

# Interactions adolescent-médecin généraliste en consultation

## Évolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin. Étude SOCRATE 1

**Philippe Binder\***, **Vianney Jouhet\*\***, **Thierry Valette\***,  
**Elen Goasdoué**, **Daniel Marcelli\*\*\***, **Pierre Ingrand\*\***

\* Groupe ADOC, 1, allée des Tilleuls, 17430 Lussant, France.

\*\* Institut universitaire de santé publique, 86000 Poitiers, France.

\*\*\* Intersecteur Nord de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent SUPEA, 86000 Poitiers, France.

groupadoc@orange.fr

Entre 10 et 25 % des adolescents ont des soucis ou problèmes psychologiques.<sup>1-3</sup> Si la plupart des jeunes consultent leur généraliste, ils le font rarement pour un motif de mal-être et encore moins pour des idées suicidaires,<sup>4-6</sup> de sorte que les médecins les dépistent rarement.<sup>7</sup> Nous avons pu montrer qu'un repérage est cependant possible en soins primaires moyennant une sensibilisation minimale.<sup>8</sup> En effet, les médecins s'approprient aisément les outils et le référentiel (v. encadré) d'attitude proposé et cette appropriation persiste dans le temps.<sup>8, 9</sup> Mais les adolescents bénéficient-ils de ce changement d'attitude ?

L'impact des transmissions du savoir auprès des praticiens en activité a été largement étudié sur le plan général de la formation médicale continue (FMC)<sup>10</sup> et plus récemment sur l'effet des recommandations pour la pratique clinique (RPC).<sup>11, 12</sup> Les études ayant une rigueur méthodologique suffisante pour conclure à l'efficacité d'une méthode<sup>11, 14</sup> sont peu nombreuses, particulièrement celles concernant la santé psychique des adolescents. En effet, leur réalisation se heurte à d'importantes difficultés d'organisation et de méthodologie liées à la nature subjective du ressenti des patients et des médecins. Pour être efficace, la formation doit être conséquente, car une journée complète de formation ne modifie guère que le savoir du médecin.<sup>15</sup> En revanche, une formation intense (6 semaines à raison de 2h30

par semaine suivies d'une session 6 semaines après) donne des résultats sur les comportements des adolescents.<sup>16</sup>

### Objectif

Au vu de cette situation, nous avons voulu mesurer si une sensibilisation du médecin généraliste, courte mais fondée sur un référentiel simple, était susceptible de modifier le ressenti des adolescents consultants. Nous avons pour cela observé si les adolescents ayant un mal-être et des soucis en parlent en

## Référentiel

### Lors de toutes consultations avec un adolescent :

- proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion du type : « Oui, mais encore ? » ;
- intégrer le rôle du tiers en se questionnant : « Qui souffre ? », « Qui demande quoi et pour qui ? », puis « Que dire à qui, comment et pourquoi ? » ;
- commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange ;
- dépister le mal-être avec le test « TSTScafard ».

### Lorsqu'un mal-être est dépisté :

- confronter les points de vue et savoir les reformuler ;
- renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels ;
- fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation ;
- orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé.

*D'après la réf. 8.*

SOCRATE

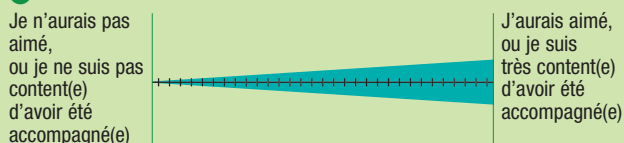
Code M:  
Code C:

J2

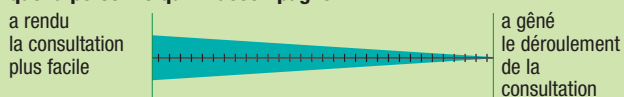
## QUESTIONNAIRE DU JEUNE 12-20 ANS APRÈS LA CONSULTATION

Ce questionnaire est strictement confidentiel. C'est-à-dire que ni votre médecin, ni votre accompagnant éventuel n'aura connaissance de vos réponses. Les réponses sont donc anonymes. Elles seront analysées par le service scientifique de l'université de Poitiers dans le cadre d'une étude sur ce que pensent les jeunes lors de leur consultation chez un médecin généraliste.

### 1 Pour cette consultation...



### 2 Dans le cas où vous êtes accompagné(e), je pense que la personne qui m'accompagne...



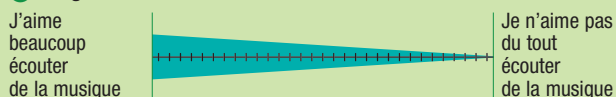
### 3 À présent...



### 4 À présent...



### 5 En général...



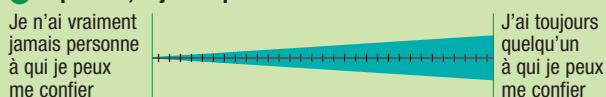
### 6 Soucis... (une seule réponse)

- Je n'avais pas d'autre souci que la raison qui m'a amené à consulter
- J'avais d'autres soucis et on a pu en parler au cours de la consultation
- J'avais d'autres soucis, mais on n'en n'a pas parlé au cours de la consultation

### 7 À présent, si j'ai un problème ou un souci...



### 8 À présent, si j'ai un problème ou un souci...



### 9 Lors de cette consultation...



### 10 Cette consultation a répondu à mes attentes...



### 11 Je suis satisfait de cette consultation...



### 12 À la fin de la consultation, le médecin... (une seule réponse)

- m'a fixé un rendez-vous à une date précise
- a proposé de me revoir sans date précise
- n'a pas proposé de me revoir

### 13 Dans le cas où vous êtes accompagné(e), à la fin de la consultation, le médecin... (une seule réponse)

- a fixé un rendez-vous à mon accompagnant à une date précise
- a proposé à mon accompagnant de le revoir sans date précise
- n'a pas proposé de revoir mon accompagnant

FIGURE

consultation, puis vérifié si, en repartant, ils ressentent une amélioration en termes de bien-être et d'écoute. Enfin, nous avons mesuré si cette amélioration était plus importante lorsque le généraliste consulté avait été sensibilisé à leur accueil, et si cette courte formation rendait les médecins plus dubitatifs sur le niveau de bien-être de l'adolescent. Ce travail a été mené avec l'étude SOCRATE (Suivi et Observation en Consultation de médecine générale du Ressenti de l'Adolescent, du Thérapeute, et de l'Entourage) auprès de deux populations d'adolescents : un groupe consultant des médecins sensibilisés à un référentiel d'attitude, et un groupe témoin consultant des médecins non sensibilisés et ignorant les outils du référentiel.

## Méthode

### Questionnaires

Des autoquestionnaires ont été élaborés par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins généralistes, de psychiatres et de méthodologistes. Ils ont été testés en consultation auprès de 29 jeunes par 10 médecins généralistes du groupe ADOC\*, ce qui a conduit à corriger la formulation de certaines questions. Chaque fiche contenait au maximum 19 propositions à réponse fermée dont 7 sur choix multiples et 12 sur échelle visuelle analogique orientée de façon aléatoire à droite ou à gauche. L'adolescent et le tiers éventuel remplissaient chacun confidentiellement un autoquestionnaire avant puis après la consultation (v. figure), tandis que le praticien n'en remplissait qu'un, en fin de consultation. Chaque consultation générait donc 5 ou 3 questionnaires selon la présence ou l'absence d'un tiers.

### Recrutement des praticiens

Les médecins sensibilisés à l'accueil de l'adolescent exerçaient en Charente-Maritime (17). Ils avaient été sensibilisés à cet accueil dans le cadre de séances de FMC utilisant le référentiel publié.<sup>12</sup> Ces séances ont été suivies d'un rappel personnalisé au cabinet ou par une courte séance de FMC et par la remise d'une plaquette. Cette formation était intervenue dans les 20 mois précédant l'enquête. Le groupe témoin a été constitué de médecins exerçant dans la Vienne (86), département non limitrophe, tirés au sort après appariement en fonction de l'âge, du sexe et du lieu d'exercice. Ces derniers ne connaissaient, a priori, ni le référentiel ni ses outils cliniques. Ils ont été démarchés individuellement

\* ADOC (Adolescents et conduites à risque) est un groupe de recherche destiné à mettre au point et évaluer des outils aisément transmissibles, adaptés au dépistage, à l'accueil, à la prise en charge ou à l'orientation des adolescents en mal-être en médecine générale. Il est composé de 13 médecins généralistes (Drs Barrier, Binder, Caron, Clauzet, Dezeix, Lebigre, Lecroart, Masse, Peyrebrune, Rechar, Reynaud, Sorbe, Valette), un médecin psychiatre libéral (Dr Cornuault), associés à deux universitaires, les Prs Marcelli et Ingrand. Sa coordination est assurée par le Dr Binder. Il est géré par l'association Relais 17 régie par la loi 1901 située 1, allée des Tilleuls, 17430 Lussant. [groupadoc@orange.fr](mailto:groupadoc@orange.fr)



Fotolia

à leur cabinet. Un effectif de 30 médecins par groupe était attendu. À partir de la date de signature du contrat, chaque médecin devait intervenir à chaque consultation des 12-20 ans en proposant la participation à l'étude aux adolescents et à leur accompagnant éventuel.<sup>13</sup>

### Inclusion des adolescents

Chaque médecin avait pour objectif d'inclure entre 10 et 15 adolescents consultants, âgés de 12 à 20 ans, quel que soit le motif de la consultation, et que ceux-ci soient accompagnés ou non. Un effectif total de 600 consultations était attendu afin de conférer à l'étude une puissance statistique d'au moins 90 %. Les inclusions se sont déroulées d'avril à juin 2007.

### Gestion des données

Les gradations sur échelles visuelles analogiques ont fait l'objet d'une mesure au double décimètre donnant une valeur comprise entre 0 et 100. Les questionnaires ont été saisis dans une base de données Epi Info version 3.1. La fiabilisation des données a été assurée par la réalisation de mesures indépendantes effectuées par un deuxième opérateur et par un contrôle systéma-

TABLEAU 1

## Participation et données de l'inclusion

	Total	Groupe testé (dép. 17)	Groupe témoin (dép. 86)
Médecins contactés	95	39	56
Médecins ayant signé un accord de participation	69	36	33
Médecins ayant réalisé au moins 10 consultations	53	29	24
Sex-ratio des médecins (% H / % F)	68/32	69/31	67/33
Nombre de consultations d'adolescents	665	368	297
Sex-ratio des adolescents (% G / % F)	41/59	39/61	43/57
Âge moyen des adolescents (moyenne [écart type])	16,0 [2,4]	15,8 [2,3]	16,2 [2,3]
Nombre de consultations avec tiers	428	250	178
Nombre total de fiches exploitables	2 851	1 604	1 247

Dép. : département ; H : hommes ; F : femmes ; G : garçons ; F : filles.

tique des données saisies avec, le cas échéant, correction des données.

## Analyse statistique

La comparabilité des médecins et des adolescents à l'issue de l'inclusion a été vérifiée. Une analyse descriptive des réponses et de l'évolution du ressenti du jeune, avant et après la consultation, a été effectuée dans chaque groupe. Les comparaisons de proportions ont utilisé le test du  $\chi^2$  ou le test exact de Fisher. Les comparaisons de moyennes ont fait appel au test non paramétrique de Mann et Whitney.

## Résultats

Un accord de participation a été obtenu auprès de 69 médecins, 36 médecins sensibilisés exerçant en Charente-Maritime (sur 39 contactés, soit 92 %), et 33 médecins de la Vienne (sur 56 contactés, soit 59 %). Une participation effective a été obtenue pour 53 d'entre eux (77 %), conduisant à l'inclusion de 674 adolescents. Six jeunes d'âge inférieur à 12 ans et trois dont l'âge n'était pas connu ont dû être exclus de l'analyse. L'analyse a donc été réalisée sur 665 jeunes, 368 dans le groupe d'intervention et 297 dans le groupe témoin. Les données relatives à l'inclusion sont résumées dans le tableau 1. En raison de l'appariement, les caractéristiques des médecins étaient identiques dans les deux groupes. Aucune différence significative n'a été observée sur la répartition par âge et par sexe des adolescents entre les deux groupes.

Du côté des adolescents, les motifs de consultation étaient répartis de façon comparable dans les deux groupes, incluant

TABLEAU 2

## Expression du mal-être ressenti

		Groupe testé (dép. 17)		Groupe témoin (dép. 86)		p	
		n	%	n	%		
<b>Total</b>		368	100	297	100		
<b>Adolescent avant la consultation*</b>	Motif psychologique	22	6	20	7	0,20	
	Parmi les motifs non psychologiques	Pas d'autre souci	294	85	222	80	0,21
		Autre souci et aimerait en parler	31	9	33	12	
		Autre souci et n'aimerait pas en parler	19	6	22	8	
<b>Adolescent après la consultation</b>	Avait d'autres soucis et a pu en parler	71	21	52	19	0,17	
	Avait d'autres soucis mais n'en a pas parlé	16	5	23	8		
<b>Opinion du médecin sur l'adolescent après la consultation</b>	Avait d'autres soucis et a pu en parler	130	38	58	21	< 0,001	
	Avait d'autres soucis mais n'en a pas parlé	45	13	45	16		

Dép. : département.\* Il existe deux non-réponses à cette question dans le groupe testé.

### Évolution du ressenti de l'adolescent après la consultation (moyennes et écarts types des différences des mesures sur échelles visuelles cotées de 0 à 100)

	Filles Moyenne (écart type)		Garçons Moyenne (écart type)		Tous Moyenne (écart type)		p	
	Groupe testé (dép. 17)	Groupe témoin (dép. 86)	Groupe testé (dép. 17)	Groupe témoin (dép. 86)	Groupe testé (dép. 17)	Groupe témoin (dép. 86)	Avant/ après	Entre groupes
<b>Se sent en bonne santé</b>	8,8 (20,7)	6,9 (18,5)	4,9 (21,6)	5,3 (20,7)	7,3 (21,1)	6,2 (19,4)	< 0,001	0,93
<b>Se sent bien dans sa peau</b>	5,3 (22,0)	3,2 (19,0)	- 0,8 (15,9)	1,2 (14,7)	2,9 (20,0)	2,4 (17,3)	< 0,001	0,91
<b>Peut parler de ses soucis</b>	12,0 (21,0)	9,1 (22,4)	8,5 (24,2)	6,8 (18,8)	10,7 (22,3)	8,1 (21,0)	< 0,001	0,19
<b>A quelqu'un à qui se confier</b>	1,8 (18,9)	4,7 (15,4)	2,0 (15,0)	2,2 (19,0)	1,9 (17,5)	3,6 (17,0)	0,005	0,18
<b>Se sent compris</b>	17,0 (22,5)	16,6 (17,4)	12,5 (20,3)	19,6 (25,2)	15,2 (21,8)	17,9 (21,1)	< 0,001	0,070

Dép. : département.

6 à 7 % de motifs à caractère psychologique, déclarés comme tels par l'adolescent lui-même (tableau 2). Cette proportion est deux fois plus élevée chez les filles (8 %) que chez les garçons (4 %).

Chez les jeunes consultants pour un motif « non psy » (94 %, n = 623), 17 % (n = 105) évoquaient cependant avant la consultation l'existence de soucis autres que leur motif. Parmi eux, la majorité (60 % ; n = 64) envisageaient d'en parler au cours de la consultation. On note que la plupart (79 %, n = 51) de ces derniers l'ont fait. À l'issue de la consultation, les jeunes sans motifs « psy » étaient plus nombreux qu'en arrivant à évoquer l'existence d'autres soucis (26 % ; p < 0,001) et également plus nombreux à en avoir effectivement parlé au cours de la consultation. Cette augmentation était observée dans les deux groupes.

De leur côté, les médecins identifiaient d'une façon générale davantage de situations « avec soucis » que ne le déclarait l'adolescent. En outre, une différence d'appréciation importante apparaissait entre les deux groupes de médecins. Ceux qui ont été sensibilisés estimaient plus souvent que les autres que l'adolescent avait d'autres soucis et avait pu en parler.

Mesuré avec les mêmes questions posées avant et après la consultation, le ressenti de l'adolescent a toujours évolué de façon positive et significative, mais avec une amplitude différente selon les questions et selon le sexe (tableau 3). En revanche, les différences d'évolution entre les deux groupes étaient réduites et non significatives.

La différence de perception entre le médecin et l'adolescent a pu être approchée en comparant les opinions après la consultation (tableau 4). Dans leur ensemble, les médecins jugeaient de façon plus péjorative que le jeune lui-même son ressenti à plu-

sieurs items : « être en bonne santé », « se sentir bien dans sa peau », « avoir quelqu'un à qui se confier », « se sentir compris », et « consultation répondant aux attentes du jeune ». De plus, la différence entre les deux groupes de médecins a atteint la significativité sur les items « avoir quelqu'un à qui se confier », « se sentir compris », les médecins sensibilisés ayant une vue plus négative que celle de leurs confrères témoins.

Parmi les jeunes qui avaient déclaré ne pas avoir d'autres soucis, 30 % ont pourtant été identifiés par les médecins sensibilisés comme « ayant des soucis et ayant pu en parler au cours de la consultation ». En revanche, cette proportion n'était que de 11 % dans le groupe témoin de la Vienne. Le niveau d'accord adolescent-médecin était plus faible pour le groupe sensibilisé (kappa = 0,38) que pour le groupe témoin (kappa = 0,57 ; p = 0,01).

## Discussion

L'étude SOCRATE montre qu'une sensibilisation courte est suffisante pour mettre en alerte durablement des médecins généralistes à propos du mal-être des adolescents, mais insuffisante pour influencer l'amélioration du ressenti de l'adolescent qui est de toute façon effective au cours d'une consultation. L'étude établit que 17 % des adolescents consultant pour des motifs non psychiques (somatiques ou administratifs) ont aussi des soucis par ailleurs.

L'interprétation des résultats doit être cependant liée aux difficultés rencontrées par la méthode. L'appariement entre les médecins des deux départements a pu être effectué mais avec une certaine difficulté. Le moindre pourcentage des médecins

TABLEAU 4

**Différence d'évaluation du ressenti entre médecin et adolescent après la consultation  
(moyennes et écarts types des différences des mesures sur échelles visuelles cotées de 0 à 100)**

	Médecins sensibilisés Moyenne (écart type)		Médecins témoins Moyenne (écart type)		p	
	Valeur absolue du ressenti du médecin	Écart opinion médecin/adolescent	Valeur absolue du ressenti du médecin	Écart opinion médecin/adolescent	Médecin/ jeune	Entre groupes
<b>Se sent en bonne santé</b>	65,4 (22,0)	- 5,3 (26,0)	72,0 (22,0)	- 2,4 (22,0)	< 0,001	0,12
<b>Se sent bien dans sa peau</b>	59,9 (25,1)	- 11,6 (28,0)	67,0 (25,1)	- 6,8 (26,1)	< 0,001	0,060
<b>Pourra parler de ses soucis</b>	75,0 (16,3)	+ 3,7 (25,7)	74,9 (19,1)	+ 0,3 (24,4)	0,15	0,22
<b>Aura quelqu'un à qui se confier</b>	75,0 (16,1)	- 6,7 (23,6)	77,3 (18,3)	- 2,5 (19,9)	< 0,001	0,002
<b>S'est senti compris</b>	75,7 (15,1)	- 8,0 (19,4)	78,9 (17,3)	- 3,1 (18,3)	< 0,001	< 0,001
<b>A répondu aux attentes du jeune</b>	76,7 (15,5)	- 6,7 (21,8)	77,7 (18,8)	- 6,4 (17,5)	< 0,001	0,27

Une valeur négative de l'écart médecin/adolescent indique que le médecin cote en moyenne de façon plus péjorative que l'adolescent.

acceptant l'étude dans le groupe témoin (33 sur 56 = 59 %) par rapport à celui du groupe testé (36 sur 39 = 92 %) modifie l'interprétation des résultats. En effet, l'acceptation d'une enquête auprès des adolescents témoigne d'une certaine implication du médecin et rapproche du groupe testé la qualité de réponse du groupe témoin. Même si l'on retire du tirage au sort les angéiologues et les médecins recevant rarement ou jamais d'adolescents, l'étude porte donc davantage sur la comparaison entre deux groupes de médecins intéressés par l'accueil des adolescents, l'un sensibilisé par une formation courte et l'autre non sensibilisé. On peut aussi se demander si les adolescents ainsi sélectionnés sont représentatifs des adolescents consultant en général. D'une part, les adolescents consultent leur généraliste (85 % chez les élèves de troisième [collège] et de seconde [lycée] selon les données régionales les plus précises<sup>17</sup> et 74 % chez les 12-18 ans),<sup>18</sup> d'autre part, un soin particulier a été apporté au recrutement pour répartir en zones géographiques variées, citadines ou rurales, et l'appariement a suivi ce choix. S'il est difficile d'extrapoler à tous les adolescents, la qualité du recueil autorise cependant des analyses pertinentes concernant tous les adolescents qui consultent des généralistes acceptant facilement de les recevoir.

Comme dans les autres études,<sup>5</sup> on retrouve la faible (6 %) mais constante proportion des adolescents venant pour un motif « psy ». Mais, parmi les autres jeunes (94 %), 17 % ont des soucis non exprimés, ce qui porte à 23 % de l'ensemble des jeunes ceux qui vivent un problème au moment de consulter, précisant ainsi les données de la littérature.<sup>1-3</sup> Cette observation renforce l'intérêt de la démarche du dépistage au quotidien.

L'amélioration du ressenti observée lors de la consultation ne dit rien de sa durabilité. On ne sait pas si ce score est lié à l'effet de la démarche de l'adolescent, du cadre ou de la fonction médi-

cale. Le jeune aurait-il la même impression en sortant de chez le coiffeur par exemple ?

Les médecins sensibilisés sont significativement plus circonspects sur la bonne santé psychologique de l'adolescent. Certains ont même relevé que l'adolescent avait pu parler de ses problèmes alors que le même adolescent se disait « sans souci » de son côté. Cela pose la question de la fiabilité des réponses aux questionnaires. Cette objection avait été prévenue par l'introduction d'une question concernant la musique, et donc indépendante de l'enjeu de la consultation. Or, celle-ci a montré une grande stabilité dans les réponses avant-après, pourtant cochées sur une ligne sans repère. Il faut chercher ailleurs une explication. D'une part, il est possible que le mot « souci » n'ait pas la même représentation chez le médecin et chez l'adolescent, d'autre part, le référentiel est une méthode limitée à la mise en alerte. Celle-ci a parfaitement fonctionné et durablement, mais serait-elle cependant excessive ? Les généralistes seraient-ils devenus plus perspicaces en allant au-delà d'un ressenti éphémère d'adolescent ? L'adolescent, même bien dans sa peau ce jour-là, a pu évoquer au cours de la consultation les éléments d'une situation délétère qui ont pu attirer l'attention du professionnel. Comme cette étude ne permet pas de trancher, seul un suivi à moyen terme autoriserait à valider l'attitude de plus grande « méfiance » observée chez les médecins sensibilisés.

Quant à l'absence d'influence de la sensibilisation du médecin sur le ressenti de l'adolescent, outre l'autosélection des médecins évoquée plus haut, et comme le soulignent les études,<sup>15</sup> on peut penser que la sensibilisation des médecins a été insuffisante : une soirée de FMC dans les 20 mois qui ont précédé l'enquête est en effet une intervention très réduite pour espérer observer un changement significatif.<sup>16</sup> Enfin, une mesure faite sur une seule consultation reste une donnée fragile et éphémère.

Pour étayer ce travail, le paramètre du groupe témoin ne pourra pas être modifié, mais deux pistes peuvent être poursuivies. La première est de renforcer la sensibilisation du médecin par des rappels, comme le proposent les publications.<sup>16</sup> La seconde est de réaliser un suivi sur plusieurs consultations et une longue durée pour évaluer si l'approche du dépistage et l'attitude préconisée dans le référentiel enregistrent finalement, à moyen ou long terme, des trajectoires positives. C'est ce que va tenter de montrer le groupe ADOC dans ses prochains travaux. •

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

### SUMMARY Interactions between teenagers and general practitioners during consultations: progression of felt disquiet and impact of physicians' training. SOCRATE 1 study

**Objective.** This study aimed at assessing the frequency of adolescents' ill-being beyond their complaint during a general practitioner's (GP) consultation, analyzing the progression of their feeling during an ordinary consultation, comparing it to the physician's feeling and checking whether this feeling could correlate a short and specific training received by the physician.

**Method.** 53 physicians were divided into 2 groups: 29 physicians experienced with adolescents and 24 control physicians from a non-adjacent department. 665 consultations involving adolescents aged 12-20 years were analyzed using 2 questionnaires filled in by adolescents before and after the consultation as well as a questionnaire filled in by physicians at the end of the consultation.

**Results.** Among adolescents consulting for « non-psychological » complaints, one out of six acknowledged having other problems. Sixty percent of them considered talking about these problems during the consultation. During a single GP's consultation, the adolescents' sensation of feeling good about themselves, being understood and listened to significantly improved. However, such an improvement did not depend on the physician's experience in adolescents.

Nevertheless, experienced physicians are more circumspect than control physicians regarding the level of well-being felt or put forward by adolescents.

**Conclusion.** The study reveals that a short awareness program is sufficient to sustainably draw general practitioners' attention on teenagers' disquiet, but insufficient to induce an improvement of teenagers' feeling, which is anyhow recorded during a consultation. Measuring an impact on teenagers requires a probably more thorough training for physicians and a longer-term analysis by teenagers.

### RÉSUMÉ Interactions adolescent-médecin généraliste en consultation : évolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin. Étude SOCRATE 1

**Sujet.** L'étude SOCRATE 1 s'est proposé d'analyser la fréquence du mal-être de l'adolescent consultant un généraliste, de mesurer l'évolution de son ressenti lors d'une consultation ordinaire, de le comparer à celui du médecin et de vérifier si cette évolution pouvait être corrélée à une formation courte et spécifique du médecin.

**Méthode.** Cinquante-trois médecins ont été appariés en deux groupes : 29 médecins d'un département sensibilisés antérieurement à l'accueil de l'adolescent et 24 témoins issus d'un département non limitrophe et non sensibilisés. Au total, 665 consultations d'adolescents de 12-20 ans ont été analysées. Deux questionnaires étaient remplis par les adolescents, un avant et un après la consultation. Un questionnaire était rempli par les médecins en fin de consultation.

**Résultats.** Parmi les adolescents consultant pour des motifs dits « non psy », un sur six reconnaît avoir cependant d'autres soucis, 60 % envisageant d'en parler au cours de la consultation. Lors d'une seule consultation avec un médecin généraliste, le sentiment de l'adolescent d'être bien dans sa peau, compris et écouté progresse significativement. Cependant, cette amélioration ne dépend pas d'une sensibilisation du médecin à son accueil. Les médecins sensibilisés sont cependant plus circonspects que les témoins sur le niveau de bien-être ressenti ou allégué par l'adolescent

**Conclusion.** L'étude montre qu'une sensibilisation courte est suffisante pour mettre en alerte durablement des médecins généralistes à propos du mal-être des adolescents, mais insuffisante pour influencer l'amélioration du ressenti de l'adolescent qui est de toute façon effective au cours d'une consultation. Mesurer un impact sur l'adolescent nécessite une formation probablement plus importante du médecin et une analyse de l'adolescent sur une plus longue durée.

### RÉFÉRENCES

- Gilbert A, Maheux B, Frappier JY, Haley N. Adolescent care: are family physicians caring for adolescents' mental health? *Can Fam Physician* 2006;52:1440-1.
- Marcelli D, Catry C, Braconnier A. Dépressions à l'adolescence. *EMC*, 2007, 37-214-A-10.
- Choquet M, Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Paris : Inserm, 1994.
- Paulus D, Doumenc M, Pestiaux D. Adolescents : quelles portes d'entrée dans la consultation ? Centre universitaire de médecine générale-UCL Bruxelles. *Rev Prat Med Gen* 2003;17:1048.
- Auvray L, Le Fur Ph. Adolescent, état de santé et recours aux soins. *Bulletin d'information en économie de la santé*. CreDES, mars 2002.
- Haute Autorité de santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Martinez R, Reynolds S, Howe A. Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practice. *B J Gen Pract* 2006; 56:594-9.
- Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. *Rev Prat Med Gen* 2005;19:1307-13.
- Sanci LA, Coffey C, Patton G, Bowes G. Sustainability of change with quality general practitioner education in adolescent health: a 5-year follow-up. *Med Educ* 2005;39:557-60.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-5,1836-7.
- Durieux P, Ravaud Ph, Dosquet P, Durocher A. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. ANAES, janvier 2000.
- Wensing G, Chaulk P, Freake D. the effects of clinical guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ* 1997;156:1705-12.
- Goasdoué E. L'utilisation d'un référentiel d'attitudes a-t-elle une influence sur le ressenti de l'adolescent en consultation de médecine générale ? Thèse soutenue le 21 janvier 2008 à Poitiers.
- Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care* 2005;21:380-5.
- Pfaff JJ, Acres JG, McKelvey RS. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Med J Aust* 2001;174: 222-6.
- Sanci LA, Coffey CMM, Veit MFC, Carr-Gregg M, Patton Day GC, Bowes G. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. *BMJ* 2000;320:224-30.
- Binder P, Chabaud F, Balima S, et al. Nouvelles démarches épidémiologiques : une enquête issue du terrain auprès de 3 800 adolescents avec un partenariat local, régional et national. *Rev Santé Pub* 2001;13:367-77.
- Choquet M, Askevis M, Manfredi R, Ledoux S, Fraisse F. Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation. Paris : Inserm 1992:1-76.