

Développer une approche populationnelle des jeunes de 15-16 ans prenant en compte les spécificités des adolescents

Document à destination des médecins généralistes



Introduction

Rencontrer un adolescent réveille en nous, les médecins généralistes, une perplexité, un malaise, des inquiétudes et une gêne que ce document nous aidera à comprendre et à désamorcer.

Lorsque nous sommes confronté à une situation psycho-sociale complexe, nos réticences sont formulées le plus souvent ainsi : « *je ne suis pas assez formé* », « *c'est trop chronophage* » ou « *ce n'est pas mon rôle* ».

Notre formation induit une culture du résultat à la suite d'un colloque singulier conclu par une prescription. Dans l'accueil des adolescents, d'une façon générale, nous prenons trois types de postures (1) :

Être réparateurs : nous avons une vision de « techniciens » cantonnés à résoudre des motifs de consultation. Par rapport aux problèmes psycho-sociaux nous pratiquons l'évitement. « *Les problèmes des ados, c'est pas mon truc, il y a des psy pour cela* ».

Être planificateurs : nous avons une vision d'« ingénieurs » qui veut repérer les difficultés à la source des souffrances psychologiques et comportements induits. Nous intégrons le mode de vie et la dimension fondamentale de la famille. Cette position d'une écoute proactive est ambitieuse mais énergivore et génère à terme des lassitudes. « *Les ados j'ai fait des tas de trucs pour eux, mais ils ne bougent pas, ils n'écoutent pas, ils sont ingrats* ».

Être collaborateurs : nous avons une vision allant d'« accompagnateurs » discrets à « moniteurs » plus actifs. Nous intégrons le passé, la biographie et l'environnement de l'adolescent. Nous l'accompagnons dans la durée avec un respect mutuel qui crée le lien de confiance. Nous amenons l'adolescent à redevenir acteur de sa problématique. Cette position, plus équilibrée, est respectueuse et apaisée. « *Les ados, je fais un bout de chemin avec eux. Certains semblent apprécier. D'autres savent que je suis disponible* ».

Enfin, nous savons que notre réseau ressource du champ médico-social est peu accessible car surchargé, ou organisé pour les situations de niveau 3 (grave, complexe) en pénurie d'acteur en pédopsychiatrie.

Nous sommes conscients que le dépistage, l'évaluation et le suivi d'une situation psychologique ou sociale d'un adolescent vont nous demander un certain engagement relationnel personnel et que cela nous pousse hors de notre zone de confort.

Sommaire

I - Le médecin généraliste est perplexe dans ses connaissances p.04

« Dans le constat clinique je me sens perdu, perplexe, incompetent »

- 1 - Pourquoi est-il nécessaire que le médecin de famille s'occupe des problèmes des adolescents ? p.04
- 2 - Quand commence vraiment l'adolescence ? Quelles sont les principales transformations ? p.04
- 3 - Je suis dépassé(e) par l'évolution des repères et des références sociales dans les comportements. p.05
Pourquoi est-ce une période à problème ?
- 4 - Comment qualifier les troubles des conduites et des consommations ? Les produits ? Le « binge drinking » ? p.05
Les scarifications ?
- 5 - Comment s'y retrouver dans les manifestations anxieuses, les « spasmophilies », les toc, p.06
les phobies scolaires et autres... Comment identifier une anorexie ?
- 6 - Comment identifier un état dépressif ? Comment en évaluer la gravité à court terme ? p.06
- 7 - Comment mesurer l'influence des écrans, des réseaux sociaux, du groupe de pairs ? p.06
- 8 - Comment distinguer le normal du pathologique ? p.07
- 9 - Quels sont les principaux facteurs de protection ? p.07

II - Le médecin généraliste est troublé au plan émotionnel p.08

« Dans le contact, la relation, je suis gêné, maladroit, mal à l'aise, choqué »

- 10 - Comment m'y retrouver dans la confusion des demandes ? De qui suis-je médecin ? p.08
- 11 - Comment gérer la consultation d'un adolescent et son accompagnant(e) ? p.08
- 12 - Comment créer une relation de confiance avec l'adolescent ? p.09
- 13 - Faut-il tutoyer ou non ? p.09
- 14 - Quelles sont les limites du secret professionnel avec un mineur ? L'adolescent le comprend-il ? p.09
- 15 - Quelles sont les situations où des soins peuvent être de livres sans consentement parental ? p.10
- 16 - Comment communiquer avec un adolescent ferme ou mutique ? p.10
- 17 - Comment poser les questions délicates, sans intrusion sur les comportements ou les aspects intimes ? p.10
Parler du suicide est-il risqué ?

III - Le médecin généraliste est inquiet de ses décisions p.12

« Dans le contrat que je vais passer avec lui, je suis inquiet, j'ai peur de ... Est-ce bien mon rôle ? »

- 18 - Quels sont les objectifs d'une consultation dédiée aux adolescents ? p.12
- 19 - Où commence et s'arrête ma fonction de médecin généraliste ? p.12
- 20 - Est-ce que je prends un risque si je fais un suivi en cas de refus du « psy » par l'adolescent ? p.12
- 21 - Ai-je le droit d'examiner l'adolescent seul ? p.12
- 22 - A partir de quel âge puis-je prescrire les médicaments psychotropes ? p.13
- 23 - Comment gérer les demandes de certificats de complaisance sans perdre la confiance ? p.13
- 24 - Quand dois-je faire un signalement ? p.13

IV - Le médecin généraliste est gêné dans l'évaluation et le suivi p.15

« Dans l'évaluation et le suivi je me sens démuni, voire exclu »

- 25 - Comment évaluer l'amélioration d'une situation de troubles psychologiques ? p.15
- 26 - Quel professionnel peut m'aider ? p.15
- 27 - Comment inciter les adolescents à consulter le dispositif spécialisé ? p.15
- 28 - Comment impliquer les parents dans un suivi ? p.15
- 29 - Qu'attendre de la prise en charge psychologique ? p.16
- 30 - Pourquoi en général je ne reçois pas de courrier ? p.16

Bibliographie p.17

Annexes p.19

I - Le médecin généraliste est perplexe dans ses connaissances

« Dans le constat clinique je me sens perdu, perplexe, incompetent »

1 - Pourquoi est-il nécessaire que le médecin de famille s'occupe des problèmes des adolescents ?

La population de 10 à 19 ans représente 24 % de la population en métropole et plus de 33 % dans les DOM/TOM. Le médecin généraliste est le premier recours dans 70 à 80 % des cas (les consultations d'adolescents représentent 8 % des consultations en médecine générale) ; chacun d'entre eux consulte peu souvent : 2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 pour les filles, mais au total ce sont 75 à 80 % des adolescents qui ont vu un médecin généraliste dans l'année. Les autres professionnels de santé viennent loin derrière (2).

À la fin de l'adolescence, 15 à 20 % des adolescents ont eu au moins un épisode dépressif caractérisé, majoritairement chez les filles (3). Malgré leur fréquence, ces troubles ne sont pas un passage obligé de l'adolescence. Les problématiques suicidaires (idées suicidaires fréquentes dans l'année ou tentatives suicidaires dans la vie) touchent 13 % des adolescents vus en médecine générale (4).

Le plus souvent, ces troubles ne durent pas mais ils augmentent la morbi-mortalité ultérieure et impactent l'insertion et la vie psychosociale à l'âge adulte (5). **Or le repérage précoce et la prise en charge adaptée réduisent la morbi-mortalité ultérieure (6).** Cependant les motifs de consultation sont rarement de type psychologique (6 à 8 % (7)).

Les adolescents en difficulté consultent plus souvent les médecins généralistes que les autres, sans pour autant demander d'aide spécifique (8).

Il revient donc au médecin de savoir repérer le mal-être et les idées suicidaires.

Aujourd'hui, les jeunes et les réseaux qui les prennent en charge n'arrivent pas toujours à trouver des solutions appropriées à leurs troubles, ceci pour plusieurs raisons :

- Il y a un manque d'établissements de soins de santé mentale spécialisés.
- Les adolescents ont des besoins spécifiques en matière de soins, différents des adultes ou des enfants car ils sont pleinement engagés dans leur processus de maturation.
- Les adolescents ont par exemple besoin de plus d'information et d'aide psychosociale et - selon eux - l'état d'esprit affiché par les services de soins est plus important que leurs qualités techniques. (9)
- L'adolescent donne difficilement sa confiance, et s'il s'est confié à son MG, il sera réticent à changer d'interlocuteur. Beaucoup hésite à se dévoiler plusieurs fois successivement

C'est pourquoi dans le système de soins primaires français le médecin généraliste reste le principal interlocuteur de cette catégorie de la population.

2 - Quand commence vraiment l'adolescence ? Quelles sont les principales transformations ?

Adolescence provient du latin « adolescens » : qui est en train de grandir ; elle débute à la puberté et se termine à l'âge adulte (adultus : qui a fini de grandir). L'OMS définit la tranche d'âge des ados de 10 à 19 ans mais la maturation cérébrale se poursuit jusqu'à 24 ans, aussi les normes sont en train de changer, 10-24 ans pour « la jeunesse » (10).

L'adolescence commence avec l'arrivée de la puberté se traduisant par l'imprégnation hormonale du cerveau, contemporaine de l'apparition des signes sexuels extérieurs. Le jeune doit commencer à composer avec les contraintes biologiques et l'influence de l'environnement familial, amical et scolaire tout en affirmant progressivement une singularité choisie. Les comportements de prises de risque s'inscrivent dans cet élan exploratoire.

Au niveau cérébral, se déroule un processus de spécialisation neuronal par « élagage » et « recâblage » : les neurones inactifs sont éliminés jusqu'à 15 % de la masse totale tandis que les neurones actifs sont renforcés par une myélinisation permettant l'accélération de l'influx. **L'adolescent se « replie » sur ce qui fonctionne et le développe un maximum dans un processus d'adaptation.**

3 - Je suis dépassé(e) par l'évolution des repères et des références sociales dans les comportements. Pourquoi est-ce une période à problème ?

Cette période, entre l'enfance soumise à ses parents et la maturité d'adulte autonome, a toujours inquiété les adultes par ses outrances. « *Je n'entrevois aucun avenir pour notre peuple s'il doit dépendre de la folle jeunesse d'aujourd'hui, insouciante à souhait. Quand j'étais enfant, la discrétion et le respect des années s'imposaient, Mais les jeunes d'aujourd'hui, d'une hardiesse excessive, ne supportent pas la contrainte (Hésiode – 720 avant J.C.).*

Cette attitude désinvolte, surtout par rapport à ses proches adultes, et au premier chef ses parents, fait partie de la maturation naturelle qui pousse l'adolescent hors du nid familial. L'équation d'autonomisation de l'adolescent serait : « **Comment m'éloigner de l'ombre portée des parents que je vais /veux, en secret, imiter ?** ».

Selon l'âge et la culture du médecin généraliste, l'accueil d'un adolescent lui demande un effort empathique d'adaptation.

4 - Comment qualifier les troubles des conduites et des consommations ? Les produits ? Le « binge drinking » ? Les scarifications ?

Se rappeler que les conduites sont qualifiées « troubles ou à risque » selon le cadre culturel de référence. Les initiations sont, au début, exploratoires, soit solitaires, soit en groupe, puis l'expérience construit un sens identificatoire dans une appartenance tribale (11).

Dans les conduites de consommations : tabac, mais surtout fumer du cannabis et boire de l'alcool, on peut distinguer 4 fonctions différentes : la convivialité du groupe, le plaisir initial du produit, l'apaisement d'une situation anxiogène, l'anesthésie émotionnelle pour ne plus penser (12).

- Le « binge drinking » fait le plus souvent partie des conduites de défi en groupe.
- Les problématiques d'addiction peuvent être évoquées par le biais du repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis en médecine générale (13).
- Parmi les auto-agressions, les scarifications sont des tentatives d'apaisement pour évacuer par une souffrance physique provoquée en un point précis une souffrance psychique indicible et envahissante. C'est un geste à la fois transgressif et agressif par lequel le sujet retrouve une certaine représentation de lui-même et reprend le contrôle de son corps (14).

Elles sont à distinguer des gestes avec intentions de mourir, phlébotomies... même si la frontière n'est pas toujours bien claire. Les gestes suicidaires utilisent plus souvent les médicaments surtout chez les filles mais il ne faut pas négliger les défenestrations, pendaisons, armes à feu, immolations (15).

Dans ces comportements l'adolescent traverse des orages de sensations et d'émotions ou la réflexion n'a pas sa place. Pour rentrer en communication sur un mode non-jugeant l'attitude professionnelle adaptée est toujours de partir d'abord du plaisir ou de l'apaisement trouvé par le comportement avant d'aborder au bon moment les limites que se donne l'adolescent ou le danger qu'il perçoit.

5 - Comment s'y retrouver dans les manifestations anxieuses, les « spasmophilies », les toc, les phobies scolaires et autres ... Comment identifier une anorexie ?

Le stress anxieux est lié à l'apparition d'un écart entre le désir et la réalité.

Les TOC sont un bégaiement du contrôle. La tentative de maîtrise se développe dans des rituels qui s'enkystent dans la répétition.

Dans les phobies scolaires il faut distinguer d'une part la crainte projetée d'une ambiance anxiogène en classe, d'un harcèlement, et d'autre part l'angoisse de séparation du « nid parental ».

La « spasmophilie » est une appellation « bien française » d'une attaque de panique. C'est un syndrome périphérique, somatisation anxieuse plus spectaculaire que dangereuse. Le seuil de déclenchement est éminemment variable d'un sujet à l'autre. L'isolement sensoriel temporaire et les techniques de méditation en pleine conscience permettent d'apaiser ces épisodes (16).

L'anorexie est un enkystement dans un contrôle universel mortifère. Elle s'explore rapidement avec le score SCOFF (17). Quand elle est très caractérisée, la prise en charge spécialisée s'impose.

6 - Comment identifier un état dépressif ? Comment en évaluer la gravité à court terme ?

Un épisode dépressif caractérisé (EDC) n'est pas à confondre avec une ambiance de dépressivité. Il existe un épuisement puis un débordement des processus de régulation du stress. Les éléments critiques en sont l'intensité, la répétition et la vulnérabilité conduisant à une usure puis une inscription biologique du déséquilibre (18).

La gravité d'un état dépressif est déterminée par sa durée, et d'autre part, son glissement vers le suicide.

Celui-ci se produit quand la souffrance morale ne trouve aucune solution, dépasse tous les liens qui ont du sens et scénarise des moyens létaux. La précipitation du geste est favorisée par l'impulsivité (19).

L'outil de mesure validé de la dépression à l'adolescence est le questionnaire ADRS court (auto-questionnaire en annexe), complété par ADRS long du praticien ou l'équipe de soins primaire (20).

Celui de la gravité de l'intention suicidaire est le RUD Risque, Urgence, Dangereusité qui explore : où, quand, comment ?

Attention, le dépistage des idées suicidaires ne doit pas dépendre du diagnostic d'un état dépressif. En effet, la moitié des suicides mortels des adolescents ont lieu en dehors d'un état dépressif caractérisé (21).

Les antidépresseurs doivent être envisagés avec prudence et après plusieurs consultations d'évaluation si possible en équipe spécialisée (22).

7 - Comment mesurer l'influence des écrans, des réseaux sociaux, du groupe de pairs ?

L'influence grandissante des réseaux sociaux échappe de plus en plus aux ados et aux parents.

Les parents doivent d'abord s'inquiéter du temps passé, des contenus diffamatoires et sectaires. En revanche, les contenus violents ne semblent pas avoir l'influence qu'on leur prête.

C'est le temps passé avec le téléphone portable qui doit être évalué. Il est plus représentatif que celui passé devant les autres écrans. En dessous de 2h/jour en semaine, tout va bien, à partir de 5h il est avéré que des problèmes majeurs se retrouvent (23).

Le groupe de pair est essentiel à la construction sociale de l'adolescent. Son absence doit interroger. Se rappeler que, **dans un groupe de pairs, c'est le membre le plus déviant de la norme qui attire, entraîne et fascine** (10).

Une absence ou de trop nombreux confidents doivent interpeller, 1 ou 2 sont par contre une ressource équilibrée.

8 - Comment distinguer le normal du pathologique ?

Les comportements perturbés et perturbants de l'adolescence « physiologique » ont la caractéristique d'être de courte durée. L'adolescent fait son expérience, en mesure la singularité, puis passe à autre chose.

Dans tous les domaines du diagnostic situationnel, **ce qui doit inquiéter ce sont : la durée, l'envahissement, la fixation et l'enfermement.** C'est le message majeur à transmettre aux parents, d'où l'importance d'évaluations successives (24).

9 - Quels sont les principaux facteurs de protection ?

On retrouve fréquemment une note dépressive ponctuelle, un questionnement sur le genre, des désirs sexuels variables, une fuite et opposition à la famille, une attirance pour les groupes ou des projets idéalisés.

Les facteurs de protection à explorer sont essentiellement :

- Physique :
 - Absence de maladie somatique.
- Familiaux :
 - Un cadre familial stable, attentif et communicant qui privilégie le sens de ses valeurs et assure un cadre avec des limites, des règles et une surveillance.
 - Un mode d'attachement précoce sécurisé.
 - Une intégration apaisée des parents dans leur milieu social, leur communauté et leur travail.
- Relationnels à soi et aux autres :
 - Une bonne estime de soi avec une stabilité émotionnelle.
 - Un intérêt pour l'investissement scolaire avec des encouragements de la part des enseignants.
 - L'intégration dans un groupe de pairs (d'ami.es).
 - La découverte d'une relation privilégiée permettant la confiance, l'amour, l'amitié.
 - Une variété des ressources internes et de compétences pour résoudre leurs problèmes.
 - Une possibilité d'investissement dans sa communauté sociale (scolaire ou familiale).

Les médecins généralistes et les autres professionnels responsabilisent les adolescents en les accompagnant dans une démarche d'affrontement de leurs problèmes, d'encouragement à s'exprimer et de recours à une aide adaptée.

II - Le médecin généraliste est troublé au plan émotionnel

« Dans le contact, la relation, je suis gêné, maladroit, mal à l'aise, choqué. »

10 - Comment m'y retrouver dans la confusion des demandes ? De qui suis-je médecin ?

Le médecin généraliste, médecin de famille, intervient sur des systèmes familiaux complexes ayant une grande inertie au changement. Ces systèmes fonctionnent sur des fondamentaux intergénérationnels mais qui évoluent, comme par exemple, celui de l'autorité.

Sans chercher à tout bousculer, le médecin généraliste peut repérer, nommer les fonctionnements sans juger, susciter l'expression de chacun et ouvrir à des variations.

S'il est le médecin de chacun, le médecin généraliste se doit d'être attentif sur la qualité des liens qui oscillent entre protection-contrainte-étouffement et confiance-ouverture-négligence, entre amour fusionnel, indifférence et mépris, agressivité. Il existe un lien entre complexité familiale et troubles de l'adolescent.

Quand un adolescent est accompagné, le médecin généraliste reste d'abord factuel. Il se demande : « **Qui souffre, qui demande quoi et pour qui ?** » et s'adresse toujours au préalable à celui qui a demandé le rendez-vous, puis mesure l'adhésion de l'adolescent à cette démarche. Il s'assure que chacun ait la parole et se sente entendu.

11 - Comment gérer la consultation d'un adolescent et son accompagnant(e) ?

En présence du tiers, (présent dans 85 % des cas) (25) il s'agit de clarifier la place de l'adolescent vis-à-vis de l'accompagnant par une valorisation de sa parole, et, le moment venu, de matérialiser un premier entretien duel en faisant sortir le tiers.

L'important est de poser un acte professionnel qui ne laisse pas de prise à une manipulation par le système familial, particulièrement lors des séparations ou des recompositions familiales.

- Reconnaître positivement sa présence et le souci de sa démarche, faire expliciter sa demande.
- Entendre l'adolescent individuellement sur ses représentations de chaque membre de sa famille d'origine en l'étendant à ses grands-parents ou autres ressources lui permettant d'être à distance de ses parents en restant loyal à sa famille.
- Nommer l'état des relations devant les personnes concernées, mais pas en leur absence.

Trois temps sont nécessaires :

1. L'accueil qui explicite la demande et les positions de chacun.
2. Le temps privilégié donné à l'ado hors de la présence parentale.
3. La synthèse et les orientations seront données en présence du parent en gardant le cadre de la confidentialité sur les éléments clés en accord avec l'adolescent. Le médecin sera attentif à ne jamais disqualifier les parents (24).

Faire sortir le tiers demande un peu de délicatesse. Il suffit d'avertir les parties sur ces trois temps successifs nécessaires. Vous pouvez demander à l'accompagnant de sortir en l'informant qu'il s'agit d'une pratique régulière pour s'entretenir avec l'adolescent seul.

Aménager un temps seul avec l'adolescent, est autonomisant, indispensable et recommandé (6). Il faut transformer l'adolescent en sujet parlant de soi dans une confiance à un adulte hors du champ familial.

Il ne faut pas demander à l'adolescent l'autorisation de faire sortir le parent, Il serait alors dans un conflit de loyauté avec la crainte d'une interprétation de rejet par son parent.

Cette séquence à 3 temps peut couvrir deux consultations (26).

12 - Comment créer une relation de confiance avec l'adolescent ?

D'emblée, l'adolescent attribue au médecin généraliste un statut, des jugements, une fonction qui dépendent étroitement de ses images parentales, des expériences infantiles du soin et de sa relation au médecin généraliste, et du vécu de son processus d'adolescence ; cela peut engendrer des incompréhensions entre les attentes du médecin et celles de l'adolescent.

Se confier à un médecin généraliste ne va pas de soi. Les adolescents craignent de déranger, de ne pas être pris au sérieux, ou de tomber sur « *un incompetent limité aux prescriptions* ». Certains craignent d'être trahis.

Les principales qualités attendues des médecins généralistes par les garçons ou les filles de 15 ans pour se confier sont : que leur médecin généraliste garantisse le secret, ne les juge pas et pose les bonnes questions. Ces préférences ne sont pas modifiées chez ceux qui sont dans les conduites à risque.

Il s'agira également pour le médecin généraliste de prendre en compte les représentations de l'adolescent (en ce qui concerne sa santé) et d'ajuster les siennes à la réalité de sa vie afin de construire des réponses avec lui.

13- Faut-il tutoyer ou non ?

La question du tutoiement ou du vouvoiement n'a pas de réponse universelle. L'âge et le sexe du médecin, le suivi antérieur dans l'enfance interfère sur cette disposition. Dans les enquêtes actuelles, les adolescents préfèrent être tutoyés.

Le minimum est de leur demander leur avis, que le tutoiement reste respectueux, sans servir un paternalisme déplacé (27).

14- Quelles sont les limites du secret professionnel avec un mineur ? L'adolescent le comprend-il ?

La question du secret est délicate et l'adolescent en général n'est pas conscient des subtilités. Il est persuadé qu'en tant que médecin de famille, le médecin généraliste va tenir au courant ses parents.

Avec un mineur le secret relève des articles L1110-4, L1111-5 et R1111-6 du Code de la Santé publique.

De manière générale, **le mineur a le droit au respect de sa vie privée, de son intimité** (art. 9 du code civil) et **au secret** des informations le concernant (art. L1110-4 du csp) non nécessaires aux prises de décisions parentales, **mais il est aussi soumis à l'autorité parentale jusqu'à sa majorité ou son émancipation.**

Dans ce cadre, les parents doivent être tenus informés de la situation de santé de leur enfant.

Mais dès lors que le mineur formulera la volonté -justifiée- que ses parents ne soient pas mis au courant de sa situation, le médecin pourra le prendre en charge dans un secret total aux conditions posées par le code de la santé publique.

Le médecin rappellera à l'adolescent que **le secret lui est garanti à partir du moment où son comportement ne met pas en danger à court terme sa santé.**

Cette situation garantit que rien ne sera dit sans que son accord n'ait été donné. La transmission d'information se fait alors dans le même cadre qu'avec l'adulte. **Le médecin doit recueillir l'opposition expresse du mineur à la divulgation d'information et l'intégrer par écrit dans son dossier (28).**

Dans la situation où le maintien du secret est demandé par l'adolescent, il conviendra d'explorer les raisons qui le poussent à exiger une telle confidentialité (violences intrafamiliales notamment ?). Le médecin généraliste pourra alors se proposer comme médiateur si le jeune le souhaite. Il pourra également encourager l'adolescent à trouver dans son entourage un adulte responsable avec qui partager le secret (grand-frère, grande-sœur, grands-parents...).

15 - Quelles sont les situations où des soins peuvent être délivrés sans consentement parental ?

Il s'agit des nouvelles dispositions (de l'article L1111-5) du code de la santé publique, issues de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

Elles permettent à un mineur de bénéficier de soins sans obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale, **si les conditions suivantes sont réunies ensemble** :

- Des soins s'imposent pour sauvegarder la santé du mineur ou prescrire une contraception ou orienter pour une IVG ;
- Le mineur est accompagné d'une personne majeure de son choix.

Le droit « d'opposition » de l'enfant est avant tout de permettre qu'un médecin puisse, dans certains cas, être dispensé de recueillir le consentement des parents.

16 - Comment communiquer avec un adolescent ferme ou mutique ?

L'adolescent a du mal à exprimer ses émotions qui l'envahissent, le tétanisent ou le font exploser de colère.

- **Devant un adolescent mutique ou peu expressif, le médecin généraliste peut orienter sur la métacommunication**, c'est-à-dire un échange sur la communication en cours : « *Tu sais, je ne suis pas très à l'aise dans le silence pour te comprendre, et toi ?* » ou « *ce que tu veux dire est difficile à dire n'est-ce pas ?* ».
- Il peut aussi chercher un fil qui sort de la pelote et le saisir doucement sans avoir peur de la franchise, à commencer par ses propres impressions de médecin généraliste : « *Tu m'a dit ceci..., j'ai compris cela..., j'avoue que je me fais du souci..., j'ai bien peur que..., je me réjouis...* ».
- Il peut l'inviter à **plutôt caractériser ses perceptions, ses compétences, ses émotions, que sur les faits motivant la consultation en crise (29)**.

17 - Comment poser les questions délicates, sans intrusion sur les comportements ou les aspects intimes ? Parler du suicide est-il risqué ?

L'adolescent n'aborde pas spontanément les questions intimes mais il répond aux questions lorsqu'il sent un réel intérêt du médecin généraliste envers lui.

La façon la plus simple est une disposition à l'ouverture qui prend cinq secondes après l'exposé du motif : « Oui... et à part ça... ? » en laissant un temps de silence. Cette opportunité multiplie par 4 la fréquence d'évocation psychologique dans la consultation à motif somatique ou administratif.

Le moment privilégié pour la confiance est l'examen somatique commenté, à l'écart du parent :

- Il doit être rassurant sur la normalité et informatif sur l'anatomie et la physiologie.
- Il insiste sur la croissance en taille, poids, l'évolution de l'IMC, l'évolution pubertaire.
- Il recherche de problèmes dentaires, visuels, troubles de la statique rachidienne

Il sera toujours complété par le dépistage d'un éventuel mal-être et de conduites à risque, avec des tests simples et validés. **C'est le test BITS qui fait référence à partir de quatre questions relativement anodines.**

Il consiste, au fil de la consultation, à s'intéresser au sommeil, à l'ambiance à l'école et à la maison puis à l'usage du tabac. Un score à 0 élimine les troubles de conduites, 3 et plus doit alerter sur des troubles récents ou anciens accompagnés de scarifications, d'idées ou tentatives de suicide. La simplicité peu intrusive du test BITS permet un usage (30).

Un temps spécifique peut être parfois nécessaire. Il peut s'organiser autour du document questionnaire HEADSSS « pour faire le point » (31).

C'est un outil qui aborde l'anamnèse psychosociale de manière constructive, en identifiant tant les éléments délétères que les facteurs protecteurs.

Il est actuellement bien documenté que **le fait d'évoquer le suicide n'entraîne aucun passage à l'acte, bien au contraire.**

III - Le médecin généraliste est inquiet de ses décisions.

« Dans le contrat que je vais passer avec lui, je suis inquiet, j'ai peur de ... Est-ce bien mon rôle ? »

18 - Quels sont les objectifs d'une consultation dédiée aux adolescents ?

Trois objectifs sont à portée du médecin généraliste :

- **Établir une relation de soin** favorisant l'expression et l'autonomie, particulièrement sur les questions de normalité, d'identité, de sexualité et d'orientation professionnelle.
- **Identifier le mal-être** en repérant les vulnérabilités puis en distinguant l'expression d'un caractère, l'épisode dépressif, les troubles adaptatifs et les symptômes psychiatriques.
- **Étayer les conditions d'une croissance** en favorisant les facteurs de protection et en accompagnant par du sens vers une ouverture à plus de choix possibles.

L'attitude professionnelle de base est d'écouter la symptomatologie puis de s'enquérir auprès de l'ado de ses besoins, ses désirs, ses projets ou de leur absence.

19 - Où commence et s'arrête ma fonction de médecin généraliste ?

Le médecin généraliste remplit donc une fonction de repérage, d'évaluation et d'accompagnement au cours de la vie. Le fait de nommer et clarifier des situations familiales ou des comportements à risque permet de renforcer une alliance thérapeutique d'accompagnement.

Le médecin généraliste est attentif aux :

- ruptures dans la conduite avec tendance à l'agir (violence, fugue, vol, addiction) ;
- effets de renforcement négatifs de l'entourage, les bénéfices secondaires attendus ;
- situations à risque d'autonomisation des symptômes en particulier les ruptures relationnelles (repli, dépression, absentéisme scolaire, délire...).

Le médecin généraliste observe si la situation s'inscrit dans la durée et connaît souvent la sphère familiale : c'est cette diachronie qui détermine la gravité éventuelle des résultats de la consultation et l'adressage à un spécialiste ou une structure de second recours (32).

20 - Est-ce que je prends un risque si je fais un suivi en cas de refus du « psy » par l'adolescent ?

Le dispositif spécialisé est actuellement surchargé, cependant il gère les situations de gravité caractérisée. Si l'évaluation n'a pas montré de signes de gravité immédiats **le médecin généraliste peut assurer un accompagnement pour passer un cap**. Il établit pour cela des rencontres plus ou moins rapprochées selon la gravité. L'approvisionnement progressif va pouvoir ouvrir l'adolescent à accepter de consulter un psychologue ou un psychiatre au moins « pour un autre avis ». De nouveaux dispositifs de soins partagés vont apparaître en 2021.

21 - Ai-je le droit d'examiner l'adolescent seul ?

L'approche corporelle respectueuse et professionnelle participe à sa valorisation de l'estime de soi. L'examen de mineur doit-il être fait devant témoin ? Les avis sont partagés et liés aux cultures. En France il n'y a pas d'obligation particulière si ce n'est l'accord parental pour délivrer des soins à un mineur mais une prudence à respecter. Une solution simple est de laisser l'adulte hors de la vue mais à portée de voix conversationnelle (rideau, porte ouverte...).

22 - A partir de quel âge puis-je prescrire les médicaments psychotropes ?

La prescription de psychotropes doit être extrêmement prudente, d'une part parce que qu'elle doit s'inscrire dans une relation thérapeutique bien établie, d'autre part parce que le cerveau de l'adolescent est en pleine mutation et crée ses apprentissages avec les « matériaux » qui lui sont fournis. **La prudence se doit d'être d'autant plus grande que l'âge est précoce.**

Concernant les anxiolytiques

« **Il est recommandé de ne pas prescrire en première intention** un traitement anxiolytique ou hypnotique, notamment pour traiter l'insomnie, l'anxiété ou une comorbidité anxieuse associée chez un adolescent présentant un EDC. Si le traitement anxiolytique ou hypnotique est nécessaire, **il doit être de courte durée et accompagné par des mesures hygiéno-diététiques et une psychothérapie** » (18).

Concernant les anti-dépresseurs

« Il est recommandé d'aborder tout trouble dépressif sans délai dans sa dimension relationnelle. Avant toute prescription médicamenteuse, le médecin se prescrira comme thérapeute dans le cadre de rencontres régulières...

Le traitement antidépresseur ne peut se justifier qu'en cas :

- de résistance ou d'aggravation après 4 à 8 semaines de psychothérapie (thérapie relationnelle) ;
- ou de signe particulier de gravité empêchant tout travail relationnel, dans l'objectif d'obtenir une réduction symptomatique susceptible de permettre le travail psychothérapeutique et de réduire le risque de rechute/récidive.

Il est toujours indispensable d'associer au traitement antidépresseur une psychothérapie adaptée.

En cas de prescription d'un **traitement antidépresseur, seule la fluoxétine est recommandée après 15 ans** dans l'EDC de l'adolescent dans le cadre des soins de premier recours (33).

23 - Comment gérer les demandes de certificats de complaisance sans perdre la confiance ?

Que ce soit sur la demande des parents ou des grands ados, la demande de certificats pour échapper à une situation contraignante (école, sport) n'est pas rare. Le médecin généraliste est alors tenté de rendre ce service sans justification médicale. Cette attitude a l'inconvénient de placer l'image du MG dans un rapport négatif à la loi et à ses engagements pris avec l'ado (par exemple le secret), et **la complicité diminue la confiance.**

Le plus simple est d'expliquer au demandeur que cette demande est appelée « faux en écriture » pour le rendre conscient de la dimension de sa requête, puis de lui faire élaborer une réponse qui relève de sa responsabilité.

On rappelle qu'un certificat d'absence scolaire doit être fait sur la demande du parent, et non du mineur et que les nouvelles dispositions légales en ont beaucoup réduit la nécessité (34).

24 - Quand dois-je faire un signalement ?

Devant une situation d'enfant ou d'adolescent maltraité, en danger de l'être, tout citoyen a l'**obligation** d'informer les autorités compétentes, **soit par une information préoccupante (IP)** auprès de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) si le danger menace, **soit par un signalement** au Procureur de la République si le mineur est maltraité (35).

Il s'agit d'une obligation qui, si elle n'est pas respectée, donne lieu à des sanctions pénales. Il ne peut donc être question de cacher ces situations de danger potentiel ou avéré. Les professionnels soumis au secret sont autorisés par la loi à « lever le secret » lorsqu'il s'agit d'une situation de violences sur mineurs (code pénal, art. 226-14).

La finalité de l'IP est de faire évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

Sauf intérêt contraire de l'enfant, le professionnel doit informer de cette transmission la ou les personnes exerçant l'autorité parentale.

Contrairement à l'IP, **le signalement** se veut éminemment individuel (l'IP peut résulter d'une discussion d'équipe), le professionnel ne doit pas transmettre son signalement aux parents, ni même à la CRIP. Le médecin généraliste peut également faire appeler le 119 qui soutient l'appelant pour le protéger. De plus, la CRIP, le 119 et le Conseil de l'ordre sont aussi de précieuses ressources pour le médecin généraliste face à une situation complexe.

IV - Le médecin généraliste est gêné dans l'évaluation et le suivi.

« Dans l'évaluation et le suivi je me sens démuni, voire exclu »

25 - Comment évaluer l'amélioration d'une situation de troubles psychologiques ?

L'arrêt ou la raréfaction des conduites à risque, le sommeil retrouvé, la diminution du score ADRS pour la dépression, l'amélioration des résultats scolaire, la projection dans un projet réaliste, vont dans le sens d'une amélioration psychologique. **Le médecin généraliste doit particulièrement se méfier des apparences cliniques car elles ne ressemblent pas à celles des adultes.**

26 - Quel professionnel peut m'aider ?

En France, le dispositif spécialisé institutionnel est essentiellement celui des **CMP ado (hospitalier), des CMPP (associatif), des maisons des adolescents**, et autres réseaux locaux.

Il faut bien se renseigner pour connaître leurs possibilités et leurs limites qui portent sur les territoires géographiques et l'âge des adolescents. On note de fréquentes inerties dans les délais d'accueil liés au niveau de saturation et des ressources limitées particulièrement en pédopsychiatres.

- **Les psychologues libéraux** sont une ressource plus abondante mais actuellement non remboursée par l'assurance maladie. Cependant des expériences sont en cours pour assurer ce remboursement dans certaines conditions.
- **Les (pédo) psychiatres libéraux** ont l'avantage d'être remboursés mais sont assez rares dans de nombreux territoires.
- **Les médecins scolaires** peuvent aussi être informés car le réseau des infirmières scolaires est important.
- **Les assistantes sociales** sont aussi des recours très utiles pour dénouer des situations complexes.
- **Les Point Aide Écoute Jeunes** sont anonymes et gratuits.
- **Le fil santé jeune**
- **Depuis peu les éducateurs libéraux** peuvent être sollicités dans des problématiques éducatives.

27 - Comment inciter les adolescents à consulter le dispositif spécialisé ?

Il y a une réticence de base des adolescents à rencontrer les psychologues (ou pédopsychiatres) car cela signe une « faiblesse » et « je ne suis pas fou ».

Il y a donc toute une pédagogie personnalisée à développer. Il est important que le médecin généraliste n'adresse pas « à tel centre » de façon impersonnelle, mais plutôt « à telle personne en qui j'ai confiance ». **Le médecin généraliste explique que le suivi continue et que cette orientation n'est pas un abandon.** L'adolescent pourra revenir consulter pour informer le médecin généraliste de la manière dont la prise en charge avance et comment il le vit.

28 - Comment impliquer les parents dans un suivi ?

Très souvent les familles sont dysfonctionnelles de façon apparentes ou bien sous-jacente. Lorsque les prises en charges ne sont pas familiales, le/les parents se sentent mis de côté et peu ou pas conseillés sur les attitudes adaptées.

Le médecin généraliste soutiendra les parents dans leurs demandes à être entendus. **Le médecin généraliste s'intéressera à l'approche systémique** particulièrement adaptée à sa position de médecin de famille (25).

29 - Qu'attendre de la prise en charge psychologique ?

Les approches sont multiples. Une prise en charge pluri-professionnelle adaptée comprend à minima :

- **Une attitude** : écoute active empathique
- **Des actions** : une psychoéducation, avec la promotion du soin de soi, l'amélioration de l'activité physique, du sommeil et de l'alimentation, et l'information sur la maladie.
- Une **réflexion** : clarifier les problématiques, travailler sur l'histoire du sujet, ses émotions, ses perceptions, favoriser la résolution de problèmes et les apprentissages d'habiletés, identifier et valoriser les compétences adaptatives en suscitant une diversité de solutions.
- Une restauration des projets, la programmation précise de rendez-vous ;
- **Des collaborations** :
 - une vérification et un maintien de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et les parents ;
 - une relation collaborative impliquant les parents, la famille et/ou l'entourage (établissement scolaire notamment) de manière adaptée à l'âge et à la situation ; et impliquant la construction d'objectifs communs ;
 - une guidance parentale et une prise en charge psychosociale si nécessaire ;
 - des aménagements de la scolarité si nécessaire.
- **Les psychothérapies** (individuelles, familiales ou de groupe) : les données actuelles ne permettent pas d'affirmer la supériorité d'un type de psychothérapie sur un autre. On note cependant que les TCC ont apporté des données plus probantes car mieux mesurables.

30 - Pourquoi en général je ne reçois pas de courrier ?

Le problème récurrent de cette coordination largement souhaitée par tous est la carence d'information de retour.

Les professionnels de ces dispositifs écrivent rarement aux médecins généralistes. L'idéal serait de pouvoir s'entretenir avec le pédopsychiatre ou le psychologue qui suit l'adolescent pour coordonner les interventions, mais cela ne reste souvent qu'un vœu pieux.

Il faut reconnaître qu'un suivi est plus un processus qu'une intervention ponctuelle, telle que les pratiquent la majorité des spécialités d'organe.

Il est difficile de situer le moment d'amélioration et donc de communiquer le résultat. Néanmoins la collaboration interprofessionnelle gagnerait à ce que le mode de prise en charge, à défaut des résultats soit décrit au médecin de famille.

Plus le médecin généraliste s'intéressera aux adolescents et plus il développera le réseau spécialisé autour de lui, favorisant la communication et les partenariats.

- (1) Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *Br J Gen Pract* 2014;64:e254-61.
- (2) Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites *Études et Résultats* 2007;588:1-8.
- (3) Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012;379:1056-67
- (4) Binder P, Heintz AL, Haller DM, et al. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. *Early Interv Psychiatry*. 2020;14(1):80-86.
- (5) Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet* 2014;383:1404-11.
- (6) Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-82.
- (7) Meynard A, Broers B, Lefebvre D, Narring F, Haller DM. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2015;16:159.
- (8) Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. *Br J Gen Pract* 2009;59:308-14.
- (9) Tylee A, Haller DM, Graham T, et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 369: 1565–1573.
- (10) Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- (11) Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogue à l'adolescence. *Tendances* 2017;22:1-8.
- (12) Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale .2°partie – Les interventions possibles. *Exercer* 2017;130:72-79.
- (13) Karila, L., Legleye, S., Beck, F., Corruble, E., Falissard, B., & Reynaud, M. (2007). Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *La Presse Médicale*, 36(4), 582–590. doi:10.1016/j.lpm.2007.01.005
- (14) Jacquin P, Picherot G. Les scarifications chez l'adolescent : quand s'inquiéter ? *Rev Prat* 2016; 22:1133-1135
- (15) Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self-harm in young people. *British Medical Journal*, 330, 891–894.
- (16) Pelissolo A. Spasmophilie, tétanie et hyperventilation psychogène. In : *Conférences médecins, Urgences*, 2003.
- (17) Garcia F.D. and al., Detection of eating disorders in patient : validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire, *Clinical Nutrition*, Volume 30, Issue 2, , Pages 178-181, April 2011
- (18) Sibeoni J Moro mr, première évaluation diagnostique de la dépression *concours med* 2014,136,1
- (19) Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. Saint-Denis : HAS, 2014.
- (20) Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry* 2007;7:2.
- (21) Walter, M. (2003) La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention. *Adsp*, 45 ; 25-30.
- (22) Chan Chee C, Guignon N, Delmas MC, et al. Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 60, 1 (février 2012);60:31-9.
- (23) Mignot S, Pourrat P, Ingrand P, Heintz AL, Jaafari N, Binder P. Impact of Time Spent in Front of Screens and Frequency of Risk Behaviours According to Type of Screen: A Cross Sectional Study in Teenagers. *Psychology*, 2019, 10, 1776-1789.

- (24) Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe : situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE*)
- (25) Binder P, Caron C, Jouhet V, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. Fam Pract 2010; 27:556-62.
- (26) Heyrman J. Un regard systémique : une évidence pour le médecin généraliste. Thérapie familiale 2012;1:65-75.
- (27) Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste Thèse de médecine : Université de Nantes, 2009.
- (28) Stanley N, Manthorpe J, Gillespie L. Family physicians' interventions with young people in distress and their parents: managing confidentiality and levels of engagement. Acad Psychiatry 2008;32:92-7. 24. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin C
- (29) White B, Viner RM. Improving communication with adolescents. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2012;3:937.
- (30) Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. Rev Prat 2005;10:1073-7.
- (31) Parisi V, Meyer de Stadelhofen L, Péchère B, et al. L'apport du guide d'entretien HEADSSS dans l'apprentissage de la démarche diagnostique avec un adolescent : perspectives d'étudiants lors de cours à option interprofessionnels. Rev Med Suisse 2017;562:996-1001.
- (32) Roberts J, Sancu L, Haller D. Global adolescent health: is there a role for general practice?. Br J Gen Pract. 2012;62(604):608–610.
- (33) Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S.E., Qin, B., Whittington, C., Coghill, D., Zhang, Y., Hazell, P., Leucht, S., Cuijpers, P., Pu, J., Cohen, D., Ravindran, A.V., Liu, Y., Michael, K.D., Yang, L., Liu, L., Xie, P., 2016. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet 388 (10047), 881–890.
- (34) Circulaire N°DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux.
- (35) Auteurs violences sexuelles audition publique, CRIADS 2018

Coordination des travaux : Dr Francis Abramovici

Groupe de travail

Dr Philippe Binder, Dr Raphael Lozat, Dr Camille Lépine

Mars 2021

Échelle ADRS - version adolescent

Cochez « vrai » si cela correspond à ce que vous vivez en ce moment, « faux » si cela ne correspond pas :

1. Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail.
2. J'ai du mal à réfléchir.
3. Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment.
4. Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse.
5. Ce que je fais ne sert à rien.
6. Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir.
7. Je ne supporte pas grand-chose.
8. Je me sens découragé(e).
9. Je dors très mal.
10. À l'école, au boulot, je n'y arrive pas.

⇒ **De 3 à 5 « vrai » = dépressivité ; 6 et plus = dépression.**

Questionnaire ADOSPA d'après Karila et al 2007¹

1. Es-tu déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
2. Utilises-tu de l'alcool ou d'autres drogues pour te détendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?
3. As-tu déjà oublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommes-tu de l'alcool et d'autres drogues quand tu es seul(e) ?
5. As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Tes amis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

⇒ **Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives**

¹ Karila, L., Legleye, S., Beck, F., Corruble, E., Falissard, B., & Reynaud, M. (2007). Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA. *La Presse Médicale*, 36(4), 582–590. doi:10.1016/j.lpm.2007.01.005

Produits	Garçon	Fille
Tabac	26%	24%
Alcool	12	4,5
Ivresses(mois)	50	38
Ivresses \geq 3	22	11
Cannabis	10	4,5
Cocaïne, ecstasy	3	2

- Tabac : quotidien
- Alcool régulier (10/mois)
- Ivresses répétées (>3/an)
- Cannabis régulier (10/mois)

SCOFF-F (initialement DFTCA : Définition française des troubles du comportement alimentaire).

Pour l'anorexie mentale, la sensibilité du SCOFF-F est de 94,6 % et la spécificité de 94,8 % pour un seuil à deux réponses positives dans la population étudiante. Testé en population de médecine générale, le questionnaire a aussi une bonne spécificité (84 %) et une bonne sensibilité (78 %) (56). Il s'agit d'un questionnaire simple qui détecte la possible existence d'un trouble alimentaire plutôt que de poser un diagnostic. Le SCOFF-F comporte 5 questions :

1. *Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?*
2. *Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?*
3. *Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ?*
4. *Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?*
5. *Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?*

Les modalités de réponses sont oui/non, un point est donné pour chaque oui. Un score de 2 indique une possibilité d'anorexie ou de boulimie.

En 2000 une conférence de consensus (ANAES) recommandait de créer des outils de repérage du suicide adaptés aux généralistes (1). Un test de dépistage de la problématique suicidaire des adolescents a été construit : le TSTscafard les données datent de 1999, avant le téléphone mobile, la diffusion d'internet. De nouveaux comportements sont apparus :

- avec les réseaux sociaux
- en groupes : le bullying
- le taux des TS a nettement augmenté

Questionnaire BITS

Ce sont quatre questions abordant Brimades, Insomnie, Tabagie, Stress dans la séquence suivante.

1. *As-tu souvent des insomnies, des troubles du sommeil ? (1 pt), des cauchemars ? (2 pt)*
2. *Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou bien par l'ambiance familiale ? (1 pt), par les deux ? (2 pt)*
3. *As-tu été récemment brimé ou maltraité à l'école, y compris par téléphone ou Internet ? (1 pt), et en dehors de l'école ? (2 pt)*
4. *Fumes-tu parfois du tabac ? (1 pt), tous les jours ? (2 pt)*

À chaque thème, le score le plus haut est retenu. Un score de 3 alerte le médecin généraliste sur un mal-être important récent ou ancien : épisodes de scarifications, idées suicidaires répétées ou tentative de suicide.