



HAL
open science

Attentes des médecins généralistes meusiens face à la mise en place d'une plateforme territoriale d'appui pour les prises en charge complexes de l'adolescent

Sandra Roy

► To cite this version:

Sandra Roy. Attentes des médecins généralistes meusiens face à la mise en place d'une plateforme territoriale d'appui pour les prises en charge complexes de l'adolescent. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01947219

HAL Id: hal-01947219

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01947219>

Submitted on 24 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2018

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Sandra ROY épouse FELLAG

Le 28 mai 2018

**Attentes des médecins généralistes meusiens
face à la mise en place d'une plateforme territoriale d'appui
pour les prises en charge complexes de l'adolescent**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président

M. le Professeur Bernard KABUTH

Juge

Mme. la Professeure Eliane ALBUISSON

Juge

Mme. la Docteure Maria RIFF

Directrice et Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-
François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert
GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques
LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves
MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre
PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE^[1] Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU
Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO
Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous sommes honorés que vous acceptiez la Présidence du jury de cette thèse et nous vous en remercions.

Nous vous exprimons notre sincère reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Soyez assuré de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

*Professeur de Pédopsychiatrie et Chef de service du service de Pédopsychiatrie
à l'Hôpital d'enfants du CHU de Nancy*

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

A notre Maître et Juge

Madame la Professeure Eliane ALBUISSON

Professeure de Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de la Communication

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail

Veillez accepter en retour le témoignage de ma sincère reconnaissance

A notre Directeur et Juge

Madame la Docteure Maria RIFF

Médecin généraliste à Commercy (55) et Présidente du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse

Pour m'avoir accordé votre confiance afin de traiter de ce sujet.

Pour votre soutien infailible et votre aide précieuse.

Pour le temps que vous avez consacré à ce travail et votre enthousiasme.

Merci également pour l'énergie que vous développez au service de la promotion de la médecine dans le département meusien.

A ma mère, Selma,

Pour ton amour et ta bienveillance
Pour ta sagesse et ta générosité sans limite
Et pour ton soutien inconditionnel durant toutes ces années d'études

A mon père, Jean,

Tu nous as quittés bien trop tôt
Je sais que tu veilles sur nous

A mon frère Selim, et mes sœurs Myriam et Sophie,

Pour m'avoir guidé dans les chemins de la vie
Pour ces moments de bonheur à vos côtés

A mon mari, Yacine

Pour ton soutien et ta patience indéfectible
Pour l'amour que tu me portes chaque jour

A mes amis,

Marie, Lucie, Géraldine et Alice

Pour votre présence durant ces années études facultaires depuis la P1

Fanny, Jeanne, Abdel et Tholyb

Pour votre bonne humeur et votre amitié de longue date

Amandine et Perrine,

Pour votre patience pour l'achèvement de ce travail
Merci de m'accueillir comme collègue

A l'ensemble des médecins ayant participé aux focus groupes

Pour votre contribution indispensable à l'aboutissement de ce travail

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	18
Introduction.....	19
I. Intérêt d'une plateforme territoriale d'appui dédiée aux adolescents.....	20
1. Adolescence et suivi normal.....	20
2. Relation médecin / adolescent.....	22
2.1. Données médico-légales.....	22
2.2. Instaurer un climat de confiance.....	25
2.3. Les situations complexes.....	26
3. Expérimentation d'un dispositif de coordination dédié aux adolescents en Meuse.....	26
3.1. Données socio-démographiques du département.....	26
3.2. Génèse et mise en place de la plateforme « FIL PRO ADO »	29
II. Matériel et méthode.....	31
1. Une étude qualitative en focus groups.....	31
1.1. Choix de la méthode.....	31
1.2. Population et recrutement.....	31
1.3. Elaboration du guide d'entretien.....	32
1.4. Organisation des focus groups.....	33
2. Retranscription et analyse des données.....	34
III. Résultats.....	36
1. Situations de prise en charge ressenties comme complexes.....	36
1.1 Les « non-dits » de la consultation.....	36
1.2. Dans l'urgence.....	37
1.3. Problématiques médicales et non médicales.....	38
1.4. Connaissance et accessibilité aux ressources locales.....	40
2. Etat des lieux des relations entre professionnels de l'adolescence.....	41
2.1. Secteur médical.....	41
2.2. Secteur scolaire et éducationnel.....	42
2.3. Secteur social et judiciaire.....	43
3. Mise en place de la plateforme de coordination « FIL PRO ADO » : attentes et perspectives.....	43

3.1. Constituer un carnet d'adresse entre acteurs locaux.....	43
3.2. Vers une prise en charge de l'adolescent coordonnée et personnalisée.....	44
3.3. Partage de l'information : quelles limites ?.....	44
IV. Discussion.....	47
1. Concernant les résultats.....	47
1.1. Difficulté du repérage des situations complexes chez l'adolescent.....	47
1.2. Des situations complexes non médicales.....	48
1.3. Facteurs d'échec de la communication entre professionnels	49
1.4. Le « FIL PRO ADO » : une piste d'amélioration.....	50
2. Limites de l'étude.....	51
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	54
Annexes.....	57
Annexe 1 : Questionnaire HEADS	
Annexe 2 : Questionnaire CES-D	
Annexe 3 : Modèle de signalement pour personne mineure	
Annexe 4 : Tableau récapitulatif des participants	
Annexe 5 : Plaquette FIL PRO ADO	
Annexe 6 : Schéma fonctionnel du dispositif FIL PRO ADO	

Verbatim sur support numérique disponible à la faculté de médecine de Nancy

LISTE DES ABREVIATIONS

ADOC (groupe) : ADOlescents et Conduites à risque

ARS : Agence Régionale de Santé

CCU : Chef de Clinique Universitaire

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CRIP : Cellule de Recueil et d'évaluation de l'Information Préoccupante

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité en Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MDA : Maison Des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ORS-PC : Observatoire Régional de la Santé - Poitou Charentes

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RASED : Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficultés

SAU : Service d'Accueil des Urgences

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes)

INTRODUCTION

L'enjeu de la consultation de l'adolescent en médecine générale s'élève le plus souvent au-delà du motif initial et repérer les demandes allusives liées au mal-être relève d'un dépistage systématique (1). Plus de 10% des adolescents connaissent une période de mal-être ou de souffrance psychologique caractérisée (2). Leur devenir dépend du repérage et d'une prise en charge précoce et adéquate.

Avec l'apparition du statut de « médecin traitant » (loi du 13 août 2004), le médecin généraliste se trouve au cœur de la prise en charge globale du patient et coordonne son parcours de soins. Ainsi, il est de plus en plus confronté à des situations qualifiées de complexes lorsqu'elles résultent de problématiques multiples et intriquées ne relevant pas toujours de son champ de compétence. Pour y répondre, le médecin généraliste dispose d'une offre de soins d'appui multi disciplinaire sur son territoire. Cependant, cette collaboration est rendue difficile par le manque de lisibilité de cette offre de soins et l'absence de culture de la coordination médicale en France (3) (4).

La loi de modernisation du système de santé (loi n° 2016-41) dite « Loi Santé », promulguée le 26 janvier 2016, recentre le système de santé sur les soins de proximité et accorde à la jeunesse une place prédominante au sein de dispositifs innovants. Repenser l'organisation du système de soins français s'avère nécessaire pour répondre aux inégalités devant l'accès aux soins, en particulier chez les jeunes, et pour faciliter le parcours de soins du patient, notamment dans les prises en charge dites complexes. C'est ce que prévoit le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 (5) relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Ce décret permet la mise en place de plateformes territoriales d'appui (PTA) comme dispositifs de « *soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui auraient besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe* » afin d'offrir une réponse globale à la situation.

L'élaboration de ces PTA peut résulter d'initiatives locales des acteurs du système de santé, à défaut, l'agence régionale de santé (ARS) peut les réunir pour constituer le projet. C'est le sens de l'action de la Délégation Territoriale meusienne de l'ARS Grand Est qui a choisi de développer un projet de PTA dédiée aux adolescents.

Dans cette étude qualitative en focus groups menée de juillet 2017 à février 2018 dans le département meusien, nous avons recueilli le témoignage de 23 médecins généralistes interrogés sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des adolescents et sur leurs attentes face à la mise en place d'une PTA dédiée. Nous nous sommes particulièrement intéressés à leur mode de collaboration actuelle entre professionnels de l'adolescence pour mettre en relief les résistances existantes face auxquelles le dispositif de coordination PTA peut constituer une piste d'amélioration.

La première partie de ce travail sera consacrée à quelques rappels au sujet du suivi normal de l'adolescent et des données médico-légales concernant la prise en charge du patient mineur. Nous détaillerons également le projet de PTA dédiée aux adolescents en Meuse, de sa conception à son lancement. La deuxième partie présentera la méthodologie de l'étude, puis

les résultats qui préciseront quelles situations sont ressenties comme complexes par les médecins généralistes, comment y font-ils face au quotidien et dans quelle mesure se projettent-ils au sein du dispositif de PTA. Enfin, nous discuterons la validité de cette étude et la pertinence des résultats en les confrontant aux résultats d'autres études menées sur le même thème.

I. Intérêt d'une plateforme territoriale d'appui dédiée aux adolescents

1. Adolescence et suivi normal

La notion d'adolescence apparaît dans nos sociétés occidentales depuis le milieu du XIX^e siècles. On désigne ainsi de jeunes collégiens qui poursuivent leurs études et sont financièrement dépendants. Initialement réservé à la bourgeoisie, le terme se popularise avec la généralisation de la scolarisation (6).

Actuellement, l'adolescence revêt une dimension plus somatique et est définie par l'OMS comme une période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. C'est un passage, caractérisé par d'importantes modifications biologiques et le début de la puberté marque la fin de l'enfance et l'entrée dans l'adolescence. D'un point de vue étymologique, adolescence vient du latin *adulescens* qui signifie « celui qui est entrain de croître ».

La puberté désigne la maturation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique aboutissant au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive et de la fonction de reproduction. Les différents stades du développement pubertaire sont cotés de 1 (stade prépubère) à 5 (stade adulte), selon la classification de Tanner (7).

L'adolescence est également associée à des modifications psychologiques et affectives profondes contemporaines du début des comportements sociaux et sexuels des adultes.

Si les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels, en revanche, les déterminants psycho-sociaux eux diffèrent selon les époques, la culture ou encore le milieu. En effet, l'adolescence est aussi cette période d'insertion dans un groupe social adulte avec ses caractéristiques socioculturelles propres. Cette transition peut faire l'objet de rites pour certains peuples traditionnels marquant ainsi l'acquisition d'un nouveau statut social d'adulte. Ce passage est beaucoup moins net dans les pays occidentaux avec une entrée dans la vie active et une indépendance financière de plus en plus tardives. Propres à nos sociétés « modernes » et complexes, ces situations entretiennent un certain flou pour cette période d'entre deux âges et tendent à rendre l'adolescence longue et conflictuelle (8).

Du point de vue médical, **le suivi de l'adolescent « normal »** n'a aucun caractère systématique. Après un dernier examen obligatoire à l'âge de 6 ans réalisé par la médecine scolaire, le médecin traitant ou la PMI de secteur, le suivi de l'enfant et de l'adolescent s'espace. Le relais est pris par la médecine scolaire avec trois examens recommandés à 9, 12 et 15 ans (article L541-1 du Code de l'Éducation Nationale et article L2325-1 du code de la santé publique). Il s'agit de la classe d'âge ayant le moins recours aux soins.

Les contacts avec le médecin traitant sont donc rares (2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 pour les filles) et les principaux motifs de consultation restent la contraception, les infections saisonnières ou encore les problèmes dermatologiques (9).

L'opportunité de rencontrer un adolescent devrait donc être l'occasion de réaliser un examen clinique complet ainsi qu'un repérage des signes d'appel de mal-être.

Spécificités de la consultation de l'adolescent (10) :

- Sur le plan somatique :
 - Développement pubertaire (stades de Tanner)
 - Examen de la statique vertébrale
 - Examen de la peau
 - Développement staturo-pondéral et prévention de l'obésité
 - Respect du calendrier vaccinal
 - Éducation à la sexualité, accès à la contraception, prévention des IST et des grossesses non désirées

- Sur le plan psychologique :
 - Elargir le contenu initial de la consultation et encourager l'expression en instaurant un climat de confiance
 - Ecoute du projet de vie / prévention du décrochage scolaire
 - Dépister le mal-être avec le test « TSTS-CAFARD » validé par la HAS-2005 (Illustration 1)
 - Conduites addictives et comportements à risque

THEME D'AMORCE	QUESTION COMPLEMENTAIRE
TRAUMATOLOGIE « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année? »	CAUCHEMARS « Fais-tu souvent des Cauchemars ?»
SOMMEIL « As-tu des difficultés à t'endormir le soir?»	AGRESSION « As-tu été victime d'une agression physique ?»
TABAC « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »	FUMEUR QUOTIDIEN « Fumes-tu tous les jours du tabac ?»
STRESS « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux? »	ABSENTEISME « Es-tu souvent Absent, ou en Retard à l'école ?» RESSENTI DESAGREABLE « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

Illustration 1 : TEST « TSTS-CAFARD »

Deux réponses positives à 2 questions différentes concernent la moitié des adolescents ayant eu des idées suicidaires et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuels ou passés.

Trois réponses positives au « Cafard » concernent la moitié des adolescents ayant fait une tentative de suicide.

D'autres outils peuvent être utiles, comme :

- ✓ le questionnaire HEADSS (Annexe 1), pour l'exploration de l'ensemble des risques psychosociaux chez l'adolescent, dont la dépression et le suicide
- ✓ le questionnaire CES-D (Annexe 2), adapté en deux versions selon que l'adolescent présente ou non une déficience intellectuelle.

2. Relation médecin / adolescent

2.1. Données médico-légales

Les dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002 modifient considérablement le statut du mineur dans le domaine de la santé. Le mineur est désormais considéré comme une personne à part entière et libéré de l'autorité parentale absolue, sous réserve de sa capacité à s'exprimer et de son degré de discernement.

Cette loi réaffirme l'autorité parentale comme « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant* ». Elle prévoit que le mineur est associé aux décisions prises pour lui dans la mesure de son âge, sans donner de seuil précis, et de sa capacité de jugement (Art. 371-1).

Toutefois elle ouvre de nouveaux droits aux mineurs sur plusieurs points :

➤ **le droit à l'information des mineurs**

L'article L. 1111-2 du Code de Santé prévoit que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* » ou bien que son refus d'information doit être respecté, y compris pour le mineur. Il est associé à l'annonce des informations et aux prises de décision le concernant selon son « *degré de maturité* ».

L'article L. 1111-7 rappelle que les titulaires de l'autorité parentale conservent un droit d'accès à l'ensemble du dossier médical du patient mineur sous réserve que ce dernier n'y soit pas opposé. (Cf. plus bas)

➤ **le consentement aux soins des mineurs**

L'article L. 1111-4 dit que « *Le consentement du mineur [...] est systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.*

Dans le cas où le refus d'un traitement par le titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur [...] le médecin délivre les soins indispensables. »

➤ **le droit du mineur d'opposer le secret médical à ses parents**

Toutes décisions relatives aux soins dispensés à un mineur requièrent le consentement de ses parents. Cependant la loi du 4 mars 2002 consacre le droit du mineur à s'opposer « *expressément à la consultation du titulaire de l'autorité parentale de garder le secret sur son état* » (Code de la santé publique, art L 111-5), le « *droit de recevoir lui-même l'information et de participer à la prise de décision le concernant d'une manière adaptée à son degré de maturité* » et la faculté de « *s'opposer à ce que le médecin communique au titulaire de l'autorité parentale les informations médicales personnelles le concernant* » (décret n° 2002-637 du 30 avril 2002).

Ces mesures constituent une avancée majeure pour le statut du mineur et en particulier de l'adolescent qui dispose à présent d'une certaine autonomie et se voit responsabiliser face aux décisions médicales qui le concernent. Elles tendent également à renforcer la relation de confiance entre le médecin et le patient mineur en protégeant la parole et le secret professionnel.

Toutefois le médecin, lui, est placé dans une position délicate puisque, en plus d'évaluer la situation et sa gravité, il doit aussi apprécier la capacité de jugement du mineur afin de respecter son choix en cas de refus du partage d'informations avec ses parents. Il engage ainsi sa responsabilité morale, au risque de fragiliser cette relation triangulaire qui le lie à l'adolescent et à ses parents. Toute prise de position doit être le fruit d'une réflexion prudente, cherchant systématiquement à comprendre et à lever les réticences de son jeune patient. Le médecin pourra également s'appuyer sur l'avis d'autres professionnels de l'enfance et de l'adolescence (PMI, psychiatre...), tout en veillant au respect du secret médical (11).

▪ Cas particulier de l'information préoccupante et de son signalement :

Le code de déontologie précise dans l'article R4127-43 que « *Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* ». Le terme de « santé » est à comprendre ici, au-delà de la santé physique, dans une dimension plus large englobant l'aspect psychique, affectif ainsi que la sécurité de l'individu.

Dès lors, le médecin se trouve dans l'obligation de signaler toute information ou situation qui revêt un caractère de gravité, de danger ou de risque de danger. Il pratique alors le signalement d'une « information préoccupante » au Procureur de la République au moyen d'un formulaire type (Annexe 3) ou bien par téléphone si l'urgence de la situation le nécessite.

Définition de l'information préoccupante selon l'ONED :

« Une information préoccupante est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur ».

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance encadre la pratique sur le plan législatif et crée la cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP).

Rôles de la CRIP (12) :

- Guichet départemental de recueil de toutes informations préoccupantes
- Peut être saisie par tout citoyen et tout professionnel
- Cellule pluridisciplinaire chargée d'évaluer l'information
- Rôle de conseils aux professionnels
- Peut activer un plan médico-social, une mesure de protection de l'enfance ou bien signaler l'information au Procureur de la République

Place du secret professionnel :

Le partage de l'information préoccupante est strictement encadré par la loi du 5 mars 2007 qui précise que seuls les éléments nécessaires à désigner les faits doivent être partagés sans en désigner les auteurs. Les informations à caractères médicales et utiles peuvent être partagées avec un médecin désigné dans l'intérêt de la protection du mineur. Enfin, la loi rappelle l'obligation du médecin à signaler l'information préoccupante sous couvert de cette dérogation légale au secret professionnel.

2.2. Instaurer un climat de confiance

Instaurer un climat de confiance reste un préalable de toute consultation médicale, et d'autant plus au contact d'un adolescent, individu peu explicite par nature et qui cherche à se construire sur le plan relationnel. La consultation médicale est l'occasion de créer un espace d'écoute pour l'adolescent, de décrypter une demande qui peut être ambiguë et d'élargir le contenu de l'entretien au-delà du motif initial. Pourtant, les non-dits subsistent puisque, en fin de consultation, les adolescents déclarent n'avoir pas dit tout ce qu'ils souhaitaient dans 30 % des cas, et jusqu'à 45 % dans les groupes à risque (1).

Un frein supplémentaire est de constater que les adolescents se représentent mal le champ d'action possible du médecin généraliste, 92 % s'adressent à lui pour des motifs somatiques, 55% pensent pouvoir être aidé par lui pour des problématiques sexuelles et seulement 32% pour des troubles dépressifs (13).

Nous présenterons dans la suite de ce paragraphe le référentiel d'attitudes professionnelles (1) proposé par le groupe ADOC¹ pour l'accueil des adolescents en médecine générale. Le travail de ces cliniciens, qui ont également élaborés le test « TSTS-CAFARD », fait réponse à l'enquête LYCOLL (mai 1999) menée sur plus de 3000 adolescents qui soulignait l'insuffisance de prise en charge médicale des adolescents suicidants (14).

- Quatre attitudes sont proposées aux professionnels, poursuivant l'objectif d'élargir le contenu initial de la consultation et en cas de problématique identifiée, soutenir l'adolescent pour « *passer un cap* ».
 1. *Favoriser l'expression en aménageant plus de liberté de parole et d'action*
 2. *Établir une relation de soin où l'adolescent trouve plus d'autonomie, de confort et de sécurité*
 3. *Améliorer la représentation du corps et l'estime de soi*
 4. *Susciter une diversité de solutions possibles à la mesure de ses capacités.*

- En pratique, le groupe propose un référentiel de 8 actions à mettre en place systématiquement lors de toute consultation de l'adolescent. (Illustration 2)

¹ En 2005, le groupe de travail est composé de 14 médecins généralistes et d'un psychiatre du département Poitou-Charentes (ORS-PC).

- **Lors de toute consultation avec un adolescent**
 - Proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion : « Oui, mais encore? » « Et à part ça ? »
 - Intégrer le rôle du tiers : « Qui demande quoi et pour qui ? », puis « Que dire à qui, comment et pourquoi ? »
 - Commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange.
 - Dépister le mal-être avec le test « TSTS-Cafard ».

- **Lorsqu'un mal-être est dépisté**
 - Confronter les points de vue et savoir reformuler.
 - Renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels.
 - Fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation.
 - Orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé.

Illustration 2 : Référentiel ADOC

2.3. Les situations complexes

Selon la HAS, une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé.

Cette situation appelle donc une réponse nécessitant « *l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médicosociaux* » d'après la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 dans son article 74 L.6327-2 qui précise ainsi le caractère complexe du parcours de santé.

3. Expérimentation d'un dispositif de coordination dédié aux adolescents en Meuse

3.1. Données socio-démographiques du département

Les données figurant dans ce paragraphe sont issues d'un document de synthèse produit par l'ARS Grand Est en mars 2018 et portant sur l'état de santé global des jeunes meusiens.

➤ Démographie

Dans le département de la Meuse, les moins de 25 ans représentent 28,5 % de la population totale, soit moins qu'aux niveaux régional (29,7 %) et national (30,2 %). Pour les seuls moins de 18 ans le constat est sensiblement différent, puisqu'ils pèsent autant dans la

Meuse que sur les territoires de comparaison : 21,7 % contre 21,3 % en Grand Est et 21,9 % en France métropolitaine².

➤ **Scolarisation**

L'Académie de Nancy-Reims comptabilise en décembre 2017, pour l'année N-1, 72 464 élèves de 16 ans et plus, dont 5 583 dans la Meuse. Pour l'ensemble de l'Académie, le volume de non-scolarisés atteint 5 845 individus, dont 529 dans la Meuse. Le rapport entre le nombre de personnes non scolarisées et l'effectif N-1 se révèle assez nettement plus élevé dans la Meuse qu'au niveau académique (+1,5 point). Il s'agit du plus élevé parmi les quatre départements couverts³.

Le retard à l'entrée en 6^{ème} est en revanche moins prégnant localement. Le taux de retard s'élève à 11,3 % pour la Meuse, contre 11,5 % sur l'ensemble du territoire lorrain et 12 % en France métropolitaine⁴.

Au-delà de ces éléments, il apparaît dans la Meuse une proportion particulièrement importante de personnes peu ou pas diplômées parmi les 15 ans et plus non-scolarisées. Cette part atteint 35,6 % au niveau départemental, contre 32 % en Grand Est et 31,6 % à l'échelle nationale.⁵

➤ **Mortalité par suicide**

Le taux de mortalité par suicide peut constituer un indicateur de mal-être intéressant. Il se révèle particulièrement important tous âges confondus en 2014 pour le territoire meusien : 24,1 pour 100 000 habitants, contre 15,5 sur l'ensemble du territoire lorrain et 13,8 en France métropolitaine. Les territoires voisins présentent eux aussi des taux inférieurs : 15,4 en Champagne-Ardenne et 11,1 en Alsace. Ces écarts s'observent également sur les populations les plus jeunes. Ainsi le taux brut de mortalité par suicide parmi les 15-24 ans atteint 9,9 pour 100 000 dans la Meuse, contre 4,3 sur le territoire lorrain et 4,9 en France métropolitaine. Là encore la Champagne-Ardenne (8,3) et l'Alsace (5,3) affichent un taux de mortalité lié au suicide inférieur⁶.

➤ **Addictologie**

Au travers de l'enquête 2014 sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), qui porte sur la santé des jeunes de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs, on observe quelques spécificités lorraines⁷.

Sur l'usage du tabac par les jeunes par exemple, il apparaît que la proportion d'individus en ayant déjà fait l'expérience est localement plus faible qu'au niveau national (65 % contre 68 %). Il en va de même pour ceux déclarant en faire usage moins d'une fois par jour (9 % contre

² INSEE, Recensement des Populations (RP) 2014

³ Rectorat Nancy Metz

⁴ Schéma départemental 2016-2020 de l'enfance du département de la Meuse, Ministère de l'éducation nationale, système d'information Scolarité

⁵ INSEE

⁶ INSERM

⁷ Il s'agit du niveau géographique le plus fin disponible

11 %) ou quotidiennement (31% contre 32%). En revanche la part de jeunes ayant un usage intensif du tabac est plus importante en Lorraine que sur le reste du territoire national : 11 % contre 8 %.

Pour ce qui est de l'alcool, le niveau de consommation de cette population de 17 ans est proche de ce que l'on retrouve en France métropolitaine. Ils sont ainsi 91 % en en avoir déjà fait l'expérience (contre 89 %), 71 % en ont consommé au moins une fois au cours du dernier mois, 12 % au moins dix fois et 2 % plus de 30 fois. Au-delà de la seule notion de consommation d'alcool, 58 % de la population étudiée déclare avoir déjà été ivre (contre 59 % au niveau national). Si la proportion de jeunes déclarant des ivresses répétées, voire régulières, au cours de l'année écoulée est similaire à celle observée en France métropolitaine, celle des jeunes déclarant avoir été ivres au moins une fois au cours de la dernière année est inférieure en Lorraine (45 % contre 49 % en niveau national). L'ivresse apparaît comme un phénomène touchant particulièrement les garçons, 12 % d'entre eux déclarant par exemple connaître régulièrement des épisodes d'ivresse, contre 3 % des filles.

L'usage du cannabis est pour sa part plus faible en Lorraine que sur l'ensemble du territoire métropolitain. La proportion de jeunes en ayant déjà fait l'expérience est ainsi de 41 % contre 48 % à l'échelle nationale, et celle des individus en ayant consommé au moins une fois au cours du dernier mois écoulé de 20 % contre 26 %.

Les taux d'expérimentation des jeunes lorrains sur les autres substances est relativement proche de ce que l'on observe au niveau national (champignons, poppers, ecstasy/MDMA, cocaïne, amphétamines, LSD, crack, etc.), à l'exception de l'héroïne, testée par 2 % des jeunes lorrains contre 1 % au niveau national.⁸

➤ **Handicap**

La population meusienne de 20 à 64 ans compte en 2014 22,5 bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour 1 000 habitants, soit un poids inférieur aux niveaux régional (24) et national (25,5)⁹.

Pour le public le plus jeune, un autre indicateur permet de mesurer l'impact du handicap : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). En 2012, 0,8 % des moins de 20 ans en bénéficiaient, l'un des taux les plus faibles de France¹⁰.

➤ **Offre et dispositifs**

Quatre centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont recensés sur le territoire meusien. Ils ont reçu 1 136 enfants en 2014, dont 429 pour la première fois. Parmi les enfants reçus au moins une fois en 2014, six sur dix étaient âgés de 12 à 15 ans.

L'aide sociale à l'enfance (ASE) constitue également un dispositif important, déployé par le Conseil départemental. En 2015, dans la Meuse, 651 enfants ont été accueillis : 94 % confiés à l'ASE et 6 % placés directement. Le département pèse ainsi pour 5 % des enfants accueillis

⁸ ESCAPAD 2014

⁹ FILEAS & INSEE, Recensement des Populations 2014

¹⁰ Schéma départemental 2016-2020 de l'enfance du département de la Meuse 2009 - Insee 2008

sur le territoire du Grand Est. Sur les 614 cas confiés à l'ASE, 85 % font suite à une mesure judiciaire, contre seulement 15 % à une mesure administrative. 56 % (+6 points par rapport à la France métropolitaine) sont placés en famille d'accueil et 34 % en établissement (82 % en maison d'enfant à caractère social (MECS) ou en foyer de l'enfance). A l'instar de la répartition observée aux niveaux national et régional, 15 % de ces enfants sont confiés à l'ASE avant 6 ans, 20 % entre 6 et 10 ans, 34 % entre 11 et 15 ans et 31 % à 16 ans ou plus.

En termes d'évolution, le nombre annuel d'enfants accueillis par l'ASE a progressé de 5 % dans la Meuse entre 2010 et 2015, soit moins qu'au niveau régional (+10 %) et national (+8 %). En revanche l'augmentation a été nettement plus marquée sur plus court terme : entre 2014 et 2015 : 8 % à l'échelle départementale, contre 1 % en Grand Est et en France métropolitaine¹¹.

3.2. Génèse et mise en place de la plateforme « FIL PRO ADO »

Le projet d'un dispositif de coordination dédié aux adolescents en Meuse est porté par la Délégation Territoriale meusienne de l'ARS Grand Est. Le dispositif s'inscrit dans la continuité du « *Plan d'action interministériel en faveur du bien-être et de la santé des jeunes* » (2) lancé en novembre 2016 en réponse au Rapport Moro-Brison¹² qui fait état des fragilités de la population adolescente et des adultes jeunes sur le territoire français (15).

Ainsi, plusieurs constats sont réalisés, parmi lesquels :

- Des comportements de santé potentiellement problématiques ou défavorables qui se développent sur cette période de vie.
- L'enchevêtrement de vulnérabilités psychiques, sociales et culturelles
- Des inégalités entre filles et garçons en matière de qualité de vie
- Mal être et décrochage scolaire : des proportions inquiétantes
- Des suivis de pédopsychiatrie en hausse face à une baisse de l'offre de soins et une inégalité de l'offre sur le territoire
- Le manque de coordination entre professionnels

¹¹ Drees, Enquêtes Aide sociale

¹² Rapport réalisé en 2016 par Marie-Rose Moro (Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent), et Jean-Louis Brison (Inspecteur d'académie – Inspecteur pédagogique régional) dans le cadre du **plan d'action interministériel « Bien-être et santé des jeunes »**, s'appuie sur un travail documentaire, des auditions et des observations de terrain.

▪ **Les quatre grands objectifs du plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes :**

1. Permettre aux professionnels de mieux identifier les signes de mal être ou de souffrance des adolescents et jeunes adultes, et aider à faire face à ces situations
2. Faire en sorte que les jeunes se sentent davantage soutenus et écoutés
3. Mieux orienter les jeunes vers les professionnels compétents, faciliter les interventions précoces, diversifier et améliorer les prises en charge, tout en réduisant les inégalités dans ce domaine
4. Construire une veille partagée sur ces problématiques et sur les symptômes émergents de l'adolescence contemporaine.

Parallèlement, et en application de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le décret n° 2016-919 instaure les plateformes territoriales d'appui (PTA) comme dispositifs d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes et replace le médecin traitant au centre de la prise en charge par les PTA. Les principales missions du dispositif y sont détaillées :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources existantes
- Appui à l'organisation des parcours complexes, sans distinction d'âge, de pathologie ou de handicap
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles.

C'est dans ce contexte, que le département meusien a été retenu pour expérimenter un dispositif de coordination accessible aux professionnels de l'adolescence : le « FIL PRO ADO ». Sa mise en place et son fonctionnement rassemblent l'ensemble des acteurs de l'adolescence en Meuse¹³. Le dispositif est accessible depuis le 31 mars 2017 au moyen d'un numéro de téléphone unique et gratuit. (Annexe 5)

¹³ Education Nationale – ARS – MDA – Conseil Départemental – MDPH – PJJ – Préfecture – DDCSPP – CDOM.

II. Matériel et méthode

1. Une étude qualitative en focus groups

1.1 Choix de la méthode

La recherche de type qualitative est particulièrement utile en soins primaires pour l'évaluation de certains facteurs subjectifs difficilement mesurables. Permettant de répondre à des questions de recherche sous un angle plus relationnel, elle est adaptée pour l'étude des phénomènes sociaux, l'étude des sujets dans leur environnement, la compréhension d'un contexte, ou encore pour explorer les sentiments, le comportement et le vécu des individus (16).

L'une des techniques de recueil des données dans ce type d'étude est l'entretien de groupe ou *focus groups* autour d'une question de recherche précise. La discussion est dite « semi structurée », c'est à dire menée autour d'une série de questions ouvertes définies par avance.

Cette méthodologie est donc apparue comme la plus pertinente pour répondre à notre question de recherche.

1.2. Population et recrutement

Le recrutement des participants doit respecter quelques règles méthodologiques afin de garantir une bonne dynamique de groupe (17) :

- Les participants ne sont pas experts dans le domaine concerné et ont une expérience commune du thème abordé
- Ils ne sont pas informés précisément du thème qui sera abordé pour obtenir des échanges authentiques et spontanés
- Les participants ne se connaissent pas entre eux.

Cette dernière règle n'a pas pu être respectée dans notre étude étant donné la faible densité de médecins généralistes du département meusien. De plus, ces médecins se croisent régulièrement lors de réunions de FMC ou bien parce qu'ils exercent au sein de la même structure de santé.

Notre échantillon est donc constitué de médecins généralistes exerçant dans le département meusien. Leur participation est volontaire.

Dans le souci de faire participer l'ensemble des médecins du département, nous avons choisi de réaliser 4 focus groups selon un découpage Nord-Sud du département en 4 secteurs : Montmédy, Verdun, Bar le Duc et Vigneulles-lès-Hattonchâtel. Cependant, faute de participants volontaires, le groupe de Montmédy n'a pas pu avoir lieu. Un groupe supplémentaire a donc été organisé pour le secteur de Void-Vacon.

Les médecins de chaque secteur ont été sollicités par téléphone pour être inclus dans l'étude puis une invitation leur a été transmise par voie postale s'ils donnaient leur accord pour participer.

Au total, 35 médecins ont été contactés, 24 ont répondu positivement à l'invitation. L'un d'entre eux s'est désisté le jour même du troisième focus groupe. Notre effectif final est donc de 23 participants (Illustration 3) dont les caractéristiques sont présentées dans un tableau récapitulatif en annexe 4.

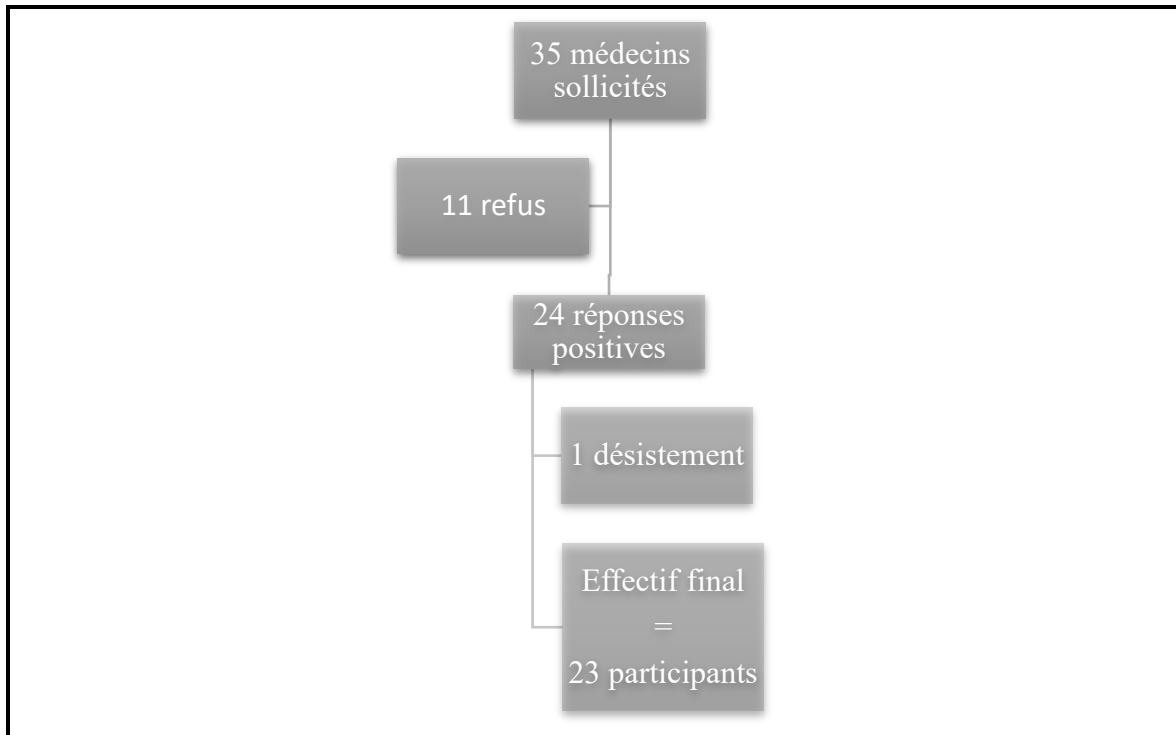


Illustration 3 : Evolution de l'effectif

1.3. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien, qui reprend l'ensemble des questions adressées aux participants lors des focus groups, a été rédigé par l'auteure principale en collaboration avec la directrice de thèse (Illustration 4).

Nous avons choisi cinq questions principales pour axer la discussion autour de notre thème de recherche et une série de sous-questions destinées à relancer les échanges et rechercher la saturation du contenu.

Les premières questions, qui lancent le débat, se veulent générales et accessibles à tous afin d'instaurer un climat de confiance et permettre à chaque participant de prendre la parole. Puis, les questions suivantes suscitent des idées plus précises tout en restant ouvertes, courtes et neutres.

Les deux premières questions de notre guide portaient sur la pratique actuelle des médecins en présence. Elles amenaient les participants à s'exprimer autour des situations rencontrées

ressenties comme complexes et à décrire la nature de leurs échanges entre professionnels de l'adolescence.

A l'issue de cette phase, nous présentions le dispositif de coordination « FIL PRO ADO » au moyen de la plaquette officielle (Annexe 5) et du schéma fonctionnel (Annexe 6). Ces deux documents étaient distribués à l'ensemble des participants et expliqués en détails.

Les questions suivantes sollicitaient les médecins sur leurs attentes vis-à-vis d'un tel dispositif. Leur point de vue était recherché sur l'existence d'un bénéfice pour leur pratique quotidienne et la place du médecin traitant au sein du dispositif. La discussion a également porté sur le partage de l'information et le respect du secret professionnel entre intervenants au sein du dispositif.

QUESTIONS PRINCIPALES	SOUS-QUESTIONS DE RELANCE
1 - Dans votre pratique auprès des adolescents, décrivez-nous ce que vous considérez comme une situation complexe ?	Gestion des situations de « crise », des problématiques sociales, de rupture scolaire ?
2 - Actuellement, comment faites-vous le lien entre professionnels de l'adolescence ?	Echanges réguliers entre professionnels des différents secteurs ? Accès facile ? Moyen ?
PRESENTATION DU DISPOSITIF « FIL PRO ADO »	
3 - La mise en place de la PTA correspond-elle à vos attentes ?	Utilité dans la pratique quotidienne ? Pour quelles situations ?
4 - Comment envisagez-vous la place du médecin traitant au sein du dispositif ?	Sollicitation systématique ? Information simple ?
5 - Quelles informations vous semblent importantes à partager ?	Si vous sollicitez la plateforme et à l'inverse si vous êtes sollicités ?

Illustration 4 : Guide d'entretien

1.4. Organisation des focus groups

Assurer une bonne dynamique de groupe et ainsi la qualité des échanges passe par une organisation des réunions dans une ambiance détendue et agréable. Le choix du lieu est important, la séance se déroule dans une salle neutre et conviviale. L'horaire de la réunion ne doit pas constituer une contrainte pour les participants (18). Une collation peut être proposée.

Nous avons organisé 4 focus groups à travers le département meusien (Illustration 5). Les réunions se sont déroulées au sein des maisons de santé des secteurs choisis excepté pour

le troisième groupe qui s'est tenu dans la salle de réunion du CDOM de Meuse. Une collation dinatoire préparée par un traiteur était proposée pour chaque groupe.

Pour ouvrir chaque séance, un rappel des objectifs de l'étude et du principe du focus group était exposé puis un tour de table de présentation des participants était réalisé.

Un enregistrement audio de l'ensemble de la séance était effectué pour chaque réunion. Les participants en étaient systématiquement informés et ont donné leur accord à l'unanimité. Les données enregistrées étaient anonymisées lors de la retranscription et ne sont utilisées qu'à des fins scientifiques dans l'intérêt de ce seul travail.

- Le premier groupe s'est tenu le 6 juillet 2017 dans la salle de réunion de la maison de santé de Void-Vacon. Il comptait 6 participants et a duré 1 heure et 10 minutes.
- Le deuxième groupe s'est tenu le 28 septembre 2017 dans la salle de réunion de la maison de santé de Vigneulles-Lès-Hattonchâtel. Il comptait 6 participants et a duré 1 heure et 40 minutes.
- Le troisième groupe s'est tenu le 18 octobre 2017 dans la salle de réunion du CDOM de Meuse à Bar-le-Duc. Il comptait 5 participants et a duré 1 heure et 20 minutes.
- Le quatrième groupe s'est tenu le 2 février 2018 dans la salle de réunion de la maison de santé de Thierville-sur-Meuse. Il comptait 6 participants et a duré 1 heure et 40 minutes.

	Age Moyen	Sexe	Mode d'exercice
<u>Groupe 1</u> VOID	49,6 ans	2 Femmes 4 Hommes	1 seul 5 en association
<u>Groupe 2</u> VIGNEULLES	51,5 ans	1 Femme 5 Hommes	1 seul 5 en association
<u>Groupe 3</u> BAR LE DUC	40,4 ans	1 Femme 4 Hommes	1 seul 3 en association 1 remplaçant
<u>Groupe 4</u> THIERVILLE	36,6 ans	4 Femmes 2 Hommes	1 seul 5 en association

Illustration 5 : Caractéristiques des groupes de discussion

2. Retranscription et analyse des données

L'ensemble des commentaires enregistrés, qui constituent les *verbatim*, ont été retranscrites au fur et à mesure du déroulement des groupes de discussion. La retranscription rapportait également les aspects non verbaux des échanges (silence, rires, effusion...) qui

servent aussi l'analyse des données en permettant de *contextualiser les verbatim* pour éviter toute interprétation abusive (17).

L'analyse de ces données retranscrites a été réalisée selon une méthode de codage en 3 temps dite de la « *table longue* » qui consiste à extraire, classer et confronter les idées exprimées.

Le premier temps est l'analyse au plus près du texte pour en dégager les idées importantes en fonction de leur « *occurrence* » (fréquence ou nombre de participant l'ayant évoqué) ou bien en fonction de leur intensité (vigueur avec laquelle elle est exprimée). Secondairement, ces idées sont classées en grands thèmes puis en sous-thèmes plus précis constituant ainsi le plan de présentation de nos résultats (19).

Il est salubre de préciser que dans cette méthode, toute idée exprimée peut être valide quelque soit sa fréquence ou son intensité. Elle permet également de s'affranchir des hors sujets émanant des participants ou des a priori du chercheur (17).

III. Résultats

Nous tenterons dans cette partie de présenter et de regrouper les idées principales émises par les médecins participants.

Les citations directement extraites des verbatim figurent en italique et sont suivies, entre parenthèse, du pseudonyme du participant (H1, F2 ...) puis du groupe (G1, G4 ...) dont la citation est extraite.

L'intégralité des verbatim est disponible sous format numérique à la faculté de médecine de Nancy. Nous avons choisi de ne pas les inclure en totalité dans ce document afin de préserver l'anonymat des participants.

Pour rappel, dans la première partie des discussions, les médecins participants étaient interrogés sur les situations jugées complexes ou bien face auxquelles ils se sont trouvés en difficultés au cours de leur activité.

1. Situations de prise en charge ressenties comme complexes

Bien que la population adolescente ne consulte que peu le médecin généraliste et que la plupart des motifs de consultation sont représentés par des demandes qui peuvent paraître banales, certaines situations apparaissent comme déroutantes pour les médecins interrogés. Les difficultés sont principalement représentées par l'accès à la ressource à mettre en œuvre soit par la rapidité à l'instaurer.

Aussi, tous s'accordent à dire que les adolescents représentent une population de patients bien particulière qui nécessite, en consultation, une disponibilité et une écoute attentive, conditionnant un échange confiant et entier.

1.1. Les « non-dits » de la consultation

Plusieurs participants évoquent d'emblée les difficultés de communication auprès des adolescents. L'échange est plutôt minimaliste au premier abord et le praticien doit s'efforcer de mettre en confiance l'adolescent pour qu'il s'« ouvre » au dialogue et se confie.

- *Je n'ai pas forcément toujours des contacts proches avec, parce qu'ils ont toujours été distants. (H5G2)*
- *Il [l'adolescent] se ferme beaucoup. Quand il ne va pas bien c'est très difficile de réussir à trouver la petite brèche et savoir ce qui ne va pas. (F1G3)*
- *Ils ne sont pas dans la demande. (H1 G3)*
- *Leur attitude et leur malaise est plus difficile à décrypter que chez un adulte [...] ils peuvent avoir le sourire et finalement on sent qu'il y a des idées noires (F1G4)*

Ils évoquent également des consultations d'adolescents pour des motifs initiaux qui peuvent paraître banals qui masquent en réalité d'autres problématiques plus importantes, parfois jamais révélées. Certaines situations poussent même les praticiens à se remettre en question.

- *Si on arrive à gérer le motif de venue, ça nous permet des fois dans ces consultations de rebondir sur d'autres choses et de lever des lièvres aussi, il y a des demandes non formulées des fois. (H1 G2)*
- *Si je n'ai pas de problème avec les ados justement c'est qu'ils ne viennent pas m'en parler parce qu'il y en a forcément plein, j'ai cherché une exemple concret récent, j'en ai pas donc c'est quand même inquiétant (H3 G3)*
- *Tous ces jeunes qui viennent pour des certificats de dispense de sport pendant des mois [...] à mon avis je passe à côté de quelque chose (H1 G3)*

1.2. Dans l'urgence

C'est peut-être cet abord relationnel si particulier qui fait que l'adolescence est ponctuée par des situations de « crise » dans lesquelles l'intéressé rentre de manière brutale et inattendue.

- *La crise peut être très rapidement aigüe, beaucoup plus aigüe que chez l'adulte (H3G1)*

Les parents sont alors au premier plan dans ces situations qui leur échappent, dès lors, le médecin traitant devient le premier recours.

- *Les seules situations complexes que j'ai avec les adolescents, c'est vraiment le coup de téléphone du parent qui est dans une situation de crise (H4G1)*

Plusieurs participants distinguent deux situations de crise, la première représentée par l'« urgence psychologique » qui va nécessiter une prise en charge rapide, parfois hospitalière. Les difficultés exprimées dans ce cas concernent l'accès à la ressource utile (délai, place) et la disponibilité du médecin en termes de temps à consacrer à la gestion de cette crise.

- *Là où on a le plus de difficultés c'est effectivement quand on a des situations, je dirais une forme de situation d'urgence sur le plan psychologique (H1G2)*
- *Quand tu fais ça (adresser au SAU), moi ça m'arrive parce que je n'ai pas le choix mais j'ai l'impression d'éjecter, d'évacuer ! je n'ai pas fait mon boulot, je n'ai pas le temps (H3G2)*

La seconde forme de l'urgence est celle « ressentie par les parents », notamment lorsqu'ils découvrent une situation en fait chronique : addictions, absentéisme ...

- *Ils arrivent le soir à 18h30 sans rendez-vous « docteur il faut une solution tout de suite », je crois que le gros problème c'est qu'il y a une question de conflit avec les parents (H3G2)*
- *C'est des urgences ressenties par les parents, c'est-à-dire quand les parents s'aperçoivent que le gamin se drogue, ce qui veut dire qu'on me l'amène déjà bien tard (H3 G3)*

1.3. Problématiques médicales et non médicales

➤ Problématiques médicales

- Les pathologies d'ordre psychiatriques sont les plus fréquemment évoquées, schizophrénie et état dépressif de l'adolescent notamment. Les participants déplorent une insuffisance dans les prises en charge spécialisées proposées à l'origine de décompensations et complications.
 - *J'ai un jeune qui est schizophrène et donc à mon avis, régulièrement ça a craqué, parce que derrière il n'y avait le suivi psychiatrique adéquate (F1G1)*
 - *Les quelques ados que j'ai envoyés au CMPP derrière ça n'a pas bougé grand-chose, non ça n'a pas accroché (F1G3)*
 - *J'ai l'impression que quelque part on a un peu plus d'écoute et de répondant que les équipes psy (H3G3)*

Face à ce constat, certains participants admettent leur « impuissance ».

- *On ne peut pas s'empêcher de se demander si des fois il ne doit pas y avoir des choses plus graves telles des schizophrénies débutantes ou des choses comme ça et là on est quand même très très désarmés (H1G2)*
- *Je pense surtout à 2 cas de dépression chez un adolescent [...] on tourne en rond enfin je trouve qu'on se sent vraiment impuissant quoi ! (F1G3)*
- Les pathologies chroniques sont évoquées par deux médecins du premier et du quatrième groupe de parole et c'est l'accompagnement psychologique de l'adolescent dans sa pathologie qui leur semble déficiente.
 - *C'est lié à une maladie auto-immune chronique avec deux problèmes de santé donc du coup un moment donné il y avait un retentissement psychologique comme finalement pour un adulte, mais vivre ça à 16 ans ce n'est quand même pas la même chose que de le vivre à 40 ans (F1G1)*
 - *Après, un autre aspect complètement différent de la complexité de la prise en charge de l'adolescent c'est son peu d'investissement dans les traitements de fond, dans les pathologies chroniques, il y a un gros gros entretien motivationnel à faire (F1G4)*
- La phobie scolaire chez une adolescente a posé problème à un participant du troisième groupe. Là encore, c'est le sentiment d'impuissance qui est avoué.
 - *Elle faisait des crises d'angoisse dès qu'elle remettait le pied au lycée et les parents venaient plus me voir pour que je fasse un écrit. Mais effectivement s'il y avait eu une structure, peut-être qu'il y en une, je ne savais pas (F1G3)*

➤ **Problématiques non médicales**

Interrogés sur les situations complexes face auxquelles ils ont pu être confrontés, les participants ont admis être bien plus désarmés face à des problématiques non médicales que face aux problématiques purement médicales.

Aussi, deux groupes d'opinion se dégagent ; une partie d'entre eux avancent que ces problématiques non médicales « *ne sont pas de leur ressort* », d'autres pensent qu'ils ont tout de même un rôle à jouer.

- Les problématiques éducationnelles sont au premier plan.
 - *La communication dans une famille elle est, chacun a sa façon de communiquer [...] ce sont les communications qui s'éteignent, qui se font de moins en moins [...] quand ils nous appellent c'est parce qu'il y a eu un clash (H4G1)*
 - *Il y a beaucoup d'enfants, d'adolescents qui ont pris le dessus sur leurs parents, moi je suis étonné en salle d'attente de voir des gamins qui tapent sur les parents, c'est le début d'un enchainement sur des années, on nous amène ça d'un seul coup (H3G2)*
 - *C'est les parents qui viennent parce qu'ils ne savent plus quoi faire (F1G3)*
 - *Ce n'est pas notre problème ça, ce n'est pas de notre ressort ! (H4G1)*
 - *Je montre que je suis à leur disposition [...] on a un rôle important même si ce n'est pas du médical (F1G1)*

- Les problématiques sociales représentent une proportion en constante augmentation. Certains praticiens font le lien avec les travailleurs sociaux.
 - *C'est complexe c'est sûr mais on n'a pas tellement de possibilité de résoudre des problèmes de type sociaux dans les familles ! (H4G1)*
 - *Je sais quand même un peu près vers qui renvoyer quand les gens ne bénéficient pas des aides dont ils ont droit (F2G1)*

Un participant du troisième groupe évoque une situation particulièrement complexe rencontrée avec un jeune réfugié rencontré à sa consultation.

- *Nous accueillons en Meuse, des jeunes sans papier [...] le mode de rémunération est toujours problématique [...] il a des gros problèmes hématologiques, il faut l'hospitaliser et il est 18h30, donc ce sont des situations qui posent soucis médicalement, humainement et organisationnels aussi. Pas de représentant légal ! Pas d'autorité parentale ! (H1G2)*
- Les problématiques scolaires, avec notamment une nouvelle forme de harcèlement via les réseaux sociaux, mais aussi l'absentéisme et le décrochage scolaire sont évoqués.
 - *[...] c'était consécutif à un souci de harcèlement au collège et ça j'en ai eu plusieurs aussi donc ça me paraît complexe (F1G3)*

- *Ils (les adolescents) en font toute une montagne parce qu'il y a eu sur Snapchat, Facebook, Instagram, une photo d'eux qui n'aurait pas dû ! et voilà et ça prend des proportions ... (F1G3)*

Ces situations sont qualifiées de complexes par plusieurs des participants parce qu'ils se trouvent démunis en termes d'actions et de moyens à mettre en œuvre.

- *Le harcèlement à l'école alors je voudrais savoir est-ce qu'on a des moyens d'intervenir au sein de l'école ? alors qu'est-ce qu'il faut faire ? (F2G1)*
- *[...] je ne savais même pas qui aurait été l'interlocuteur privilégié pour régler le souci là (H1G3) (à propos du harcèlement scolaire)*
- *Quand on pense à l'échec scolaire on est paumé quoi ! (H1G4)*

Là encore, certains estiment être en dehors de leur rôle, d'autres apportent un conseil minimal.

- *T'écoute ce qu'ils (les parents) disent, je n'ai pas de conseil à vous donner, je n'ai pas de boule magique, je n'ai pas de solution (H1G1) (à propos du décrochage scolaire)*
 - *On peut être tout à fait aptes à donner des conseils (F2G1)*
 - *Je conseillerais d'aller déposer plainte déjà parce que c'est quand même du harcèlement et c'est reconnu comme tel sur les réseaux sociaux (H1G3)*
- Une surmédicalisation des problèmes de la vie quotidienne est dénoncée par bon nombre de participants. Ce phénomène semble être sous-tendu par l'inquiétude parfois disproportionnée des parents.
- *Il (l'adolescent) va rencontrer la cigarette, la drogue, le sexe, voilà c'est les parents qui viennent vers nous pour des problèmes d'adolescent, mais eux ils vivent leur vie (F2G1)*
 - *Il y a quand même des situations où il faut savoir un petit peu dédramatiser ... les parents qui ont su qu'il avait un petit peu picolé le soir même et qu'il a dormi sur le canapé ... ça fait partie de l'apprentissage de la vie (H2G1)*
 - *Les parents les amènent : « il est fatigué, il ne dort pas » (H3G2)*
 - *Globalement ils ne sont pas trop malades ! (H1G2 et H5G2)*

1.4. Connaissance et accessibilité aux ressources locales

Dans les quatre groupes de discussion, il est clairement apparu une inégalité entre les participants en termes de connaissance de l'offre de soins de leur territoire.

Certains participants ont leur propre réseau de professionnels partenaires avec lequel ils travaillent régulièrement. Ces réseaux se sont constitués pour chacun « à l'usage » ou bien parce qu'il existe une certaine proximité géographique avec ces derniers.

- *Tu as un réseau de partenaires, que ce soit des spécialistes, que ce soit l'assistante sociale, que ce soit un médecin scolaire, tu peux les appeler ! moi ça m'arrive ! du fait d'être dans une structure (pôle de santé) comme la nôtre (H1G2)*

- *Je bosse beaucoup avec la maison des ados parce qu'on avait une antenne sur Commercy (F1G3)*
- *Le CSAPA, ils viennent à la maison médicale ! (H2G1)*
- *Tous des domaines qu'on ne connaît pas bien, les CMP, CMPP, CAPS, je ne sais pas si vous vous êtes à l'aise avec ça mais c'est à force d'expérience qu'on découvre des petits éléments (H1G4)*
- *Alors ça on ne connaît pas ! (H2G4) (à propos de l'équipe mobile dédiée aux adolescents)*

Pourtant, plusieurs participants ignorent l'existence de telle ou telle ressource. De cet état résulte une « non-réponse » de leur part à certaines problématiques alors jugées complexes.

- *Des fois tu lèves des lièvres et puis tu es étonné toi-même de ce que tu lèves et des fois tu n'es pas à l'aise parce que tu n'as pas les moyens forcément d'aller au-delà ou de répondre rapidement (H1G2)*
- *Je ne savais pas que ça existait ! (À propos du RASED) (H3G1)*
- *Je ne connaissais pas la notion d'information préoccupante ! [...] jamais entendu parler ! (À propos de la CRIP) (H3G2)*
- *Je ne saurais pas comment il faut faire pour mettre en place un éducateur ! (F1G3)*
- *C'est où ça ? (À propos de la MDA) (H3G1)*

Un second facteur limitant de certaines prises en charge apparaît être l'indisponibilité de la ressource sollicitée.

- *Dans notre Meuse c'est un peu compliqué de voir facilement un psychiatre et avoir un suivi psy [...] au bout de quelques mois il est allé au CMPP (F1G3)*
- *J'en ai un certain nombre que j'ai mis moi-même sous neuroleptiques sans avis psy, on n'arrive pas à les avoir (H3G3)*
- *Ils appellent, ils ont rendez-vous dans 6 mois (à propos du CMP) (F2G4)*

2. Etat des lieux des relations entre professionnels de l'adolescence

Dans cette seconde partie des discussions, les médecins sont questionnés sur les liens qu'ils entretiennent avec les professionnels de l'adolescence des différents secteurs : médicaux, scolaires et sociaux.

Nous nous sommes intéressées ici à leurs habitudes dans leur pratique quotidienne pour entrer en contact avec ces professionnels, amorcer une prise en charge et échanger durant le suivi de l'adolescent.

2.1. Secteur médical

Comme le laisse pressentir les réponses aux questions de la première partie, c'est avec le secteur psychiatrique que les échanges semblent être les plus pauvres. Ce constat est renouvelé à l'unanimité par les participants des quatre groupes. Ils déplorent à la fois des

difficultés pour initier des prises en charge urgentes mais aussi des échanges insuffisants au cours des prises en charge sur le long terme.

- *J'en ai un certain nombre que j'ai mis moi-même sous neuroleptiques sans avis psy, on n'arrive pas à les avoir (H3G3)*
- *Quand tu as passé cette étape (prise en charge initiale) il y a le suivi après, c'est-à-dire qu'on n'a pas de retour de la part souvent de la psychiatrie (H3G2)*
- *Le CMPP une fois que tu envoies quelqu'un, tu n'as plus de nouvelle (F1G3)*
- *Tu ne reçois même pas le courrier, de toute façon, tu n'as jamais rien, tu n'es prévenu jamais de rien, il n'y a jamais de lien (H2G1)*
- *C'est que c'est le côté psy et psychiatrie avec lequel on a le plus de mal à communiquer (H2G4)*

Les contacts avec les confrères des autres spécialités médicales n'ont pas été évoqués par les participants, en dehors de la médecine scolaire qui fait l'objet du paragraphe suivant.

2.2. Secteur scolaire et éducationnel

Absentéisme, harcèlement scolaire ou encore projet d'accueil individualisé sont autant de situations qualifiées de complexes par les médecins interrogés. Dès lors, une certaine concertation entre professionnels impliqués dans le quotidien de ces adolescents en difficultés semble nécessaire pour assurer un accompagnement cohérent et personnalisé.

➤ La médecine scolaire

Faire le lien avec le médecin scolaire lorsque la situation le nécessite n'est pas une habitude pour tous les participants. Pourtant, l'accès à cet interlocuteur est décrit comme « facile ».

- *Je n'ai jamais eu à les contacter (médecin scolaire), peut être que je n'ai jamais pensé (H3G3)*
- *Je n'ai pas de problème quand j'appelle. Je laisse un message, ils me rappellent ! (F1G1)*
- *J'ai une certaine facilité pour rentrer en contact avec des collègues parce que c'est quand même au médecin scolaire de se poser ce genre de questions d'absentéisme (H1G2)*

Pour autant l'échange est ressenti comme unilatéral et les retours sur prise en charge manquent.

- *J'ai appelé le médecin scolaire [...] qui devait proposer un soutien éducationnel mais je n'ai pas eu de retour derrière (F1G1)*
- *Ils ne nous n'interpellent pas directement, ils interpellent la famille (H4G1)*
- *C'est vrai qu'en sens inverse, on voit moins un médecin scolaire nous appeler (H1G2)*
- *Il y a a priori une suspicion de maltraitance et elle est suivie par la médecine scolaire [...] je suis même surpris que le médecin scolaire il ne pense même pas à dire au médecin traitant (H1G4)*

➤ Les équipes pédagogiques et éducatives

Les relations sont moins directes et le lien se fait bien souvent par l'intermédiaire des familles.

- *Il faut encourager les parents à contacter l'établissement mais je ne pense pas que moi j'aurais appelé le proviseur (H1G3)*
- *Je pense que j'aurais fait une lettre quand même à remettre aux parents « à l'attention du proviseur » ! (H3G3)*
- *Le directeur va interpeller directement la famille en disant « écoutez, je me pose des questions sur les absences, est-ce que vous avez un motif médical ? » (H4G2)*
- *J'arrive à joindre les psychologues du RASED (F1G1)*

2.3. Secteur social et judiciaire

Nous retrouvons également dans cette partie des divergences médecins-dépendants dans les pratiques des uns et des autres.

- *J'ai de très bons rapports avec l'assistante sociale Parce que ça va dans les deux sens ! (F1G1)*
- *Je l'ai déjà vécu aussi, de travailler ensemble et d'arriver à plusieurs sur un site (F2G1)*
- *Non j'avoue que déjà j'ai eu du mal à trouver des partenaires (projet d'éloignement du milieu de vie) (F1G3)*

3. Mise en place de la plateforme de coordination « FIL PRO ADO » : attentes et perspectives

Pour introduire la troisième et dernière partie des échanges, nous présentons le dispositif expérimental « FIL PRO ADO » accessible sur le département meusien depuis le printemps 2017. Cette initiative était accueillie positivement par l'ensemble des participants.

Dans le but d'enrichir et de parfaire ce projet naissant, nous avons tenté de recueillir les attentes et les réticences des médecins vis à vis de ce dispositif.

3.1. Constituer un carnet d'adresse entre acteurs locaux

A travers le dispositif, les participants trouvent une occasion de créer du lien entre professionnels des différents secteurs, utiles pour telle ou telle situation. De plus ce lien est facilité puisque, à partir d'un numéro d'accès unique, la plateforme met en relation l'ensemble des interlocuteurs propices à la situation exposée.

Pour rappel, la plateforme peut aussi avoir un rôle de conseil simple, dans ce cas elle indique au professionnel demandeur les coordonnées de la ressource adaptée à la résolution d'un problème donné.

- *C'est des ressources ! (H1G1)*
- *Tu avais quinze numéros, là tu n'en as plu qu'un ! (H3G2)*
- *Ça pourrait permettre d'avoir des liens qu'on n'a pas du tout ! (H4G3)*
- *[...] CMP, CMPP, c'est les parents qui doivent appeler ! donc là est-ce qu'on va avoir une porte d'entrée plus rapide ? (H2G4)*

Certains évoquent même la possibilité de joindre directement le bon interlocuteur, sans l'intermédiaire de la plateforme, s'ils sont de nouveau confrontés à une situation similaire.

- *A un moment donné tu connais le numéro et tu ne passes plus par le FIL PRO ADO, tu l'appelles directement et là tu améliores l'échange de l'information et la résolution des problèmes (H1G2)*

3.2. Vers une prise en charge de l'adolescent coordonnée et personnalisée

Les attentes envers le dispositif sont également représentées par l'opportunité de travailler en équipe autour des cas complexes. Le parallèle évoqué est celui des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) organisées pour certaines spécialités médico-chirurgicales.

- *Ça peut être intéressant de créer un lien avec l'éducation, le lycée, le collège, les assistantes sociales (H1G3)*
- *L'idée d'information partagée ! (F4G4)*
- *Et puis on l'imagine comment cet outil ? il devrait être pluridisciplinaire, il devrait s'adapter à tous les profils d'adolescents, il devrait être multi-pathologique c'est-à-dire ne pas être propre à une pathologie mais répondre à des besoins communs à toutes les pathologies en termes d'observance ou du moins en termes de motivation (F1G4)*
- *Je pense que ça doit être assez plaisant de répondre au mieux à une situation, accompagner l'ado, avoir des informations d'une équipe, c'est très bien de travailler dans une équipe (H1G3)*
- *On peut aussi se poser la question de savoir si dans des situations complexes il ne peut pas y avoir des RCP (H5G2)*

3.4. Partage de l'information : quelles limites ?

Le fonctionnement du dispositif « FIL PRO ADO » implique que le médecin traitant peut lui-même être sollicité par la plateforme pour fournir des informations. Devant ce cas de figure les médecins interrogés expriment une certaine réticence.

Plusieurs paramètres conditionnent la teneur de l'information qu'ils sont prêts à délivrer.

➤ **La relation de confiance**

Les participants rappellent ici toute l'importance de préserver cette relation de confiance particulière qui lie le médecin traitant à son patient.

- *Ces infos servent mais trahissent la relation de confiance que tu pouvais avoir établie par exemple avec un patient, avec un ado, tu vas être associé à cette trahison [...] c'est très difficile et subtil (H1G2)*

Ils craignent également d'être amenés à exprimer un ressenti ou une opinion subjective sur une situation donnée.

- *Ce qui est délicat, c'est qu'ils vont te demander un sentiment ! (H1G2)*
- *Ou quelque chose que tu as perçue ! (H3G2)*
- *Tu as bien une analyse, ça fait partie du dossier, c'est ça une situation complexe ! (H5G2)*

➤ **Le consentement**

Le consentement écrit de l'adolescent et de ses deux parents reste un préalable pour déclencher le dispositif en levant l'anonymat de l'intéressé.

Cette condition est reconnue comme fondamentale mais ne suffit pas à lever toutes les réticences.

- *S'il y a un consentement signé normalement il y a un partage des informations (F1G1)*
- *Il faut quand même pouvoir donner des informations médicales ! si l'ado, les 2 parents ont signé un papier [...] il faut que tout le monde coopère autrement ça ne servira à rien (F1G3)*
- *On a la trouille, mais après il s'agit d'une situation d'aide ! (H4G1)*
- *Je reste quand même septique sur le secret médical dans tout ça enfin parce qu'on nous demande des infos d'ordre médicales, jusqu'où on a le droit d'aller légalement ? (F1G2)*

➤ **L'interlocuteur**

La question du partage de l'information avec des professionnels non médicaux divise les participants.

L'échange d'informations par téléphone pose également problème à un médecin du troisième groupe.

- *Le milieu social, pour moi, si c'est pour le bien de l'enfant, il vaut mieux qu'il soit aussi au courant de ce qu'il y a à faire en cas de problème (H2G1)*

- *À partir du moment que je sais que j'ai à faire à un professionnel qui est capable de comprendre, pour moi médical ou pas, c'est un secret professionnel partagé (F2G1)*
- *Tu as un coordinateur, s'il te demande des informations médicales, tu ne peux pas lui donner (H2G3)*
- *C'est plus ça qui me gênerait, de ne pas savoir avec qui je le partage ! (F3G4)*
- *Moi je ne dis rien au téléphone (F1G3)*

➤ **La notion d'information utile**

La discussion amène les participants à évoquer la notion d'« information utile » soit, celle qu'il serait possible de divulguer dans le strict cadre de la situation complexe évoquée et dans l'intérêt bienveillant d'une relation d'aide pour l'adolescent.

- *Je crois qu'il faut aller dans la situation telle qu'elle est et ne pas déborder ! (H1G1)*
- *Si elle est pertinente, dans une prise en charge globale (H4G2)*
- *On est habitué quand même à communiquer [...] sans franchir le secret médical (H3G2)*

IV. Discussion

Cette étude met en évidence une problématique double autour de la prise en charge des adolescents par les médecins généralistes interrogés.

Il ressort d'abord une difficulté pour les médecins généralistes à repérer des situations à risque et les problématiques liées au mal être chez cette population. L'obstacle principal étant lié à la non-demande de l'adolescent ou bien à une demande allusive non décryptée.

Ensuite, lorsqu'une situation complexe ou à risque est identifiée, les médecins généralistes se trouvent démunis en termes de moyens d'action à mettre en œuvre pour y répondre.

C'est à ce second frein que tentera de pallier le dispositif « FIL PRO ADO » en proposant aux professionnels un accès facilité aux ressources locales et, lorsque la situation le nécessite, une prise en charge coordonnée et un suivi de l'adolescent en difficulté.

1. Concernant les résultats

1.1. Difficulté du repérage des situations complexes chez l'adolescent

Bien que la question de la communication médecin/adolescent ne constituait pas une partie intégrante de notre guide d'entretien, c'est pourtant sous cet angle que les discussions se sont d'emblée portées pour l'ensemble des quatre focus groupes. Cette communication jugée défailante apparaissait alors comme la première complexité liée à la prise en charge d'un adolescent.

Les participants ont fait part d'une certaine frustration lors de consultation d'adolescents au contact desquelles l'échange reste superficiel et inabouti. Ils éprouvent d'une part des difficultés à établir une communication franche et objective. D'autre part, ils ont bien conscience que certains de ces adolescents qui les consultent pour des motifs initiaux banals et/ou récurrents masquent d'autres problématiques non formulées.

Ce constat corrobore les travaux de Choquet et Ledoux pour l'INSERM (9) ou encore les rapports de l'IRDES (20) qui montrent que les motifs de consultation chez l'adolescent pour des troubles psychiques ou psychologiques ne représentent que 6% des motifs globaux, cette donnée étant à confronter au fait que le suicide reste la deuxième cause de mortalité chez les jeunes. Et parallèlement les jeunes en difficulté consultent davantage le médecin généraliste mais pour des pathologies bénignes.

Plusieurs médecins admettent leur impuissance face à ces adolescents en repli, délaissant certainement ainsi des problématiques inavouées.

Les médecins rappellent aussi que la plupart des adolescents, justement en difficulté, ne sont pas en demande d'aide. Ils pensent ne pas les voir en consultation quand la situation l'impose ou bien se trouver face à une demande exprimée par l'intermédiaire des parents.

Un second obstacle au repérage d'une situation complexe chez l'adolescent se trouve être le manque de disponibilité du praticien pour élargir la discussion et instaurer un climat de confiance. Cette consultation particulière est reconnue comme chronophage par les participants qui rappellent qu'ils exercent en zone rurales ou semi-rurales sous dotées en termes d'offre de soins.

Les médecins pensent également ne pas être les mieux placés pour détecter une problématique naissante chez un adolescent. En effet, si leur consultation dure une dizaine de minutes, les adolescents passent beaucoup plus de temps en milieu scolaire ou éducatif. Les acteurs de ces structures seraient donc les plus à même de détecter un mal être. L'accès possible à la plateforme « FIL PRO ADO » pour l'ensemble des professionnels au contact des adolescents est donc tout à fait pertinent.

S'ajoute à ces constats le fait que l'adolescent se représente mal le champ d'action possible du médecin généraliste, il n'est donc pas son interlocuteur privilégié pour les problématiques liées au mal être, malgré son statut de « médecin de famille et de proximité » (20). C'est ce que démontre E. Lacotte-Marly dans son travail de thèse : si 92 % des adolescents pensent que ces praticiens peuvent les aider sur la santé physique, ils ne sont que 55 % à le penser pour leurs problèmes sexuels, et seulement 32 % pour une éventuelle dépression (13).

1.2. Des situations complexes non médicales

Les discussions ont montré que les médecins jugent davantage complexe une situation qui dépasse leur propre champ de compétences et implique donc un recours à un professionnel d'un autre secteur d'activité.

En effet, les problématiques non médicales ont représenté une part plus importante des échanges que les problématiques purement médicales. Les médecins évoquent être de plus en plus confrontés à des situations telles que des conflits entre adolescents et parents, harcèlement et décrochage scolaire ou encore des problématiques éducationnelles.

Dans l'ensemble, ils sont peu à l'aise avec ces motifs de consultation originaux pour deux raisons : l'absence de formation initiale pour la résolution de ces problématiques et la nécessité parfois d'un recours à un professionnel non médical, relation qui reste inhabituelle pour la majorité des médecins (4).

En l'absence de prise en charge codifiée, certains médecins adoptent un rôle de conseil empirique basé sur leur vécu et leur expérience personnelle et/ou professionnelle. D'autres estiment sortir totalement de leur fonction comme le souligne un participant du deuxième groupe : « *on ne peut pas tout régler ce n'est pas notre métier non plus* » (H1G2).

Certaines de ces situations (harcèlement ou décrochage scolaire) méritent qu'une action soit entreprise mais une participation médicale est-elle légitime ? La question est également posée pour les problématiques éducationnelles ou encore les relations conflictuelles parents/enfants qui caractérisent dans une certaine mesure la période de l'adolescence.

Les participants se trouvent donc face à enjeu nouveau, qu'ils replacent dans le contexte plus large de la surmédicalisation.

En partie alimenté par les patients eux-mêmes (21) sous le joug de notre « *civilisation normalisatrice des mœurs, des conduites et des comportements* » d'après le psychanalyste Roland GORI (22), cet *excès de médecine* pourrait trouver du sens en termes de prévention quaternaire. Le médecin généraliste retrouverait alors sa place en se positionnant comme modérateur et assurant son rôle de normalisateur en soins primaire, concept établi par la WONCA selon lequel un grand nombre de problèmes présentés soient sans fondement pathologique (23).

1.3. Facteurs d'échec de la communication entre professionnels

Si les échanges avec les confrères spécialistes font partie intégrante du travail des médecins généralistes, l'accès au secteur psychiatrique semble faire figure d'exception. Ce constat, renouvelé à plusieurs reprises par les participants, n'est pas une spécificité meusienne.

C'est également ce que montrait une étude de la DREES en 2008 (4), menée dans cinq régions de France : parmi les généralistes du panel, plus de 90 % déclaraient avoir des patients suivis sur leur secteur psychiatrique, mais seulement 40 % disaient pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin et 22 % être régulièrement informés de la situation de leurs patients, contre un retour d'information de 95% pour les autres spécialistes libéraux et 80% pour les hospitaliers.

Plusieurs études nationales et internationales se sont penchées sur les raisons de la mauvaise qualité de cette collaboration (24), qui constitue un facteur d'échec de la prise en charge du patient (25) :

- Le manque de formation et d'information des médecins généralistes sur les missions et les activités du secteur psychiatrique (26)
- L'idée partagée par un grand nombre de psychiatres que le psychiatre libéral ou le CMP puisse constituer un premier recours pour un patient en souffrance psychique (27),
- Alors que le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié de la population générale même pour un problème repéré comme de nature psychologique (28)
- La dimension affective de la relation entre ces deux spécialités avec l'expression chez les médecins généralistes d'une *hostilité, d'une déception en plus de la peur d'une concurrence* envers les psychiatres (29).

Dans le contexte de notre étude, un argument supplémentaire serait lié à la démographie médicale inquiétante et stagnante avec une pyramide des âges défavorable dans le département meusien : 9 psychiatres pour 100 000 habitants contre 22 pour 100 000 habitants au niveau national selon l'Atlas national de la démographie médicale en France de 2017 (30).

Concernant les échanges avec les professionnels non médicaux, deux facteurs pondèrent la collaboration :

- En premier lieu la motivation du médecin, car rappelons-le plusieurs participants ont exprimés ne pas se sentir concernés par les problématiques extra médicales. Pour ces médecins, la prise en charge s'arrête donc à leur propre consultation. Pour d'autres, le conseil minimal peut s'accompagner de la transmission des coordonnées utiles au patient. Certains participants ont formé un réseau informel de partenaires avec lesquels une collaboration est devenue possible.
- Dans certains cas, le facteur limitant est la méconnaissance de la ressource à solliciter pour telle ou telle problématique. Différents médecins interrogés ont reconnu ignorer l'existence du CSAPA, de la maison des adolescents ou encore de la CRIP.

Globalement, les échanges entre professionnels des différents secteurs (scolaire, sociale et judiciaire) n'est pas une pratique d'usage pour les médecins interrogés. Ce type de collaboration ne fait pas partie intégrante de la culture médicale. Chacun la développe dans la mesure de ses propres convictions.

1.4. Le « FIL PRO ADO » : une piste d'amélioration

Le dispositif de coordination « FIL PRO ADO » est accueilli positivement par l'ensemble des participants. D'abord puisqu'il va permettre d'améliorer la visibilité et l'accessibilité des ressources existantes sur le territoire meusien. C'est aussi l'opportunité de décloisonner les pratiques des différents professionnels de l'adolescence en créant du lien entre ces professionnels comme le souligne un participant du troisième groupe :

- « Ça pourrait permettre d'avoir des liens qu'on n'a pas du tout » (H4G3)

La perspective étant celle d'une organisation logique, coordonnée et égalitaire des parcours de soins jugés complexes.

Le fonctionnement de la plateforme est perçu par certains participants comme s'approchant d'un travail d'équipe, une manière originale de rompre avec l'isolement de l'exercice libéral. Et cette réflexion est poussée encore plus loin, puisqu'il est évoqué l'idée de tendre vers l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles « de ville » à l'instar des RCP hospitalières. A noter que cette dernière idée est davantage représentée chez les médecins les plus jeunes de nos groupes de discussion.

Cependant, des réticences subsistent.

En premier lieu, la question de la place du médecin traitant au sein du dispositif divise les participants. Plusieurs d'entre eux ne reconnaissent pas l'intérêt d'intégrer le médecin traitant de manière systématique et notamment lorsque le dispositif est déclenché par un autre professionnel ou bien que la problématique en question ne soit pas d'ordre médicale. Alors que d'autres demandent une information systématique.

Un second frein pour les médecins interrogés concerne le strict usage de l'information partagée. Ils sont demande d'un cadre règlementaire protégeant leur parole dans le cadre de leur participation au dispositif de coordination.

Enfin, les participants déplorent que la plateforme n'ait pas pour rôle la gestion de l'urgence, situation jugée complexe pour la majorité d'entre eux.

D'autres pistes d'amélioration des pratiques sont envisageables dans le département meusien en regard des problématiques soulevées par cette étude.

Concernant d'abord le dépistage du mal être chez l'adolescent, un renforcement de la formation des praticiens, et particulièrement sur le versant de la communication médecin/adolescent, permettrait de mener une consultation « spécialisée » et orientée.

Dans les mois à venir, le département meusien expérimentera également un autre dispositif dédié aux jeunes de 11 à 21 ans, « *Le pass santé jeunes* », qui donnera accès à 10 séances gratuites chez un psychologue libéral après accord d'un médecin généraliste référent du secteur. Cette mesure innovante était elle aussi une proposition du rapport « *Mission Bien Etre et Santé des jeunes* » (15).

Une autre mesure pertinente pourrait être la relance de campagnes d'informations sur les différents dispositifs offerts par le département. Notre étude a montré que des structures clés restaient méconnues pour certains participants comme la maison des adolescents ou les équipes mobiles dédiées alors qu'elles existent sur le territoire depuis plusieurs années.

2. Limites de l'étude

➤ Liées au recrutement

Nous avons tenté de constituer un échantillon de médecins généralistes homogène et représentatif des pratiques à travers le département meusien.

Le premier obstacle auquel nous nous sommes confrontés était l'impossibilité de former un groupe de discussion pour le secteur de Montmédy faute de participants volontaires. Nous n'avons donc pas pu recueillir les attentes des médecins exerçant dans le nord du département, secteur frontalier des Ardennes et de la Belgique qui a sans doute ses spécificités et qui nous aurait permis de recueillir des points de vue complémentaires.

La constitution de nos groupes induit sans doute un biais de recrutement. D'abord parce que les participants se connaissent entre eux, ce qui a favorisé une ambiance détendue lors des discussions mais constitue aussi un obstacle à la libération de la parole. Certains médecins sollicités pour l'étude ont peut-être aussi refusé de participer par manque d'affinité avec d'autres confrères.

D'autre part, les médecins de moins de 40 ans représentent 43 % de notre population dans cette étude. Ce qui peut également induire un biais dans nos résultats, supposant qu'ils connaissent moins bien les structures existantes du territoire par rapport à leurs aînés installés depuis plus longtemps.

Un autre argument pondérant la notion de méconnaissance des ressources du territoire par les praticiens est aussi le mode d'exercice au sein de structures pluridisciplinaires largement représenté dans notre étude. En effet, les praticiens de ces structures ont davantage tendance à recourir aux ressources internes de la maison de santé où ils exercent.

➤ **Liées à l'analyse des données recueillies**

Les groupes de discussion se sont déroulés autour de deux axes. Dans un premier temps, des échanges d'expérience sur les prises en charge complexes de l'adolescents, partie qui a largement trouvé écho auprès de nos participants, puis dans un second temps autour du dispositif « FIL PRO ADO » que nous présentions lors de la réunion. Dans cette deuxième partie, les échanges ont été plus limité. La saturation des données n'ayant pas été atteinte.

Nous avons évoqué la possibilité de présenter le dispositif aux participants avant chaque focus groups, laissant ainsi à chacun le temps d'établir son point de vue et ses attentes, peut être aurions-nous ainsi obtenu des échanges plus riches mais renonçant alors à l'authenticité et la spontanéité du propos.

Un biais d'interprétation n'est pas exclu face aux résultats de notre étude. L'analyse des verbatim a été effectuée par la thésarde, novice en matière d'étude qualitative. L'implication des représentations individuelles dans l'analyse a été réduite en considérant le verbatim au mot à mot et en tenant compte des aspect non verbaux des échanges.

CONCLUSION

Les fragilités de la population adolescente dont fait état le rapport Moro-Brison « *Mission bien être et santé des jeunes* » de 2016 font particulièrement écho dans le département meusien. Avec un taux de mortalité par suicide chez les 15-21 ans deux fois supérieur à celui de la Lorraine ou en encore de la France métropolitaine, le mal être des jeunes meusiens est palpable et mérite une attention particulière.

C'est dans ce sens que l'ARS et les différents acteurs de l'adolescence du département se mobilisent en expérimentant le dispositif « FIL PRO ADO » comme plateforme de soutien aux professionnels détectant une situation de souffrance chez un adolescent.

Notre objectif dans cette étude qualitative était de présenter cette plateforme aux médecins du département et de recueillir leurs attentes. Ce travail sera intégré au rapport final d'expérimentation du dispositif « FIL PRO ADO » émis par l'ARS.

Notre étude a permis de mettre en lumière les difficultés face auxquelles les médecins sont confrontés dans la prise en charge des adolescents. Ces difficultés, qui tendent à rendre complexe une situation de prise en charge, tiennent parfois à la méconnaissance d'une ressource utile ou à son moyen d'accès. La complexité d'une situation trouve donc une définition propre à chaque praticien et le plus souvent n'est pas corrélée à une pathologie d'organe ou à sa sévérité. Car c'est bien hors champ médical que les médecins interrogés se trouvent davantage dans l'impasse.

Nous avons également constaté un certain désintérêt de la part de quelques médecins face ces situations jugées non médicales : déscolarisation, problématiques sociales et familiales ... qui font pourtant le lit de la souffrance psychologique des jeunes dans notre société. Réel désaveu, manque de temps ou de solution à proposer ? Ce point pourrait faire l'objet d'une autre étude et nous donne l'occasion de rappeler que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » selon la définition de l'OMS.

La plateforme « FIL PRO ADO » constitue donc une piste d'amélioration potentielle puisqu'elle se veut être un pôle de ressources lisible et simplifié des dispositifs existant sur le territoire et qui offre l'opportunité de développer la prise en charge pluridisciplinaire en ambulatoire.

Cette expérimentation vient répondre à un besoin prégnant des médecins généralistes meusiens mais ne suffira pas à elle seule à résoudre l'ensemble des problématiques soulevées par notre étude. Les praticiens de premier recours meusiens restent notamment dans l'attente d'un dispositif d'appui pour les prises en charge en urgence chez l'adolescent en souffrance psychologique et d'une meilleure coopération avec le secteur psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale: validation de l'usage d'un référentiel. *Rev Prat Med Gen.* 2005;19(710/711):1307-13.
2. LEGIFRANCE. Présentation du plan d'action « Bien-être et santé des jeunes » [Internet]. 2016 nov [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-brevs/article/presentation-du-plan-d-action-bien-etre-et-sante-des-jeunes>
3. VEGA A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2011 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/448244/>
4. BOURNOT MC Marie-Cécile GOUPIL, TUFFREAU F., GOUPIL MC. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Obs Régional Santé Pays Loire.* 2008;
5. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSH1615842D/jo>
6. Huerre P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. *J Fr Psychiatr.* 2001;no14(3):6-8.
7. Antoine Bourrillon, Grégoire Benoist, Christophe Delacourt. SFEndocrino [Internet]. 2014 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article.php?id=384>
8. Marcelli D., Braconnier A. Adolescence et psychopathologie - 9782294719516 | Elsevier Masson. 8^e éd. 2013. (Les âges de la vie).
9. Choquet M, Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Paris, France: INSERM : Montpellier : Espaces 34; 1998. 166 p.
10. HAS. Haute Autorité de Santé - Spécificités de la prise en charge de l'adolescent [Internet]. 2014 [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782024/fr/specificites-de-la-prise-en-charge-de-l-adolescent
11. CDOM 21. Mineurs et soins | Conseil départemental de Côte d'or de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.conseil21.ordre.medecin.fr/content/mineurs-et-soins>
12. CONSEIL DEPARTEMENTAL DES ARDENNES. Enfance en danger : le rôle de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) [Internet]. 2016 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.cd08.fr/articles/enfance-en-danger-le-role-de-la-cellule-de-recueil-des-informations-preoccupantes-crip>

13. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant, pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse Paris V.; 2004.
14. Binder Ph. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. *Rev Prat Med Gen* 2001;15:1507-12.
15. Marie-Rose Moro, Jean-Louis Brison. Mission Bien-être et santé des jeunes [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/164000747/index.shtml>
16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84:142-5.
17. DAVISTER C. LA RÉALISATION DE GROUPES FOCALISÉS. Stop j'agis - Fiches méthodologiques. 2004;
18. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de Santé Publique CHU de Nice; 2013.
19. MOREAU A, DEDIANNE M-C, LETRILLIART L. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Med Gen*. 15 mars 2004;18(645):382-4.
20. Auvray L, Fur PL, CREDES. Adolescents : état de santé et recours aux soins. *Bull Inf En Économie Santé*. 2002;(49):6.
21. Hanslik T, Flahault A. La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé. *Rev Médecine Interne*. 1 mars 2016;37(3):201-5.
22. Gori R. La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du « souci de soi », The medicalisation of existence. *Champ Psychosom*. 2006;(42):55-83.
23. WONCA Europe. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste. 2002.
24. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 18 juin 2003;289(23):3145-51.
25. CNQSP. Rapport de la recommandation labellisée HAS : amélioration de la coopération entre médecin généraliste et psychiatre. [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.cnqsp.org/>
26. Bower P, Sibbald B. On-site mental healthworkers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, CD000532.
27. Strathdee G., Brown R.M., Doig R.J. Psychiatric clinics in primary care. The effect on general practitioner referral patterns. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990;25:95-100.

28. Kovess V. The state of Mental Health in the European Union. [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/state-of-mental-health-in-the-european-union-2005.pdf>
29. Ribaud S. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression. Thèse Nancy 1; 2011.
30. CNOM. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>

ANNEXE 1

❖ Questionnaire HEADSS

- H : home (composition de famille)
- E : éducation (école)
- A : activités (intérêts, projets futurs)
- d : drogues (tabac, alcool)
- S : sexe
- S : suicide et idées noires

HEADSS, questionnaire psychosocial chez les adolescents

Suggestion d’amorce

« Si tu le permets, j’aimerais te poser certaines questions personnelles qui peuvent être importantes pour ta santé et qui me permettront de mieux te connaître. À tout moment, tu peux me dire que tu ne désires pas répondre à une question. Je t’assure que ces informations demeurent confidentielles, c’est-à-dire entre toi et moi. Je n’en parlerai pas à tes parents, à tes professeurs ou autres personnes sans ta permission. La seule exception est si je juge que, toi ou quelqu’un d’autre, courrez un danger grave. Dans ce cas, il me faut agir parce que je trouve important de te protéger ou de protéger toute autre personne. Je pourrai alors te dire à qui je transmets l’information, quels renseignements je fournirai et pour quelles raisons. Les seules personnes qui peuvent avoir accès à ton dossier médical sont mes collègues que tu consulterais en mon absence. »

H = Habitat (home)

Avec qui l’adolescent vit-il ?
 Changement récent.
 Quelles interrelations dans la famille ? Sources de désaccords. Comment sont-ils résolus ? Est-ce que l’adolescent a quelqu’un à la maison en qui il a confiance et avec qui il pourrait discuter des difficultés personnelles ? ☒ Violence familiale, fugue, absence de supervision ou de soutien. **E = Éducation, école**
 Quelles sont les choses que l’adolescent aime ou n’aime pas à l’école ? Fréquence de l’absentéisme. Résultats scolaires (succès, difficultés, changement récent). Activités parascolaires. Projets pour l’avenir.
 ☒ Absentéisme scolaire régulier, échecs scolaires, changement récent dans les résultats scolaires.

A = Activités, amis

Activités pratiquées pour le plaisir. Activités physiques. Activités avec les amis. Qui sont ses amis ? Présence d’amis avec qui il peut

S = Sommeil, substances, santé mentale, suicide

Qualité du sommeil. difficulté à s’endormir. Substances (tabac, alcool, drogues, médicaments : début, fréquence, quantité). Problème de jeu de hasard et d’argent. Conséquences négatives associées (absentéisme ou exclusion scolaire, conduite avec facultés affaiblies, conduites sexuelles à risque, démêlés avec la justice). Humeur (être triste plusieurs fois par semaine ; être stressé ; être agressif). Idées de mourir, de s’enlever la vie, antécédent de tentatives suicidaires.
 ☒ difficulté régulière à s’endormir (penser à dépression, abus de substances) ; initiation précoce à la consommation de substances, consommation régulière, polyconsommation ; tristesse la plupart du temps (bon indicateur d’un état dépressif), tentative suicidaire antérieure.

S = Sexualité

Ne pas présumer qu’il est actif sexuellement ou préjuger de son orientation sexuelle. Est-ce que tu vis une relation amoureuse actuellement ? Ou en as-tu vécu une ? Est-ce que tu envisages d’avoir des relations sexuelles ? As-tu déjà eu des relations sexuelles ? Est-ce que c’était avec un garçon, une fille ou les deux ? (Risques et protection à l’égard des IST et des grossesses). Est-ce que les relations se déroulent de manière agréable ? Est-ce qu’il t’est déjà arrivé de subir des gestes sexuels alors que tu ne le désirais pas ? ☒
 Abus sexuel, violence dans les relations amoureuses, rupture récente.

partager des confidences. Emploi rémunéré. ☒ Absence d'activités qui procurent du plaisir, isolement ou retrait social.

D = Diète, alimentation

Comment l'adolescent juge son alimentation ?

☒ désir de perdre du poids.

Satisfaction de son image corporelle. Régime. désir de perdre du poids malgré un IMC normal.

☒ Éléments qui laissent à penser que l'adolescent vit une situation plus difficile qui mérite une attention particulière et probablement un suivi.

ANNEXE 2

❖ Echelle de dépression CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression)		Jamais	Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment	En permanence	CODAGE
Durant la semaine dernière j'ai trouvé que:								
CES-D1	J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D2	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D3	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D4	J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	□□3	□□3	□□2	□□1	□□0	□□0	└
CES-D5	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D6	Je me suis senti(e) déprimé(e)	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D7	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D8	J'ai été confiant(e) en l'avenir	□□3	□□3	□□1	□□2	□□0	□□0	└
CES-D9	J'ai pensé que ma vie était un échec	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D10	Je me suis senti(e) craintif(ve)	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D11	Mon sommeil n'a pas été bon	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D12	J'ai été heureux(se)	□□3	□□3	□□1	□□2	□□0	□□0	└
CES-D13	J'ai parlé moins que d'habitude	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D14	Je me suis senti(e) seul(e)	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D15	Les autres ont été hostiles envers moi	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└
CES-D16	J'ai profité de la vie	□□3	□□3	□□1	□□2	□□0	□□0	└
CES-D17	J'ai eu des crises de larmes	□□0	□□0	□□1	□□2	□□3	□□3	└

CES-D18	Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D19	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
CES-D20	J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

Codage (sauf questions 4/8/12/16) :

- Jamais = **0 pts**
- Très rarement (moins d'un jour) = **0 pts**
- Occasionnellement (1 à 2 jours) = **1 pts**
- Assez souvent (3 à 4 jours) = **2 pts**
- Fréquemment (5 à 7 jours) = **3 pts**
- En permanence = **3 pts**

Codage questions 4/8/12/16 :

- Jamais = **3 pts**
- Très rarement (moins d'un jour) = **3 pts**
- Occasionnellement (1 à 2 jours) = **2 pts**
- Assez souvent (3 à 4 jours) = **1 pts**
- Fréquemment (5 à 7 jours) = **0 pts**
- En permanence = **0 pts**

Calcul du score global : Faire la somme des points obtenus aux 20 questions.

ANNEXE 3

❖ MODELE DE SIGNALEMENT POUR PERSONNE MINEURE

(Modèle diffusé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

Le mineur :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice : (rayer la mention inutile)

Oui

Non

- Description du comportement du mineur pendant la consultation :

- Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

ANNEXE 4

❖ Tableau récapitulatif des participants

Sexe (F/H) Pseudonyme	Age	Année d'installation	Autres fonctions	Mode d'exercice
Premier focus groupe G1 (6 participants) VOID 6/07/2017				
F1 Dr M	34 ans	2011	MSU CCU	MSP
H1 Dr D	60 ans	1987	MSU Médecin agréé	MSP
F2 Dr B	37 ans	2009	MSU	Seul
H2 Dr J	54 ans	1992	MSU	MSP
H3 Dr W	57 ans	1992	Médecin agréé	MSP
H4 Dr R	56 ans	1992	-	MSP
Deuxième focus groupe G2 (6 participants) VIGNEULLES 28/09/2017				
H1 Dr F	50 ans	2002	MSU	Pôle de Santé
H2 Dr A	52 ans	2008	-	Pôle de Santé
H3 Dr R	65 ans	1984	-	MSP
F1 Dr S	33 ans	2017	Médecin PMI	MSP
H4 Dr E	66 ans	1978	MSU	Seul
H5 Dr G	43 ans	2008	MSU	Maison de Santé
Troisième focus groupe G3 (5 participants) BAR LE DUC 18/10/2017				
H1 Dr R	34 ans	2017	-	Collaborateur Cabinet individuel
H2 Dr T	34 ans	2015	-	Pôle de Santé
H3 Dr R	63 ans	1983	MSU Médecin agréé	Seul
F1 Dr P	41 ans	2007	-	MSP
H4 Dr P	30 ans	REPLACANT	-	-

Quatrième focus groupe G4 (6 participants) THIERVILLE S/ MEUSE 05/02/2018				
F1 Dr G	37 ans	2012	MSU	Maison de Santé
H1 Dr F	46 ans	2001	MSU	Pôle de Santé
H2 Dr D	37 ans	2017	-	Seul
F2 Dr P	42 ans	2012	MSU	Maison de Santé
F3 Dr K	28 ans	2017	CCU	Pôle de Santé
F4 Dr S	30 ans	2018	-	Maison de Santé

ANNEXE 5

❖ PLAQUETTE FIL PRO ADO

FIL PRO ADO C'EST :

- Un **numéro d'appel unique** ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h.
- Une **équipe permanente pluridisciplinaire** qui conseille, oriente et accompagne les professionnels.
- Des **outils** pour renforcer les pratiques et la culture partagée des professionnels.
- Un **travail en partenariat** pour coordonner les prises en charge.

AVEZ LE RÉFLEXE !

Service gratuit + prix appel **0 806 70 55 55**



Professionnels de l'adolescence **fil Pro Ado**

Vous aide face aux situations complexes



Service gratuit + prix appel **0 806 70 55 55**



POURQUOI ?

Le dispositif **FIL Pro Ado** s'adresse à **tous les professionnels au contact d'adolescents** (élus, associations, professionnels de l'animation, de la santé, du social, de l'insertion...) pour toute situation ressentie comme complexe qui nécessite, au-delà d'une prise en charge habituelle, une concertation pluriprofessionnelle.

Une situation vous interpelle ?

FIL Pro Ado vous écoute et analyse la situation avec vous pour vous orienter vers la réponse adaptée. Si besoin, FIL Pro Ado organise avec vous la concertation et la coordination de tous les professionnels impliqués.

POURQUOI ?

FIL Pro Ado a pour objectifs :

- d'améliorer la prise en charge des jeunes de 11 à 21 ans;
- de limiter les ruptures de parcours par un accompagnement global des adolescents et leur famille, en favorisant, si besoin, la coordination des prises en charge;
- et d'assurer une réponse la plus rapide possible.



COMMENT ?

Les professionnels peuvent solliciter le dispositif grâce à un numéro d'appel unique accessible du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures.

Service gratuit + prix appel **0 806 70 55 55**

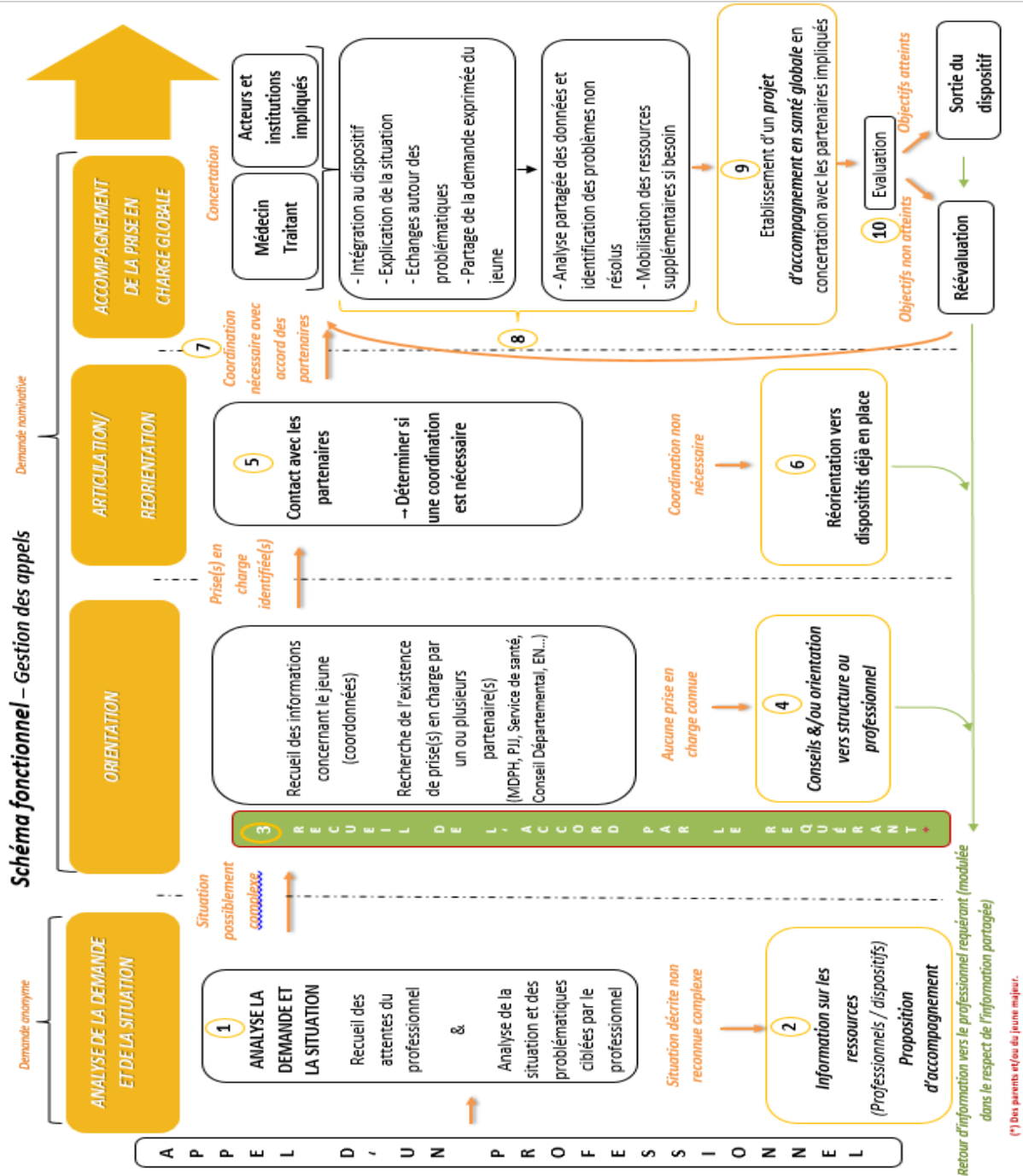


Une équipe permanente a pour missions :

- d'informer et d'orienter les professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du département qui interviennent autour des adolescents ;
- d'apporter un appui à l'organisation des parcours complexes en évoluant la situation ;
- d'apporter un appui aux pratiques des professionnels ;
- d'organiser, si besoin, des réunions de concertation pluriprofessionnelles.

ANNEXE 6

❖ SCHEMA FONCTIONNEL DU DISPOSITIF FIL PRO ADO



RESUME :

INTRODUCTION : Pour répondre au constat du mal être chez les jeunes, le département meusien expérimente un dispositif de coordination dédié aux professionnels pour améliorer leur prise en charge. Ce dispositif s'adresse en particulier aux médecins généralistes de par leur rôle de premier recours en soins de ville.

Cette étude avait pour objectif de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les généralistes meusiens dans la prise en charge des adolescents et de recueillir leurs attentes vis-à-vis de cette nouvelle ressource.

METHODE : Dans cette étude qualitative, nous avons interrogé 23 médecins généralistes meusiens répartis en 4 focus groupes de juillet 2017 à janvier 2018.

RESULTAT : Deux types de situations sont qualifiées de complexes par les participants. D'une part l'urgence psychologique, situation chronophage et qui nécessite l'accès rapide au secteur psychiatrique alors que la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres est peu développée. D'autre part, les problématiques non médicales qui positionnent le médecin généraliste dans un rôle social ou éducationnel.

Tous s'accordent à dire que le mal être de l'adolescent n'est pas facile à détecter car peu exprimé ou de manière allusive et sa confiance est difficile à obtenir. Les généralistes interrogés pensent que certains problèmes leur échappent faute de communication.

DISCUSSION : Les difficultés exprimées par les participants ont révélé leurs attentes pour ce dispositif expérimental. Ils y voient l'opportunité de créer du lien entre professionnels de l'adolescence des différents secteurs et la possibilité de travailler en équipe pluridisciplinaire pour les situations dépassant leur propre champ de compétences.

CONCLUSION : Le dispositif constitue donc une piste d'amélioration avec la perspective d'une organisation logique, coordonnée et égalitaire des parcours de soins jugés complexes, répondant à la méconnaissance de certaines ressources ou au manque de collaboration entre professionnels des différents secteurs.

TITRE EN ANGLAIS :

Meuse general practitioners's expectations with regard to the implementation of local support platform for complex teen patient management.

THESE : MEDECINE GENERALE - Année 2018

MOTS CLEFS :

médecins généralistes – plateforme de ressources – adolescent – situation complexe

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY
