

Prévenons-nous efficacement les risques liés à l'adolescence ?

**Enquête sur les pratiques de médecins généralistes français en
matière de prévention chez les patients de 10 à 19 ans.**

Remerciements

Au Professeur Nougairède, président de jury et président de thèse pour ses lectures, ses conseils et son attention.

Au Professeur Culine, pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au Professeur Patrat, pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Katell, le Docteur Mignotte, qui m'a été d'une aide précieuse. Merci pour ta patience, j'ai été heureuse de travailler avec toi, en attendant de collaborer en tant que consœurs et voisines.

Au Docteur Dalila Boumendjel Smati, à Madame Florence Godefroy et toute l'équipe de l'Espace Santé Jeunes de Nanterre. Ce sujet est votre quotidien et notre collaboration m'a inspirée et donné envie d'améliorer la prise en charge des adolescents. Merci de votre accueil dans ce stage où je ne garde que de bons souvenirs.

Au Docteur Espié, pour m'avoir emmenée jusque-là.

A tous les maîtres de stage, chefs de cliniques, co-internes, externes, infirmiers que j'ai croisé au cours de mes études, chacun m'a apporté des petits bouts de médecine qui m'ont permis de forger ma pratique.

Au Docteur David Ouanounou, mentor, modèle et père adoré. Tu m'as donné l'envie, la passion, le plaisir d'exercer notre beau métier. C'est toi qui m'as appris que la médecine générale était une médecine globale, de pointe, complète et épanouissante. Tu as toujours su me pousser pour arriver à mes fins. Je suis infiniment heureuse de devenir ton associée, c'est mon plus grand accomplissement. Papa, merci pour tout, pour la médecine et tout le reste.

A mon mari, Jean-Marc, mon partenaire et meilleur ami. Tu as été mon meilleur soutien depuis la première année. Je t'aime de tout mon cœur.

A mon rayon de soleil, ma fille Lény. Tu illumines ma vie, je t'aime ma poupée.

A mes frères Jérémy et Jonathan, à qui je souhaite une grande réussite et la réalisation de tous leurs rêves. Avec tout mon amour.

A mes demi-sœurs et je l'espère futures consœurs Sarah et Joane. A Brigitte pour son soutien indéfectible.

A mon amie Johana, avec qui j'ai traversé toutes mes années et que je considère comme une sœur.

A ma grand-mère Simy, en espérant te rendre fière de ta petite-fille médecin.

A tous ceux qui m'ont aidé par leurs pensées, leurs vœux, à ma tante Simone qui a suivi tout mon parcours, à mes tantes Marcelle et Ethel et à ma grand-mère Zohra qui j'en suis certaine auraient adoré assister à cette soutenance.

A ma mère, mon modèle, de qui je tiens ma force. Maman, cette victoire est la tienne ainsi que toutes celles à venir. Tu seras toujours dans toutes mes pensées.

Table des matières

I. INTRODUCTION	6
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	8
1. Lieu de l'étude	8
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	8
3. Recueil des données	8
4. Analyse des résultats	11
III. RÉSULTATS	12
1. Population étudiée	12
1.1. Âge des médecins	12
1.2. Répartition hommes-femmes	13
1.3. Répartition géographique	13
1.4. Mode d'exercice.....	14
1.5. Proportion de consultations avec des adolescents	14
2. Examen physique	15
3. Sexualité	15
3.1. Les relations sexuelles	15
3.2. Les infections sexuellement transmissibles	16
3.3. Contraception	17
a. Préservatif	17
b. Contraception médicale des jeunes filles	17
c. Les jeunes hommes et la contraception	19
3.4. Examen gynécologique et frottis cervico-vaginal	19
3.5. Anonymat des adolescents	20
3.6. Aborder la sexualité en consultation	20
4. Vaccinations	21
5. Santé en général	22
5.1. Surpoids et obésité	22
5.2. Prévention des maladies et autres problèmes de santé	23
6. Psychologie	23
6.1. Environnement et psychologie	23
6.2. Symptômes psychologiques	24
6.3. Aborder la psychologie en consultation	24
7. Sécurité	25
7.1. Sécurité physique et morale	25
7.2. Conduites à risque	26
7.3. Sommeil	26
7.4. Aborder la sécurité en consultation	26
8. Addictions	27
8.1. Aborder les addictions en consultation	28
9. Prévention	28
9.1. Efficacité de la prévention	28
9.2. Obstacle à une bonne prévention chez l'adolescent	29

9.3. Insister sur la prévention en consultation avec un adolescent	29
10. Propositions	29
IV. DISCUSSION	31
A. Analyse et interprétation des résultats	31
1. Etat des pratiques de population étudiée	31
1.1. Les médecins généralistes	31
1.2. Examen physique	32
1.3. Sexualité	34
a. Relations sexuelles	34
b. Infections sexuellement transmissibles	34
c. Contraception	35
d. Jeunes hommes et la contraception	37
e. Examen gynécologie et frottis cervico-vaginal	38
f. Anonymat des adolescents	38
g. Prévention et vie sexuelle.....	39
1.4. Vaccinations	39
1.5. Santé en général	39
a. Surpoids et obésité	39
b. Prévention des maladies	41
1.6. Psychologie	41
1.7. Sécurité	42
1.8. Addictions	42
1.9. Prévention	45
2. Résultats inattendus	46
2.1. Résultats discordants des recommandations	46
a. La sexualité	46
b. La psychologie et la sécurité	46
c. Les addictions	47
2.2. Abstention de réponse	48
2.3. Discordance entre certaines réponses	48
B. Propositions pour améliorer la prévention	49
1. Consultation dédiée	49
2. Questionnaires de consultation	49
C. Mise en évidence de biais de l'étude	51
V. CONCLUSION	53

ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Annexe 2 : Questionnaire HEADSS

Annexe 3 : Questionnaire ADOSPA

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux et figures

Figures :

Figure 1 :	Répartition des âges de la population étudiée	13
Figure 2 :	Répartition par tranches d'âges	13
Figure 3 :	Répartition hommes-femmes	14
Figure 4 :	Répartition par départements	14
Figure 5 :	Mode d'exercice de la population étudiée	15
Figure 6 :	Fréquence des consultations avec des adolescents	15
Figure 7 :	Préservatifs au cabinet	18
Figure 8 :	Type de contraception	19
Figure 9 :	Pilule d'urgence	19
Figure 10 :	Frottis	20
Figure 11 :	Centres anonymes et gratuits	21
Figure 12 :	Vaccinations	22
Figure 13 :	Vaccination contre l'infection à HPV	22
Figure 14 :	Calcul de l'IMC	23
Figure 15 :	Vérifiez-vous les habitudes alimentaires	23
Figure 16 :	Environnement et psychologie	25
Figure 17 :	Symptômes psychologiques	25
Figure 18 :	Violence	26
Figure 19 :	Sécurité et environnement	26
Figure 20 :	Sécurité routière	27
Figure 21 :	Sommeil	27
Figure 22 :	Sentiment d'efficacité dans les thèmes de prévention	29
Figure 23 :	Moyens suggérés pour améliorer la prévention	31
Figure 24 :	Atlas de la démographie médicale 2013	33

Tableaux :

Tableau 1 :	Items évalués lors de l'examen clinique	16
Tableau 2 :	Début de la prise de la tension artérielle	16
Tableau 3 :	Questions sur la sexualité	17
Tableau 4 :	Parler des IST	17
Tableau 5 :	Bilan IST	17
Tableau 6 :	Parler de préservatif	18
Tableau 7 :	Fréquence de la prescription de contraception	18
Tableau 8 :	Explications sur les moyens de contraception	20
Tableau 9 :	Contraception et garçons	20
Tableau 10 :	Examen gynécologique	20
Tableau 11 :	Aborder la sexualité	21
Tableau 12 :	Activité physique	23
Tableau 13 :	Vérifiez-vous les symptômes suivants.....	24
Tableau 14 :	Etat psychologique	24
Tableau 15 :	Aborder la psychologie	25
Tableau 16 :	Aborder la sécurité	27
Tableau 17 :	Addictions	28
Tableau 18 :	Aborder les addictions	29
Tableau 19 :	Insister sur la prévention	30

Abréviations

INPES : Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPV : Papillomavirus

IMC : Indice de Masse Corporelle

I- INTRODUCTION

La prévention est un des rôles du médecin, c'est l'ensemble des mesures prises pour préserver une situation donnée d'une dégradation potentielle. En matière de santé, la prévention primaire consiste à limiter le risque de survenue d'un événement ou d'une pathologie. Le médecin généraliste se définit comme l'acteur principal des stratégies de prévention car il entretient une relation prolongée avec ses patients et les prend en charge de façon globale. Il les suit dans toutes les périodes de leur vie, souvent de la naissance jusque l'âge adulte ⁴⁶.

Les enfants représentent 23 % de la population française. Entre la naissance et la sixième année de vie, l'enfant bénéficie en moyenne de vingt consultations ¹. Par la suite, aucune visite médicale obligatoire n'est prévue et compte tenu d'une médecine scolaire peu développée ⁵², les adolescents consultent très peu en dehors d'évènements aigus, et de la délivrance de certificats médicaux ³.

Un médecin généraliste voit environ un adolescent par jour ² et c'est le professionnel de santé le plus consulté par les jeunes. En effet 79.2 % des 15-30 ans ont consulté un généraliste dans l'année ³ et les adolescents consultent 2.3 fois par an en moyenne ce qui est peu. Le motif de ces consultations est essentiellement somatique (75 %), administratif (certificats...) ou préventif (vaccinations...) et rarement psychologique ².

Les adolescents se sentent peu concernés par les problèmes de santé tels que les voient les adultes et les professionnels, et globalement ils se déclarent en bonne santé ⁴⁷.

Cette période de la vie est une période charnière car c'est la transition entre l'enfance et l'âge adulte, et où l'enfant constitue son « capital santé ». Les transformations physiques et psychiques y sont constantes donnant lieu à des changements brutaux, pouvant amener à des conduites à risques et au développement de pathologies passant inaperçues. Plus d'une élève de 15 ans sur deux déclare des syndromes de plainte (déclarer deux symptômes somatiques plus d'une fois par semaine pendant 6 mois), critère indirect de santé mentale (étude Health Behavior in School-aged Children 2010) ⁴⁷. C'est aussi l'âge de l'expérimentation de ses limites et d'une croyance en sa propre immortalité ⁶.

Les adolescents ont des besoins de santé spécifiques, en particulier en matière de sexualité et d'addictions :

- Chaque année 14 500 interruptions volontaires de grossesse sont réalisées par an chez des mineures ⁵
- Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents : entre 600 et 800 jeunes de 14 à 24 ans en meurent chaque année ¹
- Trente-huit pourcent des jeunes de 16 ans fument ³
- Un tiers des 15-19 ans ont rapporté au moins une ivresse dans l'année. ³

L'OMS définit l'adolescence entre 10 et 19 ans et invite les agents de santé en contact avec des adolescents à réaliser une évaluation HEADS en consultation de routine correspondant à l'acronyme suivant ⁷ :

- Home (Environnement familial/domicile)
- Éducation/emploi
- Alimentation
- Activités
- Drogues
- Sexualité
- Sécurité
- Suicide/dépression

Ce sont les thèmes à aborder spécifiquement avec les adolescents et nous nous sommes alors demandé si les médecins généralistes les évoquaient avec leurs jeunes patients

Peu de données existent sur les pratiques des médecins généralistes en consultation avec des adolescents. La question de recherche était de savoir si les médecins généralistes abordaient avec leurs jeunes patients les thèmes suggérés par l'Organisation Mondiale de la Santé pour une prévention efficace chez l'adolescent.

II- MATERIEL ET METHODES

1. Lieu de l'étude

L'étude a été réalisée lors des journées nationales de médecine générale, du 10 au 12 octobre 2013, organisées par la Revue du Praticien[®] – médecine générale. Le but était de constituer un échantillon représentatif tant en âge qu'en lieu d'exercice. Par ailleurs, l'échantillon a été complété par des envois de questionnaires par mail aux médecins maitres de stage de l'université Paris VII ainsi qu'aux médecins membres du pôle de santé de Gennevilliers-Villeneuve la Garenne.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les *critères d'inclusion* étaient : être médecin généraliste, en exercice sur le territoire français ou outre-mer, installés en ville, remplaçants, salariés d'un centre de santé ou internes remplaçants de médecine générale, recevant en consultation des adolescents

Les *critères d'exclusion* étaient : les médecins recevant jamais d'adolescents, les médecins étrangers et les internes de médecine générale n'ayant jamais remplacé.

3. Recueil des données

Un questionnaire anonyme a été proposé à des médecins généralistes pour recueillir leurs pratiques sur le thème de la prévention en consultation de médecine générale des adolescents de 10 à 19 ans.

Le questionnaire a été réalisé et organisé en fonction des items explicités par l'HAS soit l'acronyme HEADS :

- **H**ome (environnement familial/domicile)
- **É**ducation/emploi
- **A**limentation
- **A**ctivités
- **D**rogues
- **S**exualité
- **S**écurité
- **S**uicide/dépression.

A partir de ces items à traiter, le questionnaire a été sectionné en 8 parties.

- 1) DÉMOGRAPHIE (de la population étudiée)
- 2) EXAMEN PHYSIQUE
- 3) SEXUALITÉ
- 4) VACCINATIONS
- 5) SANTÉ EN GÉNÉRAL
- 6) SÉCURITÉ

7) ADDICTIONS

8) PRÉVENTION (auto-évaluation)

A la fin de chaque sous partie, nous avons posé une question sur la pertinence d'aborder le sujet en question en consultation avec un adolescent. Le choix de réponse suivait l'échelle de Likert.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord.

La dernière partie propose au médecin interrogé d'évaluer lui-même son efficacité sur les différents items de prévention. Il peut choisir sa principale limite à l'efficacité de sa prévention chez l'adolescent parmi les réponses suivantes :

- Le temps de consultation est court
- Les adolescents consultent peu
- Les adolescents sont souvent accompagnés de leurs parents
- Le fait que vous les suivez depuis leur naissance, que vous consultez leur famille
- Ces items sont difficiles à aborder en consultation

Enfin une dernière question servait d'ouverture à des solutions à proposer pour améliorer la prévention au niveau de la santé des adolescents. Les réponses proposées étaient celles les plus citées dans la littérature.

- Organiser une consultation annuelle dédiée
- Avoir un outil comme un questionnaire de consultation
- Mettre des rappels dans le logiciel
- Déléguer à la médecine scolaire.

Une case « autre » a été insérée au cas où le praticien a une proposition qui n'a pas été citée.

Les questions proposées dans les grandes parties étaient des questions à choix simple et quelques questions à choix multiples. L'échelle de Likert a été utilisée pour un grand nombre de questions, comprenant un nombre impair de réponses et une seule à choisir. L'échelle de Likert a été proposée en raison de sa pertinence pour recueillir les attitudes et comportements d'une personne sur un thème donné, car elle propose des choix de réponse allant d'un extrême à l'autre. Il s'agit de proposer des réponses du type « tout à fait d'accord » ; « d'accord » ; « ni d'accord ni en désaccord » ; « pas d'accord » ; « pas du tout d'accord ». Le nombre impair de réponses permet à la personne interrogée d'exprimer le fait qu'elle n'a aucun avis (ni d'accord ni en désaccord), alors qu'un modèle avec un nombre impair de réponses au choix impliquent un choix forcé.

Ce modèle dans le questionnaire a été nuancé sur un modèle proposant aussi des réponses d'un extrême à l'autre. Par exemple dans la question « Demandez-vous à vos jeunes patients s'ils ont des relations sexuelles ? » les réponses au choix sont :

- Oui, régulièrement
- Oui, seulement lorsque ça me paraît nécessaire
- Rarement
- Non, car c'est une question difficile à poser
- Non, car je n'ai pas le temps
- Jamais

La grande majorité des questions ont été posées selon ces deux modèles, pour pouvoir plus aisément être analysées et reproductibles, et pour pouvoir croiser les résultats de plusieurs questions.

D'autres questions étaient des questions à choix multiples, pour ce type de question, chaque réponse sera analysée individuellement puis groupée.

Enfin un dernier modèle de question a été réalisé, proposant des questions à choix binaire « oui » ou « non ». Aussi, chacun des items sera analysé individuellement.

Les questions ont été choisies en fonction des chiffres de la littérature, des propositions OMS et HAS, et des brochures INPES à destination des professionnels de santé pour la prise en charge des adolescents en consultation.

Au cours des journées nationales de médecine générale, j'ai opté pour une approche individuelle des médecins plutôt qu'une distribution systématique et un recueil des questionnaires. Les raisons étaient les suivantes :

- Il s'agissait d'un questionnaire assez long, il y aurait eu pas mal de pertes autrement
- Il y avait besoin de quelques explications au préalable pour le remplir.
- Il fallait éliminer d'entrée les médecins non éligibles.

J'ai donc distribué les questionnaires entre 5 et 10 à la fois, en me présentant ainsi :

« Bonjour, je réalise ma thèse sur l'état des pratiques des médecins généralistes au sujet de la prévention chez l'adolescent, pourriez-vous répondre à ce questionnaire qui prend entre 5 et 8 minutes ? »

Si la réponse était oui je posais les questions suivantes :

- *Exercez-vous sur le territoire Français ?*
- *Voyez-vous des adolescents en consultation, quel que soit la fréquence ?*
- *Pour les internes, pratiquez-vous des remplacements ?*

La réponse à toutes ces questions devait nécessairement être « oui ».

Ensuite je récupérais le questionnaire quand ils l'avaient rempli.

Pour le recueil par internet, j'ai accompagné le lien du questionnaire par le mail suivant

« Bonjour, je réalise ma thèse sur la prévention chez l'adolescent dans la pratique courante des médecins généralistes. »

L'HAS et l'OMS proposent des recommandations pour dépister certains troubles notamment selon le sigle EADS

- *Environnement familial/domicile*
- *Éducation/emploi*
- *Alimentation*
- *Activités*
- *Drogues*
- *Sexualité*
- *Sécurité*
- *Suicide/dépression*

Ce questionnaire est conçu pour vérifier la faisabilité de cette prévention en consultation de médecine générale courante et surtout l'état des pratiques sur ce sujet.

Je vous adresse donc un questionnaire (temps environ 5 minutes)

<https://docs.google.com/forms/d/1nCJ0h-HxqmuJhcsVFZfKlkOouHddIW1EcdJ-PBxDzX8/viewform>

Les réponses iront directement sur ma boîte mail.

Je vous remercie de prendre le temps d'y répondre »

Le questionnaire a été conçu sur Google Drive® (service de stockage sur internet et de partage de fichiers). Le questionnaire a été proposé en version papier aux participants du congrès et en version Google Drive® aux médecins sondés via e-mails (par le lien cliquable donné dans le courrier électronique)

4. Analyse des résultats

Les résultats recueillis via le lien internet ont été consignés dans une feuille de calcul EXCEL®

Il s'agissait d'une étude quantitative transversale sur les pratiques déclaratives des médecins généralistes par un questionnaire de 35 questions portant sur leurs pratiques usuelles en consultation avec un adolescent selon un échantillon était à visée représentative.

L'analyse des données était uni-variée.

Pour ce qui est des réponses aux questions, certaines d'entre elles ont été éliminées elles ne respectaient pas la consigne annoncée :

- Choix multiples pour une question présentée comme « à choix simple »
- Réponse donnée en texte ajouté sur la version papier
- Pas de réponse à la question

Lorsque plus d'une réponse a été donnée à une question à choix simple, lors de l'exploitation des résultats nous avons utilisé l'adage « qui peut le plus, peut le moins ». C'est-à-dire que si le médecin déclare peser ses jeunes patients systématiquement à chaque consultation, à fortiori il les pèse une fois par an. La réponse choisie était donc « systématiquement ». Si par contre il n'y avait pas de cohérence dans les réponses, il était considéré une abstention.

Les pourcentages ont tous été réalisés sur la base de 83 répondants, en incluant le pourcentage d'abstention.

III- RÉSULTATS

1. Population étudiée

Nous avons recueilli 84 réponses à notre questionnaire : 60 questionnaires remplis lors du congrès de médecine générale et 24 remplis sur internet.

Parmi les 60 questionnaires remplis au congrès, 1 questionnaire a été exclu car rempli par un interne ne remplaçant pas. Sinon les autres critères d'exclusion ont été directement recherchés avant de donner le questionnaire aux participants.

1.1 Âge des médecins interrogés

Figure 1 : Répartition des âges de la population étudiée

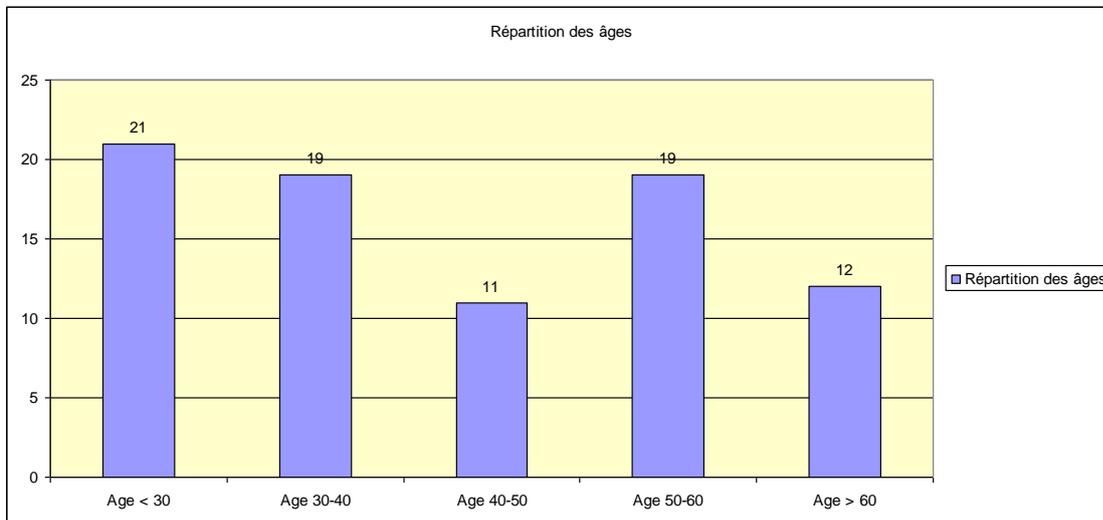
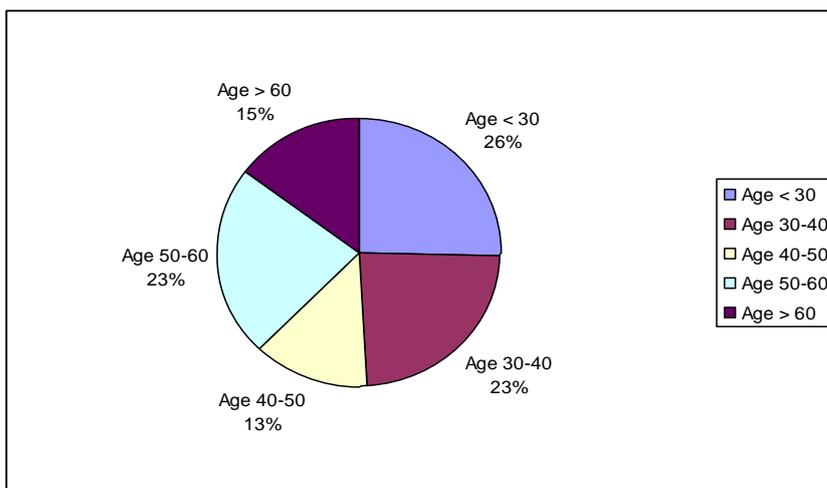


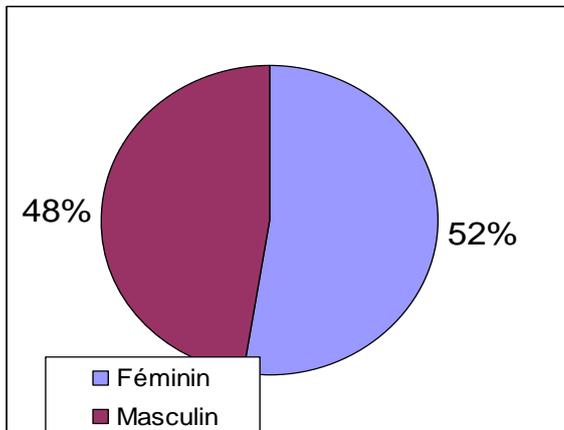
Figure 2 : Répartition par tranches d'âge



Les tranches d'âge sont homogènes en nombre, la tranche 40-50 ans et les plus de 60 ans étant moins représentée (13 % et 15 %). Abstention 1 %.

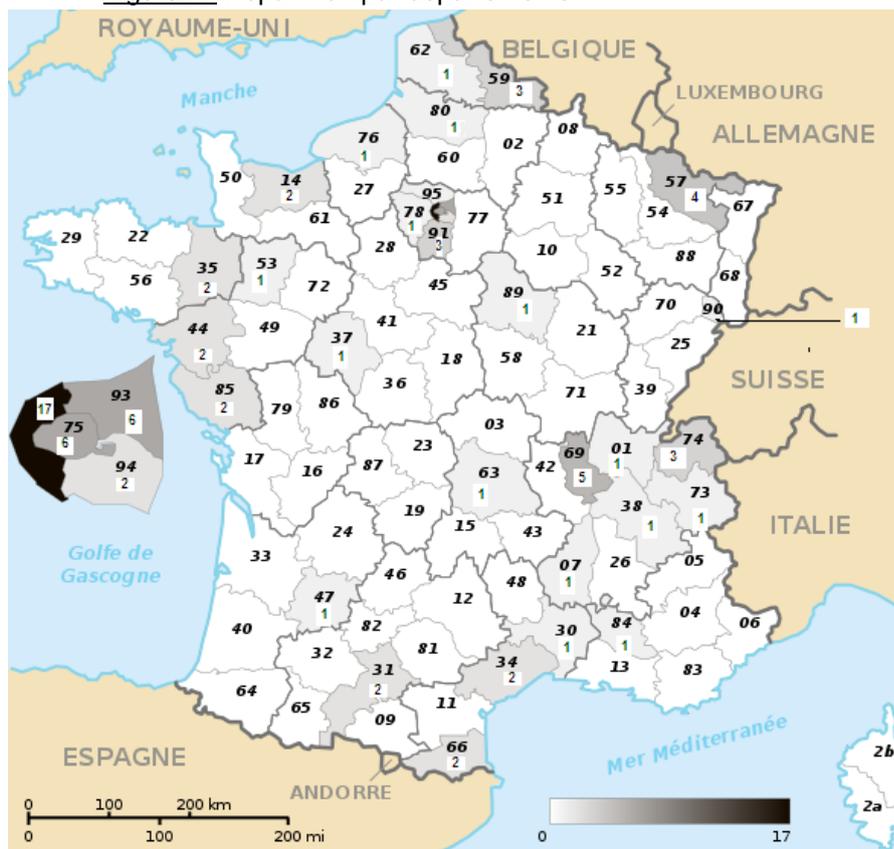
1.2. Répartition Hommes-Femmes

Figure 3 : Répartition hommes-femmes



1.3. Répartition géographique de la population étudiée

Figure 4 : Répartition par départements

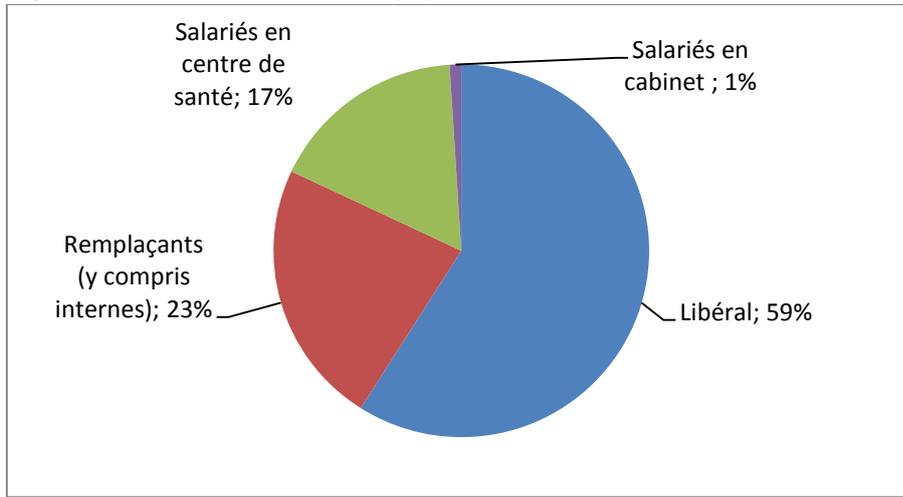


Drawmeagraph.com

Deux participants des DOM-TOM sans précision sur le département en particulier
Les régions les plus représentées sont l'Île de France, la région Rhône-Alpes et la région Basse-Normandie.

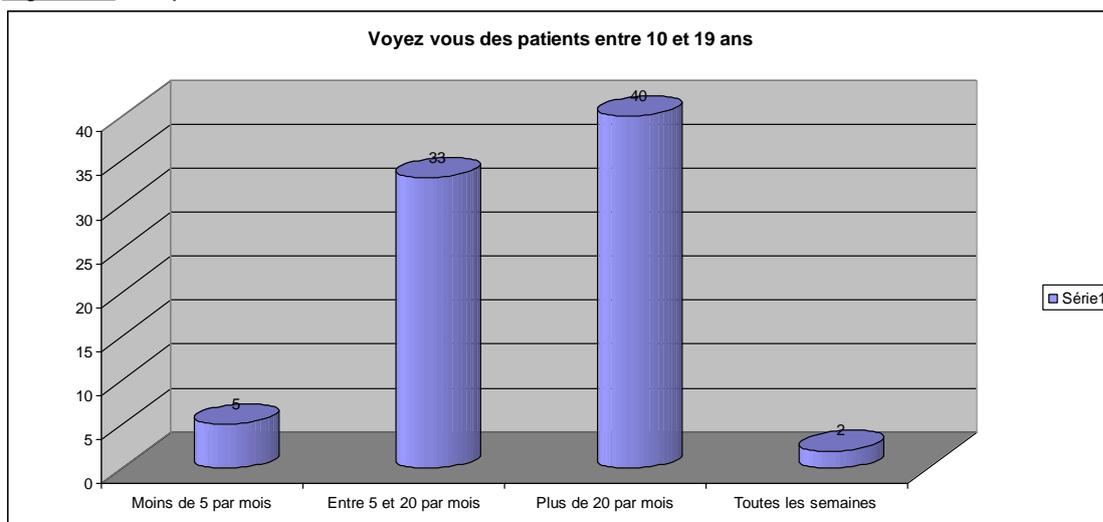
1.4. Mode d'exercice

Figure 5 : Mode d'exercice de la population étudiée



1.5. Proportion de consultations avec des adolescents

Figure 6 : Fréquence des consultations avec les adolescents



La grande majorité des sujets interrogés voyait au moins 1 adolescent par semaine (88 %) dont 48 % qui en voyaient plus d'un par jour. Abstention 1 %.

2. Examen physique

La population étudiée évalue t'elle :

Tableau 1 : Items évalués lors de l'examen clinique

	A chaque consultation	A la demande	Une fois par an	Si nécessaire	Jamais
Poids	53 (63 %)	3 (4 %)	22 (27 %)	6 (7 %)	0
Taille	35 (42 %)	1 (1 %)	40 (48 %)	7 (8 %)	0
Tension artérielle	25 (30 %)	2 (2 %)	24 (29 %)	26 (31 %)	2 (2 %)
Développement général	30 (36 %)	5 (6 %)	30 (36 %)	17 (20 %)	0
Caractères sexuels secondaires	6 (7 %)	7 (8 %)	25 (30 %)	40 (48 %)	4 (5 %)

Abstention pour la tension artérielle : 5%

Plus particulièrement pour la tension artérielle :

Tableau 2 : Début de la prise de tension artérielle

Âge de prise systématique de la tension artérielle	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	Plus tard
Total	23	1	12	8	4	8	15	2	6	3
Pourcentage	28 %	1 %	15 %	10 %	5 %	10 %	18 %	2 %	7 %	4 %

Abstention 1 %.

3. Sexualité

3.1. Les relations sexuelles

Quatre questions ont été posées :

Question 1 : **Abordez-vous la sexualité avec vos jeunes patients, même lorsque que le motif de consultation est différent?**

Question 2 : **Demandez-vous à vos jeunes patients s'ils sont en couple ou s'ils fréquentent une ou plusieurs personnes?**

Questions 3 : **Demandez-vous à vos jeunes patients s'ils ont des relations sexuelles?**

Question 4 : **Demandez-vous à vos jeunes patients des informations sur leurs partenaires comme leur âge?**

Tableau 3 : Questions sur la sexualité

Questions posées sur :	Oui souvent ou régulièrement	Oui si nécessaire	Rarement	Non je n'ai pas le temps	Non c'est une question difficile à poser	Jamais	Aucune réponse donnée	Total
Q1 : La sexualité	22 (27 %)	44 (53 %)	13 (16 %)	–	–	4 (5 %)	-	83
Q2 : Avoir un ou plusieurs partenaires	14 (17 %)	43 (52 %)	13 (16 %)	0	5 (6 %)	8 (10 %)	-	83
Q3 : Avoir des relations sexuelles	21 (25 %)	48 (58 %)	8 (10 %)	1 (1 %)	2 (2 %)	3 (4 %)	-	83
Q4 : Des informations sur les partenaires	7 (8 %)	39 (47 %)	-	-	15 (18%)	21 (25 %)	1 (1%)	83

Les tirets sont placés quand les réponses n'étaient pas proposées ou que personne ne s'était abstenu
83 = 100 %

3.2. Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Question 5 : **Abordez-vous systématiquement les infections sexuellement transmissibles?**

Tableau 4 : Parler des IST

	Systématiquement	Quand ils m'en parlent	Quand ils me parlent de sexualité ou de contraception	Non car c'est une question difficile à aborder	Rarement	Jamais	Total
<i>Total</i>	27	10	43	1	2	0	83
<i>Pourcentage</i>	33 %	12 %	52 %	1 %	2 %	0 %	100%

Question 6 : **Proposez-vous un dépistage systématique des maladies sexuellement transmissibles?**

Tableau 5 : Bilan IST

	A chaque nouveau partenaire	Une fois par an	A l'occasion d'un bilan prescrit pour un autre motif	Rarement, ou quand le patient demande	Jamais	Aucune réponse donnée	Total
<i>Total</i>	21	4	39	17	1	1	83
<i>Pourcentage</i>	25 %	5 %	47 %	20 %	1 %	1%	100 %

3.3. Contraception

a) *Préservatif*

Trois questions ont été posées :

Question 7 : **Parlez-vous à vos jeunes patients de l'importance de la protection par préservatifs?**

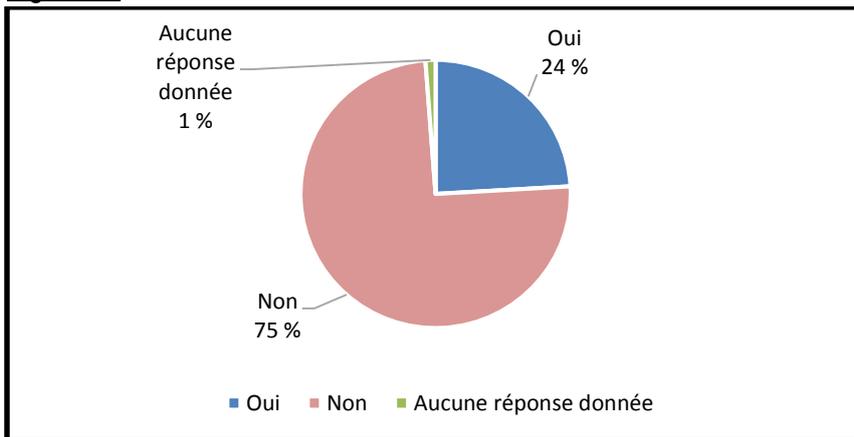
Question 8 : **Demandez-vous s'ils savent correctement utiliser les préservatifs?**

Tableau 6 : Parler du préservatif :

	Oui régulièrement	Quand ils m'en parlent	Si nécessaire	Rarement	Jamais	Total
Q7 : Importance du préservatif	48 (58 %)	14 (17 %)	16 (19 %)	2 (2 %)	3 (4 %)	83 (100 %)
Q8 : Utilisation du préservatif	19 (23 %)	25 (30 %)	17 (20 %)	7 (8 %)	15 (18 %)	83 (100 %)

Question 9 : **Avez-vous des préservatifs à donner aux patients au cabinet?**

Figure 7 : Préservatifs au cabinet



b) *Contraception médicale des jeunes filles*

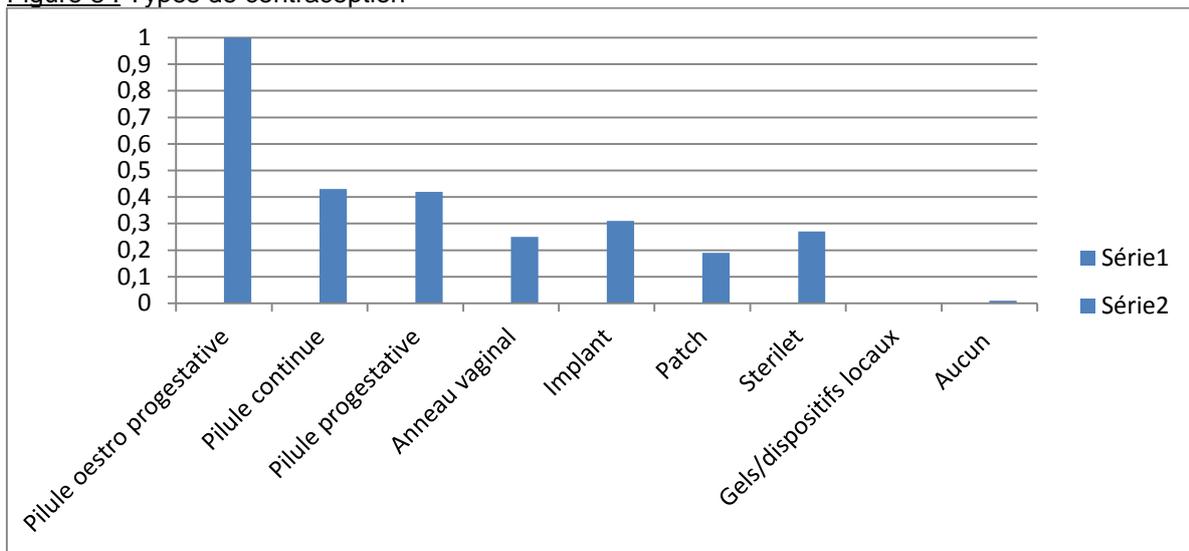
Question 10 : **Prescrivez-vous la contraception aux jeunes filles?**

Tableau 7 : Fréquence prescription contraception

	Oui pour 6 mois ou 1an	Oui pour 3 mois	En dépannage seulement	Jamais	Aucune réponse donnée	Total
Total	46	28	7	1	1	83
Pourcentage	55 %	34 %	8 %	1 %	1 %	100 %

Question 11 : **Quels types de contraception prescrivez-vous?**

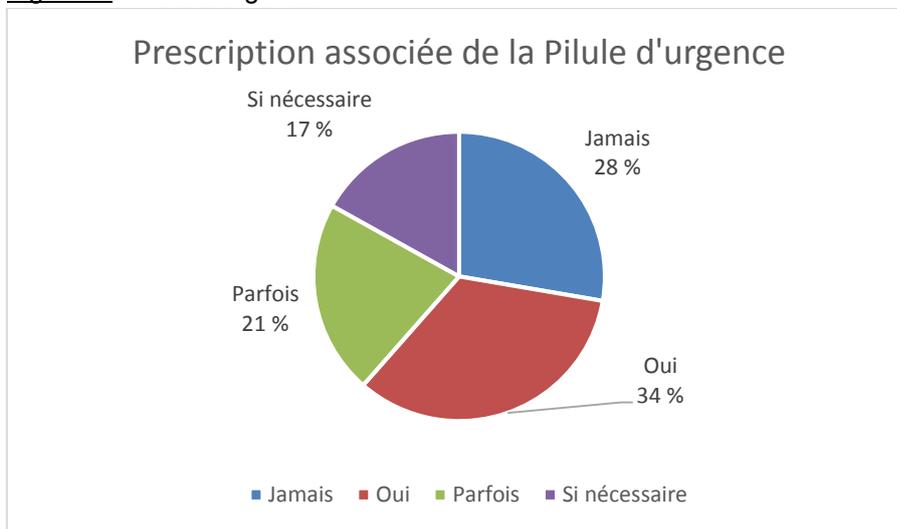
Figure 8 : Types de contraception



Si la pilule oestro-progestative était prescrite par la totalité des médecins interrogés, pour les autres moyens de contraception ce n'était pas le cas. Trente-sept pourcents ne prescrivait que la pilule oestro-progestative et 33 % prescrivait entre 3 et 7 des moyens de contraceptions de la liste proposée.

Question 12 : **Associez-vous la prescription de contraception par la prescription de la pilule d'urgence?**

Figure 9 : Pilule d'urgence



Question 13 : **Expliquez-vous comment s'utilise une pilule (ou le moyen de contraception que vous avez prescrit)?**

Tableau 8 : Explications moyens de contraception

	Oui Systématiquement	Oui si nécessaire	Rarement	Non car je ne connais pas toutes les modalités de la prise de pilule ou des autres moyens contraceptifs	Total
Total	69	12	1	1	83
Pourcentage	83 %	14 %	1 %	1 %	100 %

c) Les jeunes hommes et la contraception

Question 14 : **Parlez-vous de la contraception aux jeunes garçons?**

Tableau 9 : Contraception et garçons

	Oui	Lors d'une situation en lien avec la contraception	S'ils me demandent des explications	Jamais	Total
Total	18	28	25	12	83
Pourcentage	22 %	34 %	30 %	14 %	100 %

3.4. Examen gynécologique et frottis cervico vaginal

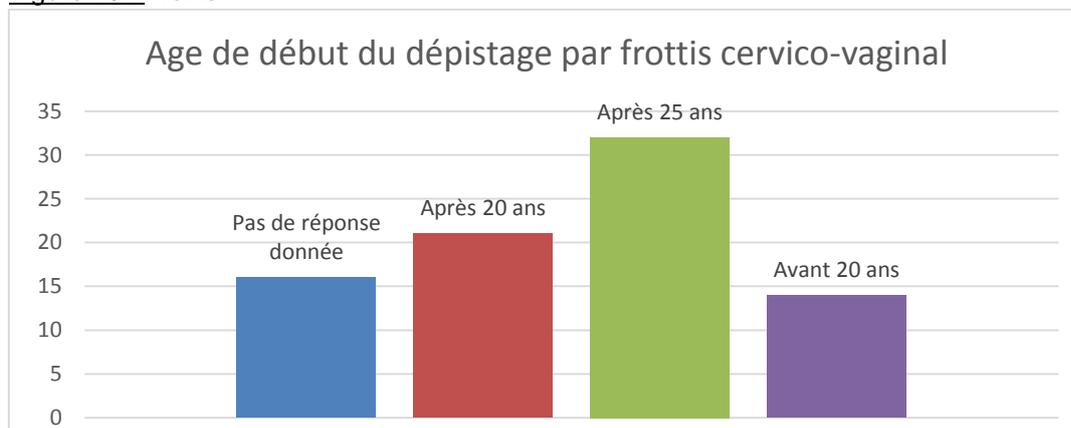
Question 14 : **Proposez-vous un examen gynécologique aux jeunes filles ayant déjà eu des relations sexuelles ? (examen réalisé par vous-même ou par un gynécologue)**

Tableau 10 : Examen gynécologique

	Oui systématiquement plus de 2 fois par an	Oui systématiquement 1 à 2 fois par an	Oui s'il y a un problème gynécologique seulement	Rarement	Jamais	Total
Total	5	37	31	4	6	83
Pourcentage	6 %	45 %	37 %	5 %	7 %	100 %

Question 15 : **Proposez-vous un frottis cervico-vaginal aux jeunes filles ayant déjà eu des relations sexuelles? Age de début :**

Figure 10 : Frottis



Réalisation des frottis :

Le taux de réponse à cette question a été de 37 sur 83 personnes interrogées soit environ 45 %.

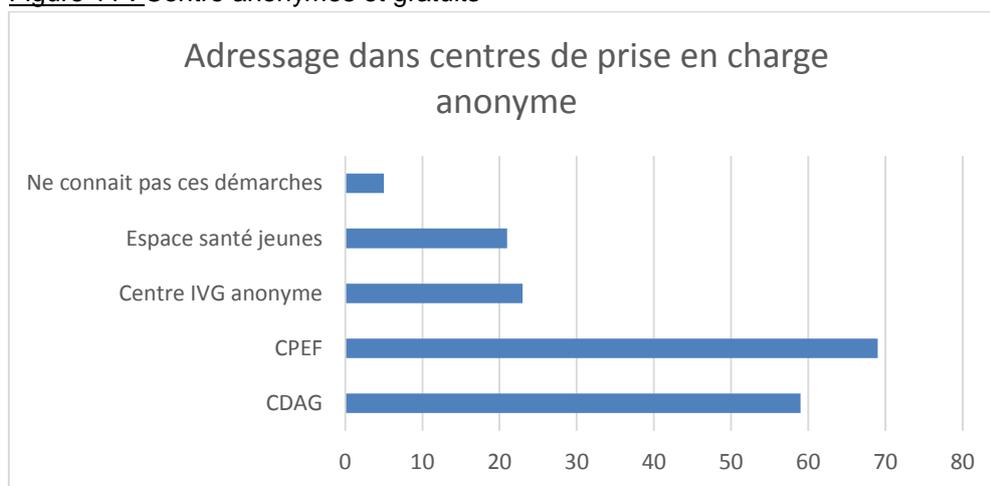
24 praticiens soit 29 % de l'ensemble des médecins interrogés réalisent eux même leurs frottis.

13 praticiens soit environ 16 % de l'ensemble des médecins adressent les jeunes patientes à un gynécologue pour réaliser les frottis.

3.5. Anonymat des adolescents

Question 17 : **Si une patiente demande une prise en charge anonyme et gratuite, savez-vous l'adresser:**

Figure 11 : Centre anonymes et gratuits



CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

11 % des personnes interrogées connaissent les 4 structures proposées, 19 % en connaissent trois, 43 % en connaissent deux.

6 % des médecins interrogés ne connaissent pas les démarches pour la prise en charge anonyme et gratuite.

13 % ne connaissent que le centre de planification familiale le plus proche.

6 % ne connaissent que le Centre de dépistage anonyme et gratuit.

3.6. Aborder la sexualité en consultation

Question 18 : **Aborder la question de la sexualité chez le jeune patient est-il pertinent?**

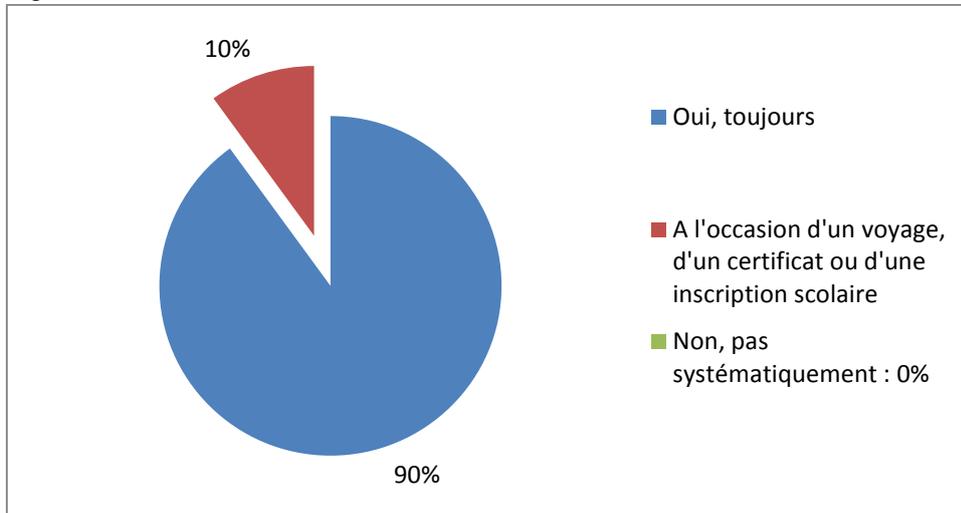
Tableau 11 : Aborder la sexualité

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Aucune réponse donnée	Total
Total	60	17	5	0	0	1	83
Pourcentage	72 %	20 %	6 %	0 %	0 %	1 %	100 %

4. Vaccinations

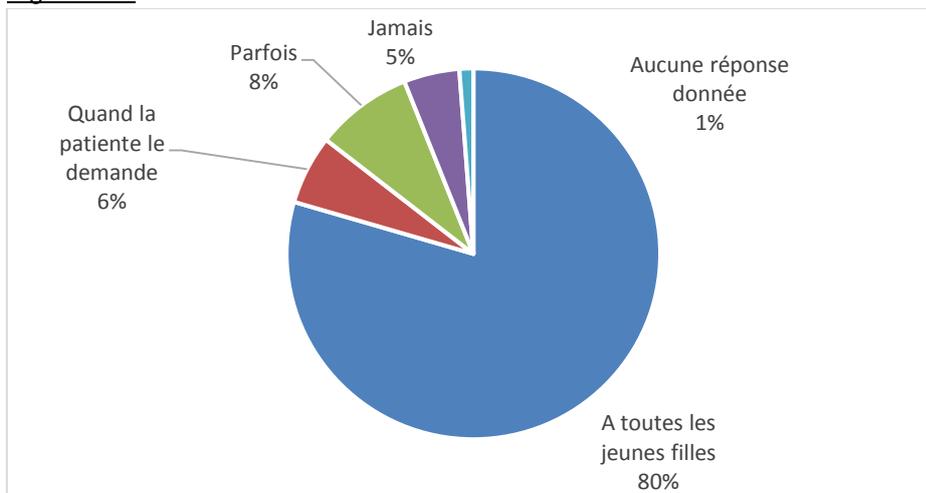
Question 19 : *Vérifiez-vous systématiquement les vaccinations chez les adolescents?*

Figure 12 : Vaccinations



Question 20 : *Proposez-vous la vaccination par le vaccin contre l'infection à Papillomavirus ?*

Figure 13 : Vaccination contre l'infection à HPV

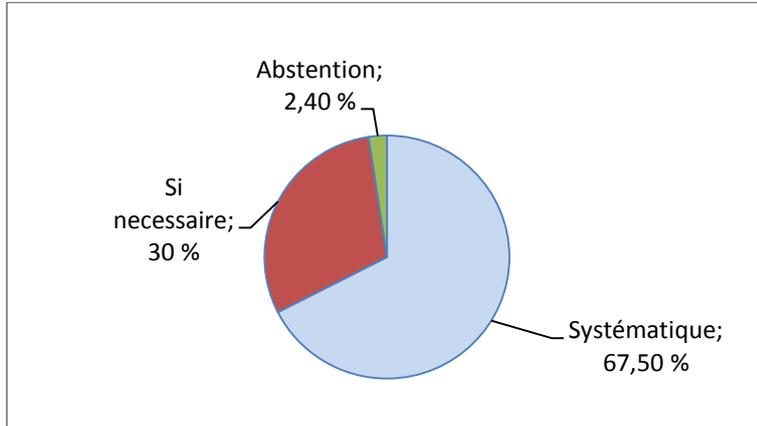


5. Santé en général

5.1. Surpoids et obésité

Indice de masse corporelle (IMC) :

Figure 14 : Calcul de l'IMC



Exercice physique :

Question 22 : **Demandez-vous systématiquement si le jeune patient pratique une activité physique?**

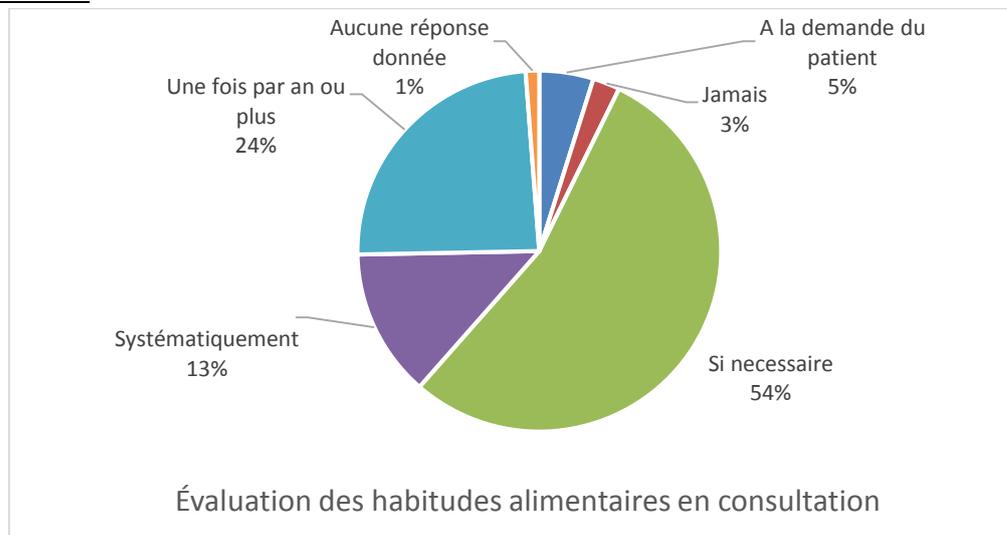
Tableau 12 : Activité physique

	Oui	Seulement si je le juge nécessaire	Non	Aucune réponse donnée	Total
Total	62	18	1	2	83
Pourcentage	75 %	22 %	1 %	2 %	100 %

Habitudes alimentaires :

La question a été posée sous forme de tableau à la question 23, en même temps que les questions sur l'hygiène et les troubles de santé.

Figure 15 : Vérifiez-vous les habitudes alimentaires ?



5.2. Prévention des maladies et autres problèmes de santé

Question 23 : **Vérifiez-vous les symptômes suivants ?**

Tableau 13 : Symptômes somatiques

	Systématiquement	Une fois par an ou plus	Si nécessaire	A la demande du patient	Jamais
L'état dentaire	15 (18 %)	33 (40 %)	24 (29 %)	7 (8 %)	4 (5 %)
L'existence de troubles visuels	12 (14 %)	23 (28 %)	35 (42 %)	9 (11 %)	4 (5 %)
L'existence de trouble auditif	8 (10 %)	18 (22 %)	38 (46 %)	13 (16 %)	6 (7 %)
Les antécédents familiaux (pathologies à risque héréditaire)	34 (41 %)	22 (27 %)	25 (30 %)	1 (1 %)	1 (1 %)
L'hygiène	17 (20 %)	6 (7 %)	46 (55 %)	8 (10 %)	6 (7 %)
Les allergies / Présence d'asthme	35 (42 %)	15 (18 %)	26 (31 %)	4 (5 %)	2 (4 %)

6. Psychologie

6.1. Environnement et psychologie

Question 24 : **Évaluez-vous l'état psychologique des jeunes patients?**

Tableau 14 : État psychologique

	Oui je pose toujours des questions en ce sens	Oui quand cela me paraît nécessaire	Non, seulement quand le patient en parle	Non, car je n'ai pas le temps	Non, car c'est une question difficile à aborder	Jamais	Aucune réponse donnée	Total
Total	22	50	8	0	0	0	3	83
Pourcentage	27 %	60 %	10 %	0 %	0 %	0 %	4 %	100 %

Cette question a été l'une où le taux d'abstention est le plus élevé.

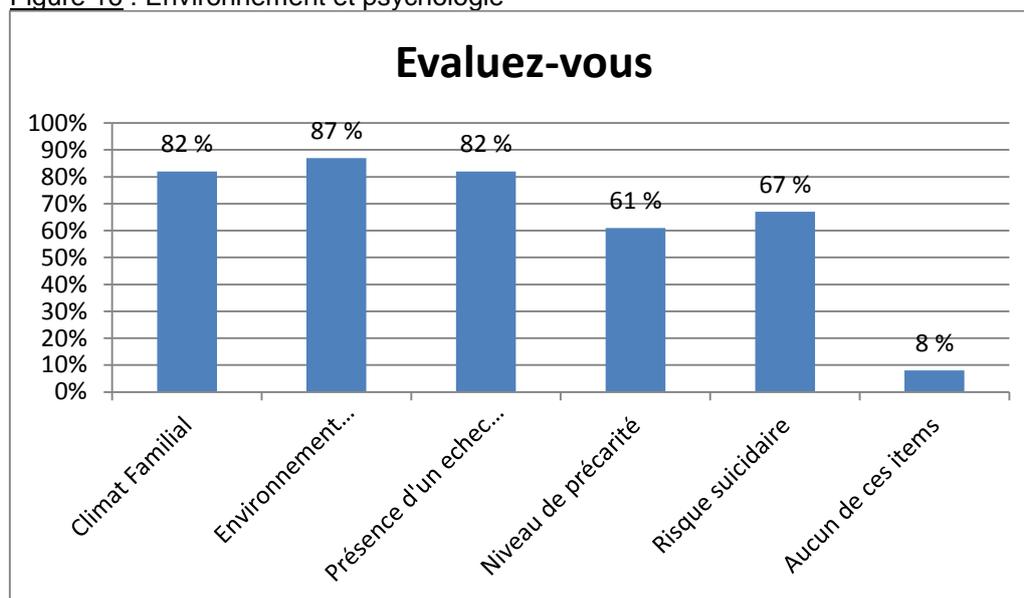
Aucun praticien n'a répondu « Jamais », ni « Non je n'ai pas le temps » ni « Non car c'est une question difficile à aborder ».

La question suivante présentait un choix de réponse binaire. Le praticien évaluait il (oui ou non)

- Le climat familial
- L'environnement scolaire / le travail
- La présence s'une situation d'échec scolaire
- La présence d'une situation de précarité
- Le risque suicidaire

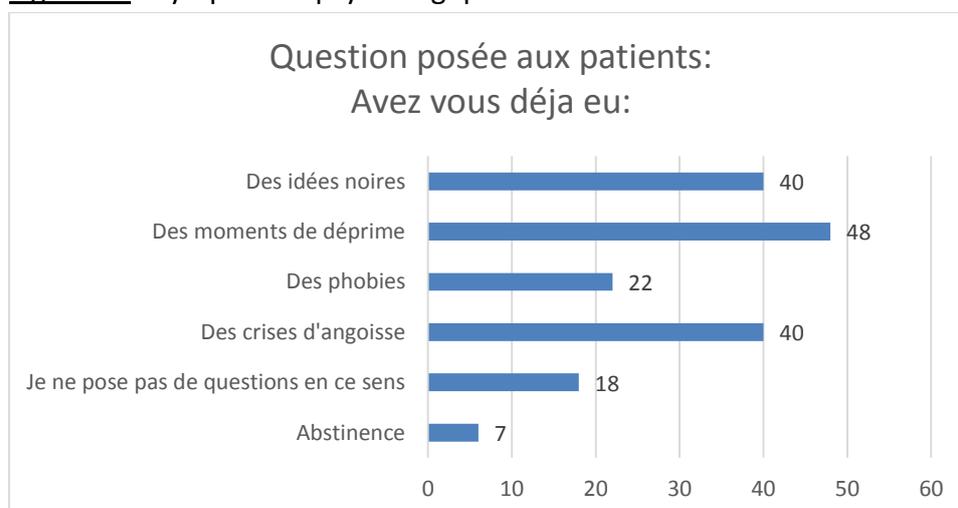
Il était précisé en annexe à la question « occasionnellement, posez-vous des questions en ce sens »

Figure 16 : Environnement et psychologie



6.2. Symptômes psychologiques

Figure 17 : Symptômes psychologiques



13% des médecins interrogés posent la question pour les 4 items proposés.

6.3. Aborder la psychologie en consultation

Question 27 : **Aborder la question de la psychologie et du risque suicidaire chez le jeune patient est-il pertinent?**

Tableau 15 : Aborder la psychologie

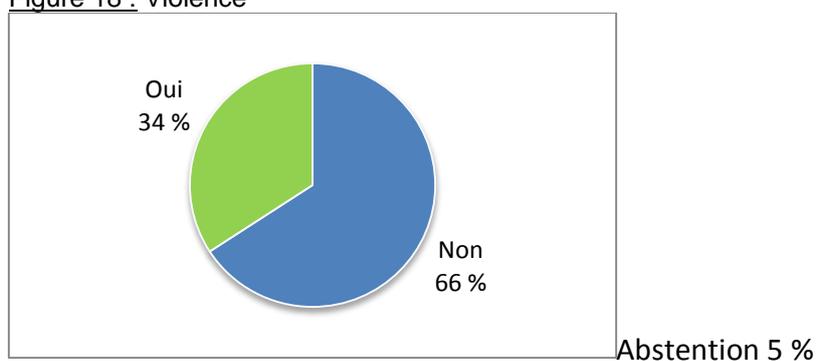
	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Aucune réponse donnée	Total
Total	51	17	11	1	0	3	83
Pourcentage	61 %	20 %	13 %	1 %	0 %	4 %	100 %

7. Sécurité

7.1. Sécurité physique et morale

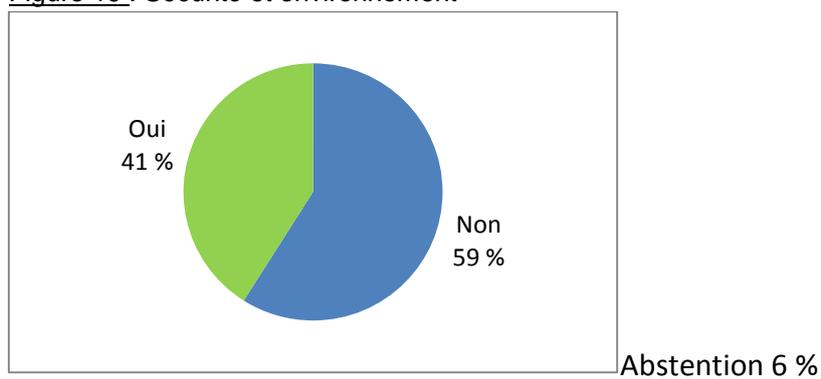
Question 28.1 : ***Demandez-vous aux jeunes patients s'ils ont déjà été victimes de violence ?***

Figure 18 : Violence



Question 28.2 : ***Demandez-vous aux jeunes patients s'ils se sentent en sécurité dans l'environnement scolaire/familial/au travail ?***

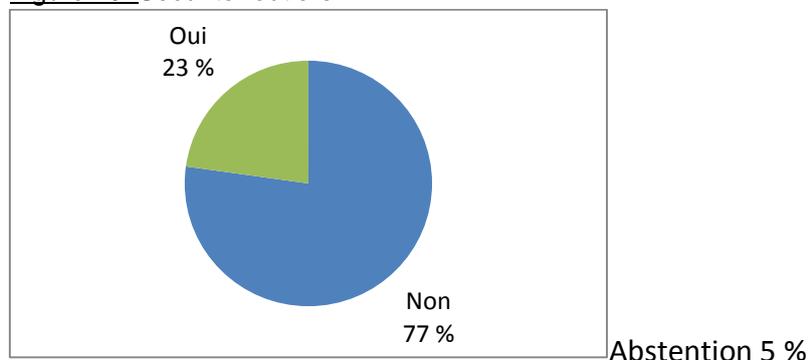
Figure 19 : Sécurité et environnement



7.2. Conduites à risque

Question 28.3 : **Demandez-vous aux jeunes patients s'ils conduisent un deux roues, une voiture ?**

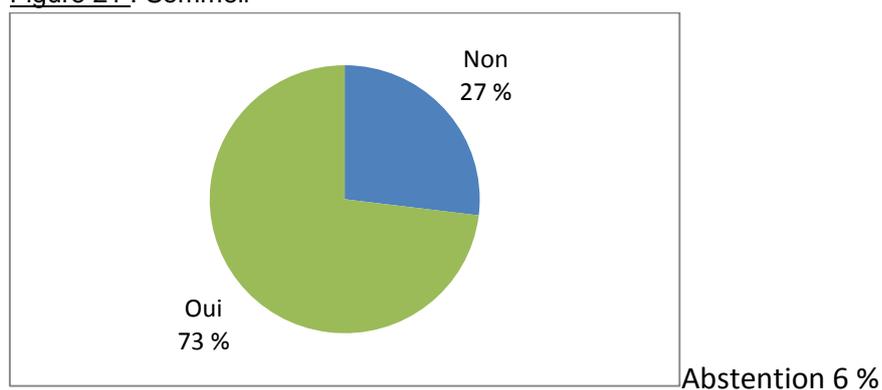
Figure 20 : Sécurité routière



7.3. Sommeil

Question 25.4 : **Demandez-vous aux jeunes patients s'ils ont un sommeil suffisant ?**

Figure 21 : Sommeil



7.4. Aborder la sécurité en consultation

Question 26 : **Aborder la question de la sécurité chez le jeune patient est-il pertinent ?**

Tableau 16 : Aborder la sécurité

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Aucune réponse donnée	Total
Total	37	30	13	0	0	3	83
Pourcentage	45 %	36 %	16 %	0 %	0 %	4 %	100 %

8. Addictions

Cinq questions étaient posées :

Question 27 : **Demandez-vous systématiquement si le patient fume?**

Question 28 : **Demandez-vous systématiquement si le patient boit de l'alcool?**

Question 29 : **Evaluez-vous la consommation d'alcool chez un jeune patient déclarant boire occasionnellement?**

Question 30 : **Dépistez-vous le "binge-drinking" c'est à dire l'alcoolisation massive lors de soirée?**

Question 31 sous forme d'un tableau : **Demandez-vous régulièrement si le jeune patient**

- **Consomme du Cannabis ?** (31.1)
- **Consomme des drogues dures ?** (31.2)
- **Joue beaucoup aux jeux vidéo ?** (31.3)

Tableau 17 : Addictions

Question sur :	Oui	Quand parait nécessaire	Seulement quand le patient m'en parle	Parfois	Non, la question est difficile à poser	Non, je n'ai pas le temps	Jamais	Aucune réponse donnée	Total
Q27 : Consommation de tabac	69 (83 %)	11 (13 %)	-	-	1 (1%)	1 (1%)	0	0	83
Q28 : Consommation d'alcool	52 (63 %)	27 (33 %)	-	-	1 (1%)	1 (1%)	0	2 (2 %)	83
Q29 : Evaluation de la consommation d'alcool	Toujours 42 (51 %)	35 (42 %)	-	-	0	1 (1 %)	4 (5 %)	1 (1 %)	83
Q30 : Dépistage Binge-Drinking	Toujours 25 (30 %)	38 (48 %)	-	-	0	1 (1 %)	16 (15 %)	3 (4 %)	83
Q31.1 : Consommation de cannabis	> 1 fois/an 32 (39 %)	41 (49 %)	5 (6 %)	1 (1.2 %)	1 (1.2 %)	1 (1.2 %)	1 (1.2 %)	1 (1.2%)	83
Q31.2 : Consommation de Drogues Dures	> 1 fois/an 29 (35 %)	37 (45 %)	9 (11 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	3 (4 %)	2 (2 %)	83
Q31.3 : Excès de jeux vidéo	> 1 fois/an 16 (19 %)	27 (33 %)	26 (31 %)	0	0	2 (2.5 %)	10 (12 %)	2 (2.5 %)	83

Le tiret est placé quand la réponse n'était pas proposée dans la question

Les pourcentages sont arrondis

83 = 100%

8.1. Aborder les addictions en consultation

Question 32 : **Aborder la question des addictions chez le jeune patient est-il pertinent?**

Tableau 18 : Aborder les addictions

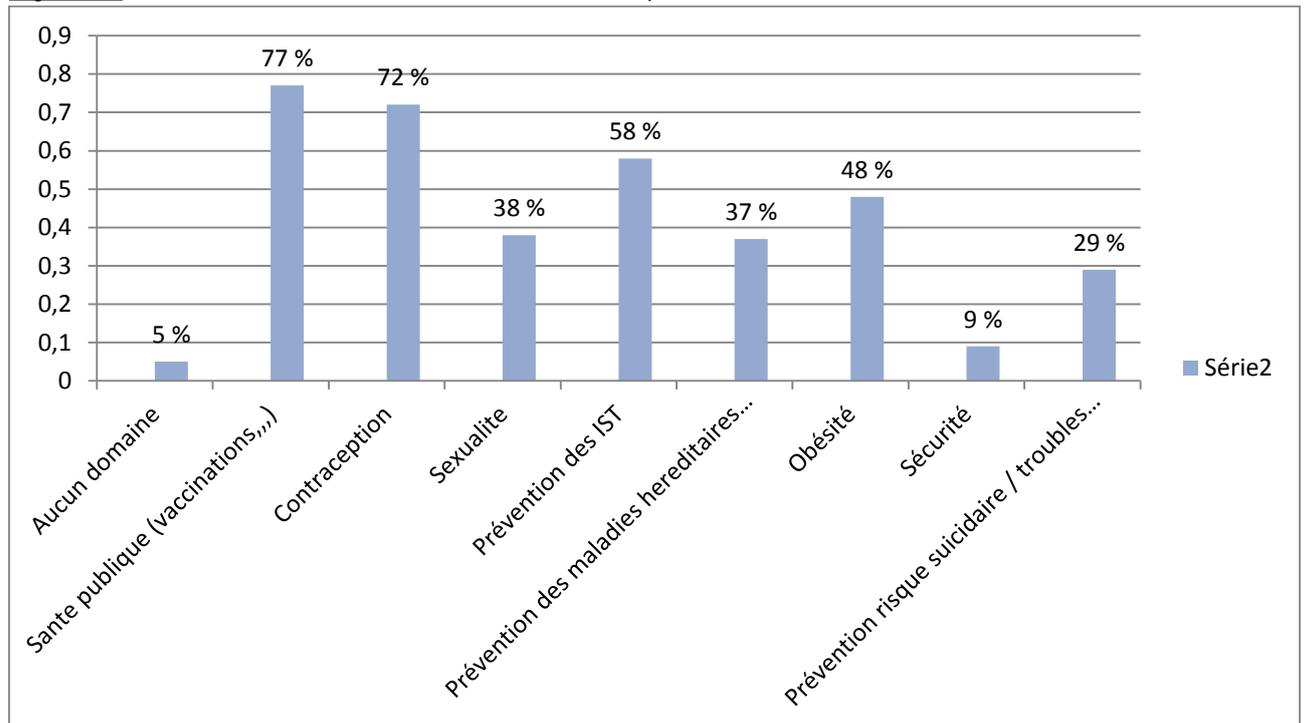
	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Aucune réponse donnée	Total
Total	60	18	3	0	0	2	83
Pourcentage	72 %	22 %	4 %	0 %	0 %	2 %	100 %

9. Prévention

9.1. Efficience de la prévention

Question 33 : **Pensez-vous être efficaces en matière de prévention dans les domaines suivants ?**

Figure 22 : Sentiment d'efficacité dans les thèmes de prévention



9.2. Obstacle à une bonne prévention chez l'adolescent

Il a été demandé aux médecins généralistes, parmi les propositions données, quel était pour eux le principal obstacle à une bonne dispensation des messages de prévention. Une seule réponse était acceptée.

Pour 30 % d'entre eux, il s'agit temps de consultation est trop court.

Pour 25 % d'entre eux, il s'agit du fait que les adolescents consultent trop peu.

Pour 22 % d'entre eux il s'agit du fait que les adolescents sont souvent accompagnés de leurs parents.

Pour 4 % des médecins interrogés, le principal obstacle est le fait de suivre ces patients depuis leur naissance et qu'ils consultent leur famille.

Pour 7 % des médecins interrogés, ces items sont difficiles à aborder en consultation, et cela constitue leur principal obstacle.

9.3. Insister sur la prévention lors d'une consultation avec un adolescent

Question 34 : ***Insister sur les items de prévention chez le jeune patient est-il pertinent?***

Tableau 19 : Insister sur la prévention

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Aucune réponse donnée	Total
Total	59	18	1	1	0	4	83
Pourcentage	71 %	22 %	1 %	1 %	0 %	5 %	100 %

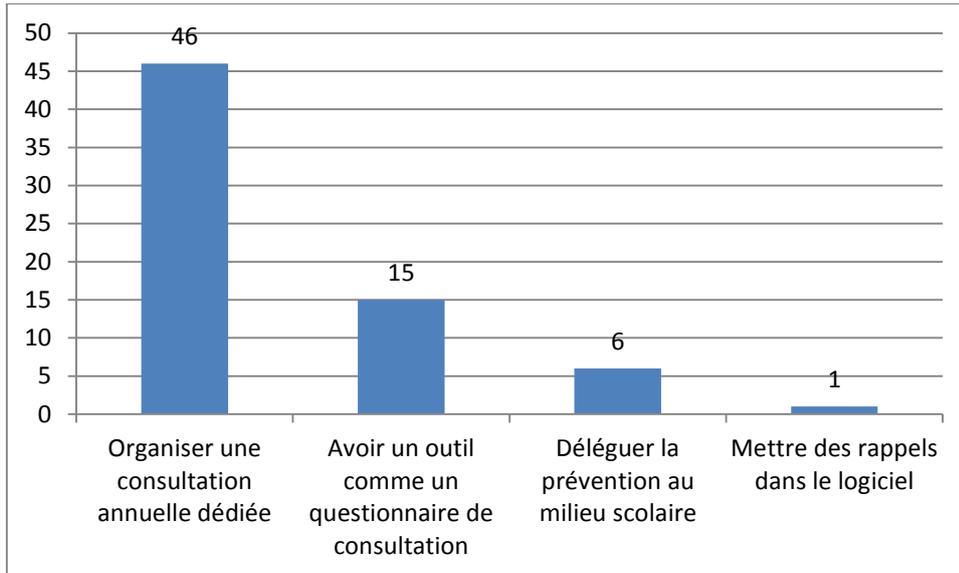
10. Propositions

Question 35 : ***Quel serait le meilleur moyen pour être plus efficace en matière de prévention chez le jeune patient ?*** (Une seule réponse acceptée)

Les choix étaient inspirés des suggestions de l'HAS ou du rapport Bohl à l'ordre des médecins :

S'ils choisissaient la réponse « autre », ils devaient donner leur proposition.

Figure 23 : Moyens suggérés pour améliorer la prévention



Nombre en valeur absolue.

2 réponses n'étaient pas exploitables car 2 réponses ont été cochées

7 personnes n'ont pas répondu.

Les propositions évoquées par les médecins ayant rempli la case « Autres » étaient :

- Consultation dédiée tous les 2 ou 3 ans
- Consultation longue d'une durée de 40 minutes avec une cotation spéciale, avec possibilité de suivi
- Une consultation dédiée mais obligatoire pour toucher tous les publics et pas seulement les jeunes qui se sentent concernés.
- Former les médecins
- Faire de bilans de santé en espace santé jeunes par exemple
- Se décontracter sur le sujet.

IV- DISCUSSION

A. Analyse et interprétation des résultats

1. Analyse des pratiques de la population étudiée selon les référentiels

1.1. Les médecins généralistes

Un médecin généraliste voit en moyenne un adolescent par jour, mais il n'élargit qu'une fois sur deux le contenu de la consultation quand le motif est administratif, une fois sur trois quand il est somatique ². Il identifie donc mal les conduites à risques.

Le médecin traitant a vraiment la possibilité d'aider l'adolescent à passer des caps difficiles, à condition de profiter d'une consultation motivée par un problème ponctuel pour en élargir le contenu et établir une relation thérapeutique solide et durable. Ce constat a été le point de départ de cette étude, qui visait à étudier les comportements de ces médecins lors de leurs consultations usuelles avec les adolescents.

Pour cela nous avons établi la démographie de la population étudiée pour pouvoir la comparer à la population médicale française.

Dans notre étude, toutes les tranches d'âge des médecins en exercice étaient représentées avec une plus grande proportion de médecins de moins de 40 ans. La tranche 40-50 ans est la moins représentée. [Fig 1] [Fig 2]

Par rapport à la répartition des âges des médecins généralistes inscrits à l'ordre des médecins en 2013 ⁹, la répartition est légèrement différente avec 52 % de femmes et 48 % d'hommes (respectivement 42 % et 58 % selon l'ordre) [Fig 3]. Cependant les chiffres de notre étude font écho à la féminisation progressive actuelle de la profession. Par contre la répartition par âge diffère de la réalité car 64.4 % de médecins généralistes exerçant sur le territoire français ont plus de 50 ans. Dans notre étude, 38 % des répondants ont plus de 50 ans [Fig 24].

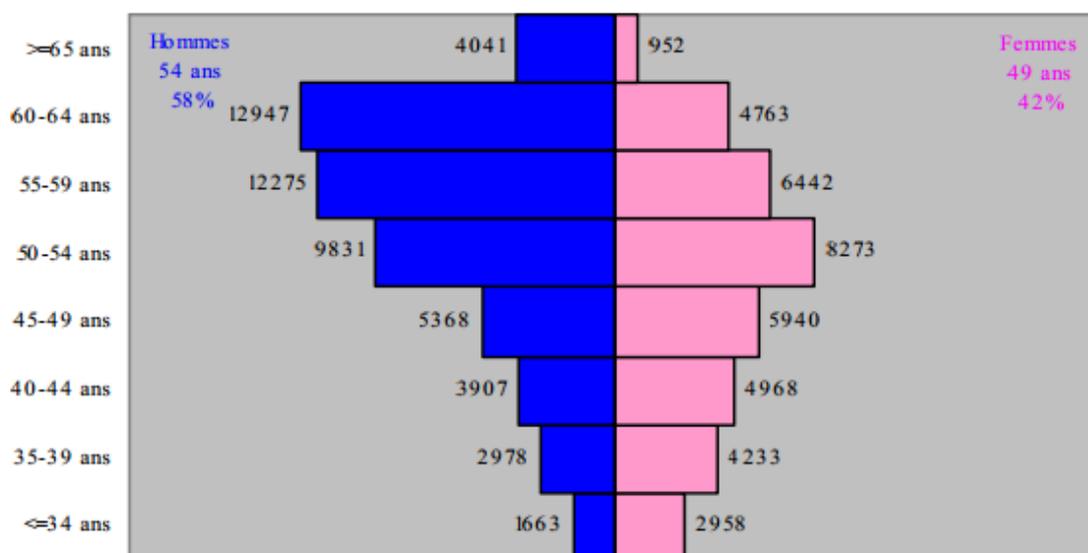


Figure 24 : Atlas de la démographie médicale 2013 (Conseil de l'ordre)
 Total : 91539 médecins généralistes inscrits à l'ordre en 2013

Pour ce qui était du mode d'installation, dans l'atlas de la démographie médicale 2013, 35 % des médecins généralistes français étaient salariés, 59 % exerçaient en libéral et 6 % avaient un mode d'exercice mixte. Dans notre étude on notait 18% de salariés et 81% de médecins libéraux (médecins installés et médecins remplaçants) [Fig 5].

La répartition sur le territoire des médecins dans la population étudiée différait aussi en comparaison avec la démographie médicale réelle.

En effet, 43 % des répondants à l'étude provenaient d'Ile de France, alors que 18% des médecins généralistes français sont installés dans cette région, 14 % des répondants provenaient de la région Rhône alpes (10 % des médecins français installés dans cette région). De même 9 % des médecins généralistes français sont installés en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et nous n'avons eu qu'1 % de répondants provenant de cette région.

1.2. Examen physique

L'examen physique est une importante partie de la consultation car il a pour objectif de faire prendre conscience à l'adolescent de son image corporelle. Il s'agit d'aborder la représentation du corps, soutenir un processus de narcissisation et de renforcement de l'estime de soi ³⁴. C'est un moment particulier où l'adolescent est en position vulnérable pour aborder un autre vecteur de conversation. Selon le groupe ADOC (ADOLEscents et Conduites à risque) qui ont établi une boîte à outils constituant un support d'appui à la relation entre l'adolescent et son médecin, l'examen physique doit être commenté ⁹. Chaque moment ou organe exploré fait lien ou métaphore avec une dimension de son existence. Il faut donc faire un commentaire pendant et non après, afin de susciter un échange sur les thèmes. Par exemple la pesée peut amener à parler de l'alimentation, le plaisir de manger, l'examen buccal peut faire aborder l'hygiène dentaire ou l'hygiène en

général : comme l'auscultation pulmonaire peut induire des questions sur le tabac ou la consommation de cannabis.¹⁰

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé conseillent de pratiquer un examen physique en expliquant avant ce que l'on va faire, en s'assurant de la confidentialité de l'examen (fermer les rideaux, faire sortir l'accompagnant s'il le désire) et en étant attentif aux signes de gêne et de douleur. Dans le cadre de l'examen physique, doivent être vérifiés les éléments suivants⁷:

- La température
- Le pouls
- La présence d'une anémie
- La présence d'une jaunisse
- La présence d'une lymphadénopathie
- La présence d'une suralimentation/dénutrition manifeste
- Auscultation, notamment des poumons
- Tout signe de gonflement ou de douleur à la palpation de l'abdomen
- La présence de problème dentaire et/ou gingival
- La présence de problèmes cutanés

Dans notre étude nous avons observé que le poids était la biométrie la plus mesurée systématiquement (63 %), suivi de la taille (42 %). [Tab.1]

Pour la pression artérielle et le développement général les résultats étaient plus nuancés. A parts à peu près égales les médecins mesuraient la pression artérielle systématiquement, une fois par an ou que si nécessaire (30 %, 29 % et 31 %). Idem pour l'évaluation du développement général (systématiquement 36 %, une fois par ans 30 %, que si nécessaire 20 %).

Par contre les caractères sexuels secondaires étaient les caractéristiques les moins évalués systématiquement. Les médecins interrogés ne s'y attardaient que si nécessaire pour 48 % d'entre eux, et une fois par an pour 30 %.

D'après les recommandations HAS et OMS, ces 5 items sont à évaluer très régulièrement si ce n'est à chaque consultation avec un adolescent. Si le poids et la taille sont déjà des mesures assez fréquemment prises de manière systématique en pédiatrie, il semble plus aisé de continuer à le faire à l'adolescence. L'évaluation du développement et des caractères sexuels secondaires sont spécifiques à l'adolescence et nécessite une extrapolation de la consultation par rapport à son motif initial. Pour cette raison on a observé une plus grande disparité dans les pratiques^{7 11}.

Pour la mesure de la pression artérielle, c'est une pratique systématique de l'examen clinique qui semble incontournable à l'âge adulte pour un grand nombre de médecins. Cependant elle semble l'être moins à l'âge adolescent.

Pour cette raison nous avons demandé aux médecins à quel âge commençaient-ils à la prendre. Le plus grand nombre de praticiens prenaient la tension artérielle à partir de l'âge de 10 ans (28 %) mais 15 % la prenaient à partir de 12 ans (puberté) et 18 % à partir de 16 ans (post-puberté, fin d'adolescence)).

1.3. Sexualité

Pour les risques liés à la sexualité, il est préconisé par les recommandations de la Haute Autorité de santé de créer des conditions nécessaires pour aborder avec tact la question de l'existence de relations sexuelles chez l'adolescent pour prévenir les infections sexuellement transmissibles ou les grossesses non désirées.

a. Relations sexuelles

Aborder la sexualité de façon systématique lorsque le motif de consultation est différent est difficile que ce soit une question de temps ou une question de difficulté à aborder des sujets « sensibles ».

La population étudiée ne le faisait souvent que pour 27 %, et 53 % seulement si nécessaire. Ils ne demandaient pas non plus régulièrement si les adolescents sont en couple ou fréquentent une ou plusieurs personnes, 52 % ne le faisaient que si nécessaire. La question semble moins évidente que chez un adulte. De même 47 % des médecins ne demandaient des informations sur leurs partenaires comme leur âge que si nécessaire, et 25 % ne le faisaient jamais. Fréquenter plusieurs personnes à la fois⁴⁸ ou avoir un partenaire plus âgé⁴⁹ sont des facteurs de risque d'infection sexuellement transmissibles.

Par contre il serait important de savoir, lorsqu'un adolescent consulte s'il a commencé à avoir des relations sexuelles, cela ouvrirait vers un dépistage des infections sexuellement transmissibles ou des grossesses non désirées. D'autant plus qu'on observe un rajeunissement de l'âge d'entrée dans la sexualité par rapport aux générations précédentes. Actuellement l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17.2 ans pour les garçons et 17.6 ans pour les filles¹². Cinquante-quatre pourcents des hommes de 15 à 19 ans se déclarent sexuellement actifs versus 46% des femmes de cette tranche d'âge, la sexualité est donc d'autant plus un sujet à aborder avec les adolescents.³

b. Infections sexuellement transmissibles

En dehors de la recherche de facteurs de risque comme nous avons vu précédemment, 33 % des médecins généralistes interrogés abordent systématiquement les infections sexuellement transmissibles (IST), 52 % ne l'abordaient que lorsqu'ils parlent de contraception ou de sexualité.

Quarante-sept pourcent proposaient un dépistage systématique des IST à l'occasion d'un bilan prescrit pour un autre motif, 27 % le faisaient à chaque partenaire comme recommandé, 20 % le prescrivaient à la demande.

Chez leurs patients en général, la plupart des médecins généralistes ont déclaré que la dernière prescription d'un test de dépistage VIH s'est faite à la demande du patient (58.2 %) et seulement 34 % à l'initiative du médecin ¹⁵.

Une faible proportion des personnes sexuellement actives rapportent un antécédent d'infection sexuellement transmissible (IST). L'incidence cumulée de ces infections (virales, bactériennes ou parasitaires), sur les cinq dernières années, est de 2,3 % chez les femmes et de 1,3 % chez les hommes. Ces taux ne constituent pas un indicateur de la prévalence de ces infections qui, pour la plupart, restent asymptomatiques et non diagnostiquées. La faiblesse de ces taux, comparativement aux données des enquêtes de dépistage systématique, déjà observée dans l'enquête Baromètre santé 2000 ¹⁶, confirme l'hypothèse d'une insuffisance de dépistage précoce de certaines IST en France. La prévalence plutôt faible des IST ne rend pas indispensable de parler de ce sujet de façon systématique. La plupart des médecins de la population étudiée abordaient le sujet dans des situations plutôt générales comme lors d'une consultation pour la contraception ou d'un bilan prescrit pour une autre raison. Ces pratiques semblaient donc plutôt en lien avec les recommandations.

Les infections à chlamydia et gonocoque dans la population hétérosexuelle, font craindre une diffusion de contaminations par d'autres IST telles que le VIH, même si la diffusion du virus est pour l'instant limitée dans ce groupe. De plus, l'infection à Chlamydia Trachomatis est, la première cause de stérilité chez la femme et un facteur de risque de grossesse extra utérine, et cette infection plus fréquente dans la population des 18-24 ans selon l'étude Natchla de 2006 ⁵⁰. Il est donc important que dépister ces infections assez régulièrement d'autant plus qu'elles peuvent être asymptomatiques.

Aux Etats unis, l'American Medical Association, et l'American Academy of Pediatrics recommande un dépistage annuel des IST chez les adolescents sexuellement actifs ^{17 18}.

c. Contraception

Préservatif : Lors du premier rapport, le recours au préservatif se maintient à un niveau élevé. Ainsi 86.2 % des hommes et 84.2 % des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2000 et 2005 ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de ce rapport ¹⁵.

La culture du préservatif semble assez bien ancrée chez les patients comme chez les médecins car 58 % déclaraient parler régulièrement de l'importance de la protection par préservatif. Les campagnes de sensibilisation et l'insistance des médias sur le sujet y sont probablement pour quelque chose. ³

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les taux estimatifs de grossesse en cas d'utilisation parfaite du préservatif (la méthode est employée exactement comme elle doit l'être et lors de chaque rapport sexuel est de 3 % à 12 mois ¹⁹.

Le taux d'efficacité du préservatif le plus fréquemment mentionné correspond à une utilisation classique, soit parfaite, soit imparfaite (c'est-à-dire lorsque le préservatif n'est pas utilisé lors de chaque rapport sexuel ou qu'il est utilisé incorrectement). Le taux de grossesse en cas d'utilisation classique peut être beaucoup plus élevé (10-14 %) qu'en cas d'utilisation parfaite, mais cela est dû principalement à une utilisation irrégulière et incorrecte, et non pas à un échec du préservatif, qui est rare. On parle d'échec lorsque le préservatif casse ou glisse complètement pendant l'acte sexuel ¹⁹.

Il semble indispensable de demander alors aux jeunes patients s'ils utilisent régulièrement le préservatif et aussi s'ils savent l'utiliser. Dans notre échantillon, 23 % des médecins généralistes demandaient régulièrement aux adolescents s'ils savent correctement utiliser les préservatifs, 20 % n'abordaient le sujet que si nécessaire et 18 % ne l'abordaient jamais. Il semble que les médecins ne sont pas suffisamment sensibilisés aux chiffres liés à l'échec du préservatif. La plus grande partie (30 %) de ces médecins attendait qu'on leur parle de ce sujet avant de l'aborder.

Pour appuyer une discussion sur l'importance du préservatif, avoir des échantillons à distribuer au cabinet peut être bénéfique car on passe de l'explication orale qui peut souvent être insuffisamment percutante, à l'action directe qui entraîne un passage à l'acte pratiquement intuitif.

Contraception médicale : La pilule oestro-progestative était universellement prescrite par la population étudiée cependant pour 37 % d'entre eux il s'agit de l'unique moyen de contraception prescrit et proposé. Seuls 33 % des répondants prescrivaient au moins 3 moyens de contraceptions différents parmi ceux proposés. Dans la population des jeunes femmes concernées par un risque de grossesse imprévue, l'utilisation de la pilule contraceptive est massive (79 %). On observe aussi une percée de nouvelles méthodes comme l'implant l'anneau ou le patch mais plutôt chez les femmes de 25 à 29 ans. Le dispositif intra utérin est également plus diffusé qu'avant mais principalement chez les plus de 20 ans.

Pour ce qui est de la durée de prescription des contraceptifs, 55 % des médecins la prescrivaient pour 6 mois ou 1 an et 34% la prescrivaient pour 3 mois. Si pour une femme adulte, la prescription de longue durée de leur contraception est un confort à leur accorder surtout si cette contraception est bien maîtrisée et sans effet secondaire, chez les jeunes filles il faudrait ajouter une notion de surveillance. Si la jeune patiente est vue tous les 3 mois, le dépistage peut être plus aisé, avec un suivi des événements de la vie sexuelle et donc des éventuels facteurs de risque de grossesse ou d'infection sexuellement transmissible. De plus, cela peut être l'ouverture pour d'autres thèmes de prévention à

aborder au fur et à mesure. Peu de généralistes ne prescrivait la pilule qu'en dépannage (8%).

Contraception d'urgence : La Haute Autorité de Santé préconise de prescrire à l'avance une contraception d'urgence au cas par cas, sans qu'il n'y ait de situations caractérisées à priori, et d'accompagner cette prescription d'une explication et d'information sur la contraception régulière et la prévention des IST.

Trente-quatre pourcent des médecins interrogés la prescrivait en association avec la contraception régulière. Vingt-huit pourcent ne le font jamais.

Pour ce qui est des informations sur la façon d'utiliser les moyens de contraception prescrits, 83 % le faisaient systématiquement. Seulement 1 % des médecins interrogés ne saurait pas l'expliquer. Selon le baromètre santé 2010, l'utilisation récente de la contraception d'urgence est très fréquente surtout avant 20 ans et 40 % des jeunes filles 15-19 ans l'auraient déjà utilisée au cours de leur vie.

Grossesses : S'intéresser à la contraception chez les adolescentes permet de réduire efficacement les grossesses précoces et imprévues, pouvant donner lieu à des complications. Près de 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année dans le monde selon l'OMS ²⁰. Ces grossesses sont à risques, surtout dans les pays en voie de développement mais ces risques peuvent être transposés dans les milieux précaires en France. Les enfants nés de mères adolescentes ont globalement un plus grand risque d'avoir un faible poids de naissance ou de naître prématuré car les grossesses sont mal suivies, les conduites addictives poursuivies et une hygiène de vie moins bonne que les femmes plus âgées. Cela a un impact direct sur la santé actuelle et à venir de ces enfants.

Plus d'un tiers des femmes enceintes au moment de l'enquête du baromètre santé 2010 ou l'ayant été dans les cinq dernières années déclarent une grossesse imprévue (soit 12 % de l'ensemble des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives). Par ailleurs, en France on dénombre 14 500 interruptions volontaires de grossesse (IVG) par an chez les mineures selon le rapport du Pr Nisand (Gynécologue-obstétricien au CHU de Strasbourg) ⁵ établi fin 2011, ce qui représente un chiffre élevé. La France possède un taux global d'IVG nettement plus élevé que dans la plupart des pays d'Europe de l'ouest.

d. Jeunes hommes et contraception

Parler de contraception aux garçons ne semble pas être une évidence car les réponses étaient contrastées.

Alors que le site « choisir sa contraception » ²¹ développé par le ministère de la santé revendique le fait que « la contraception n'est pas qu'une affaire de filles », seulement 22 % des médecins interrogés en parlaient avec les jeunes garçons. Trente-quatre pourcent d'entre eux n'en parlaient qu'au décours d'une situation en lien avec la contraception et seulement 30 % si l'adolescent leur en parlait.

Impliquer les hommes dans la contraception est un moyen efficace d'améliorer les pratiques contraceptives et notamment l'observance.

e. Examen gynécologique et frottis cervico-vaginal

Pour ce qui est de l'examen clinique gynécologique, 45 % des médecins généralistes déclaraient le proposer systématiquement une à deux fois par an à leurs adolescentes, que ce soit eux qui le pratiquent ou un gynécologue, 37 % ne le proposaient que s'il y a un problème gynécologique.

L'HAS recommande un examen gynécologique qui peut être différé de la consultation d'une première demande de contraception. Un examen annuel serait à préconiser dès le début de la vie sexuelle ¹⁰.

Le frottis cervico-vaginal de dépistage est recommandé par l'HAS tous les 3 ans chez toutes les femmes de 25 à 65 ans, vaccinées ou non, après 2 frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle. Cependant, devant des adolescentes ayant débuté leur vie sexuelle très tôt (bien avant l'âge moyen de début des relations sexuelles qui est de 17,6 ans chez les filles), certains praticiens débutent le dépistage plus tôt. Aux Etats-Unis par exemple, le frottis est recommandé par l'American Medical Association à partir de 18 ans et chez toutes les adolescentes sexuellement actives ¹⁷.

Ainsi 38.5 % prescrivait un frottis aux jeunes filles après 25ans, 25 % le prescrivait à partir de 20 ans et 17 % commençaient avant 20 ans. Selon le collège national des gynécologues obstétriciens français, pratiquer un frottis plus tôt que 25 ans peut se justifier en cas de début précoce des relations sexuelles ou des facteurs de risque accrus d'infection sexuellement transmissible comme la pluralité de partenaires et donc le plus grand risque de transmission du papillomavirus ⁵¹. Mais cela est contraire aux recommandations.

Près d'un tiers des généralistes interrogés réalisaient eux même les frottis ce qui est déjà une avancée.

f. Anonymat des adolescents

Le centre de planification et d'éducation familiale restait la structure la plus connue par les médecins généraliste (70 %) comme lieu où l'anonymat et la gratuité peut être préservés. Près de 60 % d'entre eux connaissaient aussi le centre de dépistage anonyme et gratuit le plus proche de leur cabinet ou lieu d'exercice. Par contre les « espace santé jeunes » qui sont des « lieux d'information, d'écoute, d'évaluation et d'orientation destinés à faciliter l'accès des jeunes aux services de soins et à les sensibiliser à leur propre santé » restaient assez méconnus (environ 20 %) ces lieux sont des environnements privilégiés pour dispenser des messages de prévention chez les adolescents et pouvoir recevoir des soins en tout anonymat vis-à-vis des parents ou de l'assurance maladie.

Seulement 23 % des médecins interrogés sauraient adresser les jeunes patientes vers un centre d'IVG anonyme et gratuit.

g. Prévention et vie sexuelle

Seuls 79.7% des généralistes estimaient de leur rôle de la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle selon l'enquête du Haut conseil de la santé publique en décembre 2011, publiée dans la revue « actualité et dossier en santé publique ». En effet il s'agit d'un des thèmes les moins faciles à aborder car seuls 58.7% disent aborder facilement les questions relatives la vie affective et sexuelle ¹⁴. Dans notre étude, 82% de la population étudiée était d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'aborder la sexualité en consultation de façon systématique était pertinent.

1.4. Vaccinations

La vérification des vaccinations était quasi systématique par les médecins généralistes (90 %). Cela vient probablement du fait de la continuité des vérifications faites à l'âge pédiatrique. La vaccination obligatoire à 11 ans et à 16 ans devraient alors être bien effectuée. Cela implique que l'adolescent emmène avec lui en consultation son carnet de santé assez régulièrement. Paradoxalement, moins de la moitié des adolescents sont à jour de la vaccination contre le virus de l'hépatite B. La vaccination Diphtérie-tétanos-Polio-Coqueluche-Haemophilus influenzae B a la couverture la plus importante. Pour la 2^{ème} injection du Rougeole-Oreillons-Rubéole, le vaccin contre l'hépatite B et le méningocoque C, la couverture est insuffisante mais en progrès. Pour la première injection du ROR, le rappel de coqueluche à l'adolescence et le rappel tous les 10 ans du DTP, la couverture vaccinale est insuffisante et stable.

Pour la vaccination par Papillomavirus, 80 % de la population étudiée déclarait le proposer systématiquement à toutes les jeunes filles. Ce chiffre détonne avec les chiffres de la couverture vaccinale des jeunes filles par le vaccin contre le papillomavirus établis par l'institut de veille sanitaire. En effet seulement un tiers des jeunes filles concernées par la recommandation de vaccination contre HPV ont été complètement vaccinées. Les chiffres dans la population étudiée étaient donc bien meilleurs.

A noter que l'étude a été réalisée avant les discussions médiatisées sur l'implication de ce vaccin dans la survenue de sclérose en plaques chez des jeunes filles.

1.5. Santé en général

a. Surpoids et obésité

Il s'agit un problème de santé publique majeur. Selon la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations pour la pratique clinique de septembre 2005 sur la prévention individuelle

chez les patients de 7 à 18 ans. Pour prévenir l'obésité et la dépister, il est nécessaire de suivre le poids régulièrement ainsi que la taille pour évaluer l'indice de masse corporelle et de suivre sa courbe sur le carnet de santé. Aussi un dépistage des complications liées à l'obésité comme le syndrome s'apnée du sommeil ou les douleurs articulaires, ainsi qu'un dépistage de la mésestime de soi et du retrait social lié à l'obésité sont préconisés.

Comme nous l'avons vu précédemment le poids était la constante la plus mesurée lors de l'examen. L'indice de masse corporelle, qui permet de repérer un surpoids ou une obésité était mesuré par 67 % des médecins interrogés. Cette variable est en général calculée systématiquement par le logiciel informatique, si on relève lors de la consultation le poids et la taille. Calculer systématiquement cet indice permet d'objectiver l'évolution de la corpulence et d'en définir la courbe qui est une donnée assez parlante pour les patients. Le calculer si nécessaire, comme pour 30% des médecins interrogés, reviendrait à s'en remettre à son évaluation visuelle de la corpulence qui peut être altérée par la perception du médecin bien plus subjective que scientifique.

Selon les recommandations HAS¹⁰, le poids et la taille devraient être mesurés au moins deux fois par an à partir de l'âge de 2 ans jusqu'à l'âge adulte pour calculer l'IMC et pouvoir tracer la courbe du poids de la taille et de la corpulence et les reporter dans le carnet de santé. Il est recommandé d'être particulièrement attentif à la dynamique de la courbe d'IMC.

Il est de même recommandé d'être vigilant aux signes d'alerte suivants :

- ascension continue de la courbe depuis la naissance ;
- rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé) ;
- changement rapide de couloir vers le haut.

Ces signes sont associés à un risque plus élevé de développer un surpoids et une obésité.

Au niveau international L'American Medical Association dans les « Guidelines for adolescent preventive services »¹⁷ recommande que tous les adolescents soient dépistés annuellement vis-à-vis de l'obésité en déterminant leur poids et leur taille et en les interrogeant sur leur image corporelle et leurs préoccupations alimentaires. Les adolescents avec un IMC > 95^e percentile sont en surpoids et doivent avoir une évaluation diététique et médicale détaillée pour déterminer la morbidité psychosociale et le risque futur de maladie cardiovasculaire.

Les adolescents ayant un IMC entre le 85 et le 94^e percentile sont estimés à risque de devenir en surpoids : une évaluation diététique et médicale détaillée si la prise de poids est rapide ou s'il y a des facteurs de risque cardiovasculaire associés.

La question de la pratique d'exercice physique était largement abordée par les généralistes (75 %) par contre les habitudes alimentaires n'étaient demandées que si nécessaire pour 54 % d'entre eux. L'équilibre alimentaire est pourtant tout aussi important que la pratique sportive dans la prévention contre le surpoids. La Haute Autorité de santé recommande d'ailleurs une approche diététique dans la prise en charge du surpoids chez l'enfant et l'adolescent selon les recommandations du Plan national Nutrition Santé²⁴ (5 fruits et légumes par jour, limiter les aliments gras et sucrés...) sans interdire d'aliment ou faire un

régime restrictif. Elle recommande aussi la pratique d'au moins 60 minutes d'activités physiques par jour à cet âge et de limiter les activités sédentaires. Les jeunes de 12-30 ans consomment encore moins de fruits, légumes, poissons que leurs aînés mais plus de produits laitiers et de boissons sucrées, et ils sont nombreux à sauter un repas ³. Pourtant leurs besoins nutritionnels sont spécifiques à l'accélération de la croissance à cette période, une alimentation équilibrée est alors nécessaire.

En 2006, 18% des enfants de 3 à 17 ans était en surpoids, 3.5 % étaient obèses. La probabilité pour un enfant obèse de le rester à l'âge adulte est de 20 à 50 % avant la puberté et de 50 à 70 % après la puberté ²⁵.

b. Prévention des maladies

D'après notre étude les troubles visuels et auditifs n'étaient dépistés en majeure partie que si nécessaire (42 % et 46 %), l'état dentaire est dépisté à 40 % au moins une fois par an. Les antécédents familiaux pour les pathologies à risque héréditaire et les allergies ou l'asthme sont les seuls items bénéficiant en majeure partie un dépistage systématique.

L'hygiène n'était évaluée que si nécessaire pour 55 % des médecins interrogés. Pourtant ces thèmes sont cités comme devant faire partie d'un dépistage systématique en consultation par la haute autorité de santé

1.6. Psychologie

Le suicide est la 2eme cause de mortalité à cet âge. Les tentatives de suicide sont beaucoup plus nombreuses avec 50 à 60 tentatives pour 1 décès, elles concernent 9 % des adolescents entre 14 et 19 ans en moyenne nationale ²⁶. Selon le rapport du Dr Isabelle Bohl de 2011 pour le conseil de l'ordre des médecins ¹, chaque année en France, 20 % des lycéens songent au moins une fois au suicide et entre 600 et 800 jeunes de 14 à 24 ans en meurent. Soixante-huit pourcent des jeunes ayant déclaré avoir pensé à se suicider ont été jusqu'à imaginer comment s'y prendre. Vingt-trois pourcent des jeunes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide ont rapporté qu'ils étaient vraiment décidés à mourir et 60 % qualifient leur acte « d'appel à l'aide »

A la lumière de ces chiffres, l'évaluation de l'état psychologique semble primordiale pour prévenir le risque suicidaire. Pourtant 60 % des médecins interrogés n'évaluaient l'état psychologique des adolescents que quand ça leur paraît nécessaire.

Par contre la grande majorité d'entre eux interrogeaient leurs jeunes patients sur le climat familial, l'environnement scolaire ou leur travail, ou recherchaient une situation d'échec scolaire (plus de 80 % pour chaque item). Plus de la moitié des généralistes recherchaient la présence d'une situation de précarité (61 %) et 67 % évaluaient le risque suicidaire chez les adolescents. La précarité est un des facteurs associé aux tentatives de suicide et pensées suicidaires.

Dans ce contexte les symptômes psychologiques doivent être recherchés car même la moitié des décès par suicide surviendraient en dehors d'un état dépressif caractérisé, ces symptômes peuvent amener à ouvrir la conversation sur le thème et permettre un meilleur dépistage des fragilités psychologiques.

Les idées noires, les moments de déprimés et les crises d'angoisse sont dépistés par près de la moitié de la population étudiée mais 22 % d'entre eux ne posaient pas du tout de question sur d'éventuels symptômes psychologiques. Pourtant ce thème apparaissait tout à fait pertinent pour 61% des personnes interrogées.

Les troubles dépressifs peuvent apparaître à l'adolescence sous forme d'irritabilité, d'un désinvestissement scolaire, de plaintes somatiques ou d'agressivité. Sur un an 8.5 % des jeunes de 15 à 24 ans sont en dépression ²⁷.

1.7. Sécurité

Sur le thème de la sécurité physique et morale, la grande majorité des généralistes interrogés (66%) ne demandaient pas aux jeunes patients s'ils ont déjà été victimes de violence, ils ne demandent pas non plus s'ils se sentent en sécurité dans leur environnement quotidien. Les violences subies concernent 17 % des jeunes : 15 % sont physiques, 4 % sexuelles, et 2 % des deux types ¹.

Pour ce qui est des conduites à risques, 77 % des médecins interrogés ne demandaient pas aux adolescents s'ils conduisent un deux-roues ou une voiture. Pourtant, les accidents de la route, avec les accidents domestiques sont la première cause de mortalité dans la tranche d'âge étudiée. En 1993, 6000 jeunes ont perdu la vie dont 3000 par accidents ¹. En 2005, 15.7 % des 15-25 ans déclaraient un accident assez grave pour avoir nécessité une consultation médicale.

Par contre, une grande partie des généralistes demandaient à leurs jeunes patients s'ils ont un sommeil suffisant. Un quart des jeunes de 15 à 30 ans serait en dette de sommeil ce qui engendre somnolence et se répercute sur le temps scolaire ³.

Le thème de la sécurité est jugé tout à fait pertinent pour 45 % des médecins interrogés.

1.8. Addictions

Ce thème appartient aux grands thèmes de prévention adaptés aux adolescents. Il s'agit de la période des premières expériences et de la recherche des limites. C'est la période où débutent les addictions.

Au sujet de la consommation de produits, il est proposé par la Haute Autorité de Santé de rechercher l'existence d'une consommation régulière ou occasionnelle de tabac ¹⁰. Un début

précoce doit inciter à rechercher une consommation de cannabis, d'alcool, la prise d'anxiolytiques mais aussi des relations sexuelles précoces ou des conduites à risque. Le questionnaire ADOSPA, qui dure 5 minutes peut être utile en complément de ces questions.

La question du tabac était largement abordée par les généralistes. Elle s'est ancrée dans les pratiques usuelles de prévention et devient une question quasi systématique à l'âge adulte au même titre que la question des antécédents médicaux. A l'âge adolescent, par extension, ce thème est donc plus largement évoqué, comme dans notre étude où 83 % des généralistes demandaient systématiquement si le patient adolescent fume. Une enquête de 2011 sur la prévention dans Actualité et Dossier en santé publique (ADSP)¹⁴, la revue du haut conseil de santé publique, parler du tabagisme était déclaré facile pour 9 médecins sur 10 et une majorité de médecins (63.2 %) abordaient cette question au moins une fois avec chaque patient (dans la population générale). La France est parmi les pays où la prévalence tabagique chez les jeunes est la plus élevée en Europe avec 38 % de fumeurs à 16 ans. Les jeunes de 15 à 30 ans sont les plus nombreux à fumer avec 44 % de fumeurs dont 36 % de fumeurs quotidiens. Aussi les jeunes de cette tranche d'âge sont les moins nombreux à envisager d'arrêter malgré le fait qu'ils se sentent bien informés sur le sujet. L'âge d'initiation au tabac a été retardé (15.2 ans sur la période 2000-2005 et 15.6 ans sur la période 2005-2010)³.

Au sujet de l'alcool, soixante-trois pourcents des médecins demandaient aux adolescents systématiquement s'ils consomment de l'alcool, 51% évaluaient la consommation d'alcool lorsque l'adolescent déclare consommer de l'alcool occasionnellement et 46 % ne dépistaient l'alcoolisation massive en soirée (binge-drinking) que si nécessaire.

Pourtant l'alcool chez les adolescents est un problème d'actualité, avec une initiation de plus en plus précoce (au collège). Les années lycée ne constitueraient pas une phase d'initiation mais plutôt d'ancrage des usages, au cours desquelles s'initient les comportements d'alcoolisation excessive. Effectivement, le mode de consommation ne se calque pas à celui des adultes car il s'agit de consommation le week-end, en général en très grande quantité, d'alcools forts, avec des états d'ivresse de plus en plus fréquents. Entre 2005 et 2010 on note une stabilisation de la consommation régulière à des niveaux très bas associée à une augmentation des ivresses ponctuelles et épisodes d'ivresses. Un tiers de 15-19 ans déclaraient au moins une ivresse dans l'année en 2010 contre un quart en 2005. Chez les 15-75 ans, l'âge moyen de la première ivresse est de 19 ans, chiffre qui reste stable. Le groupe des jeunes de moins de 15 ans apparaît comme particulièrement vulnérable.^{3 28} Une étude canadienne récente a ainsi montré que 10 ans après le début de la consommation :

- parmi ceux qui ont commencé à boire régulièrement à 11 ou 12 ans : 13 % présentent une consommation abusive et 16 % répondent aux critères de la dépendance ;
- parmi ceux qui ont commencé à boire à 19 ans ou plus, seulement 2 % sont devenus consommateurs abusifs et 1 % consommateurs dépendants 10 ans plus tard²⁹.

Le binge-drinking est un phénomène spécifique à cette tranche d'âge et qui peut avoir des conséquences tout aussi néfastes qu'une consommation régulière. En effet, en dehors des risques de l'ivresse aiguë, ce mode de consommation peut avoir des conséquences à moyen terme sur le plan cognitif et social, et à long terme peut mener à une dépendance à l'alcool si le binge-drinking est répété.

Dans le baromètre santé médecins généralistes 2009 ³⁰, 2 médecins sur 5 évoquaient une difficulté à parler de l'alcool avec leurs patients.

Dans l'enquête de l'ADSP ¹⁴, la majorité des médecins interrogés déclaraient aborder la consommation d'alcool uniquement avec leurs patients qu'ils jugent « à risque ».

Le cannabis n'était pas aussi forcément abordé systématiquement, les médecins interrogés ne posaient la question que si nécessaire à 49 %. Pourtant il s'agit de la substance illicite la plus consommée chez les adolescents et c'est la drogue psychoactive illicite dont l'expérimentation est la plus précoce (17 ans) selon l'OFTD (Observatoire français des drogues et des toxicomanies). Entre 15 et 30 ans, 51 % des hommes et 38 % des femmes déclaraient entre 2005 et 2010 avoir déjà consommé du cannabis dans leur vie, 13 % des femmes et 28 % des hommes en avaient consommé dans les douze derniers mois ³. La moitié des lycéens de trente pays d'Europe déclaraient avoir déjà consommé du cannabis ¹³. Dans l'enquête de l'ADSP, 90.2 % des médecins déclaraient que la prévention dans le domaine du cannabis faisait partie de leur rôle (alors que 95 % pensaient que la prévention en général relève de leur rôle) ¹⁴.

Il en est de même pour les autres drogues illicites, car 45 % des médecins interrogés ne posaient la question de leur consommation que si nécessaire. Seuls 57 % des médecins interrogés disaient aborder facilement les questions relatives aux drogues illicites avec leurs patients en général ¹⁴. A cet âge les drogues les plus consommées en France sont le Poppers et la cocaïne, produit qui se « démocratise » ces dernières années.

Une autre pratique spécifique à l'adolescence et pouvant amener à une addiction et des troubles du comportement en cas d'utilisation excessive, il s'agit de la pratique de jeux vidéo. Ce thème était par contre assez délaissé car 19 % des médecins abordaient le sujet au moins une fois par an, près d'un tiers ne l'abordaient que si nécessaire et 31 % que si le patient leur en parle. Jouer aux jeux vidéo fait aussi partie des activités dites « sédentaires » pouvant amener à un manque d'activités physiques et donc un risque de surpoids ou d'obésité. La pratique des jeux vidéo est plus que courante car 99 % des jeunes entre 12 et 17 ans y jouent dont 83 % au moins une fois par semaine et 42 % tous les jours ³². Les recommandations internationales préconisent de passer moins de 2 heures par jour sur un média (ordinateur, télévision, console de jeux) hors 91.5 % des jeunes collégiens déclaraient dépasser ce seuil.

La question des addictions apparaissait tout à fait pertinente pour 72 % des médecins interrogés.

1.9. Prévention

Cette question avait pour but une auto-évaluation des pratiques préventives en consultation courante avec les adolescents de la patientèle des médecins interrogés.

Les généralistes interrogés dans une enquête publiée dans la revue trimestrielle ADSP (Actualité et dossier en santé publique) ¹⁴ du Haut Conseil en Santé public en décembre 2011, estimaient très majoritairement que la prévention relève de leur rôle et de leur compétence. Plus de 95 % s'accordaient à dire qu'elle doit être faite par eux même et ils envisageaient de manière moins fréquente la mise en œuvre de la prévention par d'autres professionnels.

Si en général plus de la moitié des médecins se sentaient efficaces dans les thèmes suivants : santé publique et vaccinations, contraception, infections sexuellement transmissibles ; cela est différent pour la sexualité, la prévention des pathologies à risque héréditaire, l'obésité, la sexualité et la prévention des risques suicidaires.

Ces thèmes étant tous cités dans les recommandations HAS et OMS.

Ces résultats étaient similaires à ceux recueillis lors d'une étude sur les pratiques d'un panel de 600 généralistes en matière de prévention dans la région Provence Alpes Cotes d'Azur ³³ en 2006 (Inserm). En effet les médecins se sentaient globalement efficaces vis-à-vis des actes préventifs ou éducatifs qu'ils mettent en œuvre à l'exception de la prévention des accidents de la vie courante, de l'alcoolisme et de l'usage de drogues pour lesquels moins de 40% des médecins avaient un sentiment d'efficacité.

Cet étude observait une augmentation des actes de prévention par les généralistes avec en 2006, deux tiers des médecins qui auraient déclaré une augmentation de la part de leur activité consacrée à la prévention et au dépistage au cours des 5 dernières années et plus de la moitié des médecins considère qu'ils devraient s'impliquer davantage dans les actions de prévention

Le temps de consultation trop court était le principal obstacle à une bonne prévention pour 30 % des médecins interrogés, suivi du fait que les adolescents consultent peu (25 %) et qu'ils sont accompagnés de leurs parents (22 %). Par contre seulement 4 % pensaient que le fait de suivre ces jeunes patients depuis leur naissance et de connaître leur famille serait le principal obstacle.

La grande majorité des médecins étaient tout à fait d'accord pour dire qu'insister sur la prévention chez les adolescents est pertinent.

A noter que le niveau de preuve des recommandations HAS et OMS citées reste incertain (non renseigné).

2. Résultats inattendus

2.1. Résultats discordants des recommandations

Trois thèmes émergeaient quant aux réponses qui n'étaient pas concordantes avec les recommandations

a. La sexualité

Plus de la moitié des médecins de la population étudiée abordaient insuffisamment les relations sexuelles. Des questions qui pourraient être banales chez des patients plus âgés n'étaient pas posées. Par exemple, ils ne demandaient s'ils étaient en couple ou fréquentaient plusieurs personnes que si nécessaire, de même pour les informations sur leurs partenaires. Pourtant, fréquenter plusieurs personnes ou avoir un partenaire plus âgé ont été définis comme des facteurs de risque d'infection sexuellement transmissibles.

Aussi, les sujets ne semblaient pas vraiment parler de sexualité aux jeunes hommes. Il est pourtant établi qu'impliquer les garçons dans la contraception améliore l'observance et l'efficacité de la contraception.

Au niveau international, l'American Medical Association préconise d'interroger annuellement tous les adolescents à propos de leurs comportements sexuels pouvant entraîner une grossesse non désirée ou une infection sexuellement transmissible.

b. La psychologie et la sécurité

Soixante pourcent de la population étudiée n'évaluaient l'état psychologique des patients que si nécessaire. Cela signifie que ces médecins attendaient des symptômes avant de dépister un éventuel risque suicidaire. Or, la moitié des décès par suicide surviendrait en dehors d'un état dépressif caractérisé, et le mal-être se traduit souvent par des plaintes somatiques banales qui peuvent passer inaperçues en consultation. Il faudrait donc avoir un dépistage plus large et plus systématique pour prévenir ces décès par suicide. Ce chiffre était étonnant car dans la question suivante les médecins semblaient quand même rechercher les facteurs de risque associés au risque suicidaire (climat familial hostile, précarité, problèmes relationnels à l'école ou au travail, échec scolaire).

Au sujet des troubles anxieux : moins de la moitié de la population étudiée recherchaient des symptômes psychologiques comme les idées noires, les moments de déprime, les phobies ou les crises d'angoisse. De même dans le thème de la sécurité, qui nous avons vu est en lien étroit avec l'état psychologique et le risque suicidaire, les médecins dans la population étudiée ne dépistaient pas pour la plupart les violences subies et

l'insécurité à la maison, à l'école, sur le lieu de travail (premier item à évaluer dans le questionnaire HEADSS). Seul le sommeil était évalué.

Il est pourtant recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) d'interroger l'adolescent sur la qualité de son sommeil, sur l'existence de plaintes somatiques répétées avec examen clinique normal, de questionner sur l'existence d'une anxiété de performance (scolaire) et d'évaluer l'existence d'un absentéisme scolaire.

Pour les conduites suicidaires, il est préconisé de rechercher en présence d'idées suicidaires, un antécédent de tentative de suicide surtout récent (moins d'un an) ce qui est un indicateur du risque de passage à l'acte.

Pour dépister un état dépressif, le groupe de travail de l'HAS propose de s'appuyer sur l'existence d'une rupture par rapport à l'état antérieur en explorant les domaines scolaires, sociaux et familiaux. Aussi il faut rechercher des changements dans le sens de « trop » (agitation, irritabilité) et du « pas assez » (retrait isolement) ainsi que des plaintes somatiques répétées ou multiples.

Dans notre étude ce dépistage semblait être insuffisant.

Sur le plan international L'American Medical Association recommande de dépister tous les ans entre 11 et 21 ans, les comportements et émotions pouvant indiquer un risque dépressif et/ou suicidaire ; en particulier l'infléchissement scolaire, une tristesse mélancolique persistante, des dysfonctionnements familiaux, une orientation sexuelle homosexuelle, des abus sexuels ou des antécédents de maltraitance, la consommation d'alcool et de drogues, des antécédents suicidaires, des idéations suicidaires.

Aussi dans le thème de la sécurité, 77 % des médecins ne demandaient pas si les jeunes patients conduisaient un deux-roues ou une voiture. Les accidents étant la première cause de mortalité à cet âge, il serait important de poser ces questions et d'insister sur l'importance de conduire de façon responsable.

c. Les addictions

La consommation d'alcool est comme nous l'avons vu fréquente à cet âge, débute de plus en plus jeune avec un mode de consommation excessif. Si la majorité de la population étudiée demandait si le jeune patient buvait de l'alcool, la consommation régulière ou ponctuelle mais massive n'était dépistée de façon plus insuffisante. Seuls 51 % n'évaluaient la consommation d'alcool systématiquement et 42 % que si nécessaire ; et 46 % ne dépistaient le binge-drinking que si nécessaire. « Si nécessaire » dans ce contexte signifierait qu'il y a des signes de consommation excessive ou régulière, cependant ces consommations passent le plus souvent inaperçues.

De même, la consommation de cannabis et d'autres drogues illicites n'étaient dépistées que si nécessaire par près de la moitié des médecins de la population étudiée.

Au niveau international L'American Medical Association recommande lors d'une visite systématique tous les ans entre 11 et 21 ans de rappeler les effets délétères du tabac, de l'alcool et de l'ensemble des toxiques.

La Haute Autorité de santé préconise l'utilisation régulière du questionnaire ADOSPA dont nous parlerons plus tard. Il ne prend que 5 minutes, et il permet le dépistage précoce des usages à risque et nocifs de l'alcool, du tabac, du cannabis etc...

2.2. Abstention de réponse

Il n'y a pas eu de réponses à certaines questions. En général les questions du début du questionnaire ont reçu un taux de réponse supérieur que celles de la fin. En général ce sont des questions pour lesquels les participants ont le plus souvent demandé des explications supplémentaires.

Ce taux d'abstention est faible pour les questions sur l'âge des partenaires, sur le dépistage des infections sexuellement transmissibles et sur la question « avez-vous des préservatifs au cabinet » (1 %). Par contre la question sur les frottis avait une présentation qui pouvait prêter à confusion car il fallait 2 réponses. Donc seulement 37 personnes ont répondu à « qui réalise les frottis ».

Le taux d'abstention était plus élevé dans les questions sur la psychologie et la sécurité car à chaque question 4 à 7 % des médecins interrogés n'ont pas répondu. Ces questions ont donné l'impression d'avoir embarrassé certains participants car souvent ils déclaraient en rendant le questionnaire « je ne savais pas quoi répondre ». Pour le thème de l'addiction, il avait 1 à 2 % d'abstention à chaque réponse ; cet item figurant en fin de questionnaire. Sept participants sur 83 n'ont pas répondu à la dernière question sur les propositions pour améliorer la prévention.

Ces taux d'abstention assez bas ont permis tout de même une bonne analyse des réponses mais elles révèlent les points sensibles de la prévention chez l'adolescent qui semblaient être la psychologie et la sécurité.

2.3. Discordance entre certaines réponses

Sur le thème de la sécurité, 81 % des médecins étaient d'accord ou tout à fait d'accord sur la pertinence d'aborder la question avec les adolescents. Pourtant 66 % ne demandaient pas si les adolescents ont déjà été victimes de violence, 59 % ne demandaient pas s'ils se sentent en sécurité dans leur environnement quotidien, 77 % ne demandaient pas s'ils conduisent un véhicule.

Une autre discordance dans les réponses est « le temps de consultation court ». C'était l'obstacle à une prévention efficace le plus cité (30 %). Pourtant très peu de répondants ont répondu aux questions par « non car je n'ai pas le temps ».

B. Propositions pour améliorer la prévention

1. Consultation dédiée

Plus de 55 % des médecins interrogés ont déclaré qu'organiser une consultation dédiée annuelle serait le meilleur moyen pour être efficace en matière de prévention chez l'adolescent. Comme nous l'avons vu ces consultations ont été prévues par les différents plans santé entre 2007 et 2008 ³⁵.

Il semble que ce serait une consultation qui permettrait d'appréhender le jeune patient dans sa globalité et d'avoir des informations qui ne seraient pas recueillies si le motif de consultation initial est différent.

Selon le Haut conseil de la santé publique ³⁶, il paraît pertinent de promouvoir des consultations dédiées à certains événements de la vie comme l'adolescence et l'entrée dans le dispositif médecin traitant. L'objectif est de créer le dossier médical personnel du jeune patient qui le suivra toute sa vie et d'aborder certaines questions en lien avec les changements inhérents à cet âge.

Pour cela la loi sur la protection de l'enfance du 5 mars 2007 ³⁷ a instauré de nouveaux examens de santé obligatoires notamment au cours de la douzième et de la quinzième année.

Une consultation de prévention pour les filles âgées de 12 ans et les garçons âgés de 13 ans a donc été expérimentée dans certains départements. Elle était prévue pour durer 30 à 45 minutes sous forme d'un forfait MG 2.5C en tiers payant total. Cependant il n'y a pas de date de généralisation définie.

Une consultation de prévention pour les jeunes de 16 à 25 ans était prévue aussi par le Plan Santé Jeunes de février 2008 où chaque année les jeunes recevraient un coupon leur permettant de bénéficier d'une consultation de prévention sans avance de frais. Cette consultation n'a toujours pas été mise en place.

En attendant que ces consultations soient mises en place, les médecins généralistes pourraient profiter d'une consultation au motif banal (angine, vaccination, certificat de sport) pour proposer à l'adolescent de programmer ensemble une consultation dédiée à la prévention.

2. Questionnaires de consultation

Nous avons donné comme proposition à cette question « avoir un outil comme un questionnaire de consultation ». Ce moyen a été considéré à 18% comme le meilleur pour être efficace en matière de prévention.

Tout d'abord il y a le questionnaire HEADSS de l'Organisation mondiale de la santé ⁶.

Le questionnaire HEADSS propose une série d'items adaptée à une clientèle adolescente pour recueillir les informations pertinentes qui affectent la santé (la vie familiale, les amis,

l'école, les loisirs, la consommation de substances, la sexualité et les problèmes de santé mentale). Au-delà d'un aide-mémoire des sujets à aborder, le questionnaire illustre l'importance de débiter l'entrevue par les sujets neutres, ce qui permet d'établir un climat de confiance et de mettre à l'aise l'adolescent, pour terminer par les questions plus sensibles, habituellement embarrassantes.

Les items sont :

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

Ce questionnaire permet de déceler les problèmes de santé et de développement dont l'adolescent n'a pas fait part au médecin, déterminer si l'adolescent a un comportement pouvant avoir une incidence négative sur sa santé et déceler les facteurs importants dans leur environnement qui font la probabilité de l'adoption de tels comportements est accrue. Ce questionnaire laisse une grande liberté dans les questions posées au patient, le temps de réalisation est très aléatoire en fonction des questions du médecin et des réponses de l'adolescent.

Il existe d'autres questionnaires proposés par l'INPES, proposés à l'expérimentation dans les services spécialisés. Par exemple le Pré-questionnaire de consultation de l'Hôpital Bicêtre (Pr Alvin, service de médecine de l'adolescent) explore les habitudes générales, les consommations, les symptômes flous, les préoccupations sur la croissance et l'image corporelle, les relations avec les parents, la scolarité, l'amitié et la sexualité, les idées suicidaires. Il est proposé avant chaque consultation aux adolescents quel que soit le motif de consultation.

Des questionnaires plus spécifiques sont aussi utilisés.

Pour aider les médecins à dépister un risque suicidaire, un test simple a été conçu : **le TSTS – CAFARD**²⁶, pour recueillir un ensemble d'attitudes qui permettent d'approcher progressivement d'un mal être qui ne s'exprime pas.

Il aborde les thèmes suivants : propositions

- **Traumatologie** « As-tu déjà eu des blessures ou un accident, même très anodin, cette année ? »
- **Sommeil** « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
- **Tabac** « As-tu déjà fumé, même si tu as arrêté ? »
- **Stress** « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

A chaque réponse positive au TSTS, une question complémentaire est proposée dans le test CAFARD introduisant un niveau de gravité à partir de 5 mots clés.

- Sommeil => **Cauchemars** « fais-tu souvent des cauchemars ? »
- Traumatologie => **Agression** « As-tu été victime d'une agression physique ? »
- Tabac => **Fumeur quotidien** « Fumes-tu tous les jours du tabac ? »
- Stress Scolaire => **Absentéisme** « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »
- Stress familial => **Ressenti familial Désagréable** « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

Trois réponses positives à l'ensemble du test concernent la moitié des adolescents ayant eu des idées suicidaire et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal être actuel ou passé. Le temps de réalisation de ce test est estimé à 5 minutes.

Nous observons avec ce test que le risque suicidaire est en lien étroit avec la question « sécurité » abordée par l'acronyme « HEADSS » et que le thème « suicide » appartient aussi au questionnaire de l'OMS mais sans donner d'indications précises sur les questions à poser.

Au sujet de la consommation de produits, il est proposé par la Haute Autorité de Santé de rechercher l'existence d'une consommation régulière ou occasionnelle de tabac. Un début précoce doit inciter à rechercher une consommation de cannabis, d'alcool, la prise d'anxiolytiques mais aussi des relations sexuelles précoces ou des conduites à risque. Ces questionnaires peuvent apporter un réel bénéfice en attendant que des consultations « officielles » de prévention soient mises en place. Ils sont facile à appliquer, ne prennent pas beaucoup de temps et devraient être plus diffusés au sein de médecins généralistes pour pouvoir questionner de façon assez exhaustive les adolescents (HEADS) et pouvoir approfondir sur le thème de la psychologie de façon systématique (TSTS – CAFARD). Réaliser ces questionnaires au moins une fois par an pourraient amener à évoquer des problèmes avec l'adolescent qui ne l'auraient pas été en consultations usuelle.

Par contre, peu de médecins dans la population étudiée par notre enquête pensaient qu'il faille déléguer la prévention au milieu scolaire ou mettre des rappels dans le logiciel pour faire penser à parler de certains thèmes avec l'adolescent.

C. Mise en évidence de biais de l'étude

Plusieurs biais ont été observés dans l'étude.

Tout d'abord un biais de sélection car la plus grande partie du recrutement a été réalisé aux journées nationales de la médecine générale dont le thème en 2013 était la prévention. Les médecins participants avaient donc un attrait particulier pour la prévention en médecine générale. Le reste des médecins recrutés appartenaient à un pôle médical qui travaille

beaucoup sur la dispensation de messages de prévention et certain médecins enseignent à la faculté Paris VII.

Un autre biais de sélection était dans la méthode de proposition du questionnaire, en demandant à chaque médecin en particulier s'il voulait participer à l'étude, ceux qui ont répondu ont été ceux qui étaient en général intéressés par le sujet.

Aussi, beaucoup d'internes participaient au congrès, et parmi eux peu effectuaient des remplacements donc ils étaient d'emblée éliminés.

Il existait de même un biais déclaratif lié à la méthode utilisée (enquête d'opinion) et les sujets sensibles abordés (sexualité, suicide, efficacité du médecin).

Dans les réponses données, certains participants n'ont pas répondu à toutes les questions. En général les mêmes questions étaient évitées (surtout sur le thème de la psychologie et de la sécurité). En recueillant les questionnaires, nous nous sommes rendus compte que les questions non répondues étaient les questions qui embarrassaient le plus les médecins.

Certaines questions ont été mal répondues, parmi elles nous avons accepté certaines réponses. Par exemple dans une question à choix simple ou les réponses cochées étaient « Oui je le fais systématiquement » et « Je le fais si nécessaire » nous avons considéré que si le médecin effectue une tâche systématiquement, il l'effectue aussi si nécessaire a fortiori. Cela peut amener un biais de confusion.

Aussi certains participants ont commenté le questionnaire en jugeant les questions trop orientées avec peu de liberté de réponse.

V- CONCLUSION

La santé de l'adolescent est un domaine engendrant des défis quotidiens pour les médecins généralistes. Le manque de formation des médecins, le manque de temps et les difficultés de communication entre les adolescents et les adultes rendent difficiles leur prise en charge. Pourtant nous avons observé que de nombreux efforts restent à faire pour améliorer l'état de santé des adolescents, prévenir les grossesses non désirées, réduire les consommations de substances addictives, et dépister de façon efficace le risque suicidaire. Notre échantillon de médecins généralistes semblait être en difficulté quant aux thèmes de la sexualité, de la psychologie, de la sécurité et des addictions lorsqu'ils sont en consultation avec des adolescents.

Les médecins de notre étude allaient dans le sens du Plan Santé Jeunes de 2004-2008, qui prévoyait de créer des consultations dédiées aux adolescents, plus longues, encadrées et standardisées. Ces consultations n'étant pas encore mises en place, il faudrait insister auprès des autorités gouvernementales pour accélérer le développement de ces consultations.

En attendant, les outils d'aide à la consultation comme le questionnaire HEADSS ou le questionnaire TSTS-CAFARD devraient être plus diffusés auprès des généralistes, afin de leur permettre de traiter les sujets essentiels lors des consultations avec les adolescents et prévenir au mieux les éventuels problèmes liés à leur tranche d'âge.

Annexes

Annexe 1 : Le questionnaire de l'étude

Prévention sur la santé du jeune patient de 10 à 19 ans en médecine générale

Age du médecin

Sexe du médecin

- Féminin
 Masculin

Département d'exercice

Année de début d'installation

Mode d'exercice

- Libéral
 Salarié en centre de santé
 Salarié en cabinet
 Remplaçant

Voyez-vous souvent des patients entre 10 et 19 ans ?

- Moins de 5 par mois
 Entre 5 et 20 par mois
 Plus de 20 par mois

Examen physique

Chez les patients de 10 à 19 ans :

Evaluez-vous:

	A chaque consultation	Une fois par an	Si nécessaire	A la demande	Jamais
Poids	<input type="radio"/>				
Taille	<input type="radio"/>				
Tension Artérielle	<input type="radio"/>				
Développement Général	<input type="radio"/>				
Caractères sexuels secondaires	<input type="radio"/>				

Pour la tension artérielle, vous la prenez systématiquement à partir de:

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> 10 ans | <input type="radio"/> 16 ans |
| <input type="radio"/> 11 ans | <input type="radio"/> 17 ans |
| <input type="radio"/> 12 ans | <input type="radio"/> 18 ans |
| <input type="radio"/> 13 ans | <input type="radio"/> 19 ans |
| <input type="radio"/> 14 ans | <input type="radio"/> Plus tard |
| <input type="radio"/> 15 ans | |

Sexualité

Abordez-vous la sexualité avec vos jeunes patients, même lorsque que le motif de consultation est différent?

- Oui, souvent
- Oui, seulement lorsque ça me paraît nécessaire
- Très rarement
- Jamais

Demandez-vous à vos jeunes patients s'ils sont en couple ou s'ils fréquentent une ou plusieurs personnes?

- Oui, régulièrement
- Oui, seulement lorsque ça me paraît nécessaire
- Rarement
- Non car c'est une question difficile à poser
- Non car je n'ai pas le temps
- Jamais

Demandez-vous à vos jeunes patients s'ils ont des relations sexuelles?

- Oui, régulièrement
- Oui, seulement lorsque ça me paraît nécessaire
- Rarement
- Non car c'est une question difficile à poser
- Non car je n'ai pas le temps
- Jamais

Demandez-vous à vos jeunes patients des informations sur leurs partenaires comme leur âge?

- Oui, régulièrement
- Oui, seulement lorsque ça me paraît nécessaire
- Non c'est une question difficile à poser
- Jamais

Abordez-vous systématiquement les infections sexuellement transmissibles?

- Systématiquement
- Quand ils m'en parlent
- Quand ils me parlent de sexualité ou de contraception
- Rarement
- Non car c'est une question difficile à aborder
- Non car je n'ai pas le temps
- Jamais

Proposez-vous un dépistage systématique des maladies sexuellement transmissibles?

- A chaque nouveau partenaire
- Une fois par an
- A l'occasion d'un bilan prescrit pour un autre motif
- Rarement, ou quand le patient demande
- Jamais

Parlez-vous à vos jeunes patients de l'importance de la protection par préservatifs?

- Oui régulièrement
- Quand ils m'en parlent
- Si nécessaire
- Rarement
- Jamais

Demandez-vous s'ils savent correctement utiliser les préservatifs?

- Oui régulièrement
- Quand ils m'en parlent
- Si nécessaire
- Rarement
- Jamais

Avez-vous des préservatifs à donner aux patients au cabinet?

- Oui
- Non

Prescrivez-vous la contraception aux jeunes filles?

- Oui pour 6 mois ou 1an
- Oui pour 3 mois
- En dépannage seulement
- Jamais

Quel type de contraception prescrivez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- La pilule oestro-progestative
- La pilule progestative
- La pilule continue
- Le stérilet
- L'implant
- Le Patch
- L'anneau vaginal
- Les gels/dispositifs locaux
- Je ne prescris pas de contraception

Associez-vous la prescription de contraception par la prescription de la pilule d'urgence?

- Oui
- Parfois
- Si nécessaire

Expliquez-vous comment s'utilise une pilule (ou le moyen de contraception que vous avez prescrit)?

- Oui Systématiquement
- Oui si nécessaire
- Rarement
- Non car je n'ai pas le temps
- Non car c'est difficile à expliquer
- Non car je ne connais pas toutes les modalités de la prise de pilule ou des autres moyens contraceptifs

Parlez-vous de la contraception aux jeunes garçons?

- Oui
- S'ils me demandent des explications
- Lors d'une situation en lien avec la contraception
- Non car c'est une question difficile à aborder
- Non car je n'ai pas le temps
- Jamais

Proposez-vous un examen gynécologique aux jeunes filles ayant déjà eu des relations sexuelles (par vous ou par un gynécologue)

- Oui systématiquement plus de 2 fois par an
- Oui systématiquement 1 à 2 fois par an
- Oui s'il y a un problème gynécologique seulement
- Rarement
- Jamais

Proposez-vous un frottis cervico-vaginal aux jeunes filles ayant déjà eu des relations sexuelles?
(Plusieurs réponses)

- Oui avant 20 ans
- Oui après 20 ans
- Oui après 25 ans
- Oui par un gynécologue
- Oui je les réalise
- Non je ne leur parle pas de frottis

Connaissez-vous la démarche pour une prise en charge anonyme et gratuite? Vous connaissez :
(Plusieurs réponses possibles)

- Les Centres de dépistages anonymes et gratuits
- Le Planning Familial le plus proche
- L'Espace santé jeune le plus proche
- Je connais un centre d'IVG anonyme
- Je sais qu'il existe une codification pour les IVG anonymes
- Je ne connais pas ces démarches

Aborder la question de la sexualité chez le jeune patient est-il pertinent?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Vaccinations

Vérifiez-vous systématiquement les vaccinations chez les adolescents?

- Oui, toujours
- Oui, mais seulement à l'occasion d'un voyage, d'un certificat ou d'une inscription scolaire
- Non, pas systématiquement

Proposez-vous la vaccination par le vaccin contre l'infection à Papillomavirus

- A toutes les jeunes filles
- Quand la patiente le demande
- Parfois
- Jamais

Santé en général

Calculez-vous systématiquement leur IMC?

- Oui
- Si nécessaire
- Non

Demandez-vous systématiquement si le jeune patient pratique une activité physique?

- Oui
- Non

Vérifiez-vous :

	Systematiquement	Une fois par an ou plus	Si nécessaire	A la demande du patient	Jamais
L'état dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les habitudes alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les antécédents familiaux pour les pathologies à risque héréditaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'existence de trouble de la vision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'existence de troubles auditifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leur hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les allergies / la présence d'asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Psychologie

Évaluez-vous l'état psychologique des jeunes patients ?

- Oui je pose toujours des questions en ce sens
- Oui quand cela me paraît nécessaire
- Non, seulement quand le patient en parle
- Non car c'est une question difficile à aborder
- Non car je n'ai pas le temps
- Jamais

Évaluez-vous

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le climat familial | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> L'environnement scolaire / au travail | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> La présence d'une situation d'échec scolaire | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Le risque suicidaire | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> La présence d'une situation de précarité | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Je n'évalue pas ces items | | |

Demandez-vous régulièrement aux jeunes patients s'ils ont déjà eu : (plusieurs réponses possibles)

- Des idées noires
- Des crises d'angoisse / attaques de panique
- Des phobies
- Des moments de déprime
- Je ne pose pas de questions en ce sens

Aborder la question de la psychologie et du risque suicidaire chez le jeune patient est-il pertinent ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Sécurité

Demandez-vous aux jeunes patients si

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ils ont déjà été victime de violence | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> S'ils se sentent en sécurité dans l'environnement scolaire/familial/au travail | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> S'ils conduisent un deux roues, une voiture | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> S'ils ont un sommeil suffisant | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

Aborder la question de la sécurité chez le jeune patient est-il pertinent ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Addictions

Demandez-vous systématiquement si le patient fume?

- Oui
- Si nécessaire
- Non
- Non car c'est une question difficile à poser
- Non car je n'ai pas le temps

Demandez-vous systématiquement si le patient boit de l'alcool?

- Oui
- Si nécessaire
- Non
- Non car c'est une question difficile à poser
- Non car je n'ai pas le temps

Évaluez-vous la consommation d'alcool chez un jeune patient déclarant boire occasionnellement?

- Oui toujours
- Parfois quand je le juge nécessaire
- Non
- Non car c'est une question difficile à poser

Dépistez-vous le "binge-drinking" c'est à dire l'alcoolisation massive lors de soirée?

- Oui toujours
- Parfois quand je le juge nécessaire
- Non
- Non car c'est une question difficile à poser
- Non car je n'ai pas le temps

Demandez-vous régulièrement si le jeune patient:

	Oui, au moins une fois par an	Oui quand cela me paraît nécessaire	Seulement quand ils m'en parlent	Non car c'est une question difficile à poser	Non car je n'ai pas le temps	Jamais
Consomme du Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consomme des drogues dures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Joue beaucoup aux jeux vidéo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aborder la question des addictions chez le jeune patient est-il pertinent?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Prévention

Pensez-vous être efficace en matière de prévention chez les jeunes patients dans le domaine de :
(Plusieurs réponses possibles)

- La sexualité
- La prévention des IST
- La contraception
- L'obésité
- En santé publique (vaccinations...)
- Le dépistage des maladies héréditaires ou maladies graves
- La prévention du risque suicidaire / des troubles psychologiques
- La sécurité
- Aucun de ces domaines

Quel est pour vous le principal obstacle à la dispensation des messages de prévention : 1 seule réponse

- Temps de consultation court
- Les adolescents consultent trop peu
- Les adolescents sont souvent accompagnés de leurs parents
- Le fait que vous les suivez depuis leur naissance, que vous consultez leur famille
- Ces items sont difficiles à aborder en consultation

Insister sur les items de prévention chez le jeune patient est-il pertinent?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Quel serait le meilleur moyen pour être plus efficace en matière de prévention chez le jeune patient ? 1 seule réponse

- Organiser une consultation annuelle dédiée
- Avoir un outil comme un questionnaire de consultation
- Mettre des rappels dans le logiciel
- Déléguer la prévention au milieu scolaire
- Autre

Annexe 2 : Questionnaire HEADSS

QUESTIONNAIRE HEADSS⁽¹⁸⁾

Le questionnaire HEADSS propose une série d'items adaptée à une clientèle adolescente pour recueillir les informations pertinentes qui affectent la santé (la vie familiale, les amis, l'école, les loisirs, la consommation de substances, la sexualité et les problèmes de santé mentale). Au-delà d'un aide-mémoire, le questionnaire illustre l'importance de débiter l'entrevue par les sujets neutres, ce qui permet d'établir un climat de confiance et de mettre à l'aise l'adolescent, pour terminer par les questions plus sensibles, habituellement embarrassantes.

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

HEADSS, questionnaire psychosocial chez les adolescents	
<p>Suggestion d'amorce <i>« 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. »</i></p>	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 partager des confidences. Emploi rémunéré. ⚠ Absence d'activités qui procurent du plaisir, isolement ou retrait social.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

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

Annexe 3 : Questionnaire ADOSPA

Je fais le point sur ma consommation de drogue(s)

Evaluez vous-même votre consommation avec ce questionnaire :

Au cours des 12 derniers mois : OUI NON

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (**A**uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était sous l'emprise de drogues ? OUI NON
2. Avez-vous déjà utilisé de l'alcool ou d'autres drogues pour vous **D**étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ? OUI NON
3. Vous est-il déjà arrivé d'**O**ublier ce que vous aviez fait (ou de faire des choses que vous n'auriez pas faites) sous l'emprise de drogue(s) ou d'alcool ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes **S**eul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des **P**roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos **A**mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogues ?

Si vous avez eu 2 réponses positives, votre consommation indique un usage nocif pour la santé, une aide est conseillée.

Bibliographie

1. Bohl I, Santé de l'enfant et de l'adolescent : prises en charge. Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, 2011 Oct, téléchargeable à l'adresse : www.conseil-national.medecin.fr/article/sante-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-prises-en-charge-1126
2. Raillard N, Le généraliste face aux adolescents, La prévention des risques, un enjeu essentiel, Le forum des médecins généralistes ;20 :11,2007 Déc
3. Beck F., Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), coll. Baromètres santé, 2013 : 344
Consultable sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pour-nous-citer.asp#sthash.qhIXdswk.dpuf>
4. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 :1073-1077
5. Nisand I. Rapport relatif à la contraception chez les jeunes pour le ministère de la santé, Fév 2012.
6. Guide pratique pour les soins aux adolescents : un outil de référence destiné aux agents de santé de premier niveau, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA), Organisation mondiale de la Santé 2012, disponible sur internet www.who.int
7. Bertrand L., Bonnefoy L., Dhiver V., Hodée V., Institut national des techniques de la documentation (INTD). L'accueil des adolescents au cabinet de médecine générale [Synthèse documentaire]. Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2007.
8. Atlas de la démographie médicale 2013, Conseil national de l'ordre des médecins 2013 Juin, consultable sur le site ww.conseil-national.medecin.fr
9. Boite à outils, Groupe ADOlescents et Conduites à risque (ADOC), consultable sur le site www.medecin-ado.org

10. Laurence M., Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires, Haute Autorité de Santé, Sept 2005
11. Bajos N., Bozon M. Enquête sur le Contexte de la sexualité en France (CSF), Paris, Institut national d'études démographiques et Inserm., 2006
12. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°156 2001 Jul 7.
13. Baudier F, Berthelot N, Michaud C, Clement M-C, Jeanmaire T. La consultation de prévention en médecine générale, constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement, Paris, Haut conseil de la Santé Publique, Mar 2009 http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf
14. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention, Paris, Actualité et Dossiers en Santé Publique (ADSP) pour le Haut Conseil de la Santé Publique. Déc 2011
15. Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), coll. Baromètres santé, 2007 : 608.
Consultable sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/integral/pour-nous-citer.asp#sthash.fhEebGUe.dpuf>
16. Guilbert P, Gautier A, Baudier F, Trugeon A. Baromètre Santé 2000 : les comportements des 12-25 ans. Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux (2004). Saint-Denis, Edition INPES, collection Baromètres, , 2004.
17. American Medical Association. Guidelines for adolescents preventive services (GAPS). Chicago (IL): AMA; 1997.
18. National Center for Education in Maternal and Child Health, Green M, Palfrey JS. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Arlington (VA): NCEMCH; 2002.
19. Le préservatif masculin en latex protégé efficacement contre la grossesse et les infections sexuellement transmissibles. Organisation mondiale de la Santé, Aide-mémoire N°243, consultable sur www.who.int/mediacentre/fr/

20. Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits .Organisation mondiale de la Santé 2012, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Consultable sur www.who.int
21. Choisir sa contraception, site internet www.choisirsacontraception.fr, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Ministère de la santé
22. Gallais J.-L, Malouli A., Contraceptions des adolescents : Places et leviers spécifiques de la Médecine générale, Issy-les-Moulineaux, Société Française de Médecine Générale, 2010 Déc 9.
23. Fonteneau L., Guthmann J.-P., Lévy-Bruhl D. Estimation des couvertures vaccinales en secteur libéral à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires en France 2004-2009. Saint-Maurice, Institut National de Veille Sanitaire (INVS).
24. Programme National Nutrition santé 2011-2015, Ministère de la santé
25. RCP « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : actualisation des recommandations 2003 ». Haute Autorité de Santé, 2011 Sept. ISBN 978-2-11-128501-9. Téléchargeable sur www.has.sante.fr,
26. Binder P. Dépister les conduites suicidaires des adolescents : conception d'un test, validation de son usage, Rev Prat 2007;11:1187-99
27. Nouyrigat E., Dépression de l'adolescent : repérage, diagnostic et prise en charge initiale Recommandations de bonne pratique, Haute Autorité de Santé 2011 Juil.
28. Choquet M., Consommation d'alcool parmi les jeunes en France et en Europe, Institut National de Veille Sanitaire (INVS), BEH thématique 34-35, 2006 Sept 12.
29. Dewit DJ, Adlaf EM, Offord DR, and Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. Am J Psychiatry 2000;157:745-50.
30. Gautier A. dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), coll. Baromètres santé, 2011
31. Le Nézet O., Spilka S. Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée », Enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), OFDT 2013 Nov.

32. Etude Ipsos / Délégation interministérielle à la famille, enquête sur les jeunes et les jeux vidéo, 2009 Nov, Ipsos Public Affairs
33. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Lettre de valorisation de l'ORS PACA, INSERM U379, 2006
34. « ENTRE NOUS » Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ?, Outil d'intervention en éducation pour la santé des adolescents, Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), , 2009 Nov, Téléchargeable sur <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/entre-nous.asp#sthash.JKcj67Hh.dpuf>
35. Présentation du Plan « Santé des jeunes », Dossier de Presse, 2008 Fév 27, Ministère de la santé. Consultable sur www.santé.gouv
36. Baudier F, Consultations de prévention, Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement, Paris, Rapport de Mars 2009 pour le Haut Conseil de la santé publique,
37. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, 2007 Mar 5
38. Enquête Lycoll 1999 : Les résultats descriptifs - Rapport ORSPEC N° 60 - Déc 1999
39. Sommelet D., L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 2006 Oct
40. Aissaily J.-P. Aspects épidémiologiques des accidents de la circulation chez les jeunes, Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité, Institut National de Veille Sanitaire (INVS), Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°27/1991
41. Beck F., Legleye S., Usages de cannabis à la fin de l'adolescence : principaux résultats de l'enquête Escapad 2002 et évolutions récentes. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°13/2004
42. La consommation de tabac chez les jeunes de 12-25 ans dans quatre régions de France Observatoires régionaux de la santé (ORS) d'Alsace, du Nord-Pas-de-Calais, des Pays-de-la-Loire et de Picardie, Fédération nationale des ORS, Paris ; Comité français d'éducation pour la santé, Vanves ; Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°22/2002

43. Poletti B, Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures, Assemblée nationale Rapport n°3444 constitution 2011 Mai 17.
44. Lacotte-Marly E., Les jeunes et leur médecin traitant, thèse pour le doctorat de médecine, 2004 Juin 26.
45. Godeau E., Arnaud C., Navarro F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France. Données françaises de l'enquête internationale .Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) 2006
46. La définition Européenne de la médecine générale – Médecine de famille, World Family Doctors Caring for people EUROPE (WONCA)
47. La santé des adolescents à la loupe Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010
48. Scemama O, Haute Autorité de santé, Synthèse et recommandations. Dépistage de l'infection par le VIH en France, Stratégies et dispositif de dépistage. 2009 Oct.
49. Ford K, Lepkowski J.M. 2004. "Characteristics of Sexual Partners and STD Infection Among American Adolescents." International Journal of STD & AIDS, 15(4): 260-265.
50. Goulet V, de Berbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Velter A, Semaille C, Warszawski J, Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ?, Institut National de Veille Sanitaire (INVS), Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 12, 2011 Avr 5.
51. Morcel K., Lavoué V., Voltzenlogel M.C., Harlicot J.P., Coiffic J., Bauville E., Foucher F., Levêque J., Quand faut-il commencer le dépistage du cancer du col utérin ? Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, Conseil National de Gynécologues Obstétriciens Français, 2009 Déc 9.
52. Gaudron G., Pinville V., Rapport d'information de l'assemblée nationale n°3968 par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire, 2011 Nov 17