

ACADEMIE DE PARIS
UNIVERSITE RENE DESCARTES – PARIS V
FACULTE DE MEDECINE NECKER-ENFANTS MALADES

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'état)

par

LACOTTE-MARLY Elodie

Née le 10/03/1974 à Séoul (Corée du Sud)

Présentée et soutenue publiquement le 24/06/2004

LES JEUNES ET LEUR MEDECIN TRAITANT

Pour une Meilleure Prise en Charge des Conduites à Risque

Président : Monsieur Le Professeur Serge GILBERG

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	5
2	DEFINITION.....	7
2.1	LES CONTOURS ACTUELS DE LA JEUNESSE.....	7
2.1.1	<i>Jeunesse et adolescence</i>	8
2.1.2	<i>Le jeune et la société</i>	9
2.2	LES COMPORTEMENTS A RISQUE.....	11
2.3	STATUT ACTUEL DU MEDECIN DE FAMILLE	16
2.3.1	<i>Définition européenne-WONCA Europe 2002</i>	16
2.3.1.1	Les capacités de communication et d'adaptation du médecin généraliste	17
2.3.1.2	La formation du médecin généraliste.....	21
2.3.1.3	La place actuelle du médecin de famille dans le réseau de soin du jeune.....	24
2.3.1.3.1	Le jeune, le médecin et la famille.....	25
2.3.1.3.2	Le jeune, le médecin traitant et le système de soins	27
3	METHODE.....	31
3.1	INCLUSION DES MEDECINS :	31
3.2	INCLUSION DES JEUNES :	32
3.3	MODALITES DE L'ETUDE :	32
3.4	LES QUESTIONNAIRES :	33
3.4.1	<i>questionnaire « médecin »</i> :	33
3.4.2	<i>questionnaire « jeune »</i> :	34
3.5	LE RECUEIL DES DONNEES :	35
3.6	LA BASE DE DONNEES	35
4	RESULTATS ET ANALYSE.....	36
4.1	QUESTIONNAIRE « MEDECIN »	36
4.1.1	<i>Profil de la population étudiée</i>	36
4.1.1.1	Répartition des répondants	36
4.1.1.2	Sexe	36
4.1.1.3	Age	37
4.1.1.4	Situation familiale	37
4.1.1.5	Situation professionnelle	37
4.1.1.5.1	Lieu d'exercice.....	37
4.1.1.5.2	Année d'installation	37
4.1.1.5.3	Nombre d'actes par semaine	37
4.1.1.5.4	Profil de clientèle	38
4.1.2	<i>La consultation du jeune</i>	38
4.1.2.1	Le motif	38
4.1.2.2	Le jeune	39
4.1.2.2.1	Représentation que les médecins s'en font.....	39
4.1.2.2.2	Les médecins sont-ils intéressés par ces consultations ?	39
4.1.2.2.3	Représentation que les médecins ont d'eux-mêmes	39
4.1.2.2.4	L'accueil du jeune	39
4.1.2.2.5	L'information donnée au jeune	40
4.1.3	<i>Que penser d'une aide extérieure ?</i>	40
4.2	2. QUESTIONNAIRE « JEUNE »	41
4.2.1	<i>Profil de la population étudiée</i>	41
4.2.1.1	Répartition des jeunes	41
4.2.1.2	Age	42
4.2.1.3	Sexe	42
4.2.1.4	Situation familiale	43
4.2.1.5	Situation professionnelle	43
4.2.2	<i>Hygiène de vie</i>	43
4.2.2.1	Pratique sportive.....	43
4.2.2.2	Hygiène alimentaire	44
4.2.3	<i>Conduites à risque</i>	45
4.2.3.1	Le tabac	45
4.2.3.2	L'alcool	45
4.2.3.3	La violence	45

4.2.3.4	Sentiment de déprime et idée suicidaire	46
4.2.3.5	Autoévaluation de l'état de santé.....	51
4.2.4	<i>Les jeunes et le cabinet médical</i>	52
4.2.4.1	Les modalités de l'accueil	52
4.2.4.2	Le médecin traitant.....	54
4.2.5	<i>La consultation comme moyen de communication</i>	55
4.2.6	<i>Le jeune et le suivi médical</i>	58
4.2.6.1	Le jeune consulte-t-il ?.....	58
4.2.6.2	Le jeune est-il un patient nomade ?	59
4.2.6.3	Le jeune et l'avenir.....	60
4.2.7	<i>Les jeunes et les honoraires</i>	60
5	DISCUSSION	62
5.1	LA METHODE	62
5.1.1	<i>Fiabilité de l'analyse statistique</i>	62
5.1.1.1	Population des médecins	62
5.1.1.2	Population des jeunes	63
5.1.2	<i>Tendance des biais</i>	64
5.1.3	<i>Apport des biais</i>	64
5.2	LES RESULTATS DE L'ENQUETE COMPARES AUX ETUDES DE GRANDE ENVERGURE	65
5.2.1	<i>les jeunes interrogés et leurs conduites à risque. Impact des biais de l'étude</i>	65
5.2.1.1	Le profil des jeunes ayant répondu au questionnaire.....	66
5.2.1.2	Les comportements à risque	67
5.3	LES HYPOTHESES EVOQUEES PAR LES RESULTATS DE L'ETUDE	67
5.3.1	<i>La consultation</i>	68
5.3.1.1	Les modalités d'accueil au cabinet	68
5.3.1.1.1	La salle d'attente	68
5.3.1.1.2	La secrétaire	70
5.3.1.1.3	Le médecin traitant.....	70
5.3.1.2	Critères de qualité du suivi selon les jeunes	72
5.3.1.2.1	La personnalité du médecin traitant	72
5.3.1.2.2	La teneur de la consultation	73
5.3.1.2.3	Les attentes du jeune	76
5.3.1.3	Les facteurs influençant la qualité du suivi.....	78
5.3.1.3.1	Le temps.....	78
5.3.1.3.2	L'argent.....	79
5.3.2	<i>La santé vue par les jeunes</i>	81
5.3.2.1	Autoévaluation de la santé.....	81
5.3.2.2	La conscience du risque.....	82
5.3.3	<i>Points de repère du médecin traitant</i>	84
5.3.3.1	Identification d'un profil de jeune à risque.....	84
5.3.3.2	Place du médecin traitant au sein du réseau de soin du jeune.....	87
5.3.3.2.1	Un rôle transitionnel auprès du jeune.....	87
5.3.3.2.2	Une place prépondérante auprès des jeunes	89
5.3.3.2.3	Un rôle éducatif.....	90
5.3.3.2.4	Un pivot central au sein du réseau de soin	92
5.3.3.2.5	Un rôle de prévention publique	96
6	CONCLUSION	101
	ANNEXE A : QUESTIONNAIRE MEDECIN	103
	ANNEXE B : QUESTIONNAIRE JEUNE	105
	BIBLIOGRAPHIE	114

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse et Président du Jury,

Monsieur le Professeur Serge GILBERG, Professeur de Médecine Générale - Faculté de Médecine NECKER ENFANTS MALADES -

Vous avez bien voulu me faire l'honneur de présider ce travail et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame et Messieurs les Membres du Jury,

Madame la Professeur Claudine BLUM-BOISGARD, Professeur de Santé Publique – Caisse Nationale d'Assurance Maladie -

Monsieur le Professeur Philippe JAURY, Professeur de Médecine Générale – Faculté de Médecine NECKER ENFANTS MALADES –

Monsieur le Docteur Bertrand PERIN, Médecin Généraliste-Enseignant – Faculté de Médecine NECKER ENFANTS MALADES -

Vous avez bien voulu me faire l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie. Veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe BINDER et à Madame Janine PIERRET :

Vous avez bien voulu participer à ce travail en m'apportant de précieux conseils. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

A tous les médecins et les jeunes qui ont bien voulu consacrer un peu de temps à cette étude :

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

Je dédie cette thèse :

A Tristan : tu as toujours su me conforter dans mes choix de vie et me soutenir avec une infinie patience dans tous nos projets. Ce travail, et bien d'autres événements, n'auraient jamais vu le jour sans toi. La vie m'a fait son plus beau cadeau : Toi...et ton don pour les ordinateurs !!! Avec tout mon amour.

A mes étoiles, Isis et Amaya : vous êtes la raison même de ce travail, si précieuses à mes yeux. Je vous ai donné la vie et vous me l'apprenez chaque jour davantage dans ce qu'elle revêt de plus beau. Vos gazouillis m'ont souvent distraite de ces pages d'écriture mais ils m'ont rappelé l'essentiel : la médecine est un métier d'amour qui s'apprend comme celui de maman : c'est en vous écoutant d'une oreille attendrie, attentive et respectueuse que je peux espérer un jour être à la hauteur de ma tâche. Avec toute ma tendresse, Maman.

A mes parents : votre amour et votre patience m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Vous m'avez offert ce que tout enfant devrait avoir : un refuge et un havre de paix. Vous m'avez soutenue au fil des épreuves. Que ce travail soit pour vous une preuve de mon amour et de ma reconnaissance.

A mon frère : si différents et pourtant si proches, tu m'as toujours protégée de tout. Tu m'as permis de parvenir à ce stade avec moins de « bleus » à l'âme. Que ce travail te rende fier de moi comme je l'ai toujours été de toi. Pouvoir témoigner de nos instants de bonheur...merci à toi.

A mes grands-parents : je sais que vous seriez fiers. Vos parcours et vos racines m'ont donné un autre regard sur l'univers qui m'entoure. Il parvient un air de Pologne et de Normandie aux confins de la Bretagne.

A mes proches et ami(e)s : merci d'avoir toujours su être présents à mes côtés... Vous m'avez évité quelques catastrophes !! Que ce travail soit pour vous la preuve de notre éternelle jeunesse. Avec tout mon humour...

1 INTRODUCTION

Céline, 16 ans : « C'est difficile, ce passage de la vie. C'est tellement fatigant de vivre dans l'incertitude et le doute, on est mal à vouloir en mourir avec ce qui nous entoure, révoltés, malheureux dans une peau que l'on ne sent pas a soi, malheureux aussi parce qu'on ne comprend plus ce qui se passe et parce que l'on est seul, car vous nous faites un peu peur. [...] Adultes, savez-vous, huit adolescents sur dix pleurent dans leurs coussins toutes les nuits et font de leurs journées du « il faut ». Les autres n'ont plus de larmes à force de les retenir, de s'endurcir, de ne plus faire attention a leur entourage. [... :]Nous ne sommes jamais terminés et tous en manque pressant de choses essentielles. »[1]

Ce témoignage est le reflet d'un constat alarmant de ces dernières années : il met en évidence un mal-être profond entre aperçu dans des conduites à risque polymorphes responsables a long terme d'une morbidité et d'une mortalité considérable touchant cette classe d'âge appelée « jeunesse » aux contours flous, uniquement définie comme étant la période allant de la puberté à l'âge adulte. Le jeune était jusque récemment jugé en bonne santé, patient rare, entrevu au gré de viroses hivernales, d'une acné complexante ou de quelques rébellions scolaires ou familiales, balayées le plus souvent d'un « Il faut que jeunesse se passe ! », sa prise en charge médicale étant assurée tant bien que mal par le médecin de famille, le pédiatre ou le médecin scolaire. C'est dans les années 80, par le biais de grands travaux sociologiques et par l'essor de l'outil statistique appliqué à l'exercice médical que est mise en évidence une dérive du comportement des jeunes et les phénomènes sociologiques inducteurs [2].

Pour faire face à la multiplication des comportements à risque de plus en plus auto ou hétéro agressifs, divers moyens de communication avec les jeunes se sont mis en place :

Lignes téléphoniques spécialisées anonymes, centres d'accueil spécialisés pour les jeunes, services d'urgences psychologiques...

Pourtant, de par sa vocation, le médecin de famille a les qualités requises pour prendre en charge les jeunes. En effet, il doit être capable d'informer et de soigner les individus d'une même famille en attachant une importance égale à chaque individu quelque soit son âge ou la gravité de sa pathologie, en conservant les distance et neutralité adéquates. De par sa proximité géographique, socioculturelle et familiale qu'implique sa fonction, le médecin traitant pourrait être à même de devenir l'interlocuteur privilégié de l'adolescent, l'ayant parfois suivi depuis l'enfance, connaissant le plus souvent l'histoire familiale, constituant de ce fait un véritable point de repère transgénérationnel. Or, force est de constater au fil des études menées auprès des jeunes que le médecin traitant semble n'avoir que peu d'influence sur les conduites à risque des jeunes. Non seulement les jeunes ne ressentent pas forcément le besoin de consulter leur médecin généraliste, mais surtout, nombre d'adolescents ne bénéficient plus d'un suivi médical régulier, une fois passées les obligations du calendrier vaccinal [3]. C'est pourquoi nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes et de leurs jeunes consultants. Le but de ce travail est de tenter de mieux cerner les jeunes et leurs conduites à risque, et de savoir ce qu'ils attendent de la consultation du médecin traitant.

A partir des résultats de cette étude, réalisée auprès de jeunes ayant consulté leur médecin généraliste, cette thèse souhaite tenter de répondre à plusieurs questions :

La consultation du médecin généraliste répond-elle aux attentes des jeunes ?

Quelle vision les jeunes ont-ils de leur santé ?

Le médecin généraliste possède-t-il un référentiel fiable pour prendre en charge les jeunes ?

2 DEFINITION

2.1 LES CONTOURS ACTUELS DE LA JEUNESSE

Dans l'antiquité, la définition des âges reste floue : elle différencie nettement l'adolescence, période allant de 14 à 21 ou 28 ans selon les auteurs, de la jeunesse qui s'étend jusqu'à 45-50 ans. La jeunesse, à l'époque correspondait à une période d'attente et de dépendance, l'âge adulte n'étant déclaré que lorsque le « jeune » prenait la place de son père. Le jeune ne devient donc adulte qu'à la mort de son père. Selon le Larousse de langue française, ce n'est qu'au début du XII^{ème} siècle que le terme « jeune » prend tout son sens : « qui n'a pas encore les qualités de la maturité ». Jusqu'à la fin du XVII^{ème} siècle, la jeunesse en tant que classe d'âge différenciée n'existe pas, elle demeure subordonnée à l'autorité du patriarche, la société étant régie par la loi romaine du Patria Potestas. Les jeunes vivent alors dans une attente teintée d'impatience, période durant laquelle ils n'exercent aucune fonction de représentation et n'ont aucun pouvoir. Il faut attendre le XX^{ème} siècle pour que la jeunesse malmenée dans ses croyances de liberté et de fraternité, décimée par les conflits mondiaux, prenne enfin pleinement conscience de sa puissance constructrice : elle sait que de son chaos peut naître une société nouvelle, la jeunesse se mobilise et peu à peu prédomine dans la structure sociale : être jeune devient un atout. S'ajoute à cela le déclin démographique des jeunes provoqué par la baisse du taux de natalité, lié en partie à la baisse de la mortalité infantile associée à l'émergence de la contraception mais aussi due à la récession économique[4]. Il est donc nécessaire pour une société qui se veut pérenne de prendre soin de sa jeunesse. Ainsi, le XX^{ème} siècle sera l'ère de l'essor de la sociologie et de la psychologie appliquée à la jeunesse : il découle de toutes les études entreprises la notion capitale de processus : la jeunesse est alors considérée comme **une période de processus de maturation psychologique et de socialisation**[3]. Ce terme de « processus » reflète bien la nécessité de mutation, de passage obligé par le chaos psychologique et le questionnement

personnel pour tendre vers l'ordre social pré-établi. On entrevoit dans ce processus de socialisation le fait que, si le jeune est à l'image de la société qui l'a éduqué, il est aussi et surtout l'instrument du progrès social. Du tumulte qu'il crée en sortant de sa chrysalide naît une société en mouvement perpétuel.

2.1.1 Jeunesse et adolescence

C'est grâce à la reconnaissance du poids social de la jeunesse qu'apparaît la notion d'adolescence, ses contours et ses caractéristiques : la jeunesse est une ère de processus qui englobe l'adolescence en terme d'âge. On retrouve dans l'adolescence les caractéristiques de la jeunesse : l'idéalisme, le besoin de socialisation, la recherche de limites pour mieux rejeter l'autorité. Autant il peut être difficile de définir précisément la jeunesse, trop subordonnée à l'évolution sociale, autant l'adolescence se voit attribuer de nombreuses définitions [3]:

Selon l'OMS, l'adolescent est âgé de 10 à 19 ans.

Sur le plan médical, l'adolescence englobe la puberté, se situant entre 11 et 18 ans chez les filles et 12 et 19 ans chez les garçons.

Concernant la loi, l'adolescent n'existe en terme de responsabilité qu'à partir de l'âge de 18 ans, la majorité lui conférant par ailleurs un poids social par l'intermédiaire du vote. Il reste de ce fait soumis à l'autorité parentale tant qu'il est mineur.

L'adolescence est l'âge de la mutation corporelle et psychique avec la prise de conscience de l'existence du « moi » par rapport aux autres, c'est une période de recherche de la normalité, l'adolescent voulant se fondre au sein de son groupe. Parallèlement à la reconnaissance de son individualité, l'adolescent doit faire l'apprentissage de l'autonomie,

apprentissage rendu difficile car il ne se connaît pas encore lui-même et commence juste à entrevoir ce dont il est capable. Cela peut expliquer le fait que l'adolescent, être fragile s'il est pris au singulier, ressent le besoin permanent d'appartenance au groupe social de la jeunesse avec lequel il partage les mêmes valeurs [6].

Ainsi, la jeunesse en tant que groupe social et l'adolescent en tant qu'individu ont un but commun : connaître les fondements des univers dans lesquels ils évoluent, si nécessaire par le conflit, pour mieux repousser les limites, s'affirmer et de ce fait devenir source de progrès.

2.1.2 Le jeune et la société

Chaque période de l'histoire sociale a créé sa jeunesse et chaque groupe de jeunes l'a révolutionnée. Ainsi, les notions de « jeunesse » et de « société » sont indissociables.

Communication et consommation sont les maîtres mots qui régissent actuellement notre société. De par leur besoin d'appartenance à un groupe, les jeunes ont vite apprivoisé les multiples moyens de communication mis à leur service : Téléphones portables, wap, internet et SMS. En quelques années, ils sont passés du statut de groupe à l'état de « conglomérat », devenant de ce fait un groupe économique non négligeable. De plus, leur goût pour la nouveauté constitue une manne providentielle pour l'industrie : ils deviennent une cible de choix pour la mode, la publicité, le sport... Les jeunes consomment sur un mode impulsif. En facilitant la consommation immédiate, la société ne les amène pas à se projeter dans l'avenir. Vivant dans le présent, il leur est alors difficile d'apprendre à organiser les années futures.

Pour enrayer le déclin démographique, les mesures natalistes, telles que les allocations familiales, ont augmenté le poids économique des jeunes et donc leur impact sur la consommation. La chute du taux de natalité a accéléré ce processus de surinvestissement de la jeunesse devenant de ce fait une génération « précieuse » confirmée par l'existence de nombreux ouvrages consacrant l'enfant Roi. Ce phénomène a pris une telle ampleur qu'être jeune est devenu une valeur nécessaire pour prétendre appartenir à notre société. Il faut avoir l'air jeune, s'habiller comme les jeunes, parler « jeune » : un seul mot d'ordre reflète notre société : il faut rajeunir et les exemples sont nombreux, chirurgie esthétique, alimentation, mêmes les dictionnaires rajeunissent ! Les adultes se doivent de penser comme les jeunes et d'agir comme eux. Comment peuvent-ils alors constituer des points de repère stables quand on sait que ce qui caractérise la jeunesse est son mouvement perpétuel.

Cette société basée sur la surconsommation est soumise à un fort taux de chômage, laissant les jeunes dans un espoir d'avenir teinté de gris. Que peuvent alors attendre les jeunes d'une société qui offre à leur convoitise mille promesses de plaisir sans leur en donner les moyens ? Pour oublier ce sombre avenir, de nombreuses familles ont vu dans les études un moyen de surseoir au chômage. Les chiffres montrent qu'il n'en est rien [4]. Les études sont alors devenues un moment d'attente, attente que la situation économique s'améliore, que le jeune trouve un emploi, condition sine qua non pour quitter le foyer. Le jeune est donc de moins en moins « jeune », l'ère de la responsabilisation survenant de plus en plus tardivement.

Ainsi, l'histoire sociale est, elle aussi, un éternel recommencement, la jeunesse retombant dans une période d'attentisme semblable à celle du XIX^{ème} siècle : les jeunes sont reconnus en tant que classe sociale à part entière, sont instruits mais sont désœuvrés. Or l'Histoire a montré que de l'inactivité naissent les débordements. Force est de constater que

cette règle semble s'appliquer de nos jours : les chiffres des comportements à risque des jeunes sont alarmants.

2.2 LES COMPORTEMENTS A RISQUE

En 1687, Coustel écrivait dans les règles de l'éducation des enfants : « Les jeunes gens ont une grande inclination à s'abandonner aux plaisirs et aux divertissements du monde ». Les comportements déviants des jeunes ont existé de tous temps cependant le jeune demeurait soumis à un cadre familial rigide diminuant, de ce fait, l'impact du risque [2].

La notion de risque tel qu'on la perçoit actuellement, à savoir la mise en danger à court ou long terme de la santé mentale ou physique des jeunes, n'est apparue qu'avec l'individualisation de la classe sociale formée par les jeunes et par la définition médicale de la bonne santé dans cette tranche d'âge. Il semble difficile pour la famille d'évaluer le risque car sur le plan familial, le jeune demeure une entité difficilement canalisée. Même si ses parents lui reconnaissent ses capacités d'apprentissage et la nécessité de les développer, il leur semble difficile de comprendre ce jeune auquel ils n'ont que trop rarement accordé d'attention. Il est donc impossible d'établir un ordre au sein du foyer familial, noyau de moins en moins soudé, les adultes responsables traversant aussi une période de mutation. L'éducation tente alors de prendre le relais de la famille afin d'enseigner les principaux fondements de notre société. Cependant, le monde scolaire connaît aussi des difficultés.

Ce mouvement perpétuel des règles sociales et familiales lié à l'évolution des mentalités rend difficile l'instauration d'un cadre législatif et éducatif stable. Or, pour parvenir à l'âge adulte, le jeune doit connaître les lois qui régissent le monde vers lequel il tend afin de donner une cohérence au chaos qui l'habite. Son processus de mutation requiert non seulement une remise en question des principes établis mais surtout la possibilité

d'exister sous une autre forme. Cependant, comment percevoir les contours de cette autre forme sans l'aide de repères extérieurs ? Cela pourrait expliquer que les jeunes prennent davantage de risques lorsqu'ils n'ont pas de limites imposées par les adultes. Ils tâtonnent, quitte à se mettre en danger, pour découvrir les limites du cadre.

Par ailleurs, la jeunesse est une période de questionnement sur la normalité. Certes, au sein de leur groupe, ils parviennent à définir les critères de leur appartenance au groupe : « je suis comme les autres » [7]. Il leur est plus difficile de se situer lorsqu'il s'agit du monde des adultes. Ils savent les adultes concernés par 3 sujets : l'argent, la santé et le sexe. Ils voient le premier comme inaccessible étant donné le taux de chômage, ne s'inquiètent pas du second, car ne leur dit-on pas en permanence « tu es jeune », et commencent juste à découvrir le troisième. Certes ces problèmes font partie de leur quotidien mais en aucun cas, ils ne sauraient les envisager sous le même angle que les adultes. L'argent, quelle qu'en soit sa provenance, n'est qu'un moyen de posséder immédiatement ce que l'on convoite, que ce soit un objet ou un statut social au sein du groupe. Il n'y a pas de notion de mérite lié à la possession. Concernant la santé, le corps médical a longtemps associé les notions de jeunesse et de bonne santé, confortant les jeunes dans leur sentiment d'invulnérabilité.

Il faut attendre les années 80 pour voir apparaître les premières études statistiques sur la santé des jeunes et pour alerter l'opinion publique sur les conduites à risque de la jeunesse. Ce que l'on avait considéré jusque là comme un comportement inhérent à l'âge est alors montré du doigt : une seule conclusion s'impose : les jeunes vont mal, mais le savent-ils ? Ont-ils conscience de prendre des risques ?

L'INED recense environ 2 millions de jeunes de 15 à 20 ans. Leur espérance de vie est actuellement de plus de 80 ans [4].

Or, 4 000 jeunes meurent chaque année. L'ampleur des conduites à risque rapportée dans les différentes études est alarmante [8].

Suicide et tentative de suicide

Les travaux récents dénombrent 40 000 tentatives de suicide par an, touchant en majorité des filles [9]. Il est dénombré **30% de récurrences** [10] dans l'année qui suit et ce, quelle que soit la prise en charge. 800 jeunes âgés de 15 à 24 ans meurent par suicide chaque année dont 75% de garçons. Parmi les jeunes interrogés dans les différentes études, 10% disent avoir déjà songé au suicide [11]. La jeunesse est ainsi devenue en quelques années un sujet de préoccupation majeure. Que peut-on améliorer dans la prise en charge des jeunes sur le plan médical pour éviter ces multiples tentatives de suicide ? On sait, en effet que 40% des jeunes ayant fait une tentative de suicide ont consulté leur médecin traitant dans les 3 mois précédant l'acte [12]!

Les addictions

Les accidents de la route sont la première cause de mortalité des jeunes, le plus souvent dans un contexte d'alcoolisation. **36%** déclarent avoir été ivres dans l'année, **40%** ont expérimenté le cannabis et 5% disent avoir goûté d'autres drogues [14][13]. Quant au tabac, 50% des jeunes ont déjà fumé une cigarette, 15% fument occasionnellement et 35% régulièrement [15].

Le sexe

10% des jeunes déclarent ne pas utiliser de préservatifs lors des rapports, et 14% des jeunes filles disent avoir eu recours à la pilule du lendemain [16]. Début 2003, 100000 boîtes de NORLEVO étaient délivrées par mois. Concernant l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), on dénombrait, en 2000, 16000 cas chez les moins de 20 ans et 8% des jeunes filles interrogées déclarent y avoir eu recours. Or, seulement 8,5% des consultations d'adolescentes en médecine générale concernent la contraception [17]. Concernant le VIH, depuis l'apparition des trithérapies dans le traitement du SIDA, on constate une diminution de l'impact préventif auprès des jeunes. L'enquête presse Gay 2000 montre une augmentation des conduites à risque chez les jeunes homosexuels [12].

L'alimentation

La dénutrition devient rare dans notre pays et laisse place à l'obésité : 13,4% des adolescents sont obèses [18].

Le plan social

On constate une marginalisation de plus en plus importante des jeunes [19], difficilement chiffrée étant donné le caractère nomade de cette population : sur 100 personnes vivant dans un contexte de grande précarité, on évalue à 30 le nombre de jeunes âgés de moins de 25 ans. Or on estime à 400 000 le nombre de personnes en grande difficulté ! La première cause de marginalisation des jeunes est la rupture familiale. De plus en plus de jeunes sont placés en foyer de l'Assistance Publique suite à l'éclatement du noyau familial. Selon l'étude réalisée en 1994 par Marie Choquet, 3,7% des adolescents avaient fugué au

moins une fois [20]. On recense chaque année environ 30000 fugues, chiffres probablement inférieur à la réalité, les fugues de courte durée n'étant souvent pas déclarées.

La violence

On constate en milieu scolaire une diminution du nombre de cas de violence signalée depuis la mise en place du plan national de prévention cependant, le nombre de faits graves ayant fait l'objet d'un signalement au procureur est en augmentation : ils étaient de 6300 cas en 2000 survenant en majorité dans les zones sensibles [6]. En 1998-1999, la mission de prévention des violences sexuelles en milieu scolaire recense 576 faits de violence sexuelle entre élèves dont **12% de viols** [21].

Les différentes études réalisées dans les pays voisins ont mis en évidence les conduites à risque similaires, les chiffres variant peu d'un pays à l'autre [22].

Face à la gravité de ces conduites, il est urgent que les jeunes prennent conscience de la notion de risque vital, à court et à long terme. Pour le corps médical, il s'agit d'une révolution des mentalités : la jeunesse considérée jusqu'à présent comme bien portante se révèle vulnérable. Les maux touchant la jeunesse étaient jusque là attribués aux adultes. Or les jeunes consultent peu et leur état de santé a longtemps été négligé par la profession. Situés entre l'enfance et l'âge adulte, ils ne relevaient, la plupart du temps, ni du pédiatre ni du médecin traitant. Souvent peu bavards sur les sujets les concernant, les jeunes demeuraient dans un quasi anonymat, se contentant d'être « le fils de », ou le patient que l'on vaccine. Etiquetés « bien portants », ils n'entraient pas dans le domaine du pathologique échappant ainsi à la recherche diagnostique, excluant de ce fait l'instauration d'une interaction médecin-

jeune. Il devient donc aujourd'hui capital que les jeunes bénéficient d'un suivi médical afin d'espérer diminuer l'ensemble de ces comportements à risque.

Pour connaître le rôle du médecin de famille dans la prise en charge de ces conduites à risque, il est nécessaire de définir la notion de médecin généraliste-médecin de famille et de replacer la relation médecin-jeune dans le système de santé actuel.

2.3 STATUT ACTUEL DU MEDECIN DE FAMILLE

2.3.1 Définition européenne-WONCA Europe 2002

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

Cette définition rend compte de la complexité du rôle du médecin généraliste. Elle met en évidence **3 points fondamentaux** :

1 - les capacités de communication et d'adaptation du médecin généraliste

2 - la nécessité d'une formation adaptée

3 – la place du médecin généraliste dans le réseau de soin

2.3.1.1 Les capacités de communication et d'adaptation du médecin généraliste

Le médecin généraliste doit être en mesure d'accueillir le « tout venant », quelque soit son âge, son sexe ou sa situation socio familiale. Face aux jeunes, il est donc nécessaire qu'il adapte son discours tant dans le fond que dans la forme.

Or chaque adolescent est le dépositaire d'une éducation et d'une histoire personnelle dont de multiples aspects ne sont souvent pas portés à la connaissance du médecin lors des premières rencontres. Par ailleurs, le médecin est lui-même le produit d'une éducation et d'une histoire familiale qui ont façonné sa personnalité. Il est donc nécessaire que pour chaque jeune patient, le médecin remette en question ses principes de vie et sa conception de la société et ce, afin de conserver une impartialité et donc une tolérance dans sa prise en charge. En effet, il est le **médecin de la personne** et non uniquement le médecin de l'organe. Sa prise en charge étant globale et prenant en compte tous les aspects de la vie du patient, futurs, passés ou actuels, il ne peut se permettre de shunter certains traits de l'histoires ou des aspirations du jeune s'il souhaite établir une relation basée sur la vérité, c'est-à-dire sur la confiance.

Cet exercice d'introspection du médecin généraliste est périlleux car il remet souvent en cause les fondements de sa personnalité. Cependant, c'est à ce prix qu'il peut espérer venir en aide et répondre à la demande de l'adolescent, ce dernier venant, non pour être jugé, mais pour obtenir un avis impartial. Dans ce travail quotidien que fait le médecin généraliste sur lui-même, le temps joue un grand rôle : si dans un premier temps, le jeune ne consulte que pour une banale virose, l'effort d'adaptation du médecin lui montre la possibilité de créer une **réelle interaction avec son médecin traitant** [23]. Il appartient par ailleurs au médecin de tout mettre en œuvre pour amener le jeune à reconsulter, chaque consultation consolidant cette relation naissante.

Dans cette relation de confiance s'établissant au cours du temps, le médecin devient le dépositaire du secret mais il est souvent difficile de faire la différence entre secret professionnel et secret personnel du jeune. Cette obligation de secret était déjà évoqué dans le serment d'Hippocrate : « *quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué* », point repris dans le serment d'Hippocrate réactualisé par le Pr. HOERNI. Or le médecin généraliste est le plus souvent confronté aux membres de l'entourage de l'adolescent, la difficulté est alors de savoir quelles informations peuvent être divulguées à la famille dans l'intérêt du jeune [24]. Il est en effet inconcevable d'envisager de prendre en charge le jeune sans tenir compte de son environnement. Le médecin doit donc évaluer pour chacun, le contexte, le poids de chaque information délivrée à l'entourage et l'interprétation qui peut en découler. Il doit donc être capable d'adapter son discours non seulement au jeune mais aussi à ses proches. Il doit nécessairement connaître la situation familiale et les secrets qui s'y rattachent. Le médecin est alors le confident et peut débiter un réel travail de prise en charge globale tant thérapeutique que socio familiale. Il est à noter que ce rôle de confident revenait dans les

siècles passés aux prêtres considérés à l'époque comme les médecins de l'âme à l'opposé des médecins du corps. Les médecins aujourd'hui cumulent les 2 fonctions : ils doivent non seulement soigner les corps mais aussi sauver les âmes. A la différence de ces prêtres, les médecins ont plus difficilement accès aux secrets de famille car les différents membres sont de plus en plus dispersés rendant la tâche de recoupement plus ardue.

Il est donc impératif que le médecin crée une relation solide et forte afin de pouvoir chercher l'information sans pour autant effrayer le jeune. Le médecin est donc tenu d'expliquer sa démarche afin d'en démontrer l'intérêt [25] et doit pouvoir prendre le temps d'écouter ce jeune. Comment, en effet, le médecin serait-il à même de comprendre le jeune alors que ce dernier ressemble à un puzzle dont les pièces s'ajoutent une à une au fil des consultations s'il ne peut être disponible pour lui ? Cela montre le **rôle crucial du temps** en terme de fréquence et en terme de durée.

Communiquer demande, en effet, beaucoup de temps : temps de réflexion, de discours, de compréhension, d'installation dans les conditions adéquates. Avec des consultations s'égrainant toutes les 15 minutes, le médecin n'est plus acteur mais spectateur du déroulement de sa consultation, il fait son travail de thérapeute mais ne peut prendre que difficilement le temps d'engager une conversation plus approfondie avec le jeune, il n'a alors aucune des conditions requises pour atteindre le niveau de compréhension souhaité. Le médecin n'est alors plus un confident mais une forme de service facile d'accès, où l'adolescent vient chercher l'information qu'il désire sans rien divulguer de ses attentes réelles.

Cette perte d'information est pérennisée par le fait que les jeunes ne savent plus vers qui se tourner : ils ont parfois bénéficié dès leur plus jeune âge d'un suivi pédiatrique mais

relèvent-ils toujours du pédiatre ? Ils l'ignorent. Par ailleurs, ils peuvent si besoin se tourner vers la médecine scolaire mais cette dernière peut-elle constituer un véritable point de repère, les médecins scolaires étant peu nombreux, il leur est difficile de suivre sur une longue durée tous les jeunes qui se présentent. Ainsi, faute de temps et d'informations sur les différents interlocuteurs et leurs fonctions, les jeunes consultent de part et d'autre sans jamais rien dévoiler d'eux-mêmes.

La prise en charge des jeunes est rendue difficile par ce **nomadisme médical**. Cet aspect de la médecine générale est encore plus important depuis l'émergence des services d'urgences hospitalières : nombreux sont les jeunes qui transitent par ces services dans l'espoir d'une attente moins longue dans un climat de quasi anonymat [26]. Par ailleurs, l'organisation des urgences répond au caractère impulsif des jeunes. Elle correspond à leur consumérisme. Ainsi, toutes ces consultations en dehors du cabinet du médecin traitant constituent une perte d'informations pour le médecin de famille et empêchent la relation de progresser. Il est alors impossible pour le médecin traitant d'espérer relier les différents événements de la vie du jeune donc d'entrevoir les problèmes sous-jacents. Par ailleurs, les services d'urgences ne connaissent pas l'environnement familial du jeune consultant : le médecin urgentiste, face à une crise douloureuse abdominale ou à un accès de spasmophilie ne pourra donc rattacher ce symptôme à une rupture familiale [26]. Il est donc difficile pour le médecin traitant de tenter de s'adapter à un jeune qu'il ne voit qu'épisodiquement, ce dernier ne relatant pas toujours ses excursions aux urgences ou auprès de l'infirmière scolaire. La question est donc de savoir pour chaque jeune ce qu'il attend de son médecin traitant : des informations, un service ou au contraire l'avis d'un adulte susceptible de mieux le comprendre, le médecin généraliste connaissant le plus souvent son contexte socio familial

Par ailleurs, l'argent joue un rôle prépondérant dans ce nomadisme [27], les jeunes consultent fréquemment aux urgences pour ne pas avoir à avancer les frais. Ainsi, consulter au cabinet constitue un réel surcoût aux yeux des jeunes. Etant rarement indépendants financièrement, il leur est nécessaire de demander l'aide d'un proche, annihilant tout espoir de discrétion. La médecine générale fonctionnant sur un mode libéral, chaque consultation revêt un pouvoir financier non négligeable, la cotation actuelle des actes ne recensant pas la jeunesse comme une pathologie de longue durée.

Ainsi, la communication est un des fondements de la consultation mais elle rencontre de trop nombreux obstacles pour être qualitativement satisfaisante. Même si la société actuelle est dominée par les outils de communication, il semble nécessaire de rappeler aux jeunes comme aux médecins que **le verbe en est le premier instrument, instrument qui se joue à deux et qui nécessite le plus souvent de prendre le temps de l'accorder afin d'atteindre l'harmonie.** Cependant, la formation des médecins prépare-t-elle à la communication avec le jeune et au rôle défini par la WONCA ?

2.3.1.2 La formation du médecin généraliste

Longtemps formés par leurs pairs, constituant des confréries, les médecins apprenaient en étant mis en situation. Avant l'essor des nouvelles technologies, le diagnostic était basé sur l'étude sémiologique du patient. L'examen clinique faisait foi. L'enseignement actuel de la médecine tend à former des spécialistes de chaque organe en s'appuyant sur des outils tels que l'imagerie ou la recherche génétique. Il n'est plus question de psychologie ou d'histoire du patient. Ainsi, cet apprentissage se déroulant au sein des hôpitaux favorise la connaissance de la pathologie de spécialité et non l'abord des critères de normalité.

Concernant les jeunes, il est à noter que leurs séjours hospitaliers ont le plus souvent lieu dans le cadre d'une pathologie grave ou en réponse à un problème psychiatrique. Le jeune médecin n'est donc pas confronté à des adolescents anonymes mais à des « cas » pathologiques. Il lui est donc difficile d'entrevoir quelle attitude adopter en présence de ces jeunes consultant au cabinet.

Par ailleurs, l'enseignement de la psychologie est un des chaînons manquant des études de médecine. Certes, les grandes pathologies psychiatriques sont abordées durant le cursus, cependant tous les jeunes ne sont pas schizophrènes ni suicidaires. Que faire et surtout que dire face à un jeune ne relevant pas du psychiatre ? Il ne s'agit alors plus de pathologie mais de traits psychologiques que le médecin traitant doit parvenir à discerner.

Sur le plan éthique, la consultation du jeune est souvent un moment délicat, source de questionnement quant à la conduite à tenir vis à vis des proches. Il est souvent difficile de connaître les limites du secret médical. Les mineurs posent un problème particulier puisque chaque décision médicale doit obtenir le consentement du tuteur. Or, l'enseignement de l'éthique et de la déontologie ne bénéficie que de quelques heures durant ces longues années d'étude. Ainsi, le médecin traitant est le plus souvent partagé entre son bon sens et le peu qu'il sait des lois. Il lui est donc difficile en présence d'un jeune et de sa famille d'imposer sa décision, ignorant l'exacte légalité de son propos.

Pour l'étudiant en médecine, l'apprentissage de la médecine générale ne survient que tardivement dans le cursus. Or, les différentes pratiques en médecine générale ne s'établissent pas à partir d'une spécificité d'organe mais davantage par catégorie d'âge. Ainsi, pour le médecin de famille, il est important de connaître l'ensemble des pathologies prévalentes à un âge donné. Il s'agit donc d'un exercice de probabilités répondant à une question

fondamentale : ce symptôme est-il normal ? Il est donc capital, pour une bonne pratique généraliste, de savoir reconnaître la normalité d'un examen et ce, quelque soit l'âge. Si, pour certaines classes d'âge, des études statistiques ont pu être établies par les médecins généralistes, les jeunes ne font pas partie du nombre. Il est en effet délicat de statuer sur une population consultant peu et de façon épisodique.

Pour améliorer la formation de ces jeunes médecins généralistes, des cours de médecine générale accompagnent ces 3 années de résidanat. Ils sont indispensables car ils doivent réussir à briser le moule de la médecine hospitalière. Cependant, le temps qui leur est imparti semble bien court, quelques heures par semaines contre quelques années de médecine hospitalière. Comment envisager l'être humain dans sa globalité en quelques heures alors que le seul module de cardiologie prend à lui seul plus de 1 mois ! Depuis plusieurs années, les médecins généralistes ont pris conscience de cette inadéquation entre la formation des futurs médecins généralistes et la demande des patients. Peu à peu se sont créés des groupes de travail, à petite comme à grande échelle, ayant pour but d'améliorer les pratiques. Ainsi, a été reconnue la **nécessité d'une formation médicale continue** pour ces médecins exerçant souvent seuls. Cependant, cette formation requiert du temps et une organisation, elle nécessite de regrouper plusieurs médecins, donc de croiser de multiples agendas déjà plus que surchargés. La pratique actuelle de la médecine générale rend difficile l'accès à ces formations.

Pour pallier aux carences de l'enseignement de la médecine générale, des postes de chercheurs enseignants en médecine générale ont vu le jour depuis quelques années, en partie suite à la prise de conscience des pouvoirs publics du poids de la médecine générale dans l'économie de santé [28]. Des travaux réalisés avec l'aide de partenaires internationaux ont su démontrer qu'un médecin généraliste ayant de bonnes pratiques, donc bien formé, coûtait

beaucoup moins chers aux finances publiques, que ce soit en terme de recours aux spécialistes ou de prescriptions. Durant les 30 dernières années, la recherche en médecine générale a su trouvé sa place, elle ne concurrence en rien la recherche hospitalière car elle a su se focaliser sur un tout autre sujet : il ne s'agit plus seulement d'efficacité thérapeutique mais aussi d'interaction humaine.

Concernant l'adolescence, la recherche en médecine générale présente un vaste champ d'investigation, la majorité des articles écrits à ce sujet s'intéresse à la pratique hospitalière particulièrement dans le domaine de la pathologie psychiatrique. Or le quotidien du médecin généraliste met l'accent sur la normalité de l'examen, il est donc nécessaire que le médecin généraliste possède des données fiables sur l'approche des jeunes et de leurs comportements et ce, dans le cadre très particulier de la médecine générale.

2.3.1.3 La place actuelle du médecin de famille dans le réseau de soin du jeune

Le médecin généraliste est de par sa vocation situé au carrefour de toutes les branches de la Santé. Le médecin généraliste a toujours été le médecin de proximité : proximité géographique de par le maillage territorial lié à l'emplacement des cabinets, proximité affective liée à la connaissance des conditions de vie de la population prise en charge. Une fois installé dans un quartier, il est très rare que le médecin généraliste déménage. Il est alors plus qu'un professionnel de santé aux yeux de la population, il est surtout un voisin, quelqu'un qui partage leur environnement, dont ils connaissent les habitudes de vie en dehors du cabinet. Ainsi, leur médecin traitant peut non seulement les conseiller sur leur santé mais est surtout à même de les comprendre puisqu'il vit dans le même contexte. Ce partage des conditions de vie est un point important car il permet aux patients de désacraliser la fonction

du médecin pour en faire quelqu'un d'abordable et non omniscient. Peu à peu, il vient à connaître les différentes familles qui composent son quartier et les secrets qui s'y rattachent. Il assiste à l'agrandissement des familles et est amené à suivre plusieurs générations au sein d'une même famille. Ainsi, concernant les enfants, il est l'auteur des premières vaccinations et le témoin des premiers pas. Tant que l'enfant est petit, les informations le concernant sont données par les parents et par l'examen clinique de suivi. La famille à ce stade de la vie de l'enfant constitue encore une unité : l'enfant réagit en fonction de ses parents et de son environnement socio culturel. A partir de ces 2 critères, le médecin définit sa prise en charge. Il n'existe pas encore de relation particulière entre le médecin traitant et le petit enfant, la consultation se déroulant davantage comme un triumvirat visant à obtenir l'harmonie au sein de la famille. Il n'en va pas de même à l'arrivée de l'adolescence [29].

2.3.1.3.1 Le jeune, le médecin et la famille

Avec l'adolescence surviennent les premières ruptures, rébellion face aux habitudes familiales, au code vestimentaire ou social. Concernant le choix du médecin, le jeune peut avoir 2 attitudes : poursuivre son suivi par le même médecin ou changer de médecin. Son attitude sera essentiellement guidée par la latitude que lui laissent ses parents de choisir. Ainsi, à l'origine de la relation entre le médecin traitant et le jeune, il s'agit avant tout de l'interaction instaurée entre la famille du jeune et son médecin et la vision qu'ont les parents de ce jeune.

Si les conduites de rupture sont considérées par les parents comme une suite de caprices d'enfance, il ne sera même pas envisagé que le jeune puisse souhaiter changer de médecin voire aller en consultation seul. Dans cette perspective, la relation entre le médecin et le jeune ne peut pas naître. C'est à ce stade que le médecin peut influencer sur la vision

parentale en amenant la famille à envisager leur adolescent non comme un enfant mais comme un adulte en devenir. Il prend alors le risque de voir ce jeune qu'il connaît depuis longtemps quitter le cabinet mais il peut aussi espérer établir un climat de confiance si le jeune décide de rester, posant ainsi les premiers fondements d'une relation unique. Il arrive que le médecin ne souhaite pas influencer les parents ou n'ait pas conscience du choix qui s'offre à lui, il aura tendance à poursuivre la prise en charge du jeune au sein d'une relation triangulaire dans laquelle les limites des secrets de chacun demeureront floues. N'ayant pas de relation privilégiée avec leur médecin traitant, ces jeunes seront tentés de consulter d'autres médecins dans des structures plus anonymes telles que les urgences s'ils sont confrontés à des situations qu'ils souhaitent taire à leur famille. Leur médecin généraliste n'est donc pas réellement leur médecin traitant mais davantage le médecin de leur enfance. Dans ce cadre, il n'existe pas de suivi individuel mais davantage une prise en charge « en pointillé » plus souvent guidée par les attentes des parents que par les demandes du jeune.

Jusque récemment, cette relation triangulaire rassurait la famille et le médecin car elle semblait mettre en évidence l'existence d'un lien entre les différents protagonistes dans l'intérêt du jeune. Ces conduites de rupture n'étaient considérées que comme une période, certes difficile, mais surtout inéluctable, qui passerait sans dommage, la plupart des adultes ayant le sentiment de l'avoir vécue et de l'avoir surmontée. Pour l'ensemble du corps médical, le jeune se portait plutôt bien, preuve en était son faible nombre de consultation et surtout la bénignité de ses motifs. Il a fallu que soient réalisées les premières enquêtes sur les habitudes des jeunes et surtout sur la pérennité de leurs conduites à risque et leurs conséquences pour que les médecins prennent conscience qu'il existait une inadéquation entre le taux de consultation des jeunes et leur morbidité.

Ainsi, par exemple, alors qu'à 14 ans, 81% des jeunes ont déjà goûté à l'alcool, l'alcool ne constitue un motif de consultation que pour 0,2% des consultations de jeunes en médecine générale. De plus, les adolescents ne représentent que 8% de la clientèle d'un médecin généraliste alors qu'ils constituent 13% de la population générale. Ils consultent donc peu et rarement pour une situation à risque puisque les comportements comme jugés à risque par les médecins ne constituent un motif de consultation que dans 2,4% des consultations d'adolescents en médecine générale [12]. Pourtant, les médecins généralistes sont les professionnels de santé le plus souvent en contact avec les jeunes puisque 70% des consultations des adolescents concernent les médecins généralistes et qu'ils sont considérés comme les médecins de premier recours par 80% des jeunes [30]. Il est donc important pour les médecins généralistes de rechercher les raisons de ce silence autour des conduites à risque et d'évaluer l'influence de leur relation sur les conduites des jeunes.

2.3.1.3.2 Le jeune, le médecin traitant et le système de soins

La sécurité sociale née en 1793, suite à la déclaration de la Convention : « **l'assistance du pauvre est une dette nationale** », se développe et s'organise peu à peu au rythme de l'évolution sociale et des mentalités. Elle poursuit durant ces siècles le même objectif, à savoir donner accès au soin aux plus démunis. Ainsi, elle facilite la prise en charge de toute la population par les médecins non hospitaliers. La médecine générale devient alors **la médecine de premier recours**. En 1945, la sécurité sociale repose sur un double principe : la solidarité nationale et l'assurance sociale. Le système devient réellement efficace en 1960 par la mise en place des conventions départementales qui deviennent nationales quelques années plus tard [31]. Actuellement, la sécurité sociale couvre presque la totalité de la population française et ce, grâce à des mesures telles que la Couverture Maladie

Universelle. Ainsi, chacun est libre de consulter le médecin de son choix, voire plusieurs médecins pour le même motif sans être limité par le coût des honoraires. Cependant, cette liberté ne s'applique pas aux jeunes particulièrement lorsqu'ils dépendent toujours du foyer parental. Dans ces conditions, étant rarement indépendants financièrement, ils sont amenés à demander l'aide familiale pour subvenir à leurs frais de santé. Certains peuvent bénéficier de l'aide de l'état mais doivent répondre à plusieurs critères concernant leur statut socio-familial et leurs ressources. Il est donc plus difficile pour les jeunes de consulter à plusieurs reprises sans éveiller l'intérêt de leur famille ou d'obtenir plusieurs avis médicaux puisqu'ils devront tôt ou tard justifier leurs dépenses de santé.

Les jeunes consultent souvent sur un mode impulsif, le médecin généraliste devant les recevoir dans le cadre de soins non programmés. Or, actuellement, depuis la mise en place du *numerus clausus* et étant donné l'évolution de la démographie médicale, l'activité en cabinet de médecine générale est telle qu'il devient impossible de répondre à toutes les demandes. Malgré la mise en place en 1993 par la loi TEULADE d'un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses, la demande de soins, loin de diminuer, augmente régulièrement, la population vieillit, les mentalités actuelles poussent à une consommation effrénée qui n'épargne pas le secteur médical et la facilité d'accès au soin amène les patients à consulter au moindre doute. Ainsi, l'offre et la demande de soin ne sont pas en adéquation entraînant une réelle thrombose des cabinets de ville, le soin non programmé est alors adressé aux services d'urgences. Certes, les urgences répondent sur l'instant à la demande exprimée, mais en ce qui concerne les jeunes, elle n'aboutit à aucun suivi et ne permet pas de cerner le jeune [26].

Il faut attendre ces dernières années pour que les pouvoirs publics prennent conscience du rôle régulateur que peuvent jouer les médecins généralistes dans le système de santé. En effet, médecins de premiers recours, les médecins généralistes sont les plus à même

de pratiquer **des dépistages à grande échelle** puisqu'à eux seuls ils voient en consultation 70% des jeunes. Ils sont donc un formidable outil de prévention [28]. La prévention est, en effet, devenue une des priorités nationales suite aux grandes épidémies et aux chiffres catastrophiques des suicides et des accidents de la route. Cependant, cet usage de la médecine générale dans un but préventif est difficilement applicable actuellement car cela nécessite du temps et ne peut être envisagée que dans le cadre d'une réelle interaction médecin jeune. Or, entre autre par manque de temps, l'interaction est moins forte et les jeunes plus nomades, la qualité de l'information préventive s'en trouve diminuée. Certes, le médecin généraliste fait partie du quotidien des adolescents mais il a aujourd'hui un aspect interchangeable : le jeune n'hésite plus à consulter ailleurs s'il pense pouvoir être pris plus rapidement car il souhaite, lui aussi, gagner du temps [27]. Ainsi, la prévention, dans le contexte actuelle de la médecine générale, peut être pratiquée à l'échelon national mais pas encore à l'échelon individuel, il en résulte une superficialité qui entrave la réussite d'un tel programme.

Par ailleurs, ces dernières années ont été marquées par l'essor de la spécialisation fascinant les patients à tel point que ceux-ci préfèrent consulter directement un spécialiste sans prendre l'avis de leur médecin traitant. Cependant, les parents ont de plus en plus de difficultés à comprendre le système de santé : si leur adolescent se plaint, à qui doivent-ils s'adresser ? Au médecin de famille, au pédiatre, au médecin de PMI, au médecin scolaire, aux urgences ? Dans le doute, ils préfèrent en consulter plusieurs, d'autant plus que tous n'auront pas le même avis, grevant un peu plus le budget public.

Le médecin généraliste, aujourd'hui, bénéficie d'une formation basée sur les sciences et les preuves, possède de nombreux atouts pour être un des rouages prépondérants de la prévention, exerce dans des conditions géographiques favorisant l'intimité et la confiance et de par son recrutement ne discrimine pas les patients selon leur âge ou leur situation socio

familiale. Il a pu acquérir au fil du temps le sens du dialogue, la tolérance et les capacités d'adaptation requise pour la prise en charge des différentes pathologies et des diverses personnalités qu'il croise sur son chemin. Cependant, sa formation, son mode de communication, le système de santé publique dans lequel il évolue présentent de nombreuses lacunes. Il est donc important de savoir, dans un premier temps, ce que les jeunes attendent de la consultation et la vision qu'ils ont de leur santé pour, dans un second temps, tenter de redéfinir le rôle et la place du médecin généraliste au sein du réseau de soin des adolescents.

3 METHODE

Il s'agit d'une étude prospective exploratoire, cherchant à mieux cerner la problématique de la prise en charge médicale des conduites à risque des jeunes.

L'enquête est basée sur une étude quantitative réalisée à l'aide de questionnaires à questions fermées adressés à 2 groupes :

Un groupe de 30 médecins généralistes d'île de France

Un groupe de 300 jeunes ayant consulté ces médecins

Ces 2 questionnaires étaient différents selon le groupe interrogé. L'étude s'est déroulée sur une période de 2 mois et demi allant du 15 septembre au 30 novembre 2002.

3.1 INCLUSION DES MEDECINS :

Les médecins participants ont été recrutés par tirage au sort à partir des pages jaunes puis contactés par téléphone afin d'expliquer le but de l'étude, les modalités et d'obtenir leur accord. Il a fallu appeler 220 médecins pour finalement obtenir la participation de 30 d'entre eux, les causes de refus étant en majorité un manque de temps ou un profil de clientèle a priori non adapté au sujet de l'étude.

Au total, ont participé à l'étude 30 médecins d'Ile de France, répartis sur 6 départements :

- 6 médecins dans Paris intra muros dans 4 arrondissements différents
- 5 médecins dans les Yvelines

- 5 médecins dans l'Essonne
- 5 médecins en Seine Saint Denis
- 4 médecins dans le val de marne
- 5 médecins dans le val d'Oise

Par ce système de tirage au sort, l'âge, le sexe, l'aspect urbain ou rural, et la notion d'activité de groupe n'ont pas été des critères discriminants. Par le hasard du tirage au sort, la répartition par sexe est de 13 femmes (soit 45% de l'effectif) et 17 hommes (soit 55% de l'effectif).

3.2 INCLUSION DES JEUNES :

L'étude prévoyait l'inclusion de 300 jeunes répartis en 30 groupes de 10 jeunes venus consulter l'un des 30 médecins généralistes. Seules 2 critères étaient nécessaires pour l'inclusion : qu'ils soient âgés de 15 à 20 ans et qu'ils soient venus consulter l'un des 30 médecins traitants durant la période de l'étude. Les médecins traitants avaient le libre choix du recrutement sous réserve que le jeune remplisse les conditions sus citées.

3.3 MODALITES DE L'ETUDE :

Chaque médecin participant à l'étude a reçu au plus tard le 15 septembre 2002 une grande enveloppe contenant :

- un questionnaire « médecin » et une lettre (cf. annexe A) précisant l'intérêt de l'enquête et les modalités de l'étude ainsi qu'une enveloppe réponse pré affranchie
- une enveloppe-réponse pré affranchie à remettre au jeune, contenant un questionnaire « jeune » et une lettre (cf. annexe B) expliquant le but et les consignes pour participer à l'enquête.

Le médecin devait remplir le questionnaire le concernant et le renvoyer avant le 30 novembre 2002. Il lui était demandé de remettre l'enveloppe contenant le questionnaire « jeune » à 10 adolescents venus le consulter durant la période prédéfinie de l'étude et ce, quel que soit le motif de la consultation.

Les jeunes s'étant vu remettre une enveloppe, et donc inclus dans l'étude, n'avaient pas à répondre au questionnaire immédiatement lors de la consultation, mais devaient le retourner rempli avant le 30 novembre 2002, s'ils souhaitaient participer à l'enquête. La lettre jointe expliquait le caractère strictement anonyme de leurs réponses. Les questionnaires étant codés, l'enquêtrice n'avait aucune possibilité de connaître l'identité des jeunes recrutés. De plus, il était précisé que le médecin traitant ne serait pas informé des réponses données, les questionnaires remplis étant directement renvoyés à l'enquêtrice à l'aide de l'enveloppe pré adressée et pré affranchie. La lettre, par ailleurs, décrivait l'intérêt de l'enquête et laissait au jeune le libre choix de participer. Les jeunes ne souhaitant pas répondre s'excluaient d'eux-mêmes de l'enquête en ne retournant pas le questionnaire.

3.4 LES QUESTIONNAIRES :

3.4.1 questionnaire « médecin » :

Le questionnaire « médecin » (cf. 0) comportait 21 questions fermées. Le but était de connaître pour chaque médecin participant :

- la situation personnelle : âge, sexe, nombre d'enfants

- la situation professionnelle : année d'installation, le milieu rural ou urbain, le nombre d'actes par semaine ainsi que le pourcentage estimé de jeunes dans sa clientèle

- les caractéristiques de la consultation des jeunes : le motif de consultation, le regard qu'il porte sur les jeunes et sur lui-même, son intérêt pour ces consultations, les modalités de déroulement de la consultation, et l'information qu'il donne aux jeunes

- l'intérêt d'une aide extérieure pour la prise en charge des jeunes.

Chaque questionnaire se voit attribué le numéro du département d'exercice du médecin interrogé et une lettre correspondant à son rang de classement dans son département, classement défini par l'ordre du tirage au sort lors de l'inclusion.

3.4.2 questionnaire « jeune » :

Le questionnaire « jeune » (cf. Annexe B) a été bâti, pour partie, à l'aide du questionnaire « santé jeunes » du CFES, testé sur 5 jeunes âgés de 15 à 20 ans, modifié à la suite de leurs remarques puis remodelé grâce aux conseils d'une sociologue pour obtenir le questionnaire définitif . Il comporte 66 questions fermées et aborde 7 thèmes :

- la situation socioprofessionnelle
- l'état de santé
- les conduites à risque
- le cabinet médical comme lieu d'accueil
- le cabinet médical comme lieu de communication
- le suivi
- les honoraires

Le caractère anonyme et l'intérêt de l'étude sont rappelés au cours du questionnaire. De plus, s'il le désire, un espace de libre expression est à la disposition du jeune. Chaque

questionnaire « jeune » se voit attribué le numéro et la lettre correspondant au médecin traitant distributeur, ainsi qu'un chiffre allant de 1 à 10.

3.5 LE RECUEIL DES DONNEES :

Toutes les enveloppes reçues ont été dépouillées et traitées par l'enquêtrice seule. Le recueil des données sur support papier a été transféré sur ordinateur à l'aide d'un logiciel créé pour l'étude à partir de EXCEL, permettant de classer automatiquement les réponses des jeunes par département puis par médecins et facilitant l'obtention de résultats croisés.

3.6 LA BASE DE DONNEES

Concernant le questionnaire « médecin », 22 questionnaires ont été remplis et retournés dont 8 dans les 15 premiers jours. Les 22 médecins n'ayant pas répondu à la fin du premier mois de l'enquête ont été rappelés. 10 médecins ont renvoyés le questionnaire rempli dans la semaine qui a suivi l'appel et les 4 autres dans le mois. Les raisons alléguées de retard furent le plus souvent un manque de temps, parfois un oubli. Un médecin n'a jamais reçu l'enveloppe. Il n'a pas souhaité en recevoir une autre, sa clientèle ne permettant pas, après réflexion, le recrutement de 10 jeunes.

Concernant le questionnaire « jeune », 105 questionnaires ont été retournés dont 6 incomplets : parmi ces 6 questionnaires, 3 jeunes n'ont pas souhaité répondre aux questions concernant les conduites à risque, 2 n'ont répondu qu'aux questions écrites sur le recto du questionnaire et 1 s'est arrêté avant la fin du questionnaire. Ces 6 questionnaires n'ont pas été retenus pour l'étude. Au total, 99 questionnaires auront servi de base de données « jeune » à l'étude. 18 questionnaires ont été retournés avec un commentaire.

4 RESULTATS ET ANALYSE

4.1 QUESTIONNAIRE « MEDECIN »

4.1.1 Profil de la population étudiée

4.1.1.1 Répartition des répondants

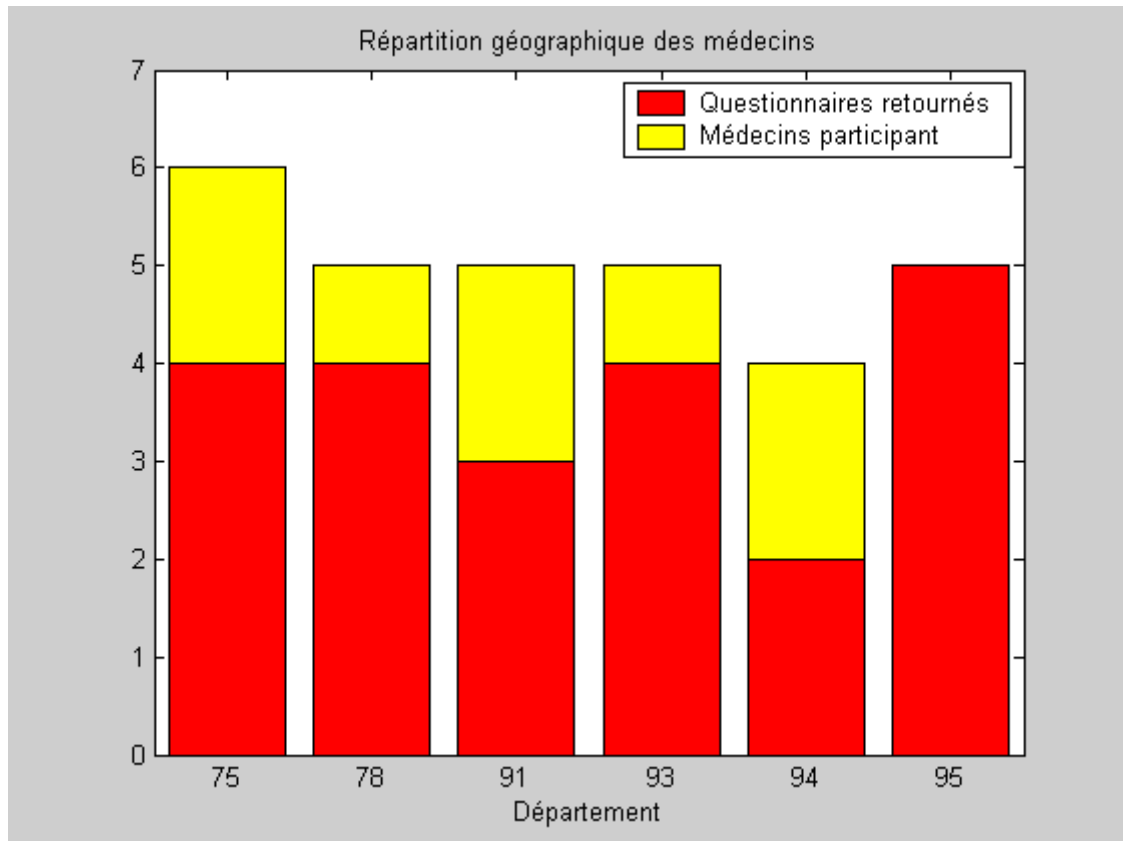


Figure 1

On constate une répartition homogène du taux de réponse sur l'ensemble des départements d'île de France avec un seuil supérieur ou égal à 50%.

4.1.1.2 Sexe

Dans notre enquête, les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à répondre : 12 hommes et 10 femmes (soit un pourcentage de 45% féminin et 55% masculin).

On constate que ces pourcentages sont superposables à la répartition initiale par sexe des 30 médecins inclus dans l'étude.

4.1.1.3 Age

Le plus jeune répondant a 31 ans, le plus âgé a 60 ans. La tranche des 40-45 ans est la plus représentée : 45%. L'âge moyen des répondants est de 44 ans

4.1.1.4 Situation familiale

21 des 22 médecins interrogés ont des enfants dont 41% sont âgés de 15 à 20 ans.

4.1.1.5 Situation professionnelle

4.1.1.5.1 Lieu d'exercice

86% des médecins interrogés exercent en milieu urbain et 14% en milieu semi rural. Aucun des médecins n'exerce en milieu rural.

4.1.1.5.2 Année d'installation

La durée d'activité la plus courte est de 6 mois et la durée d'activité la plus longue est de 40 ans. La durée d'activité moyenne est de 14 ans.

4.1.1.5.3 Nombre d'actes par semaine

32% (soit 7 des 22 médecins) ont un nombre d'actes compris entre 76 et 100 actes par semaines et 32% pratiquent plus de 120 actes par semaines. Les 14% de médecins exerçant en milieu semi rural se retrouvent tous dans cette dernière catégorie.

4.1.1.5.4 Profil de clientèle

15 des 22 médecins estiment que le pourcentage de jeunes qu'ils suivent au sein de leur clientèle est compris entre 10 et 30%. Seuls 4 des 22 médecins considèrent que leur clientèle est formée de plus d'1/3 de jeunes. Ces médecins sont âgés de 38 à 44 ans, il s'agit de 2 hommes et 2 femmes exerçant depuis 10 ans en moyenne en milieu urbain comme en milieu semi rural et ayant de jeunes enfants, la plupart de moins de 15 ans.

4.1.2 La consultation du jeune

4.1.2.1 Le motif

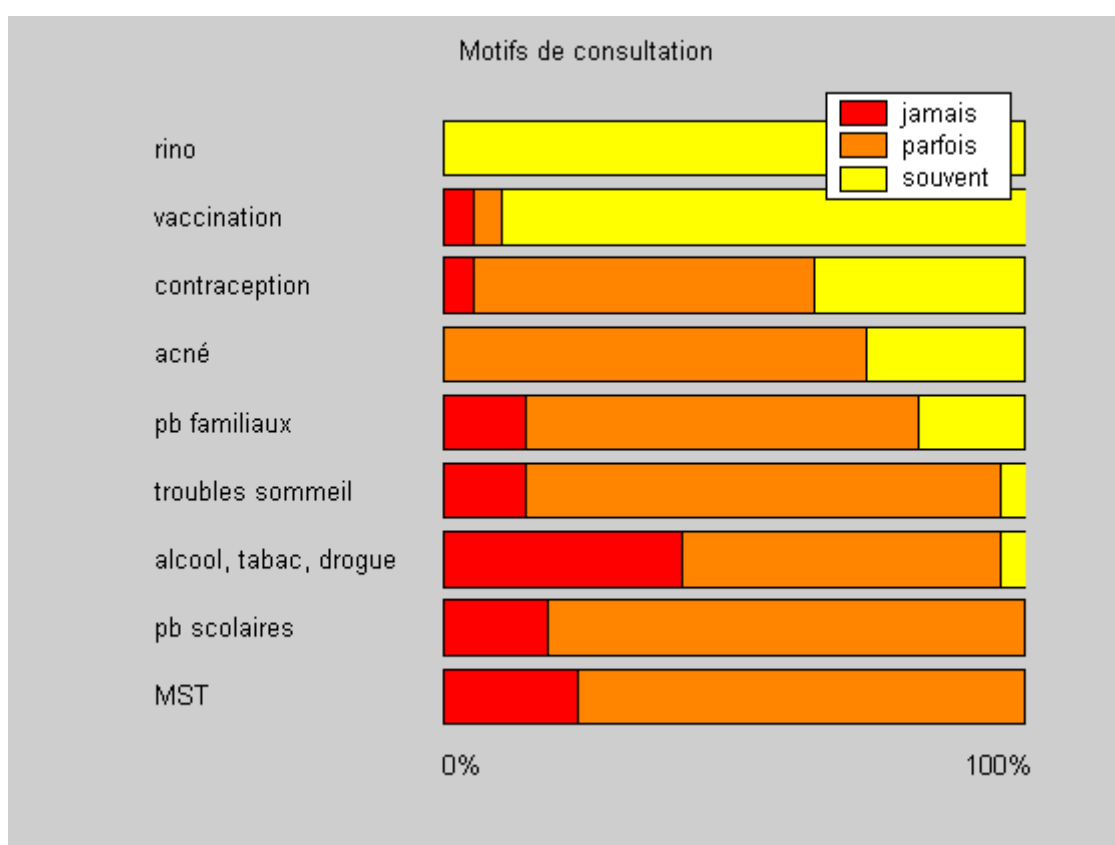


Figure 2

Les 22 médecins sont unanimes pour dire que les jeunes consultent plus souvent pour les pathologies rhinopharyngées et les vaccinations (cf. Figure 2). 82% des médecins sondés

sont parfois sollicités pour les problèmes scolaires, les troubles du sommeil et les MST. Par contre, 41% des médecins interrogés déclarent que les jeunes ne viennent jamais pour des problèmes liés à l'alcool, la drogue ou le tabac.

4.1.2.2 Le jeune

4.1.2.2.1 Représentation que les médecins s'en font

41% des médecins interrogés considèrent les jeunes qu'ils suivent comme des personnes à risque et 23% comme des enfants.

4.1.2.2.2 Les médecins sont-ils intéressés par ces consultations ?

82% des médecins de l'étude portent un intérêt particulier aux problèmes des jeunes mais seuls 32% souhaiteraient en suivre davantage.

4.1.2.2.3 Représentation que les médecins ont d'eux-mêmes

Lorsqu'ils voient des jeunes en consultation, 73% pensent être directifs et favorisent l'autonomie, 100% se disent chaleureux, 86% se voient comme plutôt calmes et 91% sont rassurants. Seuls 5% ont l'impression d'être stressés.

4.1.2.2.4 L'accueil du jeune

59% des médecins reçoivent le plus souvent le jeune accompagné de ses parents alors que 91% des médecins interrogés préféreraient voir le jeune en tête à tête. Lorsqu'un jeune

arrive accompagné de ses parents et demande à être vu seul, seuls 55% des médecins accordent cette requête.

4.1.2.2.5 L'information donnée au jeune

En cas de suspicion de problèmes liés à l'alcool, au tabac ou à la drogue, si le jeune n'aborde pas spontanément le sujet, 91% des médecins de l'étude initient le dialogue et 9% préfèrent ne pas en parler.

95% des médecins interrogés disent avoir informé leur jeune patient de l'existence du secret médical.

82% des médecins de l'enquête ont l'impression que leur avis ou leurs conseils ont un impact auprès des jeunes. 18% n'en ont aucune idée.

4.1.3 Que penser d'une aide extérieure ?

Lorsqu'une thérapie de soutien est nécessaire, 86% préfèrent adresser leur patient chez un spécialiste et 14% se sentent capables de la pratiquer eux-mêmes.

Concernant l'aide apportée par les centres d'accueil spécialisé pour jeunes, les avis sont partagés : 45% pensent y trouver une aide, 32% n'en voient pas l'utilité et 23% n'ont aucun avis à ce sujet.

4.2 2. QUESTIONNAIRE « JEUNE »

4.2.1 Profil de la population étudiée

4.2.1.1 Répartition des jeunes

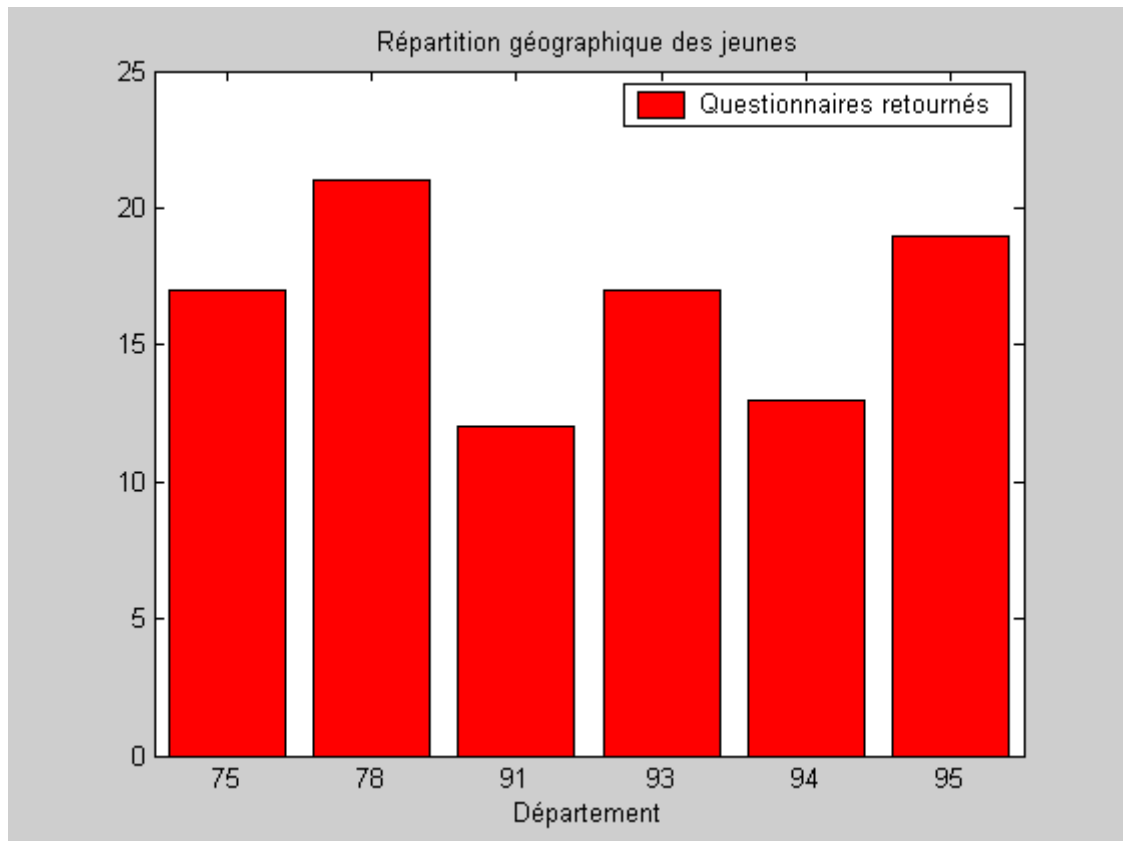


Figure 3

Le nombre de questionnaires retournés est très variable d'un médecin à l'autre et indépendant du département. Il n'a pas été retrouvé de dénominateur commun entre le nombre de questionnaires remplis et le profil du médecin. L'âge, le sexe, le lieu d'activité, le profil de clientèle et le volume d'actes ne semblent pas avoir d'influence sur le retour des questionnaires. Par contre, on constate que le taux de retour des questionnaires « jeunes » est plus important (compris entre 7 et 9 questionnaires « jeune » remplis pour chaque médecin) dans le groupe des 8 médecins ayant répondu avant la fin du premier mois et ce, quelque soit le profil du médecin concerné.

Dans ce groupe, 6 sur les 8 médecins déclaraient souhaiter prendre en charge davantage de jeunes. Pour l'un d'entre eux, 8 questionnaires contenaient des commentaires divers et pertinents sur les 9 questionnaires retournés. Quant au groupe de médecins ayant répondu après le rappel du premier mois, le nombre de questionnaires « jeune » retournés est très variable, allant de 0 à 6 par médecin.

Il semble donc que la participation des jeunes ait été, en grande partie, subordonnée à la motivation du médecin traitant, à son intérêt pour les jeunes et non à son profil personnel ou professionnel.

4.2.1.2 Age

Les jeunes inclus devaient avoir entre 15 et 20 ans. Seuls 4 jeunes ont dérogé à cette règle : 2 étaient âgés de 14 ans et 2 de 21 ans. Ces 4 questionnaires ont été malgré cela retenus étant donné la faible différence par rapport à l'âge requis. Des questionnaires ont été retournés pour tous les âges entre 15 et 20 ans. Les jeunes de 16 et 17 ans ont été les plus nombreux à répondre : ils représentent à eux seuls 50% des répondants.

4.2.1.3 Sexe

59% des jeunes ayant répondu étaient des filles contre 41% de garçons, tous âges confondus. Les garçons comme les filles sont en moyenne âgés de 17 ans. La répartition des sexes par âge est, par contre, très variable mais il n'en ressort pas de tendance probante.

4.2.1.4 Situation familiale

68% des jeunes interrogés vivent chez leurs parents et 22% chez leur mère. Cependant, l'intitulé de la question était trop imprécis et ne permettait donc pas de savoir s'il s'agissait d'un foyer monoparental ou d'un foyer recomposé. 7 jeunes déclarent vivre seuls : 6 d'entre eux ont 18 ans ou plus, le septième a 17 ans.

4.2.1.5 Situation professionnelle

67% vont au collège ou au lycée, 8% travaillent et 15% suivent des études supérieures, les autres jeunes sont en apprentissage ou au chômage. 86% d'entre eux se plaisent dans leur activité. Nous constatons cependant, que parmi les 14% qui ne se plaisent pas dans leur situation : 5 jeunes travaillent, 4 sont en apprentissage et 5 sont au collège ou au lycée. Parmi ces derniers, on remarque que 4 jeunes sur les 5 ont au moins 1 an de retard sur le cursus normal. Par ailleurs, il semble que l'âge joue un rôle puisqu'à 20 ans, 1 jeune sur 3 ne se plait pas dans ce qu'il fait alors qu'à 16 ans, tous apprécient leur activité quotidienne.

Il semble donc que l'âge rapporté au niveau d'étude soit un des facteurs de mal-être au quotidien. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre garçons et filles ni entre les différents médecins sur ce point.

4.2.2 Hygiène de vie

4.2.2.1 Pratique sportive

71% des jeunes interrogés pratiquent un sport. Les pourcentages rapportés au sexe ne montrent pas de différence significative entre filles et garçons.

4.2.2.2 Hygiène alimentaire

50% des jeunes déclarent prendre 3 repas par jour, 24% en prennent 2 et 4% ne mangent qu'une seule fois dans la journée ! Cette dernière catégorie se compose de filles. Pour ces 4 jeunes, il ne semble pas exister de rapport avec l'âge, la situation familiale ou professionnelle.

On remarque que le nombre de repas diminue avec l'âge : à 15 ans, 46% mangent 4 fois par jour, alors qu'à 20 ans, 1 jeune sur 2 ne mange que 2 fois par jour. L'hygiène alimentaire se dégrade au fil des années.

A la question : « avez-vous des difficultés à gérer votre alimentation ? », 42% des jeunes répondent « oui » et 78% d'entre eux n'en ont jamais parlé à leur médecin ! Les problèmes alimentaires augmentent avec l'âge : en effet, à 20 ans, 75% s'en plaignent alors qu'à 16 ans, seul 1 jeune sur 6 rapporte ce type de trouble. Parallèlement, on remarque que, quelque soit son âge, **le jeune n'aborde pas ce sujet avec le médecin traitant**. Les filles sont 2 fois plus nombreuses que les garçons à présenter des troubles alimentaires.

L'âge joue donc un rôle décisif sur l'hygiène nutritionnelle et l'émergence de troubles alimentaires. Par ailleurs, les résultats sont identiques dans la population de jeunes liée aux 8 médecins traitants « motivés ». Ainsi, quelque soit le profil ou la motivation du médecin traitant, ce dernier est laissé dans l'ignorance du trouble dans 75% des cas.

4.2.3 Conduites à risque

4.2.3.1 Le tabac

26% des jeunes interrogés fument des cigarettes, les filles sont plus nombreuses que les garçons (29% contre 22%). La proportion de fumeur croît avec l'âge : à 20 ans, en effet, 1 jeune sur 2 fume. Et déjà, 8% des jeunes âgés de 16 ans fument ! Parmi ces fumeurs, 70% n'en parleront pas à leur médecin traitant, alors que 18% d'entre eux souhaitent arrêter.

Les pourcentages restent semblables quel que soit le médecin et quel que soit le plaisir que le jeune trouve dans son activité quotidienne.

4.2.3.2 L'alcool

La question posée était : « Buvez-vous régulièrement de l'alcool ? ». 1 jeune sur 4 âgé de 20 ans déclare avoir une consommation régulière d'alcool. Les filles sont aussi touchées que les garçons lorsqu'il s'agit de consommation régulière.

2 jeunes âgés de 16 ans boivent régulièrement ! Ces 2 jeunes ont un profil similaire : ils sont en apprentissage, vivent chez leur mère, font du sport, sont fumeurs, ne se plaisent pas dans leur cursus et ont des difficultés à gérer leur alimentation. Aucun de ces jeunes consommateurs d'alcool n'a discuté de son problème avec son médecin traitant.

4.2.3.3 La violence

1 jeune sur 5, tous âges confondus, a été frappé ou blessé par un ou des tiers. Les jeunes âgés de 18 et 19 ans sont 2 fois plus touchés par la violence, mais dans 93% des cas,

les jeunes quel que soit leur âge, n'en parlent pas à leur médecin traitant. Le profil du médecin ou la durée de suivi du jeune n'entraîne pas de variation de ces chiffres.

4.2.3.4 Sentiment de déprime et idée suicidaire

Ce thème a été abordé par 2 questions. La première était : « ces derniers temps, vous sentez-vous déprimé ? »

30% des jeunes se sont sentis déprimés, le plus souvent des filles : 4 filles pour 1 garçon. Plus les jeunes avancent en âge et plus ce sentiment de déprime est perçu : à 20 ans, en effet, il touche 63% des jeunes interrogés, alors qu'à 16 ans, seuls 7% disent l'avoir éprouvé. En croisant les résultats du questionnaire « jeune » et du questionnaire « médecin », on remarque que les chiffres concernant la déprime des jeunes sont indépendants du profil du médecin. Dans 84% des cas, les jeunes ne parlent pas de ce ressenti avec leur médecin traitant. On note, par contre, que **la durée de suivi semble influencer sur le ressenti des jeunes** car ils sont 2 fois moins nombreux à s'être sentis déprimés dans le groupe suivi par le même médecin traitant depuis plus de 3 ans que dans le groupe suivi depuis moins d'un an.

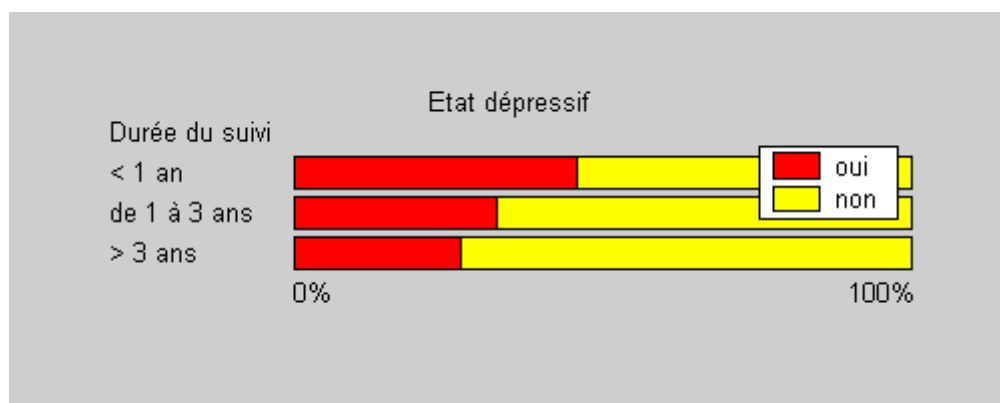


Figure 4

Une tendance semble se dégager concernant ces groupes de suivi : **il apparaît que plus la durée de suivi par le médecin traitant est longue, plus les jeunes abordent le sujet de la déprime.** On constate, en effet que dans le groupe suivi depuis moins d'un an, moins de 10% des jeunes en parle alors que dans le groupe suivi depuis plus de 3 ans, ils sont 2 fois plus nombreux à aborder ce sujet.

Résultats en fonction de l'existence ou non d'un sentiment de déprime :

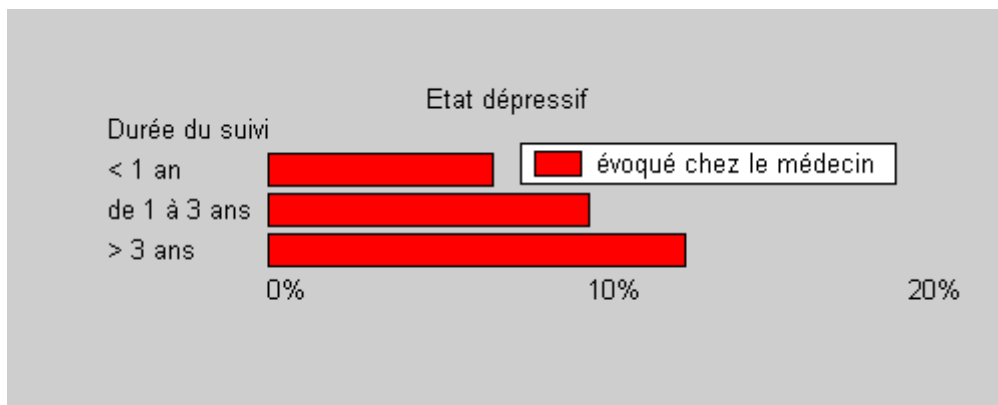


Figure 5

On peut entrevoir un profil des jeunes « déprimés » : Ils sont plus âgés, en majorité des filles, sont plus nombreux à travailler et à vivre en dehors du foyer familial, semblent moins se plaire dans leur activité quotidienne et sont moins sportifs. Par ailleurs, ils ont plus de difficulté à gérer leur alimentation, sont dans 47% des cas fumeurs, boivent plus régulièrement de l'alcool, sont plus nombreux à avoir fugué et ont, pour 60% d'entre eux eu des idées suicidaires. Concernant la sexualité, ces jeunes prennent plus de risques puisque 20% d'entre eux ne mettent jamais de préservatif contre 6% parmi les « non déprimés ».

Concernant l'idée suicidaire, la question posée était : « Avez-vous pensé à vous suicider ? », les possibilités de réponses étant « Oui » ou « Non » ; par ailleurs, le jeune devait préciser s'il avait tenu son médecin informé.

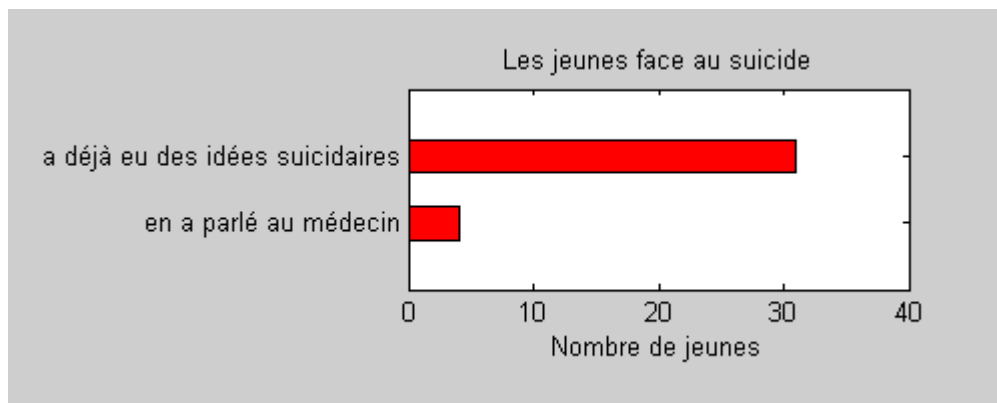


Figure 6

31% des jeunes interrogés disent avoir pensé au suicide. **90% d'entre eux n'en ont pas parlé à leur médecin traitant.** Parmi ces 31%, 55% se sont sentis déprimés ces derniers temps alors que dans la population « non suicidaire », seuls 16% avaient éprouvé ce sentiment.

Dans le groupe de jeunes « suicidaire », 71% sont des filles et l'âge moyen est de 18 ans. Le pourcentage de jeunes « suicidaires » augmente avec l'âge : à 17 ans, 1 jeune sur 5 a pensé au suicide contre **1 jeune sur 2 à 20 ans.** Dans cette population, ils sont plus nombreux à vivre seuls ou en couple, ont déjà un emploi, sont au chômage ou en apprentissage. Cependant, ils déclarent se plaire dans leur activité quotidienne dans 80% des cas, ces chiffres sont équivalents dans la population qui ne rapporte pas d'idée suicidaire.

Concernant les comportements à risque, il est intéressant de comparer les 2 populations :

Figure 7

On constate donc que les prises de risque face à l'alcool, la drogue et le sexe sont plus importantes dans la population « suicidaire ». De plus, ils semblent plus nombreux à avoir fugué ou à avoir subi des violences.

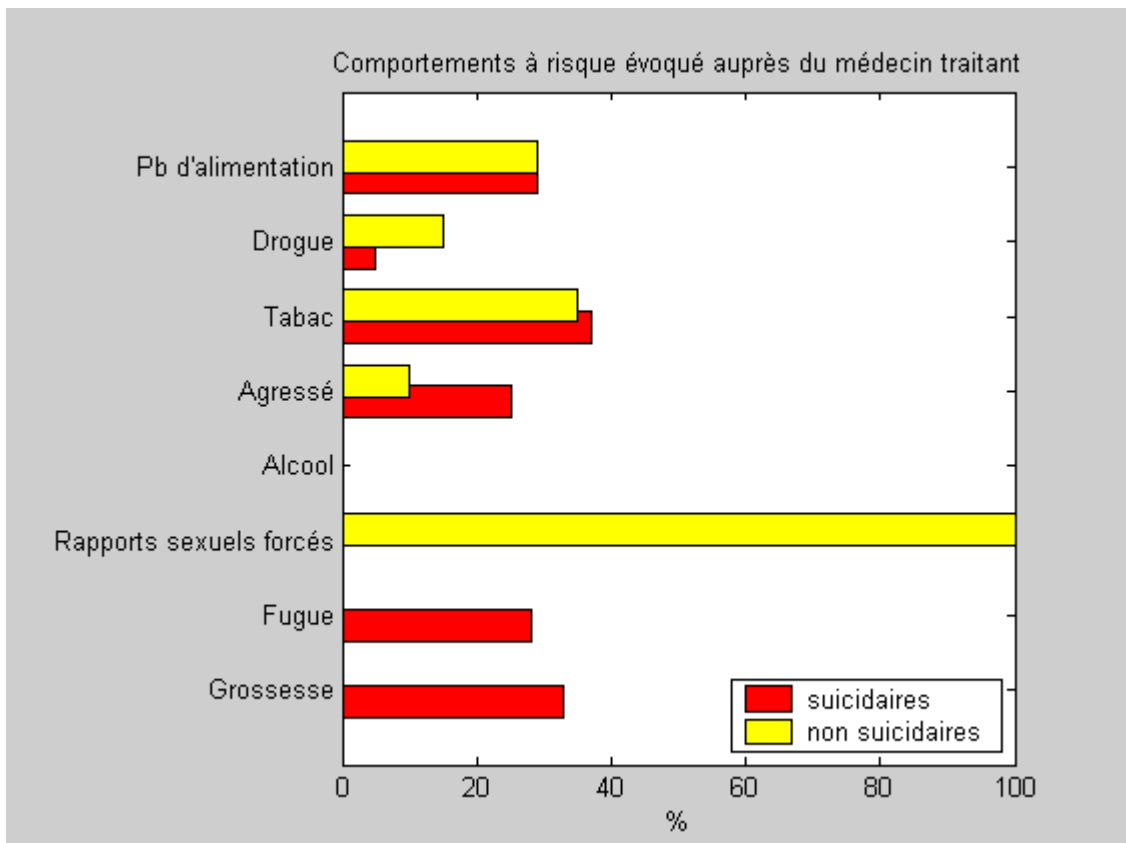


Figure 8

On note, par ailleurs, que les jeunes se tournent très peu vers leur médecin traitant pour parler de leurs conduites à risque quel que soit le groupe de jeunes interrogés, et le profil du médecin.

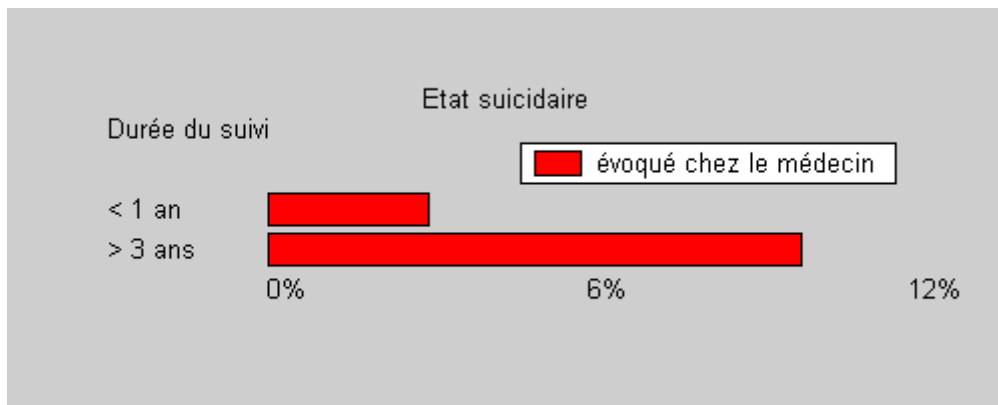


Figure 9

On remarque que le médecin traitant est plus souvent informé des conduites à risque dans le groupe de jeune suivi depuis plus de 3 ans.

Au terme de ces résultats, une **population de jeunes semble plus à risque de suicide** : par son comportement et son détachement du cadre familial. Cette population paraît d'autant plus difficile à cerner qu'elle laisse, le plus souvent, **le médecin traitant dans l'ignorance** de sa situation tant physique que psychique, même s'il apparaît que la durée de suivi influence le degré de confiance.

4.2.3.5 Autoévaluation de l'état de santé

A la fin du questionnaire, les jeunes devaient évaluer leur état de santé en le cotant de « pas du tout satisfaisant » à « très satisfaisante ». Dans 59% des cas, les jeunes trouvent leur santé plutôt satisfaisante et 24% très satisfaisante, seuls 3% ne sont pas du tout satisfaits. Ces 3% sont en majeure partie composés de jeunes se disant déprimés ou « suicidaires ». Par ailleurs, la plupart des jeunes « déprimés » ou « suicidaires » trouvent leur santé plutôt satisfaisante.

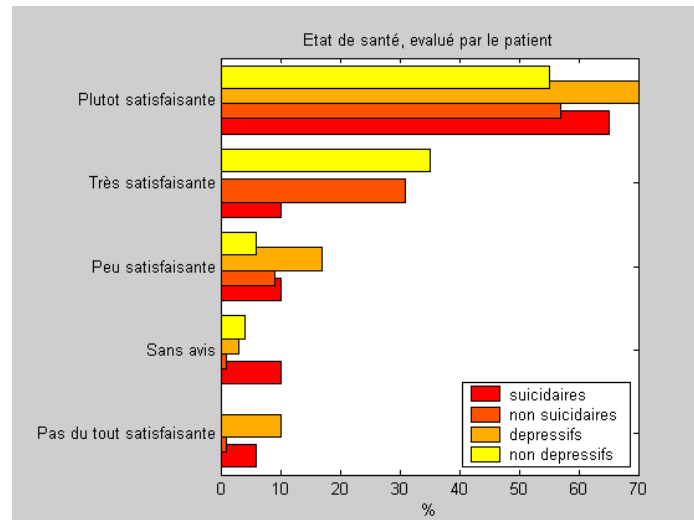


Figure 10

Ainsi, quelles que soient leurs conduites à risque, ils pensent en grande majorité être en bonne santé. Dans la plupart des cas, ils n'ont donc pas conscience des risques encourus.

4.2.4 Les jeunes et le cabinet médical

4.2.4.1 Les modalités de l'accueil

Il était demandé aux jeunes, par le biais d'un ensemble de questions fermées, l'importance qu'ils attachaient aux conditions d'accueil.

L'accueil par une secrétaire laisse les jeunes plutôt indifférents, seule la présence, dans la salle d'attente, de personnes de leur connaissance les met mal à l'aise.

Les conditions d'accueil au cabinet médical n'influencent pas les jeunes dans leur décision de se rendre au cabinet, dans la majorité des cas. Par contre, si l'on s'intéresse au groupe des jeunes déprimés et au groupe des jeunes ayant eu des idées suicidaires, on

constate que la période de l'attente est rendue plus difficile par la présence de personne de leur connaissance, ceci pouvant alors constituer un obstacle à la consultation.

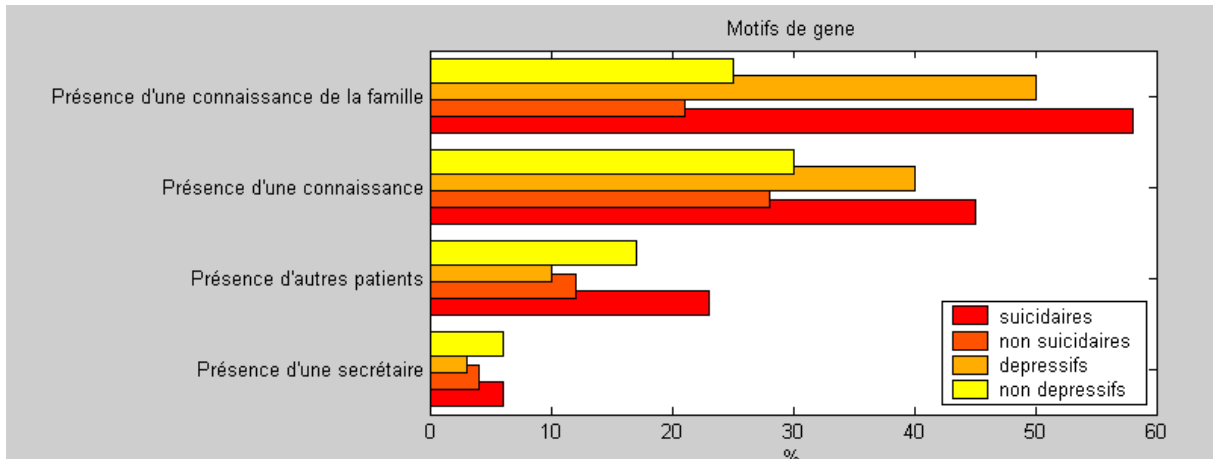


Figure 11

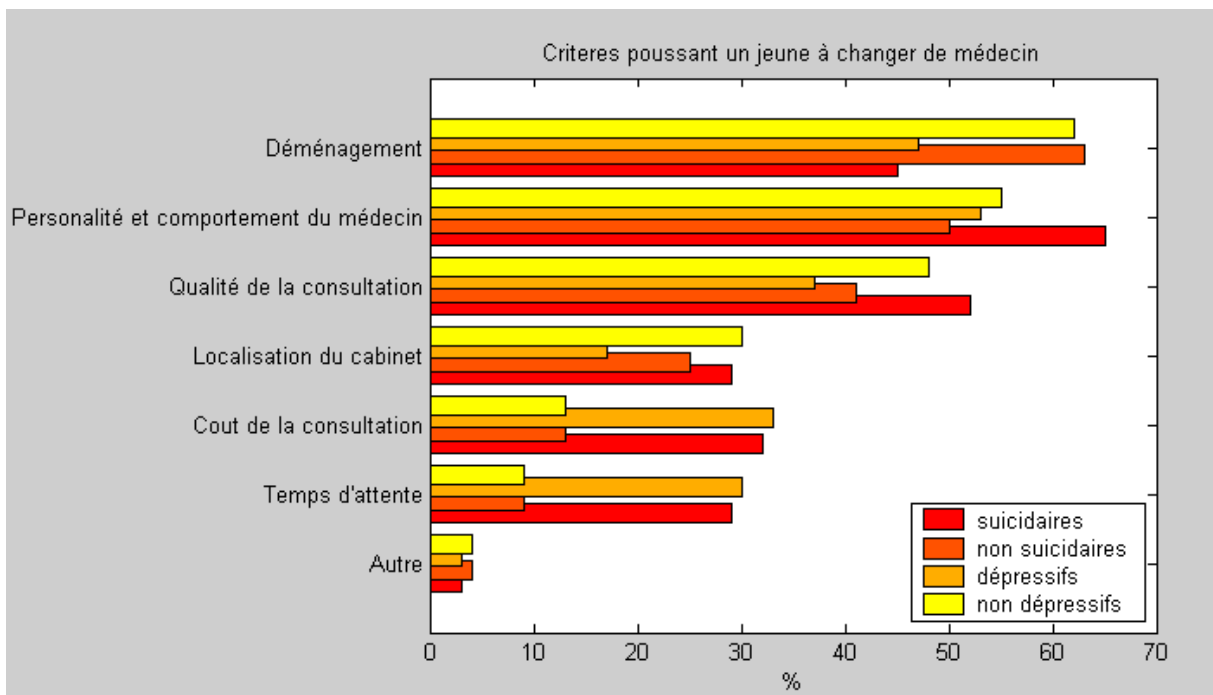


Figure 12

Pour les jeunes en difficulté, le temps d'attente aurait donc une influence sur leur décision d'aller consulter.

4.2.4.2 Le médecin traitant

Le questionnaire interrogeait les jeunes sur l'image qu'ils avaient de la personnalité de leur médecin traitant. Sur l'ensemble des jeunes interrogés, il ressort qu'ils trouvent leur médecin disponible, à leur écoute et facilement accessible par téléphone.

Ils n'envisagent pas la consultation comme une corvée puisque aller en consultation ne les dérange pas dans 63% des cas. Se rendre chez le médecin traitant représente une source d'information dans 24% des cas. Ils sont sensibles à la façon dont le médecin les accueille et apprécient le regard que le médecin porte sur eux. Ils ont pour la plupart l'impression d'être considéré comme des adultes ou des jeunes sans particularité et cela semble leur convenir.

Concernant la personnalité de leur médecin traitant, les jeunes le trouvent chaleureux, calme et rassurant. Le profil de leur médecin traitant leur convient car 1 jeune sur 2 préférerait consulter dans un autre cabinet si la personnalité de son médecin était différente. **Plus de 85% des jeunes interrogés pensent avoir une bonne relation avec leur médecin traitant et 89% d'entre eux sont satisfait voire très satisfait de la façon dont leur médecin traitant s'occupe d'eux.**

Concernant les jeunes « déprimés » et « suicidaires », ils sont moins nombreux à trouver leur médecin rassurant, disponible et facilement accessible. Ils semblent plus sensibles que les autres jeunes à la façon dont le médecin les considère car, s'ils ont l'impression d'être perçu comme des jeunes sans particularité dans 42% des cas, 1 jeune sur 4 de ce groupe irait voir son médecin traitant plus souvent s'il était considéré différemment ou si son médecin se montrait plus rassurant. Ils considèrent moins souvent la consultation comme une obligation et ils sont 3 fois plus nombreux à trouver ce moment agréable. Pourtant, dans cette

population, les jeunes sont à plus de 85% satisfait de leur médecin traitant et de la relation qu'ils entretiennent avec lui. Il apparaît donc que le médecin traitant jouit d'une bonne image auprès des jeunes, mais il ne répond pas complètement aux attentes des jeunes « à risque », jeunes d'autant plus difficiles à cerner qu'ils ne ressentent pas d'insatisfaction.

4.2.5 La consultation comme moyen de communication

A la question : « est-ce que vous confiez vos problèmes personnels à votre médecin traitant ? », les jeunes ont répondu « non » à 74%. Le médecin traitant n'est donc pas perçu comme le confident, idée confirmée par la question 27 :

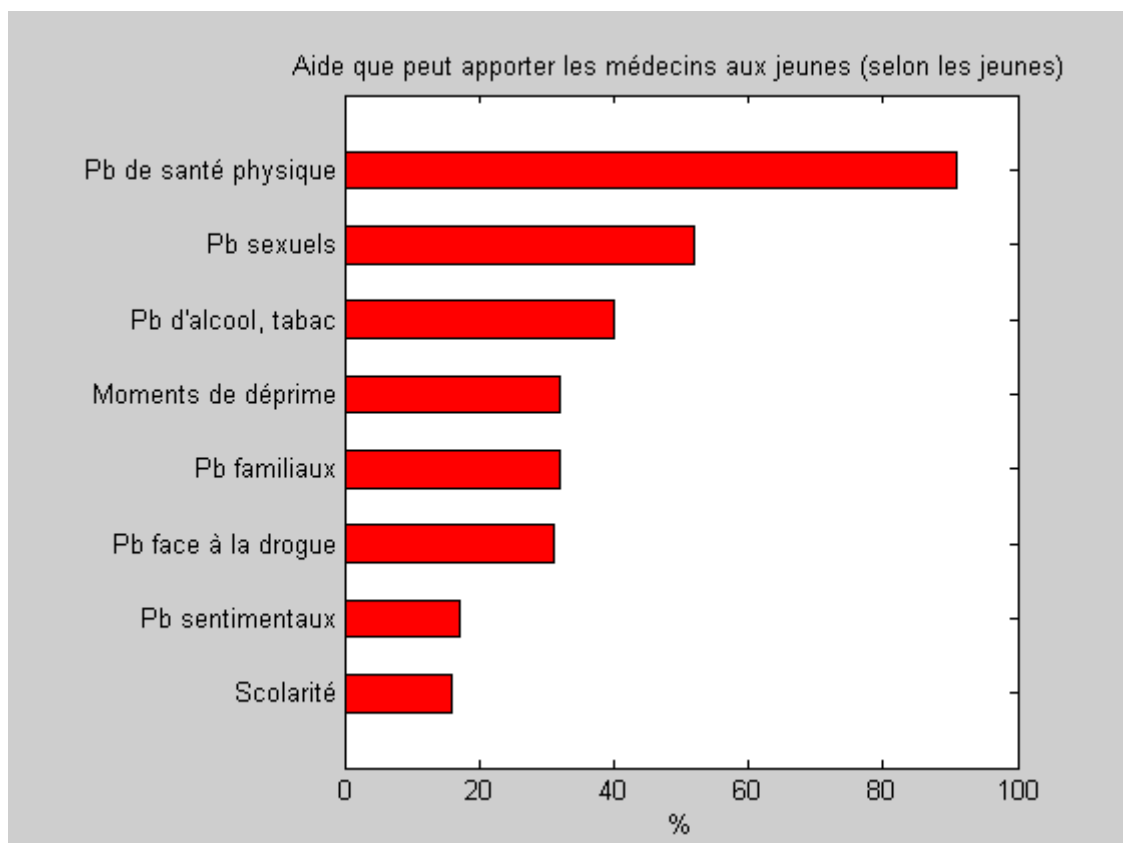


Figure 13

Ainsi, pour les jeunes, relèvent du médecin traitant les problèmes physiques ou les petits « bobos » du quotidien.

Par ailleurs, il était intéressant de savoir comment les jeunes percevaient les questions de leur médecin traitant, le trouvaient-ils trop curieux, trop bavard ? 74% des jeunes interrogés ne trouvent pas leur médecin trop intrusif et pensent qu'il sait garder la bonne distance. **Dans le groupe « à risque », ils sont 2 fois plus nombreux à trouver leur médecin traitant pas assez curieux à leur égard et trop silencieux.**

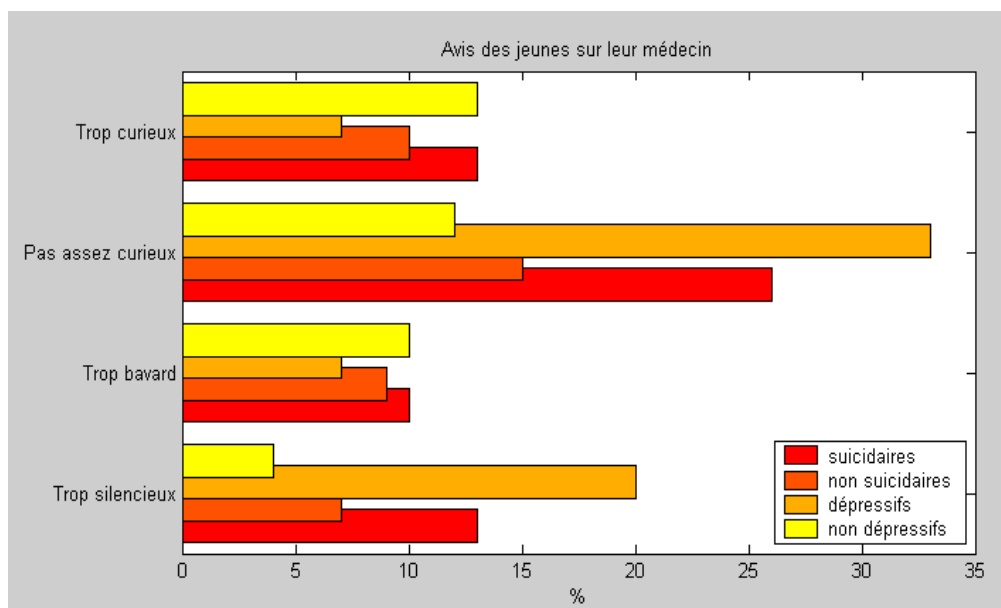


Figure 14

Concernant le secret médical, 95% des médecins interrogés déclaraient l'avoir expliqué aux jeunes, alors que seuls 29% des jeunes disent en avoir été informés. Par ailleurs, 5% des jeunes interrogés pensent que leur médecin a le droit de répéter ce qui a été dit en consultation et ils sont 2 fois plus nombreux à en être convaincus dans le groupe « à risque ».

Lors de la consultation, 91% des médecins traitants interrogés disent initier le dialogue concernant le tabac, l'alcool ou la drogue alors que 77% des jeunes, et 85% dans le groupe de jeunes « à risque », disent ne pas recevoir spontanément d'information de leur médecin traitant. Quant à l'information donnée, elle est jugée, selon 50% des jeunes, intéressante, et 1 jeune sur 4 la trouve crédible. 1 jeune sur 6 dans le groupe « à risque » pense

qu'elle est insuffisante contre 1 jeune sur 10 parmi les jeunes n'ayant pas eu d'idées suicidaires.

Par ailleurs, 81% des jeunes pensent que le médecin traitant répond de façon claire et adaptée à leur problème, ce chiffre tombe à 65% dans le groupe des jeunes « déprimés » ou ayant eu des idées suicidaires. Dans ce dernier groupe, ils sont 15% à trouver que leur médecin emploie des mots trop compliqués, contre 7% selon les autres jeunes. 23% des jeunes « à risque » ont l'impression que leur médecin ne répond pas exactement à leur question, contre 3% chez les jeunes sans particularité.

Concernant le temps de consultation, dans 92% des cas, la consultation dure de 10 à 20 minutes, et ce quel que soit le médecin. Pourtant, 30% des jeunes interrogés n'ont pas l'impression, à la fin de la consultation, d'avoir tout dit et dans le groupe de jeunes ayant eu des idées suicidaires, ils sont plus de 45% à avoir cette impression. Il semble donc que les jeunes à risque souhaitent davantage communiquer durant la consultation.

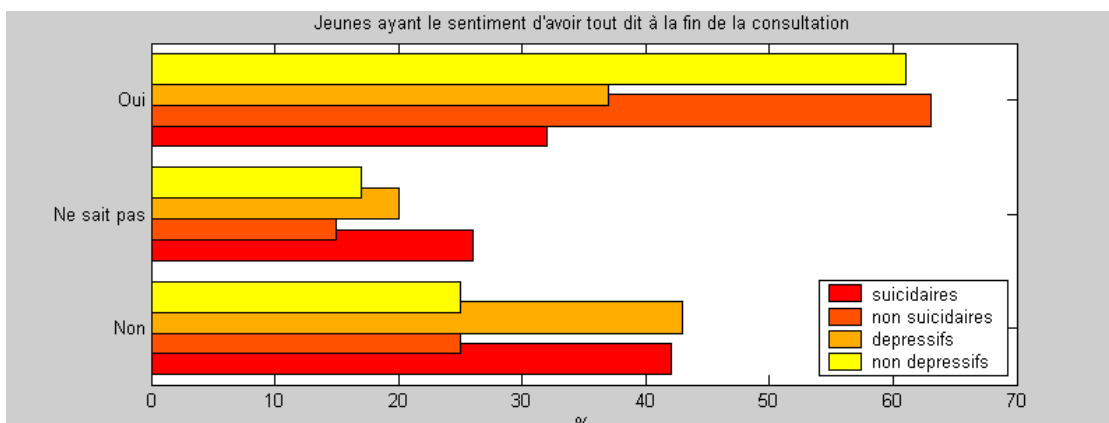


Figure 15

Une des questions cherchait à savoir en quoi, selon les jeunes, le médecin traitant pouvait les aider. 70% des jeunes de l'enquête pensent que le médecin peut les aider en les informant des risques, et ce quel que soit le profil des jeunes interrogés.

Pour 1 jeune sur 2, le médecin traitant serait une aide s'il discutait plus longtemps et plus souvent pour 1 jeune sur 3. Selon le profil du jeune interrogé, on constate que 2 jeunes « déprimés » ou « suicidaire » sur 3 aimeraient que le médecin traitant discute plus longtemps et parmi ces derniers, 1 jeune sur 2 aimerait parler plus souvent de ses problèmes avec son médecin traitant.

Ainsi, **les jeunes sont demandeurs d'informations** de la part de leur médecin traitant mais ils préfèrent qu'elles soient spontanément divulguées car ils se confient peu et posent peu de questions. L'importance de la demande varie avec le profil du jeune, les jeunes « déprimés » ou ayant eu des idées suicidaires paraissent attendre davantage de leur médecin traitant.

4.2.6 Le jeune et le suivi médical

4.2.6.1 Le jeune consulte-t-il ?

87% des jeunes ont consulté leur médecin traitant au cours des 12 derniers mois et 1 jeune sur 3 s'est entretenu avec le médecin scolaire. 1 jeune sur 4 a rencontré un spécialiste dans l'année. Ces chiffres varient selon le profil du jeune interrogé : parmi les jeunes déprimés ou ayant eu des idées suicidaires, 1 jeune sur 2 a sollicité le médecin scolaire et 1 jeune sur 10 a consulté un psychiatre ou psychologue dans l'année. Ils sont 35% au sein de ce groupe de jeunes à avoir fait appel à un spécialiste (gynécologue, ophtalmologue...).

Les jeunes interrogés, même s'ils ne représentent qu'un faible volume de consultation, rencontrent plusieurs professionnels de santé dans l'année.

4.2.6.2 Le jeune est-il un patient nomade ?

30% des jeunes interrogés étaient suivis par le même médecin généraliste depuis leur enfance. Parmi ces 30%, 85% pensent que cela constitue un avantage. On retrouve les mêmes chiffres dans la population des jeunes « à risque ». Parmi les 70% de jeunes qui ne sont pas suivis par le même médecin depuis leur enfance, seul 1 jeune sur 4 considère que ce changement constitue un avantage.

Par ailleurs, 80% des jeunes interrogés, tous profils confondus, pensent que l'on est mieux suivi si on consulte toujours le même médecin et seuls 5% d'entre eux comptent changer de médecin dans l'année à venir. Dans ces 5% de jeunes, tous se déclaraient satisfaits de leur médecin traitant, aucun d'entre eux ne rapportait d'idée suicidaire. Pour 3 d'entre eux, le changement était lié à un déménagement, pour les autres, il n'a pas été retrouvé de motif.

Concernant le choix du médecin traitant, 60% des jeunes interrogés ont connu leur médecin traitant par un des membres de la famille. Ainsi, même si le médecin traitant n'a pas suivi le jeune durant l'enfance, il parvient à connaître l'entourage familial. 30% des jeunes ont choisi leur médecin traitant en fonction de ses facilités d'accès et 10% ont tenu compte des conseils d'un ami. Les chiffres sont identiques quel que soit le profil du jeune interrogé.

Les jeunes sont donc fidèles à leur médecin traitant, la continuité des soins constituant un gage de qualité. De plus, le fait que ce dernier suive un proche constitue un avantage.

4.2.6.3 Le jeune et l'avenir

La question posée était : « souhaitez-vous que votre médecin traitant s'occupe un jour de vos enfants ? ». La majorité des jeunes souhaitent que leurs enfants soient suivis par leur médecin traitant.

Les chiffres varient selon le profil des jeunes interrogés. Parmi les jeunes déprimés ou ayant eu des idées suicidaires, 9 jeunes sur 10 aimeraient que leur médecin traitant suive leurs enfants alors qu'ils ne sont que 7 sur 10 parmi les jeunes sans problèmes. Les jeunes parviennent se projeter dans le cadre d'une relation stable dans le temps.

Les jeunes « déprimés » ou ayant eu des idées suicidaires souhaitent poursuivre leur relation avec le médecin traitant : Ils ne pensent pas que changer de médecin soit une solution à leur mal-être.

4.2.7 Les jeunes et les honoraires

La question était : « quels sont les motifs qui pourraient vous faire changer de médecin ? ». 1 jeune sur 2 consulterait un autre médecin si la qualité de la consultation se dégradait ou si le comportement de son médecin traitant changeait. Le déménagement était la cause la plus fréquente de changement. Par contre, l'importance attachée aux honoraires varie selon le profil du jeune interrogé. Dans le groupe des jeunes « déprimés » ou ayant eu des idées suicidaires, 1 jeune sur 3 changerait de médecin traitant si le coût de sa consultation augmentait alors que parmi les autres jeunes, seul 1 jeune sur 6 irait consulter ailleurs pour ce motif. Cf. Figure 12

Une question interrogeait le jeune sur la provenance de l'argent destiné aux honoraires. 15% des jeunes sans problème contre 30% des jeunes en difficulté paient les honoraires de leur poche. Parmi ces jeunes en difficulté, la plupart sont détachés du foyer parental, travaillent, sont au chômage ou en apprentissage.

Les autres jeunes perçoivent de l'argent de leurs parents pour régler les honoraires. Il arrive parfois que les parents paient la consultation lors d'une visite ultérieure. Cela nécessite que les parents soient informés de la consultation. 95% des jeunes sans problème informent leurs parents de leur entrevue et seuls 75% des jeunes déprimés ou ayant eu des idées suicidaires font de même. **Le coût de la consultation constitue un obstacle pour les jeunes en difficulté.**

5 DISCUSSION

5.1 LA METHODE

5.1.1 Fiabilité de l'analyse statistique

Cette étude réalisée auprès des médecins et des jeunes comporte, comme tout sondage, des biais induits par la méthodologie. Ces biais rendent certains résultats difficilement exploitables : par exemple, comment interpréter et généraliser un résultat lorsque l'échantillon ne contient qu'un ou 2 sujets?

Etant donné la taille de l'échantillon, il est impossible de dresser une analyse statistique à partir de cette étude. Cependant, il est intéressant de chercher à dégager des tendances et de les comparer à de grandes études statistiquement fiables. Une analyse des biais est donc nécessaire afin de ne pas se laisser piéger par certains résultats.

5.1.1.1 Population des médecins

Le recrutement des médecins a été fait à l'aide des pages jaunes, de façon aléatoire dans le but de couvrir plusieurs départements d'Ile de France. Ce choix aléatoire permet d'éviter un ciblage urbain/rural, de sexe, et d'âge. Cependant, le très fort taux de réponses négatives biaise cet échantillonnage : 30 médecins sur 220 ont accepté de participer à l'enquête. Les principales causes évoquées par les médecins étant un manque de temps, on peut donc penser que les 30 médecins participant à l'étude sont particulièrement intéressés par les jeunes. Cette hypothèse est néanmoins difficile à vérifier.

La difficulté du recrutement a donc entraîné la baisse de l'objectif initial qui était de recruter 50 médecins. Sur les 30 médecins recrutés, 22 ont retourné le questionnaire.

Ce nombre est-il suffisant pour dégager des tendances valables pour l'ensemble du corps médical ? Cette population devrait être suffisante tant que l'on tire des conclusions sur l'ensemble des médecins. Cependant, lorsque l'on souhaite émettre des hypothèses sur un sous-ensemble des médecins (par exemple sur les médecins semi urbain, qui ne sont que 3), les résultats sont à interpréter avec plus de précautions.

5.1.1.2 Population des jeunes

Les médecins participant à l'enquête ont pour mission de recruter les jeunes. Cela entraîne inévitablement un filtrage, conscient ou inconscient, de la part du médecin. On peut penser que le médecin donnera plus facilement le questionnaire à un jeune qu'il apprécie plutôt qu'à un jeune le consultant pour la première fois. Une autre conséquence de cette voie de recrutement est qu'elle exclut d'emblée les jeunes ne consultant pas de médecin.

Le nombre total de questionnaires distribués aux jeunes n'est pas connu. Chaque médecin avait la possibilité de distribuer jusqu'à 10 questionnaires, un total de 300 questionnaires a été fourni aux médecins.

105 questionnaires ont été retournés. Il est fort probable qu'un nombre non négligeable de jeunes a reçu un questionnaire mais n'a pas souhaité répondre, soit par désintérêt, manque de temps, oubli ou doute sur le respect de l'anonymat. La raison financière était écartée, les questionnaires étant associés à des enveloppes pré affranchies.

La population de jeunes ayant accepté de répondre constitue un certain biais, sa participation pouvant être interprétée comme une preuve d'intérêt pour le médecin traitant.

5.1.2 Tendance des biais

Parmi les différentes hypothèses de biais possibles décrites précédemment, nombreuses sont celles qui tendent vers un même impact sur les réponses des questionnaires. En effet, les médecins participant à l'enquête et les jeunes sélectionnés par ces médecins constitue une population se sentant concernés par le sujet de l'étude.

5.1.3 Apport des biais

Il est intéressant de pousser plus loin ce raisonnement. Le mode de recrutement des médecins et des jeunes permet d'étudier les comportements à risque d'une population prise en charge et ayant un réel intérêt pour la consultation. Les différents résultats obtenus seront donc le reflet de l'impact du médecin traitant sur les conduites de jeunes bénéficiant d'une prise en charge médicale. Cela tend à ignorer les jeunes exclus du système de soin et ceux ne portant aucun intérêt à leur santé. Certes, il s'agit probablement de la jeunesse la plus vulnérable en terme de risque mais aussi la plus difficile à approcher.

Il semble donc intéressant dans un premier temps de cerner les attentes des jeunes bénéficiant d'un encadrement médical et d'améliorer leur prise en charge. Dans un second temps et par le biais d'études plus appropriées, il sera impératif d'atteindre l'ensemble des jeunes.

5.2 LES RESULTATS DE L'ENQUETE COMPARES AUX ETUDES DE GRANDE ENVERGURE

5.2.1 les jeunes interrogés et leurs conduites à risque. Impact des biais de l'étude

Les études de grande envergure menées auprès des jeunes ces dernières années sont celles du CFES [8], dont les résultats sont publiés dans le baromètre santé jeunes et celles du gouvernement français publiées sous le nom d'ESCAPAD [32] effectuées lors des journées françaises d'appel de préparation à la défense. Leur mode de recrutement et de sondage des jeunes était différent des modalités de notre étude.

Ainsi, dans l'étude du CFES, la tranche d'âge concernée est beaucoup plus large allant de 12 à 19 ans et l'échantillon beaucoup plus important puisqu'il concernait 4000 jeunes. Le sondage était réalisé par téléphone, après recrutement par tirage au sort.

Dans l'étude ESCAPAD 2000 puis 2001, les sujets de l'étude avaient tous plus de 18 ans, âge minimum pour la participation aux journées d'appel de préparation à la défense, et le groupe interrogé se composait de 15 000 jeunes ayant répondu à l'appel.

Ainsi, dans aucune de ces 2 études, il n'existe d'intermédiaire entre l'enquêteur et le sujet interrogé. De là, viennent l'originalité mais aussi la complexité d'interprétation des résultats de notre enquête. Dans le cadre de notre étude, le jeune devait avoir consulté son médecin traitant et accepté de répondre au questionnaire. Ces deux éléments ont une forte incidence sur le profil de la population interrogée car le mode de recrutement sous-entend une réelle motivation du médecin traitant et du jeune interrogé.

La population de jeunes ayant répondu est donc constituée d'adolescents consultant leur médecin traitant, donc bénéficiant d'un encadrement médical, et portant un intérêt à la consultation puisqu'en répondant au questionnaire, ils se donnent les moyens d'exprimer leur avis. De plus, ces jeunes sont les patients de médecins portant un intérêt à la santé des adolescents puisqu'ils ont pris la peine de recruter ces jeunes. Il existe donc à l'origine de chaque réponse une interaction médecin jeune. Ce point est crucial, car il va permettre de comparer les comportements à risque d'une population prise en charge sur le plan médical et un ensemble de jeunes non recrutés sur ce critère.

5.2.1.1 Le profil des jeunes ayant répondu au questionnaire

Concernant notre enquête, les jeunes sont âgés en majorité de 16 à 17 ans, plus souvent des filles, vivent chez leurs parents ou chez un de leurs parents à 90% et sont scolarisés en cycle secondaire ou supérieur pour 82% d'entre eux. Ils se plaisent dans leur activité dans 86% des cas, sont sportifs dans 71% des cas et 83% d'entre eux jugent leur santé satisfaisante voire très satisfaisante.

Concernant ces différents items, les chiffres obtenus, à âge équivalent, sont légèrement supérieurs à ceux obtenus dans l'étude du CFES de 1998 [6].

Il semble donc que les jeunes de notre enquête, recrutés par l'intermédiaire du médecin traitant, bénéficient d'un encadrement familial, médical et scolaire privilégié comparés aux jeunes interrogés lors de l'étude du CFES. Cela a-t-il un impact sur leurs comportements à risque ?

5.2.1.2 Les comportements à risque

Concernant les consommations de tabac, d'alcool et de drogue, on constate à la lecture du rapport du CFES de 2000 [8] que les chiffres relevés au cours de notre enquête et ceux du dernier baromètre santé jeunes sont similaires et reflètent des tendances identiques quant à l'évolution par sexe et par âge. Ainsi, le fait que les jeunes de notre enquête bénéficient, à priori, d'un encadrement privilégié ne semble pas avoir d'influence sur leurs conduites à risque.

Concernant les fugues et les actes de violence, les résultats de notre enquête, mettant en relation ces conduites avec l'existence d'un mal-être, rejoignent les chiffres obtenus dans l'étude de M. Choquet et S. Ledoux réalisée par l'Inserm en 1994 [20].

Sur le plan de l'idée suicidaire, les résultats de notre étude correspondent aux chiffres obtenus dans l'étude ESCAPAD, ces chiffres étant rapportés au sexe et pour la tranche d'âge majoritairement concernée, c'est-à-dire les jeunes âgés de 18 à 20 ans [32].

Ces comparaisons mettent en relief le fait que, malgré une prise de contact médicale, les jeunes de notre enquête ont un profil de risque superposable à celui d'échantillon statistiquement représentatif recruté de façon aléatoire et ne tenant pas compte d'une quelconque prise en charge médicale.

5.3 LES HYPOTHESES EVOQUEES PAR LES RESULTATS DE L'ETUDE

L'originalité de cette étude réside dans le mode de recrutement des jeunes par l'intermédiaire du médecin traitant : elle permet d'entrevoir les interactions existantes et par ce biais, de distinguer les aspects positifs et négatifs de la prise en charge médicale telle

qu'elle est pratiquée actuellement. Suite aux résultats de cette enquête, plusieurs points de la prise en charge des jeunes par le médecin traitant sont remis en question. Cela nous a amené à formuler des hypothèses visant à modifier voire améliorer la relation entre les médecins généralistes et les jeunes.

Ainsi, alors que les jeunes de notre enquête constituent une population privilégiée en terme d'encadrement, l'incidence de leurs comportements à risque reste superposable à celle de la population générale au même âge. Selon les résultats de notre étude, plusieurs critères semblent influencer la qualité de la prise en charge médicale des jeunes :

- La consultation : les modalités d'accueil au cabinet et les critères de qualité du suivi
- La santé des jeunes : autoévaluation et conscience du risque
- Les points de repères du médecin traitant : identification du profil à risque et place du médecin généraliste dans le réseau de soin du jeune

5.3.1 La consultation

5.3.1.1 Les modalités d'accueil au cabinet

5.3.1.1.1 La salle d'attente

La salle d'attente constitue la première phase de la consultation, elle est le plus souvent un passage obligatoire. Les jeunes semblent éprouver une certaine impatience car, même si la durée d'attente dans notre étude ne dépassait que rarement les 30 minutes, la moitié des jeunes avouaient qu'ils iraient plus facilement chez le médecin si ce laps de temps était réduit. Cela peut être en partie expliqué par les propos des jeunes interrogés par L.

JACOBSON [34]: ils déclaraient avoir l'impression d'être le centre d'intérêt des autres patients. Cette impression est confirmée dans notre étude, cependant les jeunes la nuancent en disant éprouver ce sentiment de malaise uniquement en présence de personnes de leur connaissance. Ce ressenti est rapporté dans 90% des cas dans le groupe à risque. Il semble donc important de diminuer ce temps d'attente. Une des possibilités est la consultation sur rendez-vous, mode privilégié par les jeunes à 64%.

Cependant, la salle d'attente est aussi entrevue comme un lieu d'information selon l'étude anglaise de L. JACOBSON, puisqu'au cours de l'entretien, les jeunes souhaitaient plus de magazines et de dépliants les concernant. Les jeunes sont sensibles au contenu de la salle d'attente : 62% d'entre eux disent attacher de l'importance aux magazines qu'ils peuvent y trouver.

Il est donc nécessaire de réduire le temps d'attente des jeunes, par le biais de la consultation sur rendez-vous entre autres, et de faire de la salle d'attente non plus un lieu de passivité anxiogène mais plutôt un endroit de libre information. Il est important de laisser à disposition des revues destinées aux jeunes derrière lesquelles ils pourront toujours se cacher en présence de quelqu'un de leur connaissance. Par ailleurs, il semble indispensable qu'une affiche comportant tous les numéros d'information et d'urgence soit placardée au mur sur un grand format, ne nécessitant pas d'être proche pour lire les inscriptions. De plus, par la diffusion d'Internet par l'ADSL, il est possible d'imaginer des salles d'attentes dotées d'un ordinateur, diminuant ainsi l'appréhension de l'attente et pouvant amener le jeune à consulter plus souvent.

5.3.1.1.2 La secrétaire

De plus en plus de cabinets, pour alléger les tracasseries administratives et pensant améliorer leur accueil, s'adjoignent les services d'une secrétaire. Les jeunes doivent le plus souvent s'adresser à elle pour prendre rendez-vous.

Dans notre étude, les jeunes, quel que soit leur profil, se disent dans 74% des cas indifférents à sa présence. Ils ne ressentent pas de gêne contrairement aux jeunes anglais interrogés par L. JACOBSON [34], qui rapportaient un manque de confidentialité de la part des réceptionnistes. Il semble donc important pour les jeunes que la secrétaire, si elle n'entrave en rien leurs velléités de consulter, ne les questionne pas sur leurs motifs de consultation mais prévoit une durée de consultation supérieure. Si le jeune ne vient pas à un de ses rendez-vous, il est inutile de le culpabiliser, il vaut mieux lui proposer une nouvelle date tout en l'informant de la possibilité de téléphoner pour annuler le rendez-vous.

Il est donc préférable de recevoir les jeunes sur rendez-vous et de tout mettre en œuvre pour diminuer leur temps d'attente, moment d'autant plus anxiogène que le jeune est fragile.

5.3.1.1.3 Le médecin traitant

L'attitude du médecin traitant

Concernant leur attitude en consultation, les médecins traitants sont en désaccord avec eux-mêmes : en effet, ils pensent être directifs mais ils laissent s'imposer la famille du jeune à regret : seul 1 médecin sur 2 insiste pour faire sortir la famille et uniquement si le jeune le souhaite. Cette ambivalence avait déjà été remarquée par les jeunes interrogés dans

l'étude de Lionel JACOBSON [34]et rapportée comme mettant le jeune mal à l'aise lors de la consultation : les jeunes perçoivent le ressenti du médecin traitant. Il est donc important que le médecin agisse en respectant sa personnalité professionnelle. Il modifiera ainsi l'ambiance de la consultation et mettra le jeune à l'aise.

Son intérêt pour la consultation du jeune

Pour réaliser cette enquête, le plus difficile fut de recruter des médecins: pour obtenir la participation de 30 d'entre eux, il a fallu appeler 220 médecins. Ces 30 médecins ne connaissaient que le thème et les différents sujets traités dans l'étude. Plusieurs des 220 médecins contactés refusèrent après avoir appris que le questionnaire « jeune » abordait des questions sensibles comme le viol ou le sexe. On peut donc penser que ces différents médecins n'avaient jamais interrogé les jeunes à ce sujet.

Dans le groupe des 190 médecins ayant refusé de participer, nombreux sont ceux qui n'avaient ni le temps ni la clientèle adéquate alors qu'il leur était spécifié durant l'entretien téléphonique que l'étude ne nécessitait le recrutement que de 10 jeunes par médecin et ce quel que soit le motif de consultation sur une période de 2 mois et demi. Non seulement certains médecins généralistes ne prennent pas le temps de s'intéresser aux jeunes mais surtout, ils ne souhaitent pas les prendre en charge. Comment attendre de ces médecins qu'ils s'attachent à repérer les jeunes à risque ?

L'enquête a donc été réalisée à partir d'un panel de médecins montrant un intérêt pour les jeunes et souhaitant améliorer leur pratique. Sur les 30 médecins inclus dans l'étude, seuls 22 ont retourné le questionnaire les concernant. Parmi ces 22 médecins, 82% affirment s'intéresser aux jeunes mais seulement 68% souhaitent en voir davantage. Les médecins

généralistes considèrent donc la consultation des jeunes comme un exercice difficile. Il est donc nécessaire que les médecins généralistes se forment à l'accueil du jeune de façon à prendre de l'assurance lors de leurs consultations. Plus ils s'attacheront à améliorer cet aspect de leur pratique, plus la consultation du jeune leur paraîtra attrayante, riche et constructive. C'est à ce prix qu'ils peuvent espérer attirer le jeune au cabinet.

Les premières minutes de la consultation jouent un rôle important car le jeune perçoit rapidement si le médecin lui porte un réel intérêt et l'attitude du médecin face à la famille lui permet de classer son praticien dans la catégorie des « vieux crabes », se rangeant le plus souvent aux idées familiales, ou dans la catégorie des alliés, considérés alors comme adulte référent. C'est en affirmant leurs volontés vis à vis des familles et en prenant de l'assurance concernant l'accueil et la prise en charge des jeunes que les médecins traitants peuvent amener le jeune à consulter plus facilement donc plus souvent.

5.3.1.2 Critères de qualité du suivi selon les jeunes

5.3.1.2.1 La personnalité du médecin traitant

Dans notre étude, les jeunes devaient émettre un avis sur leur médecin traitant au travers de quelques questions sur la personnalité de leur médecin. Ils ont une opinion claire sur ce sujet. En répondant à ce questionnaire, les jeunes expriment leur souhait d'une participation active dans leur relation avec le médecin. Il faut cependant tempérer ce point de vue car l'étude est basée sur un volontariat mutuel, la relation existait donc déjà entre les différents participants. Dans ce contexte relationnel, il est intéressant de savoir quel regard portent les jeunes sur leur médecin traitant et la place qu'ils lui confèrent au sein de leur environnement.

D'après les résultats de notre enquête, le médecin généraliste est apprécié pour sa personnalité. Les jeunes le décrivent comme chaleureux, rassurant et calme. 74% des jeunes interrogés trouvent qu'il sait garder la bonne distance. De plus, le médecin traitant est considéré comme facilement accessible et disponible.

Concernant le choix du cabinet, même s'il existe une influence extérieure, le médecin traitant étant souvent celui d'un proche ou d'un ami, 50% des jeunes changeraient de médecin traitant si sa personnalité venait à se modifier. Les jeunes disent apprécier le fait que le médecin suive une des membres de la famille. L'aspect transgénérationnel de sa fonction constitue donc un atout.

Le médecin traitant est choisi par le jeune pour sa personnalité. Il s'agit d'une véritable décision personnelle : Le jeune sera donc plus tenté de consulter un médecin qu'il a lui-même choisi.

5.3.1.2.2 La teneur de la consultation

La consultation permet au patient d'obtenir des informations : si l'on consulte, c'est que l'on ne sait pas. Pour apprendre et comprendre, il est nécessaire de communiquer dans un langage commun, d'être certain que le message a bien été compris et surtout que les réponses données correspondent aux attentes du jeune.

La communication

On a pu constater que le médecin traitant est une entité présente aux yeux des jeunes et les jeunes n'hésitent pas à le consulter. 76% des jeunes trouvent les réponses de leur médecin traitant claires et adaptées. 74% des jeunes se déclarent satisfaits des rapports

entretenus avec le médecin traitant, ce dernier ayant su trouver la bonne distance dans cette relation.

Les jeunes aiment discuter avec leur médecin traitant mais ils souhaiteraient que ces entretiens durent plus longtemps et/ou soient plus fréquents. Cette demande était plus marquée parmi les jeunes à risque. Les jeunes sont donc à l'écoute de leur médecin traitant et voient en lui un recours possible. Pourtant, les jeunes n'abordent pas le sujet des conduites à risque alors que 71% d'entre eux pensent que le médecin peut les aider en les informant. On peut donc penser que si le jeune ne pose pas de question, le médecin traitant ne s'aventure pas à l'interroger.

Le médecin traitant adopte ce que P. BINDER appelle une **neutralité bienveillante**. Dans l'enquête LYCOLL et suite à l'étude TALCS [35], ce dernier avait mis en évidence un réel quiproquo entre le jeune et le médecin traitant : « Le médecin généraliste sent que le jeune a un problème personnel à aborder mais très respectueux et instruit d'obligation de neutralité bienveillante, il attend l'expression spontanée afin de ne pas brusquer. Or, en symétrie, l'adolescent se comporte comme si son seul symptôme était une perche suffisante ». Cette enquête met en évidence que les jeunes et les médecins traitants communiquent mais n'osent pas se poser mutuellement leurs questions [24]. **Afin d'amener le jeune à envisager un suivi par son médecin traitant, il est important que le médecin aide le jeune à se confier, ce dernier verra ainsi en lui un recours fiable en cas de problème.**

La compréhensibilité du message

Le système de double questionnaire permettait d'interroger le médecin sur le message qu'il pensait avoir délivré et le jeune sur l'information qu'il avait reçue. Il existe une véritable

incompréhension entre le jeune et son médecin : 91% des médecins disent informer spontanément les jeunes alors que seulement 77% des adolescents déclarent avoir été informés. Les chiffres sont encore plus parlant lorsqu'on aborde la notion de secret médical : 95% des médecins interrogés disent avoir informé le jeune de l'existence du secret alors que seulement 29% des jeunes déclarent avoir reçu cette information.

Par ailleurs, si dans 81% des cas, le médecin généraliste semble répondre de façon appropriée aux questions, 10% des jeunes déclarent qu'il ne répond pas exactement à la question posée. Ce ressenti est encore plus important dans la population à risque.

Les médecins généralistes tentent de délivrer des messages, cependant le jeune ne comprend pas l'information dans son intégralité. Il est donc capital que les médecins traitants vérifient que les jeunes ont reçu et compris leur discours. Communiquer requiert de connaître le savoir initial du patient, ses croyances et ses préjugés [23]. Le médecin traitant est rarement au fait de ce que les jeunes savent de leur univers et la perception qu'ils en ont. On a pu constater que le message n'était pas perçu de la même façon selon le ressenti du jeune, confirmant l'idée d'une nécessité de personnalisation du message.

Ainsi, pour améliorer la qualité de transmission de l'information, le médecin traitant doit non seulement demander au jeune ce qu'il a compris de l'information mais surtout interroger le jeune sur ses connaissances et ses préjugés afin de personnaliser l'information.

La confidentialité

Dans l'exercice de la médecine, la confidentialité est un point fondamental de la relation entre le médecin et le patient. Elle est le gage d'un échange de qualité, basé sur une

confiance mutuelle. Concernant les jeunes, l'enquête a révélé une incompréhension autour de la notion de secret médical : si dans 95% des cas les médecins disent avoir informé le jeune de l'existence de ce secret, seuls 29% des jeunes le savent et parmi les jeunes à risque, 10% pensent que le médecin a le droit de divulguer la teneur de la consultation. Cela pourrait en partie expliquer le fait que le médecin traitant ne soit pas considéré comme un confident.

Par ailleurs, les médecins font rarement sortir les parents lors de la consultation des jeunes, or dans un travail réalisé en 2000 sur l'information sexuelle en consultation [17], il avait été mis en évidence qu'un des principaux obstacles était la présence parentale. Notre étude retrouve elle aussi cette impression car 73% des jeunes préfèrent être vus seuls et ils sont plus de 80% dans le groupe à risque.

Il semble donc capital, quelle que soit la relation entretenue entre le médecin traitant et la famille du jeune, d'insister pour voir le jeune en tête à tête et de détailler auprès du jeune et de sa famille ce qu'implique le secret médical.

5.3.1.2.3 Les attentes du jeune

Contrairement à l'étude de Lionel JACOBSON [34], les jeunes de notre enquête ne rapportent pas d'incompréhension liée à la forme, le message du médecin traitant répondant le plus souvent de façon adaptée et compréhensible, mais plutôt au « fond » du discours médical : 70% veulent davantage d'informations sur les risques et la plupart des jeunes souhaitent s'exprimer en consultation : il ressort de l'étude un sentiment de frustration en fin de consultation, les jeunes déclarant n'avoir pas dit tout ce qu'ils souhaitaient dans 30% des cas, voire 45% dans le groupe à risque.

L'adolescent veut exister en tant qu'interlocuteur unique mais il ne parvient pas ou n'ose pas formuler ses questions. Les jeunes souhaitent communiquer lors de la consultation et sont en quête d'information. Dans le rapport sur la santé des jeunes, X. POMMEREAU [6] soulignait le fait que les jeunes se disaient saturés de recommandations au sujet de la drogue et du sida, entre autres. Les jeunes rapportaient par ailleurs, un souhait profond de débat sur certains thèmes d'inquiétude comme le suicide, les abus sexuels par exemple.

Dans l'enquête de Lionel JACOBSON [34], certains jeunes trouvaient déplaisant d'être toujours associés à un groupe uniquement défini par l'âge, considérant être tous différents les uns des autres. Ils attendent donc de la consultation un avis éclairé sur la normalité ou au contraire l'anormalité de leur comportement et/ou de leur ressenti. Par ailleurs, ils souhaitent être perçus comme des acteurs et non plus comme des auditeurs lors de la consultation. Alors que le médecin, passif dans sa neutralité bienveillante, vise à l'inclure dans un cadre épidémiologique et préventif, le jeune, de son côté, cherche à s'individualiser et à s'autonomiser dans une démarche qu'il souhaiterait plus active. Ainsi, pour aider le jeune à devenir autonome, le médecin traitant doit en premier lieu l'amener à cerner ses atouts et ses lacunes, lui montrer en quoi il est unique, que ses propos ont de l'importance et l'informer de sa normalité.

C'est par une démarche active, en osant aborder les sujets intimes et en délivrant spontanément des informations, que les médecins traitants peuvent espérer répondre aux attentes des jeunes, la consultation devant se dérouler dans la plus grande confidentialité. Ainsi, le médecin étant mis dans la confiance, les jeunes n'hésiteront pas à discuter de leurs problèmes ou de leurs états d'âme avec lui, faisant de lui leur principal interlocuteur.

5.3.1.3 Les facteurs influençant la qualité du suivi

5.3.1.3.1 Le temps

Dans 92% des cas, la consultation dure entre 10 et 20 minutes alors que les jeunes anglais rapportent un temps de consultation dans 33% des cas inférieur à 5 minutes et dans 58% des cas inférieur à 10 minutes. Pourtant, les jeunes de notre enquête ont souvent l'impression de ne pas avoir tout dit et ce d'autant plus dans le groupe des jeunes à risque. Ce manque de temps est souvent ressenti car les jeunes souhaiteraient dans 70% des cas que la consultation soit plus longue ou revienne plus fréquemment.

Cependant, au vu de l'enquête réalisée en 2000 par H. MOULA et V. DERBANNE [17] sur la sexualité, la durée de la consultation n'est un obstacle à l'information que dans 6% des cas. Cela met en évidence l'importance d'une continuité dans la relation, chaque nouvelle consultation du jeune permettant de mieux cerner ses attentes et d'améliorer sa prise en charge. On a pu constater en effet que la durée de suivi avait un impact sur le degré de confiance du jeune : ils sont 5 fois plus nombreux à confier leur idée suicidaire dans le groupe suivi depuis plus de 3 ans que dans le groupe suivi depuis moins d'1 an. Par ailleurs, les jeunes sont conscients du bénéfice qu'ils peuvent tirer d'une relation suivie puisque sur les 30% des jeunes suivis par le même médecin traitant depuis leur enfance, 85% pensent que cela représente un avantage.

Plus que la durée de la consultation, c'est la possibilité d'un suivi au long cours qui importe, et ce, particulièrement chez les jeunes à risque suicidaire. Certes, il serait idéal de pouvoir recevoir le jeune en consultation dès que ce dernier en émet le désir et ce, sans motif préalable, mais il est très difficile pour les médecins généralistes de prendre leur temps dans le cadre de soins non programmés.

Il est donc capital que le médecin traitant élabore une stratégie afin de se donner le temps de prendre en charge le jeune. Il peut être bénéfique lors des premières consultations de prévoir une durée plus importante afin de faire connaissance et d'établir un lien de confiance. Si le jeune ne présente pas de comportements à risque immédiat, mais décrit des conduites susceptibles d'être néfastes à moyen ou long terme, il est alors intéressant de lui tendre des perches afin de le revoir régulièrement sans pour autant prolonger la durée de consultation. Chaque consultation sera alors un moyen de renforcer l'accompagnement médical aidant ainsi le jeune à se dévoiler. Si le médecin suspecte une conduite dangereuse à court terme mais ne relevant pas du psychiatre, il sera nécessaire d'allonger la durée de consultation et d'augmenter la fréquence des consultations.

C'est en investissant beaucoup de son temps que le médecin généraliste peut espérer amener les jeunes à accepter le moment présent pour mieux préparer l'avenir. Ainsi, au fil du temps, le jeune perçoit le bénéfice de la consultation et peut parvenir à gérer la durée et la fréquence de la consultation car peu à peu, il arrive à cibler le motif et ce qu'il attend de son entrevue. Il devient alors autonome face à sa prise en charge et prend conscience de l'intérêt du suivi médical.

5.3.1.3.2 L'argent

Le système de santé français a adopté la rémunération à l'acte, transformant ainsi le temps en argent. Les médecins se voient donc dans l'obligation d'accumuler les consultations pour assumer leurs charges, réduisant de plus en plus leurs latitudes de prendre le temps de consulter. P. BINDER rappelle suite à l'enquête LYCOLL [35], que lorsque le médecin généraliste prend le temps de prolonger sa consultation, il sait d'avance que ce temps ne sera pas rémunéré. Cela place donc les médecins face à un dilemme : intérêt professionnel ou

intérêt personnel, sachant, en effet, que pour 70% des médecins interrogés, les jeunes constituent plus de 10% de la clientèle.

Le sujet des honoraires, particulièrement quand il s'agit des jeunes, provoque chez les médecins un sentiment de malaise car ils perçoivent l'intérêt de prendre leur temps mais ils savent pertinemment qu'ils n'en ont pas véritablement la possibilité, leur laissant en fin de consultation un sentiment de frustration.

Concernant les jeunes, l'étude met en évidence que, si dans la plupart des cas les jeunes reçoivent de l'argent de leur proche pour régler les honoraires, **les jeunes en difficulté sont plus nombreux à assumer eux-mêmes les frais**, ce qui peut expliquer qu'ils soient, dans ce cas, plus nombreux à déclarer changer de médecin si les honoraires venaient à augmenter. Or, les jeunes appartenant au groupe à risque sont plus demandeurs d'informations et souhaitent consulter davantage avec parfois des moyens plus restreints, il semble donc nécessaire d'adapter le mode de rémunération des consultations, non seulement aux revenus des jeunes mais surtout à leur nécessité de prise en charge médicale. **L'argent ne doit pas intervenir dans la relation thérapeutique**, les jeunes n'ayant pas le même rapport à l'argent que les adultes. Ce n'est pas parce qu'ils paient la consultation qu'ils se sentent engagés dans la relation, les honoraires provenant souvent du portefeuille parental.

Il semble même important d'éviter l'implication des parents dans les modalités de la consultation : en effet, si le jeune doit avoir recours à ses parents lors de chaque consultation, il hésitera davantage à augmenter la fréquence de ses consultations, particulièrement s'il ne souhaite pas éveiller la curiosité de sa famille. Il est donc capital que le jeune soit libre de gérer le budget alloué à sa santé. Il serait donc intéressant d'envisager un mode de règlement indépendant du portefeuille et de la carte vitale parentale.

Actuellement, seuls sont indépendants et aidés par l'intermédiaire de soins gratuits les jeunes en situation de précarité, mineurs de 16 à 18 ans en rupture familiale. Il semble nécessaire d'envisager d'étendre ces mesures à l'ensemble des jeunes en leur fournissant une carte vitale personnelle.

Concernant les consultations de longue durée, il est possible d'imaginer un système de cotation différent, comme cela est déjà pratiqué pour les bilans de pathologie chronique. Contrairement à ces consultations de bilan dont le nombre par an est limité, il ne devrait pas exister de limite en terme de fréquence dans le cas des jeunes. Certes, la dérive est toujours possible, mais il est du devoir des médecins de se montrer mature face à la gestion de l'argent public. A défaut, comment pourraient-ils être à la hauteur de l'attente des jeunes.

Ainsi, c'est en diminuant l'impact financier du suivi médical sur le portefeuille des jeunes que les médecins traitants pourraient être à même d'entreprendre leur réelle prise en charge en retrouvant le temps de les écouter, de les questionner et de comprendre leurs attentes.

5.3.2 La santé vue par les jeunes

5.3.2.1 Autoévaluation de la santé

Dans plus de 80% des cas, les jeunes jugent leur santé comme satisfaisante voire très satisfaisante. Au vu des conduites à risque retrouvées dans l'étude, on peut en déduire que **les jeunes se font une idée erronée de leur santé**. Pourtant, ce sujet les intéresse car ils sont demandeurs d'information et n'hésitent pas à consulter en cas de problème tel que les

pathologies virales. Dans l'enquête de Lionel JACOBSON [34], les jeunes souhaitaient davantage d'informations relatives à la santé, les conseils relatifs à leur mode de vie étant appréciés mais jugés insuffisants. Le groupe interrogé rapportait un manque d'informations concernant les aptitudes des médecins généralistes.

Dans notre étude, les jeunes ont la même opinion sur ce point : en effet, les jeunes pensent que le médecin généraliste est le médecin du corps, il ne peut les aider pour tout ce qui touche au domaine psychoaffectif. Les jeunes ne sachant pas reconnaître un bon état de santé, ils restent dans l'idée que leur état actuel est normal. Ne connaissant pas les compétences exactes de leur médecin traitant, ils n'ont pas l'idée d'évoquer leurs problèmes intimes en consultation, ils n'ont donc aucun repère pour évaluer leur état de santé. **Il semble donc important d'inciter les jeunes à se poser des questions sur leur santé, d'évaluer ce qu'ils entendent par « bonne santé » et de ne pas hésiter à détailler l'aide que le médecin traitant peut leur apporter.**

5.3.2.2 La conscience du risque

Identifier une conduite comme étant à risque est un exercice complexe : elle peut prendre, en effet, de multiples formes et modifie, le plus souvent de façon pernicieuse, de nombreux aspects de la vie du jeune. Le jeune traverse une période de recherche identitaire, il évalue difficilement les conséquences constructrices ou destructrices du risque. Par ailleurs, sait-il à quel moment le risque survient ?

Les sujets abordés dans l'étude étaient considérés comme à risque par le corps médical et vecteur d'une grande morbi-mortalité. Les jeunes sont tous confrontés à au moins une situation à risque, or ces conduites ne constituent quasiment jamais un motif de

consultation : Les jeunes n'entrevoient pas ce type de comportement comme pouvant endommager leur santé. Ils informent rarement le médecin traitant de ce type de conduite, cela peut sous entendre qu'ils ne voient pas l'utilité d'une prise en charge médicale. Les jeunes n'évaluent donc pas le risque de leurs actes.

Certaines conduites à risque sont très répandues quelque soit le profil des jeunes : le tabac, la drogue, les troubles alimentaires. Ils sont nombreux à s'être sentis déprimés ou à avoir eu des idées suicidaires. Les jeunes évoluant en groupe, on peut penser qu'ils trouveront normal de fumer si les autres membres le font. Le principal risque entrevu par les jeunes est de ne pas exister aux yeux des autres. Pour éviter cela, ils n'hésitent pas à adopter des conduites pouvant mettre en jeu leur avenir.

La question de l'avenir est un point crucial : leur processus évolutif nécessite qu'ils aillent au-delà des limites imposées par les adultes, tout en ne sachant pas vers quoi ils tendent. L'avenir est donc pour eux une notion encore abstraite, il leur est donc impossible d'évaluer l'impact de leur conduite dans le temps. Dans l'étude, les jeunes sont nombreux à fumer mais craignent le cancer, pourtant, rares sont ceux qui souhaitent arrêter, il semble qu'il n'y ait pas à leurs yeux de lien de causalité.

Dans le rapport sur la santé des jeunes, X. POMMERAU [6] soulignait un aspect important de la personnalité du jeune : son sentiment d'invulnérabilité. Au cours de son adolescence, le jeune est amené à tester les limites de sa propre puissance, celle de surpasser, d'affronter et surtout d'exister. Le jeune ne peut donc pas poser de limites à ses conduites car il ne se connaît pas encore.

Le jeune parle rarement de ses idées suicidaires ou de sa déprime et ne cherche pas d'aide médicale. L'étude met en évidence qu'ils sont nombreux à avoir eu ce ressenti, cependant très peu d'entre eux l'associent à un risque de suicide. Peut-être parce qu'ils vivent dans un mal-être ambiant lié à l'instabilité de l'adolescence, il leur est difficile de distinguer l'anormalité de leur situation. Le jeune se définissant à partir des critères du groupe, l'anormalité de son comportement lui apparaît comme une preuve de sa normalité auprès de ses pairs. Il n'identifie donc pas le risque lié à sa conduite.

Ainsi, les jeunes n'ont pas conscience des risques encourus et ne connaissent pas les critères d'évaluation de la santé. Leur référentiel se limitant au groupe dans lequel ils évoluent, la notion de bonne santé admise dans la population générale demeure une notion floue. **Il incombe donc aux médecins traitants, par le biais du suivi médical, de donner aux jeunes les critères les aidant à évaluer leur santé.** Les adolescents prendront alors pleinement conscience des risques encourus.

Pour élaborer cette stratégie, il est nécessaire que les médecins généralistes aient eux aussi des repères les aidant à dépister les jeunes à risque et possèdent des arbres décisionnels quant à leur prise en charge. Cela nécessite que soit définie leur place au sein du réseau de soin des jeunes.

5.3.3 Points de repère du médecin traitant

5.3.3.1 Identification d'un profil de jeune à risque

L'absence de critères distinguant les jeunes à risque, en médecine générale, est un des obstacles à une prise en charge médicale de qualité. Les médecins généralistes ont trop longtemps considéré les troubles du comportement des jeunes comme un passage obligé vers

l'âge adulte. Or, au terme de notre étude, un profil de jeunes à risque, et plus particulièrement à connotation suicidaire, apparaît :

Ils sont plus souvent détachés du foyer familial, volontairement ou involontairement, sont plus fréquemment actifs professionnellement donc indépendants financièrement mais dans des situations de faible revenu (chômage, apprentissage). Certes, ils se plaisent dans leur activité quotidienne mais n'en accumulent pas moins les consommations de drogues, de tabac ou d'alcool. Ils sont plus nombreux à présenter des conduites de rupture : rupture familiale par des fugues de plus ou moins courtes durées, rupture sociale par des agissements violents ou des conduites sexuelles dangereuses.

Selon le Docteur POMMEREAU [6], la rupture survient lorsque le jeune alors en quête de son identité ne parvient pas à se situer par rapport aux adultes référents. Il éprouve le besoin de fuir l'idée qu'il n'existe pas aux yeux des autres et ce, au moyen d'expédients chimiques ou d'actes auto-agressifs. Il doit se prouver qu'il est vivant et démontrer son appartenance à un groupe. Il est prêt pour cela à jouer avec la mort. Sous des dehors belliqueux, le jeune attend de l'adulte qu'il reconnaisse son existence.

Le jeune a besoin de se sentir comme les autres mais il ne connaît pas encore les critères définissant la normalité. Il espère que chaque provocation le fera progresser dans cette quête. Pour affirmer son existence, le jeune doit se détacher de sa structure originelle. Ainsi, toute déstructuration du noyau familial que ce soit par la violence ou la séparation constitue une des sources principales d'émergence de comportement à risque, le jeune étant alors livré à lui même.

Si l'on compare les garçons et les filles, le sexe du jeune ne semble pas influencer sur l'incidence d'un ressenti suicidaire mais davantage sur la forme que ce ressenti revêt. Les filles se tournent plus souvent vers des conduites tendant à détruire leur corps, que ce soit des troubles alimentaires ou des pratiques sexuelles à risque. Les garçons sont plus souvent impliqués dans des actes violents dans lesquels la rupture sociale est plus marquée. Ainsi, les garçons se caractérisent par une prise de risque dont l'échéance fatale pourrait survenir à court terme alors que les filles optent plus souvent pour un risque différé, pensant s'autodétruire en altérant en premier lieu leur propre image.

Grégory MICHEL [36], concernant l'émergence des pratiques à risque, mettait en évidence l'influence du tempérament sur la forme d'expression du mal être. Dans ses différents travaux, il souligne l'importance de différencier le tempérament de la personnalité car si le second semble surtout défini par les facteurs sociaux, le premier est inné. Ainsi, les facteurs sociaux pourront amoindrir l'impact de la personnalité sur l'acte suicidaire mais ne modifieront pas l'influence du tempérament : un jeune ayant le goût du risque ne surseoirait pas à une conduite auto agressive s'il pense en tirer des sensations fortes. Une de ses études réalisée en 1999 soulignait la nécessité pour les garçons de rechercher les situations périlleuses, surtout lorsqu'elles sont décrites comme telles par les adultes, cela sous-entendant qu'ils étaient conscients, au moins en partie, du risque encouru. Il ne s'agit donc plus pour ces jeunes de non connaissance du risque mais véritablement de goût du risque. Le ressenti suicidaire n'en est pas moins important parmi ces jeunes mais cette caractéristique entraîne nécessairement une modification de la prise en charge médicale. Le jeune ne considérant pas son acte comme suicidaire, il sera d'autant plus difficile de prévenir le danger.

Il existe donc non seulement un profil de jeunes à risque, repérables par des marqueurs fiables de rupture (le tabac, l'alcool, la drogue, le sexe, la violence et la fugue) mais aussi un tempérament à risque.

5.3.3.2 Place du médecin traitant au sein du réseau de soin du jeune

5.3.3.2.1 Un rôle transitionnel auprès du jeune

Il est le premier professionnel de santé que les jeunes consultent en cas de symptomatologie entravant leur quotidien et les motifs sont multiples, le plus souvent bénins à première vue. Notre étude a mis en évidence que les jeunes le savent proche et accessible. Ils apprécient de le voir en consultation puisqu'ils l'ont choisi pour sa personnalité. De plus, leur médecin a su trouver la bonne distance pour communiquer avec eux. Pour 60% des jeunes interrogés, le médecin choisi suivait déjà un membre de la famille. Le médecin traitant a alors un rôle transitionnel. Il est l'interface entre le jeune et sa famille mais aussi entre le jeune et l'âge adulte.

L'adolescence est aux yeux de tous « l'âge difficile » car elle correspond à une période d'individualisation passant souvent par des ruptures, rupture de l'harmonie familiale, rupture des habitudes, conduites de ruptures sociales...C'est à l'orée de cet âge que se joue le devenir de la relation entre le médecin et le jeune. Lors des premiers signes de rupture portés à sa connaissance, le plus souvent par un parent inquiet, le médecin doit faire un choix : soit continuer à envisager ce jeune sous l'angle de l'enfance, soit l'exclure de son référentiel familial pour en faire une individualité particulière, c'est-à-dire un patient adulte. C'est au médecin qu'incombe le plus souvent la décision de différencier la consultation des parents de celle de l'adolescent. Ces modifications peuvent se faire progressivement par un changement

de ton vis-à-vis du jeune et en recentrant la consultation sur l'adolescent en expliquant aux parents qu'il est maintenant assez grand pour s'exprimer seul. Cela permettra aux parents de ne plus regarder ce jeune comme leur enfant mais surtout comme un adulte en devenir. L'acceptation des parents sera d'autant plus aisée que le « capital confiance » du médecin traitant est grand. Ainsi, les prémices d'une relation de qualité entre le jeune et le médecin traitant préexistent dans les rapports qu'entretiennent les parents avec leur médecin [29]. Le médecin doit donc apprendre à se défaire de cette neutralité bienveillante pour poser des questions franches et directes au jeune et doit consulter dans les conditions qui répondent à son souhait : il est nécessaire de faire sortir les parents si cela répond au souhait du médecin et du jeune. En effet, il est difficilement concevable pour un jeune de croire que son médecin traitant est libre de ses actes et de ces jugements si ce médecin n'ose pas faire sortir la famille. Il est important de faire comprendre au jeune que le médecin traitant n'est en rien inféodé aux exigences familiales, qu'il est avant tout son médecin particulier, renforçant ainsi la compréhension de la notion de secret médical, donc de la possibilité d'une véritable confiance se déroulant dans un contexte de lien unique. C'est en communiquant avec lui sur un mode adulte et en prenant le temps de l'écouter comme le ferait un médecin vis-à-vis de ses parents qu'il prendra conscience qu'il est considéré à l'égal de ses parents, c'est-à-dire comme un adulte à part entière. Il appréciera alors de ne pas avoir à décrire ses conditions socio-familiales déjà connues le plus souvent du médecin de famille. Cette connaissance des secrets de famille permettra par ailleurs au médecin de poser les questions pertinentes sans que le jeune n'ait à ressasser un vécu parfois douloureux.

Le médecin de famille peut donc constituer cet « adulte transitionnel » rassurant à la fois la famille et le jeune. Il devient « celui qui sait mais ne dit rien », l'adulte le plus à même d'évaluer la situation du jeune, son référent.

5.3.3.2.2 Une place prépondérante auprès des jeunes

Les jeunes, quel que soit leur profil, apprécient le médecin qu'ils ont choisi, souhaitent une continuité dans le suivi et lui font confiance. Ils pensent être mieux pris en charge s'ils consultent toujours le même médecin. Plus la durée de suivi est longue, plus les jeunes parlent de leur conduite à risque ou de leur ressenti. Le médecin généraliste, au fil des consultations, réussit à interagir avec les jeunes, constituant un point de repère dans le temps, dans l'espace et au sein de la famille. **Sa disponibilité et son accessibilité font de lui le médecin de premier recours.** Dans l'étude Europe ESPAD [30] de l'Inserm, en 1999, 80% des jeunes choisissaient de consulter en premier lieu leur médecin généraliste. Le médecin traitant jouit donc d'une bonne image auprès des jeunes et semble avoir réussi à obtenir leur confiance. Pourtant, nombreux sont les jeunes qui se rendent dans les services d'urgences [26] ou consultent l'infirmière scolaire [11]. Notre étude a mis en évidence que les jeunes ne connaissent pas vraiment les aptitudes de leur médecin traitant. Ils ne savent donc pas en quoi exactement ce dernier peut les aider. Il est donc important que le médecin traitant expose clairement ses compétences et explique si nécessaire à partir d'exemples en quoi il peut être utile au jeune. Il doit souligner son intérêt pour lui, et sa disponibilité, afin que le jeune comprenne qu'il peut venir le voir à tout moment, lui épargnant ainsi des attentes inutiles aux urgences et permettant de renforcer leur lien. Ayant la confiance des jeunes, le médecin généraliste doit s'attacher maintenant à repérer le groupe des jeunes à risque parmi les jeunes qu'il voit en consultation. Le silence des jeunes en consultation est trop souvent interprété comme un refus d'expression alors qu'il s'agit le plus souvent d'un doute sur la façon dont ils pourraient poser leurs questions. **Il faut donc que le médecin ose poser des questions personnelles au jeune en s'aidant de la recherche des marqueurs de rupture et doit accompagner le jeune dans une démarche éducative.**

A travers notre enquête, il est apparu que la consultation ne répondait pas pleinement aux attentes des jeunes. Pour répondre à leurs demandes, la pratique médicale doit développer une véritable démarche éducative avec le jeune, comme décrite par J-F. IVERNOIS et R. GAGNAYRE [37], à savoir : Ce que le jeune a, en reformulant sa plainte si nécessaire, ce qu'il fait, ce qu'il sait, ce qu'il croit, ce qu'il ressent, ce dont il a envie, ce qu'il a compris du dialogue. Le médecin traitant doit dès la première consultation informer le jeune du secret médical, lui en expliquer l'intérêt et les conséquences et insister auprès de ses parents, si le jeune est d'accord, pour le voir seul. Cette entrée en matière sera répétée à chaque consultation jusqu'à ce que le jeune se sente en confiance.

Dans un premier temps, l'interrogatoire de routine évaluera les consommations de tabac, alcool, drogue, les conditions socioprofessionnelles et l'hygiène de vie, en insistant sur le fait que les réponses sont confidentielles et ne sont pas soumises à un jugement [34]. Ainsi, mis en confiance, le jeune acceptera de se dévoiler peu à peu. Le médecin traitant pourra alors aborder avec lui et au fil des consultations des questions plus intimes telles que la violence, la sexualité, le ressenti. Pour chaque comportement à risque, il est important que le médecin associe la question « pourquoi » à la question « comment ». Le médecin doit faire l'effort de reformuler en permanence les questions et les réponses : « qu'est-ce que cela t'apporte ? Qu'en attends-tu ? Que recherches-tu ? ». La question crucial demeure : « que ressens-tu ? Comment vis-tu cette situation ? ». Par ailleurs, le médecin traitant doit apprendre à cerner le tempérament de ces adolescents, à évaluer leur goût du risque et à en définir les contours [36]. Par le biais de la consultation, il doit chercher à savoir depuis combien de temps ce goût du risque devient plus prononcé, l'incidence sur la vie quotidienne, l'importance dans le système de pensée et ce que le jeune attend de ces situations. En nuanciant l'impact du

tempérament sur la vie quotidienne du jeune, le médecin pourrait détecter la survenue d'une crise suicidaire chez un jeune amateur de danger [39]. Lorsque le jeune n'arrive plus à canaliser son goût du risque suite à une phase de rupture, il agit alors sur un mode addictif : sa soif de sensations fortes envahit son quotidien. Il passe la majeure partie du temps à chercher le danger et tente de pallier au manque par des béquilles chimiques. Le médecin traitant doit tenter de connaître les tenants et les aboutissants de ces prises de risque afin d'évaluer l'information préventive qu'il peut délivrer : ne risque-t-il pas, en effet, de mettre à la portée de ce jeune le risque qu'il convoite ? Ainsi, le rôle du médecin traitant ne doit plus se limiter à savoir discerner une personnalité à risque, exercice périlleux concernant le jeune puisqu'il est en plein processus de mutation, mais davantage de savoir distinguer un tempérament à risque. Le médecin traitant doit apprendre à reconnaître une intempérance devenue pathologique et détecter les facteurs de rupture sociale, familiale ou psychologique ayant déclenché ce processus [36].

Il est important qu'à partir de ces données, le médecin mette l'accent sur l'inadéquation entre le choix du comportement à risque et l'attente du jeune. Le jeune doit se rendre compte peu à peu que sa conduite n'est pas la solution à son problème. Le médecin doit alors jouer pleinement son rôle de conseiller tout en rassurant le jeune sur la normalité de sa réaction face à cette situation. Il est important de déculpabiliser le jeune surtout dans le cas d'une attitude répréhensive car si le médecin sait se montrer compréhensif, le jeune acceptera davantage les conseils et n'hésitera pas à se tourner vers lui en cas de situation de stress.

Le médecin traitant doit en permanence projeter sa relation dans l'avenir, ce qu'il ne parvient pas à faire entendre aujourd'hui pourra porter ses fruits demain. Il doit savoir gérer le temps pour ce jeune qui ne vit que dans le présent. A rechercher une efficacité de ses propos dans l'immédiat, le médecin risque de décourager le jeune [12]. Le but de ce travail de

longue haleine est d'amener le jeune à se définir et à se projeter. C'est à ce stade que le jeune pourra intégrer les notions de bonne santé, le risque des toxiques et de ses conduites. En fin de consultation, il est souhaitable de tendre la perche pour un nouveau rendez-vous en lui faisant comprendre que ce qu'il dit est intéressant, que le médecin est disponible pour discuter à nouveau mais que cela ne dépend que de lui.

Ainsi, la consultation doit rester centrée sur le jeune [24], le médecin n'étant là que pour le pousser à se poser les bonnes questions, à mettre en évidence par lui-même ses erreurs tout en le rassurant de la normalité de ses réactions. L'information et le conseil ne viendront que dans un second temps et seront d'autant plus bénéfiques qu'ils seront prodigués dans un climat de confiance et de compréhension.

5.3.3.2.4 Un pivot central au sein du réseau de soin

De la nécessité d'une véritable formation généraliste

Les médecins généralistes sont souvent amenés à faire appel aux spécialistes. Ces derniers ont cependant de plus en plus de difficultés à répondre à toutes les demandes. Il est donc important que le recours au spécialiste soit réfléchi et justifié. Il en découlera une réponse plus pertinente et une plus grande crédibilité du médecin traitant aux yeux du confrère interpellé et du jeune. Il est donc capital que la médecine générale sous tous ses aspects, tant somatique, psychologique ou éthique, soit enseignée dès les premières années d'études. Elle doit pouvoir bénéficier d'un enseignement théorique et pratique dès la 2^{ème} année.

L'enseignement théorique pourrait se dérouler sous forme de cours magistraux sur la pathologie rencontrée en médecine générale ainsi que sur les conduites à tenir face aux différents patients. Il serait associé à des modules de psychologie, de communication et d'éthique. La partie pratique serait développée par la réalisation de stages chez le praticien durant l'externat et par l'organisation d'ateliers permettant aux étudiants de discuter des différentes situations en présence de plusieurs médecins généralistes et d'un référent, selon le thème abordé. Ainsi, parviendraient au stade du résidanat, un ensemble d'étudiants intéressés par la médecine générale, connaissant les caractéristiques de sa pratique sur le terrain et possédant de véritables compétences en psychologie, communication et éthique. Le résidanat permettrait donc aux futurs praticiens d'affiner leur pratique et de choisir leur stage en fonction de leurs lacunes. Par ailleurs, il est important que durant le résidanat, le jeune médecin apprenne cette notion fondamentale de normalité dans les diverses spécialités qu'il sera amené à voir en ville. Il est donc nécessaire que le jeune résident fasse des stages de spécialités, non plus à l'hôpital, mais au sein de cabinet de spécialités tels que la gynécologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la cardiologie et l'urgence. Il apprendrait ainsi à affirmer la normalité de l'examen et saurait expliquer au patient l'intérêt exact de consulter un spécialiste, mettant ainsi le patient en confiance quant aux compétences de son médecin et au bien fondé d'une telle décision.

Cette modification du cursus du résident permettrait aux médecins généralistes d'être considérés par les patients et par leurs confrères des différentes spécialités comme un interlocuteur fiable et de prendre pleinement conscience de leurs aptitudes. Cette crédibilité professionnelle renforcerait les liens entre les différents médecins autour d'un même patient, améliorant ainsi l'efficacité thérapeutique des conseils prodigués par le spécialiste.

Le jeune, le médecin traitant et le spécialiste

Le jeune fonctionnant sur un mode impulsif, ses réactions sont imprévisibles. Dans ce climat d'instabilité psychologique, il est souvent difficile pour le médecin généraliste d'évaluer sereinement le degré d'urgence comme le demande la conférence de consensus d'octobre 2000 concernant la crise suicidaire [39]. Les limites entre crise suicidaire et mal-être passager sont floues chez le jeune et son impulsivité associée à un sentiment d'invulnérabilité le rendent plus fragile face au chaos psychologique [40]. C'est en s'appuyant sur les marqueurs de rupture et sur l'existence d'une intempérance pathologique que le médecin traitant décidera d'adresser le jeune à un confrère spécialiste. Pour cela, il est capital qu'il ait des relations suivies avec un ou plusieurs psychiatres prêts à l'épauler face à des jeunes en situation difficile. Lorsque le médecin adresse à son confrère spécialiste, il ne doit pas se contenter d'un courrier mais doit transmettre l'information de vive voix en présence du jeune. Ainsi, à la description de la situation, le psychiatre pourra temporiser l'urgence ou au contraire accélérer la démarche voire le diriger directement sur la structure adéquate. Il incombe au médecin traitant de coordonner la prise en charge multidisciplinaire, cela rassurera le jeune de pouvoir conserver son adulte référent. Le médecin doit donc discuter avec le jeune des différents détails de sa prise en charge, qu'il s'agisse du mode de transport, des honoraires du psychiatre et surtout de l'information délivrée à la famille. C'est par ce souci de transparence que le médecin traitant met en évidence qu'il considère le jeune comme un adulte l'amenant ainsi à s'investir dans sa prise en charge. Par ailleurs, plus le médecin généraliste s'informerait auprès de ses confrères psychiatres, plus sa compétence à discerner les jeunes à risque s'affinera. Cette démarche nécessite du temps et beaucoup d'énergie. En effet, **le médecin traitant ne doit jamais rester dans une position attentiste, son dynamisme constituant un atout majeur dans la prise en charge du jeune.**

Les maisons d'accueil pour les jeunes

Récemment créées et actuellement en cours d'évaluation, les maisons d'accueil pour les jeunes offrent des soins gratuits dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. Elles ne font pas l'unanimité au sein des médecins interrogés dans notre étude puisque, si 45% les considèrent comme une aide, 32% n'en voient pas l'utilité. Si on se réfère aux souhaits émis par les jeunes interrogés dans l'étude de L. JACOBSON [34], les jeunes désirent être considérés comme des adultes à part entière et n'apprécient pas d'être toujours rattachés à une classe d'âge. Sur ce point, les maisons d'accueil ne correspondent pas aux attentes des jeunes puisqu'elle tend à regrouper un ensemble d'adolescents en plus ou moins grande difficulté. Par ailleurs, le jeune en difficulté a rarement conscience de la gravité de sa situation car sa normalité se définit au sein du groupe. Ainsi, plongé au sein de jeunes traversant les mêmes affres que lui, il lui sera plus difficile de réaliser l'anormalité de son comportement. Les jeunes interrogés dans notre étude ont affirmé leur souhait d'un suivi par un médecin qui connaisse bien leur contexte de vie et l'intérêt qu'ils pouvaient y trouver. Or, de par leurs vocations, les maisons d'accueil tentent de répondre au plus grand nombre de jeunes pour une période difficile donnée mais ne peuvent suivre au long cours tous les jeunes qu'elles reçoivent. Il est donc indispensable qu'il persiste un relais médical à la sortie de la structure [12]. Elles ne doivent être entrevues que comme un prolongement de la prise en charge du médecin traitant et non comme un outil de remplacement. Ainsi, si un médecin généraliste décide d'adresser un jeune dans une maison d'accueil, il est important que le médecin traitant soit intégré à l'équipe soignante afin de prolonger sa relation et de lui signifier l'intérêt qu'il lui porte. Cela entraînera un gain de confiance mutuel et ne pourra que faciliter la reprise de la consultation à la sortie de la maison d'accueil.

Cependant, si l'intérêt des maisons d'accueil est remis en question sur certains points, elles sont d'un précieux secours pour les jeunes en grande précarité. Ces derniers se tourneront plus facilement vers ce type de structure car les soins y sont gratuits. Or, il est capital de parvenir à toucher cette frange de la population adolescente car elle est l'une des plus à risque de par sa profonde rupture sociale [20]. Par ailleurs, les maisons d'accueil constituent une alternative face à un jeune qui refuse de consulter un psychiatre en ville, qui n'en a pas les moyens ou qui ne souhaite pas en informer sa famille dans l'immédiat.

Les maisons d'accueil ont donc une véritable raison d'être puisqu'elles offrent aux jeunes les plus à risques les prémices d'une prise en charge médicale. Reste maintenant à coordonner l'action des maisons d'accueil et celle des médecins généralistes pour peu à peu entraîner ces jeunes, en marge de la société ou de leur famille, vers un suivi médical régulier.

5.3.3.2.5 Un rôle de prévention publique

La majorité des consultations des jeunes ont lieu chez un médecin généraliste [27]. Etant les médecins de premier recours pour 80% des jeunes [30], les médecins traitants peuvent jouer un rôle majeur dans la prévention auprès des jeunes. Leur message sera d'autant mieux perçu et efficace qu'ils ont la confiance des jeunes et leur écoute. Il est donc important que les médecins généralistes soient formés à la prévention et que les moyens leur soient fournis pour être à même de la développer.

L'importance d'une recherche en médecine générale

Jusque récemment, les travaux de recherche concernant les jeunes émanaient de la pratique hospitalière. Or, la plupart des jeunes ne transitent pas par ces structures et sont avant tout pris en charge par leur médecin traitant. Il est donc capital que ce dernier ait une vision globale des maux de la jeunesse et ce dans le cadre de la consultation généraliste. C'est à partir de ces données qu'il peut espérer améliorer ses pratiques donc son impact auprès des jeunes. Les médecins généralistes doivent donc trouver le temps non seulement de se former mais surtout de participer à des travaux de recherche à l'échelon national mais aussi international, les comportements à risque n'étant pas limités à la France. Cependant le temps consacré à la consultation et à la gestion du cabinet ne laisse que trop peu de possibilité pour le médecin généraliste de s'intéresser à la recherche en médecine générale et à la formation continue. Il faut donc que envisager une modification de l'organisation du résidanat dans le but de rendre les résidents rapidement autonomes sur le terrain, rendant les maîtres de stage libres d'enseigner et de s'adonner à la recherche. Cela nécessite que les externes côtoient la médecine générale comme ils le font de la médecine hospitalière. Le résident en cabinet pourrait alors prendre en charge les patients avec leur accord tout en sachant le médecin référent disponible et joignable. Ainsi, l'augmentation du temps consacré à la recherche et à l'enseignement en médecine générale entraînerait la création d'une organisation et d'une structure facilitant la formation médicale continue à laquelle sont astreints les praticiens actuellement.

Par ailleurs, la création d'une base de données fiable appliquée à la médecine générale permettrait l'élaboration d'une information préventive ciblée sur les attentes et les

conduites à risque du jeune et aiderait les médecins généralistes dans leurs conduites à tenir face aux jeunes en difficulté.

Le médecin généraliste au centre de la gestion de la santé publique

La consommation de soins et de biens médicaux représentent environ 2000 euros par an et par habitant dont 13% concernent les honoraires des médecins libéraux pour une population de 60 millions d'habitants dont plus de 80% bénéficie d'une couverture sociale [31]

Actuellement, 2 millions de jeunes ont entre 15 et 20 ans [4]. La majorité est déjà prise en charge par le régime de sécurité sociale de leurs parents. Or, selon notre étude, les honoraires posent un réel problème aux jeunes car ils nécessitent l'intervention parentale. Il semble donc important de rendre le jeune indépendant sur le plan financier pour tout ce qui touche à sa santé. Par ailleurs, dans le groupe de jeunes le plus à risque, on a constaté qu'ils étaient souvent en situation financière difficile. Le problème des honoraires concernant les jeunes ne doit pas entraver leur désir d'aller consulter. On pourrait envisager une forme d'émancipation du jeune pour sa prise en charge médicale. La question la plus difficile à résoudre demeure celle de l'âge. La réponse la plus logique serait de procéder au cas par cas : il est possible d'imaginer que la demande d'émancipation médicale soit du ressort du médecin traitant en cas de suspicion de problèmes nécessitant davantage de temps, et ce quelque soit l'âge. Sur le plan éthique, il est impensable de laisser les parents dans l'ignorance, malgré la notion de secret médical. Il serait donc du devoir du médecin traitant d'informer la famille dans les grandes lignes de la modification de la prise en charge de leur enfant en soulignant que cela ne change en rien leur prise en charge personnelle par la sécurité sociale ni leurs allocations familiales, et qu'il est dans l'intérêt de leur enfant qu'ils acceptent cette

modification. Ainsi, les jeunes pourraient posséder une carte vitale personnelle, à la demande du médecin traitant. Par ailleurs, il semble important que les jeunes n'aient pas à avancer les frais médicaux, leur budget étant souvent très limité. Il serait donc intéressant qu'ils bénéficient d'une prise en charge à 100% avec dispense d'avance de frais.

Ainsi, par l'intermédiaire d'un formulaire précisant le motif de la demande et en accord avec les dispositions du code de déontologie dans sa révision de septembre 1995, la sécurité sociale pourrait procéder à l'émancipation du jeune sur demande du médecin traitant. Resterait à la charge des médecins généralistes de continuer à informer la caisse de sécurité sociale de la nécessité de prolonger l'émancipation, en précisant l'évolution au médecin de la sécurité sociale.

Par ailleurs, il est nécessaire que la cotation des consultations soit révisée car le temps de consultation des jeunes est très variable. Or, il est crucial que les médecins généralistes puissent prendre le temps de les écouter en toute sérénité, les jeunes étant très sensibles à l'attitude et au climat instauré au sein du cabinet. Il est donc possible d'imaginer un système à double cotation dont une majorée pour les consultations de longue durée.

Concernant le formulaire d'émancipation médicale, le traitement informatique de ces données pourrait constituer un formidable observatoire du comportement des jeunes. Certes, il laisserait dans l'ombre les jeunes non pris en charge sur le plan médical. Cependant, la notion de gratuité de la consultation en médecine générale pourrait amener certains jeunes exclus à faire leur apparition dans les cabinets. Il incomberait alors aux médecins traitants de ne pas laisser passer ces opportunités. Par ailleurs, l'obligation pour les médecins traitants de continuer à informer les caisses tout au long du suivi du jeune permettrait de poursuivre les études sur des données mises à jour, fiables et représentant tout le territoire. Ainsi,

l'information diffusée librement par les différents moyens de communication actuels pourrait être définie à partir des rapports des médecins généralistes. Elle serait alors plus ciblée, donc moins coûteuse. La différence de coût d'une prise en charge à 100% dans le cadre d'une émancipation et la majoration de la cotation pour les consultations longues aurait un poids minoré par un ciblage de l'information préventive plus adapté, le médecin traitant constituant dans ce climat de confiance le plus performant des vecteurs d'information.

C'est par une information préventive ciblée, délivrée par un médecin généraliste formé que les médecins peuvent espérer voir s'infléchir la courbe des conduites à risque des jeunes. La diminution de ces comportements délétères entraînerait inéluctablement une diminution de la morbi-mortalité à long terme, c'est-à-dire moins d'hospitalisations à un âge précoce (insuffisance coronarienne par exemple), moins d'arrêts de travail pour pathologie alcoolique, entre autres, et surtout une population vieillissante en meilleur état de santé. L'impact d'une telle évolution de la santé représenterait une économie non négligeable lorsque l'on sait que les soins hospitaliers associés au coût des médicaments représentent à eux seuls 70% des 2000 euros consacrés à la santé par habitant [31].

Ainsi, la prise en charge des jeunes, pour peu que les médecins généralistes acceptent d'y jouer un rôle actif, risque de peser de plus en plus lourd dans la balance économique de la santé publique. Cependant, les retombées de ce processus ne pourraient être que bénéfiques à long terme. **Il est donc capital que les jeunes, les médecins généralistes et les pouvoirs publics cheminent ensemble et apprennent à davantage se projeter dans l'avenir.**

6 CONCLUSION

Les dernières études réalisées auprès des jeunes mettent en évidence une forte augmentation des comportements à risque : les jeunes vont mal. Leurs conduites sont responsables d'une importante morbi-mortalité dans une population considérée comme peu touchée par les problèmes de santé. Or, cette thèse montre qu'il existe une population de jeunes à risque, identifiable par des marqueurs fiables de rupture. Parmi ces jeunes, nombreux sont ceux qui fréquentent régulièrement les cabinets des médecins généralistes. Dans notre étude, ils expriment une réelle confiance envers leur médecin traitant. Pourtant, les jeunes parlent rarement de leurs comportements à risque en consultation alors que les résultats de notre enquête montrent qu'ils souhaiteraient aborder ces sujets. Il est donc nécessaire au vu de ces résultats de modifier certains paramètres de la consultation. Ainsi, il semble préférable de recevoir le jeune sur rendez-vous afin de diminuer le temps d'attente, de le voir en tête à tête et d'insister sur la notion fondamentale de secret médical. C'est en créant une véritable intimité que le médecin peut espérer amener le jeune à se confier. Pour cela, le médecin généraliste doit oser poser des questions directes concernant les conduites à risque et délivrer spontanément les informations relatives à ces comportements. Le médecin généraliste doit amener le jeune à prendre conscience des risques encourus et à autogérer sa santé. Pour pouvoir développer cette démarche éducative, la consultation de médecine générale ne doit plus être limitée par des facteurs de temps ou d'argent car c'est en consacrant davantage de temps à la consultation des jeunes que les plus à risque d'entre eux pourront être dépistés. Par ailleurs, les jeunes identifiés comme les plus à risque dans notre enquête sont ceux qui ont le moins d'aisance financière. Il est donc important que des mesures financières soient prises pour rendre la consultation imperceptible sur le budget du jeune et indépendante du portefeuille parental. L'application de ces changements amènerait le jeune à une autogestion de sa santé garantissant alors une conduite responsable à l'âge adulte.

Au delà des modalités pratiques de la consultation, cette thèse met en évidence la nécessité d'une véritable formation généraliste développant la vocation préventive de la médecine générale. C'est auprès des jeunes que les médecins traitants pourraient en attendre les plus grands bénéfices. Pour devenir un vecteur préventif performant et peu coûteux, les médecins généralistes doivent bénéficier d'une formation continue, débutant dès les premières années du cursus, davantage orientée vers la prise en charge globale du risque et non vers la pathologie spécialisée et ce, dans un esprit allant au-delà de l'intérêt diagnostique et thérapeutique pour parvenir à une réelle efficacité préventive. Cette formation ne peut se faire sans le développement parallèle d'une recherche dynamique en médecine générale. Etant donné le statut libéral de la médecine générale, il est impossible d'envisager l'expansion de cette recherche sans un soutien actif de l'Etat en terme de personnes et de moyens. Cet élargissement de la formation généraliste entraînerait une diminution du recours aux spécialistes, permettant à ces derniers de se focaliser sur leur propre recherche. Il s'agit donc pour notre société de modifier sa politique de santé en faveur d'un système pyramidal reposant sur les médecins généralistes avant de se tourner vers la spécialité.

Ainsi, les comportements à risque des jeunes ne sont qu'un des indicateurs mettant en évidence le choix erroné de notre société de délaisser la prévention en faveur de l'efficacité thérapeutique. Face à la mortalité des jeunes, la médecine générale doit poursuivre son processus de mutation professionnelle pour devenir à terme une des pierres angulaires de la gestion de la santé publique. La diminution des conduites à risque des jeunes sera alors le signe annonciateur de l'autonomisation de la médecine générale, c'est-à-dire la reconnaissance de son existence.

« Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'Univers et les Dieux. »

Socrate

ANNEXE A : QUESTIONNAIRE MEDECIN

1 - Informations vous concernant :

Age :

Sexe :

2 - Année d'installation :

3 - Département d'exercice:

4 - Dans quel milieu exercez-vous ?

- rural
- semi-rural
- urbain

5 - Estimez votre nombre d'actes par semaine :

- moins de 50
- de 50 à 75
- de 76 à 100
- de 101 à 120
- plus de 120

6 - En vous aidant si nécessaire de votre TSAP, estimez le pourcentage de jeunes que vous suivez :

- moins de 10% de votre clientèle
- de 10 à 30%
- de 30% à 50%
- plus de 50%

7 - Concernant les problèmes suivant, les jeunes vous consultent-ils :

	Souvent	Parfois	Jamais
Acné :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie rhinopharyngée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MST :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraception :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool, tabac, drogue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes scolaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes familiaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 - Vous considérez les jeunes que vous suivez comme :

- des enfants
- comme vos enfants
- des adultes
- des personnes à problèmes
- des personnes à risque
- des patients sans particularités
- autres :
- ne sait pas

9 - Souhaiteriez-vous suivre davantage de jeunes ?

Oui Non sans avis

10 - Dans votre activité, portez-vous un intérêt particulier aux problèmes des jeunes ?

Oui Non sans avis

11 - En présence d'un jeune, diriez-vous que vous êtes plutôt :

<input type="checkbox"/> directif	ou	<input type="checkbox"/> non directif
<input type="checkbox"/> chaleureux	ou	<input type="checkbox"/> froid
<input type="checkbox"/> paternaliste	ou	<input type="checkbox"/> favorisant l'autonomie
<input type="checkbox"/> dynamique	ou	<input type="checkbox"/> tranquille
<input type="checkbox"/> calme	ou	<input type="checkbox"/> stressé
<input type="checkbox"/> rassurant	ou	<input type="checkbox"/> angoissant

12 - Le plus souvent, recevez-vous le jeune accompagné de ses parents ?

Oui Non

13 - Préféreriez-vous le voir seul ?

Oui Non

14 - Vous arrive-t-il de faire sortir ses parents :

	Oui	Non
A votre demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la demande du jeune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la demande des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 - En cas de suspicion de problèmes liés à l'alcool, du tabac ou à la drogue, si le problème n'est pas abordé spontanément par le jeune, est-ce que vous :

initiez le dialogue
 n'abordez pas le sujet

16 - Informez-vous les jeunes de l'existence du secret médical ?

Oui Non

17 - Avez-vous l'impression que les jeunes tiennent compte de votre avis ou de vos conseils ?

Oui Non ne sait pas

18 - Si vous deviez avoir recours à une thérapie de soutien, vous préféreriez :

la pratiquer vous-même
 adresser à un psychiatre et/ou psychologue

19 - Combien avez-vous d'enfants :

20 - Quel âge a ou ont-ils ?

Moins de 15 ans 15 à 20 ans plus de 20 ans

21 - Pensez-vous que l'existence de centres médicaux d'accueil pour jeunes pourrait vous être utile dans votre pratique ?

Oui Non ne sait pas

ANNEXE B : QUESTIONNAIRE JEUNE

1 - Informations vous concernant :

Age :

Sexe :

2 - Est-ce que vous vivez avec :

- vos parents
- votre père
- votre mère
- un autre membre de votre famille (sœur, frère, tante...)
- un ou une amie
- vous vivez seul

3 - Actuellement, vous êtes :

- à l'école (collège, lycée) ; classe :
- à l'université ; cycle :
- en apprentissage ou formation alternée
- au chômage
- vous travaillez
- autre :

4 - Vous plaisez-vous dans vos études et/ou votre travail ?

- Oui Non

Concernant les questions à venir, nous aimerions savoir si certains sujets ont été abordés avec votre médecin traitant. Pour cela, cochez quand cela est demandé la case oui ou non dans la colonne de droite.

5 - Faites-vous du sport ?

- Oui Non

**En avez-vous
parlé avec
votre médecin ?**

- O N

6 - Ces derniers temps, vous sentez vous déprimé(e)

Oui Non

O N

7 - Combien de repas prenez-vous par jour ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 4

O N

**En avez-vous
parlé avec votre
médecin ?**

8 - Avez-vous des difficultés à gérer votre alimentation ?

Oui Non

O N

9 - Est-ce que vous fumez ?

Oui Non

O N

10 - Souhaitez-vous arrêter de fumer ?

Oui Non

O N

11 - Buvez-vous régulièrement de l'alcool ?

Oui Non

O N

Les questions à venir sont plus personnelles. Je vous rappelle que ce questionnaire est strictement anonyme et que vos réponses sont très utiles pour mes recherches.

12 - Avez-vous déjà été frappé ou blessé par quelqu'un ou un groupe ?

Oui Non

O N

13 - Avez-vous pensé à vous suicider ?

Oui Non

O N

14 - Avez-vous subi des rapports sexuels forcés ?

Oui Non

O N

15 - Avez-vous déjà fait une fugue ?

Oui Non

O N

16 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

Oui Non

O N

17 - Lors de vos rapports, utilisez-vous un préservatif :

O N

- toujours
- souvent
- parfois
- jamais

Questions adressées aux filles :

18 - Prenez-vous la pilule ?

Oui Non

O N

19 - Qui vous la donne ?

- votre gynécologue
- votre médecin traitant

**En avez-vous
déjà parlé avec
votre médecin ?**

20 - Avez-vous déjà été enceinte ?

Oui Non

O N

21 - Avez-vous déjà eu recours à l'avortement (IVG) ?

Oui Non

O N

Les questions suivantes s'adressent maintenant à tout le monde :

22 - Avez-vous déjà fait un test de dépistage du SIDA ?

Oui Non

O N

23 - Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une drogue ?

Oui Non

O N

24 - Quel risque ou maladie craignez-vous le plus pour vous-même :

O N

- Accident de la circulation
- Cancer
- Sida
- Suicide
- Dépression
- Maladies cardiaques
- Autres :
- Ne sait pas

25 - Avez-vous déjà acheté des médicaments sans ordonnance ?

Oui Non

O N

Les questions suivantes concernent le déroulement de votre visite chez votre médecin traitant. Je vous rappelle que ce questionnaire est strictement anonyme. Votre médecin n'aura donc pas accès à vos réponses.

26 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté ?

- Médecin ou infirmière scolaire
- Votre médecin traitant
- Un psychiatre ou psychologue
- Pédiatre
- Autre profession de santé :

27 - Est ce que vous pensez que votre médecin traitant peut vous aider dans (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Vos problèmes sentimentaux
- Vos problèmes familiaux
- Vos problèmes sexuels
- Votre comportement face à l'alcool, au tabac
- Votre comportement face à d'autres produits
- Vos problèmes de santé physique (acné, rhume, ...)
- Votre scolarité
- Vos moments de tristesse, de déprime
- Autres :
- Ne sait pas

28 - Comment peut-t-il vous aider ?

- En vous informant des risques
- En vous disputant
- En vous conseillant dans vos choix
- En parlant avec vos parents
- En ne le répétant pas à vos proches ou amis
- En discutant avec vous plus longtemps
- En discutant avec vous plus souvent
- Autre :
- Ne sait pas

29 - Lorsque vous lui demandez son avis pour un problème et/ou une question, trouvez-vous que :

- Il répond de façon claire et adaptée
- Il emploie des termes trop compliqués
- Il ne répond pas exactement à votre question
- Il vous écoute mais change de sujet
- Il ne vous écoute pas
- Ne sait pas

30 - Si vous devez voir votre médecin traitant, préférez-vous :

- le voir sur rendez-vous sans rendez-vous
- le voir seul accompagné d'un parent ou ami

31 - A quoi attachez-vous de l'importance dans la salle d'attente :

- la décoration
- les magazines

32 - En salle d'attente, trouvez-vous gênante :

- la présence d'autres patients Oui Non
- la présence de quelqu'un qui vous connaît Oui Non
- la présence de quelqu'un qui connaît votre famille Oui Non

33 - Vous trouvez qu'aller voir votre médecin traitant est :

- plutôt pénible
- une obligation
- plutôt intéressant, source d'information
- un moment agréable
- cela ne vous dérange pas
- ne sait pas

34 - Combien de temps, en général, attendez-vous en salle d'attente :

- moins de 15 minutes
- entre 15 et 30 minutes
- plus de 30 minutes

35 - Iriez-vous plus facilement voir votre médecin si le temps d'attente était moins long ?

- Oui Non

36 - Si une secrétaire vous accueille au cabinet, cela :

- vous gêne
- vous rassure
- vous est indifférent
- ne sait pas

37 - Combien de temps dure, en moyenne, la consultation ?

- moins de 5 minutes
- entre 10 et 20 minutes
- 30 minutes
- plus de 30 minutes

38 - A la fin de la consultation, avez-vous l'impression d'avoir dit tout ce que vous vouliez dire ?

- Oui Non ne sait pas

39 - Trouvez-vous que votre médecin traitant est suffisamment

- disponible Oui Non

- a votre écoute Oui Non

- facilement accessible (téléphone) Oui Non

40 - Attachez-vous de l'importance :

- à la tenue vestimentaire de votre médecin traitant Oui Non

- à la façon dont il vous accueille Oui Non

- à la décoration de son bureau Oui Non

41 - Vous pensez qu'il vous considère plutôt comme :

un enfant

comme un de ses enfants

un adulte

d'égal à égal

une personne à problème

un jeune sans particularité

vous ne l'intéressez pas

ne sait pas

42 - Iriez-vous le voir plus facilement ou plus souvent s'il vous considérait différemment ?

Oui

Non

Ne sait pas

43 - D'une manière générale en consultation, trouvez-vous votre médecin traitant

trop curieux à votre égard

pas assez curieux à votre égard

trop silencieux

trop bavard

autre :

ne sait pas

44 - Est ce que vous lui confiez vos problèmes personnels ?

Oui

Non

45 - Pensez-vous qu'il répète ce que vous lui avez dit en consultation à vos proches ou amis ?

Oui

Non

46 - D'après vous, a-t-il le droit de le répéter ?

Oui

Non

47 - Votre médecin vous a-t-il déjà expliqué ce qu'est le secret médical ?

Oui

Non

48 - Votre médecin vous paraît plutôt :

directif

ou

non directif

chaleureux

ou

froid

- | | | |
|---------------------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> paternaliste | ou | <input type="checkbox"/> favorisant l'autonomie |
| <input type="checkbox"/> dynamique | ou | <input type="checkbox"/> tranquille |
| <input type="checkbox"/> calme | ou | <input type="checkbox"/> stressé |
| <input type="checkbox"/> rassurant | ou | <input type="checkbox"/> angoissant |

49 - Iriez-vous le voir plus facilement ou plus souvent s'il était différent ?

- Oui Non

50 - Est-ce que votre médecin vous :

- tutoie vouvoie

51 - Est-ce que cela vous dérange ?

- Oui Non

52 - Pensez-vous avoir une bonne relation avec votre médecin ?

- Oui Non

53 - Votre médecin vous donne-t-il spontanément des informations sur le tabac, l'alcool... ?

- Oui Non

54 - Vous trouvez que les informations qu'il vous donne sont :

- récentes
- intéressantes
- crédibles
- insuffisantes
- ne sait pas

55 - Etes-vous satisfait de la façon dont votre médecin s'occupe de vous ?

- très satisfait
- satisfait
- peu satisfait
- pas du tout satisfait
- ne sait pas

56 - Est-ce que votre médecin vous suit depuis votre enfance ?

- Oui Non ne sait pas

57 - Pensez-vous que ce soit un avantage ?

- Oui Non ne sait pas

58 - Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin actuel :

- moins d'1 an
- de 1 à 3 ans

plus de 3 ans

59 - Pensez-vous que l'on est mieux pris en charge si on consulte toujours le même médecin ?

Oui

Non

ne sait pas

60 - Allez-vous, dans les mois qui viennent, changer de médecin ?

Oui

Non

61 - Quels sont les motifs qui pourraient vous faire changer de médecin ?

le temps d'attente

le prix de la consultation

la personnalité ou le comportement de votre médecin

la qualité de la consultation

la localisation du cabinet

un déménagement

autre :

rien de pourrait vous faire changer

ne sait pas

62 - Qui paie la consultation ?

vous-même avec votre argent

l'un de vos parents vous donne de l'argent pour ça

l'un de vos parents paie lorsqu'il voit votre médecin

la consultation est gratuite

autre :

ne sait pas

63 - Vos ou votre parent(s) sont-ils toujours au courant de vos visites chez votre médecin ?

Oui

Non

64 - Comment avez-vous connu votre médecin traitant ?

il soigne déjà un membre de votre famille ou de votre entourage

son cabinet était le plus facile d'accès pour vous

par l'intermédiaire de l'annuaire

il vous a été recommandé par un ami

autre :

65 - Souhaitez-vous que votre médecin s'occupe un jour de vos enfants ?

Oui

Non

66 - Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est :

Pas du tout satisfaisante

Peu satisfaisante

Plutôt satisfaisante

Très satisfaisante

Ne sait pas

61 - Quels sont les motifs qui pourraient vous faire changer de médecin ?

- le temps d'attente
- le prix de la consultation
- la personnalité ou le comportement de votre médecin
- la qualité de la consultation
- la localisation du cabinet
- un déménagement
- autre :
- rien de pourrait vous faire changer
- ne sait pas

62 - Qui paie la consultation ?

- vous-même avec votre argent
- l'un de vos parents vous donne de l'argent pour ça
- l'un de vos parents paie lorsqu'il voit votre médecin
- la consultation est gratuite
- autre :
- ne sait pas

63 - Vos ou votre parent(s) sont-ils toujours au courant de vos visites chez votre médecin ?

- Oui Non

64 - Comment avez-vous connu votre médecin traitant ?

- il soigne déjà un membre de votre famille ou de votre entourage
- son cabinet était le plus facile d'accès pour vous
- par l'intermédiaire de l'annuaire
- il vous a été recommandé par un ami
- autre :

65 - Souhaitez-vous que votre médecin s'occupe un jour de vos enfants ?

- Oui Non

66 - Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est :

- Pas du tout satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Très satisfaisante
- Ne sait pas

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Dolto F, Dolto-Tolitch C. (2001) *Paroles pour adolescents:Le complexe du homard*, Hatier, Paris.
- [2] Galland O. (2001) *Sociologie de la jeunesse*, Armand Colin, Paris.
- [3] Moula H. Prévention du suicide de l'adolescent : la part du médecin généraliste. *Exercer* 1999 ; 54 :26-9.
- [4] Résultats du recensement INED 1999, Insee.
- [5] Galland O. (2002) *Les jeunes*, La Découverte, Paris.
- [6] Pommereau X. Rapport sur la santé des jeunes, Ministère de la Santé, 2002.
- [7] Fize M. Les adolescents de l'an 2001. *Arch Pediatr* 2001 ; 8 suppl 2 : 227-9.
- [8] Baromètre santé 2000, CFES, 2001.
- [9] La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Haut comité de la Santé Publique, 2000.
- [10] Velin J, Beddock P. Tentative de suicide du jeune: 1/3 de récurrences dans l'année. *Rev Prat Med Gen* 2001 ; 522 :72-74.
- [11] Choquet M, Pommereau X, Lagadic C. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde, à la demande de la Direction Générale de la Santé, Paris :INSERM, 2001.
- [12] Gueniot C. Suicide de l'adolescent : le rôle stratégique du généraliste. *Panorama Med* 2002 ; 4834 :36-9.

- [13] Navarro F, Godeau E, Dressen C, Mouret G, Jeunier B, Aptel E. Les comportements de santé des jeunes. Consommation de substances psychoactives. Résultats préliminaires (enquête HBSC/OMS) BEH 1999 ; 48.
- [14] Lapostolle F, Crocheton N, Adnet F. Ecstasy : des « rave » à la réalité. Rev Prat Med Gen 2000 ; 514 :1929-32.
- [15] Le Maitre B. Prévention du tabagisme. Arch Pediatr 2001 ; 8 suppl 2 : 529-31.
- [16] Athea N. L'entrée dans la sexualité et ses aléas. Arch Pediatr 2001 ; 8 : 433-40.
- [17] Derbanne V, Moula H. Information sexuelle des adolescents français : enquête auprès de 65 médecins généralistes et revue de la littérature, Paris, 2000.
- [18] Frelut ML. Prise en charge des obésités sévères de l'adolescent. Arch Pediatr 2001 ; 8 suppl 2 : 293-5.
- [19] Berthaut E, Marcelli D. Fugues de l'enfant et de l'adolescent: un signal d'alarme. Rev Prat Med Gen 2000 ; 516 :2041-4.
- [20] Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Analyse et prospective. Paris : Inserm, 1994.
- [21] Rey C. Violences sexuelles sur les adolescents : au-delà de l'urgence des constatations médico-légales. Arch Pediatr 2001 ; 8 suppl 2 : 485-6.
- [22] Appleby L, Amos T, Doyle U, Tomenson B, Woodman M. General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care. Br J Psychiatry 1996; 168: 330-3.
- [23] Mino JC, Frattini O. Relation ou interaction médecin-malade ? Rev Prat Med Gen 2002 ; 563 :210-3.
- [24] Rageau JP. Généralistes et ados : un colloque très singulier. Imp Med 2001 ; 554 :28-33.

- [25] Michot M, Nicodème R, Pochard F, Lauwers V, Lauque D, Vidal M, Arlet P. Evolution de l'information donnée au patient en médecine générale. *Exercer* 2001 ; 61 :13-6.
- [26] Boudailliez B, Perrin I, Alvin P. Les adolescents aux urgences hospitalières: usage et messages. *Arch Pediatr* 2001 ; 8 suppl 2 :476-8.
- [27] Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la SMEREP, Paris : ORS Ile-de-France, 2001.
- [28] Gay B. Le médecin généraliste au carrefour de la prévention. *Exercer* 1991 ; 14 :21-3.
- [29] Pouchain D, Fauconnier F, Huas D, Masse JF. Quelques particularités de la consultation avec l'adolescent. *Exercer* 1991 ; 14 :4-7.
- [30] ESPAD 1999, INSERM/OFDI/MENRT.
- [31] La maîtrise médicalisée des dépenses de santé – La convention nationale des médecins généralistes – Le règlement conventionnel minimal, Paris : Service Médical d'Assurance Maladie d'Ile-de-France, 2001.
- [32] Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD), OFDI.
- [33] Baromètre santé jeunes 97/98, CFES, 1998.
- [34] Jacobson L, Richardson G, Parry-Langdon N, Donovan C. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. *Br J Gen Pract* 2001; 51:811-6.
- [35] Binder P. les adolescents suicidants non pris en charge pour leurs actes sont-ils différents des autres ? *Rev Prat Med Gen* 2001 ; 545 : 1507-12.
- [36] Michel G. Prise de risque chez l'adolescent : les facteurs de vulnérabilité. *Rev Prat Med Gen* 2001 ; 525 : 238-41.

- [37] Sandrin-Berthon B. Eduquer un patient : comment être plus performant ? Rev Prat Med Gen 2001 ; 549 :1727-30.
- [38] Addictions : se recentrer sur le consommateur. Rev Prat 2002 ; 561 :121-33.
- [39] La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Rev Prat Med Gen 2000 ; 518 :2187-93.
- [40] Mille C. Comprendre les expressions somatiques de la souffrance psychique. Arch Pediatr 2001 ; 8 suppl 2 : 445-8.
- [41] Bailly D. Pourquoi les adolescents fument-ils ? Arch Pediatr 2001 ; 8 suppl 2 : 526-8.