patiente mineure ;
- repère les plaintes répétées comme indice de mal-être ;
- identifie un comportement à risque envers soi-même (auto-agression, consommation à risque, carence ou excès alimentaire) ou envers les autres (agression) ;
- propose une aide personnalisée, étayée si besoin par des correspondants professionnels compétents ;

– conseille et oriente si besoin.

On attend qu'il :

- tient compte des représentations de l'adolescent tout en gardant sa place d'adulte ;
- soit particulièrement attentif aux premiers troubles de maladie psychiatrique (isolement, envahissement, dysharmonie) et oriente le patient ;
- informe sur les lieux d'accueil, d'écoute et d'aide sociale spécifique adaptée.

Encadré 1 - Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent¹³

À qui se confient les adolescents ?

Ils déclarent se confier préférentiellement à leurs parents et à leurs amis. À leurs parents, ils parlent de leurs soucis physiques, personnels ou de relation sans distinction. À leurs amis, ils confient moins leurs soucis physiques. À leur MG, ils se focalisent sur la santé physique, en étant réservés sur leurs comportements à risque et silencieux sur leurs relations⁸.

Les garçons sont plus à l'aise que les filles pour se confier à leur MG, mais cette facilité stagne entre 13 et 18 ans alors qu'elle augmente chez les filles¹.

À 15 ans, 90 % des adolescents ont consulté leur MG dans l'année et ceux ayant des conduites à risque (tentatives de suicide, violences, consommations illicites, IST, avortement ...) plus souvent que les autres^{8,14,15}. C'est par le biais des symptômes corporels que le MG leur apparaît légitime pour aborder leurs problèmes psychologiques.

« Les adolescents attendent plus de comprendre que d'avoir une prescription. Ils craignent que les symptômes qu'ils n'arrivent pas à décoder soient les premiers signes d'un problème de santé sérieux. Ils sont ouverts à se confier, mais à certaines conditions »¹⁶. »

Les conditions de la confiance

Se confier à un généraliste ne va pas de soi. Les adolescents sont freinés par de nombreux écueils et d'abord des obstacles pratiques : mode d'accès, horaires, coût¹⁷⁻¹⁹. Ils craignent de déranger, de ne pas être pris au sérieux, ou de tomber sur « un incompetent qui se contentera d'une prescription »²⁰. Certains souhaitent un contact ponctuel de dépannage, mais d'autres voudraient une relation de confiance durable et craignent la rupture du lien. D'autres souhaiteraient correspondre par mail ou autres modes de communication^{20,21}.

Ils sont freinés par une méconnaissance de leurs droits, particulièrement la dimension du secret professionnel, car le MG est mis du côté des parents^{21,23}. Ils ont besoin d'être rassurés sur la confidentialité pour se confier et accepter un suivi²⁴. Faire des confidences est lié à

l'image de soi. Or les garçons, ayant une difficulté de représentation masculine de leur identité, considèrent la confiance au MG comme une faiblesse. Les filles, définissant plus facilement leur féminité, se confient avec moins de réticences^{1,25}.

D'emblée, l'adolescent attribue au MG un statut, des jugements, une fonction qui dépendent étroitement de ses images parentales, des expériences infantiles du soin et de la relation au MG, et du vécu de son processus d'adolescence ; cela peut engendrer des incompréhensions entre les attentes du MG et celles de l'adolescent²⁶.

La principale qualité attendue des MG par les garçons ou les filles de 15 ans pour se confier est celle d'être « juste » ; c'est-à-dire que leur MG garantisse le secret, ne les juge pas et pose les bonnes questions. Cette préférence n'est pas modifiée par un vécu de conduites à risque. La qualité seconde est d'être « fiable » : c'est-à-dire qu'il a déjà aidé l'adolescent, est disponible pour l'écouter, et ce qu'il dit est compréhensible^{14,27}.

Le style de réponse attendue du MG semble plutôt « relationnel » chez la fille et « explicatif » chez le garçon. « Les garçons souhaiteraient d'abord comprendre "comment ça fonctionne" », les filles s'interrogent en premier sur « que veut-il ? » ou « que me veut-il ? ». Les garçons ont besoin de savoir et d'instrumentaliser le monde, les filles de l'intentionnaliser et de le connaître »²⁸.

« Devenir confident d'adolescents nécessite un temps d'approvisionnement. Avec un adolescent accompagné dans l'enfance, notre image est pour lui liée au monde qu'il veut quitter. Pour être maintenu, nous devons faire évoluer la relation en étapes significatives plus adultes : 1) écouter la mère qui parle de son enfant et entendre l'avis de l'enfant ; 2) solliciter l'expression du jeune et entendre l'avis du parent ; 3) fractionner la consultation en demandant au tiers d'aller en salle d'attente ; 4) recevoir l'adolescent seul en consultation sans accompagnement.

Avec un nouveau patient, notre positionnement est à formuler dès le contact initial car les premières

impressions des adolescents sont déterminantes sur leur représentations²⁹. Mais si les adolescents sont conditionnés par leurs représentations, nous le sommes tout autant. »

Les représentations des médecins généralistes Le rôle de soignant

Les MG ont des représentations très diverses de leur mission de soignant. Ils témoignent de convictions, mais celles-ci diffèrent souvent de leur pratique. La rhétorique de l'abord global bio-psycho-social en disponibilité permanente de proximité se heurte sur le terrain à des réticences nombreuses portant sur ceux dont l'approche ne va pas de soi : les dépendants : « alcooliques et toxicomanes » ; les pittoresques : alternatifs et anciens ruraux ; les exigeants-savants : surconsommateurs ou enseignants ; les vieux en maison de retraite ; et les dérangeants : souffrant de troubles mentaux divers au sein desquels on peut mettre les adolescents en difficulté^{30,31}.

La plupart des MG revendiquent assurer des relations de soutien. Celles-ci s'exercent vers trois types d'idéaux professionnels : celui du travail en équipe, plébiscité par les jeunes, celui d'une autonomie professionnelle nettement revendiquée et celui d'une relation privilégiée avec le patient. Cette relation de soutien souffre cependant d'un manque de formation et d'un travail sur sa spécificité. Comme l'ont bien pointé les adolescents, le recours fréquent du MG français à la prescription médicamenteuse repousse le soutien relationnel à un supplément optionnel. En effet, cette prescription participe à la légitimation du MG français. Elle lui permet de se distinguer des profanes ou des professionnels de l'écoute, et de croire maintenir une confiance par ce lien³².

« Accueillir et suivre un adolescent ne peut faire l'économie d'une réflexion sur nos représentations du soin et la réalité de notre exercice. La mise en pratique nous entraîne très largement au-delà de la pertinence du diagnostic et des prescriptions médicamenteuses. »



Les réticences

Ces observations sont à confronter aux inquiétudes formulées par les MG quant à la rencontre avec les adolescents :

– « je suis perdu », quelle est la demande ? J'appréhende mal l'accompagnant, le plus souvent la mère. Est-ce une aide ou un obstacle ? Le système familial est compliqué, de qui suis-je médecin ? ;

– « je suis mal à l'aise », l'écart de culture est trop grand, je ne comprends pas les adolescents. Ils ont des réactions imprévisibles. Je suis gêné dans l'examen clinique en raison de leur pudeur. J'ai du mal à me situer entre le secret professionnel, la confidentialité et le droit parental à l'information. Je n'ai pas le temps et il n'y pas d'indemnisation spécifique¹¹ ;

– « je suis inquiet », je suis incompetent en psy, je n'ai pas été formé à ces problèmes ni à la médecine de famille, j'ai du mal à dissocier une crise normale d'une dépression ou d'un début de maladie mentale. J'ai peur d'une erreur médico-légale, je me sens impuissant à réagir devant une révélation dramatique, donc je préfère ne pas dépister^{10,33} ;

– « je suis exclu », les problèmes des adolescents relèvent du spécialiste, mais la communication est difficile avec le secteur de l'enfance en difficulté, les délais sont longs et on ne reçoit pas de courrier³¹. On ne les revoit pas, se sentent-ils lâchés ?

“ Tous nos arguments sont légitimes, mais ils sont surtout subordonnés à des choix princeps : « est-ce mon rôle ou ma mission ? » et « suis-je prêt à entrer en relation ? ». ”

Les postures d'intervention

Au croisement des représentations et des appréhensions des MG émerge une typologie de positionnement personnel développée ainsi par Roberts, *et al*³⁴.

Les « réparateurs »

Ils ont une vision de « techniciens » qui se cantonnent à résoudre le motif de consultation. Ils agissent dans le présent avec une démarche pragmatique où les besoins en santé des jeunes apparaissent simples. Ils se centrent



Figure 2 - Une posture d'injonction à... se taire

sur des problèmes biomédicaux excluant la part psychologique avec un certain détachement professionnel non anxieux. Ils sont dans un paradigme positiviste où les aspects émotionnels ne sont pas pris en compte. Pour eux, les jeunes ont des difficultés de communication, ils sont peu fiables, et leur récit leur semble souvent non fondé.

Les « planificateurs »

Ils ont une vision d'« ingénieurs » qui ont repéré les difficultés à la source des souffrances psychologiques et les enjeux des comportements. Ils intègrent l'environnement, le mode de vie et la dimension fondamentale de la famille. Rassurés par la présence du tiers, et s'appuyant sur eux, ils soutiennent les démarches d'autonomisation priorisant le calendrier des patients sur le leur. Avec compassion, ils encouragent les jeunes à saisir l'opportunité de se confier mais se tiennent à distance. Ils ont fait souvent des formations spécifiques. Dans une vision plus large que l'apparence immédiate d'un problème, ils ont compris l'importance du temps nécessaire. En plus du présent, ils intègrent le futur. Ils sont proactifs en cherchant le pourquoi du comment. Leur tendance est perfectionniste, cherchant des grilles d'évaluation pour se repérer dans l'amélioration. Ils sont portés par leur sentiment de devoir être performants. Cela les expose au *burn out*, puis à la déception après des attentes excessives et enfin au désengagement.

Les « collaborateurs »

Ils ont une vision allant d'« accompagnateurs » discrets à « moniteurs » plus actifs. En plus du présent et du futur, ils intègrent le passé, la biographie et la géographie relationnelle de l'ado (le schéma de leur réseau). Ils sont disposés à l'accompagnement dans la durée avec un respect mutuel qui établit progressivement la relation de confiance. Ils amènent l'ado à interagir avec son environnement. Pour cela, ils reconnaissent la famille comme pivot, mais l'intègrent dans son environnement sociétal plus large et évolutif. Utilisant de nombreuses formes de connaissances, ils apprécient les regards des partenaires : psychologues, infirmières scolaires, éducateurs et travailleurs sociaux. Ces MG sont plus anxieux, mais utilisent l'émotion comme le déclencheur d'une réflexion sur soi. Ils examinent la situation à partir de la perspective du jeune. La flexibilité de leur approche permet de gérer l'imprévu ou le clash culturel. Ils n'attendent pas que les adolescents puissent se confier facilement et cherchent plutôt à valoriser leurs compétences cachées. Ils ont renoncé à tout savoir pour comprendre. Les adolescents ne leur sont pas une population à part. Ces MG sont dans un paradigme d'interprétation où l'interaction médecin-ado est déjà thérapeutique en soi.

“ Cette réflexion permet de nous situer dans notre pratique et notre enseignement éventuel. L'enseignement facultaire actuel suffit aux techniciens réparateurs. Être ingénieur planificateur nécessite un peu de formation complémentaire. Collaborer comme accompagnateur ou moniteur se nourrit d'une maturation personnelle sur la fonction relationnelle. Ces typologies ne sont que des repères, elles ne nous déterminent pas. Restant technicien pour certains adolescents, nous pouvons être accompagnateur pour d'autres. Un minimum de discernement réflexif et partagé est nécessaire pour rester lucide sur nos représentations, nos pratiques et nos choix. Les groupes de pairs ou les groupes Balint y contribuent³⁵. ”

Le MG peut se trouver en difficulté entre secret professionnel et devoir d'informer. Ces questions relèvent en France de textes et d'habitudes*. La « majorité médicale » n'est pas définie, et ce terme ne signifie juridiquement rien. Les textes qui régissent le secret relatif aux mineurs sont issus du Code civil (CC) et du code de la santé publique (CSP) qui a été modifié par la loi du 4 mars 2002. Ils établissent un équilibre entre deux nécessités :
– le mineur a droit au respect de sa vie privée (CC, art. 9) et au secret professionnel (CSP, art. L1110-4, art. L. 1111-6 et art. R4127-4) ;
– mais il est soumis à l'autorité de ses parents ou de leurs représentants (CC, art. 371-1 et 2 et CSP, art. L. 1111-2), chacun des parents étant réputé agir avec le consentement de l'autre (CC, art. 372-2). Le médecin se doit de les informer (CSP, R4127-42).

Pour aider au discernement, nous pouvons poser les repères suivants

Tant que les informations ne sont pas nécessaires à des prises de décision parentales, que sa santé n'est pas en danger à court terme et que ses parents donnent leur accord aux consultations de façon implicite ou explicite, le secret médical est garanti au mineur.

Lorsqu'une décision médicale est à prendre, ou une information à donner, en raison d'une nécessité de traitement ou d'intervention pour sauvegarder sa santé et que le mineur s'oppose à en informer ses parents, le médecin doit d'abord s'efforcer d'éclairer le mineur sur cette nécessité (CSP, art. L. 1111-6).

Si le mineur maintient son opposition après avoir été dûment informé, le médecin lui demande de désigner un adulte de son choix pour l'accompagner dans ce soin. Le médecin doit en outre obtenir le consentement du mineur pour le soin en question (CSP, art. L. 1111-5 et CSP, art. R4127-42). Il doit en faire mention dans son dossier médical (CSP, art. R1111-6).

Particularités

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27/07/1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures (art. L5134-1).

Les rapports sexuels sur mineur(e)s de moins de 15 ans par un majeur même consentants sont punis par la loi et doivent être signalés. En effet, « le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 ans est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (art. 227-25). Cette question d'âge faisant polémique, en février 2018 un décret complémentaire est en préparation.

Encadré 2 - Les droits de l'adolescent et le cadre légal de la confidentialité

** Ainsi, en matière pénale, la majorité est fixée à 18 ans, cependant la responsabilité pénale débute à un âge apprécié au cas par cas, la jurisprudence la situant entre 8 et 10 ans. Mais des peines ne peuvent être infligées qu'à des personnes de plus de 13 ans.*

UNE CONSULTATION SPÉCIFIQUE

S'adapter à une mutation

Les appréhensions des généralistes ne sont pas infondées, car la consultation avec des adolescents a des spécificités, particulièrement en termes de communication³⁶. La demande, son objet et son origine ne sont pas toujours très clairs et peuvent cacher d'autres attentes¹⁶. Le détachement progressif de l'adolescent vis-à-vis de ses parents en « mitose relationnelle » modifie, selon l'âge, le cadre habituel du colloque singulier. Enfin, la gestion de la confidentialité et du droit des parents à l'information ne va pas de soi (encadré 2).

L'évolution psychologique de l'adolescent se déroule classiquement en trois périodes distinctes :

– la première se situe avant 15 ans : elle est dominée par les changements biologiques, l'apparition des caractères sexuels et de sensations nouvelles.

L'adolescent est angoissé par la normalité et perméable, surtout émotionnellement, aux modes et ambiances publicitaires. Il aime les récompenses immédiates et les expériences mais avec un faible degré de responsabilité ;

– la deuxième phase va de 15 à 17 ans : elle est dominée par l'image de soi, ses relations au groupe et ses choix amoureux. C'est le temps de la « mitose relationnelle » où il cherche et affirme ses propres valeurs en se dissociant de celles de ses parents, le plus souvent par opposition ;

– la troisième va au-delà de 17 ans. La taille physique est déterminée, la pensée abstraite et l'orientation sexuelle sont généralement acquises. Il a expérimenté le partage de l'intimité d'un partenaire. L'adolescent sait défendre ses propres valeurs. Il est capable d'autocritique. Il investit la société et s'y expose³⁷.

Cette mutation s'accompagne de nombreux dysfonctionnements internes ou externes. L'évolution des

protections infantiles externes de type « crustacé » vers la constitution d'une personnalité à solidité interne de type « vertébré » est émaillée d'épisodes de grandes vulnérabilités où les soutiens sont défaillants ou non compris¹². Dans ces périodes de trouble, l'adolescent se ferme voire s'enferme. En sortir nécessite d'accéder à un autre point de vue qui ouvre à un début de lucidité.

« C'est là que nous pouvons jouer un rôle par une évaluation, un éclairage et des propositions externes à son univers habituel. Dévoiler, nommer et clarifier ont un effet thérapeutique certain si étayés par une alliance thérapeutique d'accompagnement³⁸. Trois objectifs sont à notre portée :

– établir une relation de soin favorisant l'expression et l'autonomie, particulièrement sur les questions de normalité, d'identité, de sexualité, d'orientation professionnelle ;



- identifier le mal-être en repérant les vulnérabilités puis en distinguant l'expression d'un caractère, l'épisode dépressif, les troubles adaptatifs et les symptômes psychiatriques ;

- favoriser les conditions d'une croissance en favorisant les facteurs de protection et en accompagnant par du sens et du lien vers une ouverture à plus de choix possibles. »

Favoriser la relation de soins

Le cadre d'accueil

Établir une relation de soin avec les adolescents commence avec le cadre du cabinet médical. Ils apprécient la facilité de se rendre au cabinet, de venir sans rendez-vous, et le faible temps d'attente³⁹. En effet, certaines exigences pratiques, transports en commun, digicode, avancer l'argent, etc, sont autant de prétextes pour différer une consultation pourtant souhaitée. Le mode d'accueil à la réception et l'aménagement de la salle d'attente avec une attention à leur égard (affiche ou revue) met en confiance. Côté cabinet, un espace d'examen clinique hors de la vue de l'accompagnant mais à portée de conversation reste rassurant.

Un petit mot d'accueil positif sur un détail de l'adolescent (objet, tenue, look...) transmet l'intérêt du MG. La familiarité de certains adolescents n'a pas besoin de retours en complicité triviale. Le rappel du cadre de décence ou d'attention peut se faire calmement mais nettement et si possible avec humour. Ex : Julien ne décolle pas de son smartphone. « Bonjour Julien, je crains avoir besoin de ton 06 pour que nous puissions communiquer ensemble par SMS... préfères-tu les mails ? Qu'en penses-tu ? »

La question du tutoiement ou du vouvoiement n'a pas de réponse universelle. L'âge et le sexe du médecin, le suivi antérieur dans l'enfance interfère sur cette disposition. Dans les enquêtes actuelles, les adolescents préfèrent être tutoyés⁴⁰. Le minimum est de leur demander leur avis, et que le tutoiement reste respectueux, sans servir un paternalisme déplacé.

« Aménageons notre cadre pour privilégier autant la communication que le respect de la bonne distance permettant individuation et autonomisation. »



Figure 3 - « Qui demande quoi et pour qui ? »

La demande d'un tiers

La demande n'est pas souvent claire dans sa nature mais aussi dans sa source, y compris pour des motifs organiques ou administratifs. Il existe en effet de fréquents enjeux de délégation et particulièrement dans les systèmes familiaux séparés ou recomposés. Devant toute demande de tiers, y compris au téléphone, la question à se poser est : « Qui demande quoi et pour qui ? ».

Au téléphone

- Mme D : « Docteur, je suis très inquiète, il faudrait que vous voyez ma fille Fanny de 15 ans qui pose des problèmes... Merci de me lui (sic) donner un RDV... ». La mère focalise d'emblée le problème. Le MG ne se laisse pas entraîner : « je vois que vous vous faites du souci, nous allons voir cela ensemble. Vous pouvez proposer à votre fille de vous accompagner pour qu'elle nous donne son avis à ce propos ? »

- La mère : « Mais si elle ne veut pas ? »

- Le MG : « Eh bien ! venez seule ou avec votre conjoint, afin que l'on examine ensemble votre souci. »

- Mme A au téléphone : « Mon fils Alban, 16 ans, a pris RDV avec vous pour sa licence de sport. Hum... je crois qu'il fume du cannabis. Merci de l'interroger. Mais ne lui dites pas que je vous en ai parlé. » La tentative de la mère d'affilier le MG entrave une relation claire avec l'adolescent. Le MG évite le piège :

« Madame, votre souci est bien légitime, mais il serait particulièrement utile d'en indiquer l'origine à votre fils avant de consulter. Si c'est difficile, vous pouvez aussi l'accompagner pour en parler, mais ce sera à vous d'aborder le sujet... ».

En début de consultation

Le plus simple est de rester factuel en faisant décrire le processus permettant d'éclaircir la situation.

Axel, 14 ans, est amené par son père.

- Le MG : « Je vous écoute... »

- Le père : « Euh... ben, il tousse... »

- Le MG : « Tu tousses ? »

- Axel, manifestement pas motivé : « Euh, bof, chui un peu enrhumé. »

- Le MG au père : « C'est vous qui avez pris RDV ? »

- Le père : « Euh, non... en fait, c'est sa mère qui doit le prendre ce week-end et qui m'a demandé ... alors je ne veux pas d'histoire. »

Le MG repère les enjeux entravant l'individuation. Se tournant vers l'ado, il reprend l'enchaînement des faits : « OK, donc je récapitule : ta mère... Est-ce bien cela ? Et toi, quel est ton avis ? »

- Le fils : « Je me passerais volontiers du sirop mais ça va faire des histoires avec maman, déjà que c'est assez compliqué... »

- Le MG montre qu'il est partagé : « Sur un plan médical, voilà ce qui me paraît nécessaire... mais je sens que mon ordonnance va prendre un autre sens. Alors, vous monsieur, qu'en pensez-vous ? »

- Le père : « Si ça tenait qu'à moi, je dis qu'il pourrait s'en passer mais c'est vous le docteur. »

Les postures et les attentes de chacun ont ainsi été éclaircies.

Cette attention peut aussi se manifester en l'absence du tiers, surtout chez les plus jeunes auprès de qui il est opportun de recueillir le vécu de cette absence : fuite, ou confiance ?

Le MG : « Je vois que tu n'es pas accompagné, tes parents sont-ils au courant ? »

« Intégrons le tiers, qu'il soit présent ou non. En sa présence, il s'agit au minimum de clarifier la place de l'adolescent vis-à-vis de l'accompagnant par une valorisation de sa parole, et, le moment venu, matérialiser un pre-

mier entretien duel en faisant sortir le tiers. L'important est que nous posions un acte professionnel réfléchi qui ne laisse pas de prise à une manipulation par le système familial, même inconsciente. »

La consultation avec l'accompagnant

Deux fois sur trois, l'adolescent est accompagné d'un tiers pendant la consultation, surtout les plus jeunes⁴¹. L'emprise du tiers présent ou absent s'exerce de multiples manières.

Être médecin de famille requiert un positionnement avec chaque membre de la famille qui ne va pas de soi. Les psychologues ou psychiatres se répartissent les prises en charge. Leurs modes d'exercice ne peuvent être des références. Il y a tout un pan de la médecine à découvrir et à écrire par des MG : celui de la place et du mode d'intervention du médecin de famille dans le système familial⁴².

Pour le MG « réparateur », c'est simple : le système familial est évacué. La situation évoluera hors le médecin, et l'ado pense : « *Ce médecin est réactif, c'est une adresse de dépannage, mais il ne s'intéresse pas à moi.* » Le « planificateur » essaie de comprendre et gérer le système de l'extérieur. Il associe le parent comme un partenaire de soin avec éventuellement des tâches à accomplir. Il cherche le diagnostic, évalue, conseille et donne un point de vue. Ses consultations deviennent chronophages. La situation de crise peut s'apaiser rapidement mais pour un temps seulement. « *Ce médecin est sympathique. Il faut reconnaître qu'il se démène.* » Le « collaborateur » se considère dans le système. Accompagnateur ou moniteur, il construit une alliance par petites touches sans chercher à comprendre toute la complexité des relations. Il fait mettre en jeu et observe les relations entre l'ado et son parent présent. Il propose éventuellement d'exprimer à l'un ce qu'il sent que l'autre n'ose dire : « *Voilà, ce que je pense qu'il/elle veut vous dire... est-ce bien cela ?* » Si c'est oui, la communication est favorisée, si c'est non, le sujet corrige et donc débloque son expression. Les points de vue sont

échangés. Des modifications d'interactions relationnelles sont proposées. Ce MG compte davantage sur la répétition de consultations courtes que sur des entretiens d'analyse et de déductions longues et profondes. Le développement de la relation est thérapeutique, et la stratégie d'intervention empathique, et l'ado peut penser : « *Ce médecin est devenu quelqu'un pour moi.* »

Cette valorisation du tiers passe aussi par le symbole de sa contribution financière. L'examen sérieux d'une interaction familiale avec plusieurs personnes prend du temps et devrait se faire honorer par au moins deux actes : un pour l'adolescent, un pour l'accompagnant. Cette pratique traduit le positionnement du MG qui associe le parent à la démarche et sort d'un enfermement de l'adolescent problématique comme « patient désigné »⁴³. La compréhension de l'accompagnant est vite acquise par l'explication de la démarche.

« Nous intervenons sur des systèmes familiaux. Ils sont complexes, ont une grande inertie au changement, et leurs fondamentaux culturels se transforment, comme celui de l'autorité, qui peut être expliquée avec beaucoup d'humour⁴⁴. Aborder leur fonctionnements, si possible sur trois générations, nous est d'une grande utilité⁴². Notre position de médecin de famille est privilégiée car elle est liée au système mais pas dans le système. Sans chercher à tout bousculer, nous pouvons les repérer, en nommer les fonctionnements sans juger, susciter l'expression de chacun et ouvrir à des variations. »



Figure 4 - Quand le propos est lourd ... de sens

Faire sortir le tiers

Trouver l'occasion d'aménager un temps seul avec l'ado, que le motif soit psychologique ou somatique, est autonomisant, indispensable et recommandé⁶. Le jeune peut découvrir en sécurité l'expérience d'être sujet parlant de soi dans une confiance à un adulte hors du champ familial. Faire sortir le tiers demande un peu de délicatesse. Il suffit d'avertir les parties sur les trois temps successifs nécessaires : « *Nous allons voir/avons vu la situation ensemble. Ensuite, j'ai l'habitude/il me paraît nécessaire de m'entretenir avec votre enfant, seul. Donc, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vous demanderai de nous laisser seuls dans un moment, puis nous nous reverrons tous les trois ensemble après.* » Les refus sont très exceptionnels et sont alors un élément clinique du système familial.

« Certains proposent de recueillir l'avis de l'adolescent. Nous pensons que ce n'est pas adapté car sa réponse n'est pas libre : il est pris dans un conflit de loyauté entre le désir, ou l'inquiétude, de parler seul et la crainte d'une interprétation de rejet par son parent⁴⁵. »

En tête à tête avec l'adolescent

En tête à tête avec l'adolescent, le MG s'assure d'abord de son adhésion : « *Qu'en penses-tu ?* » S'il a été forcé à venir, le MG le souligne : « *J'ai bien peur que tu sois venu forcé, ce doit être pénible pour toi. Moi, je ne t'oblige à rien* » et aborde le cadre sécurisant : « *Que sais-tu du secret professionnel ?* ». Quasiment toujours, l'ado enchaîne : « *Bon, puisque je suis là...* ». Les adolescents sont très attachés à la confidentialité avec le MG mais en connaissent mal ses prérogatives et suspectent facilement une complicité d'adulte avec ses parents^{17,23}. Un rappel des conditions est souvent nécessaire en s'assurant de sa compréhension (encadré 2).

Ensuite, l'entretien peut commencer. Le plus facile est de reprendre avec lui les motifs du jour et d'en aborder ses représentations. L'écueil principal est



que l'adolescent ne sait pas trop si ce qu'il vit est normal ou si le MG est habilité à le gérer. Et si l'ado reste dans ce trouble, le MG a de la peine à faire le lien avec la nature psychologique du vécu discuté⁴⁶.

L'ado est souvent peu explicite dans sa demande mais ne manque pas d'envoyer des signaux comportementaux. Il recule sa chaise = défiance, il se penche en avant ou avance sa chaise (= intérêt). Il met ses coudes ou ses bras sur le bureau = confiance, il lâche quelques « tu » dans la conversation (= alliance).

Le MG reste prudent sur son positionnement. Il s'écarte autant du copinage que du parti parental. Il peut expliquer des éléments de la position parentale et s'assurer de leur compréhension. Le MG s'engage en donnant son point de vue sur ce qu'il a compris de la situation, sans établir de causalités (le plus souvent erronées) et le confronte à l'avis de l'adolescent. « *Voilà ce que j'ai compris..., et toi ?* » Entendre l'avis du « docteur » à son sujet retient toute l'attention d'un ado refermé et peut libérer une expression hésitante à décrire un malaise intérieur. La suite est conduite plutôt en reformulations pour consolider la communication. Un entretien peut aussi être seulement un moment de partage sans autre enjeu qu'une communication apaisée qui fait repère dans son univers menaçant ou instable.

« Même si le mal-être est nié ou sans suivi, l'adolescent nous aura repéré comme interlocuteur potentiel ou de recours. Des témoignages évoquent le déblocage opéré par cette attitude même si nous en avons rarement le retour⁴⁷. Exemple, ce mail reçu d'une ado de 15 ans (orthographe originale) : « *Merci vraiment du fond du coeur pour le rdv. Je ne saurais vous dire pourquoi mais ce rdv ma fais beaucoup du bien. Vraiment. Peut etre parce que l'on a pas parler juste de mes malheurs et de mon positif à faire mais aussi un peu d'autres choses. Je sais que avec vous je peux me confiez sans être juger. Je me suis senti àpaiser après ce rdv.* » »



Figure 5 - Le corps est un chemin de communication

Les conditions de l'examen clinique

Les adolescents ont bien intégré que les MG sont « *pour le corps* »^{14,48}. L'examen clinique est donc un moment privilégié car le MG est une des rares personnes qui les touchent. Or ils sont souvent insatisfaits de leur corps et le dénigrent volontiers jusqu'à le voir déformé (dysmorphophobies). L'examen est donc l'occasion d'approcher leur représentation de leur corps et de soutenir l'intérêt d'en prendre soin. Il s'agit de rassurer sur la « normalité » : taille, poids, acné, règles, puis expliciter le symptôme avant d'aborder l'éventuel mal-être sous-jacent en suscitant un échange. L'examen de l'abdomen ouvre à l'alimentation, celui du poumon ouvre au sport et au tabac, celui du cœur aux palpitations et aux émotions. La découverte de scarifications ouvre, non à un jugement, mais à une question sur l'apaisement obtenu. « *Cela permet-il de te détendre ?* » en ouvrant aussitôt après sa réponse : « *As-tu d'autres moyens pour te faire du bien ?* ». L'examen de mineur doit-il être fait devant témoin ? Les avis sont partagés et liés aux cultures^{10,23}. Une solution simple est de laisser l'adulte hors de la vue mais à portée de voix conversationnelle (rideau, porte ouverte...).

« Même avec un adolescent très pudique, notre approche corporelle respectueuse et professionnelle participe à sa valorisation de l'estime de soi. »

Dépister, évaluer

La consultation de l'adolescent est l'occasion des dépistages somatiques habituels : vaccination, indice de masse corporelle, scoliose, vue, audition que les MG connaissent bien. Le mal-être fait rarement l'objet d'un motif et il est donc plus délicat à aborder. Il peut faire cependant l'objet d'un repérage discret. Les trois qualités principales attendues du MG par l'adolescent sont : savoir poser les bonnes questions, garder le secret, et ne pas juger¹⁴. Il y a plusieurs façons de poser de « bonnes questions ».

La façon la plus simple est une disposition à l'ouverture qui prend cinq secondes après l'exposé du motif : « *Oui... et à part ça... ?* » en laissant un temps de silence. Cette opportunité multiplie par 4 la fréquence d'évocation psychologique dans la consultation à motif somatique ou administratif⁴⁹.

Un repérage plus ciblé à partir de quatre questions relativement anodines peut également être mis en œuvre. C'est le test BITS (encadré 3). Il consiste, au fil de la consultation, à s'intéresser au sommeil, à l'usage du tabac, puis à l'ambiance à l'école et à la maison. Un score à 3 et plus doit alerter sur des troubles

Ce sont quatre questions abordant **Brimades, Insomnie, Tabagie, Stress** dans la séquence suivante.

- As-tu souvent des insomnies, des troubles du sommeil ? (1 pt), des cauchemars ? (2 pt)
- Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou bien par l'ambiance familiale ? (1 pt), par les deux ? (2 pt)
- As-tu été récemment brimé ou maltraité à l'école, y compris par téléphone ou Internet ? (1 pt), et en dehors de l'école ? (2 pt)
- Fumes-tu parfois du tabac ? (1 pt), tous les jours ? (2 pt)

À chaque thème, le score le plus haut est retenu. Un score de 3 alerte le MG sur un mal-être important récent ou ancien : épisodes de scarifications, idées suicidaires répétées ou tentative de suicide.

Encadré 3 - Le test BITS⁵¹

Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
J'ai du mal à réfléchir	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Ce que je fais ne sert à rien	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Je ne supporte pas grand-chose	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Je me sens découragé	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
Je dors très mal	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux
À l'école, au boulot, je n'y arrive pas	<input type="checkbox"/> Vrai	<input type="checkbox"/> Faux

De 3 à 5 « vrai » : dépressivité ; 6 et plus : dépression

Encadré 4 - Échelle de dépression de l'adolescent⁵⁶

récents ou anciens accompagnés de scarifications, d'idées ou tentatives de suicide^{50,51}. La simplicité peu intrusive du test BITS permet un usage répété chez le même adolescent car le risque suicidaire est fluctuant⁵².

Prévoir un temps spécifique peut être parfois nécessaire. Il s'organise autour du document questionnaire HEADSSS. C'est un outil qui aborde l'anamnèse psychosociale de manière constructive, en identifiant tant les éléments délétères que les facteurs protecteurs^{53,54}.

Les troubles repérés ne sont pas des diagnostics car souvent fluctuants. Leur impact se mesure par leur permanence et leur envahissement. L'acromyme CPIRE balaye l'essentiel des caractéristiques délétères : Cumulé, Précocité, Intense, Répété, Excluant, et leur somme dit la gravité⁶. Quand se pose l'intérêt d'identifier une dépression, la grille de référence est l'autoquestionnaire ADRS (encadré 4). La consigne est d'exclure les réponses « ça dépend » et les situations ayant duré moins de deux semaines. Il peut être utilisé en questionnaire. Sa cotation permet d'approcher le diagnostic : de 3 à 5 = dépressivité, 6 et plus = dépression⁵⁵. Pour les consommations de substances, la grille Dep-Ado permet de situer le niveau de gravité de façon fine et surtout d'en suivre l'évolution^{56,57}.

« Utilisons « à part ça » et le BITS en routine. En plus de leur fonction d'alerte, ils nous ouvrent à peu de frais un vaste champ de communication : le sommeil vers les accros à l'écran ou Internet le soir ou en journée, le tabac vers les consommations et les habitudes alimentaires, le stress scolaire vers l'acceptation de l'orientation, le stress familial sur l'ambiance au repas et le statut de la chambre, les brimades sur la réalité du soutien des pairs et de confidents. »

CONDUIRE UNE CONSULTATION D'ACCOMPAGNEMENT DE TYPE PSYCHOLOGIQUE

Objectifs et principes d'intervention

En dehors des situations nécessitant une orientation rapide : passages à l'acte récents ou en projet immédiat, ou désorganisation familiale ou sociale, il s'agit d'assumer un rôle « d'accompagnateur » ou « d'animateur » avec quatre objectifs.

Améliorer l'estime de soi

L'adolescent se dénigre facilement dans la première partie de son adolescence, à commencer par son physique. Au lieu d'user de phrases générales de

pseudo-réassurance, le MG privilégie des détails évolutifs positifs : « J'ai bien entendu que tu te trouves moche et nul(le), mais j'ai remarqué que... » et le MG place un élément positif ou créatif observé même très discret.

Favoriser son expression

La pratique de la reformulation permet de susciter une expression plus riche. Que ce soit dans les troubles anxieux, dépressifs ou dans les colères et rébellions, le MG l'aide à formuler les zones gâchettes qui les déclenchent pour qu'il travaille à les anticiper. « Tu me dis être souvent énervé au petit déjeuner... y a-t-il une petite chose qui t'agace ? » L'ado : « Hum... c'est quand elle mâche la biscotte, c'est insupportable ». Il peut aussi proposer un temps réflexif d'écriture car, si parler c'est trier sa pensée, écrire c'est l'organiser. « Si tu es d'accord, nous allons nous arrêter là aujourd'hui. Pourrais-tu revenir avec une feuille 21 x 29,7 où tu auras rédigé une lettre à un ami qui commencerait par "voilà ma vie et les gens qui comptent pour moi". » Réalisée ou non, cette « prescription » initie la consultation suivante.

Identifier et valoriser les compétences adaptatives en suscitant une diversité de solutions

L'approche des conduites à risque comme les consommations, les scarifications ou même des tentatives de suicide est abordée à partir du plaisir ou du soulagement recherché plutôt qu'à partir des dégâts redoutés ou constatés. L'adolescent cherche d'abord à être



Figure 6 - Une approche prudente et délicate



mieux, même si les moyens choisis sont délétères. Leurs représentations sont souvent binaires. Le travail est d'ouvrir le champ des possibles et de varier les solutions à partir des quelques compétences repérées, même les plus ténues (cf. l'histoire de la reine des violettes de Milton Erickson)⁵⁸. Le MG s'appuie sur une résilience de satisfactions restantes, émotionnelles ou physiques d'abord, cognitives ensuite.

– Anaëlle : « *Mes parents m'ont pourri mon week-end* »

– Le MG : « *Veux-tu dire que tu étais agacée par leur présence ou leur attitude ? ce n'est pas la même chose...* »

– Anaëlle : « *C'est sûr, ça m'a poussé à fumer !* »

– Le MG : « *Tu as choisi de fumer. As-tu été énervée par d'autres remarques ? et ... d'autres choses t'ont fait plaisir ?* »

S'accorder sur des objectifs très limités et s'assurer de sa compréhension

C'est tout l'intérêt de développer ici les techniques d'entretien motivationnel avec des propositions de changement à sa portée dans une marge de choix⁵⁹.

– Le MG : « *Manifestement, tu as beaucoup de problèmes qui t'envahissent. Hum, si tout s'améliorait un matin au lever, à quoi le verrais-tu ?* »

– Apolline : « *Ma mère ne serait pas sur mon dos dès le petit déj' et mon père ferait attention à moi.* »

– Le MG : « *Vous déjeunez ensemble ?* »

– Apolline : « *Bien forcée !* »

– Le MG : « *Et si tu te levais un quart d'heure plus tôt pour déjeuner seule, ou bien avec ton père ?* » L'adolescente est invitée à sortir d'un rôle de victime et confrontée à ses choix.

« La plupart du temps, la perturbation est passagère. Après élimination des critères de gravité, notre objectif général est donc simple : aider l'adolescent à passer un cap⁴⁹.

Cinq principes vont pouvoir piloter notre mise en œuvre. 1) Le patient a toujours raison ; 2) Il a les clés du timing, car il avance quand il est mûr ; 3) Il demande du soin, mais peut-être ne peut-il pas changer ; 4) Notre sou-

tien s'exerce côte à côte et non face à face ; 5) La fin de l'entretien ne résoud pas, elle nourrit les semaines à venir du patient (Heyrman J). »

Débuter un entretien Avec l'adolescent non connu

Le mode d'accueil dans la première minute est déterminant²⁹. Le MG replace le contexte : « *Voilà, je suis..., l'accompagnant est... et toi ? Est-ce toi qui a demandé à venir ?* ». Le MG reconnaît ensuite la démarche, les efforts, le fait d'être venu, les évolutions. Puis engage l'ado à s'exprimer... sans l'interrompre même si cela peut paraître confus ou dispersé. L'important est d'arriver à extraire un point saillant : « *Ok, avec tout cela, qu'est-ce qui te paraît le plus important ?* » ou « *Que voudrais-tu qui change en premier ?* ».

Devant un adolescent mutique ou peu expressif

Le MG peut orienter sur la métacommunication : un échange sur la communication en cours : « *Ce que tu voudrais dire est bien difficile à dire...* » ou bien : « *Tu sais, je ne suis pas très à l'aise dans le silence pour te comprendre, et toi ?* ». L'adolescent a du mal à exprimer sa grande bouillie d'impressions, de faits et d'émotions. Il faut aller alors chercher un fil qui sort de la pelote et le saisir doucement sans avoir peur de la franchise, à commencer par ses propres impressions de MG. « *Tu m'a dis ceci..., j'ai compris cela..., j'avoue que je me fais du souci..., j'ai bien peur que..., je me réjouis...* ». C'est une invitation à communiquer plus sur des perceptions que sur les faits eux-mêmes.

Pour un bilan simple mais utile

Le MG balaie en trois étapes transversales :

– ce que l'ado subit : biographie personnelle, santé, image du corps et estime de soi, cours scolaires, déménagement, séparations... ;

– ce à quoi il participe sans avoir choisi : les ambiances familiales et éducatives, scolaires, les soutiens antérieurs de professionnels et sa géographie relationnelle. Cette dernière évalue ses investissements avec ses proches et dessine son tissu de soutien. Pour cela,

un arbre généalogique simple incluant les grands-parents et les recompositions familiales (le génogramme) est bien utile. Cependant, les logiciels médicaux en sont dépourvus ;

– ce qu'il choisit librement (ses loisirs, son look, ses amis, son groupe, ses amours, son projet professionnel).

« Le plus souvent, l'adolescent exprime une situation qui l'irrite où il se sent victime et impuissant. Nous n'allons pas nous employer à la résoudre mais aider plutôt l'adolescent à en préciser les contours, les différents aspects et à découvrir ses possibilités d'adaptation. Notre objectif est de gagner du temps sur la crise, éviter son envahissement et en limiter l'impact. »

Finir une consultation

La fin de la consultation avec un adolescent ayant évoqué les problèmes psychosociaux présente plusieurs particularités.

Que transmettre ?

À la fin de toute consultation ayant fait l'objet de confidences, le MG doit s'interroger : « *Que dire à qui, comment et pourquoi ?* », partager sa réflexion et s'accorder avec l'adolescent. Ce dernier peut très bien comprendre une révélation nécessaire mais ne supporte pas d'être trahi par un dévoilement fait à son insu.

La gestion du temps

Elle doit être raisonnée car la consultation peut facilement s'étaler. Bien sûr, la première consultation où se dévoile un problème nécessite une attention particulière. Mais dépasser la demi-heure expose à une dilution ou une répétition. L'important est de lui transmettre que le problème a été entendu et qu'un suivi va être organisé d'une manière ou d'une autre. Le MG n'a pas le temps, mais il a la durée.

« Conscients de l'inanité de la "réparation immédiate" et de l'ampleur de l'investissement dans une "planification", nous pouvons nous limiter à amorcer par de courts entretiens une relation de soutien collaborative et séquençée selon la gravité. »

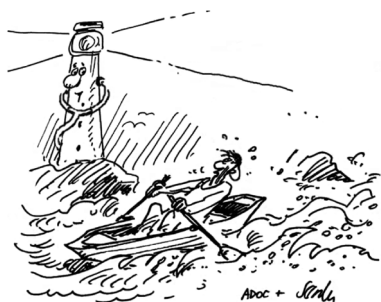


Figure 7 - Balloté par les remous de son évolution, et les courants de ses influences, l'adolescent rame entre de nombreux dangers, voyant d'où il vient mais ignorant où il va. Nous pouvons être repères pour l'aider à passer un cap

Séquencer le suivi

C'est plus la succession de contacts que l'intervention longue et ponctuelle qui est thérapeutique⁴⁵. Il est rare qu'une orientation soit d'emblée nécessaire. La situation étant nommée, l'empathie ayant transmis la préoccupation du MG, point n'est besoin d'affiner une précision diagnostique. Hors urgence, l'étape est de fixer un rendez-vous pour le revoir, dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation. Son avis n'est pas sollicité, car il sera plus à l'aise pour commencer la consultation : « *Vous m'avez demandé de venir, je vous écoute, docteur...* ». C'est le MG qui risque d'être moins à l'aise car les positions habituelles seront inversées. De plus, fixer un rendez-vous introduit un début d'engagement relationnel⁴⁵. Ce sera donc plutôt « *Je souhaiterais continuer notre conversation, pourrais-tu venir mercredi à 18 h ?* » au lieu de « *Tu viendras quand tu le sentiras* ».

Les nouvelles technologies de communication peuvent servir l'accompagnement : mail, SMS, téléphone. Elles ont montré leur efficacité dans le suivi d'adolescents asthmatiques ou diabétiques ou pour l'arrêt du tabac. C'est certainement plus délicat pour des troubles psychologiques, et le MG peut craindre d'être envahi. Ces messages peuvent apaiser même de façon brève et aider à passer un cap. Ces techniques ont peut-être de l'avenir,

mais la prudence est de rigueur dans leur mise en œuvre. La règle est alors d'au moins informer le parent et de ne faire des réponses qu'en différé²². Les limites de ces outils seront discutées et l'adolescent sera invité à ne jamais transmettre d'information confidentielle par ce moyen.

« Créons un mouvement, une dynamique. Chaque séquence est une petite marche d'escalier. Or s'il est plus simple et rapide de sauter de l'étage par la fenêtre pour sortir dans la rue, nous prenons plus volontiers l'escalier même si c'est plus long⁶⁰. »

Choisir des outils relationnels

Le contenu des consultations est très variable selon les MG et les situations. Pour servir les objectifs évoqués et travailler au changement, le MG construit ses propres capacités à gérer des entretiens adaptés aux adolescents : établir un génogramme, considérer trois générations, surprendre l'évidence ou l'habitude, utiliser des métaphores et analogies, pratiquer les questions ouvertes et l'écoute active, nommer les émotions, résumer et ouvrir les champs, etc. De nombreux « outils » peuvent être utilisés. Ils aident à identifier, évaluer et soutenir l'adaptation.

« Nous en proposons une trentaine dans notre site « medecin-ado.org » que nous avons expérimenté en consultation de médecine générale⁴⁷. »

S'appuyer sur le dispositif spécialisé

Dans ce suivi, la vigilance est de mise. D'autres avis peuvent être recueillis, celui des infirmières ou médecins scolaires, celui des éducateurs de prévention qui interviennent éventuellement dans la famille ou dans le quartier, celui des psychologues ou psychiatres privés ou institutionnels. Mais le plus souvent le MG cherche une orientation. Demander un avis ou orienter nécessite de connaître le dispositif spécialisé de proximité, son fonctionnement et ses particularités tant humaines qu'administratives. En France, le dispositif de

proximité institutionnel est essentiellement celui des CMPado (hospitalier), des CMPP (associatif), les maisons des adolescents, et autres particularités locales. Il faut bien se renseigner pour connaître leurs possibilités et leurs limites. On note de fréquentes inerties et des délais d'accueil liés au niveau de saturation.

En général, le premier rendez-vous est pris avec un(e) infirmier(e) qui, en référant à l'équipe, fixe un second rendez-vous avec un(e) psychologue ou avec un(e) psychiatre.

Le problème récurrent de cette coordination est la carence d'information de retour. Les professionnels de ces dispositifs écrivent rarement aux MG. L'idéal serait de pouvoir s'entretenir avec le pédopsychiatre ou le psychologue qui suit l'adolescent pour coordonner les interventions, mais cela ne reste souvent qu'un vœu pieux^{9,31}.

« Personnalisons nos orientations. N'adressons pas "à tel centre" de façon impersonnelle, mais à "telle personne en qui j'ai confiance". Expliquons que nous continuons le suivi et que cette orientation n'est pas un abandon. L'adolescent pourra revenir consulter pour nous informer de la manière dont la prise en charge avance et comment il le vit. »

CONCLUSION

La plupart des adolescents traversent une ou des périodes de difficultés, qu'elles soient bio, psycho ou socio-relationnelles. Si les modes d'interventions thérapeutiques sont relativement bien décrits dans les troubles somatiques il n'en est pas de même dans les autres perturbations⁶¹, et nous sommes moins à l'aise. Dans ces deux articles, nous avons essayé de montrer la grande variété de nos possibilités en tenant compte des nombreux freins à la relation médecin-adolescent. Si les adolescents sont très divers, nous le sommes aussi. Sans bouleverser notre mode de travail ni prendre beaucoup



de temps, nous pouvons améliorer à peu de frais le contenu des consultations des adolescents sur des objectifs raisonnables. Nous pouvons expérimenter une évolution de notre pratique même très limitée auprès de quelques adolescents. Ainsi, dans leur période de

trouble physique, émotionnel et cognitif, nous pouvons devenir facteurs de résilience pour certains adolescents. Les changements s'opèrent lentement, parfois parce que nous nous sommes investis comme animateur, souvent parce que nous avons été accompa-

gnateur, toujours parce que nous avons collaboré avec humilité à son chemin sans espérer de retour. Nous apprendrons peut-être un jour, mais le plus souvent jamais : « C'est vrai qu'à cette période, je peux dire que mon généraliste a été quelqu'un pour moi ». ♦

Résumé

En consultation, les adolescents ne sont souvent pas plus à l'aise que leur médecin généraliste. C'est le plus souvent une rencontre de méconnaissances et de représentations préalables.

Les adolescents considèrent leur généraliste plus comme un soignant du corps qu'un confident de leurs soucis psychologiques. Mal à l'aise avec les plaintes floues, le système familial, le niveau de gravité et celui de leur compétence, les généralistes tâtonnent entre des postures de techniciens réparateurs, d'ingénieurs planificateurs ou de collaborateurs accompagnateurs.

Quels que soient leurs motifs, ces consultations spécifiques sont pourtant des occasions d'un impact positif et structurant. En s'adaptant aux mutations des adolescents, elles ont trois priorités : établir une relation de soin, identifier le mal-être et favoriser les conditions d'une croissance. Le cadre d'accueil ne doit pas être négligé. La gestion du tiers nécessite une attention nourrie par un travail sur la systémique familiale. Le dépistage des troubles psychologiques est à faire en routine. La communication passe par un intérêt pour la santé de son corps et son examen avant d'aborder des préoccupations psychologiques. L'accompagnement s'inscrit dans la durée. Ses objectifs sont : améliorer l'estime de soi, favoriser son expression, identifier et valoriser les compétences adaptatives en suscitant une diversité de solutions, et s'accorder sur des objectifs très limités en s'assurant de sa compréhension. En dehors du premier contact ou du bilan initial, les consultations d'accompagnement psychologique n'ont pas à être longues mais doivent être régulières dans les périodes de perturbations. Le généraliste n'a pas le temps mais il a la durée. La gravité d'une situation détermine la séquence des rencontres et l'orientation vers le dispositif spécialisé sans pour autant perdre le contact.

→ **Mots-clés** : santé de l'adolescent ; médecin généraliste ; évaluation des risques ; relations médecin-patient ; communication.

Summary

During a consultation, teenagers are frequently just as uncomfortable as their general practitioners. More often than not, what occurs is a meeting of initial misconceptions and erroneous representations.

Indeed, teenagers consider their general practitioner more as a physical health professional than as a psychological counselor or confidant. Ill at ease when having to deal with vague complaints, family set-ups, level of severity and their own field of competence, general practitioners tiptoe between the different postures of repair technicians, planning engineers and supportive associates.

Whatever their reasons, specific consultations nevertheless represent opportunities for a positive and structuring impact. Focused on adaptation to teenagers' transformations, they have three priorities: to establish a caring relationship, to identify the malaise and to foster conditions favorable to growth. The host environment must not be neglected. Management involving outside parties necessitates sustained attention undergirded by a systemic approach to the teenager's family. Screening for psychological disorders should be routine. That much said, effective communication requires interest in his or her bodily health – and physical examination – before broaching psychological worries and concerns. Support must stand the test of time. Its key objectives are: to enhance self-esteem and encourage its expression, to identify and promote adaptive skills by generating a multiplicity of solutions, and to achieve agreement on strictly limited, well-defined objectives by making sure they are fully understood. Aside from the first contact and initial assessment, psychological support consultations should not be lengthy, but during disruptive spells or phases, they need be regular. Even though a general practitioner has few hours to spare, time is on his side. While the relative severity of a given situation determines the sequencing of sessions and possible referral to specialized facilities, the general practitioner is called upon to keep in touch with the teenager.

→ **Keywords**: adolescent health; general practice; risk assessment; physician-patient relations; communication.

Références

1. Jusselme C, Cosquer M, Hasler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Paris : Inserm, 2015.
2. Robert M, du Roscoät E, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Santé mentale et bien-être. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016.
3. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377:2093-102.
4. Colman I, Murray J, Abbott RA, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ* 2009;338:a2981.

5. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013;61:363-74.
6. Haute Autorité de santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Saint-Denis : HAS, 2014.
7. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, 2013.
8. Tudrej B, Heintz AL, Rehman M, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. *Eur J Gen Pract* 2017;23:182-9.
9. Roberts J, Crosland A, Fulton J. Patterns of engagement between GPs and adolescents presenting with psychological difficulties: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2014;64:e246-254.

10. Webster SM, Temple-Smith M. Children and young people in out-of-home care: are GPs ready and willing to provide comprehensive health assessments for this vulnerable group? *Aust J Prim Health* 2010;16:296-303.
11. Aime M. Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste. Revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisant et les difficultés ressenties par les médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2017.
12. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Première partie : L'adolescent, cet inconnu. *exercer* 2018;141:122-32.
13. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *exercer* 2013;108:165-9.
14. Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract* 2016;3:1-8.
15. Haller DM, Michaud PA, Suris JC, Jeannin A, Narring F. Opportunities for prevention in primary care in a country with universal insurance coverage. *J Adolesc Health* 2008;43:517-9.
16. Haller DM, Sanci LA, Patton GC, Sawyer SM. Towards youth friendly general practice: a survey of young people in primary care. *J Gen Intern Med* 2007;22:775-81.
17. Planques A. Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste. Revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisant et difficultés ressenties du point de vue des adolescents. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2017.
18. Cullen W, Broderick N, Connolly D, Meagher D. What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. *Ir J Med Sci* 2012;181:189-97.
19. World Health Organization. Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva : WHO, 2002.
20. Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2006;56:924-31.
21. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships : the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *J Adolesc* 2011;34:685-93.
22. Hyden C, Cohall A. Innovative approaches to using new media and technology in health promotion for adolescents and young adults. *Adolesc Med State Art Rev* 2011;22:498-520.
23. Stanley N, Manthorpe J, Gillespie L. Family physicians' interventions with young people in distress and their parents: managing confidentiality and levels of engagement. *Acad Psychiatry* 2008;32:92-7.
24. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278:1029-34.
25. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *J Mens Health* 2011;8:7-15.
26. Marcelli D, Braconnier. Les entretiens d'évaluation – consultations thérapeutiques. in : Adolescence et psychopathologie. Paris : Elsevier Masson, 2013.
27. Rotenberg KJ, Fox C, Green S, et al. Construction and validation of a children's interpersonal trust belief scale. *Br J Dev Psychol* 2005;23:271-93.
28. Marcelli D. Quelques réflexions sur les enjeux de la différence des sexes, in : Chagnon JY (Ed). Garçons et filles face aux apprentissages. Paris. In Press, 2018.
29. White B, Viner RM. Improving communication with adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2012;3:93-7.
30. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous ? », les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins. In : Bloy G, Schweyer F-X (Eds). Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Paris : Presses de l'EHESP, 2004.
31. Hafting M, Garløv I. "You may wade through them without seeing them": general practitioners and their young patients with mental health problems. *Nord J Psychiatry* 2009;63:256-9.
32. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes, une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In : Bloy G, Schweyer F-X (Eds). Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Paris : Presses de l'EHESP, 2004.
33. Vorilhon P, Picard V, Marty L, Vaillant-Roussel H, Llorca PM, Laporte C. Attitudes of family physicians towards adolescent cannabis users: a qualitative study in France. *Fam Pract* 2014;31:585-91.
34. Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *Br J Gen Pract* 2014;64:e254-61.
35. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1973.
36. Jamouille O, Lambert Y, Girard M, Charbonneau L, Richard C, Lussier MT. Les adolescents. In : Richard C et Lussier MT (Eds). La communication professionnelle en santé. 2^e éd. Saint-Laurent : ERPI, 2016.
37. Alvin P, Marcelli D. Développement de l'adolescence. In : médecine de l'adolescence. 2^e éd. Paris : Masson, 2005.
38. Marcelli D, Braconnier A. L'alliance thérapeutique consultant-adolescent-parent. in : Adolescence et psychopathologie. Paris : Elsevier Masson, 2013.
39. Mauerhofer A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Youth-friendly outpatient care. *Arch Pediatr* 2009;16:1151-7.
40. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste Thèse de médecine : Université de Nantes, 2009.
41. Binder P, Caron C, Jouhet V, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Fam Pract* 2010; 27:556-62.
42. Heyrman J. Un regard systémique : une évidence pour le médecin généraliste. *Thérapie familiale* 2012;1:65-75.
43. Maestre M. De la psychothérapie familiale à l'entretien familial systémique. De la demande intrafamiliale à la demande d'un tiers professionnel extérieur. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2011;1:19-32.
44. Marcelli D. Des « godasses » aux « Nike ». Petite histoire de l'autorité. *Enfances & Psy* 2003;2:8-15.
45. Marcelli D, Braconnier A. Les entretiens d'évaluation, consultations thérapeutiques. in : Adolescence et psychopathologie. Paris : Elsevier Masson 2013.
46. Haller DM, Sanci LA, Sawyer SM, Patton GC. The identification of young people's emotional distress: a study in primary care. *Br J Gen Pract* 2009; 59:e61-e70.
47. Groupe ADOC sous la direction de Binder P. Un adolescent peut en cacher un autre. Disponible sur : <http://www.medecin-ado.org> [Consulté le 20 mars 2018].
48. Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. *Br J Gen Pract* 2009;59:308-14.
49. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. *Rev Prat* 2005;10:1073-7.
50. Binder P, Heintz AL, Servant C, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychiatry* 2016. doi: 10.1111/eip.12352. [Epub ahead of print].
51. Pousse-Favre AS. Dépistage des idées ou actes suicidaires et automutilations chez les adolescents de 13 à 18 ans Validation du BITS-test en médecine générale sur 17 sites francophones. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2017.
52. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-82.
53. Parisi V, Meyer de Stadelhofen L, Péchère B, et al. L'apport du guide d'entretien HEADSSS dans l'apprentissage de la démarche diagnostique avec un adolescent : perspectives d'étudiants lors de cours à option interprofessionnels. *Rev Med Suisse* 2017;562:996-1001.
54. Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation: Communicating with young people-how to use HEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2018;103:15-9.
55. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry* 2007;7:2.
56. Lécallier D, Hadj-Slimane F, Landry M, et al. Screening, referring and counseling of adolescents for substance abuse. A randomized controlled study on 2120 students. *Presse Med* 2012;41:e411.
57. Germain M, Guyon L, Landry M, Tremblay J, Brunelle N, Bergeron J. DEP-ADO. Disponible sur : www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_16855_FR_pado.pdf [consulté le 20 mars 2018].
58. Megglé D. Erickson, hypnose et psychothérapie. 3^e ed. Paris : Retz, 2005.
59. Naar-King S. Motivational interviewing in adolescent treatment. *Can J Psychiatry* 2011;56:651-7.
60. Berquin AM. Le livre de famille, ou journal des enfants, 1802. London : Forgotten Books, 2017.
61. Beis JN, Imbert P, Perdrix C, Stalnikiewicz B, Bouget J, Trinh-Duc A. L'enfant présentant des difficultés scolaires et des troubles relationnels. L'adolescent et ses difficultés. In : Thérapeutique en médecine générale. Paris : GMS, 2017.