



Camille Lépine¹, Vincent Jédât²,
Paolo Di Patrizio³, Dagmar M.
Haller⁴, Philippe Binder²

1. Département de médecine générale,
Faculté de médecine de Strasbourg

2. Département de médecine générale,
Université de médecine et de pharma-
cie de Poitiers

3. Département de médecine générale,
Faculté de médecine et de pharmacie,
Université de Lorraine

4. Unité des internistes généralistes et
pédiatres (UIGP), Faculté de médecine,
Université de Genève, unité santé
jeunes, Hôpitaux universitaires de Ge-
nève, Suisse

c.lepine@unistra.fr
exercer 2021;177:388-394.

Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale

Validation d'un référentiel francophone

Annexe 2 - Résultat final de la ronde Delphi (version inté- grale)

Compétence 1 : TENIR COMPTE DU TIERS

Capacité 1 : Dès le début de consultation, voire même en salle d'attente, pouvoir répondre mentalement à la question « *Qui souffre, qui demande quoi et pour qui ?* » et commencer la relation avec le demandeur, et non l'ado désigné.

« *Madame, c'est donc vous qui avez pris rendez-vous, je vous écoute...* » (réf : 1,2)

« *Paul, tu me dis que c'est ta mère (absente) qui a pris rendez-vous... Explique-moi cela...* »

Commentaire : La nécessité est de s'affranchir des manipulations même pleines de bonnes intentions de demandeurs, y compris absents. La démarche est, dès l'énoncé du motif, de sortir d'un sous-entendu « entre adulte » pour aller vers un éclaircissement explicite qui sera apaisant pour la relation avec l'ado.

Capacité 2 : Gérer la demande du tiers en 3 temps :

1- Le laisser formuler son inquiétude « *... Vous êtes donc inquiète à propos de...* »

2- Puis demander à l'ado s'il était d'accord pour venir, puis recueillir un 1° avis « *Que penses-tu qui inquiètes ton parent ?* » Et un 2° avis sur le problème évoqué « *Et toi, te faistu du souci à ce sujet ?* ».

3- Enfin demander l'avis du tiers sur les propos de l'ado « *Que pensez-vous de son point de vue ?*

» (réf : 3 p367-369)

Commentaire : Après avoir caractérisé la plainte, la démarche est de mettre en regard la demande du tiers et l'avis de l'ado sur cette démarche, de les faire dialoguer à ce sujet en repérant les accords et les divergences, puis en les nommant. Ce chemin est bien sûr idéal, il peut être conduit sur plusieurs consultations. La difficulté à le suivre est un signe de dysfonctionnement familial.

Capacité 3 : Estimer si le tiers est facilitant ou gênant et tenir compte des tentatives de manipulations du tiers, volontaires ou involontaires, ou des minimisations des problèmes.

« *Vous semblez dialoguer facilement, nous allons continuer ensemble, OK ?* » - ou à l'inverse : « *Madame, j'ai bien entendu votre critique de son père, je ne jugerai pas. Vous souhaitez vivement que j'intervienne ; je comprends tout à fait, il serait bon pour cela que je m'entretienne seul.e avec votre fils.fille. Aussi pourriez-vous aller nous attendre dans la salle d'attente ?* » ou encore : « *Madame, comment cela s'est-il passé pour vous à son âge ?*

Auriez-vous apprécié de communiquer hors la présence de votre parent ? » (réf : 1, 5, 41)

Commentaire : Le MG repère les demandes de complicité surtout dans les conflits ou séparations parentales. S'entret-

nir seul avec l'ado doit rester l'objectif, mais faire sortir le tiers n'est pas toujours indiqué. Il y a un temps pour tout. Faire sortir le tiers est aisé lorsque la démarche est expliquée avec bienveillance et détermination. L'estimation de la gêne du tiers est délicate. Les indices : l'absence d'autocritique de son rôle de parent, l'injonction au médecin d'intervenir, le mutisme de l'ado... Sans oublier les minimisations des problèmes pour éviter d'être jugé comme « mauvais parent ».

Compétence 2 : REPERER ET ÉVALUER UN MAL- ÊTRE AU-DELÀ DU MOTIF DE CONSULTATION

Capacité 4 : Ouvrir au-delà du ou des motif(s) exposé(s) : avec « *et à part ça ?* » ou « *oui, mais ?* » « *oui et encore ?* » ou « *et quoi d'autre ?* »

« *Donc vous toussiez depuis 3 jours... (3 sec de silence) et à part ça ?* » en raison de leur difficulté à évoquer spontanément leurs soucis s'ils n'y sont pas invités. (réf : 1, 2, 6, 7)

Commentaire : C'est un détail déterminant pour ouvrir à une parole qui attendait d'être invitée. Cela multiplie par plus de 3 le contenu psy de la consultation qui commence. Ce n'est pas ici un début de listing d'investigation, mais juste une ouverture. Le frein est plutôt chez le médecin qui craint une consultation plus complexe. Les questions plus précises sur l'école ou la famille sont abordées au cours de la consultation.

Capacité 5 : Dépister avec le BITS un mal-être non dit et plus précisément des problématiques autoagressives cachées : Idées Suicidaires, Tentatives de Suicides, mais aussi les scarifications.

Aborder le BITS ainsi : « *tu dors bien ? - quand tu vas à l'école, (bus...) tu es stressé... ? - pour le travail ou pour les copains... ? - on s'y moque de toi... ? - et quand tu rentres chez toi... ? - Tu as essayé le tabac... ?* » L'acronyme C.P.I.R.E (Cumulé, Précoce, Intense, Répété, Excluant) appliqué au trouble évoqué rappelle les qualificatifs indiquant la sévérité. (réf : 8, 9)

Commentaire : Le BITS, c'est 4 questions posées au fil de l'eau

d'une consultation courante, quel que soit le motif, assorties chacune d'une question de gravité (voir le test en entier (<http://www.medecin-ado.org>)). Trois réponses positives incitent à s'enquérir d'une problématique suicidaire, qui est retrouvée chez 13 % des adolescents (ou 19 % de Problématiques autoagressives comprenant les scarifications) qu'elles soient récentes ou antérieures. C.P.I.R.E est un acronyme qui donne des indications de cumul d'indices et donc de gravité. Exemple : une moquerie « depuis longtemps » = P, « violente » = I, « fréquente » = R, « j'ai peur d'aller à l'école » = E. C'est plus une alerte rapide qu'une mesure précise.

Capacité 6 : Pour l'évaluation et le suivi, s'appuyer sur des échelles validées, comme l'ADRS pour la dépression et le RUD pour le risque suicidaire :

« *Bon, écoute, je me fais du souci, aussi je vais approfondir pour voir si c'est une dépression. Je vais te poser 10 questions qui concernent ton état d'esprit ces 10-15 derniers jours. Attends je vais chercher la liste* » (réf : 9, 10, 11). Le RUD (risque, urgence, dangerosité) est un guide -line non spécifique de l'adolescent.

Commentaire : Cette étape est peu fréquente, elle est nécessaire avec un BITS positif. Il s'agit de mieux caractériser la situation et l'évaluer. La version ADRS auto-questionnaire fournit 10 questions qui sont aisées dans le dialogue. La version du clinicien a 40 items ; elle est plus précise, mais bien plus longue à utiliser. Cela peut faire utilement l'objet d'une consultation ultérieure dédiée. Les adolescents apprécient cette démarche de précision si elle est bien amenée.

Compétence 3 : PLACER ET SOIGNER L'EXAMEN CLINIQUE

Capacité 7 : Veiller au respect de l'intimité lors de l'examen physique, au consentement pour les gestes nécessaires, et à la place du tiers dans ce temps intime.

(*Au parent, si présent*) « - *Maintenant, je vais examiner (prénom)...* » (à l'ado) « - *Je te propose d'aller enlever ton pull de l'autre côté, ou derrière ceci (cloison, rideau, paravent, paréo) puis je viendrai t'examiner, tu es d'accord ?* » (au parent) « - *Merci de nous*

attendre ». Rester à distance vocale du parent ou lui demander d'aller en salle d'attente. (réf : 12, 13)

Commentaire : Les recommandations anglo-saxonnes sont différentes : elles demandent la présence d'un tiers, une infirmière, rarement possible dans d'autres systèmes de santé. Notre proposition que le tiers reste hors la vue, mais à distance vocale (cloison, rideau, paravent, paréo) permet de garder à la fois une certaine intimité et une sécurité relationnelle. Dans ce cas, on évite de dialoguer avec le tiers lors de l'examen.

Capacité 8 : Commenter l'examen clinique en suscitant un échange.

« *Je t'examine le coeur, OK ?* », « *Pas de souffle au coeur... Il y a un rythme normal ; as-tu des palpitations parfois... ? Lors d'émotions par exemple ? ... Ou quand tu es stressé ?...* », « *Maintenant, je vais voir ton abdomen, es-tu d'accord pour défaire ta ceinture ?* » et devant

des écarts à la moyenne importants (poids, taille, acné, strabisme, anomalie morphologique) non abordés par l'ado, évoquer que nous y avons été attentif sans jugement « *Et... Ton poids... Te cause-t-il des soucis ?* ». (réf : 1, 14)

Commentaire : Le MG est quasiment le seul adulte qui touche le corps de l'ado. L'examen est donc un moment privilégié pour l'ado qui est le plus souvent préoccupé par sa normalité. Le MG annonce ce qu'il va faire et reste très respectueux des réticences.

Capacité 9 : Rassurer sur la normalité en revenant sur ses représentations, les « on dit » ou les rumeurs.

« *Et sais-tu pourquoi tu as de l'acné... ?* »,



« Il y a quelques boutons d'acné, c'est assez normal lors du changement hormonal de l'adolescence... Tu t'inquiètes à ce sujet ? » ou « As-tu des craintes à propos de la contraception ? », « Qu'as-tu entendu dire ce sujet ? », « Euh au fait, je te rassure..., la pilule ne donne pas le cancer. » (réf : 3 p363, 7, 15, 16, 17, 41)

Commentaire : Une des premières préoccupations est de se sentir ou étiqueté « anormal » c'est une des raisons pour lesquelles il peut minimiser ses symptômes y compris psychiques. On est souvent assez étonné des raisonnements et des représentations que confie l'ado au MG quand il est seul et qu'il ne se sent pas jugé.

Compétence 4 : ORGANISER UN CADRE DE CONFIDENTIALITÉ

Capacité 10. Être clair sur son rapport à la confidentialité et s'assurer que l'ado connaisse son droit à la confidentialité et ses limites.

« Je te précise que je suis soumis au secret professionnel. Tout ce que l'on se dit est confidentiel. Mais si j'estime que tu es en danger, il faudra que tes parents soient mis au courant, c'est la loi. Mais, dans ce cas, on se mettrait d'accord sur les mots et la façon de leur dire. Tu es d'accord ? » ou « Est-ce que c'est clair pour toi ? » (réf : 18, 39)

Commentaire : Le MG doit s'interroger sur son rapport à la confidentialité, car il varie avec son âge, son expérience et sa culture. L'adolescent craint essentiellement que la fonction de médecin de famille oblige le médecin à communiquer avec ses parents.

Capacité 11. Créer les conditions de la confidentialité : demander à l'accompagnant de se retirer pour un temps sans solliciter l'accord de l'adolescent.

« ... Pour cela monsieur, c'est le moment de vous retirer dans la salle d'attente » ou « La prochaine fois, je te verrai seul(e) » et ajouter au parent : « C'est nécessaire à son âge d'avoir un entretien en tête à tête ». (réf : 9, 14, 19, 20, 21)

Commentaire : Un temps privilégié en tête à tête avec l'ado

est toujours nécessaire. Lui assurer ce temps, c'est contribuer à son autonomisation en lui permettant graduellement de savoir comment se positionner dans la relation à son médecin. Attention, demander son accord à l'adolescent pour faire sortir le tiers le plonge dans un conflit de loyauté dommageable. Si l'ado devait dire lui-même au tiers de sortir, cela sous-entendrait qu'il y a de la gravité à cacher et entraînerait donc un questionnement ultérieur du tiers envers l'ado qu'il ne veut pas envisager.

Capacité 12. Finir l'entretien confidentiel en s'accordant sur ce qui va être dit à l'accompagnant.

« Nous avons abordé ceci et puis cela. Accordons-nous maintenant sur ce que l'on va dire à tes parents. Je vais les faire rentrer ; tu préfères que j'évoque ceci ? D'accord ! Et toi, quand je te donnerai la parole, pourrais-tu parler de cela ?... Quant à ta relation avec Julie, on n'en parlera pas, OK. Cela te va ? » (réf : 14, 20, 21)

Commentaire : C'est un exercice de clarification qui renforce la qualité de la confiance.

Compétence 5 : FAVORISER L'EXPRESSION

Capacité 13. Faciliter l'accessibilité en termes pratiques : flexibilité des horaires, prise de rendez-vous en ligne et utilisation des nouveaux modes de communication.

« Quand tu appelles le secrétariat, dis que je t'ai demandé de prendre un RDV quand tu n'as pas cours. » « Et si un jour tu as un souci, tu sais que tu peux venir, même si tu n'as pas rendez-vous, de carte vitale ou de moyens de paiement. Tu peux aussi m'adresser un SMS ou un mail si cela t'est plus commode. » (réf : 22, 23, 24, 25)

Commentaire : C'est une adaptation à la temporalité particulière des ados. Les moments où il veut parler sont éphémères et il faut savoir les prendre au vol. Une disponibilité aussi ouverte peut étonner, mais ces situations restent rares. Cependant, elles peuvent être déterminantes. Les nouvelles techniques de communi-

cation apportent des avantages, mais à condition de bien en définir le cadre.

Capacité 14. Solliciter son ressenti sur les avantages et les inconvénients de ses comportements, tout en reconnaissant les émotions qui leur sont liées.

« Tu fumes donc tous les jours du tabac, quels sont bénéfiques que cela te donne ?... Et y a-t-il quelques inconvénients ? », « ... Et tu dis que cela te met en colère quand on te fait des remarques, n'est-ce pas ? ». (réf : 3 p379-382)

Commentaire : Les comportements que les adultes jugent à risque ou décalés sont le plus souvent des tentatives d'adaptation. L'ado en connaît les avantages, la consultation est le moment où il peut en réaliser les limites. Nommer les émotions favorise leur apprivoisement.

Capacité 15. Tenir compte du sexe, du genre, de la culture de l'ado et de ses fluctuations identitaires.

Dans les études, on observe très schématiquement que les accidents concernent surtout les garçons et les scarifications, les filles ; que les garçons ressentent moins le besoin d'aide et sont plus positifs sur leur santé que les filles, dont la santé psychologique s'altère de la 6^e à la 3^e, alors que celle des garçons reste stable. La réponse attendue est plutôt relationnelle chez la fille, explicative chez le garçon. De plus, les rapports aux soins diffèrent selon les cultures. « Julie, tu m'as confié ceci, je suis touché de ta confiance. Nous en reparlons tous les deux la prochaine fois », « Mathis, je vois que tu veux te débrouiller tout seul et c'est pour ça que j'aimerais t'expliquer comment cela fonctionne », « Camille, peut être que je ne comprends pas bien ta situation, qu'en dit-on dans ton entourage / ta communauté ? » (réf : 17, 26, 27, 40)

Commentaire : Cette préoccupation du genre de l'ado peut étonner, voire choquer dans le débat actuel sur le genre, mais les études montrent bien que ce différentiel est très actuel à l'adolescence. L'illustration, ici très simpliste, est destinée à mobiliser toute notre attention sur les particularités de cet ado

consultant : non pas « ado » en général, mais un sujet qui a un sexe, des préférences sexuelles, un conditionnement social, une culture. Attention, chez l'ado, ces éléments identitaires fluctuent au cours du temps. En parallèle, cette préoccupation se doit d'intégrer aussi ma personnalité de médecin, mon orientation sexuelle, mon âge et mes origines socio-culturelles évidemment.

Compétence 6 : DIALOGUER AVEC DES ATTITUDES ET RÔLES NON JUGÉANTES

Capacité 16. Exprimer une attention dans la bonne distance, montrer un respect avec ou sans tutoiement dès le premier contact, car il est déterminant, et tenir au respect envers le médecin.

« Bonjour, on ne s'est jamais vu, je crois... Mets-toi à l'aise... Ah, au fait, j'ai l'habitude de tutoyer les adolescents, est-ce que cela te va ? », « Préfères-tu que je dise tu ou vous ? » ou « Bonjour, te revoilà, comment vas-tu ? Tiens, je vois quelques petits changements... » ou à un ado plongé dans son smartphone : « Hum... Pourrais-je avoir ton attention ? Comment rentrer dans ton smartphone pour avoir ton attention ? » (en souriant). (réf: 28, 29)

Commentaire : Le défi est d'avoir une attention à ce qui se dit, à ce qui se passe et de mettre à l'aise tout en étant soit même à l'aise. Pour le choix du tutoiement, c'est le respect et l'attention qui comptent. Si la majorité préfère être tutoyée, le minimum est de leur demander leur avis et d'éviter un paternalisme déplacé.

Capacité 17. Échanger sur le comportement en abordant plutôt la dimension adaptative, réactive, plaisante ou apaisante, que morale des comportements.

« Quand tu fais une scarification, je suppose que cela t'apaise n'est-ce pas ? », « Quand tu avales rapidement plusieurs whiskys, quel effet positif ressens-tu... ? Ça chauffe, tu te sens plus fort... ? Non ? », « Tu n'es pas sûr si tu préfères les garçons ou les filles. Cela te fait-il problème ?

» (réf: 3 p373-380)

Commentaire : Attention, cette attitude ne va pas de soi et demande une grande vigilance.

Elle n'est d'ailleurs pas spécifique de l'entretien avec l'ado. Partir du point de vue de l'autre est vecteur de confiance, car n'est pas jugeant et ouvre la possibilité d'une expression relative de sa part : « Oui, bien sûr, ça fait du bien, mais je commence à avoir des ennuis... ».

Capacité 18. Donner son point de vue en tant que professionnel, voire son émotion, et recueillir l'avis de l'ado en excluant les jugements du type « c'est bien », « il faut ».

« Si j'ai bien compris ton point de vue, fumer le joint n'est pas un problème, car tu dis tout le monde le fait. Mais pour ma part, je me fais du souci. Tu me dis qu'il t'en faut tous les jours pratiquement. Là, le produit actif du cannabis s'invite et s'impose dans la croissance de tes neurones qui est très active actuellement. C'est sûr que ton cerveau aime bien sur le moment, ça te détend d'ailleurs, mais le produit actif va devenir à la longue indispensable pour fonctionner et s'adapter... Qu'en penses-tu ? » (réf: 3 p374)

Commentaire : Dire à un ado « Je me fais du souci » n'est pas un jugement, mais un échange de ressenti, voire d'émotion. Cela renforce la relation. En modulant selon le niveau de maturité, une parole franche est plus étayante et moins angoissante qu'une responsabilisation trop précoce.

Compétence 7 : POSER LES BONNES QUESTIONS

Capacité 19. Questionner sur ses préoccupations : c'est-à-dire ses besoins, ses désirs, ses projets... Donc, connaître les principales préoccupations des ados. Différencier ce qu'il subit de ce qu'il choisit.

« Actuellement, tu aurais besoin de quoi ? », « Si je pouvais réaliser ton plus cher désir avec une baguette magique, ce serait lequel ? », « Qu'est-ce qui est le plus

pénible à subir actuellement ? », « La dernière fois que tu as choisi quelque chose, c'était quoi ? », « Où en es-tu de tes projets ? ». Éventuellement se repérer avec la liste HEADSSS : H =Habitat, maison ; E =Education, école ; A =Activités ; D =Drogues ; S =Sexualité ; S =Suicide ; S =Sécurité, médias Sociaux. (réf: 14, 30)

Commentaire : Un ado ne parle pas spontanément de ses problèmes, l'ouverture en début de consultation « à part ça... » est utile, mais rarement suffisante. L'ado attend « les bonnes questions » et il y répond presque toujours, même si elles sont crues. Privilégier les besoins, les désirs, les projets. La liste HEADSSS nécessite un support visuel, mais elle permet de ne rien oublier, à prévoir peut-être en consultation dédiée.

Capacité 20. Questionner explicitement sur le réel, les aspects concrets et pragmatiques, ne pas rester dans l'implicite avec les ados.

« Tu dis que ça va mieux, mais à quoi tu vois le matin que c'est mieux ? », « Tu dis avoir très mal à la tête, OK, qu'est-ce que cela t'empêche de faire actuellement ? » (réf: 17, 15, 31, 32)

Commentaire : Non spécifique de l'ado, cet exercice de clarification permet d'aider l'ado à préciser dans le réel des vagues impressions dont il a du mal à faire le contour. Cela le conduit à déployer sa pensée. Expliciter, c'est subjectiver.

Capacité 21. Inviter l'ado à voir la situation différemment, augmenter les choix possibles.

« Que crois-tu que peut penser ton parent/ami(e) de cette situation ?... », « Comment aurais-tu pu gérer la situation autrement ? », « Bon, apparemment ton père ne change pas d'attitude, avec quelle autre manière pourrais-tu l'aborder ? », « L'injure que tu as reçue dans ta messagerie, crois-tu qu'il l'ait envoyée pour te faire du mal ou plutôt pour se faire du bien ? Si ta sœur avait reçu ce message qu'aurais-tu fait ? » (réf : 17, 15, 31, 32)

Commentaire : Cela peut paraître difficile au premier bord. L'impératif est pour le



médecin d'augmenter les **choix** possibles, d'ouvrir le champ des options, mais sans induire le choix. La limite est de mettre l'ado face à son impuissance ; l'attitude est alors de rentrer dans de petits détails pragmatiques et non de grandes décisions. Cette démarche est déjà, en soi, une approche psychothérapeutique.

Compétence 8 : S'AJUSTER AVEC L'ADO SUR DES OBJECTIFS A SA PORTEE

Capacité 22. Tenir compte du lien avec le tiers, dans une perspective d'autonomisation progressive de l'ado.

Dans les conflits, garder la bonne distance et ouvrir chacun à la position de l'autre sans prendre parti. « Je vois que c'est bien difficile entre vous. C'est assez logique vu les circonstances. Chacun a-t-il bien compris la position de l'autre ?... Comment pourriez-vous en reparler ensemble tranquillement à la maison ?... Voulez-vous que nous en rediscutions une autre fois ? » (réf : 3 p373-378)

Commentaire : L'exercice est délicat et se nourrit d'une approche systémique. Une alliance thérapeutique avec l'ado n'exige pas une rupture relationnelle avec le ou les parents. La nature du soutien est à expliciter à chacun. Par exemple, indiquer que si l'ado sera suivi individuellement par un psychologue, on peut proposer de discuter au cabinet de ses relations familiales en associant son (ses) parent(s). En dehors des médecins de famille, il y a peu de professionnels concernés par l'accompagnement de plusieurs personnes en tensions dans la famille : thérapeutes familiaux, éducateurs. Chaque protagoniste d'un conflit voudrait bien mettre le médecin de famille de son côté. La prudence est de mise, mais la bonne distance n'est pas l'éloignement.

Capacité 23. S'accorder sur un objectif pragmatique réalisable et valoriser les efforts faits.

Après avoir lu sa petite note laissée dans le dossier, le médecin propose « Nous nous étions accordé sur une limitation quotidienne des écrans. Où en es-tu ? »... « Tu

me dis que rien

n'a changé. Bon, je vois que tu es très lucide sur toi-même, comment pourrais-tu t'y prendre autrement ?... As-tu imaginé ce que je pourrais faire pour t'aider ? » (réf : 3 p378-380)

Commentaire : C'est un aspect d'éducation thérapeutique et d'approche motivationnelle classique visant à renforcer les compétences psycho-sociales dans un objectif de responsabilisation. Tout est valorisable, même les manquements, les oublis. En cas d'échec, le médecin peut saluer à minima que l'ado est revenu consulter et que sa démarche n'est pas facile. Il est toujours possible de revenir sur un objectif plus réduit.

Capacité 24. S'appuyer sur des outils et supports de médiation pour enrichir le lien et

soutenir la communication : biographie, génogramme, métaphores, clip, etc. ».

« Nous n'avons pas eu trop le temps d'approfondir aujourd'hui. Pour la prochaine fois, pourrais-tu écrire un texte sur une feuille A4 qui commencerait par « voilà ma vie et les gens qui comptent pour moi ». « La dernière fois, nous avons abordé la métaphore du crustacé qui a du mal à sortir de sa carapace. T'en souviens-tu ? » « Ah, je vois que tu as rapporté le génogramme de ta famille. Ça t'a été difficile ? Voyons cela, où est-ce que tu te situes ? » (réf : 3 p378-380)

Commentaire : L'objectif est ici de maintenir le lien avec un support dont plusieurs rendent l'ado actif, il en existe toute une gamme. C'est à chacun de les expérimenter selon sa personnalité. Ce sont des outils de relation déjà éprouvés. Le meilleur est celui dont on a l'habitude. (cf. site medecin-ado.org)

Compétence 9 : PLANIFIER L'ACCOMPAGNEMENT QUAND NECESSAIRE

Capacité 25. Déterminer soit une série de consultations dans l'objectif d'évaluer et d'accompagner pour l'aider à passer un cap, soit une orientation vers le dispositif

spécialisé.

« OK, la situation est pénible actuellement, c'est un cap difficile à passer, il faudrait que l'on se voie 2 ou 3 fois à ce sujet pour y voir plus clair et t'aider à gérer... Si cela ne s'arrange pas, nous demanderons le soutien d'un collègue au CMP ado » (réf : 6, 33, 34, 35)

Commentaire : La plupart des crises de l'adolescent ne durent pas. Il suffit de l'aider à passer un cap. C'est la vision diachronique qui est pertinente. La 1^o consultation qui met à jour le problème doit rester courte, elle renvoie à une seconde qui établit et enrichit la relation. Mais les suivantes doivent rester courtes et ne pas tout aborder. C'est plus la succession que la longueur des consultations qui fait évaluation et soutien. Le médecin généraliste n'a pas le temps, mais la durée. En revanche, si la situation de l'ado stagne ou s'aggrave, ou menace son développement, l'orientation vers le dispositif spécialisé doit être rapide.

Capacité 26. Discuter de l'opportunité et des objectifs du traitement médicamenteux anxiolytique ou/et antidépresseur et savoir le prescrire s'il est indispensable.

« Nous nous sommes vus déjà 3 fois, maintenant un traitement médicamenteux serait sans doute utile pour diminuer ton anxiété envahissante, c'est une bouée pour ne pas couler, mais attention une bouée n'apprend pas à nager. Voilà ma prescription, nous l'évaluerons dans 7 jours. » (réf : 36)

Commentaire : Le MG ne prescrit pas de psychotropes dès le premier entretien. En effet les états des adolescents sont labiles. Un avis spécialisé est souvent nécessaire. Quand la prescription est justifiée, il faut vraiment que les objectifs attendus soient définis, les modalités expliquées, les effets indésirables annoncés et l'évaluation programmée. Dans certains cas, il est préférable de proposer la gestion des médicaments par le(s) parent(s).

Capacité 27. Proposer un RDV précis avant de demander son avis et anticiper le début du prochain RDV selon l'objectif annoncé ou la

tâche confiée.

« OK, si tu es d'accord, nous revoyons ce point » ou « Tu me rapportes cela mercredi à 18h00 et nous en reparlons. Cela te va ? » (réf: 3 p373-378)

Commentaire : Si le MG pense qu'il faut revoir l'ado, il évite de se limiter à « tu viens quand tu veux ». Proposer un RDV précis marque une préoccupation. Le MG s'accorde bien sûr avec l'ado et le tiers éventuel sur la temporalité et les modalités. L'observation montre que les MG sont souvent gênés d'anticiper un rendez-vous qui commencera par « Vous m'avez demandé de venir, je vous écoute, docteur » ce qui renverse la problématique habituelle du début de la consultation : « Asseyez-vous, je vous écoute ».

Compétence 10 : ORIENTER VERS LE DISPOSITIF SPÉCIALISÉ

Capacité 28. Distinguer ce qui peut être attendu d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un éducateur en anticipant les confusions possibles.

« Je me fais du souci, compte tenu de ta situation et des objectifs d'améliorations

Références

- 1-Binder P, Chabaud F. « Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel ». La Revue du Praticien - Médecine Générale. 21 novembre 2005 - Tome 19 - n° 710/711 - p 1307-1313
- 2-Binder P, Caron C, Jouhet V, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. Family Practice (2010) 27(5): 556-562
- 3-Jarmouille O, Lambert Y, Girard M, Charbonneau L, Richard C, Lussier MT. Les adolescents. In : Richard C et Lussier MT (Eds). La communication professionnelle en santé. 2e éd. Saint-Laurent : ERPI, 2016.
- 4-Heyrman J. Un regard systémique : une évidence pour le médecin généraliste. Thérapie familiale 2012 ; 1:65-75.
- 5-Maestre M. De la psychothérapie familiale à l'entretien familial systémique. De la demande intrafamiliale à la demande d'un tiers professionnel extérieur. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2011 ; 1:19-32.
- 6-Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. Rev Prat

envisagés, il me paraît nécessaire que tu voies d'autres professionnels qui apporteront une autre compétence. Je pense à une psychologue. Qu'en penses-tu ? », « Sais-tu ce que tu peux attendre d'un psychologue ou d'un psychiatre, en connais-tu la différence ? » (réf: 37)

Commentaire : Les représentations des ados à propos des psy sont très variables et fortement teintées d'une méfiance de base. L'indication et les conditions sont donc à expliciter et la compréhension à vérifier.

Capacité 29. Dans la façon d'orienter, adresser si possible à une personne, ou une équipe plutôt qu'à une institution.

« Je te propose d'aller consulter Julie Martin elle est psychologue libérale à... » ou bien : « Éric Dupont, tu pourras le voir au CMP ado, il n'y a pas d'avance de frais » ou bien : « Il me semblerait utile que tu rencontres quelqu'un de l'équipe de la Maison des Adolescents dirigée par Nathalie G. » (réf: 37, 40)

Commentaire : Il est plus rassurant et engageant d'être adressé à une personne qu'à une institution. Le MG n'hésitera pas à prendre lui-même RDV selon les circonstances et les

- 2005;10:1073-7.
- 7-Haller DM, Sancu LA, Patton GC, Sawyer SM. Towards youth friendly general practice: a survey of young people in primary care. J Gen Intern Med 2007;22:775-81.
- 8-Binder P, Heintz A-L, Haller DM, Favre A-S, Tudrej B, Ingrand P, Vanderkam P. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. Early Intervention in Psychiatry. 2019;1-7.
- 9-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.
- 10-Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. BMC Psychiatry 2007 ; 7:2.
- 11-Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale. Conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Paris, 2000.
- 12-Stanley N, Manthorpe J, Gillespie L. Family physicians' interventions with

possibilités locales.

Capacité 30. Avoir à jour les adresses des lieux de consultations, d'hospitalisation et des services sociaux, leurs indications, et leurs modes de fonctionnement.

« Voici les différentes adresses des professionnels publics ou privés, attention, les délais ne sont pas les mêmes. », « Là, il y a toute une équipe, tu verras d'abord une infirmière qui fera le point avec toi... Puis selon la situation, elle t'adressera à une psychologue... Je vais demander si cela peut être Pauline, si elle est encore disponible, ou Éric le psychiatre, ou son collègue, il paraît qu'il connaît très bien les ados aussi. » (réf: 37, 40)

Commentaire : Transmettre des éléments de fonctionnement des professionnels ou des institutions à qui le médecin s'adresse soutient la démarche qui le plus souvent est hésitante ou ambivalente pour l'ado. Cependant, les disparités territoriales sont grandes, les compositions d'équipe changeantes et les modalités de prises en charge évolutives ; charge au MG de s'enquérir du réseau de proximité existant dès son installation, et de l'en-

- young people in distress and their parents: managing confidentiality and levels of engagement. Acad Psychiatry 2008;32:92-7.
- 13-Webster SM, Temple-Smith M. Children and young people in out-of-home care: are GPs ready and willing to provide comprehensive health assessments for this vulnerable group? Aust J Prim Health 2010;16:296-303.
- 14-Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? Eur J Gen Pract 2016;3:1-8.
- 15-Robert M, du Roscoët E, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Santé mentale et bien-être. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016.
- 16-Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. Br J Gen Pract 2009;59:308-14.
- 17-Jousselle C, Cosquer M, Hasler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Paris : Inserm, 2015.
- 18-Lois : Le mineur a droit au respect de sa vie privée (CC, art. 9) et au secret professionnel (CSP, art. L1110-4,

tretenir.



- art. L. 1111-6 et art. R4127- 4) ; - mais il est soumis à l'autorité de ses parents ou de leurs représentants (CC, art. 371-1 et 2 et CSP, art. L. 1111-2), chacun des parents étant réputé agir avec le consentement de l'autre (CC, art. 372-2). Le médecin se doit donc de les informer (CSP, R4127-42).
- 19-Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278:1029-34.
- 20-Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships : the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *J Adolesc* 2011;34:685-93.
- 21-Stanley N, Manthorpe J, Gillespie L. Family physicians' interventions with young people in distress and their parents: managing confidentiality and levels of engagement. *Acad Psychiatry* 2008;32:92-7.
- 22-Planques A. Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste. *Revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisant et difficultés ressenties du point de vue des adolescents*. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2017.
- 23-Cullen W, Broderick N, Connolly D, Meagher D. What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. *Ir J Med Sci* 2012;181:189-97.
- 24-World Health Organization. Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva : WHO, 2002.
- 25-Mauerhofer A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Youth-friendly outpatient care. *Arch Pediatr* 2009;16:1151-7.
- 26-Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, Illness, Men and Masculinities (HiMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *J Mens Health* 2011;8:7-15.
- 27-Marcelli D. Quelques réflexions sur les enjeux de la différence des sexes, in : Chagnon JY (Ed). *Garçons et filles face aux apprentissages*. Paris. In Press, 2018.
- 28-White B, Viner RM. Improving communication with adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2012;3:93-7.
- 29-Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste. Thèse de médecine : Université de Nantes, 2009.
- 30- Parisi V, Meyer de Stadelhofen L, péchère B, et al. Apport du guide d'entretien HEADSSS dans l'apprentissage de la démarche diagnostique avec un adolescent. Perspectives d'étudiants lors de cours à option interprofessionnels. *Rev Med Suisse* 2017 ; 13 : 996-1000
- 31-Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation : Communicating with young people-how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2018;103:15-9.
- 32-Lask, B Motivating children and adolescents to improve adherence. *Journal of Pediatrics*, vol 143, n° 4 p430-433
- 33-Tudrej B, Heintz AL, Rehman M, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. *Eur J Gen Pract* 2017;23:182-9.
- 34-Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *Br J Gen Pract* 2014;64:e254-61.
- 35-Marcelli D, Braconnier A. Les entretiens d'évaluation, consultations thérapeutiques. in : *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Elsevier Masson 2013.
- 36-Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2006;56:924-31.
- 37-Hafting M, Garløv I. "You may wade through them without seeing them": general practitioners and their young patients with mental health problems. *Nord J Psychiatry* 2009 ; 63:256-9.
- 38- Marcell AV, Klein JD, Fischer I, Allan MJ, Kokotailo PK. Male adolescent use of health care services: where are the boys? *J Adolesc Health*. 2002;30(1):35-43.
- 39-Pérez-Cárceles MD, Pereñiguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents : fact or fiction? *J Med Ethics*. 2006;32(6):329-334.
- 40- Sterling S, Kline-Simon AH, Wimbelsman C, Wong A, Weisner C. Screening for adolescent alcohol and drug use in pediatric health-care settings: predictors and implications for practice and policy. *Addict Sci Clin Pract*. 2012; 7: 13
- 41- Radovic A, Farris C, Reynolds K, Reis EC, Miller E, Stein BD. Primary care providers' beliefs about teen and parent barriers to depression care. *J Dev Behav Pediatr*. 2014;35(8):534-538.