

**A quelles conditions les adolescents à risques
Confient-ils leurs problèmes à leur médecin généraliste?**

version Française de :

Benoit V. Tudrej, Anne-Laure Heintz, Pierre Ingrand, Ludovic Gicquel & Philippe Binder (2016): What do troubled adolescents expect from their GPs?, European Journal of General Practice, DOI: 10.1080/13814788.2016.1216541

RESUME

Background.

Mal-être, soucis, anxiété, déprime difficultés psychologiques et troubles du comportement à l'adolescence sont fréquents mais inapparents pour le médecin généraliste (MG). Environ 80% des adolescents consultent leur MG dans l'année, mais surtout pour des motifs somatiques. Ces consultations sont donc des occasions de dépistage. Ils nécessitent une relation de confiance.

Objective. Que disent les adolescents des conditions nécessaires pour se confier à leur MG ? Sont-elles différentes chez ceux ayant des conduites à risque ?

Methods : une étude transversale descriptive à été menée dans 182 établissements scolaires tirés au sort en France. Les adolescents de 15 ans ont rempli un auto-questionnaire en condition d'examen. Les questions sur les comportements étaient issues du questionnaire de référence du Health Behaviour In School-Aged Children, celles sur les conditions de la confiance provenaient d'études préalables.

Results: Ont été analysés 1817 questionnaires (911 filles - 906 garçons). Les adolescents disaient se confier peu. La qualité principale attendue des MG par ces adolescents pour leur confier leurs *difficultés/soucis* était celle d'être "Honesty" = que leur MG garantisse le secret, ne les juge pas et pose les bonnes questions. Cette préférence n'était modifiée ni par le sexe ni par l'expérience de conduites à risque. La qualité "reliability" concernait plus leurs parents ou amis et « emotional » était citée en dernier.

Conclusion

Poser les bonnes questions sans juger avec un secret garanti semblent les dispositions attendues des MG par les ados pour se confier. Cela se vérifierait-il en consultation? Des études prospectives pourraient utilement éclairer ce point.

CONTEXTE

L'adolescence est une période traversée par des perturbations biologiques psychologiques et sociales. Celles-ci peuvent se manifester par des conduites à risque, tels que la consommation de tabac, d'alcool de drogues illicites, les actes de violence, les rapports sexuels non protégés(1). Ces troubles augmentent la morbi-mortalité(1) à court terme mais aussi à long terme à l'âge adulte (2). Néanmoins, beaucoup de ces troubles s'arrêtent à l'adolescence, surtout si leur durée a été courte. (3) Or, la précocité de leur prise en charge semble raccourcir leur durée et la morbi-mortalité induite (4). C'est pourquoi l'identification précoce des conduites à risque chez les jeunes par les professionnels du soin primaire est recommandée(5).

Or les adolescents, et particulièrement les plus en difficulté, demandent rarement une aide aux professionnels, ils préfèrent se tourner vers leurs amis ou leurs parents (5). En primary care, leurs *difficultés/soucis* ne peuvent être abordés que par dépistage. Comme en France, 80% des ados consultent au moins une fois dans l'année(5) leur médecin généraliste (MG), celui-ci semble le mieux placé pour le faire. Le motif de consultation des ados est essentiellement somatique ou administratif mais rarement psychologique(6) . Comme les bilans de prévention organisés sont rares(7), la consultation occasionnelle représente la seule opportunité d'aborder les difficultés non dites au-delà des motifs de consultation exprimés par l'adolescent(6) . Pour ne pas être ressentie comme intrusive et ouvrir à une expression ou une demande, cette approche nécessite l'établissement d'une relation de confiance(8). Dans la relation médecin-malade, la confiance est un processus qui fait tomber les barrières à la coopération et la compliance. Les qualités attendues par les adultes pour se confier à leur MG sont fidélité, compétence, honnêteté et confidentialité(9). Mais les attentes à l'adolescence sont-elles les mêmes ? Le premier objectif de notre étude était d'identifier la qualité prioritaire souhaitée par les adolescents pour se confier à leur MG. Le second était d'examiner si cette qualité était différente selon le sexe, le niveau de conduites à risque ou l'interlocuteur : ami, parent, ou MG.

METHODE :

Nous avons monté pour cela une étude épidémiologique transversale.

Le questionnaire

La création du questionnaire a nécessité des études préalables. Il a été élaboré par consensus d'expert non formalisé associant un médecin généraliste, un pédopsychiatre, un biostatisticien, un médecin de santé scolaire, un médecin de santé publique et une interne en médecine générale. Il y avait 3 séries de questions.

- La première série interrogeait sur l'interlocuteur choisi en fonction d'une difficulté: "*Quand tu as ou si tu avais une difficulté concernant...." Tu en parles ou tu en parlerais à...*". Les difficultés étaient déclinées en 3 rubriques : -les difficultés de santé physique et l'inquiétude de ne pas être "normal" . - Les difficultés personnelles concernant : stress, moral, agressions subies, agressivité, temps devant les écrans, et consommation de produits ; - difficultés relationnelles avec les parents, les enseignants, les amie(e)s , le/la

petit(e) ami(e).

- la deuxième série interrogeait sur les conditions de la confiance. N'ayant pas trouvé de questionnaire spécifique aux adolescents dans la littérature, nous l'avons construit à partir de la Wake Forest University Scale adaptée aux adultes(9) et de la children's interpersonal trust belief scale (CITB) adaptée aux enfants de 10 ans en moyenne(10). La CITB présentait différentes situations vécues permettant à l'enfant de se situer par rapport à 3 types de qualité attendues de l'adulte. "reliability " =être constant et solide; « emotional » =ne pas provoquer de préjudice émotionnel; «honesty»= être bienveillant, sincère, et non manipulateur. Ces situations ont été remplacées par des questions issues de la Wake Forest respectant les catégories de la CITB et dans une formulation adaptée à l'adolescent. On demandait au jeune de justifier les raisons de sa confiance selon son destinataire et selon chacune des 3 catégories : » Si tu parles à.....(parent/ ami/ médecin) c'est parce que :

- « Il /elle t'a déjà aidé ou soutenu » « Il/elle est disponible pour t'écouter », « Tu comprends ce qu'il dit » (= "reliability ")
- « Tu te sens compris », « Il/elle sait te mettre à l'aise », « tu ne crains pas de le décevoir » (= "emotional ")
- « Il/elle sait te poser les bonnes questions », « Il/elle garde les secrets qu'on lui confie », « Tu ne te sens pas jugé » (= "honesty ")

- la troisième série de questions interrogeait sur les conduites à risque . Pour cette partie nous avons eu recours par convention aux formulations du questionnaire HBSC international qui ont été validées dans plusieurs langues et cultures(11). Nous y avons retenu les conduites à risques classiques(1,12) : consommations de tabac, alcool et cannabis, rapports sexuels précoces, violences en réunion (les bagarres) et tentatives de suicides. Les questions sur les armes à feu et la conduite automobile ont été exclues car elles ne correspondaient ni à l'âge de ces adolescents ni au contexte français.

Le questionnaire a été testé lors de trois études préalables. La première auprès de 15 adolescents vus par des MG a amélioré les formulations liées à la confiance. La seconde auprès de 115 élèves de lycée a montré la nécessité de simplifier la présentation. La troisième auprès de 60 élèves a validé le niveau de qualité de réponse.

Design

1. In June 2012 we carried out a cross-sectional survey involving a representative sample of adolescents aged 15 years enrolled in 192 randomly drawn schools from two French region (Poitou-Charentes and Alsace); This administrative entity represents 5,5% of the overall French population and is devoid of any ethnic or demographic specificity. Nominative selection was carried out by the statistics services of the French education ministry. Teenagers and their parents were informed before the study by a letter presenting the survey and asking for their

consent to participate. Teenagers were again offered the possibility to decline their participation at the beginning of the questionnaire. As is the case in France for surveys conducted in a school setting, the study was approved by competent authorities in the French Ministry of Education. According to French legislation related to observational studies, the survey was registered by the National Commission on Informatics and Liberty (CNIL n°1560423 and n°7z70310939s) which is versed in personal data protection.

At school, all of the youthful participants were asked to fill out with pen and ink a self-completion paper questionnaire under examination conditions and before a representative of the health arm of the French education ministry. Les données de l'Alsace furent traitées par enregistreur électronique, celles du Poitou Charentes furent saisies manuellement par deux opérateurs indépendants .

Analyse statistique

Pour caractériser de façon simple l'échantillon selon les expériences des conduites à risques, nous avons défini trois sous-groupes - Le groupe CARA avait au moins une des conduites à un niveau de gravité préoccupant soit par sa répétition soit par sa précocité = fume au moins une cigarette de tabac tous les jours ; a consommé de l'alcool au point d'être complètement ivre au moins 4 fois dans sa vie ; a fumé au moins 3 joints de cannabis dans les 30 derniers jours ; a déjà eu au moins un rapport sexuel à 13 ans ou plus jeune ; a participé au moins 3 fois à une bagarre physique dans les 12 derniers mois ; a fait au moins 2 tentatives de suicide dans sa vie. Le groupe ACAR n'avait eu aucune de toutes ces conduites dans leur vie - le groupe CARI rassemblait tous les autres. La comparaison entre les groupes CARA, CARI et ACAR, constitués en fonction des conduites à risque déclarées, a été réalisée par le test du χ^2 au risque d'erreur de 5% sous l'hypothèse nulle d'homogénéité des proportions entre les groupes. Le logiciel SAS version 9.3 a été utilisé.

RESULTATS

Sur les 192 établissements qui ont été sollicités, 182 ont participé. 1817 Questionnaires ont été recueillis et analysés : (911 filles 906 garçons). La répartition selon les conduites à risque déclarées est détaillée dans le tableau 1.

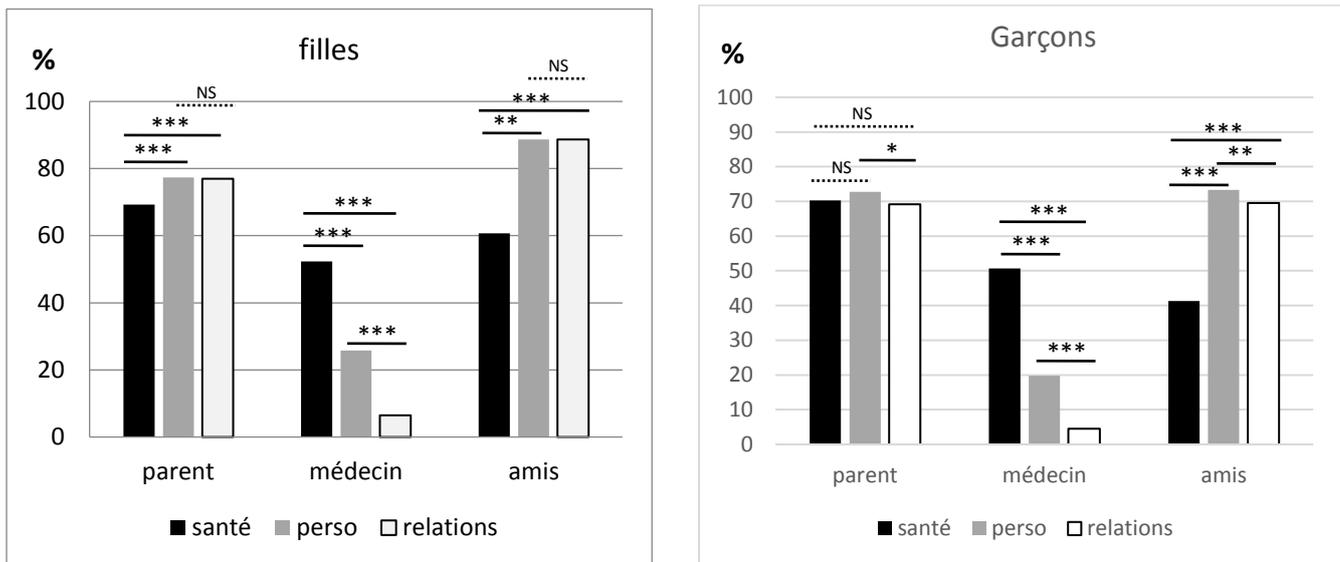
Tableau 1 : comportements des adolescents selon leur sexe et leur groupe à risque

Conduites à risque	fréquence	FILLES			GARCONS		
		ACAR 259	CARI 419	CARA 233	ACAR 226	CARI 399	CARA 281
Tentative suicide dans la vie	Jamais	259 (100)	342 (84)	106 (47)	226 (100)	367 (95)	212 (79)
	1 fois	0	66 (16)	46 (20)	0	21 (5)	24 (9)
	>1 fois	0	0	75 (33)	0	0	33 (12)
A participé à une bagarre dans les 12 derniers mois	Non	259 (100)	320 (80)	123 (54)	226 (100)	195 (51)	81 (29)
	<3 fois	0	80 (20)	66 (29)	0	188 (49)	77 (28)
	≥ 3 fois	0	0	38 (17)	0	0	117 (43)
Début rapports sexuels	Jamais	259 (100)	308 (74)	99 (43)	226 (100)	296 (74)	106 (38)
	>13 ans	0	109 (26)	110 (47)	0	102 (26)	73 (26)
	≤13 ans	0	0	23 (10)	0	0	99 (36)
A déjà consommé de l'alcool au point d'être complètement ivre, soûl(e)	Jamais	259 (100)	271 (65)	59 (25)	226 (100)	263 (66)	105 (37)
	< 4 fois	0	148 (35)	126 (54)	0	133 (34)	81 (29)
	≥ 4 fois	0	0	48 (21)	0	0	95 (34)
A déjà consommé du cannabis	Jamais dans la vie	259 (100)	392 (95)	119 (52)	226 (100)	372 (94)	141 (52)
	< 3 joints dans les 30 j	0	22(5)	46 (20)	0	23 (6)	34 (12)
	≥ 3 joints dans les 30 j	0	0	63 (28)	0	0	71 (36)
A fumé du tabac	Jamais	259 (100)	310 (74)	41 (18)	226 (100)	326 (82)	109 (39)
	<1/jour	0	109 (26)	40 (17)	0	70 (18)	48 (17)
	≥ 1 /jour	0	0	151 (65)	0	0	124 (44)

La plupart des ados ont consulté leur généraliste dans l'année : entre 95% pour les filles ACAR et 86% pour les garçons ACAR ou CARA. Ceux qui consultent souvent (> 5 /an) sont significativement plus nombreux chez les CARA tant chez les garçons 28% p=0,026 que chez les filles 32% p<0;001.

Globalement, les adolescents déclaraient se confier préférentiellement à leurs parents et à leurs amis. (Fig1). A leurs parents ils confiaient leurs soucis sans distinction. A leur MG, ils focalisaient sur la santé physique, en étant réservés sur leurs comportements à risque et silencieux sur leurs relations. A leurs amis ils confiaient moins leurs soucis physiques. Cette répartition était semblable dans les deux sexes sauf dans les confidences envers les amis plus fréquentes chez les filles que chez les garçons.

figure 1 . Nature des *difficultés/soucis* confiés par les ados selon leur sexe et leur type d'interlocuteur.



santé : difficultés/soucis de santé physique OU être normal

perso : difficultés/soucis de stress OU mora OU agression OU sexualité OU agressivité OU temps passé devant un écran OU consommations

relations : soucis relationnels avec parents OU enseignants OU petit ami

NS : non significatif

* : p<0.05

** : p<0.01

*** : p<0.001

En sélectionnant leurs comportements, on voyait que les CARA se confiaient moins à leurs parents que les autres, sauf les filles qui leur confiaient autant que les autres leurs difficultés relationnelles (tableau 2) . *insérer* Tableau 2 : Nature des *difficultés/soucis* confiés par les ados selon leur interlocuteur, leur groupe à risque et leur sexe

FILLES												
Difficultés	Parents				Médecin				Amis			
	ACAR	CARI	CARA	P	ACAR	CARI	CARA	P	ACAR	CARI	CARA	P
	259	419	233		259	419	233		259	419	233	
de santé	186 (72)	303 (72)	142 (61)	0,0061	140 (54)	239 (57)	98 (42)	0,0010	146 (56)	256 (61)	151 (65)	0,16
personnelles	207 (80)	331 (79)	167 (72)	0,052	63 (24)	108 (26)	64 (27)	0,73	225 (87)	368 (88)	215 (92)	0,13
de relations	208 (80)	322 (77)	172 (74)	0,23	8 (3)	31 (7)	20 (9)	0,027	226 (87)	376 (90)	206 (88)	0,60
GARCONS												
Difficultés	Parents				Médecin				Amis			
	ACAR	CARI	CARA	P	ACAR	CARI	CARA	P	ACAR	CARI	CARA	P
	226	399	281		226	399	281		226	399	281	
de santé	172 (76)	285 (71)	180 (64)	0,010	113 (50)	214 (54)	132 (47)	0,23	76 (34)	173 (43)	126 (45)	0,022
personnelles	182 (81)	307 (77)	171 (61)	<0,0001	48 (21)	86 (22)	45 (16)	0,16	139 (62)	308 (77)	217 (77)	<0,0001
de relations	165 (73)	289 (72)	173 (62)	0,0037	9 (4)	21 (5)	11 (4)	0,64	235 (60)	282 (71)	213 (76)	0,0004

P : test du chi²

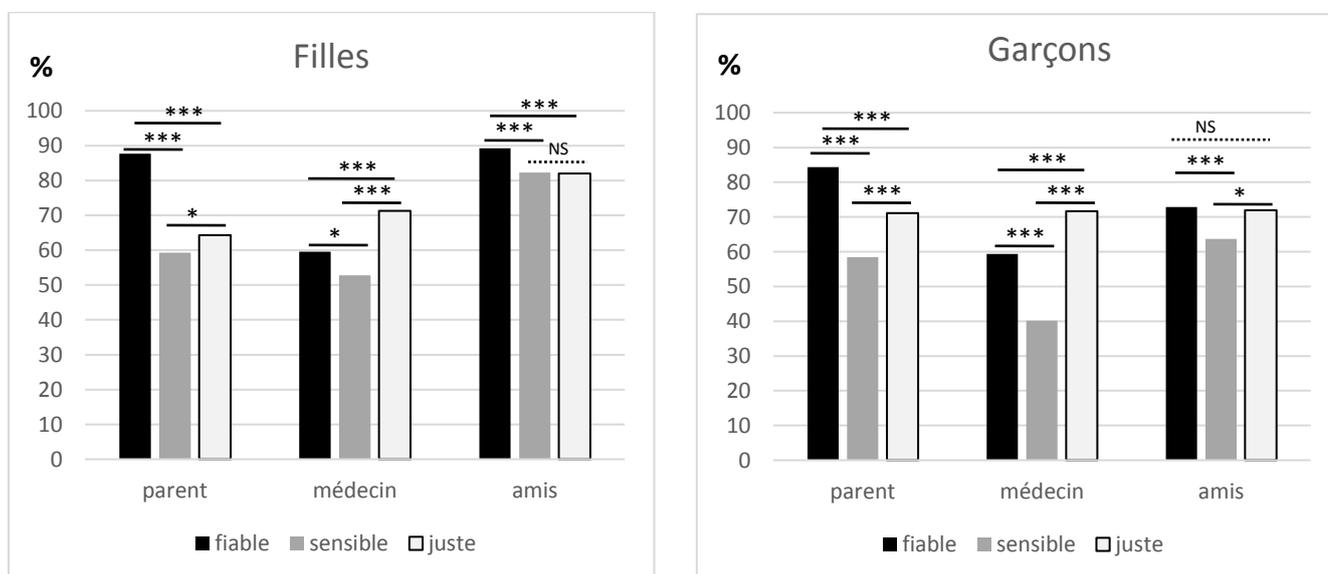
Les filles CARA parlaient moins à leur médecin de leur santé physique mais plus de leurs relations. Se confiaient sans distinction de groupe, les garçons à leur MG et les filles à leurs amis(e)s.

tableau 3 : classement des qualités attendues par les ados qui disent se confier à leur médecin selon leur sexe , leur groupe à risque et leur interlocuteur

FILLES													
Qualité attendue	Parent				Médecin				Amis				
	ACAR 117	CARI 171	CARA 85	P	ACAR	CARI	CARA	P	ACAR	CARI	CARA	P	
Fiable	112 (96)	153 (89)	62 (73)	<0,0001	71 (61)	98 (57)	53 (62)	0,71	105 (90)	154 (90)	74 (87)	0,75	
Sensible	78 (67)	99 (58)	44 (52)	0,092	58 (50)	88 (51)	51 (60)	0,30	102 (87)	136 (80)	69 (81)	0,24	
Juste	80 (68)	109 (64)	51 (60)	0,46	86 (74)	125 (73)	55 (65)	0,31	100 (85)	134 (78)	72 (85)	0,23	
GARÇONS													
Qualité attendue	Parent				Médecin				Amis				
	ACAR 90	CARI 154	CARA 95	P	ACAR	CARI	CARA	P	ACAR	CARI	CARA	P	
Fiable	82 (91)	132 (86)	72 (76)	0,014	50 (56)	86 (56)	47 (49)	0,58	68 (76)	112 (73)	67 (71)	0,74	
Sensible	59 (66)	90 (58)	49 (52)	0,16	37 (41)	64 (42)	35 (37)	0,74	62 (69)	101 (66)	53 (56)	0,15	
Juste	64 (71)	112 (73)	65 (68)	0,77	68 (76)	102 (66)	73 (77)	0,12	68 (76)	106 (69)	70 (74)	0,48	

Les ados qui disaient se confier à leur MG étaient 39% (n=712). Ils attendaient du MG (tableau 3) d'abord la qualité " honesty", avant "realiabytily" et "emotional" (fig 2). De leurs parents ou amis ils attendaient d'être d'abord " realiabytily " avant d'être "honesty ". La qualité "emotional" était citée par tous en dernier .

Figure 2 conditions de la confiance exprimées par les ados qui se confient à leur médecin.



Fiable : il m'a déjà aidé OU il est disponible pour t'écouter OU tu comprends ce qu'il dit

Sensible : tu te sens compris OU il sait te mettre à l'aise OU tu ne crains pas de le décevoir

Juste : il pose les bonnes questions OU il garde les secrets OU tu ne te sens pas jugé

NS : non significatif

* : p<0.05

** : p<0.01

*** : p<0.001

Parmi les ados qui disaient se confier à leur MG, les qualités attendues du MG ne différaient pas selon leur niveau de conduite à risque. La qualité d'un parent « reliablely » était moins souvent attendue par les jeunes CARA. Il n'y avait pas de différence pour les autres qualités.

DISCUSSION

La qualité principale attendue des MG par les adolescents de 15 ans pour leur confier leurs difficultés était celle d'être "juste" = que leur MG garantisse le secret, ne les juge pas et pose les bonnes questions. Cette préférence n'était modifiée ni par le sexe ni par l'expérience de conduites à risque. Les adolescents confiaient prioritairement leurs difficultés de santé physique, mais étaient réservés sur leurs comportements et silencieux sur leurs relations.

Il y avait cependant plusieurs limites à ces résultats. La première était l'âge limitée à 15 ans qui en diminuait l'intérêt pour les autres adolescents. Mais ce choix a permis une homogénéité de l'échantillon à l'âge où le taux des conduites à risque augmente fortement(13) et où une action de prévention pourrait encore intervenir. De plus les 15ans sont ceux qui ont été les plus étudiés (14). La seconde concernait les conditions de recueil qui révélaient des opinions et n'étaient pas des observations en contexte réel. La priorité a été donnée à s'affranchir de l'influence d'un adulte. Pour cela, les conditions de passation ont été optimales pour favoriser l'anonymat et la sincérité des réponses. Le risque de mauvaise interprétation des questions était limité car le questionnaire HBSC était largement validé auprès d'adolescents (11) et celui concernant la confiance avait fait l'objet de trois études de faisabilité préalables. La troisième concernait le choix des conduites à risque. Il a suivi les données actuelles de la littérature associant des troubles internalisés et externalisés(12,15). Le choix de la fréquence et de la précocité comme critères de gravité permettait de s'affranchir à cet âge des conduites d'essai ou d'impulsivité réactionnelle. Enfin, le choix d'isoler le groupe déclarant aucune de l'ensemble des conduites (ACAR) améliorait le contraste avec les autres groupes.

Cette étude a confirmé des éléments connus : pour parler de leurs difficultés, les ados privilégient leurs parents et amis (8) . Ils s'adressent à leur MG essentiellement pour des problèmes de santé physique(2,4). Leur réticence à confier leurs problèmes psychologiques ou relationnels à leur MG est connue(8). Mais notre étude a permis de préciser que c'étaient les ados à risques qui consultaient le plus souvent même si leurs motifs restaient somatiques car plusieurs études ont montré que ces ados en difficultés consultaient moins que les autres pour un motif psychologique(5). Ce point est cependant discuté par nos résultats car les filles à risque étaient plus nombreuses que les autres à dire aborder leurs problèmes relationnels avec leur MG. Paradoxalement, elles se confiaient moins au MG à propos de leur corps. Cette défiance s'étendait à leurs parents mais pas à leurs amis. Il semblait que les filles à risques avaient une réticence à parler de leur corps aux adultes, sans que la fonction du médecin ne modifiait cette attitude. Les

ami(e)s restaient pour les filles (à risque ou non) les principaux confidentes. Ces quelques différences d'attitudes dans la recherche d'aide selon le sexe allaient dans le sens de plusieurs travaux qui décrivaient les garçons globalement moins demandeurs d'aide envers les adultes(16). Notre étude affinait cette observation : à la différence des autres, les garçons en difficultés se confiaient moins à leur parent, mais autant à leur MG et plus à leurs amis.

Les adolescents distinguaient les qualités requises pour se confier selon leurs interlocuteurs. La qualité attendue des parents ou amis était « reliability » = il m'a déjà aidé, il est disponible, je comprends ce qu'il dit". La qualité attendue des MG était d'« honesty » qui regroupait 3 souhaits : Le premier était celui de la confidentialité confirmant par là de nombreuses études(5,17,18). Le « secret nécessaire » sans lequel il se ferme est indispensable pour aborder des thèmes délicats comme les conduites à risques(18). Sortant de l'enfance, l'adolescent a besoin de ressentir cette position de secret d'un médecin qui reste la plupart du temps médecin de famille et donc des parents. Cette disposition du respect de la confidentialité mérite d'être réaffirmée en consultation.

Le second souhait était de ne pas être jugé, confirmant ainsi plusieurs études (8,17). Le non-jugement fait partie de l'attitude empathique décrite par Carl Rogers comme « La compréhension, sans adhésion ni jugement, des émotions et du point de vue de l'interlocuteur ». Cette attitude respectant la labilité des émotions et des comportements est encore plus nécessaire à l'adolescence. En effet, un jugement de type paternaliste, même bienveillant, risque d'enfermer le sujet dans une image figée qui ne respecte pas les transformations de la croissance.

Le troisième souhait attendu du MG « poser les bonnes questions » est peu évoqué par la littérature. Trouvant mal les mots pour parler de soi, l'adolescent exprime plus souvent ses difficultés par des plaintes somatiques(19). Il n'est finalement pas opposé à parler de soi mais attend une initiative de l'adulte. Celle-ci signe alors deux qualités complémentaires : une attention dont l'adolescent n'est pas sûr car les contacts sont rares et un professionnalisme rassurant qui sait ce qu'il faut dire et faire. Quelles sont ces "bonnes questions » ? Plusieurs outils ont été validés et recommandés(20) : Certains peuvent être mémorisés, comme le TSTS cafard pour dépister une problématique suicidaire ou le guide d'entretien HEADSS(15) ; d'autres sont des auto-questionnaire comme l'ADRS pour évaluer la dépression(20). Il en existe d'autres mais plus adaptés à l'évaluation qu'au dépistage.

CONCLUSION

Plusieurs qualités sont nécessaires pour obtenir la confiance des adolescents. Notre étude a montré celles qui apparaissent prioritaires pour tous les adolescents sans distinction de sexe ou de comportement: dans une confidentialité assurée, savoir poser les bonnes questions sans juger. Ces qualités souhaitées par les ados et mises en œuvre par le MG lors d'une consultation seraient-elles efficaces pour entraîner la confiance ? Des études prospectives pourraient éclairer ce point et améliorer l'efficacité des consultations des MG avec les adolescents.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377(9783):2093-102.
2. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ* 2009;338:a2981-a2981.
3. Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet* 2014; 383: 1404-1411.
4. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *Rev D'épidémiologie Santé Publique* 2013;61(4):363-74.
5. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007;369(9572):1565-73.
6. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Fam Pract* 2010;27(5):556-62.
7. Nordin JD, Solberg LI, Parker ED. Adolescent Primary Care Visit Patterns. *Ann Fam Med* 2010;8(6):511-6.
8. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: The help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *J Adolesc* 2011;34(4):685-93.
9. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *Milbank Q* 2001;79(4):613-39.
10. Rotenberg KJ, Fox C, Green S, Ruderman L, Slater K, Stevens K, et al. Construction and validation of a children's interpersonal trust belief scale. *Br J Dev Psychol* 2005;23(2):271-93.
11. the International HBSC Study Group, Roberts C, Freeman J, et al. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health* 2009; 54: 140-150
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Brener ND, Kann L, Shanklin S, Kinchen S, Eaton DK, et al. Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System--2013. *MMWR Recomm Rep* 2013 ;62(RR-1):1-20.
13. Chan-Chee C. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *Bull Epidemiol Hebd* 2011;47-48:492-496.

14. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries: Self-reported suicide attempts by European adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(4):381-9.
15. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: an essential update. *Contemp Pediatr-MONTVALE-*. 2004;21(1):64-92.
16. Cotton SM, Wright A, Harris MG, Jorm AF, McGorry PD. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(9):790-6.
17. Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. *J Adolesc* 2007;30(4):639-53.
18. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278(12):1029-34.
19. Youssef NN, Atienza K, Langseder AL, Strauss RS. Chronic abdominal pain and depressive symptoms: analysis of the national longitudinal study of adolescent health. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc* 2008;6(3):329-32.
20. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Paris: HAS; nov 2014