

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

par

Élodie GOURDET

Née le 8 mai 1982 à Jonzac (17)

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2011

**PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT EN SITUATION DE MAL-ÊTRE
PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Entretiens auprès de 14 médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directrice de Thèse : Madame le Docteur Noëlle RAILLARD

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Michel AMAR
Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE
Monsieur le Docteur Georges PICHEROT

Table des matières

I. Introduction.....	10
II. Matériel et méthode.....	15
II.1. Sélection des participants.....	15
II.2. Description de la population interrogée.	15
II.3. Réalisation des entretiens.	15
II.4. Analyse thématique des entretiens.	16
II.5. Evaluation interne.	16
II.6. Evaluation externe.....	16
III. Résultats.....	17
III.1. Résultats des 14 entretiens.	17
III.1.1. Attitudes des médecins généralistes face au mal-être de l'adolescent.	17
III.1.1.1. Evaluer la gravité.....	17
III.1.1.2. Revoir l'adolescent lors d'un nouveau rendez-vous.....	17
III.1.1.3. Réaliser des entretiens réguliers avec l'adolescent.....	17
III.1.1.4. Demander initialement des examens complémentaires et/ou des consultations spécialisées.	18
III.1.1.5. Débuter un traitement médicamenteux.	18
III.1.1.6. Orienter l'adolescent vers d'autres intervenants.....	18
III.1.2. La communication avec l'adolescent, « l'accroche » de l'adolescent.	19
III.1.2.1. Le ressenti du médecin généraliste.	19
III.1.2.2. Instaurer une relation de confiance avec l'adolescent.....	19
III.1.2.2.1. Réaffirmer la confidentialité.....	19
III.1.2.2.2. Rassurer l'adolescent sur sa normalité.....	19
III.1.2.2.3. Ne pas porter de jugement, avoir un rôle neutre.	20
III.1.2.2.4. Accorder du temps et de l'écoute.	20
III.1.2.2.5. Avoir de l'empathie, apporter son soutien et faire preuve de compréhension.....	20
III.1.2.2.6. Laisser une porte ouverte, maintenir le lien avec l'adolescent.....	20
III.1.2.3. Les déterminants du dialogue et de la communication avec l'adolescent.	20

III.1.2.3.1. Ce qui facilite la communication.	20
III.1.2.3.2. Ce qui rend la communication difficile.	21
III.1.3. La collaboration et le travail en réseau avec les autres intervenants.	22
III.1.3.1. Les autres intervenants.	22
III.1.3.2. La prise en charge de l'adolescent par les autres intervenants.	22
III.1.3.3. La connaissance du rôle de chacun.	23
III.1.3.4. L'échange et la discussion entre le médecin généraliste et les autres intervenants.	23
III.1.4. La systémique familiale.	24
III.1.4.1. La place des parents dans la consultation.	24
III.1.4.2. La relation du médecin généraliste avec les parents.	25
III.1.4.3. Perturbation de la dynamique familiale.	25
III.1.5. Compétences et formations des médecins généralistes à la psychologie de l'adolescent.	25
III.1.5.1. La formation initiale.	25
III.1.5.2. L'intérêt du médecin généraliste pour la problématique de l'adolescent en situation de mal-être. Les formations médicales continues.	26
III.1.5.3. Le savoir-faire et le savoir-être du médecin généraliste.	26
III.1.6. Principales difficultés exprimées par les médecins généralistes dans la prise en charge du mal-être de l'adolescent.	27
III.1.6.1. Difficultés « parce que c'est de l'ordre du psychologique ».	27
III.1.6.1.1. Difficultés dans le dépistage.	27
III.1.6.1.2. Difficulté pour faire admettre que le mal-être peut être un motif de consultation à lui seul.	27
III.1.6.1.3. Difficulté parce que ce n'est pas « purement médical ».	27
III.1.6.2. Difficultés « parce que c'est l'adolescent ».	28
III.1.6.2.1. La versatilité de l'adolescent rend difficile l'évaluation de la gravité. ..	28
III.1.6.2.2. L'accroche de l'adolescent.	28
III.1.6.2.3. Difficulté pour voir l'adolescent seul.	28
III.1.6.3. Difficultés pour orienter l'adolescent.	28
III.1.6.3.1. La gestion de l'urgence.	28
III.1.6.3.2. L'adhésion des parents, la peur de la psychiatrie.	29

III.1.6.3.3.	Des délais de prise en charge par les autres intervenants trop longs...	29
III.1.6.4.	Difficultés de collaboration avec les autres intervenants.	29
III.1.6.5.	Difficultés pour aborder certains thèmes.	29
III.1.6.6.	Difficultés dans le suivi de l'adolescent.	29
III.1.6.7.	Difficultés dans la gestion du temps.	30
III.1.7.	Propositions pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en souffrance.	30
III.1.7.1.	Promouvoir l'information et la prévention.....	30
III.1.7.2.	Formation des médecins généralistes.	31
III.1.7.3.	Améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les autres intervenants.	31
III.1.7.4.	Améliorer la gestion de l'urgence.	31
III.1.7.5.	Améliorer le suivi.	32
III.1.7.6.	La gestion du temps.	32
III.1.7.7.	Réassurance des médecins généralistes sur leur capacité à prendre en charge un adolescent.	32
III.2.	Résultats de l'évaluation interne.....	33
III.3.	Résultats de l'évaluation externe.....	33
IV.	Discussion.....	34
IV.1.	Discussion sur la méthode.....	34
IV.1.1.	Le type d'enquête.	34
IV.1.1.1.	L'analyse qualitative.....	34
IV.1.1.2.	L'analyse thématique.....	35
IV.1.2.	Le recueil des données.....	35
IV.1.3.	Les participants.	35
IV.2.	Discussion sur les résultats.....	36
IV.2.1.	Attitudes des médecins généralistes face au mal-être de l'adolescent.	36
IV.2.1.1.	Evaluer la gravité.....	36
IV.2.1.1.1.	Rechercher les comportements à risque, les signes de dépression, les idées suicidaires.....	36
IV.2.1.1.2.	La versatilité de l'adolescent rend difficile l'évaluation de la gravité... ..	37
IV.2.1.1.3.	Rechercher les facteurs de résilience.....	38
IV.2.1.2.	Revoir l'adolescent lors d'un nouveau rendez-vous.....	38

IV.2.1.3.	Entretiens réguliers.....	39
IV.2.1.3.1.	Passer un cap.....	39
IV.2.1.3.2.	Une prise en charge dans la durée en jouant un rôle de soutien et en maintenant le lien.....	39
IV.2.1.4.	Débuter un traitement médicamenteux.	39
IV.2.1.5.	Les symptômes flous à l'adolescence.	41
IV.2.1.5.1.	Difficultés dans le dépistage du mal-être.....	41
IV.2.1.5.2.	Demande initiale d'examens complémentaires et d'avis spécialisés. ..	41
IV.2.1.6.	Orienter l'adolescent vers d'autres intervenants.....	42
IV.2.1.6.1.	Quand faut-il orienter l'adolescent ?	42
IV.2.1.6.2.	Obtenir l'accord de l'adolescent.	42
IV.2.2.	La communication avec l'adolescent. L'accroche de l'adolescent.	43
IV.2.2.1.	Ressenti du médecin généraliste.	43
IV.2.2.2.	Instaurer une relation de confiance.	43
IV.2.2.2.1.	L'accueil de l'adolescent. Aller au delà du motif premier de consultation.	43
IV.2.2.2.2.	Réaffirmer la confidentialité.....	43
IV.2.2.2.3.	Rassurer l'adolescent sur sa normalité, souligner les points positifs, faire un examen clinique commenté.....	45
IV.2.2.2.4.	Pas de jugement et trouver la bonne distance.	46
IV.2.2.2.5.	Accorder du temps et de l'écoute à l'adolescent.....	46
IV.2.2.2.5.1.	Des consultations parfois longues et répétées.....	46
IV.2.2.2.5.2.	De l'écoute.....	47
IV.2.2.2.6.	Empathie, compréhension et soutien.	47
IV.2.2.2.7.	Laisser une porte ouverte. Rôle privilégié du médecin traitant. Faire une synthèse de la consultation.....	48
IV.2.2.3.	Les déterminants du dialogue.....	48
IV.2.2.3.1.	Ce qui facilite le dialogue.....	48
IV.2.2.3.1.1.	Utilisation de questionnaires.....	48
IV.2.2.3.1.2.	Voir l'adolescent seul.....	49
IV.2.2.3.1.3.	Connaître l'adolescent depuis son enfance, lien affectif.	49
IV.2.2.3.2.	Ce qui rend difficile le dialogue.	50

IV.2.2.3.2.1.	Connaître l'adolescent depuis son enfance, l'adolescent n'ose pas parler à son médecin traitant.	50
IV.2.2.3.2.2.	Crainte de l'adolescent sur la confidentialité.	50
IV.2.2.3.2.3.	La consultation ne s'y prête pas toujours.....	50
IV.2.2.3.2.3.1.	L'adolescent est venu pour un problème somatique.	50
IV.2.2.3.2.3.2.	Présence des parents.	51
IV.2.2.3.2.3.3.	Certains thèmes sont difficiles à aborder avec l'adolescent. ..	51
IV.2.2.3.2.3.4.	La consultation se fait à la demande des parents.	52
IV.3.	Collaboration, travail en réseau avec les autres intervenants.....	53
IV.3.1.	Les autres intervenants auprès des adolescents.	53
IV.3.1.1.	Les services d'urgences.....	53
IV.3.1.2.	Les Maisons Des Adolescents, Lieux d'écoute, Fil Santé Jeunes.	53
IV.3.1.3.	Les psychiatres et pédopsychiatres libéraux et les CMP.	54
IV.3.1.3.1.	Délais de consultation trop longs par manque d'intervenants.....	54
IV.3.1.3.2.	Un suivi difficile à mettre en place.	55
IV.3.1.3.2.1.	De la part des généralistes après un passage aux urgences.	55
IV.3.1.3.2.2.	De la part des autres intervenants.	55
IV.3.1.4.	Les psychologues.....	55
IV.3.1.5.	Les sophrologues et psychomotriciens.....	55
IV.3.1.6.	Les infirmières scolaires et médecins scolaires. Les conseillers principaux d'éducation (CPE).	55
IV.3.2.	Connaissance du rôle de chacun.....	56
IV.3.3.	Echange et discussion avec ces intervenants.....	57
IV.3.3.1.	Communication difficile, peu de courriers.	57
IV.3.3.2.	La confidentialité en psychiatrie.....	57
IV.3.3.3.	Le travail en réseau améliore la prise en charge. La notion de chaîne thérapeutique.....	57
IV.4.	La systémique familiale.	59
IV.4.1.	La place des parents dans la consultation et dans la prise en charge.	59
IV.4.1.1.	Les parents ont leur place dans la consultation avec un adolescent en situation de mal-être.....	59

IV.4.1.2.	Mais il faut un temps de la consultation avec l'adolescent seul. Difficultés pour faire sortir les parents de la consultation.....	59
IV.4.2.	Les relations avec les parents.....	60
IV.4.3.	Perturbations au sein de la famille.	60
IV.4.3.1.	Modifications de la dynamique familiale.....	60
IV.4.3.2.	La crise parentale.	61
IV.4.3.3.	Prise en charge de toute la famille par le médecin généraliste.	62
IV.5.	Compétences et formations des médecins généralistes à la psychologie de l'adolescent.....	63
IV.5.1.	Formation initiale.	63
IV.5.2.	Formations des médecins généralistes.	64
IV.5.3.	Un savoir-faire et un savoir-être du médecin.	64
IV.6.	Propositions pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en souffrance.	65
IV.6.1.	Améliorer l'information et la prévention.....	65
IV.6.1.1.	Pour les adolescents.	65
IV.6.1.1.1.	Consultation annuelle.....	65
IV.6.1.1.2.	Lieux d'écoute.	66
IV.6.1.2.	Pour les parents.	66
IV.6.2.	Améliorer la formation des médecins généralistes.	67
IV.6.2.1.	Formation médicale initiale.	67
IV.6.2.2.	Formations médicales continues.	67
IV.6.2.2.1.	Formations proposées par les institutions universitaires.	67
IV.6.2.2.2.	Formations proposées par les associations de professionnels.	68
IV.6.3.	Améliorer la collaboration et le travail en réseau entre les médecins généralistes et les autres intervenants.....	69
IV.6.3.1.	Meilleure connaissance du rôle de chacun.	69
IV.6.3.2.	Discussion des dossiers.....	69
IV.6.3.3.	Plus de courriers de retour.	69
IV.6.4.	Améliorer la prise en charge par les autres intervenants.....	70
IV.6.4.1.	En situation d'urgence : avoir des intervenants plus directs.....	70
IV.6.4.2.	Améliorer le suivi.	70
IV.6.5.	Adapter la rémunération de la consultation en fonction du temps passé.	70

IV.6.6. Rassurer les médecins généralistes sur leur capacité à prendre en charge un adolescent.....	70
V. Conclusion.....	71
VI. Annexes.....	73
VI.1. Guide d'entretien.....	73
VI.2. Entretiens.....	75
VI.2.1. Médecin n°1 : M01.....	75
VI.2.2. Médecin n°2 : M02.....	79
VI.2.3. Médecin n°3 : M03.....	84
VI.2.4. Médecin n°4 : M04.....	89
VI.2.5. Médecin n°5 : M05.....	94
VI.2.6. Médecin n°6 : M06.....	99
VI.2.7. Médecin n°7 : M07.....	104
VI.2.8. Médecin n°8 : M08.....	109
VI.2.9. Médecin n°9 : M09.....	114
VI.2.10. Médecin n°10 : M10.....	119
VI.2.11. Médecin n°11 : M11.....	126
VI.2.12. Médecin n°12 : M12.....	136
VI.2.13. Médecin n°13 : M13.....	142
VI.2.14. Médecin n°14 : M14.....	147
VI.3. Unités minimum de signification.....	161
VI.3.1. Médecin n°1 : M01.....	161
VI.3.2. Médecin n°2 : M02.....	163
VI.3.3. Médecin n°3 : M03.....	165
VI.3.4. Médecin n°4 : M04.....	167
VI.3.5. Médecin n°5 : M05.....	169
VI.3.6. Médecin n°6 : M06.....	171
VI.3.7. Médecin n°7 : M07.....	173
VI.3.8. Médecin n°8 : M08.....	175
VI.3.9. Médecin n°9 : M09.....	177
VI.3.10. Médecin n°10 : M10.....	179

VI.3.11.	Médecin n°11 : M11.	181
VI.3.12.	Médecin n°12 : M12.	184
VI.3.13.	Médecin n°13 : M13.	186
VI.3.14.	Médecin n°14 : M14.	187
VI.4.	Organigrammes.	190
VI.4.1.	Attitudes des médecins généralistes face au mal-être de l'adolescent	190
VI.4.2.	Communication avec l'adolescent. "L'accroche" de l'adolescent.....	196
VI.4.3.	Collaboration, travail en réseau avec les autres intervenants.....	203
VI.4.4.	Systémique Familiale.....	209
VI.4.5.	Compétences et Formations des médecins généralistes à la psychologie de l'adolescent.	212
VI.4.6.	Principales difficultés exprimées par les médecins généralistes.	215
VI.4.7.	Propositions des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en souffrance.	221
VI.5.	Résultats de l'évaluation interne.....	225
VI.6.	Résultats de l'évaluation externe.	227
VI.7.	Test TSTS-CAFARD.	228
VI.8.	H.E.A.D.S.S.S.	228
VII.	Table des abréviations.	229
VIII.	Bibliographie.	231

I. Introduction.

Définition de l'adolescence

L'adolescence est difficile à définir, c'est une période de transition où le sujet n'est plus tout à fait un enfant mais pas encore un adulte. Elle est marquée par d'importantes transformations physiques, psychiques sous l'influence d'un contexte socioculturel donné. (1,2). Il n'y a pas de définition univoque de l'adolescence, c'est une période qui commence avec les premiers signes pubertaires mais dont la fin reste plus difficile à préciser (3). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les adolescents sont des individus de 10 à 19 ans. Une définition basée sur une tranche d'âge a l'avantage de pouvoir faire des comparaisons statistiques. Le Haut Comité de Santé Publique propose la définition suivante : « L'adolescence est caractérisée par un statut social proche de celui de l'enfance, lié à l'existence d'une dépendance familiale et à une période d'activité scolaire ou d'apprentissage. Le passage de la période enfance/adolescence à l'âge adulte se caractérise par le franchissement de stades liés à l'entrée dans la vie active et professionnelle d'une part, à la constitution d'un couple et/ou du départ de chez les parents, d'autre part » (4). Même s'il existe beaucoup de définitions de l'adolescence, la principale notion est que l'adolescent est un sujet en évolution, en devenir d'un être adulte, autonome et qui doit se construire socialement (1). Comme le souligne le Professeur Marcel RUFO : « L'adolescence est donc une période d'espérance, de projet et de devenir. Les adolescents sont notre avenir. Une société a les adolescents qu'elle mérite, qu'elle fabrique et qu'elle s'autorise » (5).

Médecine de l'adolescent

Pourquoi se pose-t-on la question de « comment » mener une consultation d'adolescent ? S'agit-il d'une nouvelle médecine, d'une simple question d'âge, ou de l'appréhension d'un individu dans sa mouvance et sa globalité ? La médecine a tendance à occulter l'individu dans sa globalité, elle devient de plus en plus technique réduisant la personne à une maladie ou à un organe (6, 7).

La médecine de l'adolescent n'est pas une spécialité au sens strict du terme dans la mesure où il s'agit d'une discipline avec une approche globale et pluridisciplinaire de l'individu. Elle se refuse d'opposer la pathologie somatique aux problèmes psycho-comportementaux ou psycho-sociaux. C'est pour ces raisons que cette consultation d'adolescent peut mettre en difficulté le praticien et le faire s'interroger sur comment mener cette consultation.

La première unité hospitalière de consultations médicales pour adolescents a été créée par le Dr J. Roswell Gallagher au Children's Medical Center à Boston en 1951. Puis d'autres unités se sont créées peu à peu dans d'autres pays. En France le premier service de médecine pour adolescent a été créé en 1982. Il a permis le développement de la clinique de l'adolescent et

d'une culture du soin à l'adolescence. Cependant, les services psychiatriques vraiment spécifiques aux adolescents restent rares. (1, 8)

Travail psychique à l'adolescence, souffrance psychique

L'adolescent, pour devenir un adulte autonome doit passer par une série de paradoxes : paradoxe identitaire, relationnel et lié à la sexualité.

En effet, l'adolescent, pour savoir qui il est, a besoin de ressembler à quelqu'un et en même temps, il ne peut être lui-même qu'en se différenciant d'autrui. Sa situation le contraint à abandonner son statut d'enfant donc à s'éloigner de ses parents mais il a également besoin de s'identifier à ses parents pour accéder à l'état d'adulte. Cette situation inconfortable pour l'adolescent peut l'amener à des situations de conflits notamment avec ses parents, à des réactions jugées excessives par les parents (fluctuations thymiques illustrées par des crises de larmes, un moment de « cafard »), à des expérimentations (tabac, alcool, sexualité). Cette « crise d'adolescence » jugée souvent banale ne doit pas être pour autant banalisée.

Selon l'enquête nationale de M. Choquet et S. Ledoux de 1993 et le rapport de février 2000 du Haut Comité de Santé Publique sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, 85% des adolescents vont bien. Mais 15% sont cependant en situation de mal-être ou de souffrance psychique. Dans ces situations, l'attentisme et le laisser-faire risquent de voir perdurer des troubles à l'âge adulte. La souffrance psychique est une notion floue, mal définie. Elle peut s'exprimer de différentes manières : repli, isolement, conduites à risque (consommation d'alcool, de drogue, rapports sexuels non protégés), troubles du comportement (agressivité, violence), fugues, accidents, tentatives de suicide. Cette souffrance, mal repérée et mal accompagnée, peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale (1, 2, 4, 5). Quatre grands problèmes de santé publique prennent racine à l'adolescence : les accidents (accidents de la circulation, conduites à risque, consommation de produits), les tentatives de suicides et les dépressions, les comportements violents et les troubles alimentaires (2, 9). Les spécialistes du développement psychique à l'adolescence préfèrent actuellement utiliser le terme de « développement psychique d'adolescence » au terme de « crise d'adolescence ». Il s'agit donc pour les professionnels de santé de différencier ce qui est propre au bouleversement normal de tout adolescent lié à ce travail psychique, de ce qui témoigne de certains traits pathologiques et qui risquent de se fixer, s'ils ne sont pas pris en charge (1). Il est nécessaire de porter une attention particulière à la répétition, la continuité et la multiplication des troubles (4).

Épidémiologie

Afin de mieux poser le problème, il convient de se baser sur quelques données épidémiologiques. Plusieurs études montrent qu'une part non négligeable d'adolescents est

en difficulté ou présente des conduites à risque les mettant en danger. M. Choquet et S. Ledoux ont mené en 1993, une enquête nationale sur la santé des adolescents. Douze mille adolescents scolarisés, âgés de 9 à 19 ans ont répondu à un questionnaire. Dans cette étude, 87.5 % s'estiment bien portants (10). Ces données sont confirmées par les données du baromètre santé jeunes de 1997 (11) et par l'enquête santé HBSC de 1998 (12), neuf adolescents sur dix considèrent leur état de santé comme satisfaisant. Cependant, toujours d'après l'enquête nationale de M. Choquet et S. Ledoux, presque 50% ont fréquemment une ou deux plaintes somatiques (céphalées, gastralgies, nausées, dorsalgies, fatigue, cauchemars, réveils nocturnes) et les filles cumulent plus ces plaintes. Vingt et un pour cent ont des signes dépressifs, 23.4% ont des idées suicidaires et 6.5% ont déjà fait une tentative de suicide mais seulement 1.3% ont été hospitalisés. Ce mal-être n'est souvent pas exprimé (10, 11, 13). Quarante deux pour cent sont préoccupés par leur poids et 3.9% ont des conduites boulimiques. Concernant les conduites à risques et notamment la consommation d'alcool, presque 40% consomment occasionnellement et 12.4% consomment régulièrement deux fois par semaine et/ou ont été ivres plus de 3 fois dans l'année. Cette consommation est plus fréquente chez les garçons et en milieu rural. La France est l'un des pays où la consommation d'alcool et l'expérience de l'ivresse chez les adolescents est la plus importante (4, 10, 14, 15, 16). À propos de la consommation de tabac, 14.5% fument quotidiennement, elle est en très forte augmentation de 13 à 18 ans et passe de 6 à 40% environ. Six pour cent ont expérimenté la drogue, et surtout le haschisch. Concernant les violences, 41.7% ont des conduites violentes occasionnelles et 18.6% régulièrement. Cela concerne plus les garçons mais diminue avec l'âge. Quinze pour cent des adolescents interrogés ont déjà subi des violences physiques et 3.8% des violences sexuelles. Les conduites violentes sont souvent associées aux violences subies (4, 10).

Chez les adolescents en Pays de la Loire la consommation d'alcool est en hausse depuis 2000. Elle est également plus importante que la moyenne nationale en particulier chez les garçons. Concernant les autres consommations, le tabagisme est en net recul, l'usage de cannabis est stable, par contre l'expérimentation de l'ecstasy et de la cocaïne est en hausse (17).

En Pays de la Loire, 64% des 12-25 ans se déclarent tout à fait bien portants, toutefois 7% ont connu au cours de l'année une situation de souffrance psychique importante et/ou ont tenté de se suicider au cours de cette période (18).

D'une manière générale, il existe des différences filles-garçons. En effet, les filles présentent plus souvent des symptômes et expriment des besoins plus importants que les garçons. De même, la dépressivité, les tentatives de suicides et les troubles des conduites alimentaires sont nettement féminins, alors que les troubles de l'agir, les suicides et les accidents sont très nettement masculins (1, 18).

Mortalité, suicide

Pour ces adolescents en situation de mal-être, il arrive qu'ils trouvent comme seule issue à leur souffrance le passage à l'acte. En France, la deuxième cause de mortalité chez les adolescents est le suicide soit 16% de la classe d'âge 15-24 ans, avec une prédominance masculine (19). La France est l'un des pays où le taux de suicide est le plus élevé même si la tendance des dernières années est à une diminution du nombre de suicides chez les jeunes (19, 20, 21). La première cause de mortalité chez les jeunes est l'accident (38%) et pour 80%, il s'agit d'accidents de la circulation (4, 19). Parmi cette mortalité, il est difficile de connaître la proportion qui résulte de conduites à risque c'est-à-dire, vitesse excessive, consommation d'alcool par exemple (22).

Ces chiffres nous rappellent donc toute l'importance de la prise en charge du mal-être de certains adolescents. Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié car il est le professionnel de santé qui est à même de rencontrer le plus souvent ces adolescents, 74.8% ont consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste. De plus, les adolescents en souffrance consultent plus souvent que les adolescents ne présentant pas de difficultés particulières (8, 23, 24).

Il est souvent possible pour les médecins généralistes de soigner la majorité des adolescents malgré un cadre un peu contraignant de la pratique libérale. Ceci nécessite du temps et plusieurs entretiens (2, 25). Cependant, il ne s'agit pas non plus d'entreprendre une psychothérapie (26).

Il est important d'améliorer cette prise en charge qui apparaît, selon les études, insuffisante, notamment dans le domaine du délai de prise en charge et dans la mise en place d'un traitement. Ce traitement sera le plus souvent non pharmacologique et consistera en entretiens d'accompagnement psychologique (9, 18, 27). Une prise en charge précoce évite et limite la fréquence du passage à l'acte. Malheureusement, quand une tentative de suicide se produit, 75 % des adolescents ne sont pas hospitalisés, ceci en partie parce que cette tentative de suicide est restée cachée (28, 29).

Il existe beaucoup d'études sur le dépistage du mal-être de l'adolescent (13, 22, 25, 30, 31, 32, 33) ainsi que des recommandations sur la crise suicidaire et la prise en charge hospitalière de la tentative de suicide de l'adolescent (28, 29). Mais entre le moment où un mal-être est dépisté et le passage à l'acte, n'y-a-t-il pas quelque chose à faire notamment de la part du médecin généraliste pour aider ces adolescents à « passer le cap » et éviter ce passage à l'acte ? C'est dans cette perspective qu'il serait intéressant de décrire la façon dont des médecins généralistes prennent en charge un adolescent en situation de mal-être. Rencontrent-ils des difficultés ?

Les données bibliographiques sur le sujet permettent d'avancer certaines hypothèses :

- 1) Le dialogue avec l'adolescent n'est pas une tâche facile car celui-ci a du mal à exprimer son mal-être. Le médecin peut être confronté à un mutisme, une opposition, une fuite de l'adolescent.
- 2) Il existe probablement un manque de travail en réseau et de collaboration entre les différents acteurs dans la prise en charge de l'adolescent en souffrance. Certains médecins généralistes se sentent démunis face au manque de répondant des structures, lié à des délais de prise en charge souvent très longs.
- 3) Cette prise en charge de l'adolescent en difficulté ne peut se faire sans l'aide des parents. La compréhension des troubles de l'adolescence implique de tenir compte de la dynamique familiale. Au cours de cette période de l'adolescence il y a une complexité de la relation avec les parents, qu'il faut savoir intégrer dans la prise en charge globale de l'adolescent, ce qui n'est pas toujours facile à mener pour le médecin.
- 4) Les médecins généralistes sont peu armés dans leur cursus universitaire pour aborder la souffrance psychique à l'adolescence. Il existe un manque de formation à la psychologie de l'adolescent et à ses problématiques de santé.

Ces hypothèses amènent à plusieurs interrogations :

- 1) Quelle est l'attitude des médecins généralistes face à la souffrance psychique d'un adolescent ?
- 2) La communication avec l'adolescent et son accroche sont-elles faciles à réaliser ?
- 3) Quelles sont les relations entre les médecins généralistes et les autres intervenants auprès des adolescents ? Y-a-t-il une bonne collaboration, un travail en réseau existe-il pour prendre en charge un adolescent en souffrance ?
- 4) Quelle est la place des parents dans cette prise en charge ? Comment les médecins généralistes prennent en compte la dynamique familiale dans cette prise en charge ?
- 5) Les médecins généralistes sont-ils bien formés pour aborder cette problématique de l'adolescent en souffrance ? Sont-ils à l'aise avec la psychologie de l'adolescent ?
- 6) Ont-ils des propositions pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être, dans le but de prévenir le risque de passage à l'acte ?

L'objectif de l'étude est de décrire les pratiques de quelques médecins généralistes face à la problématique de la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être. Le but est d'améliorer cette prise en charge et de prévenir les conséquences possibles d'un mal-être qui n'a pas été entendu.

II. Matériel et méthode.

Des entretiens semi-directifs auprès de 14 médecins généralistes des Pays de la Loire ont été réalisés du 22/03/2010 au 08/06/2010. Il s'agissait pour ces praticiens d'évoquer le récit d'une situation clinique portant sur la prise en charge d'un adolescent en difficulté. Les médecins interrogés n'ont été soumis à aucun questionnaire écrit. Cependant il existait un guide d'entretien permettant d'aborder certains thèmes indispensables pour l'étude (Annexe VI.1).

II.1. Sélection des participants.

Les médecins étaient des praticiens ayant participé à la campagne de l'APS portant sur le dépistage du mal-être des adolescents avec l'utilisation du TSTS-CAFARD (Annexe VI.7). Cette campagne s'est déroulée de septembre à octobre 2006.

Quarante huit médecins généralistes ont été sollicités par e-mail, téléphone, fax ou courrier. Il n'y a pas eu de relance.

Parmi les 48 médecins sollicités, 11 ont accepté, 1 a accepté tardivement donc n'a pu être inclus, 2 ont refusé, les autres praticiens n'ont pas répondu. Il n'y a pas eu de relance car le nombre d'entretiens visé était compris entre 10 et 15 et a été obtenu. Les motifs de refus étaient, pour l'un des praticiens, une proportion trop faible d'adolescents dans sa patientèle et pour l'autre, une cessation d'activité.

Un rendez-vous a ensuite été donné pour réaliser l'entretien.

Parmi les 14 participants, 3 ont été « les entretiens tests » pour débiter l'étude. Ils ont été intégrés dans les résultats.

II.2. Description de la population interrogée.

Huit médecins étaient des hommes et 6 des femmes, âgés de 33 à 60 ans. Treize praticiens avaient plus de 40 ans, dont 9 avaient 50 ans ou plus.

Concernant le lieu d'exercice, 6 exerçaient en milieu urbain, 5 en milieu semi-rural et 3 en milieu rural.

II.3. Réalisation des entretiens.

Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin généraliste sauf un qui s'est déroulé à domicile. Ils ont eu lieu pour la plupart en journée entre les consultations des praticiens sauf pour deux praticiens qui ne consultaient pas le jour de l'entretien. Trois praticiens ont préféré réaliser l'entretien en fin de journée, après leurs consultations.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique.

La durée des entretiens variait de 21 à 66 minutes.

II.4. Analyse thématique des entretiens.

Les entretiens ont été retranscrits à l'écrit à l'aide d'un logiciel à reconnaissance vocale : Dragon Naturally Speaking. Les entretiens écrits correspondent aux verbatims, ils sont notés de M1 à M14. Certains lieux et noms propres ont été remplacés par des lettres afin de préserver l'anonymat des praticiens (Annexe VI. 2).

Les entretiens ont été analysés de manière qualitative et selon une analyse thématique descriptive (34, 35, 36, 37).

Chaque thème identifié est en lien avec des extraits de témoignage, résultat du découpage du verbatim, appelé unité minimum de signification et noté Vx (Annexe VI.3).

Cette analyse thématique s'est faite de manière ascendante. En effet, le relevé des thèmes est directement en lien avec le contenu des entretiens puis le regroupement des thèmes a permis de constituer des rubriques. Cette analyse débouche sur la construction d'une représentation synthétique et structurée du contenu analysé. Cette analyse est représentée sous la forme d'un arbre thématique ou organigramme, pour chaque question de recherche posée au cours des entretiens (Annexe VI.4).

II.5. Evaluation interne.

Les résultats des entretiens ont été envoyés par e-mail aux 14 médecins généralistes ayant participé à l'étude dans le but de recueillir leur avis. L'objectif était de savoir si au vu des résultats leur pratique professionnelle concernant la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être était bien représentée, ou s'ils estimaient que des précisions ou des modifications devaient être apportées aux résultats.

Sur les 14 médecins, un seul n'a pas pu lire les résultats de l'étude par manque de temps. Leur avis a été recueilli par e-mail ou par téléphone (Annexe VI.5).

II.6. Evaluation externe.

Les résultats ont également été soumis à 5 médecins généralistes n'ayant pas participé aux entretiens initiaux, afin de savoir si leur pratique concernant la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être était également représentée dans les résultats.

Parmi ces 5 médecins, il y avait 4 femmes et 1 homme. Deux exercent en milieu urbain, un en milieu semi-rural et deux en milieu rural.

Trois praticiens ont donné leur avis oralement, il n'y a pas eu d'enregistrement audio, deux ont répondu par e-mail.

III. Résultats.

III.1. Résultats des 14 entretiens.

III.1.1. Attitudes des médecins généralistes face au mal-être de l'adolescent.

III.1.1.1. Evaluer la gravité.

La gravité de la situation était évaluée au cours de la consultation en recherchant notamment *un risque suicidaire, des signes de dépression ou des comportements à risque* de la part de l'adolescent.

M01V05 : *« il s'agissait surtout de m'assurer qu'il n'y ait pas d'éléments dépressifs majeurs », « donc moi cette consultation m'a rassuré sur l'absence d'urgence »*

M12V02 : *« je l'ai un petit peu questionné, donc pas suicidaire », « j'ai essayé d'explorer les pistes sur le risque suicidaire ou le risque de fugue »*

III.1.1.2. Revoir l'adolescent lors d'un nouveau rendez-vous.

Lorsqu'une situation de mal-être était identifiée par le médecin généraliste, la totalité des praticiens interrogés proposaient ou fixaient un nouveau rendez-vous avec l'adolescent. La décision de fixer le rendez-vous semblait se faire lorsque le médecin « ressentait » si cela était possible ou pas avec l'adolescent.

M04V12 : *« ça dépend des adolescents, y'en a qui demandent à être un peu plus cadrés et y'en a d'autres qui on sait que si on les cadre trop on va les perdre. [...] nous on le ressent ça »*

M11V30 : *« oui ça m'arrive », « est ce que je n'ai pas tendance à fixer un rendez-vous quand je sais que l'adhésion est là ? »*

Ce nouveau rendez-vous permettait de voir l'adolescent seul sans les parents, ce qui facilitait la communication.

M14V03 : *« quand on les voit tout seuls, on arrive à établir un mode de communication »*

III.1.1.3. Réaliser des entretiens réguliers avec l'adolescent.

Certains médecins prenaient en charge l'adolescent en instaurant un suivi avec des entretiens réguliers.

M09V04 : *« du coup c'est ressorti après au fur et à mesure des entretiens », « bien, je l'ai vu régulièrement [...] je l'ai parfois vu toutes les semaines, tous les 15 jours »*

M11V03 : « là j'ai eu une longue période où je la voyais régulièrement », « donc il est venu plusieurs fois pour me faire part de ses états d'âme », « je propose des consultations de suivi »

III.1.1.4. Demander initialement des examens complémentaires et/ou des consultations spécialisées.

Dans certaines situations, l'adolescent présentait des symptômes somatiques et il arrivait que le médecin généraliste réalise des examens complémentaires pour amener l'adolescent et ses parents à comprendre que ses symptômes n'avaient pas de cause organique mais pouvaient être le reflet d'un mal-être.

M03V02 : « j'ai commencé à me poser des questions, c'était quand il avait 12 ans puisqu'il avait des douleurs abdominales à répétition [...] et un petit bilan organique comme souvent », EG : « c'est difficile de faire comprendre aux parents qu'il n'y a pas d'organicité ? »
M03 : « oui, tout à fait. Parce que là, ils vont partir dans des bilans, pour eux c'est pas psy, quoi »

III.1.1.5. Débuter un traitement médicamenteux.

Les médecins étaient amenés parfois à débiter un traitement médicamenteux par antidépresseurs ou anxiolytiques.

M10V06 : « je l'ai quand même mise sous Paroxétine [...] et du Xanax® », EG : « et le traitement vous l'aviez mis en place dès la première fois où vous l'aviez vu ? M10 : « je crois, oui »

M12V04 : « je lui ai donné un peu de Xanax pour éviter le stress »

III.1.1.6. Orienter l'adolescent vers d'autres intervenants.

Les intervenants vers lesquels les médecins généralistes interrogés orientaient l'adolescent étaient : les urgences, les Maisons Des Adolescents et autres lieux d'écoute, le psychologue, le psychiatre ou pédopsychiatre et les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les sophrologues et les psychomotriciens.

Les déterminants de l'orientation de l'adolescent vers ces autres intervenants étaient :

- la gravité de la situation
- des thèmes difficiles à aborder pour les praticiens avec l'adolescent et qui les mettaient mal à l'aise, comme l'anorexie, la sexualité ou les violences.
- une prise en charge qui s'annonçait longue
- de ne pas connaître l'adolescent depuis son enfance et sa famille
- l'absence de communication avec l'adolescent

Une autre difficulté rencontrée par les praticiens était d'*obtenir l'accord de l'adolescent.*

M02V05 : « il est très réticent par rapport à la prise en charge psycho. Voir un psycho ça avait pas l'air de le brancher du tout », « ça m'embêtait de déclencher une consultation sans avoir son accord », « il a mis plusieurs mois à accepter », « il y a pu avoir une progression où il a fallu l'amener par plusieurs consultations à accepter cette prise en charge »

III.1.2. La communication avec l'adolescent, « l'accroche » de l'adolescent.

III.1.2.1. Le ressenti du médecin généraliste.

Les praticiens face à certaines prises en charge ressentait des difficultés à communiquer avec l'adolescent, cette situation entraînait un sentiment d'échec.

M04V24 : « là, faut essayer d'accrocher le jeune et c'est pas si simple »

M06V03 : « alors eh bien un peu l'échec quoi [...] il ne parlait pas beaucoup [...] un peu imperméable »

M11V23 : « on n'arrive pas toujours quand même à accrocher »

III.1.2.2. Instaurer une relation de confiance avec l'adolescent.

III.1.2.2.1. Réaffirmer la confidentialité.

Les praticiens interrogés attachaient beaucoup d'importance à la notion de confidentialité et à la nécessité de réaffirmer cette confidentialité à l'adolescent pour qu'il se sente en confiance et qu'il puisse s'ouvrir plus facilement.

Il était également important pour les praticiens de demander à l'adolescent ce qui pouvait être dit aux parents et ce qui devait rester confidentiel.

M11V07 : « de leur dire que ce que ce dont on va discuter, les parents ne seront pas mis au courant [...] leur expliquer que la confidentialité même s'ils sont mineurs ils y ont droit », « c'est des liens de vérité, c'est-à-dire que je lui dis que je ne raconterai pas à ses parents ce que l'on se raconte », « donc là je prends l'ado et je lui explique les règles de confidentialité », « écoute on va les revoir, qu'est-ce que tu acceptes que je leur dise ? »

III.1.2.2.2. Rassurer l'adolescent sur sa normalité.

Il était important pour les praticiens de rassurer l'adolescent sur sa normalité.

M11V32 : « souvent je trouve que c'est ça l'ado, c'est qu'il a besoin d'être rassuré sur le fait qu'il y a des choses qu'il fait bien », « le rassurer aussi sur le fait que physiquement il va bien », « oui voilà, qu'il est normal »

III.1.2.2.3. Ne pas porter de jugement, avoir un rôle neutre.

Pour instaurer une relation de confiance avec l'adolescent, les généralistes restaient le plus neutre possible. Ils pensaient que si l'adolescent se sentait jugé, il ne se confierait pas.

M04V26 : « éviter tout jugement. Faut pas être le juge car ça va pas du tout, ça, ça ne marche pas »

III.1.2.2.4. Accorder du temps et de l'écoute.

Les médecins interrogés pensaient qu'accorder du temps et de l'écoute permettait à l'adolescent de se confier plus facilement.

M03V07 : « je l'ai écouté longuement parce que je pense qu'au début c'est ce qu'il faut faire »

M04V25 : « il faut prendre le temps. Il faut se donner le temps »

III.1.2.2.5. Avoir de l'empathie, apporter son soutien et faire preuve de compréhension.

De même, dans la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être, les généralistes faisaient preuve d'empathie et de compréhension auprès de leur jeune patient. Ils lui apportaient également leur soutien.

M11V09 : « je fais surtout du soutien », « j'essaie d'être avec les ados dans l'empathie »

III.1.2.2.6. Laisser une porte ouverte, maintenir le lien avec l'adolescent.

Enfin, les médecins interrogés rappelaient à l'adolescent que « la porte était toujours ouverte », que s'il le souhaitait, il pouvait revenir consulter.

III.1.2.3. Les déterminants du dialogue et de la communication avec l'adolescent.

III.1.2.3.1. Ce qui facilite la communication.

Les généralistes rapportaient que pour faciliter la communication ou ouvrir la discussion avec l'adolescent il fallait :

- utiliser des questions fermées en explorant les différents champs de la vie de l'adolescent et en repérant les situations à risque.
- voir l'adolescent seul une partie au moins de la consultation.
- connaître l'adolescent depuis son enfance car un lien affectif s'était construit entre le médecin et l'adolescent tout au long de son enfance.

En cas de dialogue difficile, certains praticiens orientaient l'adolescent vers un confrère généraliste, notamment à l'occasion du choix du médecin traitant à 16 ans. Cette situation

permettait à l'adolescent de choisir un praticien (homme ou femme) avec lequel il se sentait plus à l'aise.

M14V27 : « à 16 ans je leur dis : « eh bien écoute jusqu'à présent tu venais, tes parents t'emmenaient mais on est des médecins hommes et femmes ici, il y en a d'autres tu n'es pas obligé de me choisir moi [...] si tu te sens plus à l'aise avec un médecin homme tu peux », c'est l'occasion de choisir un médecin avec qui ils se sentent à l'aise, homme ou femme »

III.1.2.3.2. Ce qui rend la communication difficile.

À l'inverse d'autres praticiens pensaient que plusieurs situations pouvaient rendre le dialogue plus difficile :

- connaître l'adolescent depuis son enfance : l'adolescent aurait peur de trahir son médecin qu'il connaît depuis tout petit, il n'oserait pas se confier. Les généralistes pensaient également que les adolescents ne savaient pas assez que leur médecin pouvait aussi soigner « la tête » et pas seulement « le corps ».

M06V10 : « je crains toujours qu'ils n'osent pas dire les choses, comme ce qu'ils ressentent, de peur de trahir le médecin aussi parce que quand on les connaît depuis tout petits », « il n'a pas envie de tout me dire, mais en même temps comme on se connaît depuis longtemps, de ne pas oser me le dire, il ne serait pas à l'aise du coup parce qu'il m'aurait menti »

M14V29 : « on n'est pas forcément toujours non plus la meilleure ressource. Alors soit parce qu'ils nous connaissent depuis qu'ils sont tout-petits et puis ils nous identifient comme celui chez qui on va quand on est malade et quand on est mal dans sa tête ou dans sa peau c'est pas forcément qu'on est malade »

- crainte de l'adolescent sur le non respect de la confidentialité vis-à-vis des parents.
- certaines consultations ne se prêtaient pas à l'ouverture d'un dialogue avec l'adolescent, soit parce que l'adolescent était venu en consultation pour un problème somatique, soit parce que les parents étaient présents à la consultation, soit parce qu'elle s'était faite à la demande des parents et non de l'adolescent lui-même.

M10V04 : « c'est vrai que en général j'ai un peu de difficulté parce qu'un gamin de 12 ans, il va venir avec ses parents souvent. Et ce n'est pas facile de faire parler l'enfant », « souvent ils sont avec les parents, donc quelquefois ils peuvent venir seuls et à ce moment là c'est plus facile »

M05V19 : « la conversation vient ou non sur le sujet, les parents ils sont bien gentils mais bon des fois y'en a vous avez beau leur tendre des perches on n'arrive pas, ils se ferment [...] ils sont venus pour un certificat de sport ils n'ont pas envie de parler d'autre chose »

M09V02 : « ils sont tirés, poussés par les parents et ça ne marche pas très bien à ce moment là »

- certains thèmes étaient difficiles à aborder comme la sexualité, les violences ou l'anorexie.

M11V24 : « les troubles de la sexualité en particulier chez les jeunes filles [...] je ne suis pas très à l'aise [...] je les oriente vite parce que je ne me sens pas à l'aise par rapport à ça », « mais moi parler de la sexualité avec les ados ça reste quelque chose de difficile, je ne sais pas pourquoi, c'est bête »

III.1.3. La collaboration et le travail en réseau avec les autres intervenants.

III.1.3.1. Les autres intervenants.

Les intervenants mentionnés par les praticiens étaient : le service des urgences, les Maisons Des Adolescents et autres lieux d'écoute, les psychologues, les psychiatres, les pédopsychiatres, les CMP, les sophrologues, les psychomotriciens et plus rarement les infirmières scolaires et médecins scolaires.

III.1.3.2. La prise en charge de l'adolescent par les autres intervenants.

Le délai de prise en charge par les autres intervenants était jugé trop long par les médecins généralistes. Cela entraînait chez certains le sentiment d'être un peu démunis face au mal-être de l'adolescent qu'ils ont en charge.

M14V10 : « j'ai envie de dire qu'on est très démunis », « elle avait un rendez-vous deux mois après quoi. Et ça je me dis c'est pas possible », « psychiatre on va dire, on n'est pas très riche. On n'est pas très riche en ville. », « on appelle : eh bien non je ne prends pas de nouveau patient », « je trouve qu'on est un peu démunis », « des fois c'est difficile de passer la main »

Une autre difficulté exprimée par les praticiens était le problème du suivi. Après un passage aux urgences, ils auraient souhaité être aidés dans cette prise en charge par d'autres intervenants. Ils exprimaient un manque de répondant de la part de ces autres intervenants.

M04V15 : « et puis après je trouve, on arrive parfois à faire prendre en urgence mais après il n'y a pas de suivi », « après on n'arrive pas à avoir suffisamment de pédopsychiatres qui prennent en charge, qui nous aide nous, généralistes »

D'autres médecins soulignaient que lorsqu'un suivi était initié, l'adolescent ne rencontrait pas toujours le même intervenant, l'obligeant à réitérer son histoire.

M08V08 : « le souci que je rencontre et comme insatisfaction de ma part c'est que s'ils y vont par exemple trois fois de suite, ils ne vont pas rencontrer la même personne à chaque fois.

Donc déjà pour eux c'est difficile comme démarche et de re raconter à chaque fois à une personne nouvelle »

Cependant, même s'il existait des difficultés de collaboration et de travail en réseau, les intervenants comme les Maisons Des Adolescents, les lieux d'écoute ou les infirmières scolaires avaient une bonne image vis-à-vis des médecins généralistes. Certains soulignaient le rôle intermédiaire et pluridisciplinaire des Maisons Des Adolescents, leur permettant d'agir en amont d'une situation qui risquerait de s'aggraver, en orientant vers les bons interlocuteurs. D'autres soulignaient le rôle important des infirmières scolaires, en contact direct avec les adolescents.

M01V14 : *« on n'avait pas vraiment la structure intermédiaire [...] on peut orienter vers la Maison Des Adolescents [...] avant on avait l'impression [...] il fallait que l'adolescent soit vraiment en crise, maintenant [...] on peut intervenir plus tôt avec une structure qui associe les demandes médicales et sociales et éducatives »*

M03V09 : *« j'ai eu la professeure principale. C'est pas banal pour un médecin d'appeler la prof principale [...] j'ai échangé un petit peu [...] parce que ça m'intéressait de voir si elle confirmait », « après j'ai eu une infirmière scolaire au téléphone », « l'infirmière scolaire ça me paraît important. C'est un interlocuteur important au niveau scolaire »*

III.1.3.3. La connaissance du rôle de chacun.

Certains praticiens méconnaissaient le rôle des autres intervenants, notamment celui des Maisons Des Adolescents. Ils disaient ne pas avoir été assez informés et un praticien affirmait qu'il n'y avait pas de médecin généraliste dans ces structures.

M03V28 : *« nous, c'est à nous presque de découvrir quelle structure se met en place. La Maison Des Adolescent, à part une réunion pour savoir ce que c'était, on n'a pas eu de contact. On sait pas qui travaille on sait pas exactement quel est leur rôle »*

M10V10 : *« non, parce que je n'ai pas d'informations là-dessus. Je sais qu'à G. il y a un CMP, il y a un truc. Mais alors bon, je ne sais pas comment ça marche », « et puis nous on a du mal, parce qu'on peut même pas leur dire : « eh bien je connais un tel... »*

III.1.3.4. L'échange et la discussion entre le médecin généraliste et les autres intervenants.

Dans les témoignages des praticiens, l'échange et la discussion avec les autres intervenants étaient difficiles. En effet, il leur était parfois compliqué de trouver le bon interlocuteur et une fois l'interlocuteur identifié, il était difficile d'arriver à le joindre par téléphone. Ils soulignaient qu'ils n'obtenaient pas d'informations par courriers sur les consultations avec le psychiatre.

M11V13 : « *ce n'est pas toujours facile ça. Ce n'est pas toujours facile. Non je dirais non. Non il n'y a pas du tout, il n'y a pas de cohésion [...] on n'a pas de retour* », « *pas de retour, globalement non* »

M14V13 : « *retour, rien, strictement rien. Ça aussi, c'est aussi un souci que l'on a* », « *et on a pas de compte rendu à nouveau et on ne sait pas où on en est* », « *on n'a jamais le moindre retour alors même qu'il y a eu des rendez-vous organisés après* »

Ils obtenaient généralement des informations sur la prise en charge par les autres intervenants de la part des parents ou de l'adolescent.

M01V04 : « *donc j'ai dû savoir par la maman, quand elle est revenue pour son propre traitement* », « *c'est toujours un petit peu indirectement que je peux savoir si quelque chose s'est fait* »

Certains généralistes expliquaient ce manque d'échange en raison de la confidentialité qui existe entre l'adolescent et l'intervenant, le psychiatre le plus souvent. Cette confidentialité n'était pas critiquée par tous les médecins interrogés, certains pensaient qu'elle était normale et qu'il fallait la respecter.

M08V16 : « *alors c'est vrai que c'est peut-être délicat de faire des écrits sur la souffrance psychique, par confidentialité [...] je pense que ça, ce n'est pas un vrai argument* »

M07V19 : « *avec le psychiatre avec qui je travaille en ville, j'ai un premier fax dans la consultation qui suit et après j'estime que c'est entre eux* »

Il faut noter par ailleurs que d'autres praticiens interrogés entretenaient de bonnes relations avec les autres intervenants dans certaines prises en charge d'adolescents en difficulté.

M09V13 : « *les courriers étaient bien détaillés et il y avait un suivi qui était très régulier. [...] voilà je me trouvais bien dans ce qui était fait* »

III.1.4. La systémique familiale.

III.1.4.1. La place des parents dans la consultation.

Très souvent, l'adolescent était accompagné de ses parents et plus particulièrement de sa mère. Il apparaissait dans les entretiens que les praticiens avaient des difficultés à voir l'adolescent seul. Les parents pouvaient prendre une place trop importante dans la consultation et ne pas laisser s'exprimer l'adolescent.

M13V04 : « *alors sa mère [...] elle prend quand même toute la place dans la consultation. C'est-à-dire qu'elle ne le laisse pas s'exprimer* », « *je n'ai quasiment jamais réussi à le voir seul* »

M02V08 : « *à chaque consultation, je le prenais un petit peu quand même à part, je faisais sortir la maman, mais bon j'avais du mal* »

III.1.4.2. La relation du médecin généraliste avec les parents.

Dans les témoignages des médecins généralistes, les avis étaient partagés sur la question de la relation avec les parents. Certains médecins trouvaient que les parents étaient plutôt aidants dans la prise en charge de l'adolescent et à l'inverse d'autres praticiens avaient rencontré des parents plutôt réticents à la prise en charge qui était proposée à leur adolescent.

M03V03 : *« lui-même a bien compris que c'était du stress. Il le disait lui-même. Son père aussi, donc bon ça a facilité ça, les mots qu'on a pu poser sur ces symptômes », « les parents ont très bien anticipé eux aussi de leur côté. Ils avaient pris rendez-vous avec le professeur principal pour parler du mal-être »*

M13V18 : *« je pense qu'elle ne veut pas en parler », « elle, pour elle, il n'y a pas trop de problème. Ça n'a pas l'air de lui poser de gros soucis que son fils soit comme ça. Donc c'est là toute la difficulté, de faire comprendre qu'il y a quelque chose » EG : « vous n'avez pas un grand soutien de la maman. » M13 : « non, pas du tout »*

III.1.4.3. Perturbation de la dynamique familiale.

Les entretiens ont révélé que dans certaines situations, il existait un contexte familial qui pouvait s'avérer difficile (divorce, famille monoparentale, handicap, maladie, etc...). Les praticiens interrogés rapportaient qu'ils faisaient également du soutien et de l'écoute auprès des parents et que la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être comprenait aussi la prise en charge de toute la famille.

M11V10 *« c'était de faire un travail avec le lien avec sa mère », « j'ai trouvé un peu difficile d'être à la fois dans le soutien de cette jeune fille et le soutien aux parents », « si on écoute bien on voit les problèmes dans le système familial et que très souvent il faut parler aux parents [...] la difficulté de la médecine générale c'est qu'on a affaire à tous les membres de la famille », « parfois on a des consultations qui sont dédiées aux parents »*

III.1.5. Compétences et formations des médecins généralistes à la psychologie de l'adolescent.

III.1.5.1. La formation initiale.

Il apparaît que les médecins généralistes interrogés n'avaient pas eu de formation sur la psychologie et en particulier sur le mal-être de l'adolescent au cours de leur cursus universitaire d'études médicales. Certains précisait que seules les pathologies psychiatriques avaient été abordées, comme la schizophrénie, la dépression, l'anorexie.

M01V16 : *« je crois que c'est dans l'exercice. Notre formation est une formation très axée vers la pathologie et je ne suis pas sûr que ce soit le bon moyen d'aborder la problématique des adolescents, de l'aborder par la pathologie », « on a abordé les problèmes de psychose [...] des anorexies mentales [...] à dépister les schizophrénies »*

III.1.5.2. L'intérêt du médecin généraliste pour la problématique de l'adolescent en situation de mal-être. Les formations médicales continues.

Les médecins interrogés accordaient un intérêt certain pour la problématique de l'adolescent en difficulté. En effet, ils avaient suivi des formations médicales continues sur l'adolescent et sa santé et certains s'investissaient un peu plus en faisant des formations spécifiques (addiction par exemple) ou en participant à des actions de prévention.

M04V21 : « *tous les généralistes sont confrontés à ça [...] les adolescents c'est important [...] donc c'est important qu'on les prennent en charge* », « *mais c'est intéressant les ados, c'est compliqué mais c'est intéressant* »

M09V08 : « *mais bon, j'ai accepté de le faire, c'est important, c'est notre boulot* », « *mais pour ça, eh bien il faut connaître le problème, il faut s'intéresser à la pathologie, il faut lire les courriers. C'est toujours pareil, c'est que si on est intéressé par tel problème eh bien nous, médecin on va s'investir plus. Si c'est un truc qui nous plaît pas trop on va botter en touche et puis faire le minimum* », « *si j'ai fait ça c'est que ça peut m'intéresser* », « *si on s'engage dans une activité il faut bien la faire jusqu'au bout* »

M14V16 : « *moi ça m'intéresse* », « *on l'a baptisé espace santé jeune* », « *voilà c'est un peu une façon de faire un petit quelque chose à ce niveau là* », « *et nous on a l'impression que c'est quelque chose qui apporte* »

Un praticien n'ayant pas participé à des formations médicales continues sur l'adolescent, l'expliquait par la peur de s'ennuyer dans ce type de formation. Il s'agissait d'un praticien qui voyait peu d'adolescents dans sa patientèle.

III.1.5.3. Le savoir-faire et le savoir-être du médecin généraliste.

Le savoir-être et savoir-faire du médecin semblaient être deux conditions importantes pour la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être et dans la façon d'aborder l'adolescent. En effet, les praticiens abordaient la notion du « ressenti » de la consultation avec l'adolescent. Ils expliquaient que l'expérience et la pratique permettaient d'acquérir ce savoir-faire et ce savoir-être.

M11V19 : « *après on n'est pas des psychologues en tant que médecin généraliste. On agit beaucoup dans l'intuition, après il y a un peu d'expérience aussi* »

III.1.6. Principales difficultés exprimées par les médecins généralistes dans la prise en charge du mal-être de l'adolescent.

Ces difficultés exprimées pouvaient dépasser le cadre du récit de la situation clinique initiale.

III.1.6.1. Difficultés « parce que c'est de l'ordre du psychologique ».

III.1.6.1.1. Difficultés dans le dépistage.

Pour certains médecins le repérage du mal-être était difficile notamment lorsque l'adolescent présentait des « symptômes flous », c'est-à-dire difficilement rattachables à une cause organique. Ils ne savaient pas toujours si derrière une plainte somatique il y avait un véritable mal-être. D'autres praticiens rencontraient des difficultés pour différencier « le passage de l'adolescence difficile », de la pathologie psychiatrique. Dans ce cas, le moment pour orienter l'adolescent vers un spécialiste était difficile à évaluer.

M05V17 : « *y'a des jeunes on sait pas trop si c'est que c'est un passage difficile ou si c'est vraiment pas normal, que c'est quand même psy, et pas simplement le passage de l'adolescence difficile* »

M03V26 : « *une difficulté pour nous aussi, et pour moi en particulier, c'est celle de reconnaître la souffrance [...] faire la différence entre le problème digestif banal et mal-être, si l'adolescent n'est pas très causant* » EG : « *le dépistage en fait ?* » M03 : « *le dépistage et puis une fois qu'on a dépisté, l'accroche* »

III.1.6.1.2. Difficulté pour faire admettre que le mal-être peut être un motif de consultation à lui seul.

Le mal-être était plus souvent abordé à l'occasion d'un vaccin ou d'un certificat de sport, que spontanément par l'adolescent. Il était difficile pour certains praticiens de réaliser une consultation uniquement pour le mal-être.

M02V15 : « *c'était dur de le faire revenir à chaque fois pour la migraine [...] faire revenir que pour le mal-être je crois que ça n'aurait pas été* »

III.1.6.1.3. Difficulté parce que ce n'est pas « purement médical ».

La dimension pluridisciplinaire de ce type de prise en charge mettait en difficulté certains praticiens.

M01V15 : « *c'est aussi parce que je ressens que ça ne va pas être purement médical, que ça va être effectivement un peu pluridisciplinaire, éducatif, un petit peu social* »

M12V26 : « *la dimension psy qui enquiquine beaucoup de médecins. Je vois dans les séminaires, prise en charge de l'hypertension, il n'y a pas de problème* », « *il y a certains médecins qui ont dit : « on n'est pas là pour radoter sur notre vie, on veut du concret* ». Mais justement le concret c'est de vous rendre compte que nous, vous n'êtes pas du tout à l'aise »

III.1.6.2. Difficultés « parce que c'est l'adolescent ».

III.1.6.2.1. La versatilité de l'adolescent rend difficile l'évaluation de la gravité.

Les praticiens expliquaient qu'ils devaient faire face au côté « versatile » de l'adolescent. En effet, ils voyaient souvent des adolescents passer par des émotions intenses, parfois bruyantes, qui pouvaient changer rapidement et rendre l'interprétation du médecin difficile sur la situation amenée comme grave ou catastrophique.

M08V12 : « *ce qui n'est pas évident chez l'adolescent je trouve c'est le côté très versatile [...] variabilité d'humeur quand même très marquée, ce qui fait que pour apprécier au cours d'un seul entretien ce qui est vraiment du caractère durable de la souffrance psychique, ça paraît délicat donc effectivement ça demande à être réévalué, à les revoir* », « *on les voit trois jours après, ce n'est pas du tout le même état d'humeur* », « *l'évaluation n'est pas toujours facile* »

III.1.6.2.2. L'accroche de l'adolescent.

Communiquer avec l'adolescent faisait partie des principales difficultés rencontrées par les généralistes dans la prise en charge du mal-être.

M04V24 : « *là, faut essayer d'accrocher le jeune et c'est pas si simple* »

M12V23 : « *eh bien quand ils ne veulent pas parler et de dire ce qui ne va pas. C'est comment faire parler un adolescent qui ne veut pas ?* »

III.1.6.2.3. Difficulté pour voir l'adolescent seul.

Cette difficulté a été soulignée précédemment.

III.1.6.3. Difficultés pour orienter l'adolescent.

III.1.6.3.1. La gestion de l'urgence.

Certains praticiens, devant une situation d'urgence avec un adolescent, se sentaient un peu démunis et seuls car ils ne trouvaient pas de structures qui puissent accueillir rapidement l'adolescent ou à moindre mesure, de réponse rapide auprès des spécialistes pour gérer initialement la situation. De même, ils ne trouvaient pas toujours une réponse adaptée de la part des services d'urgence.

M04V14 : « *en situation d'urgence on est un peu démuni [...] il n'y a pas de place [...] à chaque fois c'est très compliqué [...] on est un peu seul quoi* », « *si j'avais voulu avoir un rendez-vous plus rapide en pédopsychiatrie, je n'ai pas, je peux pas répondre à sa demande* », « *l'urgence comme je le disais [...] on a besoin d'avoir une réponse rapide et là on a des problèmes* »

III.1.6.3.2. L'adhésion des parents, la peur de la psychiatrie.

L'hospitalisation en psychiatrie ou la consultation de psychiatrie pouvaient rendre les parents réticents à ce type de prise en charge. Les praticiens rapportaient qu'il existait encore des aprioris sur la psychiatrie et une peur de la psychiatrie.

M01V13 : « CHS, un service pour adolescent mais qui était parfois une structure un peu lourde, avec l'appréhension d'aller à l'hôpital [...] c'était difficile pour eux d'aller dans une structure hospitalière »

M04V04 : « et puis ça fait toujours peur un peu le psychiatre », « elle s'est dit : « oh non ! ma fille à Saint Jacques non ! » [...] elle a voulu protéger sa fille avec l'idée qu'elle se faisait de la psychiatrie »

III.1.6.3.3. Des délais de prise en charge par les autres intervenants trop longs.

Il s'agissait d'une des principales difficultés rapportées par les généralistes interrogés.

III.1.6.4. Difficultés de collaboration avec les autres intervenants.

Les difficultés de collaboration entraînaient chez certains praticiens un sentiment de frustration dans la mesure où ils s'étaient investis initialement dans la prise en charge de l'adolescent. Mais une fois le relais pris par les autres intervenants, ils n'entraient pas dans le réseau et perdaient de vue l'adolescent.

M03V33 : « c'est un peu frustrant car au début on s'implique. J'ai passé du temps, j'ai passé trois quart d'heure sur une consultation, j'ai rappelé plusieurs fois, j'ai passé des coups de téléphone en dehors des consultations et puis après espace. Rien. Mystère »

Concernant les psychologues, le non remboursement des consultations était un frein pour les parents et les adolescents selon l'avis des médecins interrogés. Dans ces conditions, ces intervenants étaient moins sollicités par les généralistes.

M14V14 : « on a quelques psychologues [...] souvent les gens n'y vont pas parce qu'ils disent que ça coûte trop cher »

III.1.6.5. Difficultés pour aborder certains thèmes.

L'anorexie, la sexualité et les violences étaient des thèmes difficiles à aborder pour certains généralistes.

III.1.6.6. Difficultés dans le suivi de l'adolescent.

Les praticiens constataient parfois que l'adolescent n'avait pas toujours les mêmes interlocuteurs chez les autres intervenants ou que le suivi après passage aux urgences était difficile.

Ils soulignaient également l'attitude de minimisation de l'adolescent face à un comportement à risque. Ils expliquaient qu'après un passage aux urgences pour ivresse aiguë par exemple, ils n'étaient informés qu'a posteriori de l'évènement et que de ce fait il était difficile par la suite de reparler avec l'adolescent de son comportement, « à froid » car il avait tendance à minimiser la situation.

M07V20 : « *c'est plus sur les urgences où en fait c'est quelquefois difficile quand on a des comptes-rendus, souvent d'ivresse aiguë [...] quand on reçoit le compte-rendu on n'a pas toujours la personne [...] ils n'ont pas trop envie d'en parler* » EG : « *on n'évoque pas le problème à chaud ?* » M07 : « *oui, c'est ça* »

III.1.6.7. Difficultés dans la gestion du temps.

Enfin, une autre difficulté relevée était la gestion du temps. En effet, les consultations d'adolescents en situation de mal-être étaient des consultations plus longues et répétées, souvent une seule consultation ne suffisait pas à résoudre les problèmes.

M09V07 : « *mais bon, ça chemine, ça va doucement. C'est long, j'ai passé parfois beaucoup d'heures avec elle. Ça faisait du retard en salle d'attente* », « *il faut accepter d'être en retard* », « *on ne peut pas régler ça en un quart d'heure* »

III.1.7. Propositions pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en souffrance.

III.1.7.1. Promouvoir l'information et la prévention.

Les médecins proposaient d'améliorer la prévention et l'information auprès des jeunes mais aussi auprès de leurs parents sous différentes manières, soit en développant les *lieux d'écoute* qui existent déjà mais de les développer dans des zones dépourvues de ce type de structures, soit en instaurant une *consultation annuelle* pour adolescent chez le médecin traitant. Cette consultation annuelle permettrait de refaire le point avec l'adolescent sur sa santé. En effet, certains médecins soulignaient qu'entre 13 et 18 ans ils voyaient moins les adolescents, en partie parce qu'il n'y avait pas de vaccination pendant cette tranche d'âge.

M14V17 : « *nous on croit beaucoup à ça dans la prévention pour les ados et tout* », « *les ados peuvent dire des choses, ou entendre dire des choses, communiquer entre eux, identifier éventuellement des personnes ressources auxquelles ils n'auraient pas forcément pensé* », « *peut être que l'on va réussir dans l'avenir à faire une Maison des Ados à Cholet avec pourquoi pas des antennes qui se promèneraient un petit peu* »

M05V22 : « *d'abord il faudrait peut être de la consultation systématique, parce qu'il y a des fois des jeunes on voit pas X temps [...] après il y a les vaccins à 15 ou 16 ans mais entre temps [...] y'a toute une tranche d'âge où on ne sait pas s'ils vont bien ou pas [...] alors des fois on arrive où c'est la crise, des fois avant on aurait peut être eu des signes avant coureurs* », « *peut être une fois par an ou tous les 2 ans, pourquoi pas ?* »

III.1.7.2. Formation des médecins généralistes.

Dans l'étude les praticiens pensaient que les formations médicales continues amélioreraient la prise en charge des adolescents en souffrance. Ils souhaiteraient qu'elles se déroulent sous forme de jeux de rôle, de mises en situation concrète, de groupes de pairs ou d'échanges d'expériences et de savoirs avec les autres intervenants.

M01V18 : « *un petit peu plus d'échanges entre les intervenants [...] c'est comme ça qu'on se forme aussi* »

III.1.7.3. Améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les autres intervenants.

Les généralistes aimeraient améliorer leur collaboration avec les autres intervenants en commençant par mieux connaître le rôle de chacun. Ils proposaient des rencontres entre professionnels.

M12 V22 : « *lorsque le CMP a fait une espèce de visite sur site, ils ont invité tous les professionnels pour nous présenter l'hôpital de jour [...] ça permet de mettre des têtes sur des noms* », « *ils nous ont expliqué comment ça fonctionnait* », « *on a eu des tas de documents, à jour au moins* »

Ils souhaiteraient plus d'échanges, avec un peu plus de courriers de retour et la possibilité de discuter de dossiers qui leur posent problèmes.

M14V26 : « *mais en même temps comment est-ce qu'on peut arriver à travailler en réseau si à un moment ou à un autre on n'arrive pas un minimum, ou à se rencontrer, ou à s'écrire, ou à se téléphoner* », « *il y a des fois où on se pose des questions et on aimerait pouvoir avoir un relais même ne poser que notre question pour pouvoir au moins échanger quoi. Je pense, si on pouvait mettre des choses comme ça en place que ce serait intéressant* », « *par exemple en rhumatologie [...] ils nous proposent un après-midi par mois où on peut aller les retrouver dans les salles au sein de l'hôpital, ils commandent des plateaux repas [...] pour discuter de dossiers qui nous posent problème. Et je me dis pourquoi on ne ferait pas ça en psy ado ou adulte ?* », « *ça pourrait leur permettre de soulager aussi leur charge en se disant : eh bien finalement je n'ai pas besoin de la voir* ». »

III.1.7.4. Améliorer la gestion de l'urgence.

En situation d'urgence, certains généralistes souhaiteraient avoir un avis même seulement téléphonique auprès des psychiatres, comme cela peut se faire avec d'autres confrères spécialistes dans d'autres disciplines.

M04V19 : « *mais de temps en temps on aimerait bien prendre son téléphone et pouvoir téléphoner à un service et dire : « bon ben voilà j'ai un adolescent... »* », « *[...] avoir un soutien, une évaluation [...] oui c'est ça qu'on devrait améliorer à Nantes* »

III.1.7.5. Améliorer le suivi.

Ils souhaiteraient un suivi plus facile à mettre en place auprès des autres intervenants.

III.1.7.6. La gestion du temps.

Les médecins interrogés soulignaient que les consultations d'adolescent étaient souvent plus longues que la moyenne des consultations habituelles. Certains proposaient une rémunération plus importante qu'une consultation normale compte tenu du temps passé. D'autres proposaient à l'adolescent de revenir régulièrement, de fractionner mais cela nécessitait une bonne gestion de l'emploi du temps.

III.1.7.7. Réassurance des médecins généralistes sur leur capacité à prendre en charge un adolescent.

Enfin, les praticiens pensaient qu'il fallait rassurer les médecins généralistes sur leur capacité à prendre en charge un adolescent en situation de mal-être. En effet, ils expliquaient qu'il ne fallait pas être effrayé par le côté « psychologique » de ce type de consultation. Parfois le rôle du généraliste était de faire « passer un cap » à l'adolescent sans pour autant entreprendre une psychothérapie.

M11V33 : *« souvent une consultation peut faire repartir un ado », « il y a des situations qui sont amenées comme catastrophiques et finalement pas du tout. Ça repart très vite, si on a réussi à créer un lien au cours de la consultation. Il n'y a pas toujours de suivi sur plusieurs consultations », « ne pas tout psychiatriser, tout à fait », « je pense aussi qu'il faut rassurer sur les capacités d'un généraliste à pouvoir gérer un adolescent, face à des situations amenées comme catastrophiques [...] on peut se dire : « oh là là de la psychiatrie, ce n'est pas pour moi » »*

III.2. Résultats de l'évaluation interne.

Les praticiens trouvaient que leur pratique était représentée dans les résultats.

Plusieurs points semblant importants pour les praticiens ont été ré exprimés :

Sur le dépistage :

- La difficulté pour différencier ce qui relève du travail psychique de l'adolescence et du psychopathologique.

Sur la famille :

- Le soutien aux parents. Ils proposaient d'augmenter les groupes de paroles pour les parents.
- L'exploration de la systémique familiale au cours de la consultation.

Sur la collaboration :

- L'isolement du médecin généraliste face à un adolescent en mal-être en raison des délais de consultations spécialisées trop longs ou en raison des difficultés pour joindre les autres intervenants.
- Le problème des consultations chez les psychologues payants. Certains médecins orienteraient plus souvent si celles-ci étaient remboursées.
- La paupérisation de la psychiatrie.

Sur l'expérience du généraliste :

- Expérience parfois personnelle de père de famille pour aborder l'adolescent en difficulté.
- Participer à des groupes de pairs pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être.

III.3. Résultats de l'évaluation externe.

Les 5 médecins trouvaient que leur pratique concernant la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être était représentée dans les résultats.

Certains insistaient sur leur collaboration avec les psychomotriciens trouvant que cette approche de l'adolescent par le corps était très intéressante.

D'autres médecins recherchaient, en plus, dans leur évaluation de la gravité, des signes d'entrée vers une schizophrénie, des conduites addictives (toxicomanie, alcool, anorexie-boulimie).

Enfin, concernant leur savoir-faire et leur savoir-être, ils soulignaient que leur expérience personnelle de père ou de mère d'adolescents les aidait probablement pour aborder leurs jeunes patients.

IV. Discussion.

IV.1. Discussion sur la méthode.

(34, 35, 36, 37)

IV.1.1. Le type d'enquête.

IV.1.1.1. L'analyse qualitative.

Dans le cadre d'entretiens semi-directifs, l'analyse qualitative est la plus appropriée. L'analyse qualitative s'intéresse au contenu du discours. Face à une question de recherche : « Comment les médecins généralistes prennent en charge un adolescent en situation de mal-être ? », le pronom interrogatif « comment » évoque la notion de pratique professionnelle, la manière de faire. Il semble donc plus intéressant d'aborder la problématique de manière qualitative.

Rappel sur les critères de validité de la méthode qualitative :

- Les participants doivent valider les résultats, ils doivent se reconnaître dans le portrait que la recherche trace d'eux même, leur pratique professionnelle doit être représentée. L'évaluation interne des résultats ainsi que l'évaluation externe ont permis de confirmer cela.
- La complétude de la recherche correspond à un ensemble de résultats auxquels il ne manque rien. L'analyse finale doit déboucher sur un panoramique cohérent comportant la mise en réseau de toutes les données. Les résultats ont été mis sous forme d'organigrammes pour qu'ils soient exposés de manière didactique et facilement consultables. Cette complétude n'est pas atteinte. Si un sociologue avait réalisé l'étude il aurait pu du fait de son expérience, extraire d'autres informations en réalisant une analyse formelle du discours, en étudiant notamment l'expression, l'énonciation. Malgré ce biais, les résultats permettent de faire apparaître des tendances.
- La saturation est le phénomène qui apparaît au bout d'un certain temps lorsque les données que l'on recueille ne sont plus nouvelles. On peut alors arrêter la recherche. Dans cette étude, la saturation est obtenue.

Ce type d'enquête fait appel à la mémoire des participants, il peut donc y avoir un biais de mémorisation de leur part. En effet, la prise en charge du mal-être d'un adolescent peut se faire parfois sur plusieurs mois voire plusieurs années, il y a donc obligatoirement une perte de données.

IV.1.1.2. L'analyse thématique.

L'analyse thématique est la méthode la plus ancienne et la plus utilisée. Des thèmes sont extraits des entretiens, et à l'aide de ces thèmes une réponse est donnée à la question générique type. La thématique en continue a l'avantage d'être une analyse fine et riche du corpus, l'inconvénient est qu'elle est plus complexe et coûteuse en temps par rapport à la thématique séquentielle qui est une démarche plus hypothético-déductive avec la perte de certains détails.

L'analyse thématique est une analyse descriptive, elle n'a pas pour fonction d'interpréter ni de théoriser. Il existe un risque de dévier vers une interprétation. En effet, la sensibilité théorique et expérientielle peut orienter le regard du chercheur, il peut être plus attentif à certaines choses. Dans ce cas, il y a un risque d'inférence, c'est-à-dire un risque de tirer des conclusions et d'avoir recours à l'interprétation. Dans l'étude il n'existe pas de biais d'interprétation car chaque thème relevé est illustré par une unité minimum de signification issue des entretiens.

IV.1.2. Le recueil des données.

Les entretiens « tests » auprès de trois médecins généralistes, ont permis d'apporter des modifications au guide d'entretien. Au fil des entretiens, ce guide s'est étoffé puisque de nouveaux thèmes sont apparus, et ces nouveaux thèmes ont été abordés avec les participants suivants. Dans ces conditions, les derniers entretiens sont plus riches que les premiers.

IV.1.3. Les participants.

Les médecins interrogés étaient des médecins ayant participé à la campagne APS sur le dépistage du mal-être des adolescents. Ils étaient donc déjà sensibilisés au problème du mal-être de l'adolescent. Le recrutement de ce type de population interrogée était volontaire, il s'agissait d'interroger des praticiens ayant déjà eu une réflexion sur le sujet afin d'obtenir les réponses les plus riches possibles en vue d'une amélioration de la prise en charge. Cependant il est à noter que deux praticiens ne se souvenaient que vaguement de cette campagne APS. D'autre part, les participants sont également maîtres de stage, dans ces conditions ils sont identifiés comme ayant une réflexion sur leur pratique par leur implication dans la formation initiale et continue.

IV.2. Discussion sur les résultats.

IV.2.1. Attitudes des médecins généralistes face au mal-être de l'adolescent.

IV.2.1.1. Evaluer la gravité.

IV.2.1.1.1. Rechercher les comportements à risque, les signes de dépression, les idées suicidaires.

Evaluer la gravité de la situation en recherchant des comportements à risque, des signes de dépression ou des idées suicidaires est effectivement une bonne attitude à adopter mais qui devrait être plus systématique chez les praticiens.

Cependant, les multiples conduites dites bruyantes à l'adolescence sont-elles toujours un signe de gravité ? Ne sont-elles pas le passage obligé du travail psychique que tout adolescent doit effectuer ? C'est pour cette raison qu'il faut rechercher d'autres paramètres pour évaluer la gravité, comme le cumul, la répétition des comportements à risque, les conduites de ruptures. S'il y a cumul des conduites à problèmes et répétition de ces conduites, il existe un risque de fixation des problèmes empêchant le développement et le travail psychique de l'adolescent (1, 38).

Concernant les conduites suicidaires à l'adolescence, un jeune sur trois récidivera avec un risque de décès ultérieur par suicide non négligeable. Parmi ces adolescents aux conduites suicidaires, 70% sont indemnes de troubles mentaux mais présentent une souffrance psychique qu'il est nécessaire de prendre en charge. C'est dans ces conditions qu'il est impératif pour le médecin amené à examiner un jeune en difficulté de savoir s'il y a eu des tentatives de suicide antérieures et s'il y a des idées noires actuelles (21, 38). Contrairement aux idées reçues, aborder le thème du suicide avec un adolescent ne va pas l'inciter à un passage à l'acte. De même un des quatorze praticiens pensait qu'un adolescent qui projetait de passer à l'acte ne le dirait pas (M10V15 : « les gens qui ont envie de se suicider, ils ne vont pas vous le dire, les vrais, ceux qui vont se suicider [...] on peut poser la question mais la réponse elle vaut ce qu'elle vaut », « mais normalement on doit poser la question, mais c'est gênant »). Le sentiment de ce praticien n'est pas isolé. Beaucoup de praticiens éprouvent de grandes difficultés à seulement envisager de questionner un adolescent sur des points « sensibles ». Mais, parler de suicide n'est ni intrusif ni dangereux. Au contraire, l'évoquer en consultation lui offre la possibilité d'en parler, et de lui faire comprendre que sa souffrance est reconnue par le médecin. De plus, une étude récente montre que les adolescents apprécient que le médecin aborde avec eux des sujets sensibles comme le suicide, la drogue, le sexe. Ils comprennent qu'ils peuvent avoir un interlocuteur ouvert à leurs problèmes et qui s'intéresse à eux (39). Les adolescents suicidaires parviennent rarement d'emblée à mettre des mots explicites sur leur mal-être. De plus, selon les études, un jeune suicidant sur

deux a consulté un médecin dans les 15 jours qui ont précédé son geste et les produits employés lors de la tentative de suicide étaient ceux qui lui avaient été prescrits lors de cette consultation (6, 38, 40).

Lorsqu'il y a eu un passage à l'acte, trop peu d'adolescents sont pris en charge initialement à l'hôpital alors qu'un large consensus recommande que la prise en charge psychosociale des suicidants soit débutée à l'hôpital. Soixante-quinze pour cent des jeunes qui font une tentative de suicide ne sont pas hospitalisés (10). Beaucoup de spécialistes de l'adolescence s'accordent sur les bénéfices d'un séjour minimal à l'hôpital de sept jours environ dans un service préparé pour cela (6, 29). En effet, il est important d'aborder le problème « à chaud », c'est un acte qui ne doit pas rester sans réponse. La banalisation et le déni sont source de récurrence. L'hospitalisation représente une modalité de réponse qui entérine l'acte, le contient et situe l'adolescent et ses proches en présence d'un tiers : l'institution hospitalière qui est médiatrice. Les hôpitaux ont aussi à se doter de petites structures spécialisées dans la prise en charge des adolescents en détresse (6, 38, 40). Malheureusement les services de psychiatrie ne sont pas les lieux adaptés et quant aux services de psychiatrie infanto-juvénile, leur capacité étant limitée, ils présentent des difficultés à admettre un adolescent dans l'urgence (6).

Lorsque malheureusement le passage à l'acte n'a pas été pris en charge initialement, il est important que les médecins généralistes recherchent des antécédents de tentative de suicide. Selon une étude suisse, seulement 10% des suicidants ont parlé de leur geste à un médecin alors qu'il s'agit d'une population qui consulte au moins aussi souvent que les adolescents sans problèmes d'ordre psychologique (22).

IV.2.1.1.2. La versatilité de l'adolescent rend difficile l'évaluation de la gravité.

Certaines consultations peuvent être amenées comme catastrophiques car l'adolescent a exprimé des idées suicidaires auprès de ses parents par exemple. Bien sûr ces situations ne doivent pas être banalisées mais nécessitent-elles pour autant un avis psychiatrique en urgence ? L'adolescence se caractérise par une vigueur particulièrement grande des pulsions opposées à une vulnérabilité psychique et environnementale (1). Avancer un diagnostic psychopathologique ou un pronostic est à l'adolescence un exercice périlleux, souvent trompeur. Mais pour autant, il ne faut pas laisser les inquiétudes de l'adolescent sans réponse et faire preuve d'attentisme en se disant que c'est « la crise d'adolescence » et que « ça passera ». Ainsi, revoir l'adolescent au cours d'une nouvelle consultation rapprochée permet au praticien de mieux évaluer la situation.

Ces changements permanents que l'adolescent subit et fait subir à son entourage pèsent sur l'abord de la prise en charge, le praticien est obligé de s'adapter, de recourir à des modifications. L'abord de l'adolescent n'est pas un abord formalisé (41).

IV.2.1.1.3. Rechercher les facteurs de résilience.

Face à un adolescent en souffrance psychique, il est important de rechercher également des « facteurs protecteurs » qui lui permettront d'affronter cette situation difficile. Cette notion n'a pas été clairement abordée dans les entretiens, ce qui ne signifie pas que les praticiens n'en tiennent pas compte. Elle semble être implicite car certains praticiens interrogés exploraient tous les champs médico-psycho-socio-environnementaux de l'adolescent (santé, relations familiales et avec les pairs, contexte scolaire...). Dans ce cas, les praticiens repéraient ces facteurs protecteurs. On parle du concept de résilience. La résilience peut être comprise comme un processus dans lequel un ensemble d'attributs personnels et environnementaux est mis en jeu, et qui permet à des enfants ou adolescents durablement soumis à une situation potentiellement pathogène de mener une existence satisfaisante et productive. Des chercheurs se sont interrogés sur quels facteurs permettaient à un individu de maîtriser une situation de stress et d'en éviter les conséquences néfastes du point de vue de la santé et du bien-être. Les adolescents résilients auraient un tempérament associant sens des responsabilités, flexibilité, humour, créativité. À ces qualités, s'ajoutent un climat scolaire et familial, et un réseau social satisfaisants. La présence de liens forts dans une certaine durée avec un adulte de référence est un facteur protecteur (42). Dans le soin, l'accent se déplace alors de la mise en évidence des dysfonctionnements, des problèmes et des handicaps, vers le recensement des ressources de l'adolescent et de son entourage. Les praticiens peuvent au cours de leur consultation inclure des questions axées sur les aspects positifs du développement et de la santé de l'adolescent comme par exemple : « qu'est-ce qui marche bien dans ta vie en ce moment ? » ; « quelles sont tes activités préférées ? » ; « quelles sont les principales qualités que les autres te reconnaissent ? » ; « as-tu un exemple de situation difficile que tu as réussi à maîtriser ? ».

À travers ces questions, les praticiens renforcent les qualités de caractère et les compétences de leurs jeunes patients. Ils peuvent alors imaginer avec eux des stratégies d'adaptation à une situation difficile (42, 43, 44).

IV.2.1.2. Revoir l'adolescent lors d'un nouveau rendez-vous.

Parmi les praticiens interrogés, peu fixaient un rendez-vous, la plupart proposaient seulement à l'adolescent de le revoir, le laissant décider. Hors, il est plutôt recommandé de fixer avec l'adolescent un nouveau rendez-vous, sans attendre une demande de sa part et dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation. L'expérience montre que cette proposition est quasiment toujours acceptée par l'adolescent. Le frein est peut être du côté du médecin qui craint que l'adolescent ne vienne pas, perturbant ainsi un emploi du temps déjà bien chargé. Le médecin peut craindre également le début de la deuxième consultation où l'adolescent sera peut être en attente d'une réponse de la part de son médecin traitant concernant ses problèmes. Cette attitude montre à l'adolescent l'intérêt que lui porte son médecin traitant, évite de donner une réponse immédiate et introduit la durée dans la relation (25).

Ce deuxième rendez-vous permet aussi de voir l'adolescent seul. Il est effectivement indispensable qu'une partie de la consultation se fasse sans les parents pour laisser l'adolescent s'exprimer sur des sujets délicats et pour lui montrer qu'il est considéré comme une personne responsable et autonome (25, 45, 55).

IV.2.1.3. Entretiens réguliers.

IV.2.1.3.1. Passer un cap.

La prise en charge d'un adolescent en situation de mal-être ne signifie pas toujours une prise en charge longue. Parfois il suffit de deux ou trois consultations avec le généraliste pour « passer le cap ». Il ne s'agit pas pour le médecin d'entreprendre une psychothérapie mais d'aider l'adolescent à faire face à une période de vulnérabilité et de transformations. (25, 45). Toute « crise d'adolescence » ne relève pas de pathologies mentales. La tendance actuelle est forte de faire appel à la psychiatrie pour les adolescents « difficiles ». Les psychiatres ne peuvent pas poser le diagnostic de maladie mentale qui pourtant rassurerait les institutions juridiques qui quelquefois sont face à l'impossibilité de communiquer avec ces adolescents difficiles (4).

IV.2.1.3.2. Une prise en charge dans la durée en jouant un rôle de soutien et en maintenant le lien.

Dans d'autres situations plus complexes, il est nécessaire de voir l'adolescent plus longtemps. Dans ce cas-là aussi, le généraliste n'est pas psychiatre mais il assure un suivi et surtout il maintient le lien avec l'adolescent car il est l'intervenant de proximité et un lien affectif s'est souvent créé. Le généraliste a ainsi un rôle de référent et de médiateur (4).

Cependant, Michael Balint, dans ses travaux, parle de psychothérapie spécifique du médecin généraliste qui, dans certaines situations peut s'avérer la plus adaptée et ne doit pas être considérée comme inférieure aux autres. On parle souvent de « psychothérapie de soutien ». Donald W. Winnicott parle de « holding » (soutien en anglais). Entre le patient et le médecin généraliste, s'établit une relation proche, personnelle et continue et, qui plus est, une relation qui se déroule dans le milieu de vie du patient. C'est cette proximité et cette accessibilité qui peuvent être un plus pour la prise en charge. Le but est d'aider le patient à découvrir la part qu'il peut prendre dans la résolution de ses problèmes (46, 47). Ce type de prise en charge nécessite de la part du médecin généraliste une implication personnelle et une formation spécifique sur la relation thérapeutique (47).

IV.2.1.4. Débuter un traitement médicamenteux.

Selon les avis d'experts, les traitements médicamenteux semblent ne pas être la réponse adaptée pour la prise en charge du mal-être de l'adolescent.

Les somnifères, anxiolytiques et psychostimulants sont à éviter (48).

Selon le rapport de l'Afssaps de 2005, 95000 enfants et adolescents seraient traités chaque année en France par des antidépresseurs, dont 40000 dans le cadre d'une dépression (49). Même si la plupart des jeunes suicidaires ont des affects anxiodépressifs, peu présentent une dépression proprement dite. Toute tentative de suicide chez un adolescent doit être prise au sérieux mais il est rare qu'elle renvoie à un vrai désir de mort. On ne peut donc l'interpréter comme le signe d'une dépression au sens de la pathologie psychiatrique. La réponse d'un tel acte se trouve donc rarement dans la prescription d'antidépresseurs.

Le traitement de première intention de la dépression de l'enfant et de l'adolescent est une prise en charge psychothérapeutique, la prescription d'antidépresseurs, si elle est envisagée, ne doit intervenir qu'en seconde intention, dans le cadre d'une dépression majeure, avec une prise en compte de l'ensemble des bénéfices attendus et des risques (27, 49).

Si un traitement est envisagé, il ne doit jamais être prescrit lors de la première consultation.

De plus, la prescription d'un psychotrope expose à plusieurs risques :

- Le risque que l'adolescent n'arrive à faire face à ses problèmes psychiques que par le biais du médicament.
- La mise en évidence de son incapacité à trouver lui-même les ressources nécessaires pour surmonter ses difficultés.
- Le risque de voir progressivement s'appauvrir les entretiens cliniques au dépens de la prescription d'un produit et la mise en place progressive d'une soumission à la substance médicamenteuse.
- Un sentiment d'incompréhension de la part de l'adolescent qui est plus à la recherche d'un soutien et d'une écoute de la part d'un professionnel de santé plutôt que d'un traitement médicamenteux (48).

L'Afssaps, en 2005, a émis un compte-rendu sur la prescription d'antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Les essais cliniques n'ont pas montré d'efficacité de la paroxétine, ni de la venlafaxine, chez l'enfant et l'adolescent. Il semblerait même qu'il y ait une augmentation du risque suicidaire dans cette population. En France, les antidépresseurs sont déconseillés chez l'enfant et l'adolescent. Seules la fluvoxamine et la sertraline ont une indication chez l'enfant et l'adolescent dans les troubles obsessionnels compulsifs. La prescription d'antidépresseurs chez l'adolescent se fait en cas d'épisode dépressif majeur, de troubles anxieux sévères et de troubles alimentaires. Les médecins généralistes se réfèrent aux spécialistes et traitent rarement. Cependant, les délais d'attente pour les consultations spécialisées sont longs et il peut arriver qu'un traitement médicamenteux soit instauré en attendant. C'était le cas pour un des participants de l'étude. L'Afssaps ne met pas de restrictions de prescription vis-à-vis des médecins généralistes, quand les délais sont longs pour obtenir un avis spécialisé. Le traitement prescrit est souvent la sertraline. Les

benzodiazépines sont à éviter du fait de leurs effets secondaires. Les experts insistent sur une prise en charge globale et les traitements médicamenteux ne doivent pas être prescrits sans psychothérapie et sans surveillance régulière (49).

L'Afssaps a publié un communiqué en août 2006 concernant la fluoxétine (PROZAC®). La fluoxétine a bénéficié d'une extension d'indication européenne dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs d'intensité modérée à sévère en association avec une psychothérapie chez l'enfant de 8 ans et plus pour lesquels un traitement psychothérapeutique seul était insuffisant. Les autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) n'ont pas d'autorisation chez les moins de 18 ans. L'Afssaps reste prudente, car les études ont montré qu'il existe un risque d'effet délétère sur la croissance et la maturation sexuelle en période pré ou péri-pubertaire. Elle recommande que le traitement soit instauré par les pédopsychiatres ou psychiatres et qu'une surveillance du développement pubertaire et de la courbe staturo-pondérale soit faite. En période post-pubertaire, le traitement peut être prescrit par le médecin généraliste avec les mêmes surveillances (50).

Toujours en ce qui concerne l'introduction d'un traitement antidépresseur, une étude d'experts canadiens et américains recommande en cas de symptômes modérés de dépression chez l'adolescent, un traitement par ISRS, et plus particulièrement la fluoxétine en association à une psychothérapie par un spécialiste. En cas de symptômes légers, il est recommandé de mettre en place un soutien, une écoute et une surveillance de la part du médecin généraliste qui peut à tout moment demander un avis spécialisé s'il le juge nécessaire (51).

IV.2.1.5. Les symptômes flous à l'adolescence.

IV.2.1.5.1. Difficultés dans le dépistage du mal-être.

Derrière des douleurs abdominales, des céphalées, des lombalgies, y-a-t-il un mal-être ou une véritable pathologie organique ? Souvent, centrer la démarche diagnostique sur la clinique permet d'éliminer, avec un doute raisonnable, une pathologie causale au symptôme (3, 52).

IV.2.1.5.2. Demande initiale d'examens complémentaires et d'avis spécialisés.

La plupart du temps l'adolescent n'arrive pas à mettre de mots sur son mal-être, du moins au début. Il consulte pour une fatigue, des céphalées, des douleurs abdominales, des douleurs rachidiennes, etc... Face à ces symptômes flous, le médecin généraliste peut être amené à demander des examens complémentaires, des consultations spécialisées pour d'une part, éliminer une pathologie organique et d'autre part, amener l'adolescent et ses parents à voir ces symptômes comme l'expression d'un mal-être. Dans cette dernière optique, il faut alors déterminer la stratégie des explorations ou examens complémentaires,

pour ne pas tomber dans l'excès des investigations. Ces manifestations somatiques appellent un dialogue attentif avec l'adolescent et non une prescription hâtive. En effet, face à des symptômes sans organicité prouvée, il peut être tentant de vouloir s'en débarrasser rapidement en les traitant symptomatiquement sans comprendre ce qui peut se cacher derrière (52, 53). Les investigations peuvent, par leur normalité, mettre le praticien en difficulté car il se retrouve face à « un corps sain mais en souffrance ». Dans tous les cas il faut respecter la valeur défensive et protectrice du symptôme corporel et ne pas conclure devant l'adolescent que « ce n'est rien », « c'est psychologique », « c'est dans ta tête ».

Par conséquent, il est parfois utile de faire quelques investigations pour éliminer toute organicité sans tomber dans l'excès et il est nécessaire, rapidement, d'être clair sur la nature des symptômes. Le médecin ne peut pas faire entendre à l'adolescent et à sa famille, la probabilité d'une somatisation tout en maintenant le doute sur une atteinte organique. Il faut que le généraliste réussisse à dire clairement que les investigations ne sont plus nécessaires tout en reconnaissant la réalité des symptômes. Ce n'est qu'à partir de là que la dimension psychique et la valeur relationnelle de la plainte pourront être travaillées (1, 54).

IV.2.1.6. Orienter l'adolescent vers d'autres intervenants.

IV.2.1.6.1. Quand faut-il orienter l'adolescent ?

Comment savoir si les symptômes de l'adolescent ne sont que le travail psychique de l'adolescence ou s'ils entrent dans le cadre d'un processus psychopathologique et s'ils correspondent à un mode d'entrée vers une pathologie psychiatrique. L'indication à orienter vers un spécialiste se fait lorsque la situation perdure, lorsque les symptômes se cumulent et entravent le fonctionnement normal de l'adolescent (1).

IV.2.1.6.2. Obtenir l'accord de l'adolescent.

Orienter un adolescent n'est pas toujours une tâche facile pour le praticien. L'adolescent peut être réticent à l'idée de consulter un psychiatre, par exemple. Il faut qu'initialement un travail de mise en confiance soit fait pour qu'il accepte. En effet, la réussite d'une démarche chez un psychiatre nécessite une approche et une discussion préalable avec l'adolescent pour ne pas qu'il ne se sente abandonné par son médecin traitant, qui souvent le connaît depuis son enfance. Le lien construit entre un adolescent et son généraliste ne se transmet pas comme « un paquet » à un confrère. Le praticien doit assurer à son jeune patient le maintien du suivi débuté pour éviter un vécu de trahison (1, 25, 26). Ce passage de témoin est plus aisé lorsque les symptômes sont de nature somatique : urgence chirurgicale, problème orthopédique etc... Lorsqu'il s'agit d'une consultation d'ordre psychothérapeutique, le travail de préparation est plus long et plus difficile.

IV.2.2. La communication avec l'adolescent. L'accroche de l'adolescent.

IV.2.2.1. Ressenti du médecin généraliste.

Communiquer avec un adolescent, « accrocher » un adolescent n'est pas simple. Cela demande d'instaurer une relation de confiance et l'adolescent n'accorde pas facilement sa confiance. Il faut du temps et le temps en médecine générale est parfois difficile à trouver. De plus, comment demander à un adolescent de s'exprimer sur son mal-être quand lui-même, du moins initialement, ne sait pas mettre de mots sur ce qu'il ressent, et ne comprend pas toutes les transformations physiques et psychiques qui s'opèrent en lui ?

IV.2.2.2. Instaurer une relation de confiance.

IV.2.2.2.1. L'accueil de l'adolescent. Aller au delà du motif premier de consultation.

L'accueil de l'adolescent n'a pas été explicitement développé dans les entretiens mais cela représente le point de départ de toute relation. L'adolescent est sensible à l'attitude et au comportement adopté par le médecin généraliste à son égard. Le mal-être est rarement le premier motif de consultation exprimé, il est souvent caché. Les travaux du groupe ADOC ont montré que si les médecins généralistes élargissaient le contenu de la consultation par une formulation du type : « à part ça ? », « oui, mais encore ? », ils multiplieraient par trois la fréquence d'abord de questions psychologiques lors de motifs de consultations non psychologiques (25, 31, 55). Il est donc important de proposer une ouverture dans la consultation qui n'est réalisée qu'une fois sur deux lorsque le motif est administratif ou préventif (41).

IV.2.2.2.2. Réaffirmer la confidentialité.

La confidentialité est une notion importante. Selon une enquête d'opinion sur la confidentialité dans les soins, réalisée auprès de 1027 adolescents et 630 parents ; un quart des adolescents admet avoir déjà eu un problème ou des questions d'ordre médical pour lesquels ils auraient souhaité consulter « quelqu'un » sans en avertir leurs parents. Soixante pour cent ne l'ont pas fait par crainte que leurs parents le sachent. De la même manière, 74% des adolescents interrogés ne confient pas leurs problèmes personnels à leur médecin traitant. Le médecin traitant n'est donc pas perçu comme un confident (56).

Selon une autre étude réalisée auprès de 613 adolescents répartis en deux groupes, 79% du groupe des 13 ans et 90% du groupe des 15 ans pensent qu'il est important que leur médecin respecte la confidentialité. Cependant seulement 40% environ des praticiens parlent de confidentialité à leurs patients adolescents alors que 64 à 78% des adolescents interrogés aimeraient que leur médecin leur assure cette confidentialité en consultation (57).

Une étude américaine, réalisée en 1997, a étudié comment la réaffirmation de la confidentialité pouvait influencer les adolescents sur la communication avec le praticien. Lors d'une consultation, il a été assuré à un groupe d'adolescents une confidentialité absolue, à un deuxième groupe, une confidentialité relative et pour le troisième groupe, la notion de confidentialité n'a pas été abordée. Les résultats de cette étude montrent qu'assurer une confidentialité à l'adolescent augmente les chances qu'il parle de sexualité, de consommation de drogue ou de ses problèmes psychologiques au médecin. L'assurance d'une confidentialité augmente également les chances qu'il revienne consulter pour parler de ses problèmes (58).

Cependant qu'en est-il de cette confidentialité chez un mineur du point de vue de la loi ? Les choses sont-elles claires ? Tout adolescent a droit à l'information, l'autonomie de décision et le respect de la confidentialité. Cependant, il reste mineur aux yeux de la loi et le rôle des parents est important. Comment concilier le devoir de confidentialité, le besoin d'autonomie et le respect de l'autorité parentale ? À partir de quel âge un adolescent est-il apte à prendre une décision pour lui-même ? (59).

L'enfant, comme l'adolescent, est au regard de la loi française un incapable, et n'a donc ni droit qu'il puisse exercer seul, ni devoir, il bénéficie par contre d'une protection (60). De plus, l'article 9 du code civil reconnaît au mineur une vie privée et le droit à l'intimité (61). Selon les articles 226-13 et 14 du code pénal sur le secret professionnel et selon le code de déontologie, le médecin n'est pas tenu d'informer les titulaires de l'autorité parentale des éléments de la consultation (62). Il existe des dérogations au secret professionnel, comme les certificats de décès, de vaccinations, les maladies contagieuses, mais également les mauvais traitements (y compris sexuels) infligés à des mineurs ou des personnes incapables de se protéger en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique (article 226-14 du code pénal et article 44 du code de déontologie médicale) (63).

Concernant la prescription d'un traitement, des changements ont été faits en 2001-2002. Auparavant, en cas de prescription ou d'intervention chirurgicale sur mineur, son consentement n'était pas suffisant, il fallait également le consentement des représentants légaux. Depuis la loi du 4 juillet 2001 n°2001-588, deux situations ne nécessitent pas le consentement des représentants légaux : la prescription d'une contraception et l'interruption volontaire de grossesse (64). Concernant le consentement ou le refus des soins et l'hospitalisation, un soin ne peut être dispensé sans le consentement du patient, y compris le mineur. Pour le mineur non émancipé, les parents ont le pouvoir à consentir ou non aux soins. Cependant, selon les nouvelles dispositions de la loi du 4 mars 2004 n° 2002-303, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de

garder le secret sur son état de santé. Dans ce cas, le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix (65).

Cependant, le droit de l'adolescent au secret médical, vis-à-vis des parents, n'exclut pas que le médecin généraliste discute avec celui-ci la possibilité d'informer les parents s'il juge que cela est nécessaire dans la prise en charge et qu'il propose à l'adolescent son aide d'intermédiaire entre lui et ses parents. Il s'agit alors pour le médecin de guider l'adolescent, de faire en sorte que les décisions soient prises conjointement et de diminuer les éventuelles appréhensions ou angoisses de l'adolescent vis-à-vis de ses parents. Dans la plupart des cas, la prise en charge d'un adolescent en souffrance ne sera que meilleure si les parents font partie intégrante de cette prise en charge (66).

IV.2.2.2.3. Rassurer l'adolescent sur sa normalité, souligner les points positifs, faire un examen clinique commenté.

Expliquer à l'adolescent que les transformations qu'il subit ou les interrogations qu'il peut avoir sur lui-même sont normales permet de le rassurer et facilite la discussion. De même, il est important de souligner « les choses qu'il fait bien », les points positifs. Mettre en place une relation de confiance, ce n'est pas seulement mettre l'accent sur ce qui ne va pas, c'est également mettre en valeur les bons comportements. Le rassurer sur ce qu'il fait bien évite la dévalorisation.

Il est également extrêmement important de faire un examen clinique et de le commenter pour rassurer l'adolescent lorsque celui-ci est normal. Si d'éventuelles anomalies ont été repérées, les commenter et les expliquer permet à l'adolescent de se réapproprier son corps. Le moment de l'examen clinique est un moment délicat pour l'adolescent qui ne souhaite pas dévoiler ce corps en transformation qu'il ne maîtrise pas. L'absence de commentaire pendant l'examen clinique ne fera que renforcer ses angoisses. Le moment de l'examen permet à l'adolescent de se familiariser avec un corps qui le déroute, de se le réapproprier, d'augmenter son estime de soi et d'apprendre à prendre soin de lui. Le traçage de la courbe staturo-pondérale, la prise de la tension artérielle, l'évaluation du développement pubertaire ont un intérêt clinique, mais sont aussi des sujets de commentaires qui permettent d'établir les bases d'une relation de confiance. Par exemple, le moment de la pesée permet d'aborder la question de l'alimentation, la taille : la croissance, les oreilles : la musique préférée, la bouche : l'hygiène dentaire et l'hygiène en général, l'auscultation pulmonaire : le tabac et le cannabis, l'auscultation cardiaque : une éventuelle tachycardie donc des émotions, la peau et l'acné : l'apparence, l'image, le look. Il est préférable que l'examen clinique soit réalisé en deuxième partie de consultation, une fois l'adolescent plus détendu et informé. De même, le médecin doit respecter la pudeur de l'adolescent et le déshabillage doit être progressif. Tout examen clinique non commenté, automatique sera mal vécu par l'adolescent avec un sentiment qu'il a été bâclé (1, 5, 45, 55, 67, 68, 69).

IV.2.2.2.4. Pas de jugement et trouver la bonne distance.

Le médecin doit adopter une attitude neutre, sans jugement mais aussi faire preuve d'empathie pour que la consultation ne soit pas perçue comme impersonnelle de la part de l'adolescent. Le médecin doit trouver la bonne place à occuper dans cette consultation si spéciale avec l'adolescent. Il existe une ambiguïté dans la position « d'adulte tiers » du généraliste. Pour les parents, le praticien peut être détenteur du savoir et de ce qui est autorisé ou pas. Les parents peuvent parfois attendre du médecin qu'il valide leur opinion. Mais tout jugement risque de bloquer la communication, l'adolescent en venant consulter ne souhaite pas entendre de réprimandes. D'un autre côté, le médecin n'est pas non plus « son copain », si l'adolescent a des comportements à risque pour lui même ou pour les autres, le praticien doit l'informer des conséquences encourues. Il ne s'agit pas de valider tous les comportements de l'adolescent. Le médecin évitera donc tout jugement, toute diabolisation ou au contraire toute attitude séductrice. Il essaiera d'avoir une position de repère (67, 70).

Lorsque nous parlons de la place que le médecin généraliste doit occuper, il importe également d'aborder la question du tutoiement ou du vouvoiement. Le « tu » induit un rapprochement et peut à la fois rassurer l'adolescent qui le perçoit comme une mise à portée bienveillante de l'adulte ou au contraire il peut trouver cela trop intrusif. Le « vous » induit une certaine distance qui est, là encore, soit bien acceptée par l'adolescent parce qu'il comprend que le médecin s'adresse à lui comme à un adulte et le responsabilise, soit perçue comme une mise à distance qui peut entraver le dialogue. Il n'y a aucune règle, le tutoiement ou le vouvoiement est à l'appréciation du praticien en fonction de l'âge, du sexe du patient, des circonstances de la visite ou encore du caractère nouveau ou au contraire de longue date de la connaissance du patient (1, 71).

L'adolescent est sensible à la reconnaissance que lui porte un adulte. Il n'attend pas que le médecin devienne son ami, ni qu'il adopte une attitude paternaliste. L'adolescent remet en cause les modèles adultes tout en cherchant d'autres modèles d'identification. Il s'agit d'une relation médecin-adolescent particulière, le médecin est assimilé à un adulte différent de ses parents (3).

IV.2.2.2.5. Accorder du temps et de l'écoute à l'adolescent.

IV.2.2.2.5.1. Des consultations parfois longues et répétées.

Accorder du temps n'est pas toujours facile avec des consultations qui s'enchaînent toutes les 15 ou 20 min. Comment aborder les problèmes avec l'adolescent en quelques minutes alors qu'un travail de mise en confiance est nécessaire au préalable pour que l'adolescent accepte de se livrer ? Ce problème de temps en médecine générale que représentent aussi bien la durée que la répétition des consultations pour la prise en charge de l'adolescent en souffrance est une difficulté exprimée par les médecins interrogés. Pour certains il s'agissait

même d'un motif d'orientation de l'adolescent car ils ne souhaitent pas prendre en charge seul l'adolescent si cela pouvait s'avérer long et coûteux en temps et en investissement.

Cependant, il n'est pas nécessaire de vouloir régler une situation en une seule consultation. Il reste possible de prendre en charge un adolescent en situation de mal-être même dans le cadre de la médecine générale. Il faut savoir fractionner les consultations. Le médecin généraliste, s'il n'a pas le temps dans une consultation, il bénéficie de la durée dans la relation avec l'adolescent (26).

Selon une thèse portant sur le problème de la confidentialité avec les adolescents, les jeunes « déprimés et suicidaires » sont moins nombreux à trouver leur médecin rassurant, disponible et facilement accessible que les adolescents en général. Il est donc important que les médecins généralistes aient une attention toute particulière à ce groupe d'adolescents en difficulté (56).

IV.2.2.2.5.2. De l'écoute.

Dans cette même thèse, 30% des jeunes du groupe « déprimés et suicidaires » interrogés n'ont pas l'impression, à la fin de la consultation d'avoir tout dit et dans le groupe « des jeunes ayant des idées suicidaires », ils sont 45% à avoir cette impression (56). Offrir à l'adolescent qui va mal un espace d'écoute, pouvoir formuler son malaise peut éviter parfois un passage à l'acte (20).

L'adolescent doit sentir qu'il est écouté. Le médecin doit faire preuve de ce que l'on nomme « l'écoute active » qui peut se caractériser par exemple, par un silence attentif, des gestes : hochement de tête, des impulsions vocales telles que « mmmh », « oui » etc... Les adolescents souvent avertis de paroles peuvent être amenés à continuer leur récit par un encouragement verbal.

Après cette écoute, il est important de reformuler. Il existe différents types de reformulation :

- la réitération : simple répétition qui encourage l'adolescent à poursuivre
- le reflet : répéter avec d'autres mots afin de préciser, expliciter
- la clarification : ajouter une idée, dégager l'important, permet de prolonger la pensée
- le résumé : dégager l'essentiel sous forme concise et précise

La reformulation est une stratégie communicationnelle qui permet l'expression de l'empathie, elle peut permettre à l'adolescent de s'ouvrir un peu plus. De plus, elle rend légitime les problèmes de l'adolescent (55, 72).

IV.2.2.2.6. Empathie, compréhension et soutien.

Avoir une attitude empathique et reconnaître les difficultés donnent à l'adolescent la possibilité de s'ouvrir au médecin et de lui confier ses soucis et ses sentiments préparant

ainsi le terrain pour essayer de résoudre les problèmes ou de clarifier les choses. Il se crée une relation de confiance qui permet une alliance thérapeutique. La relation empathique diminue l'anxiété et les sentiments d'isolement, elle favorise l'acceptation du conseil médical. Les remarques légitimantes encouragent l'adolescent à s'exprimer plus facilement et précisément sur ses difficultés (72).

IV.2.2.2.7. Laisser une porte ouverte. Rôle privilégié du médecin traitant. Faire une synthèse de la consultation.

Le médecin généraliste, même si, selon les études, ne représente pas le premier interlocuteur aux yeux des adolescents pour aborder des sujets personnels, il est cependant le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents (10). Il a donc un rôle primordial dans l'approche de l'adolescent. C'est au médecin de rappeler à l'adolescent qu'il n'a pas seulement le rôle de soigner le corps mais qu'il peut être un interlocuteur pour parler des choses qui préoccupent l'adolescent. Il est important qu'il rappelle à l'adolescent que le cabinet médical peut être un espace d'écoute. Son rôle est aussi de maintenir le lien avec l'adolescent et de lui rappeler que « la porte est toujours ouverte ».

Il est important, à la fin de la consultation de faire une synthèse de ce qui a été dit avec l'adolescent. Cela fait comprendre à l'adolescent que le médecin l'a écouté attentivement et souhaite trouver des solutions avec lui pour qu'il se sente mieux. Cette synthèse permet au médecin et à l'adolescent de se mettre d'accord sur la suite, convenir d'un prochain rendez-vous, déterminer ce que le médecin est autorisé à dire aux parents ou non. Le fait de proposer un nouveau rendez-vous montre à l'adolescent que le médecin est là, prêt à l'aider. Il est important que le praticien ne fasse pas que reformuler ou résumer ce qui a été dit avec l'adolescent mais il faut également qu'il donne son avis sur la situation (1, 55, 72, 73).

IV.2.2.3. Les déterminants du dialogue.

IV.2.2.3.1. Ce qui facilite le dialogue.

IV.2.2.3.1.1. Utilisation de questionnaires.

L'utilisation de questionnaires de dépistage comme le TSTS-CAFARD validé par l'HAS ou l'HEADSSS (annexes VI.7 et 8) permettent de révéler des situations de mal-être et des comportements à risque. Ils permettent une fois un problème identifié d'ouvrir et d'amorcer le dialogue. (25, 30, 74, 75, 76).

Par conséquent, lorsque les questions ouvertes ne sont pas contributives dans la communication avec un adolescent, du moins peut être au début, le praticien peut utiliser des questions amenant le patient à s'exprimer sur un point précis et dans son propre langage. Si les questions ciblées ne permettent pas de dialogue alors on a recours aux

questions fermées. Cette séquence de questions « entonnoir » (questions ouvertes, ciblées, fermées) constitue une aide pour détecter puis clarifier un problème.

Les questions plutôt inopportunes sont des questions suggestives qui ne laissent pas l'adolescent s'exprimer et induisent ses réponses. Par exemple : « tu vas bien, n'est-ce pas ? ». De la même manière, les questions multiples sont inadaptées car l'adolescent ne saura répondre en une fois. Les questions commençant par « Pourquoi ? » sont ressenties comme un reproche et provoquent une réaction de défense (72).

IV.2.2.3.1.2. Voir l'adolescent seul.

Voir l'adolescent une partie ou la totalité de la consultation seul est un des critères pour faciliter la communication notamment pour aborder certains sujet « délicats » en présence des parents, comme la sexualité ou les consommations de produits par exemple. En effet, la présence d'un tiers risque de compromettre le dialogue et la sincérité des réponses, et de mettre mal à l'aise l'adolescent. Mais demander aux parents de sortir de la consultation n'est pas quelque chose de systématiquement fait de la part des médecins alors que ceux-ci, selon les études préfèrent voir l'adolescent seul au moins une partie de la consultation (56). Cette demande risque parfois d'être mal vécue par le parent qui accompagne mais c'est au praticien de faire comprendre que la consultation s'adresse à l'adolescent et que ce dernier est responsable de sa santé, en conséquence il peut voir le médecin seul. Le praticien peut également proposer à l'adolescent un nouveau rendez-vous au cours duquel il viendra seul (71). Cette tendance à ne pas voir l'adolescent seul systématiquement au moins une partie de la consultation est confirmée par des études. Selon une étude portant sur 613 adolescents âgés de 13 et 15 ans, respectivement, 33 et 40% pensent qu'il est important qu'ils puissent voir leur médecin seuls mais seulement 18 à 20% d'entre eux ont eu cette opportunité (57). Voir l'adolescent seul en consultation doit donc devenir une pratique plus naturelle et systématique.

IV.2.2.3.1.3. Connaître l'adolescent depuis son enfance, lien affectif.

Certains praticiens trouvaient que connaître l'adolescent depuis son enfance facilitait le dialogue car un lien affectif s'était tissé et l'adolescent était en confiance avec son médecin traitant. Le médecin qui suit l'adolescent depuis longtemps a l'avantage d'une bonne connaissance des antécédents et du contexte familial mais le principal écueil serait de ne pas voir les transformations de l'enfant devenu adolescent. Cela équivaut à « s'identifier à un parent qui ne voit pas grandir son enfant » (1).

IV.2.2.3.2. Ce qui rend difficile le dialogue.

IV.2.2.3.2.1. Connaître l'adolescent depuis son enfance, l'adolescent n'ose pas parler à son médecin traitant.

La proximité avec l'adolescent peut être un frein. L'adolescent n'ose pas aborder certains sujets avec son médecin du fait d'une certaine familiarité qui existe entre eux (1). Les médecins participants à l'étude proposaient à leurs jeunes patients d'être pris en charge par un confrère par exemple du même cabinet. L'âge des 16 ans pouvait être alors l'occasion de demander à l'adolescent par quel médecin il souhaitait être suivi. En effet, il est important de lui expliquer qu'à 16 ans il a maintenant le droit de choisir son propre médecin traitant, il n'est pas obligé de garder le médecin de son enfance choisi par ses parents.

IV.2.2.3.2.2. Crainte de l'adolescent sur la confidentialité.

L'adolescent peut craindre que son médecin ne dévoile des éléments de la consultation car il perçoit plus ce médecin comme le médecin de famille et surtout le médecin « des parents ». L'adolescent peut alors se garder de lui confier des préoccupations d'ordre personnel. Selon une enquête portant sur 257 élèves, environ 90% des filles font entièrement confiance à leur médecin sur le plan des soins alors que sur le plan des confidences la proportion est aux alentours de 75%. Les garçons accordent moins leur confiance sur le plan des confidences. C'est pour cette raison qu'il est important de réaffirmer la confidentialité à l'adolescent, attitude adoptée par la plupart des praticiens interrogés (71).

IV.2.2.3.2.3. La consultation ne s'y prête pas toujours.

IV.2.2.3.2.3.1. L'adolescent est venu pour un problème somatique.

Selon l'étude de Choquet et Ledoux, les problèmes psychologiques représentent seulement 4% des motifs de consultations en médecine générale, mais derrière le motif apparent de la consultation peut se cacher une situation de mal-être (8). Selon les réponses des médecins ayant participé à l'étude, certains trouvaient difficile d'aborder la question du mal-être ou de parler de conduites à risque lorsque l'adolescent venait pour un vaccin ou un certificat de sport. Cependant, parler avec l'adolescent de sa vie, de ses relations avec ses amis, de l'école, de ses loisirs lui montre que son médecin est ouvert à la discussion et pas seulement sur des problèmes somatiques. L'adolescent identifie alors son médecin comme un interlocuteur potentiel en cas de problèmes psychiques. Pour aider le médecin à aborder la question du mal-être, des plaquettes d'informations peuvent être mises à disposition dans la salle d'attente pour montrer que le praticien est ouvert à la discussion et pour que l'adolescent soit moins surpris si son médecin aborde ces sujets en consultation (71, 77).

IV.2.2.3.2.3.2. Présence des parents.

La présence des parents pendant une partie de la consultation ne doit pas être prise uniquement comme une entrave au dialogue et à la confidentialité entre l'adolescent et le médecin. Les parents sont d'une grande richesse en ce qui concerne les antécédents personnels et familiaux et les moments de consultation conjointe avec les parents et les enfants peuvent donner un aperçu de la dynamique familiale importante à prendre en compte dans la prise en charge de l'adolescent.

Par conséquent, le bon compromis est de voir l'adolescent seul une partie de la consultation et les parents avec l'adolescent une autre partie de la consultation. Il ne faut, bien évidemment jamais voir les parents seuls sans l'adolescent si la consultation le concerne (78).

IV.2.2.3.2.3.3. Certains thèmes sont difficiles à aborder avec l'adolescent.

La difficulté pour aborder certains sujets avec l'adolescent comme la sexualité n'est pas isolée. Les résultats concordent avec l'enquête quantitative Ipsos Santé pour la Fondation Weyth qui montre que les questions sur la sexualité, les maltraitances, les consommations de drogues sont les moins abordées par les praticiens (79).

Aborder la sexualité nécessite de prendre en considération les étapes de l'adolescence, on ne parlera pas de sexualité de la même manière à un adolescent de 13 ans qui se trouve en général à cet âge au stade de curiosité sexuelle par rapport à un adolescent de 17 ans qui a peut-être déjà eu des relations intimes. Mais parler de sexualité peut rester difficile. Comme le montre l'enquête SMASH 2002, 7% des jeunes suisses disent avoir besoin d'aide pour des problèmes liés à la sexualité ou à la contraception. Mais elle révèle que seulement une fille sur quatre a pu aborder cette thématique. Chez les garçons, le pourcentage de ceux qui ont accès à une information est extrêmement faible, de l'ordre d'un jeune sur vingt-cinq (80).

Les occasions sont peut être plus fréquentes avec les jeunes filles car elles consultent pour la vaccination contre les virus HPV. Dans ce cas, il n'y a pas eu encore de relations sexuelles mais commencer à en parler est le début d'une information sur le sujet et encore une fois cela montre à l'adolescente qu'elle peut aborder le sujet avec son médecin. La demande de contraception est une autre occasion de parler de sexualité avec une adolescente (81). Les jeunes filles ont accès également aux consultations du planning familial qui ont l'avantage d'être gratuites et anonymes.

Pour les garçons, les occasions sont peut être moins fréquentes, mais cela ne doit pas empêcher d'en discuter. Un groupe de travail suisse a mené en 2005 une étude pilote en proposant une consultation « garçon ». Ces consultations ont permis d'aborder des problèmes somatiques (puberté différée, douleurs testiculaires, infections sexuellement transmissibles...), des problèmes sexologiques (troubles de l'érection, éjaculation précoce, antécédent d'abus sexuel...) et des problèmes identitaires (normalité par rapport au

développement affectif, questions relatives à l'orientation sexuelle...) (82). Les garçons, eux aussi, ont des préoccupations, il est important que les généralistes leur donne l'occasion d'en parler car ils sont souvent confrontés à des obstacles imaginaires ou réels qui les empêchent d'avoir accès aux soins. Une étude menée aux Etats Unis a exploré ces obstacles. Elle concluait à des obstacles personnels et psychologiques comme la honte et l'embarras, et des obstacles structurels comme le manque d'intimité, de confidentialité et les difficultés pour accéder aux soins (83). Une façon d'ouvrir le dialogue sur la sexualité serait d'entamer une anamnèse systématique de la croissance, de la puberté et de la physiologie sexuelle.

Concernant les violences, de la même manière le sujet peut être amené par des questions portant sur des antécédents de traumatismes, d'accidents puis progressivement le médecin pose des questions plus précises telle que : « As-tu déjà eu de l'agressivité envers quelqu'un?, As-tu toi-même subi des violences? ». C'est ce que préconise le référentiel ADOC avec le TSTS-CAFARD (55). Cette question sur les violences est importante à aborder comme nous le montre les données épidémiologiques. En effet, les accidents ou traumatismes à répétition sont associés selon une étude de D.Marcelli et F. Mézange à une anxiété sévère dans 83% des cas, à une dépressivité dans 58% des cas (4, 84). De même, les conduites violentes sont fréquemment associées aux violences subies, aux conduites à risque et à la consommation de produits (4).

IV.2.2.3.2.3.4. La consultation se fait à la demande des parents.

L'adolescent ne consulte pas de manière spontanée mais souvent à la demande des parents. Cette situation peut être une entrave au dialogue. En effet, dans une consultation faite à l'initiative des parents il faut pour le praticien réussir à déterminer : « Qui demande quoi, et pour qui ? » (55).

IV.3. Collaboration, travail en réseau avec les autres intervenants.

IV.3.1. Les autres intervenants auprès des adolescents.

IV.3.1.1. Les services d'urgences.

Les services d'urgences peuvent répondre à une demande en cas de situation d'urgence mais l'hospitalisation aboutit souvent à une sortie prématurée de l'adolescent parfois en accord avec ses parents et elle n'est pas toujours relayée par une prise en charge durable et un suivi de l'adolescent. Comme un praticien l'avait souligné au cours de son entretien : « on se retrouve avec le problème sur les bras encore le lendemain ». Malgré cette tendance retrouvée dans les entretiens, une étude réalisée auprès de médecins généralistes révèle que les niveaux de satisfaction sont en faveur de l'hôpital général qui accueille les patients quelles que soient les circonstances. Cependant cette étude n'a pas évalué le degré de satisfaction pour le suivi après l'hospitalisation ou le passage aux urgences (85).

IV.3.1.2. Les Maisons Des Adolescents, Lieux d'écoute, Fil Santé Jeunes.

Le Fil Santé Jeunes a été créé en 1995 par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales sous l'égide de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (Injep) et de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS). Les jeunes peuvent appeler gratuitement et de manière anonyme au 0 800 235 236 de 8h à minuit. Depuis 2001, il existe un site internet : www.filsantejeunes.com proposant informations, documentations, contacts avec des professionnels par mails, forums thématiques (86). Ces points d'accueil et d'écoute sont parfois tenus par des professionnels mais rarement des psychiatres, ils peuvent être tenus par des bénévoles. Ces points d'écoute se développent de plus en plus mais il faut rester vigilant et il serait intéressant d'évaluer la pertinence de ces lieux ou lignes téléphoniques, à savoir s'ils favorisent réellement l'accès au soin quand l'adolescent va vraiment mal (1).

La création des Maisons Des Adolescents dans chaque département fait suite à la Conférence de la famille en 2004 mais une Maison Des Adolescents au Havre existait déjà en 1999. Elles ont l'avantage de ne pas être connotées négativement, comme peuvent l'être parfois les services de psychiatrie. Elles permettent de réunir sous le même toit des intervenants pluridisciplinaires : éducateurs, assistantes sociales, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, juristes. Cependant elles ne doivent pas se contenter de juxtaposer des services assurés par des professionnels différents qui n'ont pas de lien entre eux, un travail en réseaux doit se faire (5).

En 2002, sont apparus les Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ) offrant un soutien aux jeunes 12-25 ans et à une moindre mesure aux parents. Ce sont des structures légères, associatives qui assurent un rôle d'écoute, de soutien, d'orientation et de médiation. Elles n'assurent pas de prise en charge dans la durée. Leur pluri financement en fait un réseau fragile alors qu'elles ont l'avantage d'être implantées sur une grande partie du territoire constituant une première ligne d'accueil, d'écoute et d'orientation (87).

IV.3.1.3. Les psychiatres et pédopsychiatres libéraux et les CMP.

Les CMP ou les CMPP ont l'avantage de regrouper divers intervenants (pédopsychiatre, psychologue, assistante sociale, infirmier, éducateur spécialisé, orthophoniste, psychomotricien etc....) permettant une prise en charge pluridisciplinaire (1).

Quelques secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ou de psychiatrie générale ont développé des consultations spécifiques pour adolescent dans des locaux ou à des horaires spécifiques mais ils restent rares et la majorité des services de psychiatrie n'ont pas créé de lieux dédiés pour accueillir des adolescents en difficulté (1). Trop de secteurs infanto-juvéniles refusent la prise en charge des adolescents et les renvoient vers le secteur adulte où l'adolescent se retrouve confronté à des adultes malades chroniques (4). Ces initiatives de mise en place de consultations spécifiques, restent encore des initiatives individuelles portées par des personnes motivées par la problématique de l'adolescent en souffrance.

En libéral, il existe très peu de pédopsychiatres et les psychiatres ne prennent pas tous en charge la population adolescente, de plus, il existe une pénurie de psychiatres (87).

IV.3.1.3.1. Délais de consultation trop longs par manque d'intervenants.

Face à un adolescent en situation de mal-être, certains médecins généralistes se sentaient un peu démunis car les délais de consultations auprès des spécialistes étaient longs. Ce sentiment exprimé par les médecins interrogés n'est pas isolé, des études à l'étranger confirment cette difficulté. En effet, lorsqu'il est demandé aux médecins généralistes leurs attentes vis-à-vis des structures d'accueil pour adolescents, ils souhaitent un accès facile et rapide à ces services mais qui sont malheureusement saturés, avec un manque de lits d'hospitalisation (9, 87).

Le recours aux spécialistes est habituel dans la pratique de la médecine générale mais il est différent quand il s'agit du psychiatre comparé aux autres disciplines médicales : absence de pathologie précise justifiant l'indication, absence d'attente particulière en termes de techniques ou de résultats thérapeutiques. Il peut être déroutant également pour les psychiatres de faire face aux conduites des jeunes qui ne relèvent pas de la pathologie mentale mais de l'expression d'un mal-être lié aux mutations de l'adolescence (87). Dans l'étude, les déterminants de l'orientation de l'adolescent vers d'autres intervenants n'étaient pas tous des déterminants objectifs, il y avait bien sûr la gravité, mais également les difficultés relationnelles entre l'adolescent et le médecin ou des thèmes difficiles à aborder mettant mal à l'aise le médecin. Dans ces conditions ce que l'on attend d'un relais reste assez flou. Souvent, lorsqu'un médecin souhaite orienter vers un psychiatre, ce n'est pas pour avoir un savoir spécifique sur la gestion du traitement, mais c'est plutôt pour la recherche d'une capacité spécifique à écouter, entendre et contenir un éventuel risque suicidaire (88).

De ce fait, faute de disponibilité des structures et devant la pénurie des psychiatres, on demande aux médecins généralistes mais également au personnel de l'éducation nationale de « faire tampon en attendant les soins » (87)

IV.3.1.3.2. Un suivi difficile à mettre en place.

IV.3.1.3.2.1. De la part des généralistes après un passage aux urgences.

Il peut-être parfois difficile de reparler d'un problème « à froid », comme une ivresse aiguë aux urgences car le plus souvent le praticien est informé à distance de ce passage aux urgences. L'adolescent a tendance à minimiser et banaliser un comportement « après coup ». Son attitude consiste à en effacer toute trace et non à chercher à en découvrir le sens (38).

IV.3.1.3.2.2. De la part des autres intervenants.

Le sentiment des professionnels de santé est que, par expérience, la mise en place d'un suivi par les structures traditionnelles, services de pédiatrie, services de psychiatrie, réseaux de soins ambulatoires, reste difficile. La consultation chez un psychiatre est souvent tardive et donne pas toujours lieu à un suivi (3).

IV.3.1.4. Les psychologues.

Le principal problème soulevé par les praticiens interrogés était celui de la consultation chez le psychologue qui à ce jour n'est pas remboursée. Ces intervenants sont donc moins sollicités.

IV.3.1.5. Les sophrologues et psychomotriciens.

Les sophrologues et psychomotriciens sont des intervenants intéressants. En travaillant sur le corps, ils peuvent permettre à l'adolescent de mieux accepter et de mieux se réapproprier ce corps en transformations. Cette approche est intéressante d'une part, parce que les adolescents ont beaucoup d'interrogations et d'inquiétudes sur leur physique et sur leur « normalité » et d'autre part, parce qu'ils expriment fréquemment leur mal-être par l'intermédiaire de problèmes somatiques.

IV.3.1.6. Les infirmières scolaires et médecins scolaires. Les conseillers principaux d'éducation (CPE).

L'infirmière scolaire est le deuxième praticien consulté après le médecin généraliste. Entre 42 et 54 % des adolescents ont vu l'infirmière scolaire au cours de l'année qui précède et près de 10 % l'ont vu plus de 4 fois dans l'année. Le bureau de l'infirmière scolaire est souvent un lieu où l'on peut se réfugier sous prétexte d'un mal de dent ou de ventre (4). Elle peut avoir un rôle maternel et elle a surtout une fonction d'écoute. C'est pour ces raisons que l'infirmière scolaire est un bon intervenant avec lequel les médecins généralistes ne travaillent pas assez. Avoir une vision de l'adolescent dans le cadre scolaire où il évolue avec

ses pairs est un atout en plus pour le praticien dans sa prise en charge. Elle vient compléter la vision de la dynamique familiale que le praticien peut avoir. L'exemple du troisième praticien vu en entretien dans l'étude en est la preuve. Dans cette situation clinique, le médecin généraliste et l'infirmière scolaire ont travaillé en collaboration et la prise en charge de l'adolescent n'en a été que meilleure. Malheureusement, les infirmières au nombre de 6800 sont rarement à temps plein dans un établissement et doivent donc partager leur temps entre plusieurs établissements (environ trois à quatre établissements) (86).

Le médecin scolaire est également un bon intervenant notamment en ce qui concerne les adolescents qui ne sont pas vus par le généraliste (4). Ils sont encore moins nombreux que les infirmières, au nombre de 2000 environ, couvrant parfois de larges zones géographiques. Leur rôle reste limité car ils n'ont pas la possibilité de prescrire ou d'adresser un adolescent chez un autre médecin et les parents peuvent refuser ses recommandations. Cependant, ils peuvent toujours prendre contact avec le médecin généraliste. Le médecin scolaire effectue des visites obligatoires en troisième et un nouvel « entretien de santé » est réalisé en cinquième, instauré par la Conférence de la Famille. Cela lui donne l'occasion de faire le point précocement avec le jeune adolescent (86).

Les CPE apparaissent comme les personnels les mieux formés en psychologie de l'enfant et de l'adolescent avec environ 15 h de cours sur ce thème durant leur formation. Ils organisent la vie scolaire de l'établissement et ont une bonne vision de l'assiduité des élèves et des risques de décrochage scolaire pour certains (86). Le CPE peut être un collaborateur non médical ou paramédical intéressant pour le médecin généraliste en apportant sa vision de l'adolescent. Les entretiens de l'étude ont révélé deux situations opposées. La première révélait un bon échange entre le CPE et le médecin (M03). Les échanges étaient téléphoniques et chacun exposé son point de vue sur l'adolescent. Dans l'autre situation, un problème de collaboration et de compréhension entre le CPE et le médecin (M02) existait. Il y avait peu d'échange, les parents et l'adolescent étaient les intermédiaires et les échanges se faisaient sous forme de certificats d'absence scolaire rédigés par le médecin mais mal compris par le CPE.

IV.3.2. Connaissance du rôle de chacun.

Dans les différents entretiens de l'étude, plusieurs médecins ne connaissaient pas vraiment le type de professionnels intervenants dans les Maisons Des Adolescents, ni quels étaient leurs rôles. Cette tendance est confirmée par une étude menée auprès de 290 médecins généralistes concernant les difficultés rencontrées à l'égard des conduites suicidaires et leurs attentes. La première attente concernait l'information sur les structures d'accueil et d'écoute existantes et sur celles de prise en charge des tentatives de suicide, elle concernait 73 % des médecins interrogés. Cette même étude montrait que la plupart des médecins ignoraient l'annuaire des lieux d'écoute (85).

IV.3.3. Echange et discussion avec ces intervenants.

L'étude a révélé qu'il existait un manque d'échange entre médecins généralistes et autres intervenants. Cette tendance est confirmée par d'autres études qui mettent en évidence les besoins des généralistes, notamment une aide concernant les problèmes d'éducation ou de troubles du comportement (7)

IV.3.3.1. Communication difficile, peu de courriers.

Très peu de courriers sont échangés entre les généralistes et les autres intervenants (88). Dans ces conditions le travail en réseau n'est pas facilité et la communication est inexistante. Ce manque de collaboration entraîne une frustration chez certains praticiens qui se sont investis initialement dans la prise en charge et qui par la suite, ne font plus partie du réseau prenant en charge l'adolescent.

L'information est souvent obtenue par les parents ou l'adolescent lui-même lors de consultations ultérieures.

IV.3.3.2. La confidentialité en psychiatrie.

Il existe une sorte de confidentialité en psychiatrie, il semble que les informations recueillies au cours d'une consultation de psychiatrie relèvent de l'intimité des patients et sont donc difficiles à divulguer dans un courrier, ce qui n'est pas le cas pour des consultations de gastro-entérologie, ou de cardiologie par exemple. La relation entre les médecins généralistes et les psychiatres est différente des relations avec les autres spécialistes.

IV.3.3.3. Le travail en réseau améliore la prise en charge. La notion de chaîne thérapeutique.

Il est important de développer un partenariat autour de l'adolescent. La mise en réseau des intervenants permet à l'adolescent d'être pris en charge dans sa globalité et assure une aide cohérente (5). Un réseau sert à améliorer la communication entre les professionnels d'un secteur géographique au bénéfice de l'accueil et du soin des patients. Ces professionnels se fixent des objectifs communs. Le travail en réseau permet d'ajouter les compétences, d'assurer une meilleure coordination des soins apportés aux patients. Il nécessite un décloisonnement pour favoriser une prise en charge pluridisciplinaire. Il est important que le médecin généraliste fasse partie de ce réseau car comme le définit la World Organisation of National Colleges and Academies of Family Doctors (WONCA), le médecin généraliste est le médecin traitant du patient, il est le seul professionnel formé, organisé, utilisé pour répondre en même temps aux items de proximité, accessibilité, globalité, continuité et personnalisation. Pour réussir un travail en réseau, il faut bien sûr un investissement de la part des participants et notamment du médecin généraliste. Cependant, on peut également comprendre que le généraliste ne puisse pas s'investir complètement dans tous les domaines de la médecine. Il existe de plus en plus de réseaux, réseau asthme, diabète, etc.... Il est impossible pour un médecin généraliste d'être présent sur tous les fronts même si les

politiques répètent qu'il est le pilier central d'un réseau de soins intégrés. Toutefois, une bonne connaissance du rôle de chacun des intervenants et une communication facile et rapide entre ces intervenants permettraient d'améliorer ce travail en réseau même dans le cadre un peu contraignant de la médecine générale et de créer une chaîne thérapeutique (89, 90, 91). La notion de chaîne thérapeutique renvoie à la capacité qu'ont les différents intervenants à collaborer et assurer une continuité dans la prise en charge. Mais cette continuité n'existe que dans la mesure où les professionnels connaissent leur mutuelle existence, leurs compétences et leurs limites d'action et dans la mesure où l'information sur les adolescents circulent librement entre eux (3).

IV.4. La systémique familiale.

IV.4.1. La place des parents dans la consultation et dans la prise en charge.

IV.4.1.1. Les parents ont leur place dans la consultation avec un adolescent en situation de mal-être.

Le médecin est avant tout le médecin de l'adolescent, il lui assure la confidentialité et un lieu neutre. Dans le respect de ces règles, en accord avec l'adolescent, il faut tout de même garder le lien avec les parents car il est impossible de conduire un traitement de qualité en laissant les parents de côté et dans l'ignorance (3). La présence d'un parent à la consultation permet une information sur l'histoire de l'adolescent, ses antécédents personnels et sur la situation familiale. Dans cette partie de la consultation avec le ou les parents et l'adolescent, le médecin généraliste favorise la verbalisation des tensions ou problèmes, il détermine qui demande quoi ? Pour qui ? et donne une place à chacun dans la consultation. Il évalue également les relations familiales (55, 79).

Il est également important de ne pas oublier le parent absent lorsque l'adolescent vient en consultation avec un seul parent, qui est le plus souvent la mère. Le médecin peut alors proposer une consultation avec le parent absent pour obtenir son ressenti et son point de vue sur la situation, toujours en accord avec l'adolescent. D'autant plus que parfois le parent qui amène l'adolescent en consultation peut être le parent « tampon », c'est-à-dire celui avec qui les relations sont les moins conflictuelles.

IV.4.1.2. Mais il faut un temps de la consultation avec l'adolescent seul. Difficultés pour faire sortir les parents de la consultation.

Il est primordial de voir l'adolescent seul une partie de la consultation. Cela peut se décider au moment de réaliser l'examen clinique de l'adolescent. C'est alors une occasion pour rappeler au parent présent qu'il s'agit d'un moment de confidentialité pour l'adolescent. Le médecin généraliste permet à l'adolescent de garder son intimité. Si le généraliste pense ne pas pouvoir voir l'adolescent seul lors de la première consultation, il peut alors fixer un nouveau rendez-vous avec l'adolescent et lui dire qu'il serait intéressant qu'il vienne seul. Dans ce cas, cette proposition a été entendue par le parent et validée par l'adolescent (92).

Il ne s'agit pas d'accepter ou de refuser la présence d'un parent à la consultation mais de travailler dans le lien et la confidentialité avec l'accord de chacun. C'est au praticien de favoriser l'autonomie de l'adolescent tout en respectant le droit à l'autorité parentale et en préservant une présence active des parents (70).

IV.4.2. Les relations avec les parents.

Lorsque le médecin généraliste considère qu'une prise en charge à l'hôpital est nécessaire, il peut rencontrer des réticences, de la part de l'adolescent mais aussi de la part des parents qui pour certains gardent des aprioris sur la psychiatrie : « mon fils n'est pas fou ! ». L'image de la psychiatrie est encore trop négative (1, 3, 38). Le médecin généraliste, comme avec l'adolescent, doit accompagner les parents dans cette orientation, en expliquant la nécessité et en dédramatisant aussi la situation, sans pour autant la banaliser.

IV.4.3. Perturbations au sein de la famille.

IV.4.3.1. Modifications de la dynamique familiale.

Lorsqu'un adolescent « va mal », la famille s'en trouve perturbée. Mais ces modifications au sein de la famille se font également même si l'adolescent « va bien ». En effet, les relations entre l'adolescent et les parents font l'objet d'un profond remaniement. L'adolescent doit progressivement abandonner ses liens de dépendance avec ses parents, il a parfois le sentiment d'être envahi par ses parents et donc les met à distance parfois brutalement. D'un autre côté cette distance avec ses parents lui fait peur.

Les parents sont eux aussi troublés par les changements qu'ils voient dans leur adolescent. Ils sont parfois trop bouleversés pour l'aider et risquent de se placer en position d'évitement. À l'inverse, certains parents ont tendance à surprotéger leur adolescent. Dans l'un ou l'autre des cas, ils n'aideront pas l'adolescent à tolérer le malaise ressenti (69).

Chaque évènement qui se produit au cours du cycle de vie familial entraîne une réorganisation des rôles et des règles existants au sein de la famille. L'adolescence en est un bon exemple, elle constitue un moment clé de la vie de famille, les transformations de l'adolescent entraînent des modifications du rôle de chacun des membres de la famille (3, 93, 94).

Le médecin généraliste pour compléter l'anamnèse psychosociale de l'adolescent doit comprendre le développement de la famille dans laquelle l'adolescent évolue. De plus, la famille composée du père, de la mère, des enfants et des grands-parents n'est plus le seul schéma familial. Il vient maintenant s'y ajouter les familles monoparentales, les familles recomposées. Les relations entre adolescent et parents ne sont bien évidemment pas les mêmes lorsqu'il s'agit d'une famille monoparentale. Il y a effectivement une tendance à la symétrisation de la relation mère-enfant ou père-enfant. Dans la relation mère-enfant en cas de monoparentalité, l'enfant gagne une place d'adulte et de compagnon auprès de sa mère, un autre « couple » peut voir le jour. Cette situation de monoparentalité mère-fils où le père est totalement absent peut s'avérer pathogène. Parfois, le père peut être là physiquement mais absent symboliquement dans l'esprit de la mère, on se retrouve alors comme dans une

situation de monoparentalité. Il est important face à ce nouveau « couple » d'introduire un tiers pour médiatiser cette relation qui à l'adolescence peut être difficile à gérer (95).

Dans le cadre de familles recomposées, l'accueil de la belle-mère ou du beau-père n'est pas toujours facile dans cette famille auparavant monoparentale dans laquelle l'adolescent avait acquis des avantages (96). Il apparaît que vivre dans une famille réorganisée augmente les risques que l'adolescent connaisse des difficultés de parcours (3).

Le rôle des grands-parents est important, il est souvent sous-employé dans la relation parents/adolescent. Les grands-parents sont les représentants de la mémoire familiale, moins impliqués que les parents dans les conflits d'adolescence, ils ont un rôle de soutien de l'adolescent.

Il convient donc de prendre en compte tout cela dans la prise en charge d'un adolescent. Le contexte familial doit être appréhendé par le médecin généraliste comme un facteur influençant la santé des adolescents. La famille a un rôle structurant dans le développement de la personne. De nombreux dysfonctionnements au sein de la famille peuvent nuire au développement harmonieux de l'enfant et compromettre sa santé de futur adulte (5, 93, 94).

IV.4.3.2. La crise parentale.

L'adolescence du jeune peut fournir aux parents l'occasion de régler certaines questions restées jusque-là sans réponse. Mais ils peuvent parfois être tellement fragilisés par l'adolescence de leur fils ou fille qu'ils se protègent d'une éventuelle déstabilisation personnelle (69). L'adolescence de leur enfant les contraint à un travail psychique qui porte sur le changement en cours chez leur enfant, sur leurs propres identifications à un adolescent et sur le souvenir de leur propre adolescence. Devant l'adolescence de leur enfant, les parents sont confrontés à leur propre adolescence. Souvent les parents oublient facilement leur adolescence, les situations de conflits. Il s'opère alors une levée de leur refoulement lorsque leur enfant se trouve dans sa période d'adolescence et certains parents toléreront mieux que d'autres cette situation. C'est ce que certains spécialistes ont appelé la crise parentale chez les parents d'adolescent, qui vient en miroir de la crise d'adolescence de leur enfant. Cette crise parentale porte une dimension pulsionnelle, l'adolescent est reconnu progressivement comme un adulte sexué, différent de l'enfant qu'il était et distinct des parents eux-mêmes et qui ne leur appartient plus. L'autre dimension est un travail de deuil qui doit s'opérer chez les parents, deuil de leur fonction parentale devenue sans objet, deuil de rêves d'avenir projetés sur leur adolescent et deuil de l'image idéale que leur enfant avait d'eux par le passé. Cette crise parentale n'est pas à négliger car souvent c'est l'incapacité des parents à élaborer leur propre crise qui maintient ou enfonce leur adolescent dans une situation pathologique. Il importe aux parents de réussir à passer d'une relation enfant-parent à une relation adulte-adulte. Même s'il reste le lien de filiation, un réaménagement relationnel doit donc s'effectuer.

C'est pour toutes ces raisons, qu'il paraît difficile de ne pas inclure les parents dans l'approche thérapeutique des problèmes de l'adolescent (3, 41, 97).

IV.4.3.3. Prise en charge de toute la famille par le médecin généraliste.

Le médecin généraliste est amené à prendre en charge toute la famille lorsque l'adolescent est en souffrance. Comme le souligne certains médecins généralistes interrogés, il y avait parfois des consultations entièrement destinées aux parents. Le médecin est confronté à la complexité des relations familiales autour de l'adolescent, il lui faut un temps d'élaboration pour établir des relations avec l'adolescent et ses parents. Les parents, eux aussi, ont besoin d'un soutien, de conseils quant à l'attitude à avoir avec leur adolescent pour leur permettre de mener à bien leurs responsabilités éducatives. Certains parlent de « guidance parentale » (5, 73, 98). La « crise d'adolescence » est une affaire de famille, s'y intriquent la souffrance et les difficultés de l'adolescent, la crise parentale et la mise en question du fonctionnement familial dans son ensemble. Le généraliste doit essayer d'articuler ces trois aspects entre eux et de les utiliser dans un projet thérapeutique (99).

IV.5. Compétences et formations des médecins généralistes à la psychologie de l'adolescent.

IV.5.1. Formation initiale.

La psychologie de l'adolescent est peu enseignée au cours du cursus universitaire des médecins généralistes. Certes l'anorexie, la dépression, la schizophrénie sont des thèmes abordés, mais sont-ils les cas de figures les plus fréquemment rencontrés par les praticiens ? Selon les données épidémiologiques la majorité des adolescents en situation de mal-être ne présentent pas de pathologies psychiatriques sous-jacentes (10). Il ne s'agit pas de pathologies mais de traits psychologiques, de passages difficiles que le médecin généraliste doit prendre en charge.

L'enseignement actuel de la médecine tend à former des spécialistes d'organes, ne prenant pas en charge le patient dans sa globalité, oubliant l'histoire du patient. L'enseignement des médecins généralistes est majoritairement hospitalier privilégiant l'apprentissage par pathologies et laissant peu ou pas de place à la psychologie. Dans les résultats de l'étude, certains médecins généralistes avaient exprimé la difficulté de prise en charge du mal-être de l'adolescent parce que cela ne relevait pas du « purement médical » mais du psychologique. Traiter une hypertension, par exemple, et le mal-être de l'adolescent ne relèvent pas de la même démarche. Face au mal-être de l'adolescent, face à une pathologie difficile à cerner, pour laquelle les réponses ne sont pas cliniques, la maîtrise médicale du médecin est mise à mal. Le médecin est mis face à son « incompétence » qui peut être parfois difficile à accepter. Certains praticiens interrogés parlaient « d'échec » avec parfois la tentation d'ignorer le problème (M05V20 : « *il y a des fois je ne pose pas les questions parce que j'ai pas envie d'avoir les réponses* », « *c'est bien joli d'avoir des réponses, mais, si après on peut pas faire face aux réponses ou la gérer...* »), ou inconsciemment poser des questions par la négative, par exemple : « tu n'as pas de troubles du sommeil ?, tu n'as pas de problème de... » (45).

On retrouve la même tendance dans les pays étrangers où les médecins généralistes n'ont pas de formation formelle sur la psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Ils ne sont pas à l'aise pour aborder certains problèmes exprimés par les adolescents. Leurs formations théorique et pratique ne les préparent pas suffisamment (9, 100).

Il existe tout de même des séminaires dispensés au cours des trois années de formation de l'interne de médecine générale avec notamment à Nantes un séminaire portant sur l'adolescent. Cependant, l'adolescence est un sujet vaste et il est illusoire de vouloir aborder la problématique de l'adolescent en une journée de formation.

En 1991, les facultés de médecine de Poitiers, Bicêtre Paris-Sud et Tours, par l'intermédiaire de Pierre Alvin et de Daniel Marcelli, créaient le DIU de Médecine de l'adolescent-Santé des

adolescents, qui comporte 110 heures d'enseignement multidisciplinaire. Il existe également plusieurs DU de Psychologie de l'enfant et de l'adolescent (1).

IV.5.2. Formations des médecins généralistes.

La majorité des praticiens de l'étude avaient suivi des formations médicales continues (FMC) sur l'adolescent, preuve qu'ils s'intéressaient au sujet et qu'ils ressentaient le besoin d'être plus à l'aise avec la problématique de l'adolescent. Ils exprimaient notamment des besoins en formation sur la communication avec l'adolescent et sur le dépistage du mal-être. Cette tendance est confirmée par une étude menée auprès de 290 généralistes concernant les conduites suicidaires, 68 % ont exprimé des besoins de formation, notamment sur l'écoute, ou de type balint et sur le repérage du risque suicidaire (85).

Une étude réalisée à l'étranger, auprès de 25 médecins généralistes décrit leurs attentes vis à vis des structures d'accueil des adolescents en souffrance psychique. Les résultats montrent qu'ils souhaiteraient des formations sur les relations entre adolescents et parents, sur la prise en charge en cas d'abus sexuels sur enfant ou sur la prise en charge des troubles alimentaires. Ces thèmes qui mettent mal à l'aise les praticiens sont les mêmes que ceux exprimés par les praticiens interrogés dans l'étude (9).

Une autre étude australienne a évalué la pertinence d'une formation sur la santé des adolescents auprès de 108 médecins généralistes. Les résultats sont en faveur d'un bénéfice obtenu après une formation, avec un changement pour 98% d'entre eux de leur pratique quotidienne (101).

Depuis la réalisation des entretiens, un médecin qui n'avait jamais assisté à une formation sur le mal-être de l'adolescent, a depuis participé à une FMC sur le sujet.

IV.5.3. Un savoir-faire et un savoir-être du médecin.

Lorsqu'un mal-être est repéré, le rôle du médecin généraliste est d'aider l'adolescent à passer un cap. Il ne s'agit pas d'entreprendre une psychothérapie mais de montrer à l'adolescent qu'il a été entendu et que son médecin est ouvert pour l'aider à prendre en charge, avec lui, ses difficultés. Cette attitude engage davantage le savoir-être du médecin que son savoir analytique ou savoir-faire de prescription (25). Plusieurs médecins interrogés expliquaient que chaque adolescent était différent, et que leur prise en charge et leur attitude relevaient en partie du ressenti qu'ils avaient de l'adolescent. Cette notion est subjective et dépend de l'expérience acquise au fil des années de pratique de la médecine générale, ainsi que d'un peu d'intuition (71).

IV.6. Propositions pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en souffrance.

IV.6.1. Améliorer l'information et la prévention.

IV.6.1.1. Pour les adolescents.

IV.6.1.1.1. Consultation annuelle.

Dans le cadre du Plan « Santé Jeune », la Ministre de la Santé, Roseline Bachelot, avait présenté le 27/02/2009 les grandes lignes de ce plan avec notamment la création d'une consultation annuelle de prévention gratuite pour tous les jeunes de 16 à 25 ans chez le médecin généraliste (86). Cette consultation aurait pour objectifs : dépister à la préadolescence et à l'adolescence les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'accompagner le développement de l'adolescent, offrir aux adolescents un lieu d'échange singulier avec le médecin sur la prévention et la connaissance des problèmes de santé et développer les connaissances sur l'état de santé des adolescents (3). Ce type d'action était bien accepté par les praticiens qui ont participé aux entretiens, cependant, cela soulevait quelques interrogations. Certains praticiens pensaient qu'une formation initiale était nécessaire pour réaliser cette consultation afin de déterminer ses objectifs précis. D'autres ne souhaitaient pas que cette consultation soit un inventaire, sous forme de questionnaire impersonnel, au cours de laquelle le praticien poserait des questions les unes après les autres. Enfin, les praticiens souhaitaient une rémunération à hauteur du temps passé. En effet, ce type de consultation ne peut se faire en 15 ou 20 minutes.

Les modalités de cette consultation sont encore à préciser mais il est prévu :

- qu'un certificat soit rempli par le médecin à cette occasion.
- qu'il y ait une reconnaissance particulière de ces actes pour obtenir une consultation approfondie et mobiliser la médecine de ville. Le mode de rémunération doit être précisé.
- qu'il y ait une évaluation de cette consultation avec la transmission d'informations sur la santé des adolescents de manière anonyme et la transmission de données épidémiologiques.
- qu'il y ait une formation pour les médecins (3).

Cette consultation en 2011 n'est pas encore mise en place.

Ce type de consultation est en voie de se développer dans d'autres pays comme le Canada (102).

IV.6.1.1.2. Lieux d'écoute.

Il existe un numéro national Fil Santé Jeunes, cependant ce numéro n'est pas gratuit à partir d'un téléphone portable alors que les adolescents utilisent, pour la plupart, ce mode de communication. Il serait souhaitable que ce numéro soit gratuit à partir des téléphones mobiles et qu'il soit diffusé dans les collèges et les lycées, les transports en commun, les lieux de sports et de loisirs afin d'être mieux connu des adolescents.

Concernant les Maisons Des Adolescents, ces lieux doivent être clairement identifiés par les adolescents, il faut donc continuer à diffuser l'information. Toutes ne sont pas répertoriées sous le nom de Maison Des Adolescents dans l'annuaire, toutes n'apparaissent pas sur le site de la ville (87). Une étude suisse montre que la moitié des adolescents interrogés disent ne pas avoir identifié de lieu où consulter dans un cadre confidentiel (3). Ces structures doivent être également facilement accessibles sans rendez-vous. Les plages horaires doivent être élargies et surtout adaptées au mode de vie des adolescents, c'est-à-dire après les heures de cours et le week-end.

Un autre problème se pose, il s'agit du manque de lieux d'écoute en milieu rural. Il faudrait créer des antennes en milieu rural. Il est difficile pour un adolescent sans moyen de locomotion de faire plusieurs kilomètres pour se rendre dans ces lieux d'écoute. Cependant, des actions innovantes se développent petit à petit. Il s'agit de la création d'équipes mobiles qui viennent à la rencontre des adolescents. À Rennes, par exemple, un camion mobil home transformé en consultation mobile se déplace sur les lieux de vie des adolescents et de leur famille. L'équipe d'intervenants est pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, travailleurs sociaux). Cela permet d'aller à la rencontre d'adolescents en souffrance qui n'ont pas l'impression d'aller mal pour certains, ou bien à la rencontre d'adolescents qui ne savaient pas vers qui s'adresser (87).

IV.6.1.2. Pour les parents.

Les différents plans de prévention, de lutte contre le suicide et le repérage de la souffrance psychique ne s'adressent pas toujours aux parents. Souvent, les actions en direction des parents sont le fait d'associations à portée locale, cependant, elles ont le mérite de répondre à des besoins de terrain. Ces actions sont, elles aussi, fragiles car dépendantes de financements multiples et sont inégalement réparties sur le territoire.

Afin de mieux informer les parents et leur venir en aide, il faudrait améliorer l'accueil et le suivi des parents au sein des Maisons Des Adolescents.

De même, au sein des établissements scolaires, des groupes de paroles « adultes » s'organisent.

Pour accompagner les parents en difficulté, des lignes téléphoniques d'écoute destinées aux parents se développent, il faudrait qu'elles soient également facilement identifiables (5, 87).

IV.6.2. Améliorer la formation des médecins généralistes.

IV.6.2.1. Formation médicale initiale.

Les médecins généralistes sont peu formés à la psychologie de l'adolescent, il faudrait les former dans leur cursus d'études médicales en passant par exemple un module de psychiatrie ou de pédopsychiatrie (3, 100). Il existe un stage obligatoire au cours de l'externat mais les étudiants au niveau de l'externat ne se destinent pas tous à la médecine générale et à ce stade, la formation est encore davantage axée sur le diagnostic que sur la prise en charge.

IV.6.2.2. Formations médicales continues.

IV.6.2.2.1. Formations proposées par les institutions universitaires.

Depuis les années 90, le monde médical s'est intéressé de plus en plus aux aspects spécifiques de la médecine de l'adolescent et à la nécessité de former les médecins à une approche spécifique de cette tranche d'âge. Le projet EU-Teach (European Training in Effective Adolescent Care and Health) a été élaboré par une équipe européenne spécialisée en médecine pour adolescents sous la direction de Pierre-André Michaud de Lausanne. Il s'agit d'un programme d'enseignement de la médecine des adolescents destiné initialement aux pédiatres. Les objectifs à acquérir et à maîtriser étaient dans les domaines du développement biopsychosocial de l'adolescent, du contexte familial et culturel dans lequel l'adolescent évolue, des stratégies de prévention et de promotion de la santé, du cadre légal et éthique qui influencent la pratique médicale avec les adolescents. Des modules plus spécifiques ont été délivrés, comme les maladies chroniques à l'adolescence, la santé mentale, les conduites à risque, les consommations de drogues, la sexualité etc.... D'autres objectifs concernaient plus le travail en réseau et la collaboration avec les autres professionnels mais aussi avec la famille, en améliorant la communication. Sur la base du projet EU-Teach, la Suisse a proposé en 2006 un programme de formation sur deux jours reprenant ces items en présence d'une large palette d'intervenants spécialisés dans le domaine de la médecine de l'adolescent (103, 104). Il pourrait être intéressant de développer ces initiatives en France pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en souffrance. En effet, il faudrait développer un programme de formation cohérent, avec des approches pédagogiques interactives et créatives : jeux de rôle, consultations vidéo filmées, patients simulés, travaux en groupe, échanges avec des jeunes sur le terrain, rencontres multidisciplinaires etc.... Il ne s'agit pas de former des spécialistes en médecine de l'adolescent mais d'améliorer le niveau général des soins dispensés aux jeunes au niveau des soins primaires (105).

En 2006, la Fédération française de psychiatrie a mis au point un Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour le repérage précoce : souffrance psychique et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Ce référentiel pourrait être rendu obligatoire

dans la formation des médecins généralistes, il décrit les signes de mal-être et aide le médecin dans la prise en charge et la conduite à tenir face à des comportements inquiétants de l'adolescent (106).

Il faudrait identifier précisément les besoins en formation des médecins généralistes pour que ce type de formations soit réellement adapté à leur pratique courante de la médecine générale. En effet, les institutions universitaires proposent parfois des formations mal adaptées par manque de connaissance de la médecine générale « sur le terrain ». Cependant, cela tend à se modifier avec la mise en place des Départements de Médecine Générale et l'ouverture des postes de chefs de clinique en médecine générale.

Le groupe ADOC composé de 2 psychiatres libéraux et 17 médecins généralistes a établi un référentiel, disponible sur le site internet : « un adolescent peut en cacher un autre », permettant d'aider les praticiens dans le dépistage et la prise en charge de l'adolescent en difficulté. Ce référentiel a l'avantage d'être adapté à la pratique des médecins généralistes car il a été mis au point en grande partie par des médecins généralistes (55).

IV.6.2.2.2. Formations proposées par les associations de professionnels.

En France, les médecins généralistes se forment plus par le biais de formations médicales continues organisées par les associations de professionnels. En effet, la Formation Professionnelle Continue des médecins libéraux (FPC) a pour objectif d'améliorer la santé publique en permettant aux médecins libéraux de se former et d'évaluer leurs pratiques pendant leur temps de travail sans perte de ressources. La FPC s'appuie sur un conseil scientifique qui garantit grâce à son expertise la qualité scientifique et pédagogique des formations et des évaluations des pratiques. Dans les Pays de la Loire, les deux principaux organismes délivrant des formations auprès des médecins libéraux sont MG FORM Pays de la Loire et UNAFORMEC Pays de la Loire.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et la Formation Médicale Continue (FMC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu (DPC) applicable à l'ensemble des professions de santé. Il a pour objectifs : l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. L'idée est notamment de faire progresser la qualité et la sécurité des soins en analysant son exercice professionnel par rapport à des recommandations de bonnes pratiques, puis en mettant en œuvre des actions d'amélioration (107, 108, 109).

Les médecins de l'étude exprimaient leur difficulté à communiquer avec l'adolescent. Des formations médicales continues sur l'écoute et sur l'abord de l'adolescent en consultation de médecine générale pourraient se multiplier. Les médecins sont également sensibles au mode de déroulement de ces formations, ils n'attendent pas de discours théoriques de la part

d'experts mais des conseils pratiques directement applicables au cabinet. Certains ont proposé des mises en situations sous forme de jeux de rôles et des groupes d'échanges et d'analyses de pratiques.

Cependant, il convient d'éviter un écueil qui consisterait à penser que le médecin généraliste doit être un « spécialiste » dans toutes les disciplines de la médecine. On a tendance à dire que les généralistes doivent se former de plus en plus pour être de plus en plus compétents mais le médecin généraliste doit justement rester généraliste et ne pas aller au-delà de ses compétences professionnelles. Il ne s'agit pas de former des spécialistes de l'adolescent mais de permettre aux praticiens de dépister un mal-être, d'évaluer la gravité et de déterminer à quel moment il faut orienter l'adolescent quand la prise en charge dépasse leurs champs de compétences.

IV.6.3. Améliorer la collaboration et le travail en réseau entre les médecins généralistes et les autres intervenants.

IV.6.3.1. Meilleure connaissance du rôle de chacun.

Selon l'enquête Ipsos menée auprès de médecins généralistes, ces derniers ont exprimé, comme les praticiens interrogés dans l'étude, un besoin d'améliorer la connaissance des structures d'accueil des adolescents et du rôle des autres intervenants. Dans cette enquête, 90 % des médecins jugent qu'informer les adolescents sur les structures du département vers lesquelles les orienter est une priorité pour améliorer la prévention des risques auprès de cette population (79). Mais pour cela, il faut que les médecins connaissent le rôle de ces structures. Certains praticiens proposaient d'organiser plus de rencontres entre les différents intervenants afin de « mettre des visages sur des noms » (85).

IV.6.3.2. Discussion des dossiers.

Un médecin de l'étude proposait des rencontres entre professionnels pour discuter des dossiers comme cela se fait déjà avec d'autres spécialistes comme les rhumatologues par exemple. Cette démarche permet d'une part, de mieux connaître les autres intervenants et d'autre part, de discuter des dossiers d'adolescents avec lesquels le généraliste peut se trouver en difficulté. Cela peut parfois éviter une consultation avec un psychiatre, compte tenu de la paupérisation des psychiatres et donc des délais d'attente. Cela contribue également à la formation des généralistes sur ce sujet leur permettant d'être plus à l'aise avec la psychologie de l'adolescent.

IV.6.3.3. Plus de courriers de retour.

Les médecins généralistes demandaient un peu plus de comptes rendus de la part des spécialistes. Les résultats de l'enquête montraient qu'ils acceptaient une forme de confidentialité de ces consultations spécialisées mais ils souhaiteraient avoir au minimum quelques informations comme celle de savoir si une prise en charge a été instaurée. Les efforts de collaboration sont à faire de la part des généralistes et des autres intervenants.

IV.6.4. Améliorer la prise en charge par les autres intervenants.

IV.6.4.1. En situation d'urgence : avoir des intervenants plus directs.

En situation d'urgence les généralistes peuvent toujours orienter l'adolescent vers le service des urgences mais beaucoup ne trouvent pas satisfaction dans cette démarche. Depuis 20 ans le nombre de lits en psychiatrie pour adolescent en crise a beaucoup diminué. Afin d'améliorer la prise en charge, il faudrait prévoir la création de lits supplémentaires pour faire face à la demande. De même, il existe une pénurie de psychiatres, une solution pour pallier à cela serait d'ouvrir plus de postes de psychiatrie à l'internat et de valoriser la profession d'infirmier psychiatrique pour inciter les jeunes à s'orienter vers cette profession (87).

IV.6.4.2. Améliorer le suivi.

L'amélioration du suivi passe par des intervenants plus disponibles donc en plus grand nombre pour réduire les délais d'attente des consultations. Cela peut être amélioré par l'augmentation du nombre de postes de psychiatrie à l'internat ou bien le remboursement des consultations chez les psychologues.

IV.6.5. Adapter la rémunération de la consultation en fonction du temps passé.

Une consultation avec un adolescent en situation de mal-être est plus longue qu'une consultation « standard ». L'accroche de l'adolescent, le dialogue avec ce patient demande du temps et une mise en confiance. Comme il existe une cotation de la consultation de dépistage de la dépression chez l'adulte avec une rémunération plus importante qu'une consultation à 23 euros, pourquoi pas une cotation de consultation d'adolescent pris en charge par le généraliste pour un mal-être ?

IV.6.6. Rassurer les médecins généralistes sur leur capacité à prendre en charge un adolescent.

Le côté « psychologique ou psychiatrique » d'une prise en charge peut faire peur à certains généralistes parce que trop coûteuse en temps, en énergie et par manque de formation sur le sujet. Cependant, il faut rassurer les généralistes sur leur capacité à prendre en charge un adolescent en souffrance, car d'une part, la majorité n'a aucune pathologie psychiatrique sous-jacente à son mal-être, et d'autre part, il s'agit souvent d'aider l'adolescent à passer un cap. Ce n'est pas tant la formation qui manque aux généralistes mais parfois peut-être la motivation. C'est aux généralistes de diminuer leurs résistances, car ils ont les ressources mais ils hésitent à les mettre en œuvre (25). De même, selon les résultats de l'étude SOCRATE, ils ont tendance à sous-estimer l'amélioration de l'adolescent après une consultation avec eux, (13). Le rôle du généraliste qui connaît l'adolescent aussi bien sur le plan médical, environnemental et familial est primordial (26).

V. Conclusion.

L'adolescence est donc une période difficile à définir du fait qu'elle n'implique pas qu'une notion d'âge, ou de processus biologique pubertaire, mais également un processus psychosocial, permettant l'accession au statut d'adulte autonome. Cette accession au statut d'adulte ne se fait pas, pour certains, sans « embûches ». Tous les bouleversements physiques et psychiques que subit l'adolescent peuvent être difficiles à vivre. Même si, selon les différentes études, la majorité des adolescents va bien, il ne faut pas pour autant laisser de côté ceux qui vont mal, soit 15 % d'entre eux, sachant que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans (10). Cela amène à faire un travail de repérage, de prévention et de prise en charge. C'est là que le rôle du médecin généraliste est important car il est le professionnel de santé qui est le plus souvent amené à voir l'adolescent.

Mais les problèmes de santé des jeunes sont de plus en plus mêlés à des problèmes de vie et les médecins généralistes peuvent être déconcertés par une prise en charge d'un patient dans sa globalité, pluridisciplinaire, c'est à dire en tenant compte des différentes sphères médicale, psychologique, sociale, environnementale, familiale et éducative. La prise en charge d'un adolescent en situation de mal-être nécessite de la part du praticien, du temps, de la patience, de la performance, de l'information, de la prévention et de la collaboration avec les autres soignants (4).

Lors d'une consultation d'adolescent, le mal-être est rarement le motif premier de consultation. Il faut donc aller chercher ce motif « caché », mais une fois le mal-être déposé, comment faire ? Comment communiquer avec cet adolescent qui a souvent du mal à mettre « des mots sur ses maux » ? Comment collaborer avec la famille et les autres intervenants auprès des adolescents ? Sont-ils bien formés pour aborder cet adolescent de manière holistique ?

La réalisation de ces 14 entretiens auprès de médecins généralistes a permis de décrire leur pratique au cabinet et d'être le plus proche de la réalité. Les résultats ont mis en avant les difficultés que peuvent rencontrer les médecins et de réfléchir sur des solutions pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en souffrance. Ils ont également révélé que les généralistes savaient prendre en charge un adolescent en difficulté. Ils ont les connaissances théoriques sur l'approche de l'adolescent en consultation. Ils évaluent la gravité de la situation, essaient de voir l'adolescent seul, lui assurent une confidentialité et une neutralité, lui proposent un nouveau rendez-vous et lui apportent soutien et écoute. Cependant, appliquer la théorie à la pratique peut être compliqué. En effet, dans l'évaluation de la gravité, faire la différence entre des comportements qui signent l'entrée dans le pathologique ou des comportements d'expérimentation à l'adolescence peut s'avérer une tâche délicate. Ou bien, voir l'adolescent seul semble une évidence pour mieux dialoguer avec son patient pourtant cela n'est pas toujours possible, du fait de la présence

des parents ou du motif initial de la consultation. Pour améliorer l'accueil et l'approche de l'adolescent en consultation, certains réflexes pourraient devenir systématiques. Comme la prise de la tension artérielle peut être un geste quasi systématique au cours d'une consultation, explorer l'aspect médico-psycho-social de la vie d'un adolescent et le voir une partie de la consultation seul pourraient l'être aussi. Malgré cela, la communication peut rester difficile car cette faculté à pouvoir rentrer en relation avec un individu ne relève pas que de connaissances théoriques mais elle fait appel à des qualités personnelles, un savoir-être et un savoir-faire qui s'acquièrent au cours de la pratique. Cependant, améliorer la formation des généralistes sur la psychologie de l'adolescent pourrait les aider dans leur prise en charge.

Une autre grande difficulté exprimée par les praticiens était leur relation avec les autres intervenants auprès des adolescents. Des délais de consultations spécialisées jugés trop longs ainsi qu'un manque de communication et de travail en réseau étaient soulignés par les généralistes. Pour répondre au mieux aux besoins des adolescents en souffrance, il convient de connaître les intervenants (psychiatres, pédopsychiatres, CMP, psychologues, MDA, lieux d'écoute, infirmières et médecins scolaires) dans leur rôle respectif, leur champ d'intervention, leur accessibilité. Il convient de faire des efforts des deux côtés, de la part des généralistes et de la part de ces autres intervenants. Il faut poursuivre et renforcer l'information sur le rôle de chacun, utiliser des moyens concrets (courriers, coordonnées téléphoniques, e-mail, rencontres). Un effort de personnalisation des contacts est à faire pour améliorer la communication et permettre la mise en place d'un travail en réseau toujours dans le but d'une prise en charge de l'adolescent dans sa globalité. Ce partenariat entre les différents intervenants ne peut qu'améliorer les pratiques de chacun.

Enfin, cette prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être doit garantir l'implication de la famille à toutes les étapes. Le praticien doit pouvoir articuler tous les acteurs dans cette prise en charge et apporter un soutien à chacun, adolescent et parents.

Afin de poursuivre ce travail, il serait intéressant de confronter l'avis des médecins généralistes avec celui des autres intervenants qui travaillent auprès des adolescents, que ce soit les psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers mais également éducateurs et enseignants.

VI. Annexes.

VI.1. Guide d'entretien.

**PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS EN SITUATION DE MAL-ÊTRE PAR LE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE.**

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : F M

Lieu d'exercice : urbain / rural / semi-rural

Formation sur la santé de l'adolescent : oui / non

Si oui, quel type de formation ?

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF :

1) Communication.

- Ressenti du médecin lors de la consultation avec l'adolescent. Le contact et le dialogue sont-ils aisés ? Contexte de la consultation (parents présents ou non).

2) Les recours après le dépistage.

- Examens complémentaires ?
- Entretiens réguliers ? RDV fixés ?
- Prescription de médicaments ?
- Orientation vers d'autres professionnels de santé ou vers des structures d'accueil ?

3) Systémique familiale.

- Relation avec la famille, les parents.
- Prise en considération de la dynamique familiale.

4) Collaboration. Travail en réseau.

- Les points positifs, négatifs à cette collaboration.
- Les connaissances sur le rôle de chacun (psychologue, psychiatre, éducateur, IDE scolaire, médecin scolaire, MDA et autres structures d'accueil des adolescents, CMP etc....)

5) Compétence. Formation.

- Sont-ils bien préparés au cours des études médicales pour gérer ce problème ? La formation sur la psychologie de l'adolescent est-elle suffisante ? insuffisante ? Y-a-t-il un besoin de formation ?

6) Principales difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être.

7) Propositions pour améliorer la prise en charge des adolescents en difficulté.

- Plus de formation des médecins généralistes ?
- Meilleur accès aux structures d'accueil des adolescents et aux autres intervenants ?
- Meilleure connaissance du rôle de chacun ? Favoriser le travail en réseau, la collaboration ?

VI.2. Entretiens.

VI.2.1. Médecin n°1 : M01.

M01 : « Alors pour Maxime qui a 11 ans et huit mois, en fait c'est sa grand-mère maternelle et sa mère qui sont venues me voir, il y a peut-être maintenant un mois, pour exprimer une inquiétude à l'égard de Maxime, que je connais un petit peu, pas beaucoup, c'est pas un enfant qui consulte beaucoup. On le voit une ou deux fois par an. Un enfant de 11 ans et huit mois. Sa mère et sa grand-mère s'inquiétaient sans aller beaucoup au fond des choses, du comportement relativement récent de cet enfant. Si je me souviens bien parce que là, je me suis contenté de les écouter, sans rien noté dans le dossier de l'enfant lui-même. Elles s'inquiétaient d'un comportement devenu un peu colérique de l'enfant, d'un comportement opposant, notamment vis-à-vis de son papa, vis-à-vis de son père. C'est un enfant qui est en sixième, qui n'a pas de difficultés scolaires particulières. Alors ceci dit je connais un petit peu le contexte familial avec une maman fragile qui visiblement elle, était en souffrance psychologique. Une maman assistante maternelle sans enfant à sa charge en ce moment. Donc une assistante maternelle au chômage. Un papa ouvrier, je crois, et puis une petite sœur. Une petite sœur qui a un handicap, un retard mental que j'ai vue de temps en temps ici mais qui doit être rentrée dans des circuits de soutien aux handicapés mentaux. »

EG : « D'accord. »

M01 : « Donc à mots un petit peu couvert, la grand-mère à laquelle l'enfant avait dû se confier, percevait en particulier des tensions entre l'enfant et le papa. La maman était visiblement dans une souffrance psychologique assez intense, donc c'est elle que j'ai dû revoir après. Je vérifie dans le dossier parce qu'elle, j'ai dû la revoir avant le garçon. Mais toutes les deux étaient en demande de soutien pour l'enfant et pour la famille. »

EG : « D'accord. C'était une consultation spécifiquement pour cette demande ? »

M01 : « Alors je sais plus si c'était dans le même temps de la consultation ou si c'était après. Je pense que j'ai dû voir la maman juste là, après l'entretien avec les deux femmes. Et la maman était manifestement dépressive. État anxio-dépressif, troubles du sommeil, goût à rien, angoisse, asthénie. Donc j'avais d'une part entamé un traitement antidépresseur, et orienté vers un centre médico-psychologique à la fois pour sa demande d'appel et puis pour une demande de soutien familial par rapport à l'enfant et par rapport aux relations parents-enfants. »

EG : « Oui, pour faire un travail familial ? »

M01 : « Oui voilà c'est ça. J'avais d'abord commencé un traitement par Sertraline® 25 et Séresta® le soir et j'avais fait une lettre pour le CMP. Et qu'est-ce que je disais dans la lettre ? Je pense que je parlais à la fois de la maman et du contexte familial. Je disais très peu de choses dans la lettre. J'avais dû téléphoner. Donc elle avait eu un rendez-vous assez vite. Donc j'avais revu la maman... Trois semaines après elle était moins anxieuse, elle avait retrouvé du plaisir, du goût et la prise en charge familiale avait dû... Une prise en charge familiale avait dû être proposée. Pour autant l'enfant n'avait pas encore de rendez-vous. Alors il avait été imposé par le CMP que l'enfant devrait venir avec ses parents. Alors la grand-mère m'avait exprimé, alors c'était la grand-mère qui m'avait exprimé le fait que l'enfant n'accepterait probablement pas d'y aller avec son père. Mais ça avait été imposé comme une règle, au moins dans un premier temps par le centre médico-psychologique. Donc j'ai dû savoir ça par la maman, quand elle est revenue pour son propre traitement, et j'ai proposé à la maman de revoir Maxime parce que même si quelque chose semblait initié on n'avait aucun délai. On n'avait... Et on sait que quelquefois dans la prise en charge, hélas, il relevait quand même de centres médicaux avant tout juvéniles. Les délais sont parfois longs. Donc j'ai proposé de voir Maxime moi-même mais dans mon esprit il

s'agissait surtout de m'assurer qu'il n'y ait pas d'éléments dépressifs majeurs. Ce qu'il a accepté, hein. Donc j'ai pu donc voir Maxime seul. Sa maman attendait dans la salle d'attente. Donc quelques jours après. Et ... Il m'a rassuré quand même, hein. Quand je l'ai vu, hein, il m'a rassuré, d'abord parce qu'il était pas dans un... enfin il n'y avait pas de manifestations dépressives. C'était un jeune garçon qui continuait à s'intéresser à ce qu'il faisait. Et puis qui reconnaissait, qui était... qui reconnaissait des difficultés relationnelles, qu'il arrivait à exprimer tout à fait correctement. En exprimant le fait que le père... s'attachait beaucoup plus à la petite sœur handicapée qu'au grand garçon. Donc ça, il savait quand même bien l'exprimer, et en même temps visiblement il savait comprendre, il savait le comprendre en partie. »

EG : « Oui, que la petite sœur demandait plus d'attention ? »

M01 : « Monopolisait... Voilà... Donc moi cette consultation que j'ai eue avec le garçon m'a plutôt rassuré sur l'absence d'urgence, donc je ne suis pas intervenu pour accélérer le processus, sachant d'une part qu'il continuait lui... Il ne se refermait pas sur lui-même, il avait progressé dans sa réflexion, dans son acceptation d'une prise en charge familiale, d'une médiation avec le dialogue etc... J'ai pas demandé à voir le papa puisqu'il y avait cette perspective de prise en charge familiale. Donc en fait voilà comment ça s'est passé finalement. Je me suis contenté d'orienter, de soutenir en premier lieu les plus souffrants, la maman en l'occurrence me demandait de voir le garçon, m'assurer qu'il n'y ait pas d'urgence. Et puis je restais à leur disposition. J'assurerais pas la médiation, je ne ferais pas la prise en charge familiale. Là, je n'avais pas de formation. Je souhaitais voir les personnes séparément, et j'ai pas demandé spécialement à revoir Maxime si toutefois cette prise en charge par le CMP débutait, si lui, ne me demandait pas. Par contre, la maman je la reverrai et je serai un petit peu si des choses se passent. »

EG : « Mais tu as laissé une porte ouverte ? »

M01 : « J'ai laissé une porte ouverte voilà. »

EG : « D'accord. »

M01 : « Ça pas été très compliqué. Voilà comment ça s'est passé. Ça permet de... Ça pas été très compliqué pour l'instant. Pour l'instant... La maman va mieux. Le garçon accepte de dialoguer. Il n'y a pas de manifestations dépressives majeures. »

EG : « Pendant l'entretien avec Maxime, tout seul, est-ce que le dialogue a été facile ou... »

M01 : « Il a démarré un petit peu lentement. Alors, j'étais avec Adélaïde, qui est interne actuellement. Ça a démarré un petit peu lentement mais il s'est livré quand même assez facilement. Je pense qu'il a été suffisamment clair sur la nature du mal-être je l'ai laissé vraiment s'exprimer sur cet aspect-là, sans chercher à son âge à aller forcément plus loin. J'ai considéré peut-être suffisamment avec cette expression sans forcément...

EG : « Est-ce que c'est une consultation qui a duré plus longtemps que les autres consultations ? »

M01 : « Un petit peu plus mais pas plus d'une demi-heure, moins d'une demi-heure, elle n'a pas été très longue. »

EG : « D'accord. »

M01 : « La première a été un petit peu plus longue avec la grand-mère et la maman, parce que là, j'avais deux personnes d'abord, sans avoir l'enfant lui-même. Enfin ça été sans doute un petit peu plus d'une demi-heure. »

EG : « Et puis il fallait expliquer initialement le problème, donc forcément c'est plus long. »

M01 : « Et puis il fallait prendre en charge la demande de la maman, qui était là et relativement urgente. Après aussi, il y avait une tierce personne en la grand-mère qui était... qui m'a parue assez peu intrusive, consciente de ses limites. Il fallait aussi qu'elle-même n'aille pas au-delà de son rôle, qui était dans un rôle de soutien. Mais en même temps il fallait que je m'assure que, quand même, elle sache ne pas s'imposer dans la prise en charge. Donc je crois que ça été fait au CMP, ça, si j'ai cru comprendre. Parce que la grand-mère a dû faire valoir que le jeune garçon ne pouvait aller au CMP qu'avec elle. La grand-mère qui était la personne à laquelle il s'était confié à l'origine. Mais je pense que le CMP a bien fixé les règles. Moi-même, j'étais à l'écoute, mais j'étais un petit peu vigilant à ce risque là, hein, de déposséder les parents au profit de la grand-mère, enfin au profit je sais pas mais... Je me suis pas heurté à elle, il n'y a pas eu... la grand-mère est intelligente. Elle demande de l'aide pour ses proches sans vouloir s'imposer. Même si elle pensait pouvoir être un peu médiatrice. »

EG : « D'accord. Alors on va passer aux questions un peu plus générales. Au niveau... Est-ce que tu utilises des questionnaires de dépistage ? »

M01 : « Non, non, c'est vrai que je n'en ai pas l'habitude... Non, pas couramment. J'explore un petit peu sans questionnaire hein. Y compris parfois pendant les visites de sport mais je n'utilise pas de questionnaires. »

EG : « Et est-ce que du coup c'est quelque chose de difficile de détecter ce genre de choses ? »

M01 : « Alors là du coup c'est que là, je suis pas trop dans le dépistage, parce que là il y avait des symptômes. »

EG : « Et puis c'était l'annonce directe de la consultation, les personnes étaient venues là, pour ça. »

M01 : « Il y avait quand même des symptômes. Donc on peut pas parler de dépistage en l'occurrence. »

EG : « Au niveau des autres intervenants, les structures d'accueil pour adolescents, est-ce qu'il y a des difficultés dans la collaboration, est-ce qu'il y a une collaboration déjà ? »

M01 : « Alors ça, c'est vrai que j'ai peut-être été un petit peu déçu. On n'a pas toujours beaucoup de retour. Donc on se demande vraiment si parfois, quand on a orienté, on se demande s'il y a eu une prise en charge ou pas. Que ce soit d'ailleurs vers les CMP ou vers les Maisons Des Adolescents. Les Maisons Des Adolescents je crois, autant que je me souviens j'ai dû orienter une jeune fille, j'ai dû téléphoner mais j'ai pas eu de retour. Je pense à une autre aussi elle s'est retrouvée avec la Maison Des Adolescents de Loire-Atlantique où je n'ai eu aucun retour. C'est toujours un petit peu indirectement que je peux savoir si quelque chose s'est fait. Non, il y a peu d'échanges je trouve. Il y a peu d'échanges. Donc l'avant dernière à laquelle je pense, c'était une gamine qui s'était séparée de son papa. Elle vivait avec la maman. Ses parents étaient séparés. Mais elle avait détecté que le papa après une période d'abstinence alcoolique s'était remis à boire, lors d'une de ses visites, lors d'un week-end je pense. Et elle est en souffrance parce qu'elle n'arrivait pas à lui dire, dire à son père qu'elle souffrait de constater qu'il avait recommencé à boire. Donc je l'avais orientée vers la Maison Des Adolescents pour qu'elle puisse s'exprimer. Je l'avais laissé s'exprimer, mais tu vois je sentais que ça ne se ferait pas en une seule consultation. C'est vrai que quand je sens que ça ne peut se faire en une seule consultation et que ça risque de demander un peu plus, j'oriente assez facilement. Et l'autre à laquelle je pense, chez qui on pouvait suspecter les manifestations dépressives débutantes, je n'ai eu aucun retour elle a été prise en charge par la Maison Des Adolescents puis des structures spécialisées mais je n'ai pas eu de retour. »

EG : « D'accord, OK. Et même au niveau du rôle exact de ce qui se passe dans la Maison Des Adolescents, est-ce que tu as des connaissances sur les types d'intervenants qui il y a ? »

M01 : « Oui, alors indirectement, je ne suis pas sûr que ce soit par des courriers qu'ils nous ont adressés. J'ai lu attentivement en passant à X. devant la Maison Des Adolescents quels étaient les intervenants. J'ai vu au passage qu'il n'y avait aucun généraliste. Mais c'est assez indirect. Alors on a quand même été informé de

l'ouverture de la structure au tout début. On avait l'habitude d'adresser auparavant soit à la structure hospitalière qui prenait en charge les adolescents au CHS, un service d'adolescents mais qui était parfois une structure un peu lourde, avec l'appréhension d'aller à l'hôpital. Je me souviens de plusieurs jeunes que j'ai pu adresser, on sentait quand même que c'était difficile pour eux d'aller dans une structure hospitalière, ou alors on avait à l'époque, mais je dis à l'époque mais c'était il y a pas si longtemps que ça, soit la structure qui accueille, qui était plutôt un foyer qui accueille les adolescents en errance, en fugue, en rupture. Mais on n'avait pas vraiment la structure intermédiaire vers laquelle on pouvait adresser les adolescents en amont, avant que les adolescents soient en situation difficile. Donc maintenant je sais que c'est possible. J'ai connaissance qu'on peut orienter vers cette Maison Des Adolescents en amont d'une crise. Avant, on avait l'impression qu'il fallait un petit peu, autant que je me souviens, c'est peut-être une interprétation de ma part, il fallait que l'adolescent soit vraiment en crise, maintenant oui, j'ai connaissance qu'on peut intervenir plus tôt avec une structure qui associe les demandes médicales et sociales et éducatives. Donc ça me permet pour cette gamine qui était en souffrance avec cette relation avec son père dont elle était séparée, qui n'arrivait pas à exprimer sa souffrance. Ça me paraissait utile, parce que je l'ai revue après. »

EG : « Donc plutôt, quand tu détectes quelque chose qui ne va pas, si tu sens que c'est un problème plutôt simple à gérer tu vas le prendre en charge, mais après si tu sens que ça va prendre plus de temps, tu orientes facilement ? Si j'ai bien compris ? »

M01 : « Oui, oui, oui. C'est aussi parce que je ressens que ça ne va pas être purement médical, que ça va être effectivement un peu pluridisciplinaire, éducatif, un petit peu social. »

EG : « Est-ce que dans les études médicales, est-ce que tu te souviens avoir eu des formations qui abordaient la psychologie de l'adolescent, ou est-ce que la formation tu l'as faite dans ton exercice ? »

M01 : « Je crois que c'est dans l'exercice. Notre formation est une formation très axée vers la pathologie et... Je suis pas sûr que ce soit le bon moyen d'aborder la problématique des adolescents, de l'aborder par la pathologie. Je me souviens qu'on a abordé les problèmes de psychose, les problèmes des anorexies mentales mais je ne me souviens pas qu'il y ait eu des formations propres. J'ai un bouquin de psychiatrie qui me servait de référence qui était écrit par le professeur B., du service de psychiatrie du CHU. Enfin moi, j'ai le souvenir qu'on abordait par pathologie. C'était pas transversal lié à cet âge. On apprenait à dépister les schizophrénies, enfin à soupçonner les schizophrénies, les anorexies mentales, pas de formation propre à cet âge-là. »

EG : « Et est-ce que tu as des idées sur comment on pourrait faire pour améliorer la prise en charge de ces adolescents. Pas forcément... après ça reste des adolescents qui n'ont pas forcément une pathologie grave. C'est la période de l'adolescence qui est un petit peu difficile parce qu'il y a plusieurs choses qui s'entremêlent dans leur vie. Et il y a le propre même de l'adolescence qui est difficile à vivre et du coup par exemple au niveau de la formation est-ce qu'il y a plus de besoins de formation ? »

M01 : « Oui certainement, c'est pour ça que je me suis inscrit aux conduites à risque, à une formation. Après au-delà de la formation, je dirais que c'est un petit peu plus d'échanges entre les intervenants, parce que c'est comme ça qu'on se forme aussi. Donc peut-être un peu plus de retour de la part des Maisons Des Adolescents, j'imagine qu'il y a un petit travail de synthèse qui est fait à la Maison Des Adolescents. Le médecin généraliste n'est jamais destinataire. »

EG : « Le médecin généraliste n'entre pas dans le réseau ? »

M01 : « Après, si on attend de rentrer dans le réseau pour pouvoir participer... Je pense que c'est illusoire mais déjà avoir un retour de courrier, en tout cas quand on a adressé. Quand on a adressé, en tout cas demander à un adolescent s'il y a un médecin traitant pour pouvoir avec l'accord de l'adolescent, pour pouvoir écrire au médecin généraliste. Je pense que ce serait une bonne chose. »

VI.2.2. Médecin n°2 : M02.

M02 : « C'est une famille que je connais bien. Tu veux que je te donne le contexte ? Donc Jimmy, il a 12 ans. Jimmy c'est le petit dernier en fait de la famille. Il y a un grand, que j'ai pas trop connu. Il y a Julien, que j'ai vu pour des problèmes de surpoids importants. Et puis Jimmy c'est le petit dernier, il est venu 7 ans après les autres. C'est des gamins assez espacés. Le papa, il doit être peintre, et la maman, elle est à la maison... Alors en fait l'histoire actuelle... Il est venu... Alors il y a un problème de migraine, qui est assez ancien, parce qu'en fait il avait été bilanté par rapport à ça, en 2005, en pédiatrie. Je me trompe, c'était en février 2006. Il a fait une migraine hémiparésique. Il a fait une hémiparésie droite donc régression des symptômes rapides, il avait quand même été aux urgences, et là, ils ont quand même demandé un TDM. Donc le papa de Jimmy fait des migraines, le frère aîné aussi fait des migraines et des migraines aussi accompagnées, des migraines avec des paralysies, donc des migraines assez spécifiques. Ah oui, alors sa première migraine à Jimmy, je vois, c'était en novembre 2005, quand même oui. C'est jeune, et une parésie droite, céphalées dans un second temps, et puis là un épisode en 2006, donc peu de temps après. Donc il a quand même bénéficié d'un TDM vu l'âge, qui était normal. C'était passé par les urgences, j'avais pas trop géré ça. Il est revenu pour migraine en juin 2008, il a une fois par mois une migraine accompagnée, insensibilité de la bouche, du membre supérieur. Alors il a quand même des migraines assez fortes avec des maux de tête et des vomissements. Il est obligé de s'allonger, se mettre dans le noir et le Doliprane® ne calme rien du tout. Donc on avait essayé l'anti-inflammatoire. Donc c'était comme ça, assez épisodique. Tu vois, juin 2008 et après je vois en septembre 2009, alors oui très longtemps après tu vois. Donc là, l'histoire actuelle, ça a commencé plus en septembre, migraine toujours, une fois par mois. Alors le problème, ça c'est posé plus, la mère est venue parce qu'il y avait un problème à l'école avec l'infirmière qui quand il fait ses migraines... Avant en fait, quand il faisait ses migraines, la maman venait le chercher, et là il y a une nouvelle infirmière au collège qui veut pas le laisser partir. Alors là, la maman, il vient quand même avec la maman, qui parle plus à sa place, lui était plutôt renfermé. Il parle pas trop. Donc les migraines sont quand même déclenchées par les contrariétés. Donc, ça se calme dans le noir. Alors le Flector®, il l'a pas pris, j'avais mis du Flector® et il l'a pas pris parce que c'est pas bon. Donc, là elle me demande un certificat pour l'infirmière pour dire que sa mère vienne le chercher. Et puis là je lui ai proposé comme c'était une fois par mois les migraines, je lui ai proposé l'Imigrane® et essayer l'Aspégic® 1000 dans la crise si l'Imigrane® ne marche pas. Donc j'ai dû le revoir en octobre avec, il avait apporté son cahier des migraines. Alors « il » c'est la maman en fait qui prend ça... »

EG : « C'est la maman qui remplissait ? »

M02 : « Oui. Ah non c'est un cahier des migraines de l'année d'avant en fait. J'avais dû en parler avant. Et puis elle m'avait emmené ça, en janvier 2009, au mois d'avril, de mai et de juin, une fois en juillet et en août, donc deux fois en septembre et puis une fois en octobre avec hémiparésie, engourdissement du membre supérieur. Donc là, apparemment il avait pris l'Aspégic® et après il dormait et ça allait mieux. Alors c'est là que je débusque un souci. Ce qui se passe derrière, c'est qu'il aime pas l'école du tout. Est-ce qu'on peut dire le mot phobie ? Il avait des crises d'angoisse. Alors toujours le discours de la maman. Quand il était petit, quand il devait aller à l'école, il aime pas l'école en général alors je l'ai fait parler un petit peu. Il aime bien les maths mais cette année il aime pas le prof, il aime la physique. Là il est en cinquième, c'est cette année il est en cinquième et reconnaît quand même qu'il fait des migraines après les contrariétés, quand il y a du stress qui est un facteur quand même important. Et donc là, on reparle de l'infirmière scolaire du collège qui ne le croit pas. Donc j'ai demandé à noter les facteurs déclenchants. Le problème c'est que la crise, il est obligé de quitter l'école, il rate la journée scolaire quasiment et puis je lui avais dit que j'allais me renseigner par rapport à une prise en charge. Comme on a noté, tout le monde était d'accord pour dire que c'était le stress, à ce qu'on voit s'il pouvait y avoir une prise en charge psy. Ce qui était le mieux. Je m'étais dit que j'allais me renseigner. Alors je le revois le mois d'après. Donc là, en octobre et j'avais rien vu de spécial, j'étais restée sur l'Aspégic®. Par contre, là, on n'en parle pas de l'Imigrane®, ce que ça a donné. La maman n'a pas osé le donner car elle regarde

toutes les notices et alors elle a été effrayée. Absence scolaire pour migraine en novembre. Donc il a vu le médecin scolaire. Je suppose que les enseignants ou le CPE ont dû en parler au médecin scolaire. Parce qu'il y a quand même, le 23 novembre il y avait eu huit jours d'absence depuis la rentrée donc deux jours pour fièvre, donc au moins six jours d'absence pour les migraines, pour cause de migraine. Donc là, toujours le carnet, au mois d'octobre, le bras gauche engourdi, donc deux crises au mois d'octobre. Toujours l'Aspégic® a l'air de marcher. Deux crises en novembre avec une hémiparésie gauche et difficulté à parler il n'arrivait plus à trouver ses mots, n'arrivait plus à marcher. Le père était obligé de le porter. C'est vraiment quand même assez impressionnant. L'Aspégic® le calme apparemment et puis après il dort. Voilà, le frère, le grand-père, le père faisaient des migraines hémiparétiques donc très spécifiques donc j'ai démarré un traitement de fond par avlocardyl et j'ai demandé un avis neuro quand même. Alors le neuro, il l'a vu assez rapidement. Le Dr B. en décembre, qui parle, qui explique bien que c'était une migraine accompagnée familiale typique, il aurait dit un peu tout ce que je t'ai dit. Alors fréquence plus importante. Il dit quand même que ça devenait de plus en plus important, plusieurs fois par mois, ce qu'il n'avait pas avant. Absentéisme préjudiciable. Donc j'avais mis du propranolol... Donc il y avait eu quand même des crises après. Donc il avait dit de prolonger un peu pour voir, ça faisait un ou deux mois qu'il le prenait, donc de continuer un petit peu. Et puis l'Imigrane®, le problème aussi, c'était contre-indiqué en cas de migraines hémiparétiques. Donc justement dans la lettre, je lui demandais son avis par rapport à ça, si je pouvais lui donner ou pas, et il disait quand même qu'il valait mieux s'abstenir de ne pas continuer et puis en plus sur les migraines hémiparétiques ça ne marche pas. Pas d'actions lorsqu'il y a l'aura à déficit neurosensoriel. Donc en traitement de fond si le propranolol ne marche pas, il proposait d'autres types de traitements, donc inhibiteurs calciques alors il pensait au Sibélium® et éventuellement... Mais ça fait dormir et ça peut donner un syndrome extrapyramidal. Sinon il parlait du vérapamil qui est un inhibiteur calcique lui. Voilà la lettre de B. qui rassurait quand même un peu, enfin si, en même temps disait, qui posait bien le problème, ce qui fait que la lettre après je l'ai envoyée à l'école. Comme ça après on a bien dit qu'il faisait des migraines hémiparétiques et qui calme en même temps par rapport aux inquiétudes de la maman. Donc au mois de janvier, je le revois pour faire le point sur les migraines. Encore des crises rapprochées fin décembre, le 3 janvier, le jour de la reprise de l'école avec paresthésies du membre supérieur mais quand même les 18 et 27 décembre, donc c'étaient les vacances, paresthésies, vomissements, 3 janvier, 4 janvier, le 5 janvier. Ah oui, donc ça n'allait pas du tout. Pas d'amélioration sous bêtabloquants, que j'avais mis fin novembre. Donc à chaque fois, l'Aspégic® et il se couche. Donc là, j'ai changé de traitement de fond et... J'ai mis le vérapamil et puis donc on a reparlé encore du terrain anxieux, donc là je lui ai proposé plus précisément la relaxation, parce que par rapport... il est très réticent par rapport à la prise en charge psycho. Voir un psycho. ça avait pas l'air de le brancher du tout donc j'avais abordé le sujet, parce que je sais que dans la migraine ça se fait la relaxation. Donc je savais que la relaxation se fait par des gens...des psycho. et des psychomotriciens. Donc je lui ai dit que j'allais me renseigner pour voir pour la relaxation et j'ai contacté, j'ai téléphoné rue d'Anjou qui est la consultation ados à Saint-Nazaire. Il y a une consultation ados spécifique quoi, qui dépend du secteur psy, donc avec des psychologues. Donc j'ai téléphoné rue d'Anjou. Donc il y avait une psychomotricienne qui faisait de la relaxation mais il fallait voir le pédopsychiatre avant et éventuellement il y avait une place en mars s'il y avait une lettre du médecin. Donc tout de suite après j'avais dit à Jimmy, je me renseigne et je te rappelle. Donc j'en parle à Jimmy qui demande à réfléchir, donc là il était plus... il voulait plus partir. Ça m'embêtait de déclencher une consultation sans avoir son accord. Alors je revois Jimmy le 18 février et je m'étais renseignée aussi par ailleurs. J'ai un ami qui est psychologue mais lui il travaille dans un autre CMP pour enfants, c'est le CAMPS. Le CMP pour enfants il y a des psychomotriciens aussi et effectivement il m'a dit qu'il y avait quelqu'un qui faisait de la relaxation. Je me suis dit qu'il y avait une piste. Alors, nouvelle consultation en février, donc pas beaucoup d'amélioration sous Vérapamil début janvier. Sept épisodes en janvier, une en février, mais apparemment les crises seraient moins fortes quand même. Donc toujours favorisées par le stress, surtout le mardi et le jeudi, les journées les plus chargées à l'école, quand même très liées aux problèmes scolaires. Ah oui, alors par contre la maman avait arrêté, il suivait bien le traitement mais la maman avait arrêté au bout d'un mois. Donc il n'avait pas pigé que c'était un traitement de fond et qu'il fallait revenir tout de suite. Donc j'ai rediscuté avec lui pour

faire des séances de relaxation au CMP. Donc j'étais partie sur la piste du CMP. Par contre je pense que j'ai eu des certificats à faire, donc j'ai pas tout écrit... Alors donc en septembre c'était la première fois quand il était venu. L'infirmière voulait pas le laisser partir, j'avais fait un certificat prouvant qu'il avait des crises migraineuses graves nécessitant la prise rapide de médicaments en présence de sa mère qui doit donc être prévenue au plus tôt. C'est vrai que c'est des médicaments, l'infirmière elle aura pas le droit de le donner, je crois ce genre de truc et puis surtout après il a besoin de dormir, d'être au moins 2-3 heures à dormir. Donc à l'école c'est pas possible. Il y a des sonneries, des gamins qui rentrent, ça crie. Donc j'avais fait ça en septembre. Donc j'avais refait le point après et donc j'ai pas noté... J'ai pas noté dans le dossier mais j'ai reçu moi, alors ça doit être une lettre de la CPE ou du chef d'établissement, me demandant encore confirmation que ce n'était pas normal qu'il ne puisse pas rester à l'école dans ces cas-là. Donc ça chargeait encore plus le gamin parce qu'il aime pas l'école et il était accusé un peu de celui qui fait mine. Il avait vraiment le sentiment de ne pas être cru et bon quand on demande des certificats ça veut dire qu'on te croit pas en fait. Parce que le médecin scolaire n'a pas été non plus dans mon sens. Enfin apparemment ça n'a pas joué dans le sens : « OK tu fais des migraines graves ». Ce qui fait que j'ai refait une lettre et j'ai donné le double de la lettre de B., en disant : « voyez le médecin scolaire et puis montrez la lettre », qu'il sache que c'est des migraines hémiplégiques donc c'est quand même, c'est pas le petit mal de tête qui passe avec le Doliprane®. Alors il était d'accord, donc j'avais fait une lettre pour le CMP, pour que ça aille plus vite. « 12 ans et demi, migraine accompagnée mal maîtrisée, responsable d'absentéisme scolaire, » bon je résume, « terrain anxieux, une aversion pour l'école. La contrariété est un facteur déclenchant des crises. » Donc après « les bêtabloquants et le traitement de fond par vérapamil, après avis d'un neurologue, une prise en charge par relaxation me semble intéressante car il ne semble pas prêt à demander un suivi psychologique ». À chaque consultation je le prenais un petit peu quand même à part, je faisais sortir la maman, mais bon j'avais du mal. C'était pas... Il avait du mal à parler. On arrivait à parler de l'école. « J'aime pas le prof, j'aime pas si, j'aime pas ça ». Mais on avait du mal à aller au-delà et je me doutais bien qu'il y avait un problème derrière. Quoi, un problème par rapport à l'école. Et puis consultation toute récente là, donc une seule migraine depuis le 2 mars, vérapamil, ça avait l'air de calmer un petit peu et puis il a vu un psychologue au CMP. Alors en fait le psychologue Mr J. dont je te parlais, il s'était trompé, la relaxation n'existe plus. Donc la maman est quand même venue là-bas, avec la lettre pour avoir un rendez-vous. Le psychologue était là. Jimmy était là aussi. C'était une fausse information, « mais comme tu es là, si tu veux on peut parler avec toi, on peut voir ça, on peut en discuter un petit peu ». Vu trois fois et quand j'ai vu Jimmy là, la dernière fois il y a trois jours il était très content d'avoir rencontré quelqu'un qui apparemment l'écoute. Donc pas du tout sur la défensive comme auparavant quand je lui parlais de voir un psychologue et de voir quelqu'un. Il était vraiment très réticent. Il était pas à l'aise pour parler et lui, a su avoir les bons mots par rapport à ça. Donc voilà cocorico ! On a démarré quand même. Alors le problème c'est qu'il part en retraite au mois de juin, le psychologue. Donc ça va pas être une thérapie longue. Mais enfin, il aura démarré. Il aura déjà eu... Il aura peut-être un déblocage par rapport à ça. Voilà. Donc les migraines ont l'air de s'espacer. Une psychothérapie qui est démarrée. Voilà. »

EG : « Est-ce que ce psychologue il t'envoyait des courriers pour expliquer ce qu'il avait été dit ? »

M02 : « Non, le problème en général des psychologues et de la rue d'Anjou et tous les psychologues, si, les libéraux pareils, les psychologues n'envoient jamais de courrier. On n'a jamais de retour donc ça c'est un problème. On en a parlé au truc d'ados [sous-entendu aux FMC]. Oui j'ai été aussi y a pas longtemps sur la maltraitance à enfant, donc on en discutait ça aussi, de ça. On était aussi à travailler avec des équipes et on disait qu'on n'avait pas de retour quand on envoie vers les éducateurs ou les psy. Donc c'est un des problèmes. Donc j'ai su quand même parce qu'il habite dans le même immeuble que moi, donc je l'ai revu et j'en ai reparlé avec lui. Donc lui était content, il disait que ça s'était vraiment bien passé. Donc on sentait il y avait des choses qui pouvaient se débloquer. Donc j'ai su comme ça et j'ai su par Jimmy. C'est vrai en général on le sait par les personnes elles-mêmes. Donc c'est peut-être plus problématique pour des enfants maltraités, où là, on rentre dans le secret. Mais c'est vrai que, c'est l'un des reproches que je ferais. »

EG : « Oui, il n'y a pas assez de collaboration, de travail en réseau ? »

M02 : « Oui, donc c'est vrai que là j'ai fait une lettre. C'est vrai que je fais pas toujours de lettre quand j'envoie. Ça dépend. C'est surtout pour faire accélérer les choses. C'est vrai en général quand il y a une lettre d'un médecin ça fait... Parce que souvent c'est vrai que s'est envoyé par des écoles. Pour les problèmes scolaires ils envoient directement dans les CMP. »

EG : « Quand tu parlais du médecin scolaire ou de l'infirmière, finalement ils ne t'ont pas contacté ? »

M02 : « Moi je sais par l'intermédiaire de la mère, alors que le médecin scolaire il aurait très bien pu me téléphoner, j'aurais pu lui parler ou l'infirmière, qu'elle appelle. Mais non c'est par Jimmy. »

EG : « Donc je vais revenir sur certains points. Tu disais que c'était difficile de faire parler Jimmy ? »

M02 : « Oui c'était pas simple. Alors c'est vrai qu'il est un petit peu jeune, il est à la limite 12 ans et demi. C'est un peu limite. C'est à peine l'adolescent qui est indépendant. C'est pas l'ado de 15 ans. »

EG : « La maman partait facilement de la consultation ? »

M02 : « Oui, donc je ne le faisais pas à chaque fois mais j'ai dû le faire deux fois, c'est vrai que la maman, elle est assez dominatrice. Alors avec ce problème elle est assez inquiète. »

EG : « La maman, tu trouvais qu'elle adhérait un peu au problème psychologique ? Et le fait qu'il puisse y avoir quelque chose à l'école, qu'il y ait quelque chose derrière ? »

M02 : « Oui, mais elle ne faisait pas la démarche de l'amener que pour ça. Déjà pour les migraines elle l'amenait quand ça posait vraiment problème. Elle n'est pas très médecin. Pour elle, c'est pareil elle vient vraiment... Elle vient pas pour... »

EG : « Est-ce que ça t'a aidé de d'abord demander l'avis au neurologue, de donner un traitement à Jimmy, pour pouvoir amener Jimmy à un problème psychologique ou de phobie scolaire ? »

M02 : « Moi, je pense qu'il fallait le calmer, qu'il soit moins gêné par ça. C'est que, donner une réponse que relaxation ou psy, je pense que ça n'aurait pas... Il était pas mûr de toute façon, il était pas prêt. C'est vrai qu'il y a eu pas mal de consultations donc j'en ai parlé très rapidement de cet abord des choses. Comme c'était l'anxiété et mais... il a mis plusieurs mois à accepter et puis même quand j'avais fait la demande, finalement j'avais fait la lettre, donc, « t'y vas... » Et puis finalement : « ben non je vais réfléchir ». Il y a pu avoir une progression où il a fallu l'amener par plusieurs consultations à accepter cette prise en charge, aussi moi je pense que s'il y avait eu que ça... »

EG : « Il n'aurait pas accroché ? »

M02 : « Oui. Il n'aurait pas accroché, parce que là il revenait aussi pour le traitement médical. Mais en même temps, j'arrivais à lui faire comprendre que le traitement médical seul ne suffirait pas. Il fallait jouer sur les deux tableaux en fait. »

EG : « Et, ce genre de consultation, ça prend plus de temps qu'une consultation purement somatique ? »

M02 : « Oui, c'est des consultations assez longues, donc, pas toutes, parce que c'est vrai qu'après quand il revient on reprend pas les choses. Ça va plus vite quoi. Les dernières où on abordait l'efficacité du traitement, là, j'approfondissais moins. Il y en a au moins deux où c'était plus long. Alors j'ai passé toute la grille du mal-être de l'adolescent. J'ai passé le TSTS CAFARD, il est un peu jeune, il a 12 ans et demi. Il est en cinquième, c'est pas encore... Je pense pas que ce soit... Il débute sa cinquième. Je vois il est pas dans l'utilisation du tabac,

cannabis. Il y a apparemment pas de traumatismes. Il fait pas de sport, je l'ai pas vu pour une EMS. EMS natation, c'était en 2006 et puis tu vois il n'y a pas eu d'EMS. »

EG : « Et au niveau de la famille, il vit avec sa mère et son père ? »

M02 : « Oui il vit avec sa mère et son père. Oui. Le grand frère doit être parti car il est plus vieux. Le grand frère il doit avoir sept ans de plus. Il doit avoir 17 ans. Oui c'est un peu... Le petit dernier quand même. Le grand frère faisait plus de trucs. Il est assez replié sur lui. J'ai pas trop approfondi, j'avais des problèmes de temps. À chaque fois qu'il venait pour la migraine donc on passait un bon temps pour bien préciser les choses, parler du cahier. Et tu vois il venait, c'était dur de le faire revenir à chaque fois pour la migraine pour bien voir ce qui se passe. Faire revenir que pour le mal-être je crois pas que... ça n'aurait pas été. Ça n'aurait peut-être pas marché là. »

EG : « Au niveau, justement des études médicales, est-ce que tu avais eu des formations sur la psychologie de l'adolescent ? Ou pas du tout, ou du coup tu t'es formée toute seule ? »

M02 : « Je me suis plus formée après oui. À l'époque, non je crois pas. En pédiatrie c'était pas des foudres de guerre sur la psychologie. Si, la psychologie du bébé. Un médecin était très branché sur le bébé. »

EG : « Est-ce qu'il y a des choses qui seraient à améliorer pour mieux prendre en charge les adolescents ? Est-ce qu'il y a des difficultés particulières là, dans cette consultation ? Est-ce qu'il y avait des difficultés particulières ? »

M02 : « Peut-être le problème de temps. Dans l'idéal, il faudrait réussir à faire revenir pour fractionner. Mais bon, j'étais un peu sur la corde raide, il fallait pas trop... que j'en demande trop non plus. Et je dirais que c'est plus avec l'extérieur finalement, les rapports avec l'école et tout se passait toujours avec les parents. La demande de certificat est vécue comme un peu traumatisante pour Jimmy et sa mère. Alors est-ce qu'il aurait fallu que je prenne contact avec l'infirmière moi aussi, c'est pareil, que moi je décroche mon téléphone et que j'explique. C'est vrai que quand on parle aux gens de PMI ils nous disent : « ben oui, mais c'est vrai que vous nous appelez pas non plus » et chacun se renvoie la balle, c'est pareil. C'est vrai que j'aurais pu appeler. Le médecin scolaire aussi. Mais c'est vrai que parfois le médecin scolaire nous envoie un petit mot.

VI.2.3. Médecin n°3 : M03.

M03 : « Alors Ron, il s'appelle de son prénom. Aujourd'hui il a 15 ans et demi mais bon je vais parler de quand il avait... Quand il avait... J'ai mis souffrance psychologique, c'était en mai 2008. Donc il avait 14 ans, 14 ans et demi. On va dire 14 ans. Bon, moi je le connais depuis 2005, donc il avait 10 ans quand il est arrivé en France. Donc c'est un réfugié albanais, parce que ses parents étaient victimes pour des opinions politiques, là-bas, de torture de la part de la police, comme c'est souvent le cas avec les réfugiés. Et quand il est arrivé en France à 10 ans, donc ça veut dire qu'il a dû abandonner quand même ses amis là-bas, ce qui n'est pas très facile. Sa famille aussi, il avait des grands-parents, des oncles et tout ce qu'il avait là-bas, tous les repères finalement pour venir en France. Donc c'est pas facile au départ. Il parlait pas du tout français. Donc... Pas simple. Ceci étant, il avait pu... au moins réussir à s'intégrer à peu près les premières années. C'était plutôt pas mal, quoi que là je vois « anxiété ». En 2007 donc, finalement à la limite, la première fois où j'ai commencé, à me poser des questions, c'était quand il avait 12 ans puisqu'il avait des douleurs abdominales à répétition, ce qui est un motif extrêmement fréquent du mal-être de l'adolescent. Soit des maux de tête, soit des douleurs abdominales. Et bon un petit bilan organique comme souvent. Il est allé aux urgences. On a commencé par un bilan organique mais finalement lui-même a bien compris que c'était du stress. Il le disait lui-même. Son père aussi, donc bon ça a facilité là, les mots qu'on a pu poser sur ces symptômes. Et puis c'est là qu'on s'est aperçu qu'il avait quand même un peu de mal à s'intégrer, du fait des difficultés linguistiques. D'ailleurs ses camarades se moquaient assez facilement de lui. Et donc, et puis assez timide en plus, et donc bon, il était pas très très bien intégré, un peu en difficulté. Alors ce pré-ado à l'époque il avait 12 ans. Alors qu'est-ce que j'ai fait. La première fois on a discuté, je l'ai revu 15 jours après où tu vois j'ai vachement bien marqué dans le dossier... Car il n'y a rien d'écrit. J'ai dû discuter assez longuement, du coup, j'ai pas dû avoir assez de temps pour écrire dans le dossier. C'est embêtant parce que... c'est dommage. Ça allait beaucoup mieux, en fait, il y avait les vacances de février qui étaient passées par là. Et en fait ça lui avait fait beaucoup de bien d'être un peu à distance d'une période un peu difficile, où à l'école, à l'époque il était en primaire et puis bon c'est passé. Et puis ça allait à peu près. Il est rentré en sixième et puis c'est l'année dernière, fin 2008 il y a un peu plus d'un an ou là par contre, il allait beaucoup moins bien, c'est-à-dire que je l'ai vu en novembre et depuis la rentrée scolaire, là, il avait beaucoup de mal à nouveau dans sa classe avec une exacerbation, après les vacances de la Toussaint. Parce qu'il avait des manifestations anxieuses assez marquées. Insomnies, il mangeait plus trop, donc il était pas très très bien. Et son père qui m'a laissé parler avec lui, c'était bien ça, j'ai pas eu besoin de demander à son père de sortir. Son père m'a juste présenté en deux mots la consultation, en disant « bon, mon fils il est stressé » enfin avec ses mots, il parlait pas très bien français. « Il va pas très bien. Je vais le laisser parler avec vous, j'attends en salle d'attente ». Voilà le travail. Ce qu'on fait habituellement, c'est qu'on demande aux parents, à la maman car c'est souvent elles qui viennent en consultation, si on peut effectivement discuter un peu seul, un moment avec l'adolescent. Et puis cet adolescent m'a exprimé son problème d'intégration, c'est-à-dire clairement, je sais plus où je l'ai marqué. « C'est pas des amis, c'est des connaissances ». Voilà, et lui il a pas de vrais amis, et lui il arrivait pas à s'intégrer. Comme il avait une classe a priori un petit peu agitée, que eux avaient envie de foutre le bordel et que lui, avait envie de travailler. Bon voilà. Et il ruminait un petit peu beaucoup de choses. Alors on a discuté tu vois trois quarts d'heure, tu vois 45 minutes et donc, le père commençait à s'impatienter donc il nous a interrompu. Mais on a posé pas mal de choses sur ses craintes, il a pu exprimer tout ce qu'il avait. Je l'ai écouté longuement parce que je pense qu'au début c'est ça qu'il faut faire. Et puis bon, après par rapport à ses craintes on a essayé de reprendre les principales craintes. Et j'essayais de le rassurer sur certaines choses et j'ai dit aussi que j'essaierais de me mettre en contact avec une infirmière scolaire pour voir un petit peu si de son côté elle avait des éléments à m'apporter. Parce que je voulais savoir également au niveau de l'encadrement scolaire comment ils avaient repéré Ron, est-ce qu'ils l'avaient repéré en difficulté ou pas. En sachant que les parents ont très bien anticipé eux aussi de leur côté. Ils avaient pris rendez-vous avec le professeur principal pour parler du mal-être. Bon ça, c'est la première consultation, donc en gros moi je t'ai présenté le truc alors après moi, j'ai appelé. Ah oui, j'ai eu la professeure principale. C'est pas banal pour un médecin d'appeler la prof principale, mais je l'ai appelé et j'ai échangé un petit peu pour savoir ce qu'elle, elle a

pensé de Ron, parce que ça m'intéressait de voir si elle confirmait un petit peu... comme l'impression de Ron... son intégration par rapport aux autres, et effectivement la prof principale m'a dit qu'il avait pas l'air très très bien, qu'elle le trouvait dépressif entre guillemets sauf que, par contre elle disait que la classe était très très bien, alors que c'était pas du tout l'avis de Ron. Donc il y avait un décalage entre ce que l'ado pensait, de l'attitude des adolescents en général des uns par rapport aux autres et ce que Ron percevait. Il se percevait un peu comme le souffre-douleur alors qu'en fait, la prof principale disait « mais pas du tout, les élèves sont plutôt sympas par rapport aux classes habituelles » et que c'est lui qui a du mal à s'intégrer. Et puis après j'ai eu une infirmière scolaire au téléphone qui effectivement l'a vu à trois reprises, alors ça aussi c'est un critère assez important, l'adolescent pour des douleurs abdominales régulièrement et elle lui avait souvent proposé des solutions pour permettre à l'adolescent de s'intégrer plus facilement, notamment les activités extrascolaires, sportives. Et puis aller au foyer des adolescents, y'a un foyer au collège le midi pour les activités. Sinon elle avait pas trop de solutions à lui proposer. Bon, donc j'ai revu ça après avec Ron et donc je le voyais quand même en difficulté par rapport à ça. Et du coup, je le sentais pas bien et je me posais la question d'un risque, et d'ailleurs l'infirmière scolaire m'a rappelé et la maman de Ron a évoqué ça à ce moment-là que son fils Ron avait quelques idées suicidaires. Parce que vraiment pas bien. Et du coup, bon, quand j'ai vu cette notion d'idées suicidaires, bon effectivement, je me suis dit je vois bien que Ron est en souffrance. Donc là j'ai appelé la pédiatrie et la pédopsychiatrie. Le CMP ado en fait plus exactement, qu'on a à Saint-Nazaire et qu'on a la chance de pouvoir contacter facilement pour avoir, si possible, une consultation assez rapidement pour cet adolescent. Ce qui a été le cas donc j'ai pu avoir je crois, j'ai envoyé un courrier et elle l'a vu, et la maman avait poussé de son côté. Et une semaine après on avait eu le rendez-vous, quoi. Voilà. Bon, la psy avait confirmé l'intérêt d'un soutien, et pensait même un moment qu'il faudrait hospitaliser l'adolescent parce qu'il serait peut-être en nécessité de s'éloigner un petit peu de ses parents, pour se poser un peu à part. Et puis non, ça n'a pas été nécessaire. Il y avait un suivi psychologique qui s'était mis en place, il a bien accroché avec un psychologue. »

EG : « Il a bien accepté d'être orienté ? »

M03 : « Oui, sans problème. Il était plutôt demandeur, lui d'en parler, parce qu'il avait besoin d'un soutien. Il en parlait assez facilement. Oui, c'est pas tous les ados comme ça. Effectivement. Mais lui, il était vraiment demandeur parce que vraiment pas bien. Et donc, il a accepté et il voulait plutôt un homme. Donc il a eu la chance de tomber sur un homme car il y avait pas trop d'hommes disponibles à ce moment-là. Mais finalement ça été possible. Et puis bon, il a eu un suivi pendant plusieurs mois et puis bon il a petit à petit repris confiance en lui parce que c'est un peu de ça qu'il manquait, comme souvent. Et puis ben maintenant il va beaucoup mieux. »

EG : « Du coup, pendant ce suivi avec le psychologue est ce que vous étiez bien présents ? »

M03 : « Alors moi je l'ai vu au début. J'ai donc eu au tout début la pédopsychiatre au téléphone. Une fois. Après tout au cours du suivi avec le psychologue, non, parce qu'alors moi de mon côté lorsque je revoyais Ron, je l'ai vu au mois d'avril, il était toujours en suivi, pour une rhinopharyngite mais voilà tu vois j'ai écrit : « continue à aller au CMP ado deux fois par semaine ». Tu vois quand même il y allait souvent mais je lui ai demandé. Quand je l'ai vu, mais entre décembre et avril je n'ai eu aucun contact du CMP. Malheureusement c'est souvent comme ça. Non, si, on n'a pas du tout de retour, on n'a pas de retour c'est un petit peu difficile d'avoir des échanges réguliers. J'ai l'impression que c'était toujours moi qui appelait et qu'il n'y avait pas trop de retour. Donc quand je voyais la maman, je la voyais aussi pour elle, je lui demandais : « comment va Ron, ça se passe bien au CMP ? », « Oui ,oui, il va mieux » et non, si je demandais pas j'avais pas de nouvelles quoi. Je l'ai revu en août, mais tu vois j'ai marqué pas de signes dépressifs, donc tu vois il allait beaucoup mieux quand même. Tu vois il avait plus du tout, on était fin août il devait rentrer en quatrième, il avait plus du tout peur de la rentrée. Il a bien évolué cette période-là. Donc le contact avec le CMP ado a été facile par contre le retour après moins facile. »

EG : « Il y a donc eu une bonne collaboration au début, peut-être moins après ? »

M03 : « De l'adolescent ? »

EG : « Bien des deux, de l'adolescent et des autres intervenants. Parce que, est-ce qu'avec l'infirmière ou le médecin scolaire, c'est fréquent la relation avec médecin généraliste ? »

M03 : « Le problème des médecins scolaires c'est qu'ils sont pas très disponibles. Ils sont pas souvent là. Ils sont souvent sur plusieurs établissements. Ils sont dans l'établissement que quelques heures et puis quand ils sont là... Ils ont soit, souvent les visites médicales à faire ou les protocoles médicaux individualisés. Des choses comme ça, donc, finalement... Donc ils sont pas très disponibles, ils connaissent pas vraiment les adolescents. Alors que l'infirmière, elle est attachée à un seul établissement, parfois deux. Ça dépend, ils sont à mi-temps sur deux. Donc elles sont plus présentes, puis elles connaissent beaucoup plus les adolescents. Donc j'ai moins l'occasion d'appeler le médecin scolaire et je suis pas certain que ce soient les meilleurs interlocuteurs finalement. Par contre l'infirmière oui c'est... Et l'infirmière elle était très contente que je l'appelle. Elle disait qu'elle... elle ose pas appeler des fois. Je pense que c'est effectivement le cas et qu'elle, elle préférerait, elle m'avait exprimé ça. Le ressenti de certaines infirmières, elles aimeraient parfois avoir plus de contact avec le médecin traitant qui connaît pas mal l'adolescent, parce qu'elles le voient de leur côté. Si j'ai eu une infirmière une fois qui m'avait appelé pour des maux de tête à répétition. L'infirmière scolaire paraît être une meilleure interlocutrice que le médecin scolaire, le prof principal après je ne sais pas. On est moins dans le champ de la santé donc du coup... Mais ça peut être intéressant quand même d'avoir un point de vue autre qu'un professionnel de santé parfois alors là, je pense que c'est plus aux parents de le faire. Mais non, l'infirmière scolaire ça me paraît important. C'est un interlocuteur important au niveau scolaire. Après en dehors, oui, un référent pédiatre ou pédopsy, oui je pense que ça paraît important mais quand... Ça dépend des structures locales. En général dans la plupart des villes moyennes il y a une structure prévue pour accueillir des adolescents. Maintenant il y a les Maisons Des Adolescents normalement. Enfin dans la Loire-Atlantique. Après dans les autres départements je ne sais pas par contre. Mais théoriquement dans la plupart des départements il y a des structures comme ça, qui fait partie des interlocuteurs qu'on doit avoir, auxquels on peut orienter plutôt facilement, globalement. Mais je connais des collègues qui ne sont pas du tout à l'aise et ils ont peur même de ne pas savoir du tout gérer. »

EG : « Du coup, ils orientent très vite ? »

M03 : « Oui, ils ne savent pas discuter avec un adolescent. »

EG : « Et du coup, ce sentiment de facilité vous l'avez appris seul ? »

M03 : « Oui, non on ne me l'a pas tellement appris, enfin si un peu, dans le séminaire dont je t'ai parlé, sur deux jours. On a passé des jeux de rôles mais on a réappris... Il y avait un pédopsy expert qui nous a bien reposé les bases de comment communiquer avec un ado. Mais... Bon, après je ne sais pas, le contact avec certains passe moins facilement. Moi je ne sais pas, j'aime bien. Le contact avec l'ado, je trouve ça marrant, enfin, c'est pas toujours facile. Il y en a, il y a une facilité de base après il y a une facilité avec certaines personnes. Non, j'ai passé deux formations spéciales à part, si, le séminaire où on apprend un peu quelques bases.

EG : « En gros, pour résumer, dans la prise en charge des adolescents, c'est quoi les points les plus difficiles en fait ? »

M03 : « Les points les plus difficiles, c'est d'accrocher l'adolescent en fait. Effectivement là, c'était le cas idéal avec d'autres c'est un petit peu moins facile. C'est une accroche d'un adolescent qui veut pas parler. Donc bon, ça, c'est pas toujours évident. Surtout que s'il veut pas, il veut pas. Casquette vissée sur la tête, il regarde ses

pieds. Alors il faut, enfin comment faire ? C'est au cas par cas, ça dépend mais, il faut lui rappeler que nous, on n'est pas, ni flic, ni éducateur. On est là plutôt pour l'aider, que s'il a des choses à exprimer, on peut l'aider. En général, quand il est tout seul, on peut lui rappeler qu'on est quand même soumis au secret professionnel. On peut garder un certain nombre de choses pour nous, on ne va pas le répéter à ses parents, que, après on voit bien. Et puis lui dire qu'on voit qu'il est en souffrance. Je pense que ça me paraît important et que ben, nous, on voudrait bien l'aider mais pour ça il faut qu'on puisse parler un petit peu parce que c'est vrai que sinon on peut pas deviner ce qui se passe dans sa tête. Alors bon ça, c'est une des principales difficultés avec les adolescents. C'est même pour moi la principale, même si globalement j'ai de la chance. Sinon après c'est parfois avec les parents, parce que les parents sont pas toujours capables d'entendre certaines choses au niveau de leur ado. Parfois, ils ont une idée préconçue de comment doit marcher leur fils. C'est pas facile d'accrocher les parents non plus. »

EG : « Peut-être que parfois lorsqu'il y a un symptôme, mal de tête par exemple, c'est difficile de faire comprendre aux parents qu'il n'y a pas d'organicité ? »

M03 : « Oui, tout à fait. Parce que là, ils vont partir dans des bilans organiques, pour eux c'est pas psy, quoi. »

EG : « Et souvent on est un petit peu obligé de faire ce bilan ? »

M03 : « Ah oui. Alors cet ado, au départ son père ça n'a pas été si facile, parce que son père un moment, l'adolescent il était presque à pleurer au début, et son père était encore là quand je discutais et son père avait des réactions du style en lui tapant sur l'épaule : « écoutes tu vas avoir 14 ans, tu es un homme maintenant. Tu vas pas pleurer, allez remue-toi un peu ». Bon, c'était un petit peu dure quoi pour cet ado. Je sais pas si c'était vraiment ce qu'il voulait entendre au début. Peut-être que le père avait raison de le pousser un peu, mais bon, c'était un peu dur. Pas très empathique le papa, pas facile. Alors une difficulté pour nous aussi, et pour moi en particulier, celle de reconnaître la souffrance. Aussi, avant tout c'est qu'effectivement tu le dis, douleurs abdominales, ben, c'est pas toujours facile des fois de reconnaître. Bon, c'est que des troubles digestifs, constipation on sait que vue ce que les ados bouffent, ça peut être tout simplement ça, des troubles fonctionnels. Mais faire la différence entre le problème digestif banal et mal-être, si l'adolescent n'est pas très causant, c'est pas facile. Pour moi, c'est la deuxième difficulté. C'est arriver à reconnaître des fois le trouble du sommeil, des difficultés à dormir, c'est pas forcément évident que ce soit le stress, « tout va bien non, non je suis pas stressé », pas évident. »

EG : « Le dépistage en fait ? »

M03 : « Le dépistage, et puis une fois qu'on a dépisté, l'accroche. »

EG : « Dernière question. Est-ce qu'il y a des choses à améliorer pour justement cette prise en charge ? »

M03 : « En général ? Je pense qu'il y a un peu la formation des médecins sur le sujet. Je suis allé au séminaire sur les adolescents en crise. La plupart de mes confrères, j'étais un peu étonné, parce qu'on a travaillé sur des cas cliniques, conduite à tenir notamment idéale. Je n'ai pas dit que je faisais bien toujours, mais il y avait quand même des choses surprenantes des fois. Après je pense que sur le réseau médecins libéraux, structures d'accueil éventuelles d'adolescents en difficulté, que ce soit Maison Des Adolescents en ambulatoire ou éventuellement la pédopsychiatrie, il n'y a pas grand-chose au niveau communication encore. C'est assez difficile d'arriver à travailler ensemble. Moi je... À Saint-Nazaire, on n'est pas trop mal loti. Mais on nous facilite pas vraiment les choses. On... Nous, c'est à nous presque de découvrir quelle structure se met en place. La Maison Des Adolescents, à part une réunion pour savoir ce que c'était, on n'a pas eu de contact. On sait pas qui y travaille, on sait pas exactement quel est leur rôle. Et puis après, tu vois quand on a des adolescents pris en charge que ce soit à ton initiative ou spontanément sans qu'ils passent pas par nous, on n'a pas de retour. C'est un peu frustrant. Et ça nous aide pas à échanger notre formation. Donc on essaie un petit peu. Enfin moi,

j'essaye un peu d'appeler de temps en temps. Mais il faut arriver à les joindre les psychiatres ou les infirmiers, ou les éducateurs ou les psychologues. Et puis après il faut qu'ils veuillent bien échanger des informations. Certains ne veulent pas non plus. C'est pas facile. Je trouve ça un peu décevant, je pense qu'il faudrait vraiment améliorer les choses sur la communication. Pas facile. C'est un peu frustrant car au début on s'implique. J'ai passé du temps, j'ai passé trois quarts d'heure sur une consultation, j'ai rappelé plusieurs fois, j'ai passé des coups de téléphone en dehors des consultations et puis après espace. Rien. Mystère. Donc je pense qu'on peut améliorer ça, enfin ce serait bien moi je trouve. Oui, c'est les trucs principaux, je pense qu'il faudrait améliorer. Après moi je ne suis pas spécialement en difficulté sur autre chose globalement. »

VI.2.4. Médecin n°4 : M04.

M04 : « Oui donc une jeune fille de 16 ans qui vit seule avec sa mère en situation un peu compliquée, bon l'adolescence, et puis qui a fait une tentative de suicide en prenant le médicament de sa mère qui était des anxiolytiques, classique. Voilà donc ça c'est le truc, bon auquel on peut être confronté. Je voyais bien depuis un moment qu'elle n'était pas très bien. Mais enfin rien ne pouvait laisser supposer qu'on aurait pu avoir une situation aussi importante quoi. Voilà, alors après qu'est-ce qu'on fait, elle l'a fait la semaine dernière...je l'ai revu hier soir d'ailleurs, sa mère a refusé l'hospitalisation. Donc là on a convenu qu'elle était pas bien après avoir discuté un peu, effectivement je pense que je vais la confier à un psychiatre, je pense dans ce cas précis, c'est pas toujours le cas. Et puis voilà et moi je vais faire un suivi en même temps parce que je la connais depuis qu'elle est toute petite et puis elle a confiance en moi. Et puis ça fait toujours peur un peu le psychiatre. Ça sera un peu un suivi en parallèle, chacun de notre côté sans que j'intervienne bien sûr sur ce qui se passera avec le psychiatre. Mais ça lui permettra d'avoir des choses un peu concrètes à dire. Voilà ça c'est un suivi classique d'une adolescente qui ne va pas bien en ce moment. »

EG : « Est-ce qu'avant qu'elle fasse ce geste, vous aviez eu des entretiens avec elle pour discuter justement avec elle de son mal-être ? »

M04 : « Oui, alors pas spécialement pour discuter de son mal-être mais à l'occasion d'un vaccin ou d'un certificat médical, elle avait déjà pu exprimer que c'était un peu difficile avec sa mère parce qu'il y avait eu un peu de conflit, parce qu'elle voulait voir un peu plus son père qui était loin, ce qu'on retrouve fréquemment à l'adolescence, la redécouverte du parent divorcé. On s'appuie un peu sur celui qui est parti pour obtenir un peu plus de liberté de celui qui est en charge de l'éducation. Donc on avait évoqué ça plusieurs fois, voilà. »

EG : « Et vous n'aviez pas ressenti le besoin de l'adresser ? »

M04 : « Non parce qu'il n'y avait pas d'idées noires, c'est ce qu'on recherche en général. Non, du coup c'était pas exprimé du tout. Il n'y avait pas de situation de danger. »

EG : « La maman avait évoqué ces difficultés avec vous ? »

M04 : « Oui. »

EG : « Qu'est-ce qui a fait que la maman ne voulait pas que sa fille soit hospitalisée ? »

M04 : « Je pense qu'elle a été surprise, elle ne s'y attendait pas et c'est pas facile de retrouver sa fille au sein des urgences sans trop de préparation. Et donc après l'entretien avec le psychiatre de garde là-bas, quand il a proposé une hospitalisation, je pense qu'elle s'est retrouvée un peu... elle a pas su gérer, la mère, je crois. Elle s'est dit : « Oh non ! Ma fille à l'hôpital de Saint-Jacques non ! », avec l'idée de l'ancien Saint-Jacques. Elle a pas supporté, elle a voulu protéger sa fille en fait avec l'idée qu'elle se faisait de la psychiatrie. Bon là je dois dire qu'elle avait pas complètement tort pour une première tentative de suicide qui était plus un appel au secours que... j'en ai rediscuté avec la petite hier, c'était pas... c'était pas le but en tête, c'était plus une alerte. Mais parfois je me suis heurté, pour élargir un peu, à des parents qui ne voulaient pas faire hospitaliser les enfants où j'ai moi-même été après, amené à les faire hospitaliser quoi. »

EG : « La jeune fille vous l'avez revue ? Est-ce qu'elle a bien supporté d'avoir un suivi avec un pédopsychiatre ou un psychiatre ? »

M04 : « Oui, là elle s'est rendue compte qu'il fallait qu'elle exerce certaines choses quoi. Elle a bien accepté, elle s'est rendue compte qu'elle avait failli être hospitalisée en psychiatrie et que du coup il fallait qu'elle accepte de se confier à l'extérieur pour qu'on puisse avancer dans cette histoire. »

EG : « Est-ce que parfois ça vous arrive de suivre des adolescents sans les orienter spécialement ? »

M04 : « Oui, oui. »

EG : « Qu'est-ce qui fait que vous orientez à un moment donné ou que vous gardiez en charge totalement ? »

M04 : « Quand c'est trop compliqué, quand il y a une souffrance, quand je vois que je vais pas assurer quoi. Quand ça reste des problèmes d'adolescence classique, qu'on connaît bien, qu'on est confronté avec un petit peu d'addiction, des choses comme ça, de crise d'adolescence on va dire. Ça, je sais gérer ça. Quand il y a des histoires un peu plus difficiles avec de la violence dans une famille où qu'il y a pu avoir des agressions ou des choses comme ça, là, je considère qu'il faut que je me fasse aider moi, dans ce cas-là. Il faut que j'aie l'avis d'un professionnel. »

EG : « Est-ce que les consultations d'adolescents ça vous prend plus de temps que ... »

M04 : « Alors oui, les adolescents ça prend du temps. Ça, ils le ressentent et ils ont besoin en plus. Oui les adolescents ça prend du temps. »

EG : « Quand vous faites un suivi avec un adolescent, est-ce que vous lui imposez un rendez-vous ou est-ce que vous lui dites : « je suis ouvert pour te revoir ? » »

M04 : « Ça dépend des adolescents, y'en a qui demandent à être un peu plus cadrés et y'en a d'autres qui on sait que si on cadre trop on va les perdre. Ça dépend. Nous on le ressent ça. »

EG : « Les relations avec les autres personnes qui interviennent auprès des adolescents, est-ce que vous trouvez que d'une manière générale il y a une bonne collaboration ou est-ce qu'il y a des choses à améliorer ? »

M04 : « Oui, il y a sûrement des choses à améliorer. On a vraiment une carence sur la pédopsychiatrie, d'une manière générale faut le dire, c'est clair. En situation d'urgence on est assez démuné. Il y a eu un peu d'amélioration, mais il n'y a pas assez de place dans ce service dont j'ai oublié le nom où on met les adolescents. À chaque fois c'est très compliqué quoi. À Nantes on a un souci car j'ai pu échanger avec d'autres villes où il y a vraiment des services de pédopsychiatrie plus importants et structurés, je prends Bordeaux, Paris, Marseille. À Nantes on a vraiment un souci. On est un peu seul quoi. Alors j'ai fait suivre quelques adolescents en psychiatrie. Quand ils arrivent à entrer là, pour le coup c'est de l'extrême urgence. Bien, ça se passe pas mal mais c'est trop peu souvent. Et puis après je trouve, on arrive parfois à faire prendre en urgence mais après il n'y a pas de suivi. »

EG : « Ils restent quelques jours pour passer la crise et après... »

M04 : « Oui c'est ça, pour passer la crise et après on n'arrive pas à avoir suffisamment de pédopsychiatres qui prennent en charge, qui nous aident nous, généralistes. Hier soir la petite, son histoire c'est que j'ai pensé assez vite à un psychiatre de ville qui sera pas un pédopsychiatre d'ailleurs, qui sera un psychiatre. Mais pour les addictions je vois à qui je peux les confier... mais par exemple si j'avais voulu... Alors elle sait déjà qu'elle va attendre un mois et demi pour le rendez-vous car on n'a pas de rendez-vous rapides. Si j'avais voulu avoir un rendez-vous plus rapide en pédopsychiatrie, je n'ai pas, je peux pas répondre à sa demande ou alors il faut vraiment... ou il aurait fallu la faire hospitaliser. Mais en externe c'est pas possible, c'est embêtant. »

EG : « Est-ce que la Maison Des Adolescents ça vous aide un peu plus comme c'est des structures qui commencent à apparaître ? »

M04 : « Mais ce serait bien, mais il y en a pas, il n'y en a pas sur Nantes. Y a pas de Maison Des Adolescents sur Nantes qui fonctionne quoi. On a un truc d'urgence un peu avec quelques places. Mais vraiment non. Alors je

me sers aussi de... Alors c'est peut-être...est-ce que c'est ça dont vous voulez me parler, celle qui est Rue Fourrée c'est pas ça non ? Parce que là y'en a une. »

EG : « Il y a une Maison Des Adolescents vers la place Graslin, rue Racine.

M04 : « Oui, alors je connais pas, par exemple. Je connais pas. Qui fonctionne comment ?

EG : « En fait c'est par département c'est une maison, donc ça s'appelle la Maison Des Adolescents où il y a des psychologues, des pédopsychiatres qui ont des permanences, des pédiatres, il y a des permanences d'avocats aussi. Donc c'est un lieu d'écoute pour les adolescents.

M04 : « Non j'étais pas au courant. »

EG : « Il n'y a pas eu de communication ? »

M04 : « Non je ne suis pas au courant. Je suis en train de chercher mon truc-là... Et alors là on peut y aller facilement ? »

EG : « C'est anonyme, c'est soit sur consultation soit les adolescents y vont comme ça sans rendez-vous. »

M04 : « Et ils sont accueillis ? »

EG : « Ils sont accueillis par des éducateurs. Ça prend en gros toute la sphère médico-psycho-socio-éducative. »

M04 : « Voilà, ça m'étonne pas. Alors est-ce que les généralistes sont pas des partenaires normaux ? »

EG : « Est-ce qu'une fois que l'adolescent est orienté vers le psychiatre ou le pédopsychiatre vous arrivez quand même à garder une main prise sur le suivi ?

M04 : « On garde toujours contact avec les adolescents parce qu'il y a un côté un peu affectif surtout dans des situations où il y a des carences familiales, où, on a un peu ce rôle là en même temps. J'ai pas mal d'ados qui en dehors de tout contexte de mal-être ou de gravité, en fait viennent se confier comme s'ils venaient se confier à un père quoi. Parce qu'ils n'ont pas ça à domicile si je puis dire. Donc on a un peu ce rôle-là. Donc parfois ils ont besoin de venir se décharger un peu pour demander s'ils font bien, si ça se passe bien. Ils ont besoin de faire le point. »

EG : « Vous ne ressentez pas... comme vous êtes le médecin des parents, des frères et sœurs, ils n'ont pas peur qu'il y ait une divulgation ? »

M04 : « Je ne le ressens pas ça. Alors peut-être qu'il y en a. En tout cas ils ne viennent pas. Moi je vois ce qui viennent, alors ceux qui viennent n'ont pas cette peur-là. Il y a une relation de confiance donc ils savent que ce qu'ils vont me raconter, évidemment je ne vais pas ensuite le raconter aux parents. Non, mais peut-être qu'il y en a qui ont cette peur-là. Dans ce cas-là, ils changent de médecin. C'est tout à fait respectable. »

EG : « Ça peut-être dans le cas que l'on a abordé tout à l'heure ou d'une manière plus générale, qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté dans la prise en charge de ce mal-être ? »

M04 : « L'urgence, comme je le disais. Parfois il y a vraiment du danger, des vies en danger et on a besoin d'avoir une réponse rapide et là on a des problèmes. »

EG : « Les urgences ça ne suffit pas ? »

M04 : « Non, souvent d'ailleurs, bon déjà c'est l'hôpital, il faut passer par les urgences, quand on leur parle du service des urgences, ça leur fait peur. Mais de temps en temps on aimerait bien prendre son téléphone et pouvoir téléphoner à un service et dire bon ben voilà j'ai un adolescent... »

EG : « En externe, pour avoir un rendez-vous rapide ?

M04 : « Oui avoir un soutien, une évaluation. Voilà c'est ça que je reproche à Nantes et qui se fait ailleurs. Ça se fait ailleurs. Ça, c'est un petit peu dommage.

EG : « Donc c'est un point à améliorer.

M04 : « Oui c'est ça qu'on devrait améliorer à Nantes. Mais bon je comprends qu'on est en manque de psychiatres, que c'est pas facile, qu'il faut structurer les choses. On peut comprendre. Mais je pense que si on avait quelque chose à faire ce serait ça. On a un problème, je suis confronté à ça tout le temps avec la pédopsychiatrie en Loire-Atlantique. Mais même pas que les adolescents, même les petits. »

EG : « Les délais sont très longs ? »

M04 : « On a souvent des enfants qui vont très mal et on fait attendre les familles. C'est pas facile. »

EG : « Du coup en attendant vous est obligé de prendre... »

M04 : « On est obligé d'assurer, on essaie d'assurer alors plus ou moins bien. Moi je suis pas, je prétends pas être psychiatre donc on fait ce qu'on peut, donc on n'a pas le choix. »

EG : « Est-ce que vous avez eu des formations sur justement comment prendre en charge les adolescents ? »

M04 : « C'est des formations qu'on s'est donné les moyens de faire avec des groupes de FMC. On a fait plusieurs formations sur justement les adolescents, les enfants. On a fait venir des pédopsychiatres, alors souvent de Vendée, c'est bizarre. Mais pour avoir, savoir quoi faire justement, oui on a fait plusieurs formations, des FMC là-dessus. Tous les généralistes sont confrontés à ça, enfin "confrontés", ça fait parti de notre boulot. Confronté ce n'est pas un mot juste. Voilà, les adolescents c'est important, c'est une population qui va pas bien en général. Donc c'est important qu'on les prenne en charge. »

EG : « Vous voyez d'autres choses à améliorer en dehors de l'urgence ? »

M04 : « Eh bien aussi comme on disait, le suivi. J'ai par exemple un ado suivi sur le long terme. C'est pas très bien. J'en ai plusieurs qui étaient borderline. Ils ont pas pu être suivis à Nantes. Enfin j'en ai deux en tête, un suivi à Paris dans un lycée médical où il va passer son bac cette année et il y en a un autre qui est dans le Maine-et-Loire, dans un établissement pour adolescents difficiles. Difficile et voilà mal quoi et j'ai pas pu les faire suivre donc c'est aux familles de se débrouiller. Là encore y a pas de structure par chez nous où on peut assurer une scolarité avec un suivi médical psychiatrique. »

EG : « Comment vous arrivez à gérer la famille parce qu'il y a l'adolescent mais la famille aussi, à côté. Comment vous vous y prenez ? »

M04 : « Je réponds à la demande. La famille dans ce cas-là est très demandeuse. On essaie de gérer mais avec nos moyens à nous. Faire de l'écoute, de toute façon, on fait surtout de l'écoute. C'est des gens qui ont besoin de parler. Beaucoup d'écoute, voilà on assure le suivi familial car effectivement il est important aussi. »

EG : « Et si il n'y a pas d'adhésion de la famille ? »

M04 : « Non, mais souvent la famille est demandeuse d'une prise en charge de son adolescent. Et même parfois on a la famille qui vient et c'est l'adolescent qui veut pas et lui trouve qu'il va très bien. C'est des situations qu'on rencontre aussi. Là, faut essayer d'accrocher le jeune et c'est pas si simple. »

EG : « La communication avec l'adolescent c'est quelque chose avec laquelle vous êtes plutôt à l'aise ? »

M04 : « J'ai l'impression mais maintenant sans doute pas avec tous. Ceux avec qui je communique, ceux que je prends en charge ça va. Maintenant les autres je ne les vois pas sans doute. Bon en général ça va. C'est pas très compliqué. Il faut prendre le temps. Il faut se donner le temps, éviter tout jugement voilà. Faut pas être le juge car ça va pas du tout, ça, ça marche pas. À partir de ça on se débrouille. [...]

On a des psychologues en ville mais il y a le problème de l'argent. Moi je peux pas dire à un adolescent, tu vas voir un peu ils sont peut-être très bien mais à 50 € la séance. C'est une population qui n'a pas d'argent l'adolescent en général, c'est rédhibitoire, c'est même pas la peine. Ça, c'est condamné d'avance. Je travaille moins avec les psychologues. Rue Fourrée à la Maison Des Adolescents, alors je sais pas si ça s'appelle la Maison Des Adolescents mais ce sont des consultations pour adolescents et là, c'est bien mais c'est pareil j'ai un délai d'attente... Là je travaille bien avec ces gens-là parce qu'ils ont leur prise en charge, j'ai la mienne, on peut s'appeler, on se dit ce qui va, ce qui va pas, c'est très bien mais c'est trop...j'ai pas assez de répondant à ce niveau-là quoi. Le problème c'est qu'on est débordé c'est dommage. »

EG : « Et dans votre patientèle, il y a une grosse proportion d'adolescents qui ne va pas bien ? »

M04 : « C'est difficile de donner un pourcentage. »

EG : « Ou par semaine ? »

M04 : « J'en vois toutes les semaines qui vont plus ou moins bien quoi. Entre celui qui a des états d'âme comme je vous disais, qui a besoin d'un adulte parce qu'il n'y a pas d'adulte chez lui à qui il peut parler tout bêtement. Donc on peut pas dire qu'il va pas bien mais il a besoin de faire le point de temps en temps. Quelqu'un qui va vraiment pas bien en prenant des conduites à risque, ben voilà comme beaucoup d'adolescents. On a de tout c'est assez fréquent oui parce que je suis déjà un vieux médecin donc entre ceux que je connais depuis tout petits et qui sont devenus adolescents et puis d'autres qu'on peut connaître comme ça parce que F. est un quartier un peu jeune. Mais c'est intéressant les ados, c'est compliqué mais c'est intéressant. [...]

Surtout les garçons, les filles ont plus de TS qui vont moins au bout, les garçons y en a beaucoup moins qui se ratent. C'est vrai que je suis presque plus attentif aux garçons. C'est pas bien. Ils m'inquiètent plus quand ils vont pas bien. »

VI.2.5. Médecin n°5 : M05.

M05 : « L'adolescente à laquelle je pense, c'est une petite jeune fille de 16 ans qui est placée en famille d'accueil sur H. Donc elle a été enlevée de sa famille pour violences familiales et d'autres choses mais je sais pas trop car elle ne s'étend pas sur le sujet. Donc qui était déjà en difficulté, qui était suivie au CMP machin truc et le bataclan... et qui malheureusement a subi un viol il y a un mois, donc ça l'a encore plus déstabilisée et elle refuse absolument toute prise en charge, elle refuse d'aller voir le psychiatre, le psychologue et tout. Et l'autre jour elle est venue, j'étais la seule à qui elle voulait bien venir causer. Donc j'ai réussi, je l'ai examiné en l'absence de la petite dame qui la garde, et Priscilla s'est « cuterisée », refusant que j'en parle à qui que ce soit. Ben j'étais bien embêtée... Parce que bien... Je sais pas... C'est vrai que je ne savais pas quoi faire. J'ai dit... ben elle voulait pas... J'ai dit que je n'allais certainement pas le dire à la petite dame mais je lui ai dit... J'ai passé un deal avec elle, que fallait qu'elle aille voir un psychologue ou sinon je l'appelais, mais là, j'ai botté un peu en touche. »

EG : « Vous lui avez proposé de la revoir ? »

M05 : « Oui, oui je lui ai proposé et je l'ai revu d'ailleurs depuis. Bon elle est... Ça doit aller pas très bien car j'ai eu des nouvelles hier, hier elle avait fugué, avant-hier, elle était sur Nantes et la petite dame qui la garde demandait comment faire. Elle était rue Carnot, donc je lui ai dit que c'était peut-être le bon moyen d'aller aux urgences, c'est vrai que c'est pas facile. C'est pas une situation exceptionnelle mais c'est elle qui m'a marquée. »

EG : « Au niveau de son contexte familial, est-ce que vous pouvez me le décrire un petit peu ? »

M05 : « Là, c'est donc, elle a 15 ans, elle doit voir sa mère une fois par semaine en entretien surveillé, protégé là, une heure ou deux. Donc pour maintenir le lien entre guillemets mais c'est une petite qui a dû toujours subir des violences. Elle est allée dans plusieurs familles, donc là, c'est la Xème famille parce que bon elle fugue, elle est anorexique ou plus ou moins, elle refuse de manger, elle se fait vomir mais bon. Elle est contre tout et puis en même temps, dès qu'elle a un petit bobo, c'est panique à bord, c'est, elle vient, elle est double sur ce côté-là. Elle est quand même particulière. En même temps elle se fait mal, elle se « cuter » et de l'autre... lorsque l'autre jour il a fallu que je la vaccine c'était la croix et la bannière. Contexte familial, elle est fille unique pour le peu que j'en sache avec un vécu de violence très très important, de maltraitance à tous les niveaux, c'est sûr que... En plus elle vient de subir un viol. Fallait pas que ça tombe sur elle. »

EG : « C'est une jeune fille qui vous consulte beaucoup ? »

M05 : « Si elle pouvait, elle consulterait tous les jours. Pour des... En fait, je crois que c'est un moyen d'entrer dans le dialogue mais dès qu'on aborde le côté psychologique, elle se ferme, c'est l'huître, là ça se ferme on n'y touche pas mais quand même elle vient en même temps, elle maintient le lien. Parce qu'il y a des fois je me demande pourquoi elle vient, motifs déguisés entre guillemets mais en même temps quand on creuse elle veut pas, moi j'essaye, je suis quand même à l'affût des gens qui viennent on se demande pourquoi. »

EG : « Au fil des consultations est-ce que vous arriviez à obtenir des petites informations ? »

M05 : « Un petit peu mais elle les donne au compte-gouttes mais c'est vrai qu'elle est pas... elle refuse quand même beaucoup l'aide, elle la demande et elle la refuse. Autour d'elle, il y a quand même beaucoup de choses mises en place. Non seulement les psychiatres mais l'éducateur, l'assistante sociale, alors en plus la consultation au CHU elle a pas dû vouloir y retourner, j'ai réussi à lui faire faire une prise de sang mais elle a pas voulu aller au CHU, elle a pas voulu aller la faire. »

EG : « Elle fait quoi ? Elle est scolarisée ? »

M05 : « Elle refuse d'aller à l'école, elle est en phobie scolaire, elle va pas l'école. »

EG : « C'est une situation difficile. »

M05 : « Je ne sais pas comment elle va s'en extraire parce que là, je voudrais bien savoir comment elle sera dans cinq ans. »

EG : « C'est une petite que vous avez suivie depuis... »

M05 : « C'est une petite que je suis depuis qu'elle est dans sa famille d'accueil, donc ça fait une année. J'ai pas le recul sur longtemps. »

EG : « Oui mais, quand même, elle vient vous voir souvent donc c'est qu'il y a quand même un lien qui s'est formé. »

M05 : « J'espère mais en même temps je ne suis pas sûre que je lui apporte une grande aide. Je suis là, j'ai l'impression d'être là et puis c'est tout. »

EG : « Est-ce que vous avez des contacts, quelles sont vos relations avec les psychologues, le CMP... »

M05 : « Très peu, c'est triste parce que moi j'envoie souvent au CMP, et je fais des petits mots. Au CMP il y a un accueil 2 fois par mois libre, les gens ils exposent et c'est une infirmière qui fait le tri et euh... Et puis il y a des consultations mais quand on fait des mots on n'a jamais jamais jamais, même les rares qu'on hospitalise, on a à la fin de l'hospitalisation... Nous on prend notre téléphone pour les admettre, eux, ils pourraient nous dire si on a bien fait ou pas. On n'a pas beaucoup de remontée. »

EG : « Ou un courrier de retour pour savoir comment ça s'est passé ? »

M05 : « Déjà quand ils vont à la consultation, moi j'aimerais bien, quand ils sont hospitalisés au moins la sortie d'hospitalisation et encore si ça met pas trois mois. C'est pas la rhumato. Mais quand même on n'a pas beaucoup de liens, ça c'est sûr, par manque de façon importante. »

EG : « Autour d'H., est-ce que les structures sont suffisantes ou vous trouvez qu'il y a un manque ? »

M05 : « Il y a un manque d'abord parce qu'on n'a que le CMP, il y a qu'un psychiatre donc bon, il y a eu un moment où il n'y avait plus de psychiatre et il n'y a pas de pédopsychiatre. »

EG : « Ah oui, c'est qu'un psychiatre adulte ? »

M05 : « Pendant un moment il n'y a pas eu de pédopsychiatres et ça manquait beaucoup. Nantes c'est loin, là, il manque des psychiatres et des psychologues et les pédopsychiatres c'est encore pire, y en a que 6 sur Nantes ils sont vraiment pas nombreux. Je sais pas si vous êtes allés les voir au départ de votre thèse, mais... Je pense que j'ai donné deux coordonnées de pédopsychiatres dans la semaine, donc Mme D et Mr E. qui étaient à C. Ils sont six, vu la souffrance actuelle des enfants, ben ça manque. Les psychologues c'est pas remboursé. Les CMP, c'est B. sinon c'est O. ça pose un problème. Il y a peut-être des psychologues scolaires mais je crois que c'est en manque aussi, y'a du boulot. »

EG : « Vous avez eu des formations sur l'adolescent en souffrance, la prise en charge ? »

M05 : « Moi je vais souvent aux FMC, l'enfant obèse, dépression, suicide, je vais toujours sur des sujets non médicaux. Cette année je vais aller à un truc sur l'écoute. J'aime bien, ça m'intéresse, parler j'aime bien. »

EG : « De manière plus générale quand c'est des situations un peu moins compliquées que cette situation-là vous arrivez à prendre en charge seule ? »

M05 : « Ça dépend des enfants. Si c'est des enfants suicidés, « suicideurs » ou trop trop mal, j'aime bien quand même qu'ils voient quelqu'un, quitte à ce qu'ils le voient qu'une fois, que je me plante pas si... que c'est pas pire que ce que je pense quand même. Y'a des jeunes on sait pas trop si c'est que, c'est un passage difficile ou si c'est vraiment pas normal que c'est quand même psy, et pas simplement le passage de l'adolescence difficile... »

EG : « Quand il y a une vraie souffrance avec des idées suicidaires, avec scénario... »

M05 : « Oui vraiment des pathologies qui traduisent des choses sur lesquelles on a aucun ancrage même si elle est noire mais en même temps elle accroche. Il y en a où c'est... on n'a rien. »

EG : « Le dialogue est très dur ? »

M05 : « C'est oui, non, oui, non, oui, non. Questions ouvertes c'est pas possible et questions fermées c'est oui non et ça fait pas avancer le schmilblick. Donc j'en ai vu une dans la semaine là mais la première fois là, c'était oui non, de toute façon le lendemain elle est allée voir le psychiatre car elle sentait... Elle disait qu'elle allait faire une bêtise, elle pétait un câble mais moi je sentais qu'elle pouvait péter un câble. Mais j'avais aucune accroche, déjà elle était venue c'est déjà bien. »

EG : « Elle était venue avec ses parents ? »

M05 : « Elle était venue avec ses parents mais sa mère avait appelé la veille disant que Lucie demandait de l'aide, qu'elle allait péter un câble, la petite je l'ai vue seule mais elle me l'a dit de suite, elle se sentait dangereuse pour elle. »

EG : « Et donc là dans cette situation d'urgence est-ce que c'est facile d'adresser ? »

M05 : « Ben là c'était, là vous pouvez avoir le rendez-vous le lendemain »

EG : « Avec le psychiatre ? »

M05 : « Oui, ça allait quand même. »

EG : « Dans une situation d'urgence... »

M05 : « De toute façon on a les urgences, on peut y aller quand même. »

EG : « Est-ce que c'est difficile dans la prise en charge de l'adolescent d'intégrer la famille ? Est-ce que d'une manière générale vous avez l'adhésion des parents ou il faut aussi travailler avec les parents ? »

M05 : « Oui je pense que les parents sont adhérents. J'ai pas notion, je suis en train de réfléchir, d'avoir des parents qui sentent pas s'il y a un souci. Je pense que dans l'adolescence, je dirais pas ça pour les petits, il y a des petits parfois 6-7 ans où moi je me pose des problèmes, et où les parents en voient pas du tout. Mais l'adolescence, non les parents, en tout cas ici je ne leur fais pas découvrir quelque chose ils l'ont senti. D'ailleurs souvent plutôt ils demandent, et les parents disent " donc au fait vous allez le voir pour le certificat, mon fils en même temps faudrait bien lui parler de nieu nieu nieu", qu'il va pas bien et puis il mange pas et puis elle va pas bien. Oui Angélique c'était ça, la maman elle me dit : « Angélique elle va pas bien, vous la voyez pour... » je sais plus quoi d'ailleurs. Bon je le note, motif des parents, je le dis pas aux enfants, je leur dis pas non plus que je vais leur dire. La conversation vient ou non sur le sujet, les parents ils sont bien gentils mais bon, des fois y'en a, vous avait beau leur tendre des perches on n'arrive pas, ils se ferment. C'est difficile de savoir

s'ils sont mal ou bien. Ils sont venus pour un certificat de sport ils n'ont pas envie de parler d'autre chose. C'est pour ça je dis les familles sont adhérentes. »

EG : « Et quand justement ils viennent pour un certificat, est-ce que vous prenez des chemins contournés ou est-ce que vous vous posez des questions directes ? »

M05 : « Ça dépend, et puis ça dépend comment j'ai du temps, parce que j'essaye... Il y a les consommations drogue, alcool, tabac, il y a des fois je pose pas les questions parce que j'ai pas envie d'avoir les réponses. »

EG : « Parce que ça prend du temps ? »

M05 : « Et oui c'est ça, c'est bien joli d'avoir des réponses, mais, si après on peut pas faire face aux réponses ou la gérer... Pour pas avoir de souci... Pas vu pas pris... Je sais bien que c'est pas toujours facile. »

EG : « Et parfois les consultations de certificats c'est des consultations pour rattraper le retard... »

M05 : « Oui. C'est surtout qu'on a vu la Xème, on a un petit peu ras-le-bol, on fait de l'automatisme et on fait que le certificat, à la longue aussi. »

EG : « Est-ce qu'il y a des choses à améliorer dans la prise en charge de l'adolescent ? Pour vous, qu'est-ce qui est le plus important et à l'inverse qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté, et du coup ce qu'il faut améliorer en conséquence ? »

M05 : « Je sais pas ce qu'il faudrait améliorer mais d'abord il faudrait peut-être de la consultation systématique. Parce qu'il y a des fois des jeunes on voit pas X temps. Ça va quand ils viennent pour des certificats. Après il y a pour les vaccins à 15 ou 16 ans. Mais entre-temps, quand ils sont pas malades, y'a toute une tranche d'âge où on ne sait pas s'ils vont bien ou pas bien. Donc à l'école c'est pas suivi, alors des fois on arrive où c'est la crise, des fois avant on aurait peut-être eu des signes avant-coureurs. »

EG : « Faire de la prévention ? »

M05 : « C'est sûr, des consultations obligatoires il y en a pas. Les enfants c'est vrai que, les petits bouts de chou jusqu'à deux ans on les vaccine, en plus maintenant on en rajoute. Mais après, il y a des pans entiers sans consultation [...]. C'est vrai qu'il manque là, il faudrait instituer je sais pas quoi de 11 à 16 ans. Il y a trop de marge là et puis tous les enfants ne sont pas allergiques... »

EG : « Donc une consultation dédiée ? »

M05 : « Oui peut-être une fois par an ou tous les deux ans, pourquoi pas ? »

EG : « Effectivement on a une consultation dédiée pour l'adolescent, on lui accorde du temps et pas une minute pour un certificat. »

M05 : « Oui. »

EG : « Qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté face à l'adolescent ? »

M05 : « Ben c'est que d'abord parce que pour l'instant l'adolescent il vient il en a rien à cirer, donc s'il est demandeur ça va, mais s'il est pas demandeur, c'est de réussir à accrocher, de rentrer dans son monde un petit peu. C'est décortiquer leur monde. »

EG : « C'est arriver à faire une alliance avec adolescent ? Et après lorsqu'on veut l'orienter c'est plus facile quand il a confiance en son médecin ? »

M05 : « Oui. »

EG : « Au niveau du dépistage du mal-être... »

M05 : « De temps en temps j'utilise le TSTS, pendant ce temps-là je l'utilisais bien. Le TSTS c'est bien mais il faut le faire. C'est sûr que quand on dit il faut faire le TSTS à tous les adolescents c'est bien, ben on y pense et puis après on n'y pense plus. C'est parti dans la routine. »

EG : « Et justement quand vous avez utilisé le TSTS CAFARD, vous avez découvert des choses qui n'allaient pas alors que spontanément... »

M05 : « J'ai découvert qu'il y avait des enfants qui avaient été suicidés, qui avaient fait des TS, et je l'avais jamais su. »

EG : « Donc finalement quand on pose clairement la question, les adolescents répondent ? »

M05 : « En fait, ils ont eu des passages difficiles avant, c'est un bon moyen mais c'est vrai que c'est bien quand c'est un truc qui est dédié parce que quand ils viennent pour un certificat de sport c'est difficile de leur faire apparaître. Ou alors quand c'est marqué : « aujourd'hui à partir de... » C'est souvent marqué sur l'affiche on va poser la question. Là, ça pose pas de problème quand c'est marqué, qu'on va poser la question sur l'alcool ou sur le tabac ou sur le si machin. Ça tombe pas des nues. Parce que c'est écrit, tandis que là, pourquoi le comment de quoi qu'est-ce qu'elle me cause celle-là ? Ou alors c'est pour ça qu'il faudrait des consultations que pour ça. »

EG : « Oui comme ça l'adolescent sait pourquoi il vient ? »

M05 : « Pour parler que de lui, que de ça. Je sais pas si ça va changer quelque chose mais au moins peut-être que ce sera mieux. »

EG : « Je reviens aux autres intervenants auprès des adolescents. Est-ce que vous connaissez un peu le rôle des Maisons Des Adolescents ? Est-ce que vous adressez ? »

M05 : « Les Maisons Des Adolescents c'est à Nantes. Donc c'est moins facile d'accès je sais qu'il y a, mais moi j'ai les numéros. J'ai le numéro Fil Santé Jeunes, ça, je leur donne. C'est moi qui leur donne et puis Allo Santé Drogue. Je leur donne les deux mais sûrement ils peuvent pas facilement descendre quand même. Quand on est sur Nantes c'est plus facile sur ce côté-là. Par contre les numéros d'appel intéressent les enfants du moins les adolescents. »

EG : « Ils vous le disent ? »

M05 : « Oui ils disent : « ah ça c'est bien ».

EG : « Peut-être parce que c'est par téléphone et qu'il n'y a pas de vis-à-vis ? Il y a des adolescents qui sont un peu réticents à se confier parce qu'ils ont une crainte, car sur certaines familles je pense que vous êtes le médecin de toute la famille ? »

M05 : « Moi je leur dis bien que de toute façon c'est... Moi de toute façon, c'est secret, heureusement quand même. »

VI.2.6. Médecin n°6 : M06.

M06 : « Je suis en train de chercher le nom du gamin, parce que j'en ai un en tête, le problème... Si, ça y est. Oui, je sais qui c'est. Donc voilà. Qu'est-ce que vous voulez savoir ? »

EG : « Alors que vous me racontiez un petit peu la situation, ça peut être sur plusieurs consultations. »

M06 : « Alors la première consultation, par contre, je ne me souviens plus de son âge. Il a 19 ans maintenant. Je pensais à lui parce que voilà... Donc c'est un jeune homme qui en fin 2007, il avait 16 ans et demi, pratiquement 17 ans. C'est sa maman qui m'en a parlé en premier en me disant qu'il y avait des problèmes de comportement à la maison. Il est l'aîné, il a une sœur et un petit frère. Comportement, il claque les portes, il ne va pas bien, il ne travaille pas à l'école, il n'a plus de projet. Voilà pour quoi ça ne va pas bien. Il fume, ils ne savent pas trop ce qu'il fume. Il sort avec des copains, il picole un peu. Voilà, donc elle m'en parle, eh bien je lui dis que le mieux, eh bien c'est que je vois Julien. Donc il est venu. Alors il est venu une fois. Sa mère disait : « je lui en ai parlé et il ne veut pas venir ». Mais il avait besoin d'un certificat pour faire le sport donc j'ai profité en fait pour lui parler un petit peu de tout ça. Alors, eh bien un peu l'échec quoi. Il fumait, il disait qu'il fumait 6 cigarettes par jour. Après on a un petit peu parlé, il ne parlait pas beaucoup. Voilà. Et puis, oui, il avait eu des problèmes d'alcool et un moment donné il s'était rendu compte que là, ça n'allait pas bien. Il travaillait, il y allait en mobylette. Et puis voilà. Un peu imperméable et puis je lui ai proposé de rencontrer... J'envoie facilement à CASA, enfin vous devez connaître sur Nantes. Il ne m'a pas dit oui, il ne m'a pas dit non. Et puis je lui ai proposé de le revoir, et puis j'ai fait un petit mot et tout ça. Et puis je ne l'ai pas revu. Il est venu une fois en 2008, il avait vu ma collègue. Pourquoi il l'a vu... Pour son asthme. Il est asthmatique. Et moi j'ai revu la maman parce que je la revois régulièrement. Donc, elle m'a dit qu'il était allé à CASA une ou deux fois. Au niveau tabac ce n'était pas mieux. Il claquait moins les portes et surtout il s'était mis à avoir un projet professionnel. Voilà, il voulait piloter les bateaux. C'était un peu mieux. C'est surtout qu'il s'était remis au travail. Et puis c'est tout, voilà. Voilà c'est tout ce que j'ai à en dire. »

EG : « En fait vous n'avez pas pu tirer des informations sur ce qui n'allait pas ? »

M06 : « Non. Et ses parents n'arrivaient pas trop à savoir. Je n'ai pas l'impression que le couple fonctionnait mal de ces parents, ils n'avaient pas l'air de se disputer. Ils étaient plutôt cools comme parents, un peu inquiets mais cools. Le papa a dû venir une fois m'en parler, je ne sais plus parce que, comme il y a un petit frère je vois soit la maman soit le petit frère. Mais non, j'ai l'impression qu'il se mettait dans un moule d'adolescents. Il reconnaissait bien que par rapport à l'alcool il avait dû faire attention parce qu'il conduisait une mobylette. Donc s'il devait faire un peu d'excès, il dormait sur place, il ne reprenait pas la mobylette. »

EG : « Et pendant cette consultation, il vous a inquiété cet adolescent ? »

M06 : « Non, il ne m'inquiétait pas, moi je ne l'ai pas senti suicidaire. Il était plutôt content de lui. Il ne me paraissait pas en souffrance. C'est plutôt ses parents qui souffraient de le voir un peu comme ça. Alors peut-être que lui, il a bien ressenti les choses et il a accepté d'aller chez CASA. Il s'est remis au travail. Il était peut-être avec une bande de copains un peu olé olé quoi. Je n'ai pas réussi à lui faire dire qu'il fumait un joint de temps en temps, en soirée qu'il fumait de temps en temps un pétard, ses parents n'étaient pas au courant, ils ne savaient pas. J'ai posé la question aux parents, « est-ce que vous pensez.... ». Après je n'ai rien dit aux parents, je ne leur ai pas dit qu'il fumait un pétard car de toute façon c'était le gamin. Je n'ai pas réussi. Alors est-ce qu'il avait peur que je le répète à ses parents ? Je n'en sais rien. Je ne l'ai pas senti en danger immédiat de suicide. En danger, oui parce que voilà conduire en état alcoolique, c'est quand même toujours un peu dangereux. Je vois ça un petit peu comme ça. Je ne le voyais pas en danger immédiat, de suicide. »

EG : « Et là, vous l'avez adressé tout de suite à CASA, est-ce que vous avez l'habitude d'adresser facilement ou vous prenez en charge un peu. »

M06 : « Oui. Moi je peux prendre en charge simplement quand c'est des adolescents dont je connais bien la famille, parce que c'est vrai que l'on travaille assez facilement... Voilà. Je me dis que cet adolescent il a besoin souvent, même si je lui dis, je ne le dirai pas à tes parents, t'inquiète pas etc... je crains toujours qu'il n'ose pas dire les choses, comme ce qu'il ressent, de peur et bien soit de trahir le médecin aussi, parce que quand on les connaît depuis qu'ils sont tout petits... soit trahir le médecin, soit d'avoir peur que le médecin dise des choses même si c'est pour son bien, mais qu'il n'a pas envie que les parents sachent... enfin vous voyez des choses comme ça. Moi je leur propose quelqu'un de complètement neutre en particulier, alors les filles moi je leur dis on peut continuer à se voir mais les garçons je leur propose systématiquement aux préadolescents et adolescents s'ils ne veulent pas être suivis par un homme. Si au niveau relation par rapport au corps, par rapport à l'examen physique si ça ne les gêne pas. Julien, rien ne semblait trop le déranger mais il y est allé. Deux fois. Et je ne sais pas ce qu'il en a dit parce que nous, on a aucun retour. On peut faire un courrier, on n'a aucun retour. En général, quand même lorsqu'il y a de gros risques suicidaires, ils appellent quand même, enfin en général les structures... »

EG : « Ils appellent le médecin généraliste ? »

M06 : « Oui. Ça m'est déjà arrivé, ou si c'est à l'hôpital ou en psy, ils appellent. Quand vraiment le gamin est en danger. De toute façon il aurait été en danger, je ne l'aurais pas adressé à CASA. Je l'aurais plutôt adressé en psychiatrie directement avec ses parents. Je n'aurais pas fait comme ça. »

EG : « Qu'est-ce que vous appelez trahir le médecin généraliste ? »

M06 : « Eh bien, de ne pas lui dire des choses. Voyez, de cacher les choses parce qu'il n'a pas envie de tout me dire, mais en même temps comme on se connaît depuis longtemps, de ne pas oser me le dire, il ne serait pas à l'aise du coup parce qu'il m'aurait menti. Voyez, c'est un peu ce truc-là, c'est ça. Donc c'est pour ça que moi je les mets très à l'aise. « Je te revois quand tu a besoin, on en parle où je t'adresse à quelqu'un parce que tu vois je pense que peut-être ce sera mieux ». C'est difficile, même un adulte, ils ne peuvent pas vous répondre « oui » comme ça, d'emblée. Il faut quand même qu'ils réfléchissent. Ils ont quand même à réfléchir sur : « eh bien oui au fond est-ce que je veux que ce soit quelqu'un de neutre, est-ce que je veux que ce soit le médecin que je connais depuis très longtemps ». Enfin, ils ne peuvent pas donner de réponse... Mais quand même un ado il a besoin d'avoir quelque chose d'assez... Si on lui dit : « je te laisse réfléchir, tu réfléchis bien, si tu veux je te ferai un courrier pour aller voir quelqu'un qui pourrait t'aider », moi je pense que ce n'est pas suffisant. Pour moi c'est : « je te fais un courrier, tu y vas si tu veux mais tu as le courrier, ce sera quelqu'un de différent et moi je suis là si tu veux que l'on en reparle ». C'est ma façon de faire en général. »

EG : « Et d'une manière générale comment qualifier les relations que vous avez avec les autres intervenants auprès des adolescents, que ce soit la psychiatrie ou les urgences ou CASA ? Tout à l'heure vous disiez qu'il n'y avait pas de retour. »

M06 : « Non, il n'y a pas de retour. Il n'y a jamais de retour. Enfin, sauf vraiment quand il y a une grosse urgence psy. Mais il n'y a pas de retour, il n'y a même pas un petit mot : « j'ai bien vu, votre patient, nous le prenons en charge ou nous avons proposé... » Non il n'y a pas ça. »

EG : « Vous trouvez que c'est un manque ça ? »

M06 : « Ah oui, je pense que c'est un manque. Après on pourrait aller à la pêche, aller demander s'il est bien venu. Mais non quoi. Maintenant les psychiatres privés se mettent à faire un courrier ce qui n'était pas le cas avant. Au moins un courrier pour dire : « j'ai bien vu... Le projet est... ». Il y a ça déjà pour les adultes, pour les ados il n'y a pas de... Il n'y a rien. Et ça, c'est dommage, la relation d'équipe. Et si la maman n'avait pas dit qu'il était allé deux fois, je ne l'aurais pas su parce que le gamin il n'est pas revenu. »

EG : « Est-ce que lorsque vous commencez à prendre en charge un adolescent et que vous l'orientez, vous arrivez quand même à garder un lien, ou alors l'adolescent part vraiment avec un autre intervenant ? »

M06 : « Ça dépend. Il y a des jeunes filles avec des anorexies, des choses comme ça où là je les reprends. Ça, ça dépend de la personne. Lui, Julien il n'est pas revenu mais il y en a d'autres qui reviennent, que l'on voit régulièrement. Ça c'est eux qui voient. Moi je n'impose rien, ils viennent s'ils ont envie. On en revoit beaucoup. Alors là, vous me demandiez un cas. Je vois sa maman de temps en temps. »

EG : « Dans la prise en charge de l'ado en situation de mal-être, comment arrivez-vous à intégrer la famille ? Est-ce que ça vous est arrivé de vouloir prendre en charge un adolescent et de ne pas avoir l'adhésion de la famille ? Avez-vous eu des soucis à ce niveau-là ? »

M06 : « Alors oui. Je me rappelle d'une jeune fille, d'ailleurs c'est mon interne qui m'a fait la réflexion... C'est une jeune fille que l'on voyait pour des cervicalgies, qui était en souffrance et elle ne portait pas le même nom que sa mère et je n'avais pas fait le lien. C'était une gamine de 16 ans qui était venue pour des cervicalgies importantes, qui avait vu plusieurs médecins et on avait conclu que c'était un problème psy. Et mon interne l'avait vue plusieurs fois, elle m'avait dit c'est quand même bizarre, parce qu'elle disait vivre avec sa mère, que sa mère ne vienne pas une fois en consultation. Et donc on en avait parlé avec elle et la mère était venue et en fait c'est la mère que je connaissais et elle était parano en fait. Une mère parano. Elle avait fait l'effort de venir quand même pour sa fille tout en sachant qu'elle avait beaucoup de réticences. Mais bon, au moins je savais pourquoi la gamine avait ce problème-là. J'avais mis un nom et une pathologie sur la pathologie de sa mère. Alors sinon, en général l'ado je le vois tout seul. Les parents, par exemple peuvent m'amener un ado qui a un problème, je ne l'ai pas vu avant, ils ne m'ont pas appelé. Mais quelquefois ils appellent, en disant : « voilà, je vais vous amener mon fils, il ne va pas bien, je vous l'amène pour ci, pour ça. Je n'ai pas trop osé lui dire que c'était pour ci ou pour ça ». Par exemple là, Julien c'était un peu ça. Donc ils me préviennent un peu à l'avance, donc je sais pourquoi. Donc ils viennent, alors soit d'emblée ils viennent ici et hop les parents partent, soit ils disent : « eh bien non, vous le voyez tout seul et j'attends en salle d'attente, on viendra vous payer après ». Voilà, ça dépend. Mais de toute façon je reçois toujours l'ado tout seul. Et puis après je lui dis, voilà, ce qui me semble de la consultation, je vais faire entrer tes parents, est-ce que tu es d'accord pour que l'on dise ça ou ça et ça ». Enfin, il y a d'abord un consentement avec l'ado. Et puis après on dit ce qu'il y a à dire aux parents. On indique que, ce serait bien d'aller faire une consultation avec un psychologue ou avec un psychiatre, c'est arrivé, des psychiatres en ville. Mais il n'y a pas de diagnostic porté vraiment aux parents. Ça dépend du gamin, quoi, ou de la gamine. On cherche à avoir l'adhésion de la famille et que le gamin soit d'accord. »

EG : « Et justement la communication avec l'adolescent, est-ce que vous avez eu des formations sur ça ou est-ce que vous l'avez appris sur le tas ? »

M06 : « Un peu sur le tas avec les miens. Mais non je n'ai pas fait de formation spéciale ados. On a dû en parler, si, sur des formations de FMC, je n'ai pas fait de formation de jours. Non. Un petit peu, mais c'était quand même sur des problèmes psychiatriques. Psychiatrie de l'enfant, névrose, des choses comme ça ont été abordées chez l'ado. Ça oui, j'ai eu ça, c'est tout. Ça ne me paraît pas excessivement difficile. »

EG : « Quand vous avez un adolescent qui est un peu mutique, qui répond par oui ou par non, comment arrivez-vous à vous débrouiller au cours de la consultation ? »

M06 : « Eh bien j'essaie de voir ce qui me paraît être important, pourquoi il est pas bien. Est-ce qu'il y a un problème à l'école, donc il me répond par oui ou par non, est-ce qu'il y a des copains qui l'embêtent, est-ce que son corps n'est pas comme il le souhaite. Des questions par oui ou par non. Est-ce qu'il fume, et est-ce qu'il a envie de se suicider. Est-ce qu'il a eu un accident ? Après, c'est oui ou non, c'est parfois un peu long. Parfois c'est très court, c'est oui, non, oui, non. Mais on finit toujours par... Ils ne se braquent pas en général. Comme en général et ils me connaissent, il y a eu des fois j'ai peut-être eu des ados que je ne connaissais pas. Oui, j'en

ai eu une, tiens... Une adolescente amenée par la maman, donc je connaissais la maman et la jeune fille, pas de problème particulier et qui m'amenait la copine de la fille dont la maman était hospitalisée pour une dépression et le papa toujours au boulot. La copine s'inquiétait parce que la copine sortait, fumait, et ça n'allait pas bien. Donc la maman connaissait la jeune fille depuis longtemps puisque c'était une copine d'enfance et elle a dit : « écoute ça ne va pas bien, ma fille m'a dit que tu n'allais pas bien, est-ce que tu veux aller voir un médecin ? » Et c'est comme ça qu'elle me l'a amenée, je ne la connaissais pas, donc je l'ai vu deux fois, deux, trois fois. »

EG : « Et d'une manière générale, qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté dans la prise en charge de l'adolescent ? Et en conséquence qu'est-ce qui serait bon à améliorer ? »

M06 : « Ce serait éventuellement la nécessité d'une hospitalisation d'urgence dans un cadre un peu privilégié, protégé ce qu'on n'a pas toujours. C'est ça. Pour faire comprendre par exemple aux parents que leur enfant ne va pas bien, que là il faut vraiment l'hospitaliser d'urgence. Alors là, la maladie mentale chez les parents c'est difficile. C'est très difficile à reconnaître. Pour les parents : « Oh la la ! Mon fils ou ma fille va se retrouver à Saint-Jacques ! », c'est une peur. C'est plutôt ça, après, aller leur expliquer qu'il est suicidaire aussi, c'est compliqué. »

EG : « Donc c'est gérer l'urgence ? »

M06 : « Gérer l'urgence, enfin c'est pas tellement gérer l'urgence, c'est facile d'appeler la psy en disant : « voilà j'ai un jeune suicidaire », on fait un petit courrier, et les parents nous l'amène. Quand les parents ont bien compris, que ça se passe bien il n'y a pas de souci mais c'est quand les parents... Le jeune, de toute façon quand il est perdu, il est perdu, il acceptera peut-être plus facilement que les parents, l'hospitalisation. C'est plus la famille. Il faudrait une maison de repos, un lieu, là où on ne donne pas de médicaments et d'un coup de baguette magique il aille mieux. C'est ça. C'est pas possible, ça n'existe pas. C'est un peu ça qu'ils ont du mal à comprendre.

EG : « Et donc vous travaillez avec CASA, est-ce que vous travaillez avec d'autres structures ? Est-ce que vous connaissez la Maison Des Adolescents ? »

M06 : « J'ai tout ça oui j'ai « Les Pâtes au beurre », j'ai pas mal de trucs. J'ai tous les petits papiers là. Alors ça dépend de beaucoup de choses mais je les ai. Tout ça ! Donc je vois en fonction des besoins. Il y a des petites consultations là, « Les pâtes au beurre », vous connaissez ? Il y a l'ESPACE, CASA, il y a deux centres médico-psychologiques mais là c'est long pour avoir des rendez-vous. »

EG : « « Les pâtes au beurre » par exemple, c'est sans rendez-vous, mais à partir du moment où il faut prendre rendez-vous les délais sont longs ? »

M06 : « Oui, au CMP c'est long. Ils y vont, ils y vont sans rendez-vous mais après pour les prises en charge, c'est long. »

EG : « Et lorsque vous adressez à des psychiatres ou des pédopsy en ville, est-ce que c'est facile ou pas ? »

M06 : « Alors, pour les pédopsy c'est long d'avoir des rendez-vous, c'est très très compliqué. Moi j'ai un ou deux pédopsy et souvent ils ont des délais d'attente très très long. Après il y a des psychologues, qui sont bien. Je travaille avec deux ou trois psychologues, donc quand les parents sont d'accord pour payer ça se passent bien. En général ça se passe très bien. »

EG : « Et vous avez des retours avec ces psychologues ? »

M06 : « Alors oui, souvent les psychologues passent un petit coup de fil. Les psychiatres aussi, ils commencent à faire des courriers en ville. Dans toutes les structures non. En ville ils commencent un petit peu à nous écrire. »

EG : « Donc vous n'avez pas fait de formation particulière sur la santé de l'adolescent ou le mal-être ? »

M06 : « Alors il y avait eu quand même une grosse demi-journée qui avait été consacrée à l'adolescent quand j'étais allée faire ma FMC. Donc oui quand même. Une FMC de deux jours où donc il y avait quand même l'adolescent où on abordait l'anorexie, la boulimie. »

EG : « Mais c'était plus sur des pathologies vraiment psychiatriques ? »

M06 : « Oui, c'était par exemple la phobie scolaire des choses comme ça. Comment dépister, comment traiter la dépression de l'enfant, de l'adolescent ? »

VI.2.7. Médecin n°7 : M07.

M07 : « Je n'ai pas récemment eu d'histoire compliquée. Les ados que j'ai vus, en fait c'est resté dans les consultations entre ados et moi. Des ados que je vois depuis qu'ils sont jeunes, petits je veux dire et qui viennent soit en dépistage, quand on avait fait le TSTS CAFARD, là, on avait mis en évidence des petites choses. Mais globalement je n'ai pas eu de grosses surprises dans les ados. Et après, des ados qui viennent spontanément ou à la demande des parents quand il y a un conflit relationnel familial. Quand il y a une découverte de consommation de cannabis ou je dirai des problèmes scolaires ou des ados qui vont mal, qui sont un peu perdus, je dirais dans leur tête, qui viennent en consultation. Mais je n'ai pas eu récemment besoin de recours à des pédopsy. ou une prise en charge... »

EG : « Ça peut être un cas où vous avez géré toute seule, je ne recherche pas forcément un cas... C'est justement intéressant de voir comment un médecin généraliste se débrouille seul et comment il mène les consultations les unes après les autres. Donc ça peut être un cas comme ça. »

M07 : « Alors le dernier cas intéressant, c'est en fait un ado qui est venu pour des questions qu'il se posait sur ses pulsions homosexuelles qu'il ressentait. Et il était très mal à l'aise, en se demandant si c'était pour lui maintenant quelque chose d'installé, ou si c'était normal, enfin il était perdu. Donc il est venu m'en parler, parce qu'en fait je connaissais son ami et il pensait que son ami m'en avait parlé. Donc il est venu un peu comme ça, alors moi j'ai pris ça comme une déclaration, un test. Et je lui ai dit que moi j'étais contente qu'il en parle, qu'effectivement si ça le préoccupait, il fallait qu'il en parle, et qu'avec ses parents, il n'était pas question d'évoquer quoi que ce soit. Il était perdu, il n'avait jamais eu de ressenti amoureux avec les filles et donc ça le troublait. Donc je le vois parfois, en fait. Je lui ai dit que s'il avait besoin je pouvais demander un avis, voir un psychologue, mais non. Depuis je ne l'ai pas revu. Il avait pendant cette période-là des comportements un petit peu... J'avais reçu un compte rendu des urgences pour ivresse aiguë. Il était passé aux urgences. Mais, ça arrive assez régulièrement. Je m'étais dit à l'occasion, quand je vais le voir, je lui en avais parlé d'ailleurs. Et ça faisait partie à l'époque de ses comportements. Alors quand c'est comme ça, je le revois souvent, j'ai pas toujours le temps nécessaire quand c'est un problème sur le plan psychologique, donc j'essaie de débrouiller un petit peu, de voir si on est dans l'urgence ou pas et souvent dans la semaine qui suit je programme une consultation plus longue. »

EG : « Vous leur imposez la consultation ? »

M07 : « Je leur dis que je veux le revoir et dans la mesure du possible, si je vois qu'il est d'accord que ce soit adulte ou plus jeune, on fixe le rendez-vous. Quand je sens qu'il y a une préoccupation importante, je fais un peu, je dirais, pas le forcing, mais je fixe une date. Et puis souvent, je sens que ça se passe bien comme ça. En leur expliquant que là, je n'ai pas le temps de vraiment consacrer le temps que je voudrais, que moi aussi j'ai besoin d'y réfléchir, et que j'ai besoin de voir ça. Parce qu'en général ce n'est jamais le premier motif de la consultation, ça vient en cours de route ou ça peut être masqué plutôt par des choses somatiques, et au bout d'un moment on se dit, il y a des choses qui ne vont pas. Donc souvent je les revois après. Là, ça s'est passé comme ça. Avec Thomas, il était venu, parce qu'il ne se sentait pas bien et progressivement on est venu à parler de sa vie personnelle, de sa vie privée, de ses amis, et c'est là qu'il a dit : « je suis perdu, j'ai l'impression que je suis attiré par les garçons, je voudrais savoir ce que vous en pensez, est-ce que je suis homosexuel ? ». Moi je me suis dit, c'est trop lourd de faire ça d'emblée en une consultation. Donc je l'ai revu après. Donc après, on a refait le point. Effectivement, je lui ai assuré qu'il y aurait un secret. Enfin, je lui ai quand même conseillé de ne pas garder ça pour lui et un moment ou à un autre... il a une relation avec sa maman qui est facile. Il craignait surtout une réaction de son père...voilà, quand il se sentait capable, de ne pas garder pour lui, cette relation. Parce qu'il avait une relation avec un autre de mes patients. Et puis je l'ai revu, à peu près trois semaines, un mois après. Bon là, il me disait qu'il n'avait pas parlé à ses parents mais il se sentait un petit peu plus sûr de lui, un petit peu mieux, il était moins angoissé avec ça. Il pensait qu'un moment ou à un autre, à

force de côtoyer cet ami, il attendait une démarche de sa mère. Je ne sais pas où ils en sont maintenant. J'ai vu la maman, elle n'évoque rien. Elle est assez proche de ses enfants, en général, je ne me fais pas trop de soucis maintenant. Voilà je dirais que c'est la dernière prise en charge d'ados que j'ai en tête. Ça ne me paraît pas très difficile car je dirais que c'est une famille que je connais depuis longtemps. C'est un ado qui se confie facilement. »

EG : « Et puis il est venu de lui-même. »

M07 : « Il sait qu'il y a un lien affectueux un peu. »

EG : « Et de confiance. Il est venu vers vous parce qu'il vous connaît depuis longtemps. Et sur des adolescents qui justement discutent moins, comment vous faites pour entrer en communication avec eux, avec d'autres types d'adolescents qui s'ouvrent moins facilement ? »

M07 : « Alors là, c'est plus les parents qui sont inquiets, et qui viennent avec l'adolescent en disant voilà. Je les vois seule. La dernière chose que j'ai en tête, en fait, c'est un père et son fils qui en étaient venus à des affrontements physiques. Ils étaient venus tous les deux, enfin le père était venu en demandant à son ado de venir l'accompagner. Il souffrait de cette relation-là. Il m'avait un petit peu pris à témoin du comportement agressif de son fils. Un comportement qui n'était pas loin de la délinquance avec des bandes de copains. Donc bon, je l'ai entendu, après j'ai fait sortir le père et puis j'ai discuté avec le fils que je connais aussi depuis longtemps et qui ne voulait pas parler. Lui, il m'a dit : « je ne suis pas venu là, c'est mon père qui m'a traîné là ». Donc, j'ai dit OK, je lui ai dit que moi... je lui ai donné le petit carton d'infos sur les jeunes en cas de problèmes. Je lui ai dit que la porte était ouverte que s'il voulait venir en parler, il fallait qu'il en parle. Je l'ai quand même mis en garde par rapport à son comportement, par rapport à la loi. C'est un ado influençable en fait, plutôt fragile. Je l'ai revu après pour tout autre chose. J'ai ré-évoqué avec lui l'épisode de conflit. En fait, il avait quitté la maison familiale, il était parti sur un apprentissage. Il n'y avait pour lui plus de problèmes. »

EG : « Et d'une manière générale vous avez suivi des formations ? »

M07 : « On a fait des séminaires de formation adolescents. En fait, je suis animatrice avec l'UNAFORMEC. Et on a eu l'occasion de faire, il y a longtemps des séminaires ados avec un psychologue de Saint-Nazaire et un pédopsychiatre de Saint-Nazaire. Ça nous avait bien aidés, franchement, je le reconnais. Et puis après on a fait un séminaire sur le suicide, dont il y avait toute une partie sur le comportement suicidaire des ados, les comportements à risque etc. C'est évident que ça donne un peu de... »

EG : « On se sent plus à l'aise ? »

M07 : « Et puis bon, j'ai trois enfants qui sont passés par des stades d'adolescence. C'est vrai qu'on a quand même une espèce d'expérience personnelle. J'ai un mari qui est éducateur spécialisé et qui a longtemps travaillé avec des ados, donc il y a peut-être aussi un bain, et que c'est peut-être plus facile d'aborder les choses. C'est rare que je voie des enfants amenés par... Si, j'ai vu une fois une adolescente qui est venue me voir pour une interruption de grossesse, que je ne connaissais pas du tout et qui ne voulait pas du tout avoir à faire à son médecin traitant. Un petit peu parce qu'elle avait honte de cet oubli de pilule qui l'avait entraîné dans une grossesse non désirée et elle ne voulait pas aborder ça avec son médecin traitant. Mais ça, c'était plus une demande de femme dans une demande d'interruption de grossesse comme j'ai l'habitude de gérer. C'était pas trop compliqué. »

EG : « Et quand vous êtes amenée à adresser un adolescent à des structures, ou à d'autres intervenants, est-ce que d'une manière générale c'est facile ? Est-ce que vous avez des bons contacts ? »

M07 : « Eh bien j'ai le psychologue Mr B., du fait de ce séminaire ça permet effectivement de rencontrer des gens après. »

EG : « Mais avec ce psychologue, les consultations sont payantes ? »

M07 : « Oui. »

EG : « Oui, donc il faut l'adhésion des parents ? »

M07 : « Oui. Sinon, Mr P, ça m'est arrivée de le contacter aussi. En général, c'est pour des choses un peu lourdes. C'est plus dans la psychiatrie. Quand j'avais un doute sur une psychose, ou des suspicions d'abus sexuels, de violences à enfants. Donc là, effectivement je travaille avec l'hôpital. Sinon, en pratique, ça peut être la Rose des Vents, mais là, on va dans une orientation plus de toxicomanie. Et puis je leur remets des petites cartes, avec des adresses, conseils. Mais là, je dirais que pour l'instant je n'ai pas besoin d'en discuter. On avait avant un psychiatre à P., ça n'existe plus, rien. On n'a plus de structures psychiatriques en libéral. J'ai un référent, pareil de psychiatre en ville, à qui je fais appel. J'ai eu besoin de lui, pareil, c'était un jeune qui avait un problème de TOC et au niveau thérapeutique, comme il n'y avait pas d'AMM j'étais très embêtée de mettre un traitement par ISRS. Je l'avais adressé rapidement. Ça reste quand même assez exceptionnel. En pratique courante, je me débrouille. »

EG : « Peut-être grâce à vos formations ? »

M07 : « Oui, je ne me sens pas trop mal à l'aise. »

EG : « D'une manière générale, qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté dans une consultation d'adolescents ? S'il y a des difficultés, il peut ne pas y avoir de difficultés ? »

M07 : « Je dirais, l'anorexie mentale. Ça, c'est l'adolescente qui nous met tous en difficulté. En général, j'adresse rapidement à une équipe pour avoir un avis. C'est ça, je dirai qui me pose problème, enfin pas tellement dans la prise en charge et les personnes, ou les équipes, mais c'est plus moi dans la pratique, c'est toujours long, douloureux, difficile. Après dans l'organisation, je sais comment ça fonctionne. J'ai déjà eu affaire avec des gens dans les équipes à Nantes. Je n'ai pas trop de problèmes relationnels avec les collègues, les psychologues, les psychiatres, les pédiatres. »

EG : « Et vous avez un retour, des courriers qui expliquent un peu la situation ? Ou est-ce que c'est en revoyant l'adolescent que vous arrivez à avoir des informations ? »

M07 : « Avec le psychiatre avec qui je travaille en ville, j'ai un premier fax dans la consultation qui suit, et après j'estime que c'est entre eux. S'il y a un traitement, tout ça, je m'adapte. Avec le psychologue, non, je n'ai pas de retour, mais c'est pareil, j'estime que... Je m'occupe plus de gérer le somatique, voir ce que j'avais noté au niveau des retentissements, si ça disparaît ou pas. Parce qu'avec l'anorexie c'est pareil, moi je gère le suivi médical pur, la contraception, tout ce qui est physique et somatique et puis je demande un peu comment ça se passe. Si, on a des lettres quand même qui nous expliquent un peu le contrat qui est passé. Et puis sinon je téléphone, assez facilement. Ça ne me pose pas trop de problèmes. C'est plus sur les urgences, où en fait c'est quelquefois difficile quand on a des comptes-rendus, souvent d'ivresse aiguë. Moi je me suis trouvée en difficulté, appelée par les gendarmes sur une garde à vue pour un ado, où là, je me suis retrouvée dans une position pas très agréable, où j'étais un peu complice des gendarmes. Et d'ailleurs, je l'ai dit aux gendarmes et maintenant on fait ça au CAPS. Parce que j'expliquais que ce soit nos patients ou pas, on était quand même dans une situation toujours assez difficile, encore plus pour des ados. Ça, c'est très désagréable. Mais c'est vrai que lorsqu'ils passent aux urgences pour un acte dont ils n'ont pas trop envie de parler... Moi j'en parle parce que je considère que c'est un comportement à risque, on ne peut pas faire comme s'il ne s'était rien passé.

Mais quand on reçoit le compte rendu, on n'a pas toujours la personne avec qui ça s'est passé aux urgences, c'est un peu frustrant, parce qu'après ils n'ont pas trop envie d'en reparler, ils ne veulent pas nous voir forcément, ça se passe souvent la nuit ou le week-end. »

EG : « On n'évoque pas le problème à chaud ? »

M07 : « Oui voilà. Mais c'est plus délicat de lui dire. Mais c'est pas non plus... »

EG : « Et pour un adolescent suicidaire, la prise en charge en urgence ça pose un problème particulier ? Ou est-ce que vous orientez aux urgences ? »

M07 : « Alors pareil, j'ai travaillé avec Mme L. à M. C'est tout un travail sur la prévention suicidaire et avec un réseau justement. Et ça m'est arrivée de l'appeler, en évoquant un petit peu des situations où j'avais du mal à me repérer, et en fait par téléphone, elle m'a un petit peu aiguillée en me disant qu'elle pouvait le recevoir. Mais c'est pas notre secteur-là, psychiatrique. Et donc il y a un accueil à R. en urgence qui peut être fait, je sais, donc pour les gens comme ça qui ont besoin d'un avis psychiatrique d'emblée. »

EG : « R. c'est votre secteur ? »

M07 : « Non. »

EG : « Donc c'est par connaissance que vous arrivez à vous débrouiller ? »

M07 : « Oui c'est vrai, c'est de la débrouille. Oui, parce que les urgences, je dirais... Autant je pense qu'effectivement dans un acte suicidaire, comportements à risque chez un patient, alors j'ai en tête quelques patients jeunes, bon là, quand ils sont sous l'emprise, ou qu'ils ont un épisode soit aigu soit... Bon là, effectivement je ne leur pose pas la question, ça passe par les urgences psychiatriques. Mais des ados que je connais, et que je vois quelquefois après un week-end où ils n'étaient pas bien, je ne vais pas forcément les hospitaliser. J'essaie de trouver une solution d'écoute, ça peut être suffisant pour désamorcer. Parce qu'ils peuvent avoir un geste et ne pas être du tout déprimés. Souvent quand il y a un geste comme ça auto agressif, je les revois, et je fais un dépistage avec l'échelle de l'HEADSSS pour voir si on est dans un épisode dépressif ou si c'est complètement un acte comme ça, histoire de voir...de se mettre en danger pour voir. Donc s'ils ne sont pas déprimés, non je ne les hospitalise pas. On discute, on essaie de les revoir. Souvent je leur dis, que je suis inquiète et que je vais en parler à leurs parents de façon à essayer de les encadrer, de les entourer et de ne pas les laisser comme ça. Si je suis inquiète, sans entrer dans les détails je vais dire à leurs parents que je suis inquiète. Et souvent ils ne sont pas choqués de ça. Je leur dis, je ne leur dirai pas, il y a des choses qui restent secrètes entre nous mais je leur dirai que tu as eu un comportement qui m'inquiète. »

EG : « Et justement avec les parents, est-ce qu'en général vous avez une bonne adhésion des parents ? »

M07 : « Oui. »

EG : « Même lorsque vous faites découvrir aux parents que l'adolescent n'est pas bien ? »

M07 : « Oui, ça m'est arrivé. C'est arrivé dans des histoires de parents séparés. Ça m'est arrivé un jour d'appeler un père parce que la fille était très demandeuse, et le père ne répondait pas à ses appels. Eh bien là, j'ai pris mon téléphone, il y a eu une surprise de la part du père, je sais qu'après, pas tout de suite, il a dit à sa fille qu'il n'avait pas perçu la gravité. Parce qu'ils ne se voyaient plus depuis longtemps, il pensait qu'elle n'avait pas besoin de lui, ils avaient divorcé quand elle était toute jeune et pendant très longtemps ils avaient des rapports très très espacés. Il avait l'impression que ça l'arrangeait lui, il avait refait sa vie, il n'avait pas l'impression que ça posait un problème. Sa maman de son côté avait refait sa vie etc. Son rôle de père, il ne le voyait plus très bien. Mais en fait, il pensait qu'il y avait derrière une espèce de tentative, je dirais, comment

dire, de la part de la mère, pour des histoires d'argent et elle utilisait la fille dans ce sens-là. Je ne suis pas entrée là-dedans. Je lui ai dit : « écoutez, là, votre fille elle ne va pas bien, je prends contact avec vous visiblement vous faites la sourde oreille ». Ça m'arrive d'être un peu intrusive, enfin intrusive, quelquefois on en parle avec les internes parce que je suis maître de stage et ils sont surpris de voir que moi, des fois, je m'engage vis-à-vis des patients, vis-à-vis même de reprendre contact avec les gens, ou de reprendre rendez-vous quand ça me semble important. Je pense que les gens ne sont pas forcément conscients du risque pris soit dans leur santé même, ou dans leur suivi. Je suis peut-être anxieuse de nature. Je m'implique peut-être d'une façon, peut-être que ça me rassure aussi. Je ne prends pas de risque je veux dire quoi. La santé des adolescents, surtout pas. »

EG : « J'ai une dernière question, habituellement à la fin de mes entretiens, mais j'ai l'impression que vous êtes assez à l'aise, vous n'allez peut-être pas pouvoir me répondre mais c'était : est-ce que vous trouvez qu'il y a des choses à améliorer dans la prise en charge de l'adolescent en difficulté ? »

M07 : « Certainement. Enfin l'adolescent en général en difficulté je dirais globalement il y a des problèmes d'information peut-être pas suffisante au niveau prévention, au niveau scolaire, lycée, facs. Moi je suis quand même assez étonnée de voir chez les filles par exemple, dans les histoires de grossesses non désirées des situations qui sont un petit peu étonnantes dans l'information. C'est vrai que nous, on essaye au niveau du cabinet de faire de l'information, de laisser un petit peu de prospectus. Mais même par le bouche-à-oreille, il y a une méconnaissance des risques. L'alcool, aussi je pense qu'il y a une méconnaissance des risques. On entend beaucoup parler de cocaïne moi je n'ai pas eu ici pour l'instant sur P. d'histoire de cet ordre-là. Le cannabis on en parle systématiquement. C'est quand même banalisé chez les ados. Ils ont tous la notion que dans le groupe il y en a un qui « psychote » de temps en temps comme ils disent. Après comment est-ce qu'on peut améliorer la prise en charge ? Je ne sais pas. »

EG : « C'est peut-être prendre le problème à la base et faire de la prévention ? »

M07 : « Oui tout à fait. Mais on se rend compte que lorsqu'on en discute avec les parents, souvent c'est le médecin, le lycée, l'école qui doivent en parler et que les parents ne sont pas toujours très à l'aise pour aborder les choses en disant bon si on en parle est-ce qu'on ne va pas l'inciter, si on parle de pilule est-ce que voilà, si on parle de préservatifs est-ce que ça ne va pas... Est-ce qu'ils en sont là ? Est-ce que si on parle de cannabis on ne va pas être trop intrusif ? Je pense qu'il y a peut-être de l'information à faire aussi auprès des parents. Mais je pense aussi qu'il y a beaucoup d'ados qui vont bien. »

VI.2.8. Médecin n°8 : M08.

M08 : « Thomas il a 23 ans et je le connais depuis sept ans, donc il avait au démarrage 15 ans par là. Du coup, quand est-ce que ça a commencé ? Les petits soucis... « Formation d'électrotechnique à J. en seconde, sommeil, endormissement difficiles », donc peut-être le point d'appel que j'ai vu pour lui. Troubles du sommeil, une consommation de tabac et de schit qui démarraient à ce moment-là. C'était donc il y a cinq ans. Donc voilà, il avait 17 ans. Donc lui était dans une fratrie où il y a trois enfants. Il y a un frère aîné qui a déjà posé beaucoup de soucis aux parents, une sœur qui est plus jeune. Donc très très protégé par sa maman, en fait, qui l'accompagnait encore à des consultations alors qu'il avait 23 ans. Donc qui l'accompagnait encore jusqu'à récemment. Donc du coup assez rapidement, sa maman était très inquiète pour lui. Sa maman a des antécédents personnels d'états dépressifs récurrents. Donc elle se posait vraiment la question d'ordre psychologique équivalent chez son fiston et du coup, lui, effectivement au niveau scolaire c'était chaotique. Il avait beaucoup d'absentéisme. Il racontait un peu n'importe quoi à ses parents. L'autre fois j'ai reçu, il avait 17 ou 18 ans un compte rendu de l'hospitalisation où il avait été admis en état d'ivresse aiguë. Donc j'avais essayé de reprendre ça, un peu après avec la maman et avec Thomas. La maman était demandeuse et à mon avis c'était justifié qu'il y ait une aide psychologique. Et là, aussi il a vu quelquefois un psychiatre dont il n'a pas adhéré. Il a arrêté hélas assez récemment en fait. Il y a de ça quelques semaines, la maman m'a appelé parce qu'en fait, un matin elle était venue un peu le secouer dans son lit. Il ne se levait pas, il devait aller en stage ou bien... Il fait des missions d'intérim maintenant en électricité. Enfin il devait aller travailler quelque part et il ne se levait pas. Elle s'est un peu énervée, elle l'a secoué. Donc elle s'est pris des noms d'oiseaux et... Elle a quitté la chambre rapidement en pleurant. La petite sœur qui a peut-être maintenant 18 ans était un peu furieuse. Elle est allée dans la chambre de son frère qui lui a donné un coup de poing dans la figure. Donc, la mère a appelé catastrophe en disant ce n'était plus possible. « Il faut faire quelque chose, il est très mal », alors qu'il n'y avait pas de demande de sa part. J'ai essayé de faire comprendre à la mère que le contexte était tel que... Quelque part elle s'était un peu exposé à une violence quoi. Elle avait un peu créé les conditions pour que ça se passe mal. Et la mère me disait que Thomas lui disait qu'il était fou. Voilà et du coup je l'ai orienté quand même en disant que s'il y a une souffrance comme ça importante et puis à ce moment-là j'ai dit : « vous pouvez prendre contact avec le service ESPACE », le service du CHU pour les jeunes. Et c'est ce que la mère a fait, donc il y avait un entretien de convenu. L'hôpital a appelé en disant qu'ils devaient voir Thomas le lendemain. Et normalement il devait rappeler pour confirmer. Et finalement il a rappelé pour annuler. Donc moi au niveau du soutien psychothérapeutique c'est difficile. Voilà, qu'est ce que je peux vous raconter d'autre sur cet ado-là. Donc là, c'est un cas un peu extrême, mais bon souvent c'est des histoires de troubles du sommeil, des consommations de divers produits entre autre du tabac. Il se casse beaucoup Thomas et d'ailleurs je l'ai vu récemment pour ça. Il y a peu de jours là, parce que lors d'une mission intérim dans les escaliers sur le trajet il s'est cassé la figure et il s'est fait une fracture du calcanéum. Donc il y a beaucoup d'histoires de trauma., plus ou moins importants, de consommation de toxiques divers dont alcool, tabac, schit, de troubles du sommeil et puis les difficultés d'insertion initialement dans l'école, formation, maintenant c'est l'intérim. Donc c'est un peu chaotique. »

EG : « Et, le papa... »

M08 : « Alors le papa il est rarement présent, lui, pour Thomas. Je n'ai jamais vu le papa, même pour lui, je crois qu'il est suivi ailleurs. Donc voilà, donc la maman est à mon avis trop présente et le papa sans doute pas assez. Le papa quand je pose la question à la maman, « qu'en pense son papa de tout ça ? » la maman me dit que son mari trouve que sa femme « psychologise » trop les choses et qu'il n'y a qu'à le laisser se débrouiller et voilà. »

EG : « Est-ce qu'avant de le laisser deux fois au psy vous avez un peu pris en charge, vous avez essayé de discuter ? »

M08 : « Bien sûr, sinon je n'aurais pas eu toutes les infos là. »

EG : « Est-ce que vous arriviez à faire sortir la maman ? »

M08 : « Oui, oui j'ai pu effectivement le voir seul par rapport à ça. Je me souviens que ce qu'il exprimait c'est que, c'étaient des inquiétudes un peu adolescentes sur sa normalité. Par rapport aux autres est-ce que je suis normal, entre guillemets. Sur ses relations aux filles, un peu, c'était compliqué, il n'avait pas de petite copine. Bien oui, il se disait, « de toute façon je suis moche ». Alors qu'en fait c'est plutôt un beau garçon. Et puis je suis nul, parce qu'en fait il vivait un peu son parcours chaotique, de parcours scolaire en fait, comme un échec en fait comme quelque chose de très dévalorisant pour lui quoi, voilà quoi. »

EG : « Est-ce que vous avez senti des idées suicidaires ou des signes de dépression ? »

M08 : « Moi je ne l'ai pas ressenti comme ça. En fait, je sais qu'un des psy qu'il avait vu, l'avait mis sous antidépresseurs. Mais traitement qu'il a très peu suivi. Donc le psy avait dû avoir des arguments pour ça. Donc il devait avoir 17 ans, donc moi à cet âge-là je n'initie pas de traitement antidépresseur moi-même. Quand ils sont très jeunes comme ça je préfère vraiment... Donc en fait, j'essaie de retrouver ça. J'essaie de voir s'il y a d'autres éléments. Donc oui à ce moment-là, je l'avais vu seule, on avait discuté de l'ivresse aiguë qui l'avait conduit au CHU. Donc lui, disait que c'était dans un contexte festif, que l'alcool c'était que dans les fêtes. Donc là, à l'époque il était en stage en BEP électrotechnique et il était plutôt bien dans ce qu'il faisait à ce moment-là. Je l'ai revu aussi suite à des agressions, donc je pense qu'il cherchait quand même un peu la bagarre. Donc là, il était en terminale électrotechnique, il travaillait en atelier, il y a eu des points de suture. Je l'avais vu aussi pour des histoires de douleurs testiculaires récurrentes, où il n'y avait rien d'organique. Donc je me demandais un peu par rapport à ce que ça pouvait renvoyer, au niveau de sa sexualité. Il avait des interrogations sur son corps, il posait beaucoup de questions sur le corps, oui maintenant ça me revient ça. Comme élément qui était un petit peu interpellant c'est qu'il avait une rhinopharyngite, ça prenait des proportions d'inquiétudes et d'angoisses un peu sur ce qui se passait au niveau du corps, relativement importantes. Là, par exemple, au niveau de l'histoire de douleurs testiculaires, qui n'avait pas de fondements organiques, il a posé des questions sur le risque de stérilité. »

EG : « Le contact était facile avec Thomas ? »

M08 : « Ah oui, alors là, oui. Il parle facilement c'est-à-dire il est très à l'aise, il n'est pas intimidé par la consultation médicale. Après, il est un petit peu limité par ses facultés d'expression verbale. La parole c'est pas forcément très facile quoi. Donc ça, ça limite un peu les possibilités d'expression. »

EG : « Et quand vous lui avez parlé du psy, il a bien accepté ? »

M08 : « Oui, oui parce que, il y est allé. Il a un côté un peu impulsif comme pour ce qui est de ces consommations d'alcool, de bagarres et tout ça, c'est-à-dire qu'il veut bien mais après ça ne se fait jamais dans quelque chose de durable. »

EG : « Les consultations avec les psychiatres, les délais sont longs ? »

M08 : « Alors là non, c'est très problématique. Alors là non, c'est un peu cata. L'histoire de l'unité ESPACE là, ça s'avérait plus pertinent parce que dans des cas d'urgence potentiel de souffrance psychique, ils répondent quand même présents, alors que si on veut effectivement un suivi en ville on n'a pas tellement de rendez-vous avant trois mois donc c'est vraiment très problématique. »

EG : « Quand il est allé les voir, il avait 17 ans ? »

M08 : « Oui. »

EG : « Oui, donc c'était un psy et pas un pédopsy ? »

M08 : « Oui. De toute façon des pédopsy sur la région de Nantes il n'y en a pas beaucoup qui ont l'étiquette pédopsy. »

EG : « Et justement vos relations avec les autres intervenants auprès des adolescents, elles sont plutôt bonnes ? Comment ça se passe en fait ? »

M08 : « Oui, en fait les autres intervenants ça va être un peu limité. Quelquefois je donne une liste d'adresses, qui m'avait été donnée, lors de la formation TSTS CAFARD. Après voilà on donne ça aux gens, après je donne les coordonnées dans les contextes d'adolescence difficile, comme ça, de l'Ecole des parents. Parce que là par contre, les gens sont quand même assez contents d'avoir des contacts déjà téléphoniques et puis de faire le point. Ça peut être une aide quoi. Mais autrement au niveau des psy c'est vrai que de toute façon on est confronté aux délais et puis voilà quoi. »

EG : « Et vous arrivez quand même à avoir des retours sur les consultations ? Sur ce qu'il en est ? »

M08 : « Non pas tant que ça. Le psy en question-là, je n'ai jamais eu de courrier, après quoi les psy sont des correspondants qui écrivent assez peu. »

EG : « Du coup, vous êtes obligé d'aller chercher l'information lorsque vous revoyez par hasard l'adolescent ? »

M08 : « Oui. Par exemple je vois pour les CMP, les centres médico-psychologiques sur lesquels on adresse volontiers, parce que parfois, on voit des jeunes et on se dit que parfois ce serait une bonne aide d'y aller de façon, de manière un peu anonyme, par rapport à l'obstacle d'en parler aux parents et tout ça. C'est parfois utile, le souci que je rencontre et comme insatisfaction de ma part c'est que s'ils y vont par exemple trois fois de suite, ils ne vont pas rencontrer la même personne à chaque fois. Donc déjà pour eux c'est difficile comme démarche et re raconter à chaque fois à une personne nouvelle même s'il y a un dossier c'est quand même un obstacle majeur. Et puis bien, nous, on n'a pas de retour, moi je n'ai pas de retour. »

EG : « Est-ce que vous avez déjà adressé à la Maison Des Adolescents ? »

M08 : « Alors j'ai donné les coordonnées, je ne sais pas trop ce qui se passe. »

EG : « Avez-vous suivi des formations sur la prise en charge des adolescents ? »

M08 : « Oui. »

EG : « Oui, c'était quel type de formation ? »

M08 : « C'était à la SFTG sur deux jours consécutifs, un séminaire de formation. Je ne sais plus en quelle année c'était, il y a un certain nombre d'années de ça. Ça se passait à La Rochelle. Donc effectivement les correspondants potentiels que l'on pouvait rencontrer, c'était des gens de la région. Donc quand on est sur Nantes après, c'est pas forcément très utile. Et cette période de formation était fort intéressante. »

EG : « Et d'une manière générale, qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté dans la prise en charge de l'adolescent qui ne va pas bien ? »

M08 : « Alors, ce qui me met le plus en difficulté, ce qui n'est pas évident chez l'adolescent je trouve, c'est le côté très versatile, c'est-à-dire, ils ont, et ça, je pense que c'est un peu physiologique à cet âge-là, une variabilité d'humeur quand même très marquée, ce qui fait que pour apprécier au cours d'un seul entretien ce qui est vraiment du caractère durable de la souffrance psychique, ça paraît délicat, donc effectivement ça demande à être réévalué, à les revoir, parce que bon, tout à coup ça peut être des pleurs. Un truc un peu... très

théâtral et en fait, si à l'occasion on les revoit trois jours après ce n'est pas du tout le même état d'humeur. Donc si on va tirer des conclusions et pris et acter des choses, alors qu'en fait ce n'est pas quelque chose de durable. L'évaluation n'est pas toujours facile, ça demande effectivement à être revu. Ce n'est pas facile non plus de les revoir, à la fois parce que, bon, ils n'ont pas forcément envie de revenir et puis nous, il y a aussi l'emploi du temps et tout ça quoi. »

EG : « Est-ce que c'est des consultations qui vous demandent plus de temps ? »

M08 : « Ça je n'ai jamais trop chronométré. »

EG : « Est-ce que vous voyez des choses à améliorer ? »

M08 : « Eh bien sûrement dans les relations sur les divers intervenants quoi. Alors je n'ai pas d'idée de comment faire. Mais je me dis que dans tous les autres domaines cardio tout ça, les gens communiquent certainement plus qu'au niveau psy. Alors c'est vrai que c'est peut-être délicat de faire des écrits sur la souffrance psychique par confidentialité, des choses comme ça. Je pense que ça, ce n'est pas un vrai argument. »

EG : « Et lorsque vous avez une situation d'urgence avec un adolescent, est ce que c'est plus facile à la rigueur de gérer ça, que de gérer le suivi ? »

M08 : « Eh bien l'urgence, moi, je passe effectivement un coup de fil au CHU. À l'unité ESPACE et puis voilà quoi. »

EG : « Et les délais sont courts ? »

M08 : « Eh bien si on argumente suffisamment effectivement oui, c'est assez court, les fois où j'ai pu expérimenter ça. »

EG : « Et même dans ces situations d'urgence est-ce que vous avez des courriers de retour ? »

M08 : « Je pense au dernier que j'ai envoyé à ESPACE, avant de médire quand même. Le jeune que j'avais envoyé, est-ce que j'avais un retour ? Je recherche... Honnêtement comme ça à brûler pour point je ne sais pas s'ils sont rapides et si les retours sont très pertinents, je n'ai pas trop de souvenirs de ça. »

EG : « Et au niveau du dépistage est-ce que vous utilisez encore le TSTS CAFARD ? »

M08 : « Oui, après on ne sait plus si c'est intégré dans les habitudes ou pas. Je ne me dis pas quand je pose des questions tiens je vais utiliser ça. Voilà, quoi, je crois que c'est devenu des automatismes sur trauma, tabac, sommeil et puis comment ils se sentent autrement. »

EG : « Et lorsque vous avez fait cette étude, est-ce que vous avez découvert des choses ? »

M08 : « Je pense que je ne m'interrogeais pas sur les histoires de traumatismes, je ne me posais pas des questions par rapport à ça. Et puis finalement effectivement ça s'avère assez véridique. Quand il y a une souffrance psychique on retrouve la notion de traumatismes mêmes physiques dans les mois qui précèdent de façon anormalement fréquente par rapport à la moyenne. Une façon de se faire mal au corps qui a un sens. Pour le reste au niveau sommeil, c'est quand même quelque chose et puis la façon de se sentir dans le milieu scolaire ou de formation et dans la famille, c'est des questions qui viennent un peu sous le sens quoi. »

EG : « Et ce jeune comme il avait voulu continuer avec le psy, est-ce qu'il continuait à venir vous voir ? »

M08 : « Eh bien c'est-à-dire que là, il est plutôt mieux maintenant, bon il y a des épisodes un peu chaotiques comme ça qui sont plus impressionnants pour les parents. Lui, il n'est pas si demandeur que ça. J'ai l'impression à mon avis pour lui, que parfois lorsqu'il dit à ses parents, « oui c'est parce que je suis fou », quelque part c'est aussi une façon de se dédouaner au niveau de ses responsabilités et il sait que ça inquiète bien sa mère du coup. Il a un bénéfice secondaire à ça. Mais en même temps, il bosse quand même, il a trouvé son petit appart, il fait ses missions intérim. Il s'en sort pas si mal pour l'instant. »

VI.2.9. Médecin n°9 : M09.

M09 : « Alors les adolescents qui viennent tout seuls comme ça, alors là non, déjà ils ont peur du médecin. Et puis ce n'est pas aux médecins qu'ils vont se confier. C'est plus avec les parents et donc c'est pas spontanément. Ils sont tirés, poussés par les parents et ça ne marche pas très bien à ce moment-là. Bon, qu'est-ce que je peux penser, peut-être une jeune fille. Eh bien maintenant elle a 18 ans mais enfin avant elle avait 15 ans. Et donc c'est qu'elle a basculé dans... Elle était obèse étant petite, en primaire, vraiment obèse. Et puis, ça ne la gênait pas, et puis passée en sixième, elle était dans un établissement scolaire où elle s'est faite fiche d'elle par rapport à son poids, par les garçons. Et puis à force de marteler, marteler, du coup les garçons ont réussi à la perturber psychologiquement, du coup elle est devenue anorexique. Parce que le poids était trop fort pour elle. Elle est devenue anorexique en limitant et bien, évidemment ses apports comme toute anorexique. C'était une fille brillante qui travaillait bien à l'école. Alors l'anorexie, bon, il y a eu l'élément surnageant des garçons qui l'ont abîmée sur son poids, bon. Mais effectivement des éléments plus profonds en regardant des discussions familiales, avec sa maman, son père, des distorsions. Pas des choses bien graves, mais bon. Un père qui s'en occupait pas trop bien, qui discute mal avec elle, qui est un petit peu trop exigeant, un petit peu trop fort et pas beaucoup de sentiments donc donnant que du difficile mais pas beaucoup de sentiments à côté. Donc du coup c'est ressorti après au fur et à mesure des entretiens, qu'effectivement il y avait une relation avec le père qui était assez conflictuelle. Mais son anorexie a justifié plusieurs temps d'hospitalisation en pédiatrie et puis après en unité d'addiction au CHU dans le service du Professeur Venisse. Et puis bon maintenant elle a 18 ans, elle a eu après la période d'anorexie une période de boulimie avec des vomissements. Alors il y a eu de moult prises en charge, évidemment par les services pour l'accompagner, avec des épisodes de mieux-être et de moins bien-être et bon elle a un peu cassé aussi la relation avec ses parents, elle s'est trouvée plusieurs copains, elle est allée vivre chez eux. Bon ensuite c'était pas des copains particulièrement favorables pour son évolution de telle sorte qu'elle a sombré en même temps des troubles alimentaires, dans l'alcool avec du haschisch évidemment. Pas de morphine, ni de cocaïne mais enfin du haschisch. Ce qui fait que sa scolarité s'en est largement ressentie même si elle était assez bonne sur le plan école, il y a des fois elle n'allait pas à l'école. Il y a un absentéisme donc du coup, elle n'allait plus en cours. Donc là maintenant elle a voulu faire une formation en je sais plus quoi, sanitaire et sociale, oui voilà. Elle a décroché un brevet sanitaire et social. Donc ça lui paraissait intéressant et puis en fait au bout de six mois, bon, c'était moins intéressant, les cours ne la passionnaient pas tant que ça, et puis du coup elle s'est désengagée. On peut remarquer quand même que de par son anorexie, de part sa consommation de produits, alcool ou schit et de médicaments parce qu'il fallait bien aussi la traiter, on a senti une personnalité fragile qui avait un manque d'engagement dans des situations, cassant des contrats, revenant, étant prête à repartir, arrêtant au bout de quelques mois, donc très chaotique. Enfin, ça, c'est l'évolution de l'adolescent qui agit au coup par coup. Bon, quand ça n'allait pas du tout revoyant ses parents de temps en temps ou revoyant le médecin. Quand ça commençait à aller un peu mieux, laissant tomber la prise en charge, habitant avec les copains. Donc assez difficile à cadrer et à surveiller, mais bon, là, maintenant, moi mon rôle a été de garder quand même un relationnel, ça lui permettait quand même d'avoir un médecin référent où elle pouvait venir facilement. »

EG : « Alors cette adolescente vous l'avez vu... vous la voyiez régulièrement ? »

M09 : « Bien, je l'ai vu assez régulièrement. Oui effectivement, je la voyais quand même une fois par ... Il y a eu... Je l'ai parfois vue toutes les semaines, tous les 15 jours c'est vrai que l'interne aussi s'en est bien occupée. Il y avait un semestre je la voyais assez souvent donc là l'interne s'en est bien occupée, donc c'était aussi assez intéressant, mais donc j'étais là, on était en binôme donc j'entendais ce qui se disait donc pour moi après c'était aussi important d'entendre les réponses. Bon maintenant je la vois moins je l'ai vu au mois de mars la fois dernière. Mon rôle maintenant c'est de lui faire comprendre que maintenant elle a 18 ans, donc elle est majeure mais c'est pas pour ça qu'il faut qu'elle rompt tout avec tout ce qu'elle a appris avant et qu'il faut qu'elle commence à s'engager sur quelque chose de plus sérieux avec des objectifs, un projet et que ce n'est

pas en papillonnant à droite à gauche qu'on va beaucoup avancer. Les médecins, on est là, à disposition des patients, si elle ne veut pas revenir, ou si elle ne prend pas les traitements, ou si elle ne va pas aux rendez-vous qui sont donnés, on ne peut pas avancer. Moi je parle assez franchement, d'autant qu'elle est intelligente, elle peut comprendre. Bon c'est pas facile, non plus, d'entendre quelque chose de très rigoureux mais chez les toxico. et les addictifs il faut être directif. Il faut bien installer, bien cadrer, comme ça on sait où on va. Elle sait que si elle suit, elle a été suivie un certain nombre de mois, c'était plutôt favorable. Elle a bien vu que quand elle arrêtait les suivis, elle replongeait. Quand elle reprenait, ça allait mieux, donc fort de ses expériences je lui ai dit : « bien souviens-toi, cela t'a fait du bien à ce moment-là. Là, tu as lâché, c'est ainsi, on ne va pas y revenir mais bon, quel projet on lance pour l'avenir, comment est-ce que tu vois ça, on part sur d'autres bases ». Tout ça, c'était étayé de troubles du sommeil et d'activités sexuelles désordonnées, ce qui n'arrangeait pas la relation avec ses parents évidemment. »

EG : « La communication avec cette adolescente, elle était facile ? Vous aviez un bon contact avec elle ? »

M09 : « Oui quand même, ça fait... C'est pas facile... Parce qu'à la fois il faut garder un bon contact avec le patient, sentir qu'il est écouté quand il vient. Deuxièmement pas lui dire, pas lui montrer qu'il est jugé dans son comportement et troisièmement lui dire quand même qu'il va falloir réagir et qu'il faut lancer un projet positif pour elle pour que... Qu'elle se sente mieux, qu'elle se reconstruise. Donc à partir de là, il faut naviguer là-dessus mais surtout pas juger quoi. Ne pas juger sinon... Parce que déjà les parents le font, les parents s'en chargent en disant... Les médecins on n'est pas particulièrement fait pour ça. On peut l'accompagner et essayer de lui faire montrer que peut-être elle peut avoir un projet de vie, qui peut être plus rentable, plus intéressant que de s'abîmer par des médicaments, par l'alimentation ou par des produits. Mais bon, ça chemine, ça va doucement. C'est long, j'ai passé parfois beaucoup d'heures avec elle. Ça faisait du retard en salle d'attente. Mais bon, j'ai accepté de le faire, c'est important, c'est notre boulot. »

EG : « Et la relation avec les parents, ça se passait bien ? »

M09 : « C'est des patients que je suis aussi, les deux parents c'est moi qui les suis, ça se passe pas mal quand même et c'est vrai que quand elle était mineure la maman venait avec, parce que justement elle estimait que c'était important et ça ne dérangeait pas la fille. Donc comme ça la maman voyait comment je m'y prenais donc ça lui paraissait sans doute assez sain comme comportement de ma part, assez positif. De telle sorte qu'elle garde sa confiance et du coup je continuais à la suivre, elle, pour ses soins. Autrement quand les gens estiment qu'on s'y prend mal ils lèvent le pied et on ne les voit plus. Donc manifestement elle a dû estimer que je m'y prenais comme il fallait quoi. »

EG : « Et il y a des moments où vous voyiez l'adolescente seule ? »

M09 : « C'est arrivé oui effectivement, même parfois elle venait toute seule, pour des problèmes somatiques, des épisodes de constipation. Donc ça permettait au moment de la cause somatique de parler un petit peu de là où elle en était, ce qu'elle faisait, ce qu'elle devenait. Avec sa maman elle arrivait à discuter quand même. Les consultations quand elles ont eu lieu avec les parents, c'était avec la maman. Avec le père, je l'ai peut-être vu une fois pour un traumatisme, mais enfin ce n'était pas... »

EG : « Il n'est jamais venu pour le problème de sa fille ? »

M09 : « Quand il venait pour elle, il disait : « ah bien oui, ma fille, qu'est-ce que vous en pensez ? » Alors il fallait que je sois prudent aussi parce que c'est vrai qu'elle avait peut-être des choses qu'elle avait envie que la mère entende mais qu'elle n'avait peut-être pas envie que le père entende. Ça aussi, l'ado il veut que l'un entende ça et que l'autre ne l'entende pas. Bon il faut aussi ménager. C'est normal, que, comme elle était mineure je dise quand même des choses à son père mais j'étais un peu prudent sur certains faits relatés. Mais bon, c'est vrai que le père aussi, je lui disais : « c'est peut-être important que vous ayez aussi une relation un

peu différente avec votre fille », sans en dire plus parce qu'il y avait déjà un travail familial qui était fait avec les psy., un travail familial que bon je ne voulais pas faire double emploi. Mais j'appuyais quand même ce qui était fait par les services spécialisés, de façon à ce qu'ils sentent bien que le médecin généraliste était en phase avec ce qui se faisait avec l'hôpital et avec l'hôpital de jour. Mais pour ça, eh bien il faut connaître le problème, il faut s'intéresser à la pathologie, il faut lire les courriers. C'est toujours pareil, c'est que si on est intéressé par tel problème et bien nous, médecin on va s'investir plus. Si c'est un truc qui nous plaît pas trop on va botter en touche et puis on va faire le minimum, minimum, et puis on ne va pas s'intéresser, et puis il faut accepter d'être en retard. Parce que quand les gens prennent rendez-vous pour... auprès de la secrétaire, ils ne disent pas pourquoi ils viennent. Donc, les rendez-vous sont à la suite, tous les quarts d'heure. On ne peut pas régler ça en un quart d'heure, donc déjà si on a du retard avec d'autres patients d'avant, il faut accepter de prendre encore la main et puis là on fait le minimum, et on se revoit dans tant de jours, pour avoir un moment un peu plus long. Ça, c'est de l'organisation. »

EG : « Quels étaient vos relations avec les autres intervenants qui prenaient en charge cette adolescente ? Vous aviez de bons contacts ? Tout à l'heure vous parliez de courriers... »

M09 : « Bien oui c'est vrai qu'il y avait des courriers, c'est toujours pareil dans ces histoires-là, d'addiction. À Nantes, on a la chance d'avoir un service d'addiction à Nantes. C'est le Professeur Venisse qui tient ça, manifestement c'est que hospitalier. Les libéraux ne sont pas très très formés aux problèmes d'addiction et on n'a pas non plus de structures hospitalières pour des adolescents en clinique. Ça veut dire que c'est le CHU, qui dit CHU, et avant de trouver quelqu'un au CHU il y a intérêt à se lever de bonne heure ou de passer beaucoup de temps au téléphone avant de trouver le bon interlocuteur. En fait, je n'appelais jamais personne, ça se faisait exclusivement par courrier. Mais c'est vrai que les courriers étaient bien détaillés et il y avait un suivi qui était très régulier. [...] Voilà, je me retrouvais bien dans ce qui était fait. Avant, elle était plus jeune donc elle était suivie en pédiatrie [...] et puis après elle a basculé dans la psychiatrie adulte. [...] Donc je retrouvais un petit peu le patient par le biais du somatique. »

EG : « Et d'une manière plus générale, est-ce que ça vous arrive d'adresser des adolescents en ville, à des psychologues ou... »

M09 : « Oui mais alors il faut, que les praticiens qui reçoivent soient formés dans la pathologie parce qu'en psychiatrie, il y en a qui vont se faire des sous-spécialités c'est-à-dire, il y a la psychiatrie générale mais c'est vrai que les addictions tout le monde n'a pas été formé à ça. Ceux qui ne sont pas passés dans le service d'addiction, bon ils savent quand même mais, au niveau des contrats ils ne sont pas très très au fait de ça. Alors moi, je suis médecin généraliste mais j'ai fait une capacité en toxicomanie et alcoolologie donc un petit peu d'addiction quand même pendant deux ans et donc j'ai été médecin des toxicomanes à X, 10 ans au Y. Le Y c'est une structure... Vous connaissez... Donc j'étais disons là, donc je me suis occupé des toxico. 10 ans. Donc évidemment j'ai une approche de connaissance de ces gens-là, de ce milieu-là, de gens qu'il faut cadrer, il faut mettre des contrats, on peut être un peu souple quand même, mais il faut un projet précis et pas se faire bouffer par le patient, parce qu'ils sont très entour loupeurs. »

EG : « Et même, vous avez probablement une approche psychologique ? »

M09 : « Eh bien sans doute, parce que si j'ai fait ça, c'est que ça peut m'intéresser. Du coup, quand il y a un patient qui est atteint d'une pathologie addictive je suis peut-être un peu plus intéressé par ça. Effectivement oui. Alors ça, c'est très spécifique, vous me demandiez de trouver un adolescent, mais il y en a d'autres qui ne consomment pas, mais qui ont des soucis d'une façon ou d'une autre. Mais bon, l'adolescent, c'est l'adolescent, c'est des enfants, c'est des grands enfants qui ont besoin d'être cadrés et qui ont besoin qu'on leur laisse des responsabilités et des choses à faire. Et leur dire : « tu fais ça, tu montres, tu me fais la preuve que tu es capable de remplir tes contrats ». Il faut faire le contrat avec eux et que ce soit ciblé, cadré. Si on ne leur donne

rien à faire, ils font les pires conneries. Si on leur laisse tout à faire sans les cadrer, eh bien ça part dans tous les sens, et puis on aboutit à des résultats un peu médiocres. [...]. Le projet qui l'a mené à bout tant sur le sport, loisirs ou le travail ou relationnel, eh bien il est content parce que ça a abouti mais avec l'aide de l'adulte. Il faut les cadrer les gamins. Ils ont beau avoir 15 ou 16 ans, c'est des gros durs mais c'est des cœurs tendres. Il faut les cadrer, il faut être avec eux et il y a des choses à discuter avec eux. C'est évident. »

EG : « Quand il n'y a pas de pathologie réellement psychiatrique, est-ce que le mal-être vous le prenait en charge ? »

M09 : « Ah oui, parce que le psychiatre... on est bien obligé de passer la main, on ne peut pas tout faire. Autrement sur le plan somatique oui bien sûr il faut gérer ça. »

EG : « Qu'est-ce qui vous gêne le plus dans la prise en charge de l'adolescent, quelle est la difficulté la plus importante ? »

M09 : « Eh bien c'est toujours pareil, c'est que l'adolescent veut toujours montrer qu'il est une autre personne que lui-même. Ils sont en ambivalence entre eux, avec ce qu'ils souhaiteraient devenir ou qu'ils souhaiteraient être. Donc on est devant un individu qui est devant nous qui tient des propos peut-être mal adaptés à leur propre personne, parfois stéréotypés recopiés, ou un comportement, ou un habillement qui ne va pas avec leur personne automatiquement. Donc ils sont en déphasage de toute façon, ils sont en déphasage avec eux-mêmes. Pas tous, bien sûr. Mais ceux qui sont un peu dans la difficulté j'entends. Ceux qui vont bien non. Ceux qui sont en déphasage y'a des trucs qui font qui ne sont pas en phase avec eux-mêmes. Ils doivent se chercher, ils se sont pas trouvés. Ils sont en état de mal-être, pourquoi ? Parce que l'adulte, je parle des parents, sont incapables de leur dire qu'ils doivent se connaître eux même, ils doivent se faire leur propre personnalité et quand ils se seront connus, connaître leurs talents, connaître leurs valeurs, savoir où ils veulent aller, avec qui ils veulent aller, le choix d'études, ou de loisirs ou d'amis. Quand ils auront enfin compris, ils verront où ils doivent aller, ils continueront à se construire, ils auront une direction. Et l'adulte, doit être là pour les accompagner. C'est pas parce que le gamin il dit non je ne veux pas, ou je veux sortir. « Oui oui bien sûr tu vas y aller, et on ne dit rien ». L'adolescent doit se construire, ça va être des hommes et des femmes plus tard, c'est à l'adolescence que ça se construit. Donc les parents, ils doivent être là. On a beau avoir le pire des métiers, il faut être là, il faut être avec ses gamins. Moi j'ai quatre gamins, je les suis. Et pourtant je bosse beaucoup. Et puis c'est passionnant, c'est passionnant lorsqu'on voit que l'enfant il évolue, selon ses critères mais on l'accompagne. Il faut dialoguer et il ne faut pas être renfermé, il ne faut pas être dans son coin. C'est vrai que ça fait mal au cœur parfois de voir des parents qui habituellement ne parlent pas trop avec leurs enfants, on sent l'enfant qui ne va pas bien qui ne dort pas qui voudrait parler à ses parents, ils sentent que les parents ne sont pas disponibles, les ados sont toujours sortis, où ils sont devant la télé ou avec leur ordinateur et parfois il faudrait s'exprimer, quand ils s'expriment ils ne parlent pas bien, ils parlent trop fort ou ils crient et alors les parents ça les dérangent. Du coup ça renchérit. C'est un mauvais accompagnement. Donc qu'est-ce qui est de prime abord un petit peu difficile ? C'est que l'enfant n'est pas en phase avec l'expression qu'il fait ressortir, soit dans son habillement, dans son comportement, dans son langage. Et en fait quand on nous reprend quand on veut voir vraiment ce qu'il a à l'intérieur il n'est pas avec ce qu'il veut montrer, parce qu'il est en ambivalence. Il y aurait bien moins de difficultés si les parents se secouaient un petit peu et qu'ils prenaient les choses en main, et les pères. Parce que les mamans s'en occupent déjà beaucoup, c'est vrai que les mères sont les piliers de la famille ça, c'est sûr, mais les pères doivent s'occuper de leurs enfants, de leurs adolescents et les filles comme les garçons. Évidemment il faut qu'il soit là, les pères, mais ils sont absents. »

EG : « Que pourrait-on faire pour améliorer cela ? »

M09 : « Eh bien ça. L'école des parents. C'est dramatique. Si les enfants ne sont pas bien, alors je ne peux pas dire les pourcentages mais c'est un très très gros pourcentage, c'est à cause des parents. Les parents s'y

prennent mal. Alors dans le temps, le médecin était plus écouté, aujourd'hui le médecin... S'il se permet de parler... On lui dit : « écoutez, vous, taisez-vous, je suis adulte, je sais ce que je fais quoi ». Alors ce n'est pas facile quand on sent qu'il y a des choses qui ne vont pas bien, c'est pas facile pour nous, mettons, de dire aux parents : « méfiez-vous ce serait peut-être bien que... » Alors pour cela il faut avoir assez d'expérience, assez de force personnelle pour dire aux parents : « je suis désolé mais il va falloir que vous vous y mettiez, parce que votre gamin il ne va pas bien ». Alors il ne faut pas commencer à dire : « c'est votre faute » il ne faut pas le dire comme ça, « mais si vous voulez que l'on redresse la barre il faut que vous vous y mettiez », et il faut arrêter de dire que c'est aux pouvoirs publics de faire ça ou c'est aux associations de faire ci, où il faut construire ça, ou faire des espaces jeunes. Peut-être un peu, mais c'est les parents qui sont responsables de leurs ados et il faut s'en occuper. »

EG : « Donc finalement lorsqu'on prend en charge un adolescent qui ne va pas bien, il faut prendre en charge les parents... »

M09 : « Il faut prendre en charge les parents et quand ils veulent parce qu'évidemment il y en a qui ne réagissent pas bien, il y en a qui sont en difficulté. Bon après voilà, le problème de chaque famille, quand même, globalement il y a beaucoup de parents qui laissent aller, qui sont négligents, et puis qui ne s'occupent pas de leurs enfants. S'en occuper pour faire des choses, mais s'en occuper pour leur donner de l'affection, leur donner de l'amour, leur dire qu'on les aime. C'est des enfants qu'on a fabriqués, on les aime jusqu'au bout. Mais pour aimer un enfant, ça s'entretient depuis toujours. Donc il ne faut pas commencer à dire : « bon maintenant que tu es grand tu te débrouilles ». Les adolescents ont besoin d'être construits, c'est comme ça qu'on aura des vrais femmes et des vrais hommes. Donc exactement il faut prendre charge les parents. »

EG : « Vous avez donc eu des formations sur les addictions, est-ce que vous avez eu d'autres formations en rapport avec les adolescents ? »

M09 : « Non, pas vraiment, je suis allé à des FMC, de temps en temps, des soirées sur les adolescents. J'ai eu des documents aussi là-dessus sur les adolescents. Bon, là aujourd'hui j'ai la chance d'avoir quatre enfants dont trois ados et puis une de 12 ans qui est à peine là dedans, je suis vraiment rentré dedans là maintenant. Mais autrement j'ai fait deux ans de psycho, j'ai lu des bouquins, j'ai fait de la FMC. Bon voilà maintenant je ne passe pas ma vie à ça, j'ai la médecine générale mais c'est comme tout en médecine, si on s'engage dans une activité il faut bien la faire jusqu'au bout. Voilà donc si on prend en charge un ado il faut savoir de quoi on parle. Si on prend en charge une coronaropathie il faut savoir gérer une coronaropathie. C'est tout le problème de la médecine et faut bien faire son boulot par la formation médicale continue, être aimable avec les gens, avoir une sérénité personnelle. Enfin on nous en demande beaucoup quoi. »

VI.2.10. Médecin n°10 : M10.

M10 : « Alors le problème c'est que je vieillis et que mes patients aussi. Les adolescents se font rares. Donc là j'en ai vu un, mais bon il n'avait pas de problèmes. Il faut qu'il ait des problèmes quand même ? »

EG : « Oui, il faut qu'il soit en situation de mal-être. »

M10 : « L'adolescence c'est de 12 ans à 17 ans ? »

EG : « De 12 à... La limite est mal définie maintenant. Mais souvent oui, c'est quand même à partir de 12 ans. Ou ça peut être maintenant un adulte que vous suiviez et qui pendant son adolescence a eu des petits soucis. »

M10 : « On peut partir sur ce cas-là, si ça vous intéresse. C'est un gamin qui a aujourd'hui 17 ans que j'ai vu il y a à peu près cinq ans. C'était un gosse qui avait une humeur un peu instable. Les parents avaient du mal à un petit peu le canaliser. Et puis ça s'est bien arrangé au fil des années. Il y avait eu une histoire, il avait découvert un chien qui était mort. Et les parents me l'avaient amené parce que le gamin était un peu perturbé. Enfin il y avait eu un drame comme ça, une mort de quelque chose, je ne sais plus si c'était un chien. Ce n'était pas quelqu'un quand même, c'était un chien... Ou il y avait eu une violence, je ne sais plus comment c'était. »

EG : « Oui, il y avait eu un traumatisme, quelque chose qui l'avait perturbé. »

M10 : « Oui on peut partir sur ce cas-là. Le problème c'est que les enfants on a du mal à les faire parler. Parce qu'on n'est pas trop formé pour ça. Pour les adolescents, on ne va pas partir sur des dessins, on essaie de les faire parler mais bon c'est qu'il faut se mettre à leur portée. Moi j'ai toujours l'impression, d'avoir 30 ans mais ça fait 20 ans que j'ai 30 ans. Donc c'est vrai que l'on ne s'aperçoit pas qu'il y a une différence aussi importante. On a l'impression d'être près d'eux, mais pour eux ils ont l'impression qu'on est du côté des parents. Donc c'est un peu difficile d'échanger. Donc quelques fois on peut se rapprocher, mais c'est difficile d'avoir le discours avec l'adolescent d'aujourd'hui car on ne peut pas se placer en tant que copain avec lui. Donc, on est obligé de rester avec sa position d'adulte, il faut essayer de trouver les termes qu'il va comprendre. Il ne faut pas parler en langage de sourds, il ne faut pas utiliser des termes qui ne leur correspondent pas. Mais du côté de G. c'est assez, c'est un peu top quand même, c'est pas la banlieue, ils ne parlent pas verlan. C'est pas que ça me dérangerait mais bon. Ça n'empêche que quelquefois on ne vit pas dans le même monde. C'est vrai qu'en général j'ai un peu de difficulté parce qu'un gamin de 12 ans, il va venir avec ses parents souvent. Et ce n'est pas facile de faire parler l'enfant. Alors on peut le faire revenir tout seul, comme ça. Mais c'est pas facile en médecine générale je veux dire, de faire revenir les gens. Les gens sont un peu demandeurs d'une solution immédiate. Ils ne veulent pas, ou c'est peut-être nous qui ne voulons pas qu'ils reviennent. Donc on est quelquefois un peu démuni, on n'a pas assez de formation. On n'a pas de vrais projets thérapeutiques pour aider les jeunes. J'avais un enfant qui était un peu perturbé, un peu hyperactif, qui a tendance un petit peu à avoir du mal à se canaliser, par manque pas forcément d'éducation, un caractère un peu vif comme ça. Un enfant qui a du mal à se poser. Donc, en général ça s'arrange un peu naturellement avec une certaine maturité. C'est un peu le cas d'ailleurs, le gamin est mieux. »

EG : « Sur le coup, vous ne saviez pas tellement quoi proposer ? »

M10 : « Oui. Parfois... ça me revient. On peut changer d'histoire ? »

EG : « Oui, oui. »

M10 : « Je pensais à une jeune femme, ça c'est intéressant. Là, j'ai été un peu plus fort sur ce coup-là. C'est une rupture scolaire par exemple. Dix-huit ans. Elle est venue... 18 ans je ne sais pas si c'est une adolescente ? »

EG : « Si... Selon certaines définitions l'adolescence s'arrête à partir du moment où la personne devient complètement autonome, y compris financièrement. »

M10 : « Je m'aperçois que quand il y a trop de problèmes, j'hésite à mettre trop de choses dans les dossiers. Parce que j'estime que c'est un peu personnel par rapport aux patients. Comme on a des dossiers qui sont un peu ouverts, nous, ça m'ennuie de laisser les choses traîner quoi. Mais là, c'était au mois de juillet l'année dernière, ça devait être un petit peu avant, octobre 2008, voilà. Donc une jeune femme, elle avait 16 ans et demi, elle avait une petite dyslexie, prise en charge dès le CE1. Donc une jeune fille un peu forte, assez grande. Physiquement elle se présente comme quelqu'un de solide. En fait ce n'est pas le cas, parce qu'elle est dyslexique, vitesse de lecture en une minute, 64 mots. Donc ça, c'est une chose importante aussi, parce qu'on ne le perçoit pas, mais c'est des enfants qui ont des problèmes scolaires avec des blocages. Donc moi je l'ai vu au mois de septembre, problèmes scolaires, je l'avais vu à la rentrée le 25 août. En fait c'était des ruptures scolaires, c'était une enfant qui disait : « je ne veux plus retourner à l'école ». Il y avait un problème, elle est fermée en plus, elle n'a pas voulu s'exprimer sur ce qui s'était passé. La maman racontait qu'il y avait des histoires de pleurs, etc... Je l'ai quand même mise sous Paroxétine, un demi comprimé par jour et monté ensuite à un comprimé par jour, et du Xanax au coucher, 0.25. »

EG : « Parce que vous aviez l'impression qu'il y avait des éléments dépressifs ? »

M10 : « Oui et puis la phobie scolaire, je pense que c'est plutôt du versant inhibition, anxieuse, bouffée d'angoisse un peu. Je crois que ça se traite de la même façon. Donc au niveau sémiologique, sémantique tout ça, moi je ne vais pas trop loin. J'avais donné un traitement... Je crois qu'il fallait dédramatiser un peu. Je crois qu'elle a eu deux jours d'arrêts scolaires quand même, mais j'avais demandé aux parents de la remettre rapidement à l'école parce que je leur avais dit que c'était important aussi. Et puis j'ai réussi à l'envoyer chez le psy. Ce qui n'était pas mal quand même, elle l'a vu le 28 octobre, un mois après. [Lecture de la lettre du psychiatre] « 17 ans, la mère est enseignante, le père travaille à Gaz de France. Pas d'antécédents psychiatriques. Le développement psycho affectif paraît relativement harmonieux ce jour. Les difficultés paraissent remontées il y a un certain temps sans facteur déclenchant. Éléments dépressifs, avec pleurs, dévalorisation de soi-même, perte d'intérêt, angoisse, incapacité ». Elle dit : « je suis dyslexique et je n'y arriverais jamais ». Donc on a eu une crise un peu rapide, importante. [Lecture de la lettre du psychiatre] « Entretien avec la patiente, la maman rapporte le caractère relativement brutal de l'épisode dépressif, avec troubles du caractère. Pas d'idées suicidaires, avec le traitement que vous avez instauré à base de Paroxétine, l'a un peu apaisée. Elle a passé quelques jours chez ses grands-parents qui lui ont permis de faire une rupture, de l'interaction familiale. Pas de troubles de conduite alimentaire bien qu'elle soit un peu grosse. Donc composante dépressive franche chez une adolescente probablement fragile sur le plan narcissique en rapport avec la dyslexie » ».

EG : « Et le traitement, vous l'aviez mis en place dès la première fois où vous l'aviez vu ? »

M10 : « Je crois oui. »

EG : « Et vous l'avez revue ? »

M10 : « Oui, je l'ai revue assez régulièrement. Je l'ai revue au mois de novembre pour une angine, pour une sciatique après. Au mois de décembre je lui ai prescrit la pilule. En fait c'est une ordonnance, elle m'a demandé un renouvellement. »

EG : « Et le psychiatre l'avait vue plusieurs fois ? »

M10 : « Elle l'a vu deux fois, oui. Elle l'a vu en octobre 2008 et juillet 2009. [Lecture de la lettre du psychiatre] « Une évolution tout à fait favorable, elle passe le bac de français bientôt. Pas d'affects dépressifs, d'anxiété,

meilleure image d'elle-même etc... On peut arrêter le traitement dès la semaine prochaine ». Donc elle en a pris jusqu'en juillet quand même. De toute façon ce n'est pas moi qui l'ai suivie après, parce que je n'ai pas dû renouveler le traitement. Mais il l'a peut-être revue entre-temps, je ne sais pas. Mais je me souviens d'avoir vu des gosses comme ça en rupture scolaire, mais qui n'ont jamais repris l'école quoi. Ça fait longtemps de ça, des gamines, ça dépend de la personnalité, cette gosse, elle était un peu dépressive, mais elle semblait malléable. Alors que, je me souviens d'un gosse que j'avais vu, il y a des gamins qui ont des caractères, c'est non, c'est non. En plus, là, les parents étaient présents, ce dont je me souviens, la mère était divorcée, il n'y avait pas trop d'appui, c'est une catastrophe. Et derrière tout ça, il y avait quand même une grande angoisse. Il y a toujours des angoisses qui ne sont pas exprimées et puis que l'on perçoit quand même. Parce que les enfants ont une présentation telle... Et puis je l'ai revue récemment, donc elle avait des migraines depuis l'Implanon®, elle a une nouvelle contraception, elle a dû reconsulter sa gynéco et elle doit avoir besoin d'une nouvelle contraception. Elle a changé aussi, je pense qu'elle doit avoir un garçon, ça, elle ne me l'a pas dit mais je l'ai senti. Ça c'est une belle histoire. Les mauvaises histoires, j'en ai eu par le passé, comme ça. Mais c'est vrai que les ados je n'en vois pas beaucoup. Et puis on a du mal à communiquer avec les adolescents. »

EG : « Du coup, comment vous arrivez à les aborder ? »

M10 : « Eh bien, j'attends qu'ils viennent. En plus quand c'est des problèmes psychologiques, en fait, on peut faire quelques questions ouvertes. Mais c'est pas facile d'ouvrir les portes. Parce que souvent ils sont avec les parents, donc quelquefois ils peuvent venir seuls et à ce moment-là c'est plus facile. Mais ils ont souvent du mal à s'exprimer sur leurs états d'âme. Oui, c'est quand même délicat. Quand il y a un drame, quelque chose, une douleur, quelque chose qui fait que l'on peut un petit peu ouvrir le débat. Mais très souvent quand on voit une adolescente qui vient pour un vaccin par exemple, on ne peut pas obtenir grand-chose. Même si on veut faire un petit examen clinique, ça paraît un peu curieux de parler de ça. »

EG : « Et vous trouvez que c'est difficile d'aborder les choses comme : » Est-ce que tu fumes ? Est-ce que tu dors bien », quand ils viennent pour un problème somatique ? Ou un vaccin, ou un certificat ? »

M10 : « Eh bien disons que l'on peut en parler, le problème du tabac, c'est toujours pareil. On peut toujours dire l'interdiction de fumer etc... alors qu'au fond, le gamin, lui, ça ne le gêne pas de fumer, il n'a jamais eu de problème avec son tabac. On peut toujours dire, on peut toujours faire des petites réflexions quand ils viennent avec des bronchites : « tiens c'est bizarre tu devais arrêter de fumer ? » On peut faire quelques questions ouvertes mais, je n'ai pas beaucoup d'espoir, il faut qu'ils soient un peu plus mûrs pour arrêter de fumer ou pour changer leur comportement. Alors après on peut leur demander s'ils prennent du schit, les mettre en garde un petit peu parce qu'il y a quand même beaucoup de problèmes de schizophrénie contrairement à ce que l'on a dit à un moment. On voyait moins de schizophrènes avant le schit. Si on voyait un schizophrène tous les deux ans, maintenant on en voit deux par an. Moi j'ai des exemples, j'ai une jeune femme qui déconnaît un peu, ça s'est arrêté avec un peu de neuroleptiques. Et un jour elle m'a dit : « j'ai repris un joint, ça a recommencé, j'ai compris et je n'en reprendrai plus jamais ». Pour moi c'est une chose de sûre. Donc je fais un peu de prévention là-dessus mais c'est pareil si les gens n'ont pas l'expérience, ils ne me croient pas. Donc pour moi c'est difficile. »

EG : « Vous avez du mal à rentrer en communication ? »

M10 : « Oui. On avait un truc sur les entretiens motivationnels hier par exemple. En plus, moi j'ai un petit peu cette appréhension aussi. L'entretien motivationnel, pour faire changer les comportements, je trouve ça intrusif aussi. Aujourd'hui par exemple, on nous donne des formations pour les entretiens motivationnels, ça veut dire que l'on a une pression de l'HAS, des instances, des responsables de santé dans ce pays, empêcher les gens de fumer, empêcher les gens de ne pas trop boire, de ne pas rouler trop vite. On est plus qu'un maillon de cette chaîne de bons comportements. Donc moi ça me lasse un petit peu, dire aux gens ce que vous souhaitez

et on va faire ce que vous avez envie de faire. De se recentrer un petit peu sur la vie de chacun. Les gens qui fument, et bien ils fument, et puis voilà. C'est leur choix. Quand ils ont envie d'arrêter de fumer on peut les aider. Mais on n'a jamais fait arrêter une personne de fumer, ou de boire. Même les somnifères, on a fait une campagne sur les somnifères. C'est pareil, le comportement des gens, si les gens ne veulent pas bouger, ils ne bougeront pas. Donc, le rôle du médecin c'est d'accompagner, d'être à l'écoute quand les gens ont besoin. Je pense que les enfants c'est un peu pareil, mais les enfants j'ai l'impression qu'ils ont moins de besoin, qu'ils attendent moins de choses du médecin. C'est les parents qui sont inquiets et ils attendent que le médecin intervienne sur leurs gosses. »

EG : « Oui c'est souvent les parents qui disent : « oui, je trouve que mon ado ne va pas bien ». »

M10 : « Quelquefois, on a envie de dire aux parents : « eh bien, lâchez lui les baskets et laissez-lui choisir sa vie à lui ». Je pense que c'est important aussi de respecter ça. »

EG : « Quand vous devez orienter un ado vers un psychiatre, ou d'autres structures, est-ce que c'est quelque chose de facile, et il y a une bonne collaboration entre eux et vous ? »

M10 : « Alors, là, ça s'est bien passé pour la petite. Mais elle a vu le psychiatre un mois après. Imaginez que moi, je n'ai pas prescrit le médicament, elle aurait pu ne pas retourner à l'école du tout. Je pense que les psychiatres n'ont pas assez de créneaux horaires pour les urgences, c'est-à-dire que l'on devrait pouvoir leur téléphoner en leur disant : « eh bien voilà, j'ai un problème avec untel, il faudrait que tu le vois dans la semaine ». Alors que souvent, pour aller voir le psy, il faut inscrire son nom sur le cahier. Et ils nous rappelaient quand ils avaient une place, c'est leur façon de travailler, mais bon, c'est bien gentil ça, mais des fois c'est trois mois après. Et ils téléphonent après, « est-ce que vous pouvez venir demain ? », « Ah bien non, mon fils est à l'école ». Alors ce sera encore plus tard. Donc je trouve que c'est un petit peu mal organisé ça. Je vais pas trop téléphoner au psychiatre pour dire qu'ils travaillent mal. Mais si c'était mieux organisé, on pourrait peut-être avoir de temps en temps, comme ça, avoir une prise en charge rapide. Alors le problème, vous me direz, c'est que s'ils commencent à faire ça, ils ne vont pas s'en sortir, les gens sont mal élevés. « C'est tout, tout de suite, et pour moi d'abord ». C'est assez fréquent. Que ce soit pour les IRM, les scanners. »

EG : « Est-ce que vous travaillez un peu avec des structures qui accueillent les adolescents, mais plutôt des structures d'écoute, avec des psychologues, des éducateurs, comme il peut y avoir la Maison Des Adolescents à Saint-Nazaire ? »

M10 : « Non, parce que je n'ai pas d'informations là-dessus. Je sais qu'à G. il y a un CMP, il y a un truc. Mais alors bon, on ne sait pas trop comment ça marche, en puis ça a changé d'endroit. J'ai vu l'autre jour qu'il y avait une belle maison médicale. »

EG : « Mais vous ne recevez pas tellement d'informations ? »

M10 : « On n'a pas tellement d'échange. Je ne sais pas, ils pourraient nous donner des petites plaquettes. Et puis autrement, il y a quelques psychologues sur G. mais ce n'est pas remboursé donc les parents sont un petit peu hésitants. Les gens n'aiment pas trop les structures, parce que, quand ils viennent chez nous, ils viennent en famille quoi. C'est pas dans les structures... C'est pas il faut aller voir quelqu'un, on va peut-être poireauter une heure, il va falloir discuter avec une secrétaire. On verra peut-être un psychiatre, un psychologue, on ne sait même pas qui c'est. Je pense que les patients doivent avoir du mal et puis nous, on a du mal, parce qu'on peut même pas leur dire : « eh bien je connais untel... »

EG : « Peut-être par manque de communication entre... »

M10 : « Oui, c'est sûr. Alors la communication, moi je ne vais pas aller chez eux pour les rencontrer et eux ne vont pas venir sonner chez moi. Il faudrait peut-être que les syndicats, ou quelqu'un. On parle beaucoup de l'INPES, ou je ne sais pas, il y a peut-être des gens qui sont occupés à ça, qui pourraient organiser des petites rencontres, ou même faire des petites plaquettes. Ou même, de temps en temps il faudrait qu'on nous paye un coup pour se rencontrer, pour voir qui on est. »

EG : « Et au niveau du dépistage du mal-être est-ce que le fait d'avoir fait la campagne en 2006 ça vous a aidé à découvrir des choses ? Avec le TSTS CAFARD. »

M10 : « Ça m'aide en général, il y a quelque... Là, par exemple on est parti sur le sommeil. Donc c'est vrai, c'est quand même bien parce qu'il y a des questions... Ce n'est pas facile de poser des questions. Là c'est une dame, j'ai du mal à parler avec elle, quand je lui demande : « est-ce ce que vous êtes dépressive », elle rigole. Donc je lui ai donné le papier et je lui ai dit : « vous allez remplir cela ». C'est vrai, elle a rempli le moral par exemple, et bien manifestement elle n'est pas dépressive, donc je n'ai pas besoin de tout lui reposer les questions. C'est vachement pratique quand même. L'anxiété, elle n'est pas très anxieuse. Et donc, quand il y a des questionnaires comme ça, ça me facilite quand même énormément la vie. J'aurais à dire, qu'il n'y a pas de question sur les choses qui empêchent de dormir, sauf les douleurs. Je veux dire il n'y a pas de questions sur le café, la vitamine C. C'est le seul reproche que j'ai à faire. Et en fait, cette petite dame-là, bon, elle est divorcée depuis deux ans et je cherchais toujours un peu à savoir comment elle vivait ça. Donc c'est un problème pour elle mais ça m'a quand même permis de lui poser la question, je ne sais pas comment c'est venu mais je lui ai demandé : « mais quand vous dormait avec quelqu'un, est-ce que vous dormez mieux ? ». Donc si vous voulez, pour moi, après, c'était clair. Elle a un problème de sommeil, parce qu'elle n'est pas très bien dans sa vie malgré tout. Ça lui a permis de comprendre son problème, elle aussi. Autrement elle ne prend pas... Enfin si, elle prend deux cafés par jour mais sinon elle ne prend rien. Elle, par exemple elle s'endort à 22 : 30 et elle se lève à 5 : 30. Elle ne dort pas très bien, elle se réveille un peu dans la nuit. Si vous voulez, ça c'est pas mal, quand il y a des questionnaires comme ça, ça nous permet d'avancer. Je ne me souviens plus du questionnaire, c'était pour les gamins ? »

EG : « C'était sur le dépistage du mal-être des adolescents, on posait la question des troubles du sommeil, est-ce qu'il y a déjà eu un accident dans sa vie... »

M10 : « Alors c'est vrai qu'en plus, je n'ai pas beaucoup d'adolescents. C'est des questions qui viennent un peu... Il faut pouvoir les apporter aussi. Quand un gamin vient pour un vaccin si vous lui demandez s'il dort bien, il va répondre vaguement mais il s'en fout. S'il a une demande, ça va être plus facile. Si la mère dit : « il est nerveux en ce moment », on peut partir sur une démarche un peu... Mais autrement, c'est vrai, comme je vous le dis les adolescents c'est un peu limité. »

EG : « Qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté quand vous avez un adolescent qui est en situation de mal-être ? Qu'est-ce qui vous gêne le plus dans la prise en charge ? »

M10 : « Je ne sais pas, franchement je ne sais pas. Qu'est-ce qui pourrait me gêner moi ? C'est-à-dire, qu'est-ce que vous voulez dire ? »

EG : « Oui, qu'est-ce qui vous met en difficulté quand vous avez un adolescent qui ne va pas bien ? »

M10 : « Alors oui, c'est s'il y avait des trucs un peu trash quoi. Un viol. J'ai une autre histoire comme ça. J'ai l'histoire d'une famille, d'un père tripoteur. La mère est divorcée à cause de ça, ça n'a pas trop évolué parce que la justice a traîné. Les gens sont séparés donc on peut voir les enfants mais bon, on est dans une situation complexe, enfin complexe, trash, dégueulasse. Moi je ne sais pas par quel bout prendre ça. Alors éventuellement avec les parents, on peut leur dire bon : « vous dormez bien, vous êtes très anxieux », on leur donne des trucs. Mais alors demander aux gosses, je ne sais pas par quel bout le prendre le gamin, est-ce que

je vais dire au petit gars : « ton papa il t'a touché ? », il n'y a pas besoin de dire ça mais « est-ce que tu souffres de ça ? ». Le gamin en plus dans une histoire comme ça, peut-être qu'il n'est pas, il est peut-être moins malade que la société ou les adultes qui sont autour de cette histoire-là. Je ne sais pas si on a besoin de dire les choses. Dans cette histoire, je ne sais même pas si j'avais vu le gosse. Parce que les parents habitent ici enfin, les grands-parents habitent ici. Je n'ai dû voir que la femme qui a 35 ans. Je n'ai jamais dû voir les enfants mais j'imagine que si je voyais les enfants avec ça. Donc là, je vais être dans une mauvaise position, ça me perturberait, je ne saurais pas quoi dire. Mais bon, on peut faire un effort, on repart sur les bases, on explique, on essaie de voir s'il est anxieux, est-ce qu'il est triste, dépressif, est-ce qu'il travaille à l'école. C'est tout ce qu'on a besoin, en fait. »

EG : « Est-ce que c'est facile pour vous de demander clairement à un adolescent s'il a des idées suicidaires, s'il a déjà fait des tentatives de suicide ? Ou est-ce que c'est des questions qui ne sont pas faciles à poser ? »

M10 : « Non. Même un adulte, j'ai vu une jeune femme, l'autre jour qui est venue il n'y a pas très longtemps. Elle venait pour le renouvellement de ses médicaments pour un mois, elle était de passage. Bon j'ai fait son renouvellement, et le lendemain elle était en lavage à Saint-Nazaire [sous-entendu, elle avait fait une IMV]. Les gens qui ont envie de se suicider ils ne vont pas vous le dire, les vrais, ceux qui vont se suicider. Ceux qui ont quelques idées suicidaires, ils vont peut-être vous en parler. On peut poser la question mais la réponse elle vaut ce qu'elle vaut. Donc on peut quand même la poser, c'est vrai. Quelquefois ça peut surprendre parce que... »

EG : « ... On ne s'attendait pas à voir cette réponse-là ? »

M10 : « Oui. C'est pas facile, vous avez un dépressif devant vous, vous lui dites vous ne dormez pas, vous ne mangez pas, vous n'avez envie de rien, vous avez des idées suicidaires ? « Oui ». Bon je vous fais un certificat d'hospitalisation, et à ce moment-là il va dire non. Donc on va être emmerdé. Mais normalement on doit poser la question, mais c'est gênant. Après les gens peuvent minimiser, ils peuvent dire : « mais non c'était hier, pas aujourd'hui ». On est dans une situation, après, difficile. »

EG : « C'est difficile parce que s'ils répondent qu'ils ont des idées suicidaires il faut... »

M10 : « Il faut les hospitalisés. Ça m'embête, mais il faut le faire. »

EG : « Est-ce que vous avez eu des formations sur la prise en charge de l'adolescent ? Est-ce que vous avez suivi des FMC ? »

M10 : « Sur les adolescents je ne crois pas. »

EG : « Et dans les études de médecine ? Est-ce que c'est des sujets qui ont été abordés ? »

M10 : « Non ce n'était pas abordé du tout. On en parlait vaguement. J'ai fait une formation il y a quelques années, il y a deux ou trois ans sur les enfants et je me souviens très bien qu'on nous avait montré une consultation d'un gosse et personne n'avait rien compris. C'était en fin de séminaire, ça m'est resté cette histoire-là. Et c'est là que j'ai compris quand même que ce qu'ils avaient voulu montrer, que rien qu'avec un enfant, la façon de se comporter c'est très important. Par exemple, maintenant je fais attention, quand il y a un gosse, je me mets assis pour ne pas être plus haut que le gosse. Après je n'osais pas par exemple prendre un enfant contre moi comme si c'était le mien, alors que si vous attrapez le gosse avec des pincettes, il gueule le gosse parce qu'il sait qu'il va se casser la gueule, alors que si vous le prenez dans vos bras il est tout de suite rassuré, en plus, si vous l'avez contre vous, il regarde sa mère et il est plus calme aussi. Donc je pense que personne n'avait compris ce truc-là, ça a duré une 1 minute 30, on voyait le médecin qui attrapait le gosse par le bras sans le regarder, la mère qui en avait un autre dans les bras. C'était une caricature de ce qu'il ne faut pas

faire. Donc ça, c'était une formation sur les enfants par contre. Donc c'est vrai qu'une formation sur les adolescents ça peut être intéressant, c'est pareil, on fait sûrement des tas de fautes. »

EG : « Des formations sur comment aborder l'adolescent ? Comment engager le dialogue ? »

M10 : « Et les termes, ce qu'il faut leur dire, pas jouer le papa, pas jouer le copain. C'est difficile. Au niveau des FMC il y en a une sur le suivi du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent. Ils nous mettent tout dans le même package. [Le médecin regarde le programme des prochaines FMC et fait des commentaires]. Il y a une FMC sur les troubles alimentaires chez les jeunes, ça n'a pas l'air être trop psy, prévention de l'adolescence, adolescents en difficulté : prévenir le suicide, adolescents : conduites à risque. Si, si, ça existe quand même. Consultation de suivi de l'adolescent par le médecin généraliste. »

EG : « Oui, il y a déjà quatre formations sur l'adolescent. »

M10 : « Troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, dépistage et suivi de l'adolescent en difficulté. Si, ça existe. Mais bon j'ai peur de m'emmerder, enfin je ne sais pas ce qu'ils vont nous dire. Parce que si vous allez à une formation sur l'adolescent en difficulté et que l'on vous parle de l'adolescent qui a mal aux pieds ou qui a une scoliose... »

EG : « Je pense que quand ils parlent de l'adolescent en difficulté c'est plus sur le versant psychologique. »

M10 : « Donc, c'est possible les formations. »

VI.2.11. Médecin n°11 : M11.

M11 : « C'est un cas d'anorexie en fait, je ne sais pas si c'est très approprié ? Oui, c'est un cas qui m'a marqué effectivement parce que c'est quelque chose qui est encore en cours. Oui on peut en parler. On peut commencer sur ce cas et puis, est-ce que l'on peut dévier sur d'autres ? »

EG : « Oui, bien sûr. »

M11 : « Mais, vous avez un questionnaire au départ ? »

EG : « Non, en fait on part d'une situation où vous racontez le cas et ensuite moi je rebondis en fonction du cas. »

M11 : « C'est une jeune fille qui est dans une fratrie de trois. Les troubles ont commencé à 16 ans. Enfin les troubles, la première fois où elle est venue. Donc elle est venue me voir pour un problème d'amaigrissement, voilà la raison invoquée. Et elle se sentait très mal bien entendue. Et puis on est arrivé sur une situation typique d'anorexie mentale avec difficulté de reconnaissance de la part de la patiente, avec une forte pression des parents pour faire quelque chose. On est arrivé aussi assez rapidement dans un contexte d'addiction à l'alcool qui avait été pris en charge, qui ont été assez multiples. De ma part il y a eu des périodes où je l'ai suivie assez fréquemment et puis des périodes où je ne la voyais plus. Là, j'ai une longue période où je la voyais régulièrement et puis là, depuis quelques mois je ne la vois plus. Et elle doit être toujours dans la même situation. Je me disais à 26 ans maintenant, avec un BMI à 13 donc c'est quelque chose d'assez important et toujours avec une addiction à l'alcool et une grande, grande dépendance au niveau des parents puisque sa maladie a fait qu'elle a progressivement arrêté les études et le travail. Elle a le statut d'adulte handicapé maintenant. On a essayé des prises en charge multiples. Elle est allée au service des addictions. Elle a vu divers psychiatres, des fois à ma demande et des fois à la demande de sa maman qui avait trouvé un psychiatre pour elle mais il n'y a jamais eu de possibilité d'accrochage vraiment aux thérapeutiques qui lui étaient proposées, sauf avec une infirmière du service des addictions mais après qui est partie à la retraite et elle n'a plus voulu voir personne. Que dire de cette patiente là ? On a essayé aussi parfois parce qu'au niveau physique, le retentissement de cette maladie était important. Donc on a essayé plusieurs fois de l'hospitaliser avec son consentement. On n'a jamais réussi. On a essayé sans son consentement à deux reprises, elle a fugué une fois des urgences et puis une autre fois. Enfin, je ne sais plus comment ça s'est terminé. Une fois elle était en psychiatrie et ils ont fini par la faire sortir parce que ça ne se passait pas bien. Donc vraiment un refus de soins important. Alors au niveau de son mal-être, il n'était pas très exprimé au départ comme je vous le disais. Et puis elle a été de plus en plus avec une rupture progressive de tout son milieu amical. C'est-à-dire que progressivement elle s'est isolée de tout le monde. Elle n'avait plus d'amis naturellement. Quelquefois, elle téléphone à des personnes mais ça ne va jamais beaucoup plus loin. Et puis même au niveau familial, elle n'a plus que ses parents. Les personnes autour se lassent, avec une maman qui est devenue complètement dépressive. La maman a essayé au départ de faire des choses, de s'investir beaucoup. Elle a fait partie d'une association qui s'appelle Les pâtes au beurre. Elle aussi, a été hospitalisée pour dépression grave, la maman. »

EG : « Secondairement aux problèmes de sa fille ? »

M11 : « Ah oui, oui. C'était vraiment lié. C'est un milieu pathologique très fort avec un lien mère-fille très très fort. Ni l'une ni l'autre n'arrive à couper réellement. Avec des chantages de personnes anorexiques, comme quoi elle allait se suicider si sa mère l'abandonnait. On est arrivé maintenant à une situation inverse où c'est la fille qui materne ses parents, en particulier sa mère car son père a réussi à prendre de l'écart par rapport à ça. Et c'est la fille qui materne, enfin c'est la situation actuelle. Quand elle était plus jeune, oui, on peut parler vraiment de névrose profonde. Elle a toujours eu énormément de mal à s'ouvrir au monde. Elle était toujours repliée sur ses propres problèmes. Elle n'a jamais réussi à s'en sortir malgré toutes les aides qui lui étaient

proposées. Voilà ce que je peux dire sur cette personne. Là, je ne sais pas si vous avez des questions qui pourraient me relancer un petit peu ? »

EG : « Eh bien justement, le contact avec cette adolescente, vous arriviez à entrer en communication avec elle ? »

M11 : « Oui quand même. »

EG : « Parce que c'est un suivi au long cours... »

M11 : « Il y a quand même eu une alliance qui s'est créée parce que... Alors à différents moments... Au moment initial, où on a beaucoup parlé. Alors moi ma façon de créer l'alliance c'est souvent... C'est déjà de voir les ados seuls, ce qui a été le cas pour elle. Elle venait en consultation seule. Les parents étaient en salle d'attente. De leur dire que ce que ce dont on va discuter, les parents ne seront pas mis au courant. Voilà j'essaie de fixer les bases quand je parle à un ado. Leur expliquer que la confidentialité même s'ils sont mineurs ils y ont droit. Et puis comment je procède après ? Il y a tout un travail de mise en confiance sur une ou deux consultations. J'essaie de les laisser parler mais alors parfois ils ne parlent pas. C'est ça le problème. J'essaie d'explorer un peu tous les champs. J'essaie de leur parler de leur vie familiale, comment est-ce qu'ils vivent leurs relations avec les parents et la fratrie ? J'essaie de parler du champ scolaire également, leur champ amical, d'explorer ça. Alors souvent ça permet, quand ils ne parlent pas de poser des questions et simplement de leur montrer qu'on s'intéresse à eux. C'est ce que j'ai essayé de faire avec cette jeune fille là. Ça permet de les mettre en confiance et d'ouvrir la discussion. Dernièrement pour revenir à elle, enfin dernièrement il y a deux ans bientôt, elle était dans une perspective : « de toute façon maintenant la vie, qu'est-ce qu'elle peut être, je n'ai pas de travail, je n'ai pas de force, je n'ai pas la force de m'y remettre, quel espoir vous pouvez me donner ? » Elle venait quand même me voir régulièrement et j'étais le seul soignant qu'elle voulait bien encore voir. Elle ne voulait voir personne d'autre, elle voulait bien me voir. Alors ses parents avaient un peu réinvesti sur moi. Alors moi je leur ai dit : « vous savez, moi, je fais surtout du soutien, ça va être un peu difficile parce que c'est une pathologie très lourde ».

EG : « Vous ne pouviez pas vous lancer dans une psychothérapie. »

M11 : « Oui c'est ça, et de toute façon je n'avais pas la formation et puis d'autres équipes s'y sont cassées les dents, celles de Mr. V. s'y sont cassées les dents. Tant que je me suis intéressé à sa personne en écoutant, en écoutant tout ce qu'elle ressentait et tout ça... Dès que je suis allé à lui proposer des soins plus actifs, à la remettre plus en question, les liens se sont rompus. Alors pas rompus définitivement mais dès qu'elle a senti que je la réorientais, vers le fait que l'amélioration de la situation, à la fois pour elle et pour la famille entière parce que la famille souffre... enfin une famille restreinte... c'était de faire un travail avec le lien avec sa mère... eh bien ce travail c'était de détendre ce lien. Eh bien elle aussi, elle a détendu le lien avec moi parce qu'elle sentait que je m'attaquais au nœud du problème. En plus maintenant qu'elle a coupé tous les autres liens ailleurs, c'est le seul qui lui reste. Elle a une trouille énorme de cette chose-là. Alors aussi ce que j'essaie d'entretenir avec les ados en général, et avec elle, c'est les liens de vérité, c'est-à-dire que je lui dis que je ne raconterai pas à ses parents ce que l'on se raconte, même si c'est des fois un petit peu difficile ça. Je tiens à instaurer des liens de vérité. Je lui dis que ce que je dis à elle, je ne dirai pas le contraire à ses parents, dans le sens où, si je travaille sur le fait par exemple que le nœud du problème c'est le lien avec sa mère, eh bien je dis la même chose aux parents. Il ne faut pas raconter de blagues aux ados. On leur dit réellement les choses qu'on pense. Donc j'essaie d'être avec les ados dans l'empathie mais je ne suis pas leur ami quoi. Oui, le positionnement est important. J'ai un jeune, vraiment tout jeune adolescent car il est en sixième... Donc il doit avoir 12 ou 13 ans et les parents me l'ont amené, là, c'est les parents qui me l'ont amené pour des difficultés de comportement à l'école. Soit il agresse les autres soit il a un comportement perturbateur dans la classe. Il a quand même été viré de l'école. Et donc, face à ce garçon-là ce n'est pas facile parce que, moi j'essayais de le

voir seul mais il ne semble pas du tout prendre en compte ce qu'il a fait. Donc j'ai essayé de lui faire comprendre qu'il rentrait dans le monde adulte avec le côté responsable des choses. Ses actes, désormais il faudra qu'il les assume. Mais on était dans une consultation un petit peu punitive quelque part, avec des parents désespérés. « Eh bien, il faut faire quelque chose. » »

EG : « Oui et on va voir le docteur pour qu'il remette un petit peu les pendules à l'heure... »

M11 : « Oui c'est ça. On était un petit peu dans ce côté-là, aussi avec une demande des parents qui disaient : « on ne sait plus comment faire avec lui ». Donc là, j'ai vu les parents au début avec lui et puis j'ai vu l'ado tout seul après. Mais avec un ado qui avait presque le sourire aux lèvres, qui ne comprenait pas vraiment ce qu'il faisait là. Mais avec un ado qui ne sait, manifestement, absolument pas comment aborder la relation aux autres. Il ne sait pas s'y prendre. Il a de grandes difficultés à avoir des amis. Donc là, on avait quand même pas mal parlé des conséquences de ses actes. J'ai essayé de lui expliquer seul à seul les conséquences de ses actes à l'avenir, s'il continuait dans la même voie, le responsabiliser. J'essayais de lui demander s'il comprenait un petit peu ce que je lui disais. Donc oui, enfin ils répondent toujours oui pour nous faire plaisir. Et puis je comprenais que par son comportement, il pouvait être en souffrance qu'il n'avouait pas très très bien, qu'ici ça pouvait être un lieu de parole s'il le voulait. Souvent je leur dis ça, souvent les ados n'ont absolument pas la notion que ça peut être un lieu de parole. Enfin, que le cabinet du médecin généraliste peut être un lieu de parole. Donc très souvent je leur dis ça au cours de l'entretien individuel : « Si un jour tu n'es pas bien et que tu as envie de causer et que tu as besoin de causer et tu ne sais pas à qui t'adresser et que ici ce serait un de tes choix, que tu ne veux pas en parler à tes parents ou que tu as un problème d'argent, viens, prends rendez-vous, ce n'est pas un problème ». Le problème d'argent n'est pas un problème quand il y a un mal-être. Donc ça, je lui ai répété et je l'ai orienté aussi vers les structures pédopsychiatriques aussi. Je lui ai donné plusieurs adresses j'ai dû lui donner CASA. Je ne sais plus ce que je lui ai donné comme structures. Donc j'ai revu les parents, ça, ce n'est pas très vieux. Qu'est-ce qu'ils m'ont dit ? Je n'ai pas revu le jeune. Ils m'ont dit que ça allait mieux donc il a changé, parce qu'il a été viré de l'école, il a changé de collège. Manifestement ça se passait mieux a priori. Enfin j'avais essayé de faire comprendre à ce jeune-là qu'il pouvait avoir une souffrance, que son attitude provocatrice ou agressive témoignait de difficultés à rentrer dans le monde de la relation, et qu'il fallait qu'il fasse un travail là-dessus sinon il allait souffrir. Alors je ne sais pas si j'ai été entendu. Je crois que les parents ont consulté une structure. Mais c'était le tout début donc je ne peux pas vous dire la suite de l'histoire. »

EG : « Et justement lorsque vous adressez des adolescents à des structures comme CASA ou à des psychiatres, ou à des CMP est-ce que justement il y a une bonne collaboration avec les autres intervenants qui interviennent auprès des adolescents ? »

M11 : « Ce n'est pas toujours facile ça. Ce n'est pas toujours facile. Non je dirais non. Non il n'y a pas du tout, il n'y a pas de cohésion. Donc on donne des adresses. Moi assez souvent j'essaie de faire des lettres mais on n'a pas de retour. On n'a pas de retour si ce n'est par la famille ou le jeune lui-même quoi. »

EG : « Ni avec les psychiatres en ville ? »

M11 : « Non, assez peu. Oui ça m'est arrivé d'envoyer vers des pédopsychiatres en ville mais il n'y a pas de retour, globalement non. Alors je ne sais pas, est-ce qu'ils ne veulent pas mettre sur le papier des choses intimes ? C'est peut-être un peu difficile. C'est arrivé d'avoir des coups de fil de pédopsychiatres. Mais généralement il y a assez peu de collaboration sauf lorsqu'on appelle quoi. »

EG : « Il faut que vous alliez chercher les informations ? »

M11 : « Oui. »

EG : « Et en revenant sur la jeune fille de 16 ans, quand elle a eu ces périodes d'hospitalisations et après l'hospitalisation, est-ce que vous la voyiez encore à ce moment-là ou est-ce que vous n'aviez plus de liens avec elle ? »

M11 : « Dans ces moments-là je ne la voyais plus. En général le lien à ce moment-là... Il y a peut-être différentes raisons, c'est peut-être nous, qui ne proposons pas de suivi, en plus, parce que ça nous paraît trop de consultations. Souvent, ce qui s'est passé pour cette jeune fille-là, c'est le soutien aux parents. Quand elle avait des soins dans d'autres structures, les parents me relataient ce qui se passait et finalement ils venaient en consultation pour parler pour eux. Alors dans un problème aussi lourd que celui de cette jeune fille-là, j'ai trouvé un peu difficile d'être à la fois dans le soutien de cette jeune fille et le soutien aux parents. C'est souvent ce que demandent les parents, ils nous amènent leurs jeunes. Je trouve que globalement les ados ne viennent pas spontanément, il faut soulever le lièvre lors d'une consultation systématique. Alors je ne sais pas si ça vient de moi, je ne sais pas ce que les autres médecins vous ont dit mais l'accès spontané aux médecins généralistes pour un mal-être des adolescents, moi je trouve qu'il est faible. Je trouve qu'il est faible. Alors j'ai participé à la campagne de l'APS. C'était intéressant. J'utilise souvent le TSTS CAFARD lorsque je fais un certificat de sport. C'est souvent là qu'on les voit, est-ce qu'ils dorment bien ?, est-ce qu'ils fument ?, voilà. Bon, la question du tabac n'est pas toujours simple d'ailleurs, mais comme j'ai un cabinet en deux parties, j'arrive à poser doucement la question mais quand les parents sont à côté ce n'est pas toujours facile. Et puis, virer les parents pour une consultation de sport c'est un peu difficile aussi. Mais ça, je crois que je ne le fais pas assez, je vais faire mon autocritique. Autant, on pourrait dire aux parents, bon la consultation de sport certes, mais ça peut être aussi un temps dédié, une discussion privilégiée avec l'ado tout seul. Je pense que je ne le fais pas assez encore quand c'est une consultation qui n'est pas pour le mal-être. Quand l'ado vient pour un mal-être, ou pour un trouble du comportement, ça, c'est évident, il est hors de question de ne pas voir l'ado tout seul. Ça c'est clair. Mais bon, d'une consultation banale qui sort du champ du mal-être, je ne le fais pas systématiquement. »

EG : « Ça signifie que si on ne fait pas sortir les parents, finalement, on fait peu de dépistage ? »

M11 : « Non, c'est très difficile. Sauf si, avec le TSTS qui est quand même un test validé, on dépiste, si on a des items positifs à ce moment-là on va passer au CAFARD et on va essayer de creuser un peu. C'est peut-être le moment où on va demander effectivement aux parents... Soit on va dire aux parents et à l'ado : « eh bien voilà j'aimerais bien te revoir, tu dors mal ou tu te sens tendu tout le temps, eh bien pourquoi ? J'aimerais bien te revoir dans quelques temps ». Mais j'avoue que ça n'arrive pas très très souvent. »

EG : « Il a été question de faire une consultation ado, une fois par an où, eh bien justement là, l'ado pourrait venir seul. Est-ce que vous pensez que c'est une bonne idée ? »

M11 : « Je pense que oui. Moi je pense que ce serait une bonne idée. À condition de former les généralistes à cette consultation-là, quand même. Il faut l'accompagner d'une formation. Et ce serait sous quelle forme ? Est-ce que ce serait comme les consultations chez les dentistes, systématiques ? »

EG : « Voilà, ce serait des consultations gratuites. L'adolescent viendrait, ce serait effectivement un dépistage... »

M11 : « Oui, à la fois somatique et psychologique... »

EG : « Refaire le point au moment de l'adolescence. Parce que c'est vrai qu'il y a un suivi de l'enfant au tout début leur vie avec les vaccinations, régulières, à peu près jusqu'à six ans. »

M11 : « Oui c'est vrai, après à 11 ans et demi on a le rappel d'un vaccin. Mais 11 ans et demi c'est encore jeune. Après on a une vaccination à 16 ans. Mais c'est souvent entre les deux, il ne se passe pas grand-chose. Donc

c'est vrai qu'on ne les voit pas beaucoup pendant cette période-là. Oui, moi je suis favorable. Au moins pour deux raisons, un, pour le dépistage et puis deux, eh bien montrer aux ados le rôle que l'on peut avoir dans le soutien. Parce que souvent l'ado... On a des grosses pathologies comme j'ai dit là, des anorexies j'en suis quand même quelques-unes mais ce n'est quand même pas le cas le plus fréquent. Il y a plein d'ados qui sont dans le mal-être temporaire quoi. Eh bien leur faire comprendre que l'on peut être un lieu d'écoute, que c'est un lieu ouvert où ils peuvent parler où ils ne seront pas jugés où on comprend un petit peu... Parce que souvent c'est un peu ça : « les adultes ne peuvent pas comprendre ». Et donc il faut souvent leur dire que non, on peut les écouter et on peut comprendre une part des choses. Je pensais à un jeune aussi que j'ai vu il y a peut-être un an, donc qui n'était vraiment pas bien avec des prises de risques au volant suite à une rupture sentimentale. C'est vrai que l'on a cela de temps en temps. Donc là, on avait eu une série de trois ou quatre consultations, oui ce n'est pas très vieux ça. Il doit avoir 18-19 ans. Il avait travaillé assez tôt parce qu'il avait fait un apprentissage. Et je ne sais plus, il était parti quelque temps, je ne sais pas si c'était pour sa formation ou quoi, en Angleterre, ou c'est son amie qui partait, je ne sais plus dans quel sens c'était. Non, c'était son amie qui partait. Et il sentait avant qu'elle parte que ça n'allait pas très très bien. Effectivement ça s'est révélé être une rupture. Il a vécu ça très mal, il a eu un accident de voiture d'ailleurs. Et il expliquait très bien qu'il prenait des risques et que c'était volontaire. D'ailleurs je ne comprenais pas très bien l'item du TSTS sur les traumatismes et c'est vrai que c'est un truc auquel, moi, avant de faire des formations, je ne connaissais pas du tout. Et en fait le traumatisme ça peut être lié à des prises de risques qui soient liées à un mal-être. Et donc c'était intéressant avec ce jeune-là. Voilà il est revenu spontanément, je lui ai dit que je ne mettrai pas de traitement médicamenteux et que le traitement passait par là, certes il avait une phase de souffrance, une phase difficile avec une envie de se foutre en l'air mais c'est en parlant... Et il a bien compris ça. Donc il est venu plusieurs fois pour me faire part de ses états d'âme, comment il ressentait les choses. On a parlé beaucoup de son entourage amical et tout ça. C'est un jeune qui avait pas mal d'amis et tout ça. Là, j'ai vraiment senti un garçon qui adhère. Donc oui, on a dû se voir 3-4 fois et maintenant c'est un garçon qui va très bien. Je ne sais plus s'il a retrouvé une amie parce que ça fait un petit moment que je ne l'ai pas vu quand même. Comment décrire plus pour que ce soit intéressant pour vous ? Oui je pense que ça passe par une mise en confiance. Après on n'est pas des psychologues en tant que médecin généraliste. On agit beaucoup dans l'intuition, après il y a un peu d'expérience aussi. »

EG : « Oui, c'est un savoir-être ? »

M11 : « Oui »

EG : « Il y a des médecins qui sont plus ou moins à l'aise avec les adolescents. »

M11 : « Oui. Après on arrive à créer un climat. C'est comme je dirais avec les adultes, chacun a sa personnalité. La mienne va coller avec certains ados et pas avec d'autres. Les gens font leur choix de médecin par rapport à ça. Et puis après c'est pareil moi j'ai souvent, je ne sais plus quelle psychologue j'avais entendu dire ça... Parfois on dit il faut absolument que mon enfant voit un psychologue, si le gamin il n'a pas du tout envie de causer avec le psychologue on n'arrivera à rien. Si le gamin est bloqué c'est difficile aussi. Donc c'est tout ce climat... C'est quand même intéressant pour nous, généraliste. C'est le temps que l'on peut avoir, c'est-à-dire que si l'adolescent est dans une phase où il est complètement bloqué, on peut lui dire qu'on comprend son blocage pour l'instant, qu'on reconnaît, que l'on sait pourquoi il est venu, que ce soit une situation de rupture où ce pourquoi il a été amené, troubles du comportement ou quelque chose comme ça. Tout ça, pour nous, traduit une souffrance. Alors par rapport à l'enfant où c'était un type punitif comme consultation, qui n'était pas vraiment présenté comme ça par les parents, tout de suite, moi j'ai dévié sur le côté souffrance relationnelle quoi. En disant que je comprenais l'attitude, souvent c'est ce que je dis dans ces cas-là, je comprends l'attitude des parents qui sont dans le désarroi, qui ne comprennent pas forcément ce qui se passe, qui n'ont pas vu forcément les choses venir et que je ne peux pas me placer dans le : "oh c'est pas grave ce que tu as fait", je ne veux pas être dans la minimisation, la raison pour laquelle les parents amènent l'enfant est valable et qu'en

tant qu'adulte je me positionne, je ne suis pas d'accord avec l'attitude qu'a eu l'adolescent, mais qu'il y a toujours une raison derrière et après je passe la consultation sur le pourquoi. Pourquoi est-ce qu'on en est arrivé là ? Est-ce qu'il y a eu des troubles du comportement, de l'agressivité ? Et donc on a beaucoup dévié là-dessus et c'est pour ça qu'il y a eu une prise en charge externe. L'ancienneté du trouble me semble aussi très importante. C'est-à-dire que c'est un gamin qui n'avait pas trop posé de problèmes dans les petites classes, parce qu'il y a un maître qui est toujours le même et puis après le passage de CM2 en sixième il y a eu une dilution de l'autorité et ce qui fait que ça a dû exploser. Mais le problème me semblait ancien et c'était assez important. Je ne passe pas toujours à une structure spécialisée derrière. Des fois on a des choses très très fortes du genre, pas la tentative de suicide mais le mal-être qui paraît profond avec, on se dit qu'il ne va pas quand même passer à l'acte, des choses comme ça. Je pense que l'évaluation que l'on a avec l'ado, le ressenti qu'on a, nous fait adresser ou pas. Quand j'ai l'impression que vraiment il y a un trouble psychiatrique qui se cache derrière, ou un trouble de la personnalité, eh bien là, forcément moi j'adresse. Mais quelquefois c'est une difficulté temporaire, c'est un passage, il y a un côté versatile qui fait qu'on va vraiment se dire que si on les accompagne sur deux, trois mois on va passer le cap. Et donc je n'adresse pas forcément, surtout que la réactivité des structures n'est pas toujours si extraordinaire que ça. »

EG : « Les délais sont longs ? »

M11 : « Oui c'est ça. Je préfère dans ce cas-là leur dire : « eh bien, je tiens à te revoir ». Mais ça ne marche pas toujours. Il y a quand même des ados... J'en ai un qui a eu un accident de voiture, ça c'est assez récent, oui ça a six mois, c'était cet hiver. Alors là, c'était un ado de 16 ans dont je ne suis pas habitué... Nous ici, on est quand même protégé finalement. On a des gens qui ne sont pas dans la difficulté financière en général, pour la majorité des gens et puis on est en banlieue. Donc on a des gens mignons quelque part, qui ont leurs difficultés aussi. Mais là, c'était plus le jeune de la zone quoi, qui donnait un peu l'impression des jeunes de banlieue que je ne connais pas bien vu le milieu où je travaille. Mais très dans le paraître, « je veux une belle voiture, je veux ce téléphone et puis gagner du pognon et puis les filles » et puis très content de dire tout ça. Mais, eh bien voilà, en conduisant alcoolisé avec un accident qui aurait pu mal se terminer mais pas vraiment dans la reconnaissance des conséquences des actes qu'il commet. Donc on a eu une discussion d'une demi-heure encore une fois à la demande des parents qui disaient : « on n'y arrivent plus ». Un jeune qui promet qu'il va revenir mais que je ne le revois pas quoi. »

EG : « C'est un jeune que vous connaissiez avant ? »

M11 : « Oui, oui je connais toute la famille. C'est une fratrie où ils sont sept. Voilà quoi, c'est le deuxième ou troisième. Mais voilà je trouve que l'on n'arrive pas toujours quand même à accrocher. »

EG : « D'une manière plus générale qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté devant l'adolescent qui est en situation de mal-être ? »

M11 : « Les troubles de la sexualité, en particulier chez les jeunes filles, enfin les difficultés qui peuvent être liées à ça. Je suis pas très à l'aise. Et c'est certainement pour ça que je n'ai pas trop de cas et je les oriente vite parce que je ne me sens pas à l'aise par rapport à ça. Alors ce qui peut nous mettre en difficulté parfois, c'est la notion d'urgence, ce qui est fréquent. Une situation très très bruyante, enfin présentée comme bruyante, par les parents, voilà il faut désamorcer la situation, il faut refaire le point. Enfin je ne sais pas si on nous prend vraiment toujours au sérieux, du côté familial. C'est-à-dire que comme dans d'autres domaines, le soin en France est très axé sur le soin secondaire, c'est-à-dire que si on a un problème cardiaque le seul capable de nous soigner c'est le cardiologue, si on a un problème dermatologique ça ne peut qu'être le dermato. Combien de gens nous disent : « l'acné, ah oui, vous pouvez soigner l'acné ? ». Eh bien je trouve que parfois c'est un petit peu pareil pour le domaine du psychologique où les parents : « il faut voir un psychologue ». Et souvent la difficulté est de trouver le temps, on voit tellement de patients par jour. C'est des situations où on ne peut pas

prendre moins d'une demi-heure, c'est des situations où il faut prendre trois quarts d'heure très souvent et en plein milieu des consultations c'est parfois un petit peu difficile. Des fois ça déboule comme ça. »

EG : « Parfois initialement ils ne viennent pas pour un mal-être, ils viennent pour un certificat... »

M11 : « Oui tout à fait, et d'une, et même quand ils viennent pour ça on est pas prévenu auprès du secrétariat. Enfin, j'ai moins de difficulté avec ça, car je désamorce et je refais consulter rapidement dans la semaine. Parce qu'autrement on n'est pas disponible dans la tête, quand il y a plein de monde dans la salle d'attente. Non, je crois avoir moins de difficultés pour parler aux jeunes maintenant et les faire re consulter. Ça ne marche pas toujours, surtout quand ce n'est pas lui qui est demandeur au départ. Donc globalement ça va mieux de ce côté-là. Mais c'est vrai que parfois quand on juge qu'une prise en charge rapide est nécessaire ça prend un peu de temps. »

EG : « C'est-à-dire, qu'est-ce qui est difficile, c'est d'avoir un rendez-vous avec un psychiatre ? »

M11 : « Oui il y a ça, et puis il y a aussi qu'on ne connaît pas bien les raisons. Autant j'avais l'impression de pouvoir discuter avec les gastro. ou les cardio., autant avec les psychiatres on ne parle pas si souvent que ça. Très bizarrement. On a eu des formations au service du CHS de Blain, sur ce qu'ils proposaient au niveau du réseau de soins. On s'aperçoit des fois que quand on fait ce qu'ils disent ça ne marchent pas forcément, on ne peut pas avoir les rendez-vous aussi vite comme ils le disent parce qu'ils sont saturés. Enfin je ne leur jette pas du tout la pierre. C'est une question de limite de moyens. Ça, ça peut être un problème. »

EG : « Est-ce que vous avez parfois des difficultés avec les parents pour leur faire comprendre la situation. »

M11 : « Oui c'est un petit peu ce que je voulais dire tout à l'heure, les parents souvent disent « il faut voir un psychologue », parce que la situation est bruyante, et leur faire comprendre qu'ils sont face à un ado, c'est souvent bruyant avec un ado mais, que la situation n'est pas forcément si grave que ça, qu'il faut prendre le temps de l'écouter, qu'il a besoin effectivement d'une écoute externe. On a quelquefois des parents... la difficulté qu'on a parfois, c'est le conflit avec un parent et souvent lorsque c'est un conflit à deux, avec un parent. Le parent qui nous amène l'ado c'est celui qui n'est pas en conflit avec l'ado. Donc on voit parfois des situations où on parle avec l'ado et il ne parle qu'avec le parent qui fait tampon. Mais le parent avec qui il faudrait que l'on cause aussi, on n'arrive pas forcément à le voir. En tout cas, pas tout de suite, il faut parfois du temps. Ça aussi c'est quelque chose que j'ai compris avec le temps, c'est qu'il faut accepter qu'on ne résoudra pas les problèmes en 1, 2 ou 3 consultations parfois, que l'ado, il est dans un système, enfin dans un système... au moins dans le système familial et que, eh bien si on écoute bien on voit les problèmes dans le système familial et que très souvent il faut parler aux parents. Moi je pense que c'est ça aussi la difficulté, la difficulté de la médecine générale c'est que l'on a affaire à tous les membres de la famille. Et les parents arrivent avec leur vérité par rapport à leur ado et leur faire comprendre que l'ado lui aussi il a sa vérité à lui, qu'il n'est nullement question de remettre en cause l'autorité parentale mais qu'un assouplissement est parfois nécessaire afin de comprendre ce qui se passe et comprendre pourquoi leur ado est comme ça. Faire comprendre aux parents ce que c'est qu'un ado avec sa versatilité, tous les sentiments qu'il traverse. Comme je vous dis, parfois on a des consultations qui sont dédiées aux parents. Ou alors, parfois, quand j'ai vu l'ado seul, je refais toujours... Parce que souvent ça se passe comme ça, je vois les deux en même temps, un parent ou les deux parents avec l'ado, on discute, on expose le problème, souvent c'est un temps où les parents parlent beaucoup et où l'ado... Je dis : « bon d'accord, je vous propose de ressortir, je vais parler avec l'adolescent. Mais on refera une synthèse ensemble après ». Donc là, je prends l'ado, je lui explique les règles de la confidentialité et puis on part sur ce que je vous disais, les problèmes. Souvent les ados minimisent. Donc, après, j'essaie de dévier sur ce qu'est sa vie, comment il vit sa vie au lycée ou au collège. Comment ça va à la maison, est-ce qu'il a des amis ? On essaie de parler aussi des choses du TSTS sans dire que l'on fait le TSTS forcément. Souvent la difficulté, j'en ai parlé des fois, c'est, est-ce qu'ils ont une petite amie ? Mais moi parler de la sexualité avec les ados ça reste quelque

chose de difficile, je ne sais pas pourquoi, c'est bête. Parce que je n'ai pas l'impression d'avoir des difficultés pour parler de ça avec les adultes mais c'est quelque chose qui reste assez difficile pour moi. J'avoue que je n'en parle pas forcément. J'avais utilisé à un moment un long questionnaire que... Je leur disais : « comme on a du mal un peu à parler si tu veux tu peux remplir ça. Et si tu ne veux pas cocher et bien ne réponds pas ». Je ne le fais plus ça, je préfère discuter, j'aborde les différents thèmes, j'ai un petit peu la grille dans la tête. Et puis après je leur dis : « eh bien voilà, on s'est dit beaucoup de choses ». Finalement on finit par se parler assez longtemps. « Moi j'ai cerné ça et ça, qu'est-ce que tu en penses ? » J'essaye d'avoir un retour, « moi je pense ça mais c'est ma vérité c'est pas forcément la tienne. J'ai peut-être pas bien compris ». Et puis je vois comment il adhère, est-ce que ça s'est bien passé ou pas. Si c'est le cas, eh bien je lui dis : « si tu veux on peut se revoir » si j'estime que c'est nécessaire. Et puis après je lui dis : « eh bien voilà, on va revoir tes parents parce qu'on leur avait promis au départ ». Et puis je lui dis : « écoute, on va les revoir, qu'est-ce que tu acceptes que je leur dise ? Qu'est-ce que tu refuses qu'il soit dit de ce qu'on a dit ? Il va falloir que l'on dise quand même quelque chose à tes parents ». Je fais revenir les parents et là on rediscute un petit peu sur ce que l'on a dit, enfin sur ce qu'il accepte que l'on dise et puis si on fait une consultation de suivi. J'essaye, un peu d'exposer aux parents ce que j'ai ressenti en essayant de garder la relation de vérité. Si j'ai dit à l'ado dans la partie où j'étais avec lui, « moi j'exprimais ma vérité à moi, eh bien là tes parents ils pourraient peut-être être un petit peu plus souples. Mais ils avaient peut-être telle ou telle raison ». Il faut débrouiller les choses. Mais si je lui ai dit ça pendant la consultation, je le redis aux parents. Je ne change pas de discours bien entendu pour qu'il sente que je ne suis pas dans son soutien intégral mais je ne suis pas dans le soutien de ses parents non plus. J'essaye d'avoir une attitude neutre pour essayer de comprendre un petit peu ce qui se passe. Et après je propose des consultations de suivi voilà. Voilà comment je procède habituellement. »

EG : « Est-ce que vous fixez vous-même le rendez-vous ? »

M11 : « Oui ça m'arrive. »

EG : « Et généralement l'ado vient ? Lorsque la consultation est un peu imposée ? »

M11 : « Oui, oui. Mais chose que je ne sais pas, est-ce que je n'ai pas tendance à fixer des rendez-vous quand je sais que l'adhésion est là. Et puis de dire : « eh bien tu reviens si tu veux » quand l'adhésion est moins bonne. C'est possible ça. Je pense au jeune que j'ai vu, je lui ai dit : « je suis prêt à te revoir et à ce que l'on discute régulièrement des choses ». C'est pourtant un ado avec qui je ne me sentais pas vraiment en phase, tout dans le paraître, tout dans la frime, le sexe sans les sentiments. Alors peut-être qu'il ne s'est pas senti en phase avec moi et qu'il n'a pas repris rendez-vous, ou bien parce que pour lui la vie c'est comme ça voilà. Mais il n'a pas pris rendez-vous. Voilà, ce jeune-là, si je lui avais imposé, enfin si je lui avais dit : « voilà on reprend rendez-vous dans 15 jours », peut-être il serait revenu. Je n'en sais rien. Peut-être que je sélectionne moi-même au départ, on ne se rend pas bien compte toujours des attitudes que l'on a.

Pour revenir à cette consultation systématique, je vous l'ai dit je suis très pour. Je pense par exemple que l'on aurait besoin de formation, même pour moi qui en ai fait des formations là-dessus et qui est dispensé des bases mêmes aux étudiants en DES. Moi, j'aimerais bien avoir une formation spécifique sur ça. Alors, après c'est toujours pareil, il ne faut pas que l'on tombe... que ces consultations-là, tombent dans le questionnaire, c'est-à-dire : les vaccins sont-ils à jour ? Je vais examiner, la tension, machin. On peut faire le certificat de sport, ce serait très bien, ça ferait une consultation en moins. Mais après, la partie où on aborde le vécu, et tout ça, si on est sur, à remplir des cases, je ne sais pas si on va initier des choses. Et puis je pense qu'il faut que ce soit une consultation qui soit bien payée. C'est-à-dire, il faut que ce soit une consultation sur 2C, parce qu'il faut une demi-heure, trois quarts d'heure pour faire vraiment du bon travail. Après c'est toujours pareil, on a quand même des ados qui vont bien, je ne sais pas quels sont les statistiques. Alors, et puis, le problème de cette consultation systématique, si j'y vois quand même un problème, l'ado qui va bien, il va bien. Il va oublier qu'un an avant ça allait très mal et tout ça éventuellement. C'est ça le problème, c'est que l'ado il oscille souvent

entre un pôle et l'autre. Et que, si on tombe dans le moment où il est bien, voilà tout va bien. Et puis si on tombe dans le moment où il est pas bien, c'est une catastrophe « rien ne va bien je vais me foutre en l'air, c'est n'importe quoi ma vie » alors que finalement quand on regarde bien, il y a quand même des bases. Souvent je trouve que c'est ça l'ado, c'est qu'il a besoin d'être rassuré aussi sur le fait qu'il y a des choses qu'il fait bien à la fois au niveau relationnel, à la fois au niveau de ses études. Ce n'est pas toujours le cas, mais il y a souvent des choses qu'il fait bien et il ne le sait plus, et il ne voit plus que ce qui n'est pas bien. Donc, c'est lui rappelé quand même qu'on veut bien discuter avec lui mais de lui dire : « d'accord, là tu viens pour un problème au départ, mais dans ce champ-là tu as plein d'idées, dans ce champ-là il y a plein de choses que tu fais bien ». Le rassurer aussi sur le fait que physiquement il va bien. »

EG : « Ou qu'il est normal. »

M11 : « Oui voilà, qu'il est normal. Ou même, simplement le fait d'avoir une relation d'adultes avec le médecin, c'est-à-dire d'avoir été rassuré sur le fait qu'on l'a considéré, lui tout seul, on lui a dit qu'il avait des qualités, les qualités qui l'a, là où il y a des défauts on va pas lui dire que c'est des qualités. Mais à bon escient, il sent qu'il peut avoir confiance dans ce qu'on a dit, il sent que ce qu'on a dit on le pensait vraiment et il y a des choses sur lesquelles il peut s'appuyer pour rebondir. Souvent une consultation peut faire repartir un ado. Moi ça m'est arrivé fréquemment, où les parents me disent : « eh bien merci parce que ce que vous avez dit la dernière fois il a fait ci, il a fait ça et puis c'est reparti ». On a réussi à causer ensemble. Il y a des situations qui sont amenées comme catastrophiques et finalement pas du tout. Ça repart très très vite, si on a réussi à créer un lien au cours de la consultation. Il n'y a pas toujours de suivi sur plusieurs consultations. »

EG : « Et puis c'est un peu ça le mal-être de l'adolescent, c'est que la majorité vont bien, qu'ils ont un passage difficile. Et je trouve que c'est aux médecins généralistes justement de prendre en charge ça. Et de ne pas...tout psychiatriser... »

M11 : « De ne pas tout psychiatriser. Tout à fait. Je pense que là aussi, on a peut-être dans la formation, on a un gros boulot aussi de nous aider à orienter. C'est-à-dire que je pense que... Moi à mon époque on était très peu formé sur l'adolescent, c'était quasiment zéro. »

EG : « Ou peut-être formés sur des pathologies très psychiatriques ? »

M11 : « Oui voilà c'est ça. On avait le certificat de psychiatrie mais la part sur l'adolescent enfin... À part les névroses dont je me souviens. Le travail sur l'ado était très très faible. Je pense aussi qu'il faut rassurer sur les capacités d'un généraliste à pouvoir gérer un adolescent. Face à ces situations amenées comme catastrophiques, des fois le généraliste peut se dire, c'est tellement bruyant, quand on commence à parler suicide, quand on commence à parler de conduites à risque extrêmement complexes, quand on commence à parler d'un ado complètement renfermé sur lui-même qui casse tout chez lui, on peut se dire : « oh là de la psychiatrie, ce n'est pas pour moi ». Je pense que former et donc rassurer les généralistes sur le fait qu'ils ont leur rôle à jouer et que l'on peut débrouiller des situations. Moi ça me paraît important. Et la deuxième chose c'est former plus à..., voilà quand est-ce qu'il faut orienter ? C'est-à-dire toutes les situations où on sent qu'il y a des troubles de la personnalité derrière, voire de véritables pathologies psychiatriques ou des troubles addictifs profonds. Voilà, je pense que cela pourrait être intéressant. Moi ce qui me ferait du bien aussi c'est une formation sur comment aborder la sexualité des ados. J'en parle, si, quand même car avec toutes ces jeunes filles, donc lors de la proposition de la contraception. »

EG : « Oui, maintenant avec le vaccin Gardasil®. »

M11 : « Mais voilà c'est ça. Enfin, le Gardasil® on le fait souvent avant la pilule. Oui on parle de la sexualité mais moi je l'aborde de façon très générale. Car pour le vaccin Gardasil® souvent elles ont 13, ou 14 ans. La plupart n'ont pas eu de relations sexuelles quand même. Donc on explique ce que c'est que le vaccin, que c'est contre

le papillomavirus, on parle un petit peu des MST. Souvent c'est en présence de la maman. Je ne trouve pas que ce soit très performant. On en parle un petit peu plus en donnant la contraception car on voit des jeunes filles seules, pour la première demande de pilule. Alors d'habitude le problème c'est en fin de consultation : « Au fait il me faudrait ma pilule ». Alors moi maintenant, je demande s'il y a une notion d'urgence car je ne voudrais quand même pas qu'elle tombe enceinte pour ne pas l'avoir prescrite en fin de consultation. Si ce n'est pas urgent je lui dis non et je lui dis qu'on va se fixer un rendez-vous. Je lui dis : « j'ai trop de choses à te dire pour cette première prescription de pilule, pour bâcler ça ». Ça aussi c'est une consultation des ados qui est extrêmement intéressante. Mais on parle des maladies sexuellement transmissibles, mais moi je ne parle pas de sexualité, je n'y arrive pas pourtant je pense avoir des valeurs là-dessus. Comme je vous disais tout à l'heure ce jeune qui était dans le sexe sans sentiment, moi ça ne me parle pas, je ne comprends pas très bien ce truc-là. Bon, eh bien je pense que c'est aussi des choses là-dessus où on aurait à rassurer les jeunes, parce que ce jeune-là, pourquoi il pratique ça ? Parce que c'est devenu une norme sur les médias. J'ai eu une fois un ado qui est venu pour la taille de son sexe, et vraiment pour lui c'était un problème quoi. Et donc on a parlé de la sexualité et tout ça. C'est resté un problème je crois pour lui après. Ce qui était rigolo, c'est qu'il avait un médecin de famille qui était mon associé plus âgé que moi, qui est décédé maintenant mais qui était un homme et il ne voulait pas le voir lui. Il était venu me voir moi, il ne préférait pas voir son médecin habituel pour parler de cette chose-là comme quoi ce n'est pas forcément simple aussi. Donc il n'avait manifestement pas un micro pénis. Il avait des organes génitaux tout à fait normaux, j'essaie de le rassurer là-dessus. Mais apparemment ce n'est pas suffisant. Enfin lui était dans les techniques d'allongement de la verge, enfin tous ces machins là quoi. Alors on a essayé de parler de la sexualité si ça se passait mal ou pas. Il avait eu quelques expériences sexuelles mais il avait carrément une phobie de ça. Donc je l'ai envoyé voir un urologue qui lui a dit qu'il n'y avait pas de soucis particuliers. Alors je ne l'ai pas revu après, j'ai dû le revoir après pour une autre pathologie. Mais je ne l'ai pas revu. Mais voilà j'ai essayé de démonter un peu les standards que l'on peut voir dans la pornographie, ce n'est pas simple de parler de cette chose-là. Et je pense qu'il y en a d'autres qui auraient besoin d'être rassurés sur le fait que ce qu'ils peuvent voir sur les sites, où les trucs comme ça ce n'est pas la réalité des choses. Donc comment aborder ça ? Une formation nous aide souvent bien à avancer. Mais pas une formation de 2h en FMC où un expert vient nous parler, plutôt une formation où on est mis en situation, où on fait des jeux de rôles. Des choses comme ça. Le mieux c'est de mettre des acteurs. Entre nous, des jeux de rôles, on arrive à faire des trucs sympas. Et avec un expert qui nous parle de ce que l'on a vécu en situation réelle. »

VI.2.12. Médecin n°12 : M12.

M12 : « Je vais parler du dernier ado que j'ai vu, il y a trois jours. C'est vraiment le problème de l'ado. C'est : « Qui suis-je ? D'où viens-je ? Où vais-je ? ». Il s'appelle Romain. Seize ans ça vous va ? »

EG : « Oui. »

M12 : « Oui, donc il s'appelle Romain. Alors qu'est-ce que vous voulez savoir ? »

EG : « Eh bien que vous me racontiez vos consultations, voilà, son histoire. »

M12 : « Alors Romain, c'est un jeune homme qui a commencé à avoir des petits soucis de santé en novembre, de l'année dernière. Avec des trucs, il dit : « oh, je ne suis pas bien, et puis je ne sais plus si je veux être pompier ». Un petit peu stressé, mais bon, en discutant avec lui, il y avait un petit peu d'insomnie. Il ne se passait rien de particulier à l'école. Ses parents ne m'ont rien signalé, parce qu'il était venu avec ses parents. Donc je l'ai un petit peu questionné, donc pas suicidaire. Donc, « je ne suis pas bien, je suis un peu stressé ». Donc à l'époque il était en seconde pro parce qu'il voulait être pompier. Et puis, après il s'est mis à avoir des troubles mictionnels, c'est-à-dire, il avait envie de pisser, et puis plus rien, et puis il ne pissait pas. Donc on s'est quand même assuré qu'il n'y avait pas de problème. Donc il n'y avait rien, et en fin de compte c'était un blocage mictionnel sur stress. Donc là, je lui ai demandé « bon qu'est-ce qui se passe, dis moi ». Il me dit non il n'y a rien. Tout allait bien a priori pour lui. Il dormait bien, il mangeait bien. Des parents pas trop chiants, une petite sœur qui a 13 ans, sans souci particulier. Des copains, des copines. Au niveau de la vie sexuelle, il avait eu des rapports. Des parents cools, la mère gardait des gosses et le père était à son compte. Donc comme il n'y avait rien, je lui ai donné un peu de Xanax® pour éviter le stress car toutes les 30 secondes il se levait (*sous-entendu pour aller uriner*). Et je lui ai dit que ce serait bien qu'il voit un sophrologue ou autre pour essayer de gérer ça. Après ça, donc ma remplaçante l'a revu début février : fatigué, n'arrive plus à se lever le matin ne veut plus aller à l'école. Problème au lycée, des copains se seraient moqués de lui. Bon, il a fini par dire que l'école ne l'intéressait plus et qu'il voulait arrêter. Donc elle l'a traité comme une crise d'angoisse, elle lui a donné un papier pour l'école et moi je l'ai revu le 19 mars pour des malaises, et il n'arrivait pas à manger : « je ne sais plus manger », sensation vertigineuse. Donc là il était à la mission d'insertion puisque donc les parents avaient cédé et le directeur aussi. « ok, on ne va pas le forcer à rester à l'école ». Donc là il est passé par divers métiers, poseur de sol, électricité, plomberie donc, pour essayer de trouver sa voie. Bon, et puis j'ai rediscuté avec lui, bon il me disait « non je ne suis pas stressé », il dormait mieux. Nausées le matin c'est tout. Alors on en a rediscuté un petit peu, je lui ai dit : « tu es sûr il n'y a pas autre chose qui te tracasse, un prof, un copain ». Non, pour lui il n'y a rien, tout va bien, je ne comprends pas. Donc, là ça allait à peu près et puis l'autre jour, donc ça, c'est récent, il y a trois jours. Donc hier matin, je suis appelé par le Dr X. « voilà, j'ai été appelé pour un de vos patients, il a fait une fugue ». Donc il avait laissé un petit mot sur son lit où il disait « je vais me promener mais je ne sais pas si je reviendrai ». Bon, coup de panique des parents. Donc ils l'ont appelé par SMS « tu es où ? », il a répondu « Je suis avec une copine ». En effet, il était avec une copine côte à côte, donc là, ils ont appelé un médecin parce qu'il disait « je suis bon à rien ». Donc ses propos c'étaient ça : « je suis bon à rien, je me sens inutile et je fais sans doute du mal à mes parents, donc à la limite il vaudrait mieux que je disparaisse ». Donc le médecin n'avait pas trouvé vraiment de propos suicidaires mais il avait quand même essayé de négocier une hospitalisation. A priori, il avait l'air d'être d'accord. Donc pour nous c'est P.. Mais il n'y avait pas de lit ou alors c'était un lit fermé qu'ils auraient dû ouvrir. Donc là, il s'était un peu renfermé. »

EG : « Excusez-moi, P. qu'est-ce que c'est ? »

M12 : « C'est l'hôpital psychiatrique de notre secteur. À P. et il y a quatre sous unités A., B., C.... Donc en fait, en discutant, il a accepté de revenir chez ses parents. Et en fin de compte, il avait été voir à CASA, je lui avais donné les coordonnées du sophro., de CASA. Voilà, « si tu as quelque chose que tu n'oses pas me dire ou que

tu ne veux pas me dire, va voir ces gens-là un petit peu ». Donc j'ai appelé le Dr M. qu'il avait vu, donc je lui ai raconté que j'étais un petit peu embêté, mais elle me dit : « pourtant, on a vraiment un ado qui est mal dans sa tête, il ne sait pas qui il est, où il va. Il n'a pas de plainte particulière il n'y a pas de souffrance. Elle me dit : « bon je vais le revoir la semaine prochaine mais ce serait peut-être bien que je le vois un peu plus tôt, là je ne peux pas le voir », on était mercredi, « éventuellement qu'il passe voir les infirmières, pour discuter un petit peu et puis je lui donnerai le rendez-vous ». Et donc, hier, Romain est venu avec ses deux parents, donc on était un peu dans le psychodrame, le papa de 1 m 80 que l'on voit pleurer comme une madeleine en disant : « voilà, aidez-nous car on ne sait pas quoi faire, on ne comprend pas ». Je leur dis, rassurez-vous moi non plus et votre gamin non plus. Et il m'a redit, qu'il n'avait envie de rien qu'il se sentait inutile qu'il ne voulait pas se suicider mais il se demandait ce qu'il foutait là. Et je lui ai dit : « mais alors qu'est-ce que tu fais ? », Je lui dis : « pourquoi tu vas pas à Nantes ? » Il me dit pourquoi faire ? Donc en fait il ne sait pas qui il est, où il va, ce qu'il fait. Je lui ai reparlé d'une hospitalisation, il n'en était pas question. Le Dr M. lui avait parlé qu'il y avait éventuellement l'ESPACE à Saint-Jacques. Je lui ai dit qu'il pouvait aller à CASA, il a dit : « non pas maintenant ». Donc je les ai vus d'abord tous ensemble et puis après j'ai vu Romain seul. Il m'a dit qu'il avait eu un bon contact avec le Dr M. donc il doit la revoir aujourd'hui ou demain, et il ne voulait pas retourner à CASA, il voulait qu'on le laisse tranquille. Je lui ai dit que : « si vraiment tu as besoin de t'isoler un peu tu peux expliquer à tes parents voilà je vais passer deux, trois jours chez un copain ou une copine ». Alors cette copine, je lui ai dit : « qu'est ce que tu lui as dit ? » Il me disait rien. Je lui disais : « mais qu'est-ce qu'elle faisait ? », « Rien, elle m'écoutait », mais il ne parlait pas. Donc voilà il y avait cette copine qui était là. Donc voilà, la conclusion c'était de lui dire qu'il y avait des gens qu'ils l'aiment, « qui voudraient faire des choses pour toi parce qu'ils ne savent pas ce qui se passe, donc maintenant va voir Mme M., puis aux gens qui t'aiment tu leur dis voilà je ne sais pas, vous n'y êtes pour rien ». Mais je lui dis aussi que de passer trois jours chez des copains je ne pense pas que « tes parents soient contre. Le problème c'est qu'il faut qu'ils sachent où tu es, parce que tu as 16 ans ». Donc je lui ai fait un arrêt de travail car il devait aller en stage aujourd'hui. C'est pareil, il demande à ses parents : « mais qu'est-ce que vous foutez là, allez travailler ». Et sa mère lui dit : « mais attends tu t'imagines avec trois gamins, on a un enfant qui ne va pas bien, je ne peux pas travailler ».

EG : « Peut-être qu'il ne se rendait pas compte du bouleversement qu'il avait engendré ? »

M12 : « Eh bien non, parce que pour lui, il est inutile. Il dit : « je suis nul, et j'ai peur de faire du mal à mes parents ». Donc je pense que quelque part il devait culpabiliser un petit peu. Parce que le problème c'est quand on n'a rien à reprocher, je lui ai dit « tu aurais préféré que ton père de tape sur la gueule et rentre bourré tous les soirs, c'aurait peut-être été plus facile ». Je lui ai dit qu'il n'a pas à dramatiser, « tu ne vas pas bien parce que tu es un ado qui a un problème, on ne sait pas lequel, toi-même tu ne le trouves pas. Donc va voir Mme M., c'est elle qui va essayer des trucs et en attendant il y a des gens, là, qui sont à ton écoute, à côté de toi ». Donc là je n'ai pas eu de coups de téléphone donc a priori il n'y a pas eu de problème parce qu'il aurait pu repartir (*fuguer*). Donc voilà où on en est. Donc le prototype de l'ado avec toute la problématique où on n'a rien à comprendre. Alors par contre Mme M. m'a dit quelque chose qu'il ne m'avait pas dit à moi. À l'époque où ça a commencé, il a été largué par sa nana. Il avait une copine depuis trois mois et c'est elle qui est partie. Et a priori, elle m'a dit que quelque part dans sa virilité... Alors je ne lui ai pas dit que je savais mais je lui ai posé la question : « est-ce que tu n'as pas eu je ne sais pas un deuil, une rupture sentimentale ? » Il m'a dit non. Je lui ai dit : « mais tu as une vie sexuelle ? ». Il m'a dit qu'il avait des rapports. Donc s'il l'a dit à Mme M. peut être qu'elle a trouvé les mots ou qu'il n'a pas voulu me le dire car il s'est dit, il va vouloir savoir qui c'est la nana ? Comme il habite C.. Donc je lui ai tendu des perches mais non. Il ne les a pas prises. Donc aujourd'hui ou demain il va revoir Mme M.. Donc après j'ai fait rentrer les parents, je lui ai dit que tout ce que l'on s'était dit c'était de l'ordre du secret médical. Donc j'ai essayé de rassurer les parents, je leur ai dit : « vous êtes perdus, c'est normal comme tous les parents d'ado qui a un problème et qui n'a rien de particulier à vous reprocher, sinon qu'il culpabilisait un petit peu de vous mettre dans la merde et que voilà, il ne sait pas comment s'en tirer ». Je leur ai dit : « contentez-vous d'être à son écoute, de lui dire que vous êtes là et puis voilà... C'est tout,

ne cherchez pas plus loin ». Le père était emmerdé, parce que c'est lui qui lui avait trouvé son terrain de stage, donc je lui ai fait un arrêt de travail, je n'étais pas obligé de dire pourquoi, il était malade point. »

EG : « Les parents, ils étaient inquiets du risque suicidaire, qu'il fasse une bêtise ? »

M12 : « Au début oui, mais après ils se sont rendus compte... ce qui les a rassurés... qu'il avait laissé un mot et il avait répondu au SMS. Mais voilà, après, j'avais laissé une ligne de conduite, j'avais dit : « s'il repart et qu'il ne répond pas au SMS, là oui, vous pourrez peut-être appeler d'abord les copains ». Non, en gros, eux, c'est qu'est-ce qu'on a fait pour qu'il en soit arrivé là et qu'est-ce qu'on peut faire, parce qu'ils sont perdus, comme on peut l'être quand on a un ado qui marche bien, qui n'a pas de souci particulier. Il est grand, il fait 1m 72, il joue au foot, 57 kilos. Grosse chevelure un petit peu afro, rouquin. Au bout d'un moment je lui ai dit : « je t'enquiquine maintenant ». Il m'a dit : « oui j'en ai marre, ça suffit ». Un moment, il a eu une bouffée de phobie donc j'ai ouvert la fenêtre. Je lui ai dit oui pas de problème. Il entend, mais bon, il n'intègre pas. »

EG : « Il avait du mal à verbaliser ? »

M12 : « Eh bien non, parce qu'il répondait aux questions mais il ne verbalisait pas son mal-être. Lui-même, il ne sait pas pourquoi il est comme ça. Alors le problème, c'est que si c'est cette histoire amoureuse qu'il l'a choqué, c'est qu'on ne tombe pas sur la fée de sa vie du premier coup donc il faut passer par des ruptures. Mais s'il ne le verbalise pas... J'espère qu'il va le verbaliser avec le Dr M. et puis un petit peu se rassurer parce que ce n'est pas parce que la copine a rompu... parce que lui c'est le garçon qui largue les nanas... Il faut qu'il comprenne que si la nana n'a pas donné suite c'est que pour elle c'était superficiel, que l'on peut papillonner un petit peu sans forcément aller dans le dit, qu'il s'aperçoive qu'on peut avoir des points en commun avec quelqu'un et puis des choses qui nous déçoivent. J'ai ma fille qui tombe amoureuse tous les 8 jours et le troisième jour elle va mourir, parce que, oui à 16 ans les garçons ils papillonnent, un petit bisou par là, la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et puis le lendemain c'est reparti tout va mieux. Alors on voit certains qui se connaissent depuis le CP et 50 ans après ils sont toujours ensemble... »

EG : « Et donc, c'est un adolescent qui ne vous a pas spécialement inquiété ? »

M12 : « Non parce que j'ai essayé d'explorer les pistes sur le risque suicidaire ou le risque de fugue. Alors j'ai expliqué aux parents d'un point de vue juridique qu'il n'avait pas fait de fugue, il est allé rejoindre quelqu'un. La fugue c'est quelqu'un qui se barre sans laisser de traces et qui disparaît. »

EG : « Est-ce que d'une manière générale lorsque vous prenez en charge un adolescent, vous les orientez facilement vers un psychiatre ou vous pouvez prendre en charge seul ? »

M12 : « Eh bien j'essaie, sauf si je vois que ça bute. Et j'essaie de proposer, donc là on a CASA où il y a des infirmiers et des médecins. C'est vrai que ça nous a aidés. Parce qu'à P., il y a marqué en gros « hôpital de fous ». Non, et puis pour les parents c'est rassurant. Parce que souvent, c'est : « Docteur, il n'est pas fou notre fils ». Les gamins, eux, ce qu'ils veulent c'est être écoutés. Non, la plupart du temps, je vois dans ceux que je vous ai cités.

Donc, cette jeune fille qui est vraiment mal dans sa peau avec des crises de type hystériques, avec des grandes crises de spasmophilie, « je vais mourir, vite vite », je vois, j'ai été appelé, à 400 m il y avait les pompiers, machin. Et les copines « vite vite elle va mourir », les copines paniquées. En fin de compte, « madame » n'était pas contente parce qu'une autre lui avait refusé une clope, et là, elle a fait sa crise spectaculaire. Bon, et puis je lui ai dit : « maintenant tu arrêtes ton cirque tout le monde est parti, on va discuter tous les deux ». Elle a fait de nombreux aller-retour à l'hôpital, avec des pseudo tentatives (*de suicide*). Et puis brutalement, cette histoire avec ses parents. Donc elle était vraiment un mur, avec un refus de communiquer. Ses parents lui ont demandé pourquoi elle avait inventé ça, « que tu dises à tes profs que tes parents sont cons mais que tu ailles raconter

que je te battais ou que je battais ton frère non ! ». Son frère lui a dit : « oui, j'ai eu un coup de pied au cul mais j'avais cassé la mobylette, donc c'est normal qu'il me foute un coup de pied au cul mais je suis assez grand pour me débrouiller tout seul ». Son frère a quand même 15 ans quoi. Donc, là maintenant c'est dans une procédure, c'est la folie. Donc, dans ces situations on est content d'avoir un psychiatre.

C'est ce que j'ai dit à Romain, lui, il va t'aider à déroulé la bobine qui ne va pas bien.

Hugo, alors lui, il était violent avec sa mère et j'étais content de l'envoyer chez le psy. Il faut dire que je comprends le gamin, quand on a une maman qui a trois gosses et qui divorce pour aller se mettre en ménage avec une copine, elle était homosexuelle. On peut comprendre que le garçon en veuille à sa mère. C'est vécu comme une trahison. Alors lui, par contre, en reprenant la suite...Enfin c'est ce qu'il me disait, en 2007, « oui je fais des conneries mais je fais des choses bien aussi ». Il était quand même déjà manipulateur. Il a été exclu trois fois des collèges, il faisait l'andouille en classe. C'est pareil, une fois il est monté sur le toit de l'école pour aller chercher un ballon et il s'est étonné d'avoir eu 2 heures de colle, il insultait, il s'insurgeait et il était étonné d'être viré de l'école. Oui, pareil, il sort du bahut pour aller s'acheter un sandwich en dehors des heures de sortie. « Ah bon, on n'a pas le droit ? ». À 15 ans... Bon, il semblerait, quand même à la décharge de la mère que le père picolait. Et puis, à la fin il s'est mis à taper sur sa mère. Donc on a été obligé de l'envoyer à l'hôpital, c'est ça, ou la police. Donc là, il est parti dans le cercle psy et je ne le vois plus. »

EG : « Dans les situations d'urgence comme ça, est-ce que c'est facile pour vous d'adresser ? »

M12 : « Ah non, j'ai eu un problème d'addiction chez un ado. J'ai appelé le centre d'addiction à Saint-Jacques, et les consultations à Saint-Jacques on a un rendez-vous dans six mois. Donc j'ai dit : « là, il y a quatre pompiers, j'ai une piqûre à faire au cas où il se passe un truc, vous pensez que l'on va rester six mois dans mon cabinet comme ça ? ». Alors, ESPACE c'est pareil, Mme M. me disait que là, éventuellement on pouvait avoir des lits pour des situations d'urgence. Non, on est en misère du point de vue des lits d'hospitalisation, en matière d'ados et d'enfants. On a fait venir, dans le cadre d'une FMC un pédopsychiatre, le thème c'était : « à quoi ça sert un pédopsychiatre ? ». Donc elle est venue avec toute son équipe, on a discuté et autre. Et donc, ils nous ont expliqué comment ils fonctionnaient avec CASA, les consultations, le CMP et elle disait, par contre pour nous, les lits, on n'en a pas. On a des hôpitaux de jour. Quand on a un ado ou même des jeunes de 6-7 ans, c'est soit chez les adultes à P. soit en pédiatrie. Alors, on a toujours la possibilité de l'urgence ou là, ça permet de faire dégonfler la mayonnaise. C'est pareil je me suis posé la question... S'il se met à délirer je fais une HO mais je l'envoie où ? Il a plus de 16 ans maintenant, alors, est-ce que c'est HO à P. en service adulte ? Alors autrement, dans notre région, ça va. Enfin on a l'alcool chez les ados. Non, là je vois pour Romain, le problème c'est la prise en charge.

Mais avec Sébastien, on en a chié, il tapait sur sa mère quand son père était parti. C'est des gens qui étaient sur Paris, ils sont venus ici et puis le père a été re muté sur Paris. Donc il partait du lundi au vendredi et le gamin il jouait au petit chef avec sa mère et quatre sœurs. « Je suis le mec, je remplace papa ». « Ton père c'est le monsieur qui est grand avec qui je fais l'amour dans le lit, toi, tu es mon fils, il ne faut pas confondre ». Et puis après il lui piquait ses sous. Mais bon, on est toujours resté en contact même s'il s'est bien braqué. Mais il est revenu me voir, peut-être parce qu'à un moment il était dans la même classe que un de mes enfants et puis maintenant il s'est marié, il est père de famille. Il me dit : « oui j'ai fait des conneries », mais bon je lui dis maintenant c'est fini. Par contre lui, il a eu les flics qui sont venus à la maison pour coups et blessures, et autre.

Alors Romain, je ne sais pas, d'un seul coup, tu vois l'évolution. Alors le problème, c'est pourquoi il ne m'a pas parlé de cette rupture amoureuse, alors peut-être que c'est une jeune fille que je connais, qui est peut-être ma patiente, et il a peur que j'aille lui raconter. »

EG : « Oui, mais si j'ai bien compris vous lui avez dit que vous étiez soumis au secret médical ? »

M12 : « « Oui, tout ce que tu m'as dit c'est chut, ça ne sort pas ». C'est comme avec Mme M.. C'est important de les rassurer, qu'ils sachent. Alors peut-être qu'après il viendra me voir. Ou peut-être qu'il ne le fera pas parce qu'il aura réglé son problème. Je crois que Mme M. pense que c'est ça, donc elle essaie de le rassurer dans sa virilité même s'il ne pose pas le problème comme ça. « Parce que moi un beau mec comme je suis et j'ai été lâché par une nana », et s'il arrive à se rendre compte que cela fait parti de la vie et que bon, c'est traumatisant, que l'on comprend et que bon, ça arrive à beaucoup de gens et que ça peut se digérer et que peut-être que la prochaine fois, c'est peut-être lui qui se barrera en laissant la nana parce qu'il jugera que oui ça peut être une bonne copine mais pas une amie ou une future femme et que bon, c'est comme ça que l'on fait la vie. »

EG : « Et justement avec Mme M., vous avez de bons contacts, vous arrivez à bien communiquer ? »

M12 : « Alors on communique oui, en sachant que les psychiatres lâchent le minimum mais bon, c'est normal, c'est aussi leur boulot. Je ne sais pas quels contrats sont passés avec les patients. Donc là, elle m'a dit des choses mais oui ça se passe bien. C'est pareil, ces gens-là, au CMP, j'ai des patients qui sont suivis par le Dr S. »

EG : « Et vous arrivez à communiquer ? »

M12 : « Oui, oui, on a les numéros directs. Le problème c'est que l'on passe par le secrétariat car quand vous êtes en pleine thérapie avec un gamin et qu'on vous passe un médecin pour parler d'un autre, ce n'est pas possible. C'est comme moi, soit c'est urgent, vous m'appellez en disant voilà votre patient il est aux urgences, il a quatre de tension, il a pris des médicaments je ne sais pas ce que c'est, bon eh bien ma femme me le passe. Je prends la fiche, et je leur donne. Par contre, quand c'est pour parler de quelqu'un, ma femme prend le numéro et je les rappelle ou ils me rappellent. »

EG : « Vous ne rencontrez pas de difficulté avec la collaboration avec les spécialistes ? »

M12 : « Non, le seul problème avec les psychiatres c'est d'avoir des écrits, on n'en a jamais. Par contre, quand il y en a un qui m'envoie un petit mot c'est marqué « secret confidentiel ne pas divulguer », « chers amis j'ai bien vu M. untel ou Mme untel » ou un truc et autre à deux ou trois reprises, voilà c'est tout. Bon, ils confirment qu'il y a un suivi, c'est déjà pas mal. »

EG : « Et avec CASA, est-ce que vous avez de bons contacts ? »

M12 : « Oui, là, ils ont fait de gros progrès. Pareil, lorsque le CMP a fait une espèce de visite sur site, ils ont invité tous les professionnels pour nous présenter l'hôpital de jour, donc il y avait tout le service, les médecins, les infirmières et puis il y avait aussi quelques malades qui étaient là. Non, ça permet de mettre des têtes sur des noms. C'est pareil l'autre jour lorsqu'on avait invité Mme R., malgré le titre un peu accrochant « à quoi ça sert le pédopsychiatre ? », elle a dit oui tout de suite. On était organisée par binôme donc c'est le binôme qui avait organisé tout ça, qui avait pris contact. Et elle a dit, plutôt que de venir toute seule, je vais venir avec toute mon équipe. Donc ils sont venus, ils étaient cinq, le médecin, infirmière coordinatrice, et puis un psychologue. Ils nous ont expliqué comment ça fonctionnait, et puis ils nous ont expliqués les secteurs, comment ça fonctionnait. On a eu un tas de documents, à jour au moins. »

EG : « Et d'une manière plus générale, dans la prise en charge d'un adolescent en situation de mal-être, qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté ? »

M12 : « Eh bien, quand ils ne veulent pas parler, et dire ce qui ne va pas. C'est, comment faire parler un adolescent qui ne veut pas ? Et sans devenir flic. Comment lui faire comprendre qu'il peut parler. Parce que pour Romain, par exemple au bout d'un moment je lui ai dit : « donc tu en as un petit peu marre ? » Il m'a dit oui. Bon je lui ai dit qu'on allait arrêter, « tu vas voir Mme M. c'est le plus important ». Comment ne pas parler

à la place de l'ado ? C'est-à-dire comment l'interroger sans avoir un interrogatoire policier ? Et comment l'aider à développer ses fils, être dans l'empathie ? Lui laisser le temps de parole, sortir du biomédical, c'est pas toujours, toujours, facile. Des fois on arrive et des fois... Mais bon ... Là aussi, ça dépend des gens. C'est comme lorsqu'il faut annoncer un cancer à quelqu'un il y a des gens qui trouvent ça facile et d'autres plus difficile, ou en fin de vie il y en a avec qui on peut discuter, d'autres non. »

EG : « Oui, c'est aussi le savoir-être du médecin. »

M12 : « Donc c'est vrai que j'ai l'avantage que ces gamins je les ai vu naître, j'ai suivi la grossesse de leur mère. Je suis dans la commune, donc ils me voient. Et en plus, jusqu'à présent les gamins savent entre eux que l'on peut dire quelque chose à (M12 *citation de son nom*) ça reste chez (M12 *citation de son nom*). C'est-à-dire qu'ils savent, tu peux aller le voir, il ne cause pas. Si une jeune fille vient me voir, qu'elle est enceinte, qu'elle veut avorter, qu'elle veut que personne ne le sache, personne ne le saura. Ou, je veux prendre la pilule sans que mes parents le sachent. On a droit de révéler certains secrets lorsque c'est des histoires de drogue, de meurtres ou autres ou de coups et blessures. La loi nous oblige, le juge... Mais le problème, c'est comment faire parler quelqu'un, les gens disent bien : « on ne peut pas faire boire un âne qui n'a pas soif. »

EG : « Est-ce que vous pensez qu'il faudrait faire plus de formation aux médecins généralistes sur la psychologie de l'adolescent ? »

M12 : « On en fait. Je suis formateur, je suis dans l'association MG Form et donc on organise, je crois que l'on a une thématique de 350 dossiers de FMC sur deux jours et, en six ans, un certain nombre de nos confrères qui se sont penchés sur : « mieux communiquer pour mieux soigner. »

EG : « Vous trouvez que ça permet de faire avancer les choses ? »

M12 : « Oui, d'avoir des gens qui vous mettent en situation donc ils ne règlent pas vos problèmes mais ils vous aident un petit peu. Si, la formation est importante même si... Quand j'ai fait ma psy, je me suis installé en 78 et j'ai dû la faire en 74 et j'ai lu, la schizophrénie... »

EG : « Oui, des grosses pathologies... »

M12 : « Oui, qu'on ne voit jamais. Bon je vois aussi dans la clientèle deux, trois maniaques, qui sont stabilisés, j'ai trois schizophrènes, un borderline. Après, c'est la gestion de médicaments. J'ai un certain nombre de bipolaires, de déprimés, beaucoup d'anxieux et tous les petits anxieux, c'est fonctionnel ou autre dont on n'a pas parlé. J'ai participé au troisième cycle, maintenant je ne fais plus de cours, on a essayé de développer cette dimension psy mais il y a la dimension psy qui enquiquine beaucoup de médecins. Je vois lors de nos séminaires, prise en charge de l'hypertension, il n'y a pas de problème dès que l'on va... J'ai fait un séminaire, c'était sur quoi... Là je n'étais que animateur c'était un truc sur le biomédical mais il y avait une partie psy. Il y avait une demi-journée entière sur la psy. Et il y a certains médecins qui ont dit : « on n'est pas là pour radoter sur notre vie, on veut du concret ». Mais justement, le concret c'est de vous rendre compte que nous, vous n'êtes pas du tout à l'aise. Vous êtes plus à l'aise à manipuler des grammes d'hémoglobine, des anticorps, des trucs et des machins que là, de vous remettre en question.... »

VI.2.13. Médecin n°13 : M13.

M13 : « Alors, le mal-être. Je suis en train de réfléchir, mais même dans le mois dernier ça ne me dit rien comme ça. Et si ça remonte à six mois comment on fait ? Parce que c'est quoi la définition de l'adolescence ? »

EG : « Selon l'OMS c'est à partir de 10 ans et après, jusqu'à... On n'a plus vraiment de limites. »

M13 : « En situation de mal-être, mais quel que soit le motif ? »

EG : « Oui c'est ça. »

M13 : « Que ce soit une cause médicale ou psychologique, ce n'est pas forcément une cause psychologique ? »

EG : « Oui voilà. Ça peut être un problème de santé qui entraîne une situation de mal-être, un peu réactionnelle. Et après, moi je m'intéresse à comment on prend en charge ce mal-être, c'est pas tellement la cause... »

M13 : « Il faut qu'il y ait plutôt un mal-être psychologique. Ça ne va pas être facile... Donc oui, ça pourrait le faire. Le problème c'est que ce n'est plus ma patiente donc je ne la connais plus très bien. Il faut quand même que je parle d'un patient en particulier ? »

EG : « Oui. »

M13 : « Alors lui, il est en situation de mal-être chronique mais il ne m'en parle jamais. Alors comment on fait ? »

EG : « Eh bien c'est aussi intéressant d'avoir ce cas-là. »

M13 : « Bon, eh bien on va prendre ce cas-là. Puisque je n'en ai pas d'autres, comme ça, qui me vient en tête. D'accord. Alors, allons-y. »

EG : « Donc en fait vous m'exposez un peu le cas. Ensuite, moi, je vais rebondir en vous posant des questions. »

M13 : « Donc c'est un jeune homme de 14 ans qui vit avec sa mère. Les parents sont divorcés. Il va chez son père un week-end sur deux. Et ça ne se passe pas bien avec son père enfin d'après ce que j'en sais. Il vient régulièrement me voir... et le vendredi précédent... comment dire, les week-ends où il va chez son père... pour des douleurs abdominales, il y a toujours une cause quelconque X. ou Y. voilà la situation. Alors maintenant la prise en charge, c'est un autre problème. Alors il est toujours accompagné de sa mère. Alors sa mère qui je dirais est un peu... enfin qui prend de la place quoi. Dans la consultation, elle prend quand même toute sa place dans la consultation. C'est-à-dire qu'elle ne le laisse pas s'exprimer, ou alors, quand elle le laisse s'exprimer c'est : « vas-y parle » en le regardant. Je n'ai quasiment jamais réussi à le voir seul. Et puis finalement le motif médical, on arrive toujours à en venir au problème parental, et puis voilà, la prise en charge, il n'y en a pas tellement, dans la mesure où, il est obligé d'aller voir son père et que, en général dès qu'il revient ça va mieux. Et il le sait très bien d'ailleurs. Je pense que c'est une forme d'anxiété réactionnelle je dirais. »

EG : « Et le fait que vous ne puissiez jamais le voir seul, c'est parce que vous ne posez pas la question ? Ou c'est la maman qui refuse ? »

M13 : « Je l'ai vu une fois ou deux tout seul parce qu'il était venu tout seul mais autrement il est toujours accompagné de sa mère. J'ai posé une ou deux fois la question mais il n'y a pas eu de réponse franche de sa part, ni de la part de sa mère. Et sa mère ne s'est pas levée pour sortir. Donc après il y a eu pas mal de... ce n'était pas franc comme situation et du coup... »

EG : « Vous n'avez pas osé insister ? »

M13 : « Voilà, je n'ai pas osé aller plus loin, ni voulu l'imposer d'ailleurs. Mais c'est vrai que je suis plus à l'aise quand il vient tout seul. Alors ceci étant, il a un caractère assez introverti ce qui fait qu'il ne parle pas beaucoup. Mais même quand il est tout seul ce n'est pas toujours facile. »

EG : « Et c'est des questions plutôt fermées, oui ou non. »

M13 : « Eh bien je teste des questions fermées mais ça n'aboutit pas toujours sur quelque chose, les questions ouvertes c'est encore pire. Parce qu'il me dit que c'est à cause de son père et puis c'est tout. Mais je n'en sais pas plus sur ce qui se passe chez son père. Je ne sais absolument pas ce qui se passe là-bas. Ce que je sais, c'est qu'il est anxieux à l'idée d'y aller. »

EG : « Au niveau scolaire, ou au niveau de ses amis... »

M13 : « Au niveau scolaire, d'après ce que j'en sais, ça se passe pas mal, je ne suis pas persuadé qu'il est beaucoup d'amis. C'est plutôt du style à être tout seul dans son coin dans la cour. Je ne sais pas. »

EG : « Et justement, du fait de ces motifs de consultation qui surviennent souvent le vendredi, est-ce que vous avez abordé le fait que ça pouvait être réactionnel à une angoisse ? »

M13 : « Bien sûr, mais de toute façon il l'admet lui-même. On est tous les trois d'accord sur le fait que ses motifs de consultation sont liés au week-end qui va arriver ou qui vient de passer parce que des fois c'est le lundi. Oui, il le sait, on l'a verbalisé aussi bien la mère, que moi, que lui, mais voilà, ça n'empêche rien. Il vient quand même toujours avec ses douleurs abdominales, ses nausées, où ses maux de tête, enfin il y a toujours un motif... Voilà, je suis bloqué là-dessus, je ne peux rien faire. »

EG : « Est-ce que vous avez déjà proposé à ce qu'il soit vu par d'autres structures... »

M13 : « Je crois qu'après le divorce il y a eu un suivi psychologique avec un psychologue, mais je n'ai pas reposé la question depuis quelque temps. Je ne sais pas s'il y a toujours un suivi. Je ne sais pas. Mais j'avais posé la question initialement, et je pense qu'il y avait eu un suivi au moment du divorce, je ne sais plus si le divorce date d'il y a longtemps ou pas. C'est vrai que le problème dans ce genre de situation, on finit par entrer dans une sorte de routine, on sait pourquoi ils viennent, enfin je sais pourquoi il vient, lui aussi, sa mère aussi. Donc c'est vrai que je ne pose plus beaucoup de questions, c'est un peu dommage. »

EG : « Mais déjà, il revient quand même toujours vous voir donc il y a quand même une relation, il y a une petite accroche mais après la communication n'est pas facile. »

M13 : « Je me dis qu'avec l'âge peut-être qu'il va venir sans sa mère et ce sera plus facile. À revoir. »

EG : « Et d'une manière plus générale, quelles sont vos relations avec les autres structures qui accueillent les adolescents, que ce soit les CMP ou que ce soit quand vous adressez à un psychiatre, un psychologue, c'est peut-être moins souvent. »

M13 : « Mes relations sont très brèves. Moi, j'envoie régulièrement les ados, peut-être plus à un psychologue de ville, CMP, moi je pense que c'est plus les psychologues ou les psychiatres qui les orientent après vers les CMP ou que la prise en charge est déjà précoce dans la vie de l'enfant et qu'après les parents sont au courant de tous les organismes. Mais vers les CMP et j'envoie assez peu vers les CMP, mais... si, si, je dis des bêtises. CMP, oui, je pense à autre chose. Je dirais que le seul inconvénient des CMP c'est qu'on n'a pas de retour contrairement à certains psychologues ou psychiatres, en ville j'entends. Donc on ne sait pas trop ce qui se

passé. C'est un peu l'inconvénient des CMP, l'avantage c'est que la prise en charge est complète et pour les jeunes qui n'ont pas trop les moyens c'est quand même plus facile. »

EG : « Et au niveau des délais, est-ce que quand vous avez besoin d'aide ou d'orienter c'est assez facile ou est-ce que vous êtes obligé... Est-ce qu'il y a des délais d'attente ? »

M13 : « Non j'ai pas l'impression. Non j'ai pas le souvenir d'avoir eu des délais très importants que ce soit au niveau des CMP ou des psychologues et des psychiatres. En général je ne prends pas le téléphone, je laisse les gens faire la démarche. Je pense que ça fait partie de la thérapeutique de faire la démarche de prendre rendez-vous. Par contre je demande que, si le délai est trop loin de me rappeler pour que moi j'appelle. Mais ils rappellent assez peu en fait. »

EG : « Vous avez déjà adressé aux Maisons Des Adolescents ? »

M13 : « Non. Je ne sais pas trop ce que c'est, j'ai déjà entendu parler de ça. Mais je ne sais pas quel est le but. »

EG : « C'est des maisons, un peu d'orientation. Il y a d'abord l'accueil de l'adolescent, qui est souvent anonyme. Mais la Maison Des Adolescents c'est pas que psychiatrique ou psychologique il y a aussi tout le secteur social et éducatif, il y a aussi des permanences d'avocats. Et donc c'est des maisons qui se développent un peu dans chaque département. »

M13 : « Maison Des Adolescents. Il faudra que je retrouve le papier. »

EG : « Est-ce que vous avez suivi des formations sur justement comment aborder l'adolescent ? »

M13 : « Oui. Mais alors c'était l'enfant ou l'adolescent, je ne me souviens plus. Je pense avoir suivi effectivement il y a quelques années une formation, si si oui effectivement c'était sur la prise en charge de l'adolescent. Je ne sais plus si c'était par rapport à une situation particulière, par rapport à la gynéco ou si c'était global, je ne sais plus. Mais oui j'ai suivi des formations. »

EG : « Et vous trouvez que ça vous aidait ? »

M13 : « Oui, je ne vais pas dire... Oui toujours, même si on attrape qu'une seule idée, au moins il y en a toujours une. Oui, ça ne peut pas faire de mal. Après, c'est pas non plus des situations que l'on rencontre tous les jours, tous les jours. Les ados, c'est quand même pas... À part au mois de septembre, on n'en voit pas beaucoup. Sauf s'il y a un traumatisme. Donc voilà, si la formation a lieu et que pendant les six mois on ne voit pas un seul ado, on a tendance à oublier. Alors par contre, les petits trucs comme le TSTS CAFARD, ça c'est des trucs qui marquent, enfin moi, je trouve ça plus facile à utiliser parce que c'est quelque chose de tout bête, c'est un moyen mnémotechnique mais au moins on s'en rappelle. »

EG : « Et justement lorsque vous avez utilisé, pendant l'étude, le TSTS CAFARD, vous avez dû avoir des réponses... »

M13 : « Des réponses auxquelles je ne m'attendais pas du tout... »

EG : « Voilà, et donc après, comment vous avez pris en charge, une fois que ce test est fait et que l'on s'aperçoit qu'il y a des petites choses qui ne vont pas ? »

M13 : « Comment j'ai pris en charge ? La plupart du temps c'était dans le cadre d'examen un petit peu systématique parce que ça devait être la période du sport, enfin j'imagine. Je ne me rappelle pas, à part une fois où il a fallu faire une prise en charge immédiate, la plupart du temps j'ai proposé de revenir pour en discuter. Mais je ne me rappelle pas avoir fait une prise en charge immédiate et en fait c'est au cours des

consultations qui ont suivies, soit il revenait pour autre chose et puis on en reparlait. C'est plus comme ça que ça s'est déroulé. »

EG : « Qu'est-ce qui vous met le plus en difficulté quand vous avez un adolescent dont vous sentez qu'il ne va pas bien ? »

M13 : « L'absence de verbalisation en fait. Voilà. »

EG : « Est-ce que vous avez des idées sur comment on pourrait améliorer cette verbalisation ? »

M13 : « Non. Je ne sais pas. Après je pense que chaque ado a un caractère différent, après il faut travailler sur ce que l'on connaît de l'ado. Si c'est des ados que l'on connaît bien, que l'on connaît depuis l'enfance, c'est peut-être plus facile parce que l'on sait un peu comment les prendre. Mais les ados que l'on ne connaît pas bien, là il faut essayer de trouver un trou dans la carapace quoi. Après ce n'est pas toujours facile à faire. Donc non, je n'ai pas d'idée particulière. Moi j'ai tendance à travailler un petit peu au cas par cas et à ne pas avoir d'idées préconçues en général. Je n'ai pas d'idées préconçues de la façon dont je vais faire. »

EG : « Est-ce que vous pensez...il avait été question de peut-être mettre en place une consultation d'ado spécifique où on referait le point avec l'ado, qui serait gratuite et où l'ado viendrait tout seul... »

M13 : « Mais est-ce qu'il va venir tout seul ? Moi je suis tout à fait d'accord sur ce principe de consultation mais est-ce qu'il va venir tout seul ? J'ai des doutes. J'ai beaucoup doutes. Alors les ados qui ne vont pas bien soit sur un plan physique, soit sur un plan psychologique ils viendront peut-être, mais les ados qui vont bien ou qui pensent aller bien, à mon avis ils ne viendront pas. Maintenant je pense que même la gratuité ne fera pas venir tous les ados. Alors il y en a peut-être quelques-uns qui viendront. Mais sur le principe moi je suis tout à fait pour. Faut voir comment ça se passerait en pratique si c'était mis en place. »

EG : « Et je reviens sur cet adolescent, il y a déjà eu des idées suicidaires ou des idées noires ? »

M13 : « À ma connaissance non, ou il ne les a pas exprimées. Quand je lui ai posé la question, les fois où je lui ai posé la question il n'y en avait pas. C'est plus un état anxieux en fait, sans aller aux idées suicidaires. »

EG : « Et la maman est-ce que vous la suivez aussi ? Et quand elle vient toute seule, est-ce qu'elle arrive à vous dire pourquoi, quel est le problème avec le père ou elle ne le sait pas elle-même. »

M13 : « Je pense qu'elle ne veut pas en parler. Elle ne veut pas en parler et donc je ne sais pas ce qui se passe. Et puis c'est une mère, comment dire, je pense que dans la famille, à l'époque avant le divorce c'était elle qui dirigeait tout quoi. C'est une forte femme, enfin « je gère tout, je fais tout ». Et elle est restée de ce caractère là. Elle, pour elle, il n'y a pas trop de problèmes. Ça n'a pas l'air de lui poser de gros soucis que son fils soit comme ça. Donc c'est là, toute la difficulté, de faire comprendre qu'il y a quelque chose. »

EG : « Et le papa vous ne le connaissez pas ? »

M13 : « Non je ne le connais pas. »

EG : « Peut-être que la prise en charge est difficile dans ce cas-là parce que justement il n'y a pas... »

M13 : « Il n'y a pas de dialogue et il n'y a pas de consultation adéquate. »

EG : « Et aussi vous n'avez pas un grand soutien de la maman. »

M13 : « Pas du tout. Pas du tout. Mais non effectivement la Maison Des Adolescents ça peut être une solution, une ébauche du dialogue, pourquoi pas. Enfin il faut voir quoi. »

EG : « Après il faut que l'adolescent y aille aussi. »

M13 : « Oui c'est toujours pareil. Il faut qu'il soit motivé pour y aller quoi. Mais bon s'il ne va pas bien... A priori, c'est une porte quoi. »

VI.2.14. Médecin n°14 : M14.

M14 : « Oui, si, on pourrait prendre ce jeune-là. Je ne l'ai pas revu récemment. Mais oui. C'est un garçon qui a maintenant 15 ans et demi, oui 15 ans et demi, qui est en niveau troisième mais qui a quitté le collège l'année dernière, car lui, son souhait, c'est de faire une maison familiale. Dans un domaine bien précis. Et puis il y avait des gros conflits au collège, ça ne se passait pas bien et son départ a été un peu conflictuel etc. Mais moi je le connais depuis quatre ans, cinq ans peut-être maintenant. J'ai dû le voir aux alentours de ses 10 ans. C'est une famille qui est un peu compliquée parce que lui, il est le troisième d'une fratrie de trois. Il a deux sœurs aînées et lui en dernier. Ses parents étaient artisans charcutiers. Son père l'est toujours mais sa maman a changé de domaine professionnel et la première fois où j'ai été amenée à le voir... Disons, c'est des gens qui sont toujours amenés à consulter un peu dans l'urgence, un peu, il faut toujours régler des trucs qui auraient dû être réglés depuis deux ou trois jours, que ce soit un accident du travail, une pathologie ou un médicament à renouveler. Enfin, c'est toujours un petit peu dans ce contexte-là, ce qui n'est pas toujours très simple. Et puis, lui, les toutes premières fois où j'ai dû entendre parler de lui, ça devait être par rapport à de l'asthme. Mais avec des symptômes un petit peu bizarres comme quoi tel truc n'était pas supporté, souvent des choses amenées par la maman, gérées par la maman. Après, j'ai été amenée à le voir... Oui, les premières fois, c'était vers l'âge de 10 ans pour l'asthme et puis après dans les deux années qui ont suivi, je l'ai vu à deux ou trois reprises parce qu'il faisait beaucoup de cauchemars, parce qu'il y avait eu un cambriolage à la maison et puis lui, conservait une angoisse par rapport à ça, parce que la porte de sa chambre... Ils vivent à l'étage par rapport au magasin et la porte de sa chambre se trouvait juste dans l'axe des escaliers par où étaient rentrés les cambrioleurs. Et pendant de longs mois, après cela, il avait du mal à s'endormir. Il appelait ses parents. Il allait dormir dans la chambre de ses parents. Voilà. Donc à deux ou trois reprises je l'ai vu à cause de ça, pour essayer de voir un petit peu avec lui le substrat des choses de ce qui s'était passé. Pourquoi, lui, ça le perturbait autant ? C'est un jeune homme, on va dire très rond. Un petit peu fort. Sa maman l'est aussi, ses sœurs le sont aussi. La sœur aînée avait de gros soucis par rapport à ça. Même si la maman ne voulait pas du tout l'entendre. Un moment donné on a commencé un travail un petit peu plus là-dessus et finalement elle a emmené voir sa fille voir quelqu'un d'autre. Elle aussi, est partie ailleurs, et on n'a plus entendu parler de la sœur aînée. Par contre, elle continuait à venir avec ses deux autres enfants. Donc j'étais un petit peu plus prudente avec Mathieu sauf que lui, à un moment donné, a amené ça aussi, qu'il n'était pas bien dans sa peau, qu'il se sentait trop gros, qu'on lui faisait des remarques, que ce n'était pas facile chez lui. On imagine bien, papa charcutier, des gens qui mangent beaucoup et pas très équilibré, bon, pas aidants en tant que parents. Et puis lui, il est venu un moment donné, tout seul et c'est lui qui a parlé de ça, qu'il n'était pas bien dans sa peau. Alors comme c'était un moment où on avait fait des temps avec « Agir pour la Promotion de la Santé », on avait organisé trois après-midi autour des adolescents et du surpoids. Donc je lui avais proposé comme c'est lui qui en avait parlé le premier, je lui avais proposé et tout, et il n'est pas venu. Mais il n'est pas venu parce que la maman a fait capoter les choses, alors inconsciemment je pense, bien sûr mais bon, elle avait un souci, elle avait une I.R.M. à passer. Donc elle lui avait dit « bon bien puisque tu es là, viens donc avec moi ». Et puis une fois rendue à l'I.R.M., elle a dit « ah ben mince, il y avait l'après-midi... ». Donc voilà, et donc la deuxième fois, elle lui a dit « eh bien n'y vas pas puisque tu n'es pas allé à la première », sans en parler, rien du tout. Donc elle a vraiment fait capoter les choses, et donc lui, est revenu un peu après, par rapport à ça. Mais vraiment difficile, on n'a pas vraiment réussi à reprendre les choses, et je pense que quelque part il se sentait peut-être un peu coupable. Il sentait bien qu'il y avait eu des choses qui s'étaient passées au niveau de la famille, et qu'il ne pouvait pas trop critiquer, j'ai envie de dire, sa mère. Donc il y a eu cet épisode-là, et puis toujours dans... Donc là, on était plus dans le mal-être par rapport au corps mais je pense que c'est un ensemble de choses, et puis après cet épisode sur l'obésité où lui, quand même a commencé à faire un petit peu attention à ce qu'il mangeait, c'est-à-dire à pas passer le mercredi après-midi à aller acheter des bonbons avec les copains qu'il allait manger ensuite devant la console et il ne faisait pas d'activité, rien du tout. Il a commencé à faire des efforts par rapport à ça et donc, des efforts qui ont un petit peu porté leurs fruits. Certes, il est toujours rond, mais c'est une histoire de morphologie familiale, mais il arrivait quand même à contrôler un petit peu son poids, à valider cette chose-là

pour qu'il soit plus en confiance. Et les dernières fois où je l'ai revu, c'était en fin d'année dernière où là, c'était plus... Et la maman l'avait amené à cause de ça, eh bien parce qu'en fait il était en train de se déscolariser par rapport à ce conflit qu'il avait, parce que lui ne se sentait pas bien à l'école. Donc il n'avait pas de très bons résultats mais lui et sa maman me disaient que l'école pensait qu'il était fainéant, qu'il ne voulait pas et tout, alors qu'en fait il ne se plaisait pas là et qu'il voulait avant tout changer de lieu. Bon, la réalité de ça je ne sais pas exactement mais c'est vrai que ça a quand même été très difficile, car elle venait demander de valider un petit peu par des certificats d'absences scolaires quelque chose qui était en train de se passer. Moi je me disais que c'était peut-être pas l'idéal quand même par rapport à Mathieu mais en même temps c'est vrai que les démarches qu'il a tenté auprès du collège pour rencontrer... On lui a refusé aussi. Alors ça s'est produit à la fin de l'année, on était dans les dernières semaines mais c'était pas forcément la solution. Et Mathieu avait peur de retourner au collège, de revoir les autres, de demander ses affaires. Ce que je sais moi, c'est que là, il a changé de formation et il est beaucoup plus épanoui dans sa nouvelle formation. Il y a quand même sûrement des dysfonctionnements relationnels. Alors peut-être que là encore, c'était plus dû à la maman qu'à Mathieu. Donc lui va mieux, je dirais là maintenant parce qu'on a pu accompagner son changement de scolarité. Bon, parce que ça été un petit peu difficile aussi parce qu'il veut faire une formation pour éducateur de jeunes enfants. Donc il est passé par une maison familiale rurale parce qu'il avait cette possibilité-là de faire quelque chose, aide aux personnes et puis après il veut aller vers le milieu aide petite enfance. Et donc du coup, là aussi c'était un petit peu une occasion de tiraillements parce que toujours du fait de la négligence de la maman, et bien les vaccins n'étaient pas à jour. Et donc je lui ai dit : « eh bien tu me dis qu'il va falloir que tu fasses des stages et autres, eh bien il faut que l'on fasse des vaccins contre l'hépatite etc. » Lui, était tout à fait d'accord pour faire le vaccin mais en même temps moi je faisais les ordonnances et la maman n'allait pas les chercher. Donc là aussi il a fallu que je tape du poing sur la table en lui disant : « il faut que tu viennes faire ton vaccin tel jour ». Et voilà, quand il est venu pour me dire : « il me faut le papier comme quoi je peux rentrer à l'école, le certificat d'aptitude à... », je lui ai dit : « je le signerai que quand tu auras fait le vaccin sinon on ne va pas y arriver quoi ». Un moment donné et j'avais essayé de lui faire confiance, alors je me dis il grandit aussi, il pourrait aussi dire à la maman : « je vais chercher le vaccin et je viens ». Il ne le fait pas tout à fait car je pense qu'il est dans le conflit de loyauté un petit peu par rapport à sa mère. Le père, je ne sais pas, je ne le connais pas. Je crois que je l'ai aperçu une seule fois. Donc je ne sais pas trop quelle position il a, lui, là-dedans mais moi j'ai été un petit peu obligé de lui dire s'il ne le fait pas, je ne signe pas le papier. « Je signerai que quand tu seras venu faire tes vaccins ». Donc ça l'a un petit peu obligé à se prendre en main et puis à dire à sa mère « eh bien écoute, voilà quoi... » Donc voilà où on en est, là, aujourd'hui. Je ne l'ai pas revu. Je crois que je ne l'ai pas revu depuis novembre. Je pense qu'il va mieux parce qu'il se plaît dans l'école où il est. Je pense qu'il a pu y retrouver ses marques et ses repères etc., mais c'est vrai que depuis novembre je ne sais pas où on en est coté poids... On n'a pas eu l'occasion d'en reparler. »

EG : « Avec la maman vous avez abordé ces problèmes de poids ? »

M14 : « Alors on l'a abordé oui parce que quand j'ai fait la proposition à Mathieu de venir aux demi-journées... Sa sœur, la deuxième était venue quelque mois avant aux mêmes demi-journées mais là par rapport à l'asthme. Donc il y avait déjà une connaissance sur comment se passaient les demi-journées, comment étaient les intervenants, comment ça se gérait et tout ça. Et donc du coup comme c'est Mathieu qui a parlé de son problème de poids, donc je lui ai proposé à lui directement mais comme il était mineur il fallait en parler à ses parents. Et une fois où il est venu avec sa maman je lui en ai parlé. Je ne sais plus dans quel contexte est-ce que ça s'est passé avec elle toute seule ou avec Mathieu présent... Je crois qu'il y a eu les deux. Ma mémoire est un peu plus faible mais je lui en ai parlé. Sur le principe elle était d'accord. Elle a donné son accord et tout, et d'ailleurs Mathieu était venu à la consultation. Quand on organise ce genre de demi-journées il y a une sorte de première consultation où la personne vient alors jeunes ou adultes, en l'occurrence ce jeune homme-là il est venu et puis il y avait un petit document à remplir avant par l'APS et après on se voyait en consultation, on reprenait ensemble et on complétait éventuellement avec des informations biologiques, biochimiques ou

autre. Donc il était venu lui. Il était venu passer ce temps-là, il était venu 1 heure, quasiment une demi-heure en salle d'attente à compléter et une demi-heure en consultation. Donc il avait fait cette demande-là et donc c'est après qu'il n'est pas venu. Et puis, j'avais revu la maman après et puis elle avait dit « oui j'étais allée passer mon I.R.M. tout ça . » Bon, elle avait à nouveau eu des excuses et comme elle avait déjà fait pour sa fille aînée qui avait eu des soucis. Moi je dirais somme toute pour ce que j'en sais à la fin de l'année, que Mathieu évolue plutôt bien, malgré le contexte familial. Maintenant jusqu'où ça va aller ? Là, je ne sais pas, on va voir, à mon sens il va falloir qu'il revienne dans pas très longtemps car il y a eu les deux premiers vaccins d'hépatite et il doit avoir le troisième dans pas très longtemps. Donc je vais avoir l'occasion de le revoir là, et sans doute aussi parce qu'il aura fini une année. Il va y avoir l'autre année qu'il va faire, donc il va sans doute avoir besoin de certificats etc. Donc je pense que je vais le voir bientôt. Ou alors si ça se passe pas bien, peut-être qu'il va venir mais il va voir quelqu'un d'autre peut-être aussi. C'est une possibilité qui met échappatoire ça. Mais jusqu'à présent les fois où il avait à venir, il est venu tout seul, sans malaise. »

EG : « Et la communication était facile ? Il verbalisait facilement ? »

M14 : « Oui, alors les fois où il y a eu des conflits avec le collège, il était avec la maman. La maman elle, elle est très... Elle est un peu bulldozer de temps en temps et quelquefois elle s'énerve aussi. Je sens bien qu'il y a des choses. C'est son ressenti qui prime mais les fois où il est venu pour le poids, il est venu quasiment à chaque fois tout seul. Donc c'est vraiment lui qui l'avait évoqué, il me disait ce que lui disaient les copains, comment il se sentait, ce qu'il aurait aimé. Bien, pourquoi, par exemple il faisait pas de sport et autre, qu'elle part il y avait dans ses angoisses d'avant, comment ça l'avait un petit peu enfermé dans la maison. Ça, c'était vraiment lui qui l'a verbalisé et je pense qu'il y avait une espèce de relation de confiance qui s'installait. Alors ceci dit, là où il va en maison familiale, il partait toute la semaine. Donc du coup, il est beaucoup moins présent sur S. Donc ça peut compliquer un petit peu les choses au niveau des consultations. En même temps, je pense que le principal c'est les réticences de la maman qui viennent de manière non explicite. Mais qui viennent bloquer les choses quoi. Donc on va bien voir quand je vais le revoir la prochaine fois. Est-ce qu'il aura à nouveau pris beaucoup de poids ou est-ce que ça se sera stabilisé ? Là, je vais évaluer à ce moment-là quoi. »

EG : « D'une manière plus générale, est-ce que ça vous arrive d'avoir des adolescents avec qui justement, vous avez des difficultés à entrer en communication avec eux ? Et si c'est le cas comment vous vous débrouillez dans la consultation ? »

M14 : « Alors on va dire, il y a différentes choses. Là, on est en train de faire des licences de foot donc il y a pas mal d'adolescents qui viennent pour cette occasion-là. Donc moi, j'essaie de poser assez systématiquement la question de l'alcool, du tabac, du cannabis, des études : « qu'est-ce que tu fais en ce moment, où tu vas, qu'est-ce qui te plaît, en fonction de quoi tu choisis ? », en essayant de voir un petit peu à partir de ça. Je dirais, quand je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien, qui n'est pas dit, eh bien je vais essayer de dire un petit peu que je perçois quelque chose, qui ne va pas, et peut-être on pourrait en reparler etc... On avait utilisé, quand on avait fait la campagne sur l'adolescent, je ne me souviens pas en quelle année c'était... »

EG : « C'était en 2006. »

M14 : « Ça fait... 2006 ! Quatre ans ! C'est peut-être aussi parce qu'on la garde dans nos archives et on le réutilise. Mais donc il y a des fois où je vais utiliser le TSTS CAFARD. Je trouve que c'est quand même pas inintéressant. Mais bon voilà, ce que je trouve le plus difficile avec les adolescents, c'est pas tellement de les avoir tout seuls, car quand on les a tout seuls en face on arrive à établir un mode de communication, en fonction de leur comportement moi je vais m'adapter. Voir, ce que je trouve le plus difficile c'est la part des parents et comment quelquefois les parents et plus particulièrement les mamans généralement... c'est d'arriver à les pousser de côté, à leur demander de passer en salle d'attente etc. Ça, c'est, je pense le plus

difficile. Une fois qu'on a réussi ça, je trouve qu'on arrive quand même à communiquer, à mettre des choses en place. »

EG : « À instaurer une relation de confiance ? »

M14 : « J'espère, c'est pas toujours aussi facile que ça de savoir. Là, il y a un jeune que j'ai vu il n'y a pas longtemps, c'est vrai que je ne pensais pas lui. Je n'ai pas assez de recul pour développer les choses. C'est un jeune qui a 13-14 ans que je vois pareil, un peu quand la maman me l'amène. Il y a eu le sport, le changement d'école. Il y a eu les vaccins, enfin des choses assez standard mais ceci dit au fur et à mesure... C'est une famille qui est arrivée dans la région il n'y a pas si longtemps. Enfin pas si longtemps, peut-être quatre ou cinq ans dans la région. C'est pas des jeunes qu'on connaissait petits. Je trouve que ce n'est pas la même chose quand on les connaît depuis le début, que des jeunes qu'on a découverts à un moment de leur histoire, ils avaient déjà 10, 11, 12 ans. Et donc la maman quelquefois m'en parlait sans eux, et j'ai découvert comme ça qu'il y avait des problèmes d'encoprésie, d'énurésie etc. Et puis après elle m'en a parlé où il y avait des gros soucis scolaires, donc ils avaient fait le choix avec son mari de le mettre en internat, et donc il était venu en parler à ce moment-là. Car ce n'était pas facile, il n'était pas bien au départ, lui il refusait. Il avait l'impression qu'on le mettait en prison. Après il a plutôt trouvé qu'il était bien là-bas et donc on a pu en parler un petit peu. Et là, la dernière fois que je l'ai vu, c'est pour ça. C'est un peu discontinu. On n'a pas réussi à mettre un suivi. Il est venu avec sa maman, il n'était pas tout seul, il est venu avec sa petite sœur et c'était dans le contexte où il venait car il fumait et il venait avec une demande d'arrêter de fumer. Mais je sais pas trop si c'était la sienne ou celle de sa maman. Et on est dans le contexte du suicide récent du père. Voilà donc, je suis allée dans son sens de l'arrêt du tabac en essayant d'aborder un petit peu ces choses-là mais c'était une consultation que je trouvais difficile à mener. Et puis, donc on est parti de deux ou trois choses simples en disant... Mais on se revoit dans 15 jours, on avait mis le rendez-vous et il n'est pas venu. Alors maintenant je ne sais pas s'il n'est pas venu parce que pareil, il est interne, donc on avait dû mettre la consultation vendredi dernier. J'ai dû libérer trois quarts d'heure pour être sûre d'avoir du temps. Il devait venir normalement tout seul, sa maman devait venir le récupérer après et il n'est pas venu. Maintenant, je me dis dans le contexte où ils sont, est-ce qu'ils ont oublié ? Est-ce qu'il n'a pas pu ? Mais ils n'ont pas prévenu non plus. Mais bon. Donc là c'est pareil on est dans une situation... Mais je ne sais pas trop et en l'occurrence je n'ai pas du tout utilisé... Je n'ai pas fait sortir la maman parce que ça ne paraissait pas possible à ce moment-là. Donc, il y avait la maman, la petite sœur, le frère. Lui me disait ce qu'il avait à dire sur le tabac. J'ai un petit peu évoqué le lien avec ce qu'il venait de vivre, avec la mort du père mais c'est difficile... On ne peut pas dire la même chose au grand, ou à la petite sœur. Enfin voilà. Je trouvais que ce n'était pas une consultation très simple à mener. Moi je comptais un petit peu sur une consultation suivante. Alors ceci dit peut-être qu'ils vont me dire, on a eu un problème. Ils vont peut-être reprendre rendez-vous. Souvent ça se passe un petit peu comme ça avec cette famille-là. »

EG : « Il sait que la porte est ouverte ? »

M14 : « Il le sait, d'autant qu'il est déjà venu lui plus ou moins à sa demande, quand il était inquiet par rapport au collège, quand il était venu aussi alors je ne sais plus si c'est lui ou son jeune frère, il avait des demandes par rapport à des céphalées récurrentes. Bon là, la maman me dit que le jeune frère fume régulièrement et depuis longtemps, et au départ à 11 ans, 12 ans. Mais bon voilà, on est dans une histoire, avec une histoire familiale compliquée, le fait qu'il y ait le suicide du père. Voilà quoi. »

EG : « Concernant les structures d'accueil des adolescents, que ce soit le CMP... »

M14 : « Alors nous ici, j'ai envie de dire qu'on est très démuné. On a oui, bien sûr les consultations de psychiatrie ado etc. Quand ça me paraît nécessaire, je donne les coordonnées mais je trouve que c'est très compliqué. Moi, j'ai le cas... Il y a déjà quatre ou cinq ans, d'une jeune fille amenée par sa maman, pareil déscolarisée, que je trouvais dépressive, repliée, ne participant plus, ne voyant plus les copines, ne voulant plus

aller à l'école, ne voulant plus manger etc. et donc moi, ça me paraissait une urgence, sa prise en charge suite au suicide de son petit copain. Non, c'est pas un suicide, pardon il était mort dans un accident de voiture. Non, ce n'était pas un suicide. Il était mort dans un accident de voiture, et on a eu plusieurs jeunes comme ça, morts de façon violente. Ça me paraissait vraiment une urgence, car je la sentais très mal et les parents étaient très très démunis par rapport à ça car ça faisait plusieurs semaines qu'ils essayaient de l'aider. Donc déjà, elle, elle avait accepté de venir aux consultations. Elle était d'accord pour revenir. Il me semblait qu'elle avait vraiment besoin d'une aide supplémentaire et la consultation ado quand je les ai appelé, ils m'ont dit « alors non, c'est elle qui appelle » elle avait un rendez-vous deux mois après quoi. Et ça, je me dis c'est pas possible. »

EG : « Et donc là, c'est des consultations ... »

M14 : « Alors, on a donc les consultations de psychiatrie adulte, alors il y a différents niveaux. Là, c'est le secteur on va dire, notre secteur de correspondance C. psychiatrie publique, enfin psychiatrie plus large. On a différents niveaux, avec des créneaux d'âges et des intervenants spécifiques. Là, en l'occurrence quand je l'ai vu la première fois elle avait 15 ans et donc on était dans le créneau des 13-18 ans je crois c'est comme ça que c'est organisé. Je ne sais pas si c'est comme ça partout pareil. Mais là, c'était comme ça et donc rendez-vous deux mois après. Bon. Voilà quoi. C'est pas très très satisfaisant. Bon, ceci dit, ça a quand même fonctionné. Et moi j'étais un petit peu surprise de la voir rapidement mise sous antidépresseurs, anxiolytiques etc. Donc après je me retrouvais un petit peu dans la situation de renouveler des médicaments avec lesquels je ne voyais pas très bien si ça l'aidait. Je ne comprenais pas. Et cette jeune fille, elle a aujourd'hui 19 ans et demi presque 20 ans, elle s'est complètement déscolarisée, elle n'a jamais repris ses études. Il y a eu tout un temps où elle travaillait plus ou moins chez son frère et sa belle-sœur. Ils tenaient un café-bar, donc elle aidait. Des fois, elle pouvait, des fois elle ne pouvait pas. Aujourd'hui, elle pèse 120 kilos, elle a un lymphœdème énorme. Et elle traîne plus ou moins avec elle toujours des anxiolytiques. De moins en moins, c'est vrai. Mais moi je n'ai pas l'impression qu'on ait été très aidant. J'ai vraiment eu l'impression à un moment que moi je ne servais qu'à boucher les trous. À renouveler la pilule, parce qu'elle prenait la pilule, à faire une ordonnance complémentaire parce qu'il y avait un trou. Mais je n'avais pas l'impression de pouvoir l'aider. Je n'avais plus l'impression d'être vraiment dans la prise en charge, et de ne pas être forcément satisfaite non plus de ce qu'on lui avait proposé. Alors à chaque fois que je la voyais je lui demandais effectivement un petit peu où elle en était, son suivi, comment elle vivait ça. Retour rien, strictement rien. Ça aussi, c'est aussi un des soucis que l'on a. J'ai l'impression que c'est plus général, c'est peut-être plus notre secteur. Mais j'ai quand même l'impression que c'est plus général que ça. Par rapport au secteur psychiatrie. »

EG : « Il n'y a pas de collaboration avec les pédopsychiatres ? »

M14 : « Non, voilà. Parfois on a un petit peu l'impression qu'ils réagissent comme les psychiatres ont fait pendant longtemps, dans le sens on ne met pas de diagnostic, on ne dit rien de ce qui nous est confié. On gère. Ben oui, sauf que quand on a quelqu'un qui vient nous dire « est-ce que vous pouvez me renouveler ça ? ». Quelque part, on est bien obligé nous aussi... Moi, je ne me sens pas du tout à l'aise avec ce genre de prise en charge je ne m'y retrouve pas, ça ne me plaît pas trop. Mais je ne sais pas comment y arriver. Parce qu'il y a des fois où on appelle pour dire : « eh bien alors ? », « Ah, c'est vrai on ne vous a pas donné de nouvelles ». Donc on reçoit un courrier et puis après ça repart encore un temps. Donc on a la même chose pour les personnes gravement dépressives prises en charge, alcooliques et autres. Si je ne tape pas du poing sur la table régulièrement en appelant le service en disant : « eh bien alors ? », « Ah oui on ne vous a pas envoyé le compte rendu », eh bien non. Et on n'a pas de comptes-rendus à nouveau, et on ne sait pas où on en est. Et ça fonctionne un petit peu pareil avec les enfants et les ados. Je trouve que c'est très difficile et on n'arrive pas à se coordonner. Et le problème c'est que voilà c'est notre secteur de correspondance. Au niveau des autres intervenants, psychiatres, on va dire, eh bien on n'est pas très riche. On n'est pas très riche en ville. Ils ne font pas forcément beaucoup de suivi adolescent. Donc là, c'est un petit peu le même problème. Quand on en a un ou deux avec qui on travaille bien, on appelle : « eh bien non, je ne prends pas de nouveaux patients ». Donc

voilà. Et puis même chose on n'a pas forcément de retour. Donc ça c'est un peu gênant. On a quelques psychologues, on va dire des libéraux avec lesquels on essaie de travailler. Mais bon souvent les gens n'y vont pas parce qu'ils disent que ça coûte trop cher. Donc ça c'est pas forcément simple. Et après si on veut vraiment avoir un autre type de suivi par exemple par rapport aux addictions, il va falloir passer par Nantes. Et donc, c'est vrai que je trouve qu'on est un peu démuné, bon pour des raisons géographiques, aussi, parce que si on était tout près de Nantes peut-être qu'il y a des choses que l'on arriverait à mieux travailler. Mais bon, voilà, on ne peut pas forcément envoyer tous les gens à Nantes. »

EG : « Et vous avez des structures d'accueil des adolescents axées plus sur l'écoute, où les adolescents viennent sans rendez-vous, type Maison Des Adolescents ? »

M14 : « Non, on n'a pas. On en avait parlé, puisque j'avais entendu parler de ça, c'était le Dr R. qui s'intéressait à ça. Et puis par le biais de l'URML on avait évoqué l'idée de travailler là-dessus. Moi ça m'intéressait bien. Et puis c'est tombé à l'eau parce qu'il n'y a pas eu de relais. Non, j'ai envie de dire, on le fait entre guillemets. On est loin de ça. Mais, ce qu'on faisait ce midi, on le fait depuis trois ans maintenant. Au collège du secteur on avait proposé de faire un temps d'écoute. On l'a baptisé « Espace Santé Jeunes », on aurait pu le baptisé autrement mais les jeunes n'ont pas donné autre chose pour l'instant. Et donc, en fait, on va deux fois par mois, en début d'après-midi, entre 13 : 15 et 13 : 45 car c'est le temps entre la fin du self et le début des cours. C'est le seul créneau qui était possible. Et on fait ça deux midis par mois. Et on propose librement aux jeunes de venir. Et puis, ils parlent de ce qu'ils veulent. Et on interagit, on discute ensemble etc. Et bon, parfois il y a plein de choses qui viennent sur les relations garçons-filles, le tabac etc... On l'avait proposé, parce qu'on a deux collèges sur notre secteur, le collège privé et le collège public qui est à 2 km. Le collège public a refusé, il a trouvé plein de raisons de refuser parce que ça leur faisait peur. Ça leur faisait très peur. Le collège privé a accepté, donc on fait ça depuis trois ans. Et nous, on a l'impression que c'est quelque chose qui apporte. C'est un temps où, eh bien voilà les ados peuvent dire des choses, ou entendre dire des choses, communiquer entre eux, identifier éventuellement des personnes ressources auxquelles ils n'auraient pas forcément pensé. »

EG : « Donc en fait il y a des généralistes... »

M14 : « Donc en fait ce qu'on avait proposé initialement parce qu'on en avait parlé ici au niveau du cabinet, donc en fait les quatre médecins ici du cabinet interviennent chacun leur tour. Donc en fait ça fait grosso modo une fois tous les deux mois, on va dire en charge ce n'est pas très lourd. J'avais proposé aux autres médecins du secteur qui ont aussi des enfants ici mais personne n'a souhaité jusque-là s'investir. Alors, en général il y a toujours un des médecins de nous quatre et puis on a un autre adulte, alors soit c'est un enseignant du collège soit la première année il y a deux parents qui sont venus les après-midi. Alors en fait ils venaient chacun leur tour. Ils faisaient un peu une espèce de grille de présence pour qu'ils puissent tous s'y retrouver. Nous, on a la chance d'avoir un animateur éducateur du centre social local. Il vient aussi certains après-midi. Donc ça fait aussi là encore une autre ouverture. Nous, on croit beaucoup à ça dans la prévention pour les ados et tout. Bien sûr, on ne peut pas mesurer les effets de ça. C'est évident, mais bon, on voit bien quand même que quand on y va, on voit bien qu'on a plein de jeunes qu'on connaît quoi, qu'on a aussi comme patients ici. On voit un petit peu ce qu'ils nous disent là-bas et aussi ce qu'ils nous disent quand ils reviennent en consultation, ce que les parents peuvent parfois être amenés à dire. « Ah bien oui je sais que mon fils ou ma fille y va , il m'a dit que ça lui a apporté telle chose ». Voilà, non, c'est un peu une façon de faire un petit quelque chose à ce niveau-là. Bon, il y a aussi des choses qui existent comme des structures de relais, comme le planning familial mais bon là, on va plutôt être dans un créneau un peu spécifique. Mais ça fait partie d'une possibilité. Et puis ce qui se passe aussi, au niveau, mais là ça va être au niveau des addictions, avec l'association Soleil levant. C'est une antenne d'écoute à C. Bon, à mon sens je ne pense pas que les ados y aillent beaucoup. On a vraiment des plus âgés là-dedans. Je ne suis pas sûre qu'ils y trouvent beaucoup leur compte, je n'ai pas l'impression qu'il y ait une fréquentation... Je n'ai pas eu l'occasion d'en reparler récemment avec les gens du Soleil-Levant mais je n'ai pas

l'impression qu'ils aient une fréquentation importante au niveau des ados. On est plus dans des grands ados on va dire. Les 18, 20, 21 ans, 25 ans, peut-être plus, mais pas forcément les 13 -15 ans. »

EG : « D'une manière plus générale, vous avez parlé de ce qui vous mettait le plus en difficulté dans les consultations d'adolescents, c'était d'intégrer la famille... »

M14 : « Au départ c'est essayer de la faire sortir de la consultation. »

EG : « Est-ce qu'il y a autre chose qui vous gêne dans la prise en charge de l'adolescent en situation de mal-être ? »

M14 : « Eh bien, moi je dirais, je trouve moi que j'ai des choses que j'ai du mal à aborder avec les adolescents. Alors avec les garçons plus qu'avec les filles, parce qu'avec les filles il y a aussi l'occasion avec les consultations de contraception où on peut aborder ça. Mais avec les garçons je trouve que ce n'est pas facile d'aborder le côté sexualité. Pour moi en tout cas. C'est pas que ce n'est pas facile à cause d'eux. Moi, j'ai plus de mal à aborder ça avec eux. Je pense à une formation qu'on avait faite autour de la prévention des MST et autres où un confrère disait : « eh bien voilà il faut être très systématique quand on voit les gars, quand on voit les filles, pour le foot, pour les trucs, pour les machins ». Autant j'arrive à poser la question de l'alcool, la question du tabac, la question : « comment ça va le moral, comment vont les cours, quels sont tes projets ? », autant je m'aperçois que j'ai du mal à leur dire : « eh bien, est-ce que tu as une petite copine ? ». Certaines fois oui, mais c'est pas du tout facile. Et je pense que c'est un domaine du mal-être, un domaine qui serait une porte d'entrée par rapport au mal-être pour les garçons, que moi, je n'arrive pas à aborder. Alors qu'à l'inverse les filles, on les voit pour la contraception ou autre et là, du coup, ça vient plus naturellement. C'est notre porte d'entrée, c'est une autre occasion. Moi, après il y a aussi entre guillemets tous les petits traumatismes, « tiens ça fait là énième entorse, la énième blessure. Tiens, tu as eu un accident de scoot. samedi soir pourquoi donc ? » Voilà quoi. Ça c'est d'autres portes d'entrée, on va dire. »

EG : « Quand vous avez un adolescent et que vous trouvez que c'est une situation d'urgence, donc vous disiez que c'est difficile d'avoir un rendez-vous avec un pédopsychiatre, dans ces cas-là vous envoyer aux urgences ? »

M14 : « Oui ça nous arrive effectivement. Ça nous arrive d'utiliser alors soit les urgences pédiatriques quand ils ont moins de 16 ans, soit les urgences avec la cellule d'accueil de crise, oui, bien sûr. Là aussi, j'ai envie de dire que j'ai été un petit peu déçue. J'ai eu l'impression d'être un peu abandonnée, de me sentir un peu seule. Je pense à un ado, ça date déjà un petit peu. Un jeune que j'ai vu en garde, un soir, parce qu'il avait une menace suicidaire, ses parents n'étaient pas là, ça devait être le grand frère qui avait appelé. Et là, je ne voyais pas ce que je pouvais faire autrement que de l'hospitaliser. Parce qu'il n'était vraiment pas bien. Et à 4 : 00 du matin ils l'ont renvoyé chez lui quoi. Alors que les parents n'étaient pas là. Bon voilà, en lui disant que si ça ne va pas : « eh bien tu nous rappelles ». Bon voilà, moi je ne comprends pas trop ça. Et je me dis, eh bien qu'est-ce qu'on fait de ça ? Est-ce que j'y retourne à 4 : 00 du matin ? Ou moi j'y retourne à 4 : 00 du matin et je le ramène en garde sous le coude en me disant... Je ne sais pas. Je trouve que concernant l'organisation quand il y a des situations de crise comme ça des adolescents, je ne me sens pas très aidée. »

EG : « Est-ce que vous pensez que de faire plus d'informations sur le rôle de chacune des structures, ça améliorerait les choses ? »

M14 : « Oui, mais je ne suis pas certaine. Je pense aux petites cartes en main avec les numéros de téléphone etc. Bon, on les utilise assez largement, on les donne, en salle d'attente. Je pense que ça ne règle pas le problème, si les structures d'accueil d'urgence ne sont pas elles-mêmes disponibles. Mais je dirais que ce n'est pas spécifiquement lié aux ados. C'est un problème global parce qu'on a eu plusieurs cas récemment avec des HDT, des choses qui sont lourdes et où, eh bien malgré tout la personne ressort dans la nuit ou le lendemain. Et on se retrouve à nouveau avec le problème 2 jours après et on recommence, et on rappelle. Alors je ne sais

pas, est-ce que c'est un problème de surcharge de la psychiatrie ? Est-ce que c'est un problème de dysfonctionnement des structures d'accueil hospitalier ? »

EG : « Est-ce que vous avez suivi des formations sur l'adolescent, des FMC ? »

M14 : « Alors pas récemment. Dans la dernière formation faite il y en a eu une sur les IST avec un point particulier sur les ados. Alors ça c'était, je vais dire trois ans parce que le temps passe vite. Donc ce qu'on a fait, à travers l'Espace Santé Jeunes, avec l'ex CREDEPS parce que je crois qu'ils ont changé de nom mais je ne sais plus quel est le nouveau nom. Avec l'ex CREDEPS de Nantes donc avec Mr L. entre autre, qui est médecin et puis qui fait des choses là-dessus. Quand on a travaillé sur l'obésité de l'enfant, on a travaillé avec l'APS et puis on continue. D'autres formations récentes de communication avec l'ado, non je n'en ai pas fait récemment. »

EG : « Dans le cadre de vos études médicales, est-ce qu'on abordait la psychologie de l'adolescent ? »

M14 : « Ça date un petit peu. Non. Ou si on l'a fait ça devait être tellement bref que ça ne m'a pas laissé un souvenir impérissable. Moi j'ai un petit peu repris les choses, j'ai envie de dire un petit peu toute seule. Enfin pas toute seule, mais en faisant des formations continues. On avait fait aussi, ce n'était pas directement sur l'adolescent mais on avait fait des choses en formation continue sur les thérapies familiales entre autre, et on avait travaillé entre autre, en partie avec le docteur..., je ne sais plus le nom. Il travaillait au Train Rouge, qui est une structure d'accueil pour ados, jeunes adultes. Mais là, on était plus dans des choses de travail de groupe, thérapies familiales. On a eu le cas d'une famille, enfin, c'est pas moi qui la suis. Une maman qui appelait pour son fils, qui a 17 ans, qui s'alcoolise pour qui elle est très inquiète, mais elle-même n'est pas bien. C'est pas un jeune que je suis. C'est une maman que je ne suis pas non plus, c'est le collègue qui les a revus lundi et donc on en a reparlé avec la remplaçante qui les a vus au départ. Je me disais est-ce qu'une famille en crise comme ça, est-ce que ce ne serait pas intéressant justement de passer par ça. Mais en même temps, voilà c'est pareil, ils me disent souvent vous ne pouvez pas nous envoyer tout le monde, parce qu'on est débordé. Mais bon, de temps en temps, on voit bien qu'on a des dysfonctionnements familiaux. Moi j'utilise aussi beaucoup, enfin j'utilise, je propose, plus exactement, parce que ce n'est pas moi qui utilise, mais je propose et j'insiste un petit peu quand il y a des situations de séparation avec des enfants ou ados, je propose assez volontiers de rencontrer l'association Médiation 49, parce qu'ils étaient déjà actifs avant que la loi leur impose un petit peu leur temps et je trouve qu'ils sont quand même très très aidants par rapport à des dysfonctionnements familiaux liés au divorce ou autre, parce que leur objectif c'est plutôt de s'occuper des enfants et des ados. »

EG : « Et c'est facile d'accès ? »

M14 : « Oui quand même. Ils ont un temps d'écoute téléphonique et puis après avec des rendez-vous et autre qui peut-être avec que l'un des parents ou les deux et les enfants. Ils ont quand même une certaine souplesse. Malheureusement la difficulté, c'est d'arriver à amener les gens là-bas. Mais c'est vrai que moi je les conseille beaucoup, j'insiste pas mal parce que je trouve qu'ils sont très très aidants, il y a des psychologues, et je trouve qu'ils sont très très aidants par rapport aux parents et aux jeunes surtout quand quelquefois le dysfonctionnement commence plus tôt. Là, je pense à ce jeune qui s'alcoolise, vu comment ça se passe, je dis que manifestement c'est d'abord le problème des parents, où la maman est dépressive, ne va pas bien, où vraisemblablement c'est un couple qui va exploser dans pas longtemps. Et donc moi je me dis, que lui, sa façon de s'alcooliser c'est un peu « occupez-vous de nous quoi ». Et quand lui s'alcoolise et que la maman lui dit c'est de ta faute je vais me suicider, je ne vois pas comment il peut faire autrement, quelque part. Je pense qu'on est dans un mal-être d'un jeune mais qui exprime son mal-être dans la famille. Je me dis qu'un moment ou à un autre il va falloir travailler. Mais bon voilà, là, ce n'est pas moi qui m'occupe de cette famille-là. Je me dis, tiens, je le verrais un petit peu comme ça. Et puis ça nous arrive d'en discuter aussi ensemble. Donc ça, c'est un autre relais, Médiation 49, mais là, on va être, quand il y a quelque chose qui se passe au niveau du couple parental. »

EG : « Et du coup avec cette structure vous collaborez un petit peu mieux, les discussions sont-elles plus faciles ? »

M14 : « Eh bien je dirais oui et non, on va dire c'est facile d'avoir des renseignements, c'est facile de savoir un petit peu comment ils fonctionnent ou autre mais ils ne vont pas forcément faire un retour sauf s'il y a accord des familles. Parce que là, en pratique ça va être les gens qui vont prendre leur rendez-vous. Donc le retour se fait plus par l'intermédiaire des parents ou des ados c'est-à-dire qu'ils n'ont pas forcément vocation à nous renvoyer un courrier en disant ça va ou pas, mais par contre on peut avoir des échanges informels un petit peu. Oui, c'est vrai que c'est une structure avec qui on peut plus facilement communiquer. Mais bon voilà, ils s'adressent aussi à un champ particulier. »

EG : « Ils ne gèrent pas tous les problèmes des adolescents. »

M14 : « Ah bien non, on va pas leur envoyer tous les ados en crise sous prétexte que... Mais c'est vrai que quand il y en a un souci familiale je trouve qu'ils sont très très aidants dans la façon d'aborder les choses, de dédramatiser, aussi, souvent, de faire retomber des choses. Comme là, je pense à ce jeune, il y a des choses à dédramatiser avec les parents et pour qu'il puisse retrouver ses repères. On a des choses aussi très intéressantes, mais bon, on va être là, plutôt dans des choses plus générales, mais je trouve qu'au niveau des parents c'est intéressant. Il y a une association autour de l'enfance qui est assez active et qui propose régulièrement des soirées tous les mois à peu près, il y a des conférences ou autres. Alors c'est vrai que c'est beaucoup axé sur la petite enfance mais je trouve qu'il y a quand même des choses intéressantes par rapport aux adolescents, parce qu'on est sur des choses, eh bien savoir dire non par rapport aux enfants, comment aborder dans une famille une nouvelle naissance etc., ou les conflits inter générationnels et autres, tout ce qui est aidant. Mais là, on est un niveau un petit peu en deçà ou au-delà du moment même où le jeune n'est pas bien. »

EG : « Oui, c'est plus préventif. »

M14 : « Oui, c'est préventif. C'est plus général aussi. Ça ne veut pas forcément dire que des familles en difficulté ne vont pas profiter de cela. Je ne sais pas si ça répond... Il y a d'autres points que vous vouliez aborder ? »

EG : « Non, je voulais explorer surtout la communication avec l'adolescent, et du coup comment vous vous sentiez avec la psychologie de l'adolescent et toute la problématique de l'adolescent, le travail en réseau et la collaboration avec les autres intervenants... »

M14 : « Alors ça, je dirais que c'est ce qui nous manque un petit peu, ce qui nous manque dans les faits et puis quand il y a quelque chose, et les liens avec... En tout cas notre secteur de référence psy ados ce n'est pas ça. »

EG : « ...Et le problème de la systémique familiale, et arriver à intégrer la famille dans la prise en charge. Voilà, il n'y a pas que l'ado qui est en mal-être, il y a souvent la famille. »

M14 : « Oui, il y a souvent la famille autour. Je pense à un autre cas de figure, là, c'est un petit peu pareil j'ai l'impression de rattraper les choses après coup. C'est une famille que je ne vois pas forcément énormément, une maman qui est venue toute seule au départ et puis qui a amené ses deux grands adolescents, elle est divorcée. Elle est enseignante, donc elle est plutôt venue pour elle. Elle amenait en effet les ados parce qu'ils ont de l'asthme je crois bien, voilà. Et puis il n'y a pas très longtemps, elle vient en consultation avec sa fille. Et en fait c'était notre dernière stagiaire SASPAS qui en fait avait vu la jeune fille à deux reprises et avait alerté sur son poids. Elle se posait la question d'une anorexie et l'avait alerté, elle lui avait demandé de reprendre rendez-vous avec moi. Et en fait elle n'avait pas repris rendez-vous. Et donc elle en avait reparlé et moi je n'avais pas réussi à reprendre rendez-vous avec cette jeune fille. Et en fait, quand je l'ai vue avec la maman il n'y a pas

longtemps, finalement le papa s'était un peu mobilisé par rapport à ça, et en fait l'avait emmenée consulter en pédiatrie et avait été pris en charge à l'hôpital de Nantes, hospitalisée etc. parce qu'elle avait franchi un stade et du coup moi, je ne l'avais pas du tout vue pendant cette période-là mais peut-être justement parce qu'elle était prise en charge ailleurs, quoi. Et là aussi j'étais un petit peu embêtée mais bon là je ne savais pas ce que les parents avaient dit exactement sur qui était le médecin traitant ou autre. Mais du coup, un moment donné on m'a demandé de faire une demande de 100% pour l'anorexie et moi je n'avais rien d'autre qu'une information de la part de la maman et de la jeune fille qui était revenue une seconde fois. Donc : « vous êtes bien gentils mais comment voulez-vous que moi je fasse une demande de prise en charge de 100%, vous ne m'avez pas dit que vous la connaissiez, vous ne m'avez pas dit ce que vous aviez fait. Elle, elle m'a raconté ce qu'elle voulait me raconter et c'est très bien qu'on ait pu en parler, mais vous ne trouvez pas que c'est un petit peu facile de dire faites donc la demande, faites-nous le porte-plume ». Je trouve que c'est un peu difficile quoi. Je ne dis pas qu'il faut que je m'immisce absolument là-dedans si elle a trouvé un soutien, un suivi et que moi je ne la vois quasiment pas. Je ne tiens pas forcément à dire que c'est moi le médecin traitant et je vais m'en occuper parce que peut-être que mes compétences ne seront pas... Mais alors : « faites, vous, la demande de 100%, pourquoi vous me demandez de boucher tout à coup un trou ». Voilà, encore un exemple, on va dire, d'un mal-être majeur mais où tout à coup on apprend que... Et il faut faire le papier administratif. Mais on n'a pas vraiment eu de lien autour de ça quoi. Mais peut-être que ce sont nos dysfonctionnements de communication. C'est vrai que je dirais que je prends facilement le téléphone quand il y a besoin, je fais des courriers, j'accompagne. Souvent le courrier que je fais, je vais le faire avec les ados en leur disant voilà : « qu'est-ce que tu en penses, moi j'ai envie de noter cela, est-ce que tu es d'accord sur l'échange que l'on fait ? ». Mais en pratique il y a peu de retour. Peut-être que ce n'est pas toujours comme ça, peut-être que sur la Maison Des Adolescents à Nantes il y a peut-être des choses plus faciles à faire. Nous, on est un petit peu démunie par rapport à ça. Et pour les ados qu'on a, nous, ici, ça leur fait un peu loin d'aller jusqu'à Nantes. Mais bon peut-être que l'on va réussir dans l'avenir à faire une Maison Des Ados à C. ou avec pourquoi pas des antennes qui se promèneraient un petit peu. Il y a aussi les réseaux de santé scolaires, j'ai oublié de dire. Mais là, c'est un petit peu pareil, j'ai un petit peu l'impression d'une espèce de porte refermée par rapport en tout cas au réseau de santé scolaire du collège public, puisque quand on a essayé de parler de cette possibilité de l'Espace Santé Jeunes, à un moment donné j'ai pu rencontrer une infirmière et un médecin scolaire et j'ai eu un petit peu l'impression après, dans ce qui s'est passé, que l'infirmière a eu peur de perdre quelque chose et qu'elle a mis son véto et on n'a pas pu en reparler. »

EG : « Et justement, c'est des intervenants intéressants. »

M14 : « Complètement, et puis en plus en parlant de cet Espace Santé Jeunes, notre objectif c'était pas du tout de court-circuiter l'infirmière scolaire. On ne fait pas du tout la même chose. Elle, elle va rencontrer des jeunes ou des familles en entretien individuel, nous, on est dans quelque chose de beaucoup plus informelle. D'ailleurs, ça n'empêchait pas qu'on puisse le faire ensemble. Nous, on était plutôt dans quelque chose d'ouvert comme ça et ça nous a surpris, parce que c'était quelqu'un avec qui jusque-là on travaillait de façon plutôt intéressante. Et là, en pratique on a très peu de liens avec l'infirmière scolaire actuellement. J'ai deux fois, je crois une maman qui a pris rendez-vous avec sa fille parce que le collège lui a dit, « eh bien écoutez maintenant ça suffit il faut que vous alliez voir un médecin, parce que vous nous dites que régulièrement elle est malade, elle ne peut pas venir, elle est pas ceci, elle est pas cela ». Bon c'est une famille qui est en grande difficulté, la maman est venue avec sa fille et la fille ne voulait pas être là. C'était manifeste. J'ai essayé de lui dire un petit peu : « eh bien voilà est-ce que tu ou vous », peut-être vous parce que je ne la connaissais pas beaucoup, « est-ce que vous vous rendez compte que c'est normal que quelque part l'école ne comprenne pas pourquoi vous n'allez pas à l'école ou autre ». Je me dis, bon voilà, un moment donné l'infirmière a réagi en disant il faut aller voir le médecin mais on n'a pas eu pour autant plus de liens, qu'est-ce qui se passe au niveau de l'école ? Alors effectivement, en reprenant les faits avec les collègues, c'était une famille qui avait déjà eu des soucis avec la sœur aînée, manifestement des problèmes relationnels, plus que relationnels, une espèce de

refus par rapport à l'école, par rapport à la famille en grande difficulté. Mais je me dis, est-ce que c'est logique que l'on fonctionne comme ça ? Et donc par rapport à cette jeune fille où j'ai appelé le médecin scolaire pour pouvoir un peu se coordonner ça n'a pas abouti. Ça, je trouve que c'est une grosse difficulté, justement, d'arriver à créer un réseau sur lequel on peut s'appuyer sur les autres ou communiquer, à offrir justement différentes portes à un ado. »

EG : « Oui, et pas forcément prendre la place de l'autre ? »

M14 : « Voilà, l'idée ce n'est pas du tout de rentrer en compétition. Et là, je pense à cette jeune fille par rapport à l'anorexie. Eh bien voilà, si elle était prise en charge un moment où c'était important, par le service de pédiatrie ou de psy ado, ça me paraît tout à fait bien. Je n'ai absolument rien contre, parce que peut-être que moi j'aurais été démunie par rapport à elle, je n'aurais pas pu l'aider suffisamment. Mais en même temps je ne trouve pas forcément normal que tout d'un coup, « allez donc voir votre médecin pour faire son 100% », alors qu'il n'y a pas eu le moindre courrier de retour en disant : « voilà on l'a prise en charge ». Il a fallu que moi j'appelle le service en leur disant, « eh bien vous me demandez de faire un 100 %, c'est bien gentil mais je n'ai pas eu la moindre information, ni qu'elle était hospitalisée, ni où elle en était, ni quelles règles vous avait pu donner ». Comment moi je m'inscris là-dedans ou pas ? Je ne vois pas comment on peut travailler de façon cohérente quand on est tout le temps comme ça. Moi j'ai souvent l'impression, malheureusement, qu'on est souvent la dernière roue du carrosse. Alors c'est vrai qu'après tout, on a essayé de prendre notre place, on monte au créneau et c'est vrai que de temps en temps c'est un peu fatigant. C'est en fait, on peut ne pas être compétent pour quelque chose. Ça paraît tout à fait logique, mais ça n'empêche pas que l'on ne puisse pas se coordonner, pour que l'on puisse justement passer la main, et des fois c'est difficile de passer la main. J'ai des exemples beaucoup plus simples, enfin pas beaucoup plus simples mais plus avancés, d'un petit garçon qui était le premier d'une fratrie et où, en le voyant évoluer à différentes reprises où la maman et le papa l'amenaient et posaient des questions, je me disais qu'on était en train d'aller vers un autisme. Et donc on a dû se poser ces questions-là vers l'âge de 18 mois ou 24 mois, ce qui était assez tôt, et donc je me suis dit qu'il fallait qu'il soit vu absolument par quelqu'un. Et donc il y avait des possibilités, justement d'alerter tout ça. J'ai essayé de le faire, et on m'a répondu : « ah non c'est la maman qui doit prendre rendez-vous ». Très bien, la maman prend rendez-vous, je fais un petit mot, je le donne à la maman en accord avec elle, et elle prend rendez-vous. Je n'ai jamais eu le moindre retour alors même qu'il y avait eu des rendez-vous organisés après. Et le seul retour que j'avais c'était la maman qui me racontait ce qu'il en était. Bon, je me dis OK, le petit garçon évoluait bien mais je ne sais pas... Ne serait-ce que de me dire : « vous vous êtes planté ce n'était pas ça, ou oui c'était ça ». Pour pouvoir nous aider, je me dis ça ne va pas. Je ne sais pas, est-ce que ça fonctionne mieux à Nantes ? »

EG : « Les autres médecins rapportent que les délais sont longs, et c'est vrai que, la majorité m'ont dit qu'il y avait vraiment un souci de collaboration, et de travail en réseau. Sauf certains médecins qui ont réussi à se faire un petit réseau et avoir de bonnes relations avec un psychiatre, où là ça fonctionne bien, mais il y a toujours la limite que les psychiatres n'ont pas des emplois du temps à rallonge. »

M14 : « Oui, ce que l'on peut comprendre aussi, parce qu'on a le même genre de soucis. Mais, en même temps comment est-ce qu'on peut arriver à travailler en réseau si à un moment ou à un autre on n'arrive pas un minimum, ou à se rencontrer, ou à s'écrire, ou à se téléphoner. Par exemple voilà ce jeune-là je ne sais plus comment faire, il me paraît en grande difficulté, quel va être le meilleur interlocuteur. Et ça, on n'arrive même pas à le faire, ça. Ça, c'est quand même assez dramatique. »

EG : « Est-ce que vous pensez que de mieux se connaître les uns les autres, et connaître le rôle... »

M14 : « Oui sûrement que ça aide un petit peu, mais le risque aussi quelquefois de ça, c'est de dire, eh bien voilà j'ai bien travaillé avec telle personne dans cette situation, et je n'arrive pas à travailler avec les autres,

c'est de demander toujours à la même personne. À un moment donné il y a la personne qui est en face qui nous dit c'est bien gentil, mais je ne peux pas répondre à tous, ce qui est normal. »

EG : « Mais aussi, il y a le fait que lorsqu'on arrive à bien travailler avec les gens, on se forme, et après on est plus à l'aise et on progresse. Et on peut prendre en charge des choses qu'avant on ne prenait en charge. »

M14 : « Oui sûrement également. Mais le problème c'est que là, pour l'instant ça ne fonctionne pas trop. Oui j'ai envie de dire qu'on s'entraide ici au niveau du cabinet, parce qu'on va se dire : « tiens qu'est-ce que tu en penses ? J'ai vu cette famille-là, qu'est-ce que tu penses de telles choses ». Mais bon ça aussi c'est limité un petit peu. Moi je dirais que j'ai l'impression d'être un petit peu frustrée par rapport à des choses dont on sait qu'elles existent, que l'on pourrait peut-être proposer, avoir de meilleures prises en charge, de meilleurs soutiens à travers certains réseaux et qu'on n'arrive pas à faire fonctionner quoi. Mais ce n'est pas que la santé de l'adolescent, c'est ce qui se passe avec des réseaux comme le diabète. Il y a des choses qui existent, on essaye d'avancer et puis ça tombe à l'eau parce que c'est trop loin, parce que c'est trop long, parce qu'on n'y a pas mis assez de temps quelquefois. C'est un peu dommage.

Alors la question qui va se poser un petit peu par rapport à ça, c'est qu'on va se dire, si je reviens un petit peu sur la situation de Mathieu que l'on avait pris au départ. Je me dis bon, là, il évolue sur 2, 3, 5 ans. Je vais avoir peut-être deux, trois années de recul avant qu'il parte ou qu'il déménage. Est-ce qu'au final il n'y a pas des ados qu'on aide sans avoir mis forcément une étiquette très nette et qui finalement avancent. Je pensais, on n'a pas évoqué ça tout à l'heure mais il y en a qui vont venir, et je trouve que c'est intéressant, qui arrivent à venir en consultation parce qu'ils ont peur de telle ou telle chose, d'être trop gros ou trop petits ou d'être mal foutus. Et je me dis, bon, quand on arrive à les mettre assez en confiance, quand on arrive à poser ces questions-là, moi je leur dis par exemple... Je trouve que c'est une situation assez intéressante... C'est un bénéfice indirect on va dire, c'est de choisir le médecin traitant à 16 ans. Alors bon c'est 16 ans c'est comme ça. Il y a des jeunes que je vois depuis un petit moment qui venaient pour le foot ou le sport, souvent amenés par les parents et ça se passe assez tranquillement. Mais souvent quand il y a ce choix-là justement à 16 ans, je leur dis : « eh bien écoute jusqu'à présent tu venais, tes parents t'emmenaient, mais on est des médecins hommes ou femmes ici, il y en a d'autres tu n'es pas obligé de me choisir moi, tu as le droit de changer quoi, si tu te sens plus à l'aise avec un médecin homme, tu peux... » Voilà, comme ça je me dis, cette ouverture-là, par exemple s'ils ne se sentent pas à l'aise avec moi, parce que je suis un médecin femme, s'il y a des choses que je n'arrive pas à leur faire dire et qu'ils diraient peut-être plus facilement à quelqu'un d'autre, c'est leur ouvrir la porte à ce moment-là : « eh bien voilà, là, tu as 16 ans et c'est toi qui choisis. C'est pas automatiquement parce que tes parents t'ont amené là que tu y es obligé ». Certains profitent, oui effectivement. Je pense à un ou deux que j'ai vu plus jeunes et puis qui maintenant voient plutôt le Dr G. ou autre. Je me dis que finalement c'est très bien, le fait que nous, on ait la chance d'être au moins 4, 5, 6 quelquefois avec les remplaçantes, eh bien ça leur donne une possibilité autre de voir d'autres médecins. Je me dis tiens pourquoi pas. Donc ça, c'est une bonne occasion et moi je saisis volontiers cette occasion-là du médecin traitant pour leur dire qu'ils ont le choix. C'est l'occasion de choisir un médecin avec qui ils se sentent à l'aise, hommes ou femmes, ils ont le droit de changer d'avis après coup si ça ne se passe pas bien. Et je trouve, j'ai l'impression que ça fonctionne ça. Leur dire quelquefois quand ils viennent pour des entorses ou autres : « eh bien alors, tu n'as pas fait attention à toi ? Ou pourquoi tu fais pas attention à toi par exemple. Qu'est-ce qui se passe ? » Je pense à l'alcool et aux soirées arrosées surtout par ici, c'est quand même assez fort sur les week-ends. Et bon ça permet d'en parler un petit peu. Alors la difficulté c'est que lorsqu'ils viennent, ils ont 13-14 ans et qu'il y a les parents, il y a souvent la maman à côté. Alors je pose la question souvent quand je les examine car on est un petit peu plus à distance. Ou alors quelquefois je leur dis : « eh bien quand tu reviendras pour le vaccin, tu pourras revenir tout seul ». Des fois ça permet... Après on voit ce qui se passe, est-ce qu'ils viennent tout seuls ou est-ce qu'ils ne viennent pas tout seuls. On voit bien parfois la façon de quitter la salle d'attente, est-ce qu'ils se lèvent et on a un petit peu l'impression que ça les agace que la maman suive donc dans ces cas-là je leur dis : « eh bien tu peux venir tout

seul ». Quelquefois ils se lèvent et moi je vois bien ils se retournent pour qu'elle vienne, bon, c'est aussi leur droit. L'avantage en médecine générale c'est que je trouve qu'on a plein d'occasions comme ça où on peut amorcer quelque chose, leur donner la possibilité de changer, ou de dire, ou de revenir. Et ça, je trouve que c'est quand même une chance. Effectivement envoyer un secteur spécialisé parce qu'ils vont très mal, c'est plus compliqué. »

EG : « Oui, on n'est pas obligé de « psychiatriser » tout. »

M14 : « Oui bien sûr. Il y a plein de situations je trouve où on n'en a pas forcément besoin. Mais parfois, il y a des fois où on se pose des questions et on aimerait pouvoir avoir un relais même ne poser que notre question pour pouvoir au moins échanger quoi. Je pense, si on pouvait mettre des choses comme ça en place que ce serait intéressant. Ce qu'on fait par exemple en rhumatologie avec l'hôpital de C., ils l'ont fait je pense plus poussés par l'urgence parce qu'ils ne sont pas assez nombreux. Mais ils nous proposent un après-midi une fois par mois où on peut aller les retrouver dans des salles au sein de l'hôpital, ils demandent des plateaux-repas pour que l'on puisse tous avoir du temps et pour venir discuter de dossiers qui nous posent problème. Et je me dis pourquoi on ferait pas ça en psy ados ou adultes ? Et peut-être que nous ça nous donnerait l'occasion d'avoir un autre éclairage, d'ouvrir les choses autrement et d'envisager les choses autrement. »

EG : « Et c'est pareil, c'est aussi de la formation. »

M14 : « Oui bien sûr, complètement. C'est un double intérêt parce que ça nous forme effectivement et ça nous permet effectivement de répondre à des situations et de se dire : « eh bien voilà, là, je n'ai pas trop su négocier les choses, je vais le revoir dans trois semaines, peut-être que je pourrais aborder autrement ». Donc il y a cet éclairage-là, ces questions-là. Et bon voilà ça ne se fait pas, est-ce que ça pourra se faire ? Moi je pense que ça pourrait être des choses intéressantes. Et puis que ça pourrait leur permettre aussi quelquefois de soulager aussi leur charge, en se disant : « eh bien finalement je n'ai pas besoin de le voir, eh bien finalement ça et ça, ça peut suffire. Ça peut être géré comme ça. » »

EG : « Et pour l'adolescent c'est pas mal aussi parce qu'il garde son interlocuteur, et il n'a pas besoin de voir une autre personne étrangère. »

M14 : « Oui bien sûr. Mais en même temps, j'ai toujours eu un petit peu, et c'était une idée quand on avait proposé l'Espace Santé Jeunes, c'était 2 choses à la fois. C'était de leur donner l'occasion de pouvoir dire ou entendre de façon assez informelle, et si on avait aussi proposé ça c'était que la difficulté... quelquefois dans le cadre du cabinet médical, on n'est pas forcément toujours non plus la meilleure ressource. Alors soit parce qu'ils nous connaissent depuis qu'ils sont tout petits et puis ils nous identifient comme celui chez qui l'on va quand on est malade et quand on est mal dans sa tête ou dans sa peau c'est pas forcément qu'on est malade, même si on peut voir les choses différemment parce qu'on est plus sur le versant de la prévention et puis quelquefois parce qu'il y a aussi, et il y a beaucoup d'adolescents à qui je dis ça, que ce qu'ils viennent nous dire en consultation c'est confidentiel et on leur doit la même confidentialité que pour leurs parents surtout à partir du moment où ils ont 14-15 ans alors quelquefois effectivement, on est dans cette limite-là, de l'autorité parentale. Mais moi ça m'arrive effectivement des fois de voir un jeune, et de lui dire : « eh bien voilà tu es venu avec ton père ou ta mère, voilà tu peux retourner le chercher, qu'est-ce que tu m'autorises à dire ? » Parce que souvent les parents demandent : « eh bien qu'est-ce que vous en pensez » etc... « Qu'est-ce que tu m'autorises à dire ? Qu'est-ce que tu as envie qu'on explique, moi j'aurais envie de dire ces faits, qu'est-ce que tu en penses ? » Plutôt de négocier ça avec le jeune pour qu'il sente que l'on respecte le secret et que même si les parents viennent en consultation après derrière on ne va pas leur raconter ce qu'ils nous ont dit en consultation. Ça c'est vraiment très important, je crois qu'il faut vraiment le redire parce que je pense qu'ils ne le savent pas souvent et parce qu'ils s'imaginent que comme ils sont venus en consultation avec les parents et qu'on les connaît, on va répéter. Et ça je crois que c'est un frein à notre prise en charge de leurs problèmes

parce qu'ils n'ont pas l'impression, ils ne savent pas peut-être que l'on va respecter cette confidentialité. Parce que souvent les parents vont lui dire : « eh bien j'ai vu le médecin je lui ai dit que tu buvais » et ils peuvent parfois avoir l'impression que quelquefois, parce que les parents disent ça, que nous on a été dans ce sens-là, on a répondu dans le même sens. Alors que souvent on leur dit : « ah bien oui ça me paraît important, vous pouvaient lui proposer de venir me voir » mais voilà c'est tout. Mais ça, ils ne le savent pas forcément. Et je pense que de temps en temps l'adulte va nous instrumentaliser pour arriver à ses fins, et du coup c'est un peu un piège. Mais il y en a pas mal qu'on voit, tout seul, par rapport au mal-être. »

EG : « Et puis souvent l'adolescence c'est un passage, souvent les choses rentrent dans l'ordre... »

M14 : « Oui, c'est pour ça que je pensais l'histoire de Mathieu, c'est intéressant parce qu'il y a eu beaucoup de choses dans son histoire. Moi j'ai ce sentiment-là, bien sûr on n'est pas encore au bout, mais j'ai le sentiment que la dernière fois que je l'ai vu, malgré tout ce qu'il y a dans sa famille, il avançait plutôt pas si mal que ça. Il est en train de trouver, d'abord des études qui lui plaisent, de trouver peut-être un peu plus sa place, on verra. Peut-être qu'effectivement dans les mois qui viennent il va y avoir des choses qui vont se décanter. Il y a des choses qui vont se décanter toutes seules et donc effectivement on n'aura pas eu finalement besoin d'aller chercher quelqu'un plus loin. Mais je me dis que c'est aussi intéressant de leur dire que ça existe. »

VI.3. Unités minimum de signification.

VI.3.1. Médecin n°1 : M01.

M01V01 : « contexte familial avec une maman fragile [...] en souffrance psychologique », « une petite sœur qui a un handicap, un retard mental »

M01V02 : « donc j'avais [...] orienté vers un centre médico-psychologique à la fois pour sa demande d'appel et puis pour une demande de soutien familial par rapport à l'enfant et par rapport aux relations parents-enfants », « je me suis contenté d'orienter, de soutenir »

M01V03 : « l'enfant n'avait pas encore de rendez-vous », « même si quelque chose semblait initié, on n'avait aucun délai »

M01V04 : « donc j'ai dû savoir par la maman, quand elle est revenue pour son propre traitement », « c'est toujours un petit peu indirectement que je peux savoir si quelque chose s'est fait »

M01V05 : « il s'agissait surtout de m'assurer qu'il n'y ait pas d'éléments dépressifs majeurs », « donc moi cette consultation m'a rassuré sur l'absence d'urgence »

M01V06 : « j'ai proposé à la maman de revoir Maxime »

M01V07 : « donc j'ai pu voir Maxime seul, la maman attendait dans la salle d'attente »

M01V08 : « et puis je restais à leur disposition », « j'ai laissé une porte ouverte voilà »

M01V09 : « c'est vrai que j'ai peut être été un peu déçu. On n'a pas toujours beaucoup de retour », « quand on a orienté, on se demande s'il y a eu une prise en charge ou pas [...] que ce soit d'ailleurs vers les CMP ou vers les Maison Des Adolescents », « non il y a peu d'échange je trouve », « je n'ai eu aucun retour, elle a été prise en charge par la Maison Des Adolescents puis des structures spécialisées mais je n'ai pas eu de retour »

M01V10 : « je sentais que ça ne se ferait pas en une seule consultation. C'est vrai que quand je sens que ça ne peut se faire en une seule consultation et que ça risque de demander un peu plus, j'oriente facilement »

M01V11 : « alors indirectement, je ne suis pas sûr que ce soit par courrier [...] on a quand même été informé de l'ouverture de la structure au tout début »

M01V12 : « j'ai vu au passage qu'il n'y avait aucun généraliste »

M01V13 : « CHS, un service pour adolescents mais qui était parfois une structure un peu lourde, avec l'appréhension d'aller à l'hôpital [...] c'était difficile pour eux d'aller dans une structure hospitalière »

M01V14 : « on n'avait pas vraiment la structure intermédiaire [...] on peut orienter vers la Maison Des Adolescents [...] avant on avait l'impression [...] il fallait que l'adolescent soit vraiment en crise, maintenant [...] on peut intervenir plus tôt avec une structure qui associe les demandes médicales et sociales et éducatives »

M01V15 : « c'est aussi parce que je ressens que ça ne va pas être purement médical, que ça va être effectivement un peu pluridisciplinaire, éducatif, un petit peu social »

M01V16 : « je crois que c'est dans l'exercice. Notre formation est une formation très axée vers la pathologie et je ne suis pas sûr que ce soit le bon moyen d'aborder la problématique des adolescents, de l'aborder par la pathologie », « on a abordé les problèmes de psychose [...] des anorexies mentales [...] à dépister les schizophrénies »

M01V17 : EG : « est-ce qu'il y a plus de besoin de formation ? », M01 : « oui certainement [...], après au-delà de la formation [...] c'est un petit peu plus d'échanges entre les intervenants. »

M01V18 : « un petit peu plus d'échanges entre les intervenants [...] c'est comme ça qu'on se forme aussi »

M01V19 : « un peu plus de retour », « un retour de courrier, au moins quand on a adressé. [...] je pense que ce serait une bonne chose »

M01V20 : « cette perspective de prise en charge familiale »

M01V21 : « c'était un garçon [...] qui reconnaissait des difficultés relationnelles, qui arrivait à exprimer tout à fait correctement », « il ne se refermait pas sur lui-même », « il s'est livré quand même assez facilement »

M01V22 : « je pense qu'il a été suffisamment clair sur la nature de son mal-être, je l'ai laissé vraiment s'exprimer sur cet aspect là »

M01V23 : *réaffirmer la confidentialité auprès de l'adolescent, notion abordée par le praticien hors enregistrement au dictaphone.*

VI.3.2. Médecin n°2 : M02.

M02V01 : « Jimmy c'est le petit dernier de la famille [...] il est venu 7 ans après les autres. [...] il fait des migraines [...] le papa de Jimmy fait des migraines, et le frère aîné aussi »

M02V02 : « il y a un problème de migraine qui est assez ancien parce qu'en fait il avait été bilanté par rapport à ça [...] il a fait une migraine hémiplégique [...] il avait quand même été aux urgences et là ils ont quand même demandé un TDM », « les migraines sont quand même déclenchées par les contrariétés », « ce qui se passe derrière, c'est qu'il aime pas l'école du tout », « quand il fait ses migraine, la maman venait le chercher », « j'ai demandé un avis neuro quand même »

M02V03 : « il vient quand même avec la maman, qui parle plus à sa place, lui il est renfermé. Il parle pas trop », « la maman, elle est assez dominatrice »

M02V04 : « donc j'ai dû le revoir en octobre », « je le revois le mois d'après », « c'est vrai qu'il y a eu pas mal de consultations »

M02V05 : « il est très réticent par rapport à la prise en charge psycho. Voir un psycho ça avait pas l'air de le brancher du tout », « ça m'embêtait de déclencher une consultation sans avoir son accord », « il a mis plusieurs mois à accepter », « il y a pu avoir une progression où il a fallu l'amener par plusieurs consultations à accepter cette prise en charge »

M02V06 : « j'ai téléphoné rue d'Anjou qui est la consultation ados à Saint Nazaire [...] donc avec des psychologues [...] il y avait une psychomotricienne qui faisait de la relaxation mais il fallait voir le pédopsychiatre avant », « j'étais partie sur la piste du CMP »

M02V07 : « j'avais fait un certificat prouvant qu'il avait des crises migraineuses graves nécessitant la prise rapide de médicaments », « j'ai reçu moi, ça doit être une lettre de la CPE ou du chef d'établissement, me demandant encore confirmation que ce n'était pas normal qu'il ne puisse pas rester à l'école dans ces cas-là », « parce que le médecin scolaire n'a pas été non plus dans mon sens », « le médecin scolaire il aurait très bien pu me téléphoner, j'aurais pu parler ou l'infirmière, elle appelle »

M02V08 : « à chaque consultation, je le prenais un petit peu quand même à part, je faisais sortir la maman, mais bon j'avais du mal »

M02V09 : « Il avait du mal à parler. On arrivait à parler de l'école [...] on avait du mal à aller au-delà », « oui, c'est pas simple »

M02V10 : « il était très content d'avoir rencontré quelqu'un qui apparemment l'écoute. Donc pas du tout sur la défensive comme auparavant quand je lui parlais d'aller voir un psychologue [...] il était pas à l'aise pour parler et lui a su avoir les bons mots »

M02V11 : « non, le problème en général des psychologues [...] les libéraux, pareil, les psychologues n'envoient jamais de courriers. On n'a jamais de retour donc ça c'est un problème »

M02V12 : « j'ai su par Jimmy. C'est vrai en général on le sait par les personnes elles-mêmes »

M02V13 : « oui, elle ne faisait pas la démarche de l'amener pour ça »

M02V14 : « oui c'est des consultations assez longues », « il est assez replié sur lui. J'ai pas trop approfondi, j'avais des problèmes de temps. À chaque fois qu'il venait pour la migraine donc on passait un bon temps »

M02V15 : « c'était dur de le faire revenir à chaque fois pour la migraine [...] faire revenir que pour le mal-être je crois que ça n'aurait pas été »

M02V16 : « je me suis plus formée après oui. À l'époque, non je ne crois pas. En pédiatrie c'était pas des foudres de guerre sur la psychologie »

M02V17 : « le problème de temps. Dans l'idéal il faudrait réussir à faire revenir pour fractionner »

M02V18 : « c'est plus avec l'extérieur finalement, les rapports avec l'école et tout se passait toujours avec les parents », « alors est-ce qu'il aurait fallu que je prenne contact avec l'infirmière moi aussi, c'est pareil, que moi, je décroche mon téléphone et que j'explique. C'est vrai que quand on parle aux gens de PMI ils nous disent : « ben oui, mais c'est vrai que vous nous appelez pas non plus ». Et chacun se renvoie la balle. [...] c'est vrai j'aurais pu appeler »

VI.3.3. Médecin n°3 : M03.

M03V01 : « donc c'est un réfugié albanais, parce que ses parents étaient victimes pour des opinions politiques, là-bas, de tortures de la part de la police [...] il a dû abandonner quand même ses amis là-bas, ce qui n'est pas très facile [...] sa famille aussi [...] tous les repères finalement », « il parlait pas français du tout »

M03V02 : « j'ai commencé à me poser des questions, c'était quand il avait 12 ans puisqu'il avait des douleurs abdominales à répétition [...] et un petit bilan organique comme souvent », EG : « c'est difficile de faire comprendre aux parents qu'il n'y a pas d'organicité ? » M3 : « oui, tout à fait. Parce que là, ils vont partir dans des bilans, pour eux c'est pas psy, quoi »

M03V03 : « lui-même a bien compris que c'était du stress. Il le disait lui-même. Son père aussi, donc bon ça a facilité ça, les mots qu'on a pu poser sur ses symptômes », « les parents ont très bien anticipé eux aussi de leur côté. Ils avaient pris rendez-vous avec le professeur principal pour parler du mal-être »

M03V04 : « la première fois on a discuté, je l'ai revu 15 jours après »

M03V05 : « j'ai dû discuter assez longuement, du coup j'ai pas dû avoir assez de temps pour écrire dans le dossier », « alors on a discuté, tu vois, trois quart d'heure, tu vois 45 min »

M03V06 : « et son père qui m'a laissé parler avec lui, c'était bien ça, j'ai pas eu besoin de demander à son père de sortir »

M03V07 : « je l'ai écouté longuement parce que je pense qu'au début c'est ce qu'il faut faire »

M03V08 : « j'essayais de le rassurer sur certaines choses »

M03V09 : « j'ai eu la professeure principale. C'est pas banal pour un médecin d'appeler la prof principale [...] j'ai échangé un petit peu [...] parce que ça m'intéressait de voir si elle confirmait », « après j'ai eu une infirmière scolaire au téléphone », « l'infirmière scolaire ça me paraît important. C'est un interlocuteur important au niveau scolaire »

M03V10 : « je me posais la question d'un risque, et d'ailleurs l'infirmière scolaire m'a rappelé et la maman de Ron a évoqué ça à ce moment-là, que son fils Ron avait des idées suicidaires »

M03V11 : « quand j'ai vu cette notion d'idées suicidaires [...] donc là j'ai appelé la pédiatrie et pédopsychiatrie, le CMP ado en fait plus exactement »

M03V12 : « on a la chance de pouvoir contacter facilement pour avoir, si possible, une consultation assez rapide pour cet adolescent [...] et une semaine après on avait le rendez-vous »

M03V13 : EG : « il a bien accepté d'être orienté ? », M3 : « oui, sans problème. Il était plutôt demandeur, lui, d'en parler, parce qu'il avait besoin d'un soutien »

M03V14 : « lui-même a bien compris que c'était du stress. Il le disait lui-même », « il en parlait assez facilement. Oui, c'est pas tous les ados comme ça »

M03V15 : « j'ai donc eu au tout début la pédopsychiatre au téléphone. Une fois. Après tout au cours du suivi avec le psychologue, non [...] je n'ai eu aucun contact du CMP. Malheureusement c'est souvent comme ça [...] on n'a pas de retour, c'est un peu difficile d'avoir des échanges réguliers. J'ai l'impression que c'était toujours moi qui appelais et qu'il n'y avait pas trop de retour »

M03V16 : « donc quand je voyais la maman, je la voyais aussi pour elle, je lui demandais : « comment va Ron ?, ça se passe bien au CMP ? »»

M03V17 : « maintenant il y a les Maisons Des Adolescents [...] auxquelles on peut orienter plutôt facilement »

M03V18 : « oui, non, on ne me l'a pas tellement appris, enfin, si un peu, dans le séminaire dont je t'ai parlé »

M03V19 : « moi je ne sais pas, j'aime bien. Le contact avec l'ado, je trouve ça marrant, enfin, c'est pas toujours facile »

M03V20 : « il y a une facilité de base, après il y a une facilité avec certaines personnes »

M03V21 : « les points les plus difficiles c'est d'accrocher l'adolescent en fait. Effectivement là, c'était le cas idéal avec d'autres c'est un petit peu moins facile. C'est une accroche d'un adolescent qui ne veut pas parler »

M03V22 : « il faut lui rappeler, que nous, on n'est pas, ni flic, ni éducateur. On est là plutôt pour l'aider »

M03V23 : « quand il est tout seul, on peut lui rappeler qu'on est quand même soumis au secret professionnel [...] on ne va pas le répéter aux parents »

M03V24 : « pour lui dire qu'on voit qu'il est en souffrance »

M03V25 : « sinon après c'est parfois avec les parents, parce que les parents sont pas toujours capables d'entendre certaines choses au niveau de leur ado. Parfois ils ont une idée préconçue de comment doit marcher leur fils. C'est pas facile d'accrocher les parents non plus »

M03V26 : « une difficulté pour nous aussi, et pour moi en particulier, c'est celle de reconnaître la souffrance [...] faire la différence entre le problème digestif banal et mal-être, si l'adolescent n'est pas très causant. » EG : « le dépistage en fait ? » M3 : « le dépistage et puis une fois qu'on a dépisté, l'accroche »

M03V27 : « je pense qu'il y a un peu la formation des médecins sur le sujet »

M03V28 : « nous, c'est à nous presque de découvrir quelle structure se met en place. La Maison Des Adolescent, à part une réunion pour savoir ce que c'était, on n'a pas eu de contact. On sait pas qui y travaillent on sait pas exactement quel est leur rôle »

M03V29 : « sur le réseau médecins libéraux, structures d'accueil des adolescents en difficulté, que ce soit les Maisons Des Adolescents en ambulatoire ou éventuellement la pédopsy, il n'y a pas grand-chose au niveau communication encore. C'est assez difficile à travailler ensemble », « C'est pas facile. Je trouve ça un peu décevant, je pense qu'il faudrait vraiment améliorer les choses sur la communication »

M03V30 : « quand on a des adolescents pris en charge [...] on n'a pas de retour. C'est un peu frustrant. Et ça nous aide pas à échanger notre formation »

M03V31 : « mais il faut arriver à les joindre les psychiatres ou les infirmiers ou les éducateurs ou les psychologues »

M03V32 : « après il faut qu'ils veuillent bien échanger des informations. Certains ne veulent pas non plus »

M03V33 : « c'est un peu frustrant car au début on s'implique. J'ai passé du temps, j'ai passé trois quart d'heure sur une consultation, j'ai rappelé plusieurs fois, j'ai passé des coups de téléphone en dehors des consultations et puis après espace. Rien. Mystère »

VI.3.4. Médecin n°4 : M04.

M04V01 : « une jeune fille de 16 ans qui vit seule avec sa mère en situation un peu compliquée [...] qui a fait une tentative de suicide en prenant les médicaments de sa mère », « c'était un peu difficile avec sa mère [...] elle voulait voir un peu plus son père qui était loin »

M04V02 : « sa mère a refusé l'hospitalisation », « parfois je me suis heurté à des parents qui ne voulaient pas faire hospitaliser les enfants »

M04V03 : « je pense que je vais la confier à un psychiatre »

M04V04 : « et puis ça fait toujours peur un peu le psychiatre », « elle s'est dit : « oh non ! ma fille à Saint Jacques non ! », « [...] elle a voulu protéger sa fille avec l'idée qu'elle se faisait de la psychiatrie »

M04V05 : « je vais faire un suivi en même temps parce que je la connais depuis qu'elle est toute petite et puis elle a confiance en moi », « on garde toujours un contact avec les adolescents parce qu'il y a un côté un peu affectif »

M04V06 : « pas spécialement pour discuter de son mal-être mais à l'occasion d'un vaccin ou d'un certificat médical »

M04V07 : « non parce qu'il n'y avait pas d'idées noires, c'est ce que l'on recherche en général »

M04V08 : « non, du coup c'était pas exprimé du tout. Il n'y avait pas de situation de danger »

M04V09 : « quand c'est trop compliqué, quand il y a une souffrance, quand je vois que je vais pas assurer quoi. Quand ça reste des problèmes d'adolescence classique [...] ça je vais gérer »

M04V10 : « quand il y a des histoires un peu plus difficiles avec de la violence dans une famille [...] là, je considère qu'il faut que je me fasse aider »

M04V11 : « alors oui, les adolescents ça prend du temps. Ça ils le ressentent et ils ont besoin. Oui les adolescents ça prend du temps »

M04V12 : « ça dépend des adolescents, y'en a qui demandent à être un peu plus cadrés et y'en a d'autres qui on sait que si on les cadre trop on va les perdre. [...] nous on le ressent ça »

M04V13 : « il y a sûrement des choses à améliorer. On a vraiment une carence sur la pédopsychiatrie, d'une manière générale faut le dire, c'est clair », « elle sait déjà qu'elle va attendre 1 mois et demi pour le rendez-vous car on n'a pas de rendez-vous rapide », « on a souvent des enfants qui vont très mal et on fait attendre les familles. C'est pas facile », « des consultations pour adolescents et là c'est bien mais c'est pareil j'ai un délai d'attente [...] j'ai pas assez de répondant à ce niveau là quoi »

M04V14 : « en situation d'urgence on est un peu démuné [...] il n'y a pas de place [...] à chaque fois c'est très compliqué [...] on est un peu seul quoi », « si j'avais voulu avoir un rendez-vous plus rapide en pédopsychiatrie, je n'ai pas, je peux pas répondre à sa demande », « l'urgence comme je le disais [...] on a besoin d'avoir une réponse rapide et là, on a des problèmes »

M04V15 : « et puis après je trouve, on arrive parfois à faire prendre en urgence mais après il n'y a pas de suivi », « après on n'arrive pas à avoir suffisamment de pédopsychiatres qui prennent en charge, qui nous aident nous, généralistes »

M04V16 : « y'a pas de Maison Des Adolescents sur Nantes », « alors je connais pas. Qui fonctionne comment ? », « non, j'étais pas au courant »

M04V17 : « parfois ils ont besoin de venir se décharger un peu pour demander s'ils font bien, si ça se passe bien »

M04V18 : « ils savent que ce qu'ils vont me raconter, évidemment je ne vais pas le raconter aux parents »

M04V19 : « mais de temps en temps on aimerait bien prendre son téléphone et pouvoir téléphoner à un service et dire : « bon ben voilà j'ai un adolescent... » [...] avoir un soutien, une évaluation [...] oui c'est ça qu'on devrait améliorer à Nantes »

M04V20 : « c'est des formations qu'on s'est donné les moyens de faire avec des groupes de FMC [...] pour savoir quoi faire justement »

M04V21 : « tous les généralistes sont confrontés à ça [...] les adolescents c'est important [...] donc c'est important qu'on les prennent en charge », « mais c'est intéressant les ados, c'est compliqué mais c'est intéressant »

M04V22 : « faire de l'écoute, de toute façon on fait surtout de l'écoute [...] on assure le suivi familial »

M04V23 : « souvent la famille est demandeuse d'une prise en charge de son adolescent »

M04V24 : « là, faut essayer d'accrocher le jeune et c'est pas si simple »

M04V25 : « il faut prendre le temps. Il faut se donner le temps »

M04V26 : « éviter tout jugement. Faut pas être le juge car ça va pas du tout, ça, ça ne marche pas »

M04V27 : « on a des psychologues en ville mais il y a le problème de l'argent [...] c'est réhhibitoire, c'est même pas la peine. Ça c'est condamné d'avance »

M04V28 : « ce sont des consultations pour adolescents [...] là je travaille bien avec ces gens-là parce qu'ils ont leur prise en charge, j'ai la mienne, on peut s'appeler »

VI.3.5. Médecin n°5 : M05.

M05V1 : « une petite fille de 16 ans qui est placée en famille d'accueil [...] enlevée de sa famille pour violences familiales [...] et malheureusement elle a subi un viol »

M05V2 : « elle refuse absolument toute prise en charge, elle refuse d'aller voir le psychiatre, le psychologue et tout », « je ne savais pas quoi faire »

M05V3 : « j'étais la seule à qui elle voulait bien venir causer »

M05V4 : « j'ai dit que je n'allais certainement pas le dire à la petite dame », « moi je leur dis [...] c'est secret, heureusement quand même »

M05V5 : « dès qu'elle a un petit bobo [...] elle vient », « si elle pouvait, elle consulterait tous les jours [...] en fait je crois que c'est un moyen d'entrer dans le dialogue [...] elle maintient le lien »

M05V6 : « elle donne les informations au compte-gouttes »

M05V7 : « dès qu'on aborde le côté psychologique, elle se ferme, c'est l'huître [...] quand on creuse, elle ne veut pas », « je ne suis pas sûre que je lui apporte une grande aide »

M05V8 : « elle refuse quand même beaucoup l'aide, elle la demande et elle la refuse »

M05V9 : « moi j'envoie souvent au CMP et je fais des petits mots »

M05V10 : « nous, on prend notre téléphone pour les admettre, eux, ils pourraient nous dire si on fait bien ou pas. On n'a jamais de remontée »

M05V11 : « on n'a pas beaucoup de lien, ça c'est sûr »

M05V12 : « il y a un manque parce qu'on n'a que le CMP, il y a qu'un psychiatre [...] il n'y a pas de pédopsychiatre »

M05V13 : « les psychologues c'est pas remboursé »

M05V14 : « moi je vais souvent aux FMC »

M05V15 : « cette année je vais aller à un truc sur l'écoute. J'aime bien, ça m'intéresse, parler, j'aime bien »

M05V16 : « si c'est des enfants suicidés ou « suicideurs » ou trop mal, j'aime bien quand même qu'ils voient quelqu'un quitte à ce qu'ils le voient qu'une fois que je me plante pas »

M05V17 : « y'a des jeunes on sait pas trop si c'est que, c'est un passage difficile ou si c'est vraiment pas normal, que c'est quand même psy, et pas simplement le passage de l'adolescence difficile »

M05V18 : « oui je pense que les parents sont adhérents. J'ai pas notion [...] d'avoir eu des parents qui sentent pas qu'il y a un souci »

M05V19 : « la conversation vient ou non sur le sujet, les parents ils sont bien gentils mais bon, des fois y'en a vous avez beau leur tendre des perches on n'arrive pas, ils se ferment [...] ils sont venus pour un certificat de sport ils n'ont pas envie de parler d'autre chose »

M05V20 : « et puis ça dépend comment j'ai du temps [...] il y a des fois je pose pas les questions parce que j'ai pas envie d'avoir les réponses »

M05V22 : « d'abord il faudrait peut-être de la consultation systématique, parce qu'il y a des fois, des jeunes on voit pas X temps [...] après il y a les vaccins à 15 ou 16 ans mais entre temps [...] y'a toute une tranche d'âges où on ne sait pas s'ils vont bien ou pas [...] alors des fois on arrive où c'est la crise, des fois avant on aurait peut-être eu des signes avant coureurs », « peut-être une fois par an où tous les 2 ans, pourquoi pas ? »

M05V23 : « s'il n'est pas demandeur, c'est de réussir à accrocher, de rentrer dans son monde un petit peu. C'est décortiquer son monde »

M05V24 : « je suis là, j'ai l'impression que je suis là, c'est tout »

M05V25 : « je lui ai dit que c'était peut-être le bon moyen d'aller aux urgences », « De toute façon on a les urgences, on peut y aller quand même »

VI.3.6. Médecin n°6 : M06.

M06V01 : « 16 ans et demi [...] problèmes de comportement à la maison [...] il ne travaille pas à l'école, il n'a plus de projet [...] il fume [...] il picole un peu », « je n'ai pas l'impression que le couple fonctionnait mal »

M06V02 : « sa mère disait : « il ne veut pas venir ». Mais il avait besoin d'un certificat pour faire le sport donc j'ai profité en fait pour parler un petit peu de tout ça »

M06V03 : « alors, eh bien un peu l'échec quoi [...] il ne parlait pas beaucoup [...] un peu imperméable »

M06V04 : « je lui ai proposé de rencontrer...j'envoie facilement à CASA »

M06V05 : « et puis je lui ai proposé de le revoir »

M06V06 : « alors est-ce qu'il avait peur que je le répète à ses parents ? Je n'en sais rien », « soit d'avoir peur que le médecin dise des choses »

M06V07 : « en danger et oui parce que voilà conduire en état alcoolique, c'est quand même un peu dangereux »

M06V08 : « je me dis que cet adolescent il a besoin souvent, même si je le dis, je ne dirai pas à tes parents, t'inquiète pas », « je lui dis [...] est-ce que tu es d'accord pour que l'on dise ça ou ça [...] on dit ce qu'il y a à dire aux parents »

M06V09 : « moi je peux prendre en charge simplement quand c'est des adolescents dont je connais bien la famille, parce que c'est vrai que l'on travaille assez facilement »

M06V10 : « je crains toujours qu'ils n'osent pas dire les choses, comme ce qu'ils ressentent, de peur de trahir le médecin, aussi parce que quand on les connaît depuis tout petits », « il n'a pas envie de tout me dire, mais en même temps comme on se connaît depuis longtemps, de ne pas oser me le dire, il ne serait pas à l'aise du coup parce qu'il m'aurait menti »

M06V11 : « moi je leur propose quelqu'un de complètement neutre [...] les garçons je leur propose systématiquement aux préadolescents et adolescents s'ils ne veulent pas être suivis par un homme »

M06V12 : « et je ne sais pas ce qu'il en a dit parce que nous, on a aucun retour. On peut faire un courrier on n'a aucun retour », « il n'y a même pas un petit mot : « j'ai bien vu votre patient, nous le prenons en charge ou nous avons proposé » »

M06V13 : « quand même lorsqu'il y a de gros risques suicidaires, ils appellent quand même », « si c'est l'hôpital ou en psy ils appellent, quand vraiment le gamin est en danger », « maintenant les psychiatres privés se mettent à faire un courrier ce qui n'était pas le cas avant », « souvent les psychologues passent un petit coup de fil. Les psychiatres aussi commencent à faire des courriers, en ville »

M06V14 : « moi je les mets très à l'aise. Je te revois quand tu as besoin, on en parle où je t'adresse », « je te fais un courrier, tu y vas si tu veux [...] moi je suis là si tu veux que l'on en reparle », « moi je n'impose rien, ils viennent s'ils ont envie. On en revoit beaucoup »

M06V15 : « si la maman n'avait pas dit qu'il était allé deux fois, je ne l'aurais pas su parce que le gamin il n'est pas revenu »

M06V16 : « en général l'ado je le vois tout seul », « je reçois toujours l'ado tout seul »

M06V17 : « un peu sur le tas avec les miens. Mais non je n'ai pas fait de formations spéciales ados [...] un petit peu mais c'était quand même sur des problèmes psychiatriques »

M06V18 : « j'essaie de voir ce qui est important, pourquoi il est pas bien. Est-ce qu'il y a un problème à l'école, donc il me répond par oui ou par non [...] mais on finit toujours par...ils ne se braquent pas en général »

M06V19 : « il y a deux centres médico-psychologiques mais là c'est long pour avoir des rendez-vous », « les pédopsy c'est long d'avoir des rendez-vous, c'est très très compliqué [...] ils ont des délais d'attente très longs »

M06V20 : « alors là, la maladie mentale chez les parents c'est difficile. C'est très difficile à reconnaître. Pour les parents : « oh là là ! mon fils ou ma fille va se retrouver à Saint Jacques ! », c'est une peur »

M06V21 : « après il y a les psychologues, qui sont bien. Je travaille avec deux ou trois psychologues donc quand les parents sont d'accord pour payer »

VI.3.7. Médecin n°7 : M07.

M07V01 : « un ado qui est venu pour des questions qu'il se posait sur ses pulsions homosexuelles qu'il ressentait », « avec ses parents, il n'était pas question d'évoquer quoi que ce soit. Il était perdu », « il a une relation avec sa maman qui est facile. Il craignait surtout une réaction de son père »

M07V02 : « alors quand c'est comme ça, je le revoie souvent, j'ai pas toujours le temps nécessaire quand c'est un problème sur le plan psychologique [...] souvent dans la semaine qui suit je programme une consultation plus longue », « je leur dis que je veux le revoir et dans la mesure du possible, si je vois qu'il est d'accord [...] on fixe le rendez-vous »

M07V03 : « j'essaie de débrouiller un petit peu, de voir si on est dans l'urgence ou pas »

M07V04 : « parce qu'en général ce n'est jamais le premier motif de la consultation [...] ça peut être marqué par des choses somatiques et au bout d'un moment on se dit qu'il y a des choses qui ne vont pas »

M07V05 : « avec Thomas [...] progressivement on est venu à parler de sa vie personnelle [...] et c'est là qu'il a dit : [...] « est-ce que je suis homosexuel ? » Moi je me suis dit c'est trop lourd de faire ça d'emblée en une seule consultation. Donc je l'ai revu après », « et puis je l'ai revu 3 semaines, un mois après »

M07V06 : « je lui ai assuré qu'il y aurait un secret »

M07V07 : « ça ne me paraît pas très difficile car je dirais que c'est une famille que je connais depuis longtemps. C'est un ado qui se confie facilement [...] il sait qu'il y a un lien affectueux »

M07V08 : « je les vois seule », « j'ai fait sortir le père et puis j'ai discuté avec le fils »

M07V09 : « je lui ai dit que la porte était ouverte que s'il voulait venir en parler, il fallait qu'il en parle »

M07V10 : « on a fait des séminaires de formations adolescents [...] il y a longtemps, des séminaires ado avec un psychologue [...] un pédopsychiatre »

M07V11 : « ça nous a bien aidé, franchement, je le reconnais »

M07V12 : « et puis bon, j'ai trois enfants qui sont passés par des stades d'adolescence. C'est vrai qu'on a quand même une espèce d'expérience personnelle. J'ai un mari qui est éducateur spécialisé [...] c'est peut-être plus facile pour aborder les choses », « je me sens pas trop mal à l'aise »

M07V13 : « j'ai le psychologue »

M07V14 : « du fait de ce séminaire ça permet effectivement de rencontrer des gens après »

M07V15 : « sinon, Mr C. [...] c'est pour des choses un peu lourdes. C'est plus dans la psychiatrie », « j'ai un référent pareil de psychiatrie en ville »

M07V16 : « sinon en pratique ça peut être la Rose des Vents, mais là, on va dans une orientation plus de toxicomanie. Et puis je leur remets des petites cartes avec des adresses »

M07V17 : « l'anorexie mentale. Ça c'est l'adolescente qui nous met tous en difficulté. En général j'adresse rapidement à une équipe pour avoir un avis [...] c'est plus moi dans la pratique, c'est toujours long, douloureux, difficile »

M07V18 : « je n'ai pas trop de problèmes relationnels avec les collègues, les psychologues, les psychiatres, les pédiatres », « et puis sinon je téléphone assez facilement. Ça ne pose pas trop de problème »

M07V19 : « avec le psychiatre avec qui je travaille en ville, j'ai un premier fax dans la consultation qui suit et après j'estime que c'est entre eux »

M07V20 : « c'est plus sur les urgences où en fait, c'est quelquefois difficile quand on a des comptes-rendus, souvent d'ivresse aiguë [...] quand on reçoit le compte-rendu on n'a pas toujours la personne [...] ils n'ont pas trop envie d'en parler » EG : « on n'évoque pas le problème à chaud ? » M7 : « oui, c'est ça »

M07V21 : EG : « vous avez une bonne adhésion des parents ? » M7 : « oui »

M07V22 : « ça m'arrive d'être un peu intrusive [...] de reprendre rendez-vous quand ça me semble important [...] je ne prends pas de risque [...] la santé des adolescents, surtout pas »

M07V23 : « il y a des problèmes d'information peut-être pas suffisants au niveau prévention, au niveau scolaire, lycée, fac », « nous, on essaye au cabinet de faire de l'information, de laisser un petit peu de prospectus [...] mais il y a une méconnaissance des risques », « les parents ne sont pas toujours très à l'aise pour aborder les choses en disant bon si on en parle est-ce qu'on ne va pas l'inciter », « l'information à faire aussi auprès des parents »

M07V24 : « Bon là effectivement je ne leur pose pas la question, ça passe par les urgences psychiatriques »

VI.3.8. Médecin n°8 : M08.

M08V01 : « il avait au démarrage 15 ans [...] troubles du sommeil, une consommation de tabac et de schit [...] un frère aîné qui a déjà posé beaucoup de soucis aux parents [...] sa mère a des antécédents personnels d'états dépressifs », « le papa il est rarement présent »

M08V02 : « il a vu quelquefois le psychiatre dont il n'a pas adhéré »

M08V03 : « la maman est trop présente et le papa sans doute pas assez », « très protégé par sa maman, en fait, qui l'accompagnait encore à des consultations alors qu'il avait 23 ans »

M08V04 : « j'ai pu effectivement le voir seul par rapport à ça », « donc oui à ce moment là, je l'avais vu seule, on avait discuté de l'ivresse qui l'avait conduit aux urgences »

M08V05 : « c'étaient des inquiétudes un peu adolescentes sur sa normalité. Par rapport aux autres est-ce que je suis normal ? »

M08V06 : « c'est très problématique. Alors là non, c'est un peu cata », « un suivi en ville on n'a pas tellement de rendez-vous avant 3 mois donc c'est problématique », « au niveau des psys c'est vrai de toute façon on est confronté aux délais »

M08V07 : « non, pas tant que ça. Le psy en question là, je n'ai pas eu de courrier, après, quoi, les psy sont des correspondants qui écrivent assez peu »

M08V08 : « le souci que je rencontre et comme insatisfaction de ma part c'est que, s'ils y vont par exemple trois fois de suite, ils ne vont pas rencontrer la même personne à chaque fois. Donc, déjà pour eux c'est difficile comme démarche et de re raconter à chaque fois à une personne nouvelle »

M08V09 : EG : « est-ce que vous avez déjà adressé à la Maison Des Adolescent ? », M8 : « j'ai donné les coordonnées, je ne sais pas trop ce qui s'y passe »

M08V10 : « deux jours consécutifs, un séminaire de formation »

M08V11 : « cette période de formation était fort intéressante »

M08V12 : « ce qui n'est pas évident chez l'adolescent je trouve, c'est le côté très versatile [...] variabilité d'humeur quand même très marquée, ce qui fait que pour apprécier au cours d'un seul entretien ce qui est vraiment du caractère durable de la souffrance psychique, ça paraît délicat donc effectivement ça demande à être réévalué, à les revoir », « on les revoit trois jours après, ce n'est pas du tout le même état d'humeur », « l'évaluation n'est pas toujours facile »

M08V13 : « ce n'est pas facile non plus de les revoir, non plus, à la fois parce que bon, ils n'ont pas forcément envie de revenir »

M08V14 : « ce n'est pas facile non plus de les revoir [...] et puis nous, il y a l'emploi du temps et tout ça quoi »

M08V15 : « eh bien sûrement dans les relations sur les divers intervenants quoi [...] dans tous les autres domaines cardio tout ça, les gens communiquent certainement plus qu'au niveau psy »

M08V16 : « alors c'est vrai que c'est peut-être délicat de faire des écrits sur la souffrance psychique, par confidentialité [...] je pense que ça, ce n'est pas un vrai argument »

M08V17 : « je l'ai orienté quand même en disant que s'il y a une souffrance comme ça importante et puis à ce moment-là vous pouvez prendre contact avec le service ESPACE, le service du CHU pour les jeunes [...] il a rappelé pour annuler », « donc moi au niveau du soutien psychothérapeutique c'est difficile »

VI.3.9. Médecin n°9 : M09.

M09V01 : « ils ont peur du médecin. Et puis ce n'est pas aux médecins qu'ils vont se confier », EG : « la communication avec cette adolescente, elle était facile ? », M9 ; « c'est pas facile »

M09V02 : « ils sont tirés, poussés par les parents et ça ne marche pas très bien à ce moment-là »

M09V03 : « elle est devenue anorexique [...] mais effectivement des éléments plus profonds en regardant des discussions familiales, avec sa maman, son père, des distorsions. [...] un père qui s'en n'occupait pas très bien », « relation avec le père qui était assez conflictuel », « elle a sombré en même temps dans des troubles alimentaires, dans l'alcool avec du haschich »

M09V04 : « du coup c'est ressorti après au fur et à mesure des entretiens », « bien, je l'ai vu régulièrement [...] je l'ai parfois vu toutes les semaines, tous les 15 jours »

M09V05 : « cassant des contrats, revenant [...] donc très chaotique. Enfin, ça c'est l'évolution de l'adolescent qui agit au coup par coup », « ils sont en ambivalence avec eux »

M09V06 : « mon rôle a été de garder quand même un relationnel, ça lui permettait quand même d'avoir un médecin référent où elle pouvait venir facilement »

M09V07 : « mais bon, ça chemine, ça va doucement. C'est long, j'ai passé parfois beaucoup d'heures avec elle. Ça faisait du retard en salle d'attente », « il faut accepter d'être en retard, « on ne peut pas régler ça en un quart d'heure »

M09V08 : « mais bon, j'ai accepté de le faire, c'est important, c'est notre boulot », « mais pour ça, eh bien il faut connaître le problème, il faut s'intéresser à la pathologie, il faut lire les courriers. C'est toujours pareil, c'est que, si on est intéressé par tel problème, eh bien nous, médecin, on va s'investir plus. Si c'est un truc qui nous plaît pas trop, on va botter en touche et puis faire le minimum », « si j'ai fait ça, c'est que ça peut m'intéresser », « si on s'engage dans une activité, il faut bien la faire jusqu'au bout »

M09V09 : « quand elle était mineure la maman venait avec, parce que justement elle estimait que c'était important et ça ne dérangeait pas la fille. Donc comme ça, la maman voyait comment je m'y prenais [...] de telle sorte qu'elle garde sa confiance »

M09V10 : EG : « vous voyiez l'adolescente seule ? » M9 : « c'est arrivé oui effectivement »

M09V11 : « mais bon c'est vrai que le père aussi, je lui disais : c'est peut-être important que vous ayez aussi une relation un peu différente avec votre fille », « mais j'appuyais quand même ce qui était fait par les services spécialisés, de façon à ce qu'ils sentent bien que le médecin généraliste était en phase avec ce qui se faisait avec l'hôpital », « il faut prendre en charge les parents »

M09V12 : « on se revoit dans tant de jours, pour avoir un moment un peu plus long »

M09V13 : « les courriers étaient bien détaillés et il y avait un suivi qui était très régulier. [...] voilà je me trouvais bien dans ce qui était fait »

M09V14 : « qui dit CHU, et avant de trouver quelqu'un au CHU il y a intérêt à se lever de bonne heure ou de passer beaucoup de temps au téléphone avant de trouver le bon interlocuteur »

M09V15 : « ils ont tendance à mettre un peu leur plates-bandes sur nos plates-bandes de généralistes. Dès qu'ils ont un patient, ils le croquent et nous on passe à côté quoi et ça, c'est un peu désagréable »

M09V16 : « le projet qu'il a mené [...] avec l'aide de l'adulte. Il faut les cadrer les gamins [...] il faut être avec eux et il y a des choses à discuter avec eux »

M09V17 : « il faut garder un bon contact avec le patient, sentir qu'il est écouté quand il vient »

M09V18 : « ils sont en état de mal-être, pourquoi ? Parce que l'adulte, je parle des parents, sont incapables de leur dire qu'ils doivent se connaître eux-mêmes », « l'adolescent doit se construire [...] donc les parents, doivent être là », « il y aurait bien moins de difficultés si les parents se secouaient un petit peu et qu'ils prenaient les choses en main, et les pères [...] c'est vrai que les mères sont les piliers de la famille [...] mais les pères doivent s'occuper de leurs enfants », « c'est les parents qui sont responsables de leurs ados et il faut s'en occuper »

M09V19 : « alors dans le temps, le médecin était plus écouté [...] alors ce n'est pas facile quand on sent qu'il y a des choses qui ne vont pas bien, c'est pas facile pour nous, mettons de dire aux parents : « méfiez vous, ce serait peut être bien... » »

M09V20 : « je suis allé à des FMC, de temps en temps, des soirées sur les adolescents », « mais autrement j'ai fait 2 ans de psycho, j'ai lu des bouquins, j'ai fait de la FMC »

M09 V21 : « deuxièmement pas lui dire, pas lui montrer qu'il est jugé dans son comportement », « mais surtout pas juger quoi »

VI.3.10. Médecin n°10 : M10.

M10V01 : « un gosse qui avait une humeur un peu instable [...] du mal à un petit peu le canaliser », « il y avait eu un drame comme ça, une mort de quelque chose »

M10V02 : « le problème c'est que les enfants, on a du mal à les faire parler », « on a l'impression d'être près d'eux, mais pour eux, ils ont l'impression qu'on est du côté des parents. Donc c'est un peu difficile d'échanger », « elle s'est fermée, elle n'a pas voulu s'exprimer sur ce qui c'était passé », « et puis on a du mal à communiquer avec les adolescents », « ils ont souvent du mal à communiquer sur leurs états d'âme »

M10V03 : « parce qu'on n'est pas trop formé pour ça », « on est quelque fois un peu démuni, on n'a pas assez de formation. On n'a pas de vrais projets thérapeutiques pour les jeunes », « non ce n'était pas abordé du tout »

M10V04 : « c'est vrai que en général j'ai un peu de difficulté parce qu'un gamin de 12 ans, il va venir avec ses parents souvent. Et ce n'est pas facile de faire parler l'enfant », « souvent ils sont avec les parents, donc quelquefois ils peuvent venir seuls et à ce moment là c'est plus facile »

M10V05 : « alors on peut le faire revenir tout seul, comme ça. Mais c'est pas facile en médecine générale, je veux dire, de faire revenir les gens. Les gens sont un peu demandeurs d'une solution immédiate »

M10V06 : « je l'ai quand même mise sous Paroxétine [...] et du Xanax® », EG : « et le traitement vous l'aviez mis en place dès la première fois où vous l'aviez vu ? M10 : « je crois, oui »

M10V07 : « et puis j'ai réussi à l'envoyer chez le psy [...] un mois après », « mais elle a vu le psychiatre un mois après. Imaginez que moi, je ne lui ai pas prescrit le médicament, elle aurait pu ne pas retourner à l'école du tout », « des fois c'est trois mois après »

M10V08 : « mais très souvent quand on voit une adolescente qui vient pour un vaccin par exemple, on ne peut pas obtenir grand chose [...] ça paraît un peu curieux de parler de ça », il faut pouvoir les apporter aussi. Quand un gamin vient pour un vaccin, si vous lui demandez s'il dort bien, il va répondre vaguement mais il s'en fout »

M10V09 : « je pense que les psychiatres n'ont pas assez de créneaux horaires pour les urgences, c'est-à-dire que l'on devrait pouvoir leur téléphoner »

M10V10 : « non, parce que je n'ai pas d'informations là-dessus. Je sais qu'à G. il y a un CMP, il y a un truc. Mais alors bon, je ne sais pas comment ça marche », « et puis nous, on a du mal, parce qu'on peut même pas leur dire : « eh bien je connais un tel... » »

M10V11 : « on n'a pas tellement d'échange. Je ne sais pas, ils pourraient nous donner des petites plaquettes », « organiser des petites rencontres, ou même des petites plaquettes. Ou même de temps en temps il faudrait qu'on nous paye un coup pour se rencontrer, pour voir qui on est »

M10V12 : « Il y a des psychologues sur G. mais ce n'est pas remboursé donc les parents sont un peu hésitants »

M10V13 : « ça m'aide en général [...] ce n'est pas facile de poser des questions [...] quand il y a des questionnaires comme ça, ça me facilite quand même énormément la vie », « quand il y a des questionnaires comme ça, ça nous permet d'avancer »

M10V14 : « un viol », « une situation complexe, enfin complexe, trash, dégueulasse, moi je ne sais pas par quel bout prendre ça », « donc je vais être dans une mauvaise position, ça me perturberait, je ne saurais pas quoi dire »

M10V15 : « les gens qui ont envie de se suicider, ils ne vont pas vous le dire, les vrais, ceux qui vont se suicider [...] on peut poser la question mais la réponse elle vaut ce qu'elle vaut », « mais normalement on doit poser la question, mais c'est gênant »

M10V16 : « bon je vous fais un certificat d'hospitalisation, et à ce moment-là il va dire non. Donc on va être emmerdé »

M10V17 : « donc c'est vrai qu'une formation sur les adolescents ça peut être intéressant, c'est pareil, on fait sûrement un tas de fautes », « et les termes, ce qu'il faut dire, pas jouer le papa, pas jouer le copain. C'est difficile »

M10V18 : « sur les adolescents je ne crois pas »

M10V19 : « si, si, ça existe quand même [...] mais bon, j'ai peur de m'emmerder quand même », « donc c'est possible les formations »

VI.3.11. Médecin n°11 : M11.

M11V01 : « c'est une jeune fille qui est dans une fratrie de trois. Les troubles ont commencé à 16 ans », « avec une forte pression des parents pour faire quelque chose », « elle aussi a été hospitalisée pour dépression grave, la maman », « c'est un milieu pathologique fort avec un lien mère-fille très très fort »

M11V02 : « de ma part il y a eu des périodes où je l'ai suivie assez fréquemment et puis des périodes où je ne la voyais plus », « il y a quand même une alliance qui s'est créée », « elle venait quand même me voir régulièrement et j'étais le seul soignant qu'elle voulait bien encore voir »

M11V03 : « là j'ai eu une longue période où je la voyais régulièrement », « donc il est venu plusieurs fois pour me faire part de ses états d'âme », « je propose des consultations de suivi »

M11V04 : « on a essayé des prises en charges multiples [...] elle a vu divers psychiatres »

M11V05 : « jamais eu de possibilité d'accrochage vraiment aux thérapeutiques qui lui étaient proposées sauf avec une infirmière du service des addictions, mais après qui est partie à la retraite et elle n'a plus voulu voir personne », « donc on a essayé plusieurs fois de l'hospitaliser avec son consentement. On n'a jamais réussi. On a essayé sans son consentement à deux reprises, elle a fugué », « refus de soins importants », « dès que je suis allé à lui proposer des soins plus actifs [...] les liens se sont rompus »

M11V06 : « alors moi ma façon de créer l'alliance est souvent...c'est déjà de voir les ados seuls, ce qui a été le cas pour elle. Elle venait en consultation seule. Les parents étaient en salle d'attente », « quand l'ado vient pour un mal-être [...] c'est évident, il est hors de question de ne pas voir l'ado tout seul. Ça c'est clair »

M11V07 : « de leur dire que ce que ce dont on va discuter, les parents ne seront pas mis au courant [...] leur expliquer que la confidentialité même s'ils sont mineurs ils y ont droit », « c'est des liens de vérité, c'est-à-dire que je lui dis que je ne raconterai pas à ses parents ce que l'on se raconte », « donc là, je prends l'ado et je lui explique les règles de confidentialité », « écoute on va les revoir, qu'est-ce que tu acceptes que je leur dise ? »

M11V08 : « j'essaie de les laisser parler mais alors parfois ils ne parlent pas. C'est ça le problème. J'essaie d'explorer un peu tous les champs », « alors souvent ça permet, quand ils ne parlent pas, de poser des questions et simplement de leur montrer qu'on s'intéresse à eux », « ça permet de les mettre en confiance et d'ouvrir la discussion », « j'avais utilisé à un moment un long questionnaire...je leur disais : « comme on a du mal un peu à parler, si tu veux tu peux remplir ça » [...] je ne le fais plus, je préfère discuter, j'aborde les différents thèmes , j'ai un petit peu la grille dans le tête »

M11V09 : « je fais surtout du soutien », « j'essaie d'être avec les ados dans l'empathie »

M11V10 : « c'était de faire un travail avec le lien avec sa mère », « j'ai trouvé un peu difficile d'être à la fois dans le soutien de cette jeune fille et le soutien aux parents », « si on écoute bien, on voit les problèmes dans le système familial et que très souvent il faut parler aux parents [...] la difficulté de la médecine générale c'est qu'on a affaire à tous les membres de la famille », « parfois on a des consultations qui sont dédiées aux parents »

M11V11 : « ici ça pouvait être un lieu de parole s'il le voulait », « le cabinet du médecin généraliste peut être un lieu de parole »

M11V12 : « je lui ai donné plusieurs adresses, j'ai dû lui donner CASA »

M11V13 : « ce n'est pas toujours facile ça. Ce n'est pas toujours facile. Non je dirais non. Non il n'y a pas du tout, il n'y a pas de cohésion [...] on n'a pas de retour », « pas de retour, globalement non »

M11V14 : « on n'a pas de retour si ce n'est par la famille ou le jeune lui-même quoi »

M11V15 : « alors je ne sais pas, est-ce qu'ils ne veulent pas mettre sur le papier des choses intimes ? C'est peut-être un peu difficile », « les parents me relataient ce qui se passait »

M11V16 : « dans ces moments-là je ne la voyais plus. [...] il y a peut-être différentes raisons, c'est peut-être nous, qui ne proposons pas de suivi en plus, parce que ça nous paraît trop de consultations »

M11V17 : « quand les parents sont à côté ce n'est pas toujours facile. Et puis virer les parents pour une consultation de sport c'est un peu difficile aussi. Mais ça, je crois que je ne le fais pas assez, je vais faire mon autocritique. Autant, on pourrait dire aux parents, bon la consultation de sport certes, mais ça peut être aussi un temps dédié, une discussion privilégiée avec l'ado tout seul. Je pense que je ne le fais pas assez encore »

M11V18 : « je pense que ce serait une bonne idée. À condition de former les généralistes à cette consultation-là », « Oui moi je suis favorable [...] pour deux raisons, un pour le dépistage et puis deux [...] dans le soutien [...] leur faire comprendre que l'on peut être un lieu d'écoute, que c'est un lieu ouvert où ils peuvent parler »

M11V19 : « après on n'est pas des psychologues en tant que médecin généraliste. On agit beaucoup dans l'intuition, après il y a un peu d'expérience aussi »

M11V20 : « quelquefois c'est une difficulté temporaire, c'est un passage, il y a un côté versatile »

M11V21 : « quand j'ai l'impression que vraiment il y a un trouble psychiatrique qui se cache derrière, ou un trouble de la personnalité, eh bien là, forcément, moi j'adresse »

M11V22 : « la réactivité des structures n'est pas toujours si extraordinaire que ça », « autant j'avais l'impression de pouvoir discuter avec les gastro, les cardio, autant avec les psychiatres, pas si souvent que ça », « on ne peut pas avoir les rendez-vous aussi vite comme ils le disent, parce qu'ils sont saturés »

M11V23 : « on n'arrive pas toujours quand même à accrocher »

M11V24 : « les troubles de la sexualité, en particulier chez les jeunes filles [...] je ne suis pas très à l'aise [...] je les oriente vite parce que je ne me sens pas à l'aise par rapport à ça », « mais moi parler de la sexualité avec les ados ça reste quelque chose de difficile, je ne sais pas pourquoi, c'est bête »

M11V25 : « je ne sais pas si on nous prend vraiment toujours au sérieux du côté familial [...] le soin en France est très axé sur le soin secondaire », « les parents souvent disent : « il faut voir un psychologue », parce que la situation est bruyante, et leur faire comprendre qu'ils sont face à un ado, c'est souvent bruyant avec un ado [...] la situation n'est pas forcément si grave que ça »

M11V26 : « et souvent la difficulté est de trouver le temps [...] c'est des situations où on ne peut pas prendre moins d'une demi heure, c'est des situations où il faut prendre trois quart d'heure souvent et en plein milieu des consultations c'est parfois un peu difficile », « quand on juge qu'une prise en charge est nécessaire, ça prend un peu de temps »

M11V27 : « je désamorce et je refais consulter rapidement dans la semaine, parce qu'autrement on n'est pas disponible dans la tête, quand il y a plein de monde dans la salle d'attente »

M11V28 : « ça aussi c'est quelque chose que j'ai compris avec le temps, c'est qu'il faut accepter qu'on ne résoudra pas les problèmes en 1, 2 ou 3 consultations parfois »

M11V29 : « j'essaye d'avoir une attitude neutre »

M11V30 : « oui ça m'arrive », « est-ce-que je n'ai pas tendance à fixer un rendez-vous quand je sais que l'adhésion est là ? »

M11V31 : « il faut que ce soit une consultation qui soit bien payée [...] sur 2C parce qu'il faut une demi-heure, trois quart d'heure pour faire vraiment du bon travail »

M11V32 : « souvent je trouve que c'est ça l'ado, c'est qu'il a besoin d'être rassuré sur le fait qu'il y a des choses qu'il fait bien », « le rassurer aussi sur le fait que physiquement il va bien », « oui voilà, qu'il est normal »

M11V33 : « souvent une consultation peut faire repartir un ado », « il y a des situations qui sont amenées comme catastrophiques et finalement pas du tout. Ça repart très vite, si on a réussi à créer un lien au cours de la consultation. Il n'y a pas toujours de suivi sur plusieurs consultations », « ne pas tout psychiatriser, tout à fait », « je pense aussi qu'il faut rassurer sur les capacités d'un généraliste à pouvoir gérer un adolescent, face à des situations amenées comme catastrophiques [...] on peut se dire : « oh là là de la psychiatrie, ce n'est pas pour moi » »

M11V34 : « on a peut-être dans la formation, on a un gros boulot aussi de nous aider à orienter », « moi ce qui me ferait du bien c'est une formation sur comment aborder la sexualité des ados », « plutôt une formation où on est mis en situation, où on fait des jeux de rôle [...] avec un expert qui nous parle de ce que l'on a vécu en situation réelle »

M11V35 : « moi à mon époque on était très peu formé sur l'adolescent, c'était quasiment zéro »

M11V36 : « on avait le certificat de psychiatrie mais la part sur l'adolescent enfin ...à part les névroses »

M11V37 : « quand est-ce qu'il faut orienter ? C'est-à-dire toutes les situations où on sent qu'il y a un trouble de la personnalité derrière, voir de véritables pathologies psychiatriques ou des troubles addictifs profonds »

M11V38 : « On a essayé sans son consentement à deux reprises, elle a fugué une fois des urgences et puis une autre fois »

VI.3.12. Médecin n°12 : M12.

M12V01 : « je ne suis pas bien », « un petit peu stressé [...] un petit peu d'insomnie », « troubles mictionnels »

M12V02 : « je l'ai un petit peu questionné, donc pas suicidaire », « j'ai essayé d'explorer les pistes sur le risque suicidaire ou le risque de fugue »

M12V03 : « des parents pas trop chiants, une petite sœur de 13 ans, sans souci particulier »

M12V04 : « je lui ai donné un peu de Xanax® pour éviter le stress »

M12V05 : « il avait été voir à CASA, je lui avais donné les coordonnées du sophro, de CASA »

M12V06 : « voilà si tu as quelque chose que tu n'oses pas me dire ou que tu ne veux pas me dire, va voir ces gens-là un petit peu »

M12V07 : « elle me dit bon je vais le revoir la semaine prochaine »

M12V08 : « je lui ai reparlé d'une hospitalisation, il n'en était pas question »

M12V09 : « donc je les ai vus d'abord tous ensemble et puis après j'ai vu Romain seul »

M12V10 : « la conclusion c'était de lui dire qu'il avait des gens qui l'aiment », « il y a des gens, là, qui sont à ton écoute, à côté de toi », « les gamins, eux, ce qu'ils veulent c'est être écoutés »

M12V11 : « donc après j'ai fait rentrer les parents, je lui ai dit que tout ce que l'on s'était dit, c'était de l'ordre du secret médical »

M12V12 : « donc j'ai essayé de rassurer les parents », « je leur ai dit, contentez-vous d'être à son écoute, de lui dire que vous êtes là »

M12V13 : « parce qu'à P., il y a marqué en gros « hôpital de fous » »

M12V14 : « Hugo, alors lui, il était violent avec sa mère et j'étais content de l'envoyer chez le psy »

M12V15 : « ah non, j'ai eu un problème d'addiction chez un ado. J'ai appelé le centre d'addiction [...] on a un rendez-vous dans 6 mois. Donc j'ai dit : « là, il y a quatre pompiers [...] vous pensez que l'on va rester six mois dans mon cabinet comme ça ? » »

M12V16 : « dans le cadre d'une FMC, un pédopsychiatre [...] est venu avec toute son équipe [...] ils nous ont expliqué comment fonctionnaient CASA, les consultations, le CMP »

M12V17 : « mais bon, on est toujours resté en contact même s'il s'est bien braqué. Mais il est revenu me voir »

M12V18 : « alors le problème, c'est pourquoi il ne m'a pas parlé de cette rupture amoureuse, alors peut-être que c'est une jeune fille que je connais, qui est peut-être ma patiente, et il a peur que j'aille lui raconter »

M12V19 : « je crois que Mme M. pense que c'est ça, donc elle essaie de le rassurer dans sa virilité même s'il ne pose pas le problème comme ça »

M12V20 : « alors on communique, oui, en sachant que les psychiatres lâchent le minimum mais bon c'est normal, c'est aussi leur boulot », « quand il y en a un qui envoie un petit mot c'est marqué : secret confidentiel ne pas divulguer »

M12V21 : « non, le problème avec les psychiatres c'est d'avoir des écrits, on n'en a jamais »

M12V22 : « lorsque le CMP a fait une espèce de visite sur site, ils ont invité tous les professionnels pour nous présenter l'hôpital de jour [...] ça permet de mettre des têtes sur des noms », « ils nous ont expliqué comment ça fonctionnait », « on a eu des tas de documents, à jour au moins »

M12V23 : « eh bien quand ils ne veulent pas parler et de dire ce qui ne va pas. C'est comment faire parler un adolescent qui ne veut pas ? »

M12V24 : « là aussi ça dépend des gens. C'est comme lorsqu'il faut annoncer un cancer à quelqu'un, il y a des gens qui trouvent ça facile et d'autres plus difficile »,

M12V25 : « avoir des gens qui vous mettent en situation, donc ils ne règlent pas vos problèmes mais ils vous aident un petit peu. Si, la formation c'est important »

M12V26 : « la dimension psy qui enquiquine beaucoup de médecins. Je vois dans les séminaires, prise en charge de l'hypertension, il n'y a pas de problème », « il y a certains médecins qui ont dit : « on n'est pas là pour radoter sur notre vie, on veut du concret ». Mais justement le concret c'est de vous rendre compte que nous, vous n'êtes pas du tout à l'aise »

M12V27 : « donc on s'est quand même assuré qu'il n'y avait pas de problème. Donc il n'y avait rien, et en fin de compte c'était un blocage mictionnel sur stress »

M12V28 : « Et je lui ai dit que ce serait bien qu'il voit un sophrologue ou autre pour essayer de gérer ça. »

VI.3.13. Médecin n°13 : M13.

M13V01 : « alors lui, il est en situation de mal-être chronique mais il ne m'en parle jamais. Alors comment on fait ? », « alors maintenant la prise en charge c'est un autre problème », « la prise en charge il n'y en a pas tellement », « je suis bloqué là-dessus je ne peux rien faire », « le problème dans ce genre de situation, on finit par rentrer dans une sorte de routine [...] je ne pose plus beaucoup de questions, c'est un peu dommage »

M13V02 : « 14 ans, qui vit avec sa mère. Les parents sont divorcés. Il va chez son père un week-end sur deux »

M13V03 : « il vient régulièrement me voir... et le vendredi précédent... comment dire... les week-ends où il va chez son père, pour des douleurs abdominales, il y a toujours une cause quelconque X ou Y »

M13V04 : « alors sa mère [...] elle prend quand même toute sa place dans la consultation. C'est-à-dire qu'elle ne le laisse pas s'exprimer », « je n'ai quasiment jamais réussi à le voir seul »

M13V05 : « j'ai posé une ou deux fois la question mais il n'y a pas eu de réponse franche de sa part, ni de la part de sa mère. Et sa mère ne s'est pas levée pour sortir »

M13V06 : « voilà, je n'ai pas osé aller plus loin, ni voulu l'imposer d'ailleurs »

M13V07 : « je l'ai vu une fois ou deux tout seul parce qu'il était venu tout seul », « je suis plus à l'aise quand il vient tout seul »

M13V08 : « moi j'envoie régulièrement les ados, peut-être plus à un psychologue de ville »

M13V10 : « on n'a pas de retour contrairement à certains psychologues ou psychiatres, en ville », « le seul inconvénient des CMP, c'est qu'on n'a pas de retour »

M13V11 : « je ne sais pas trop ce que c'est, j'ai déjà entendu parler de ça. Mais je ne sais pas quel est le but »

M13V12 : « oui [...] je pense avoir suivi effectivement il y a quelques années une formation »

M13V13 : « oui [...] même si on attrape qu'une seule idée »

M13V14 : « la plupart du temps j'ai proposé de revenir pour en discuter »

M13V15 : « l'absence de verbalisation »

M13V16 : « si c'est des ados que l'on connaît bien, que l'on connaît depuis l'enfance, c'est peut-être plus facile parce que l'on sait un peu comment les prendre »

M13V17 : « moi je suis tout à fait d'accord sur le principe de consultation mais est-ce qu'il va venir tout seul ? [...] les ados qui vont bien ou qui pensent aller bien, à mon avis ils ne viendront pas »

M13V18 : « je pense qu'elle ne veut pas en parler », « elle, pour elle, il n'y a pas trop de problème. Ça n'a pas l'air de lui poser de gros soucis que son fils soit comme ça. Donc c'est là toute la difficulté, de faire comprendre qu'il y a quelque chose » EG : « vous n'avez pas un grand soutien de la maman ». M13 : « non, pas du tout »

VI.3.14. Médecin n°14 : M14.

M14V01 : « c'est une famille qui est un peu compliquée [...] c'est des gens qui sont toujours amenés à consulter un peu dans l'urgence », « il faisait beaucoup de cauchemars parce qu'il y avait eu un cambriolage à la maison »

M14V02 : « il n'est pas venu parce que sa mère a fait capoter les choses », « en même temps, moi, je faisais les ordonnances et la maman n'allait pas les chercher », « c'est les réticences de la maman qui viennent de manière non explicite... mais qui viennent bloquer les choses quoi »

M14V03 : « mais jusqu'à présent, les fois où il avait à venir, il est venu tout seul, sans malaise », « les fois où il est venu pour son poids, il est venu quasiment tout seul », « ça, c'était vraiment lui qui l'a verbalisé et je pense qu'il y avait une espèce de relation de confiance qui s'installait », « quand on les a tout seul, on arrive à établir un mode de communication », « eh bien quand tu reviendras pour le vaccin, tu pourras revenir tout seul »

M14V04 : « la maman, elle, elle est très... elle est un peu bulldozer »

M14V05 : « donc moi j'essaie de poser assez systématiquement la question de l'alcool, du tabac, du cannabis, des études [...] en essayant de voir un petit peu à partir de ça », « je vais utiliser le TSTS-CAFARD. Je trouve que c'est quand même pas inintéressant »

M14V06 : « ce que je trouve le plus difficile c'est la part des parents [...] d'arriver à les pousser de côté, à leur demander de passer en salle d'attente »

M14V07 : « je trouve que ce n'est pas la même chose quand on les connaît depuis le début, que des jeunes qu'on a découvert à un moment de leur histoire, ils avaient 10, 11, 12 ans »

M14V08 : « je n'ai pas fait sortir la maman parce que ça ne me paraissait pas possible à ce moment là », « je trouve que ce n'était pas une consultation très simple à mener. Moi, je comptais un peu sur la consultation suivante », « alors la difficulté c'est que lorsqu'ils viennent, ils ont 13-14 ans et qu'il y a les parents »

M14V09 : « on se revoit dans 15 jours, on avait mis le rendez-vous et il n'est pas venu »

M14V10 : « j'ai envie de dire qu'on est très démuné », « elle avait un rendez-vous deux mois après quoi. Et ça, je me dis c'est pas possible », « psychiatre on va dire, on n'est pas très riche. On n'est pas très riche en ville. », « on appelle : « eh bien non je ne prends pas de nouveau patient » », « je trouve qu'on est un peu démuné », « des fois c'est difficile de passer la main »

M14V11 : « donc après je me retrouvais un petit peu dans la situation de renouveler des médicaments avec lesquels je ne voyais pas très bien si ça l'aidait », « moi, je ne servais qu'à boucher les trous [...] à faire une ordonnance complémentaire », « je n'avais plus l'impression d'être dans la prise en charge », « un moment donné, on m'a demandé de faire une demande de 100% pour l'anorexie [...] c'est un petit facile de dire : « faites donc la demande, faites nous le porte plume » », « moi j'ai souvent l'impression, malheureusement, qu'on est souvent la dernière roue du carrosse »

M14V12 : « alors à chaque fois que je la voyais, je lui demandais effectivement un petit peu où elle en était, son suivi », « et moi je n'avais rien d'autre qu'une information de la part de la maman et de la jeune fille », « le seul retour que j'avais, c'était la maman qui me racontait ce qu'il en était »

M14V13 : « retour, rien, strictement rien. Ça aussi, c'est aussi un des soucis que l'on a », « et on n'a pas de compte-rendu à nouveau et on ne sait pas où on en est », « en pratique il y a peu de retour », « il n'y a pas eu le moindre courrier de retour [...] il a fallu que moi, j'appelle le service », « je n'ai jamais eu le moindre retour alors même qu'il y a eu des rendez-vous organisés après »

M14V14 : « on a quelques psychologues [...] souvent les gens n'y vont pas parce qu'ils disent que ça coûte trop cher »

M14V15 : « ils ne font pas forcément beaucoup de suivi d'adolescents »

M14V16 : « moi ça m'intéresse », « on l'a baptisé Espace Santé Jeunes », « voilà c'est un peu une façon de faire un petit quelque chose à ce niveau-là », « et nous on a l'impression que c'est quelque chose qui apporte »

M14V17 : « nous on croit beaucoup à ça, dans la prévention pour les ados et tout », « les ados peuvent dire des choses, ou entendre dire des choses, communiquer entre eux, identifier éventuellement des personnes ressources auxquelles ils n'auraient pas forcément pensé », « peut-être que l'on va réussir dans l'avenir à faire une Maison Des Ados à C. avec pourquoi pas des antennes qui se promèneraient un petit peu »

M14V18 : « au niveau des addictions avec l'association Soleil Levant [...] on est plus dans les grands ados », « l'association Médiation 49 [...] je trouve qu'ils sont quand même très très aidants par rapports aux dysfonctionnements familiaux »

M14V19 : « j'ai des choses que j'ai du mal à aborder avec les adolescents [...] mais avec les garçons je trouve que ce n'est pas facile d'aborder la sexualité », « et je pense que c'est un domaine du mal-être, un domaine qui serait une porte d'entrée par rapport au mal-être pour les garçons que moi je n'arrive pas à aborder »

M14V20 : « là aussi j'ai envie de dire que j'ai été un petit peu déçue. J'ai eu l'impression d'être un peu abandonnée, de me sentir un peu seule », « quand il y a des situations de crise, comme ça, des adolescents, je ne me sens pas très aidée »

M14V21 : « d'autres formations récentes de communication avec l'ado, non je n'en ai pas faites récemment », « j'ai un petit peu repris les choses [...] en faisant des formations continues »

M14V22 : « non. Ou si on l'a fait, ça devait être tellement bref que ça ne m'a pas laissé un souvenir impérissable »

M14V23 : « oui, c'est vrai que c'est une structure avec qui on peut plus facilement communiquer »

M14V24 : « quand on a essayé de reparler de cette possibilité de l'Espace Santé Jeunes [...] j'ai eu un petit peu l'impression après, dans ce qui s'est passé, que l'infirmière a eu peur de perdre quelque chose et qu'elle a mis son véto et on n'a pas pu en reparler », « notre objectif c'était pas du tout de court-circuiter l'infirmière scolaire », « un moment donné l'infirmière a réagi en disant il faut aller voir le médecin mais on n'a pas eu, pour autant, plus de lien », « j'ai rappelé le médecin scolaire pour pouvoir un peu se coordonner, ça n'a pas abouti. Ça je trouve que c'est une grosse difficulté, justement d'arriver à créer un réseau sur lequel on peut s'appuyer sur les autres, à offrir justement différentes portes à un ado », « l'idée ce n'est pas du tout de rentrer en compétition »

M14V25 : « ne serait-ce que de me dire : « vous vous êtes planté, ce n'était pas ça, ou oui c'était ça ». Pour nous aider », « c'est un double intérêt parce que ça nous forme, effectivement, et ça nous permet effectivement de répondre à des situations »

M14V26 : « mais en même temps comment est-ce qu'on peut arriver à travailler en réseau si à un moment ou à un autre on n'arrive pas un minimum, ou à se rencontrer, ou à s'écrire, ou à se téléphoner », « il y a des fois où on se pose des questions et on aimerait pouvoir avoir un relais, même ne poser que notre question pour pouvoir au moins échanger quoi. Je pense, si on pouvait mettre des choses comme ça en place que ce serait intéressant », « par exemple en rhumatologie [...] ils nous proposent un après-midi par mois où on peut aller les retrouver dans les salles au sein de l'hôpital, ils commandent des plateaux repas [...] pour discuter de

dossiers qui nous posent problème. Et je me dis pourquoi on ne ferait pas ça en psy ado ou adulte ?», « ça pourrait leur permettre de soulager aussi leur charge en se disant : « eh bien finalement je n'ai pas besoin de la voir »»

M14V27 : « à 16 ans je leur dis : « eh bien écoute jusqu'à présent tu venais, tes parents t'emmenaient mais on est des médecins hommes et femmes ici, il y en a d'autres tu n'es pas obligé de me choisir moi [...] si tu te sens plus à l'aise avec un médecin homme tu peux » », « c'est l'occasion de choisir un médecin avec qui ils se sentent à l'aise, homme ou femme »

M14V28 : « l'avantage en médecine c'est je trouve qu'on a plein d'occasions comme ça où on peut amorcer quelque chose », « il y a plein de situations je trouve où on n'en a pas forcément besoin »

M14V29 : « on n'est pas forcément toujours non plus la meilleure ressource. Alors soit parce qu'ils nous connaissent depuis qu'ils sont tout petits et puis ils nous identifient comme celui chez qui on va quand on est malade et quand on est mal dans sa tête ou dans sa peau c'est pas forcément qu'on est malade »

M14V30 : « il y a beaucoup d'adolescents à qui je dis ça, que ce qu'ils viennent nous dire en consultation c'est confidentiel [...] je pense qu'ils ne le savent pas, souvent », « et ça je crois que c'est un frein à notre prise en charge [...] parce qu'ils n'ont pas l'impression, ils ne savent pas peut-être que l'on va respecter cette confidentialité »

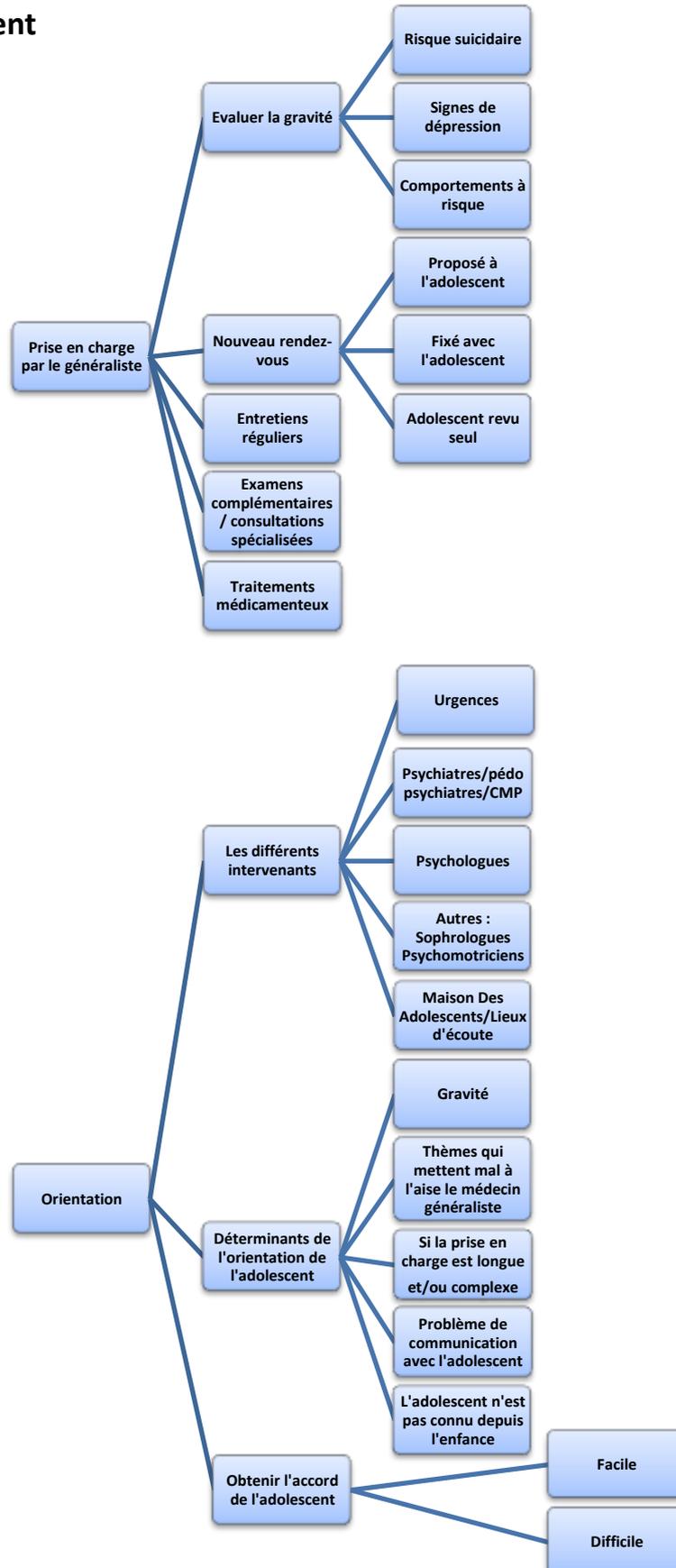
M14V31 : « ils ont un temps d'écoute téléphonique et puis après, avec des rendez-vous et autres qui peuvent être avec que l'un des parents ou les deux et les enfants »

M14V32 : « ils vont peut-être reprendre rendez-vous » EG : « il sait que la porte est ouverte » M14 : « il le sait »

M14V33 : « Oui ça nous arrive effectivement. Ça nous arrive d'utiliser alors soit les urgences pédiatriques quand ils ont moins de 16 ans, soit les urgences avec la cellule d'accueil de crise, oui, bien sûr »

VI.4. Organigrammes.

VI.4.1. Attitudes des médecins généralistes face au mal-être de l'adolescent



Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Prise en charge par le généraliste		
Evaluer la gravité	M07V03	« j'essaie de débrouiller un petit peu, de voir si on est dans l'urgence ou pas »
Risque suicidaire	M03V10	« je me posais la question d'un risque, et d'ailleurs l'infirmière scolaire m'a rappelé et la maman de Ron a évoqué ça à ce moment-là que son fils Ron avait des idées suicidaires »
	M04V08	« non, du coup c'était pas exprimé du tout. Il n'y avait pas de situation de danger »
	M12V02	« je l'ai un petit peu questionné, donc pas suicidaire », « j'ai essayé d'explorer les pistes sur le risque suicidaire ou le risque de fugue »
Signes de dépression	M01V05	« il s'agissait surtout de m'assurer qu'il n'y ait pas d'éléments dépressifs majeurs », « donc moi cette consultation m'a rassuré sur l'absence d'urgence »
Comportements à risque	M06V07	« en danger et oui parce que voilà conduire en état alcoolique, c'est quand même un peu dangereux »
Nouveau rendez-vous		
Proposé à l'adolescent	M01V06	« j'ai proposé à la maman de revoir Maxime »
	M03V04	« la première fois on a discuté, je l'ai revu 15 jours après »
	M09V12	« on se revoit dans tant de jours, pour avoir un moment un peu plus long »
	M11V27	« je désamorçai et je refais consulter rapidement dans la semaine, parce qu'autrement on n'est pas disponible dans la tête, quand il y a plein de monde dans la salle d'attente »
	M13V14	« la plupart du temps j'ai proposé de revenir pour en discuter »
Fixé avec l'adolescent	M04V12	« ça dépend des adolescents, y'en a qui demandent à être un peu plus cadrés et y'en a d'autres qui on sait que si on les cadre trop on va les perdre. [...] nous on le ressent ça »
	M07V02	« alors quand c'est comme ça, je le revoie souvent, j'ai pas toujours le temps nécessaire quand c'est un problème sur le plan psychologique [...] souvent dans la semaine qui suit je programme une consultation plus longue », « je leur dis que je veux le revoir et dans la mesure du possible, si je vois qu'il est d'accord [...] on fixe le rendez-vous »
	M11V30	« oui ça m'arrive », « est ce que je n'ai pas tendance à fixer un rendez-vous quand je sais que l'adhésion est là ? »
	M14V09	« on se revoit dans 15 jours, on avait mis le rendez-vous et il n'est pas venu »

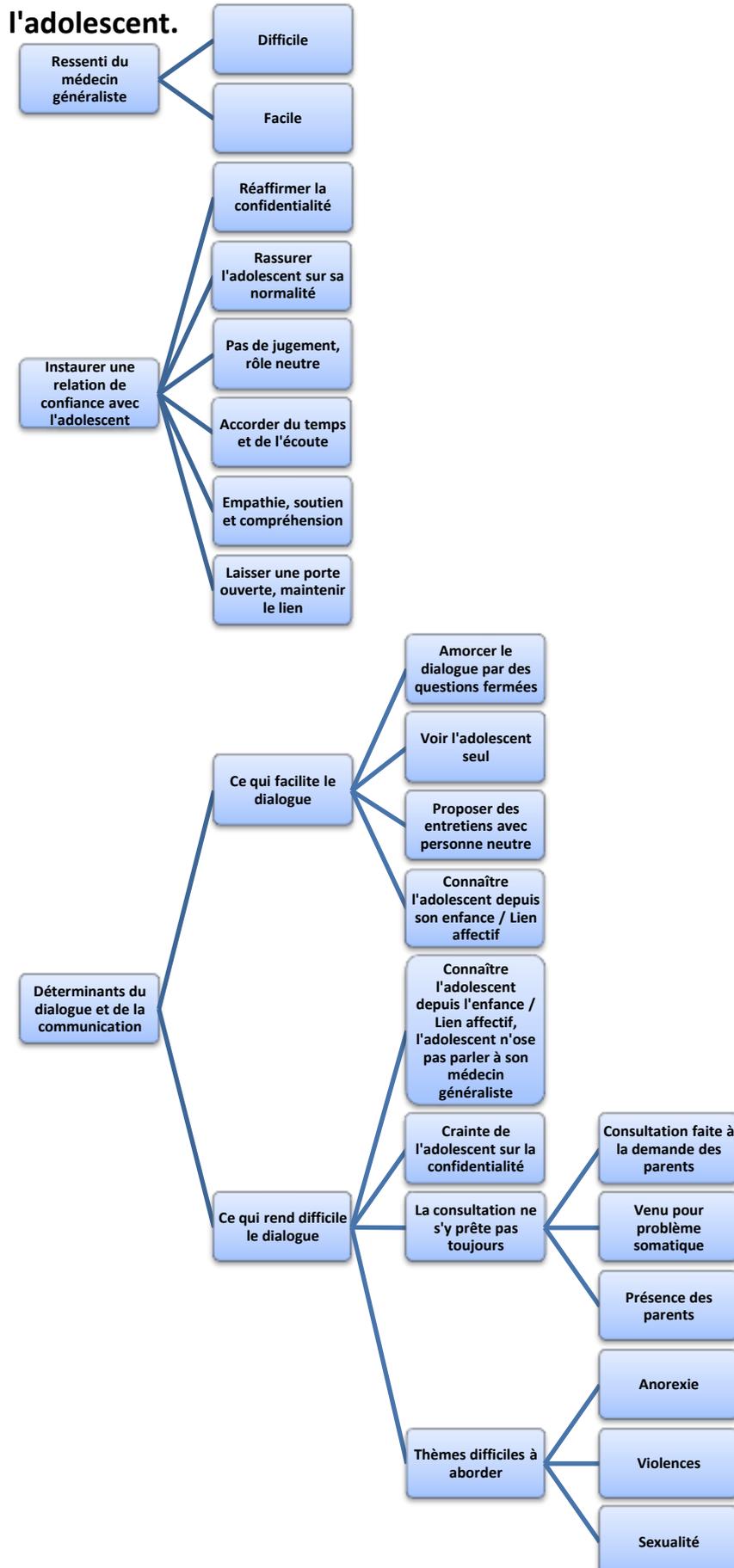
Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Adolescent revu seul	M01V07	« donc j'ai pu voir Maxime seul, la maman attendait dans la salle d'attente »
	M06V16	« en général l'ado je le vois tout seul », « je reçois toujours l'ado tout seul »
	M07V08	« je les vois seule », « j'ai fait sortir le père et puis j'ai discuté avec le fils »
	M08V04	« j'ai pu effectivement le voir seul par rapport à ça », « donc oui à ce moment-là, je l'avais vu seule, on avait discuté de l'ivresse qui l'avait conduit aux urgences »
	M10V04	« c'est vrai que en général j'ai un peu de difficulté parce qu'un gamin de 12 ans, il va venir avec ses parents souvent. Et ce n'est pas facile de faire parler l'enfant », « souvent ils sont avec les parents, donc quelquefois ils peuvent venir seuls et à ce moment-là c'est plus facile »
	M11V06	« alors moi ma façon de créer l'alliance est souvent...c'est déjà de voir les ados seuls, ce qui a été le cas pour elle. Elle venait en consultation seule. Les parents étaient en salle d'attente », « quand l'ado vient pour un mal-être [...] c'est évident, il est hors de question de ne pas voir l'ado tout seul. Ça c'est clair »
	M12V09	« donc je les ai vus d'abord tous ensemble et puis après j'ai vu Romain seul »
	M13V07	« je l'ai vu une fois ou deux tout seul parce qu'il était venu tout seul », « je suis plus à l'aise quand il vient tout seul »
	M14V03	« mais jusqu'à présent les fois où il avait à venir, il est venu tout seul, sans malaise », « les fois où il est venu pour son poids, il est venu quasiment tout seul », « ça c'était vraiment lui qui l'a verbalisé et je pense qu'il y avait une espèce de relation de confiance qui s'installait », « quand on les a tout seuls on arrive à établir un mode de communication », « eh bien quand tu reviendras pour le vaccin, tu pourras revenir tout seul »
Entretiens réguliers	M02V04	« donc j'ai dû le revoir en octobre », « je le revois le mois d'après », « c'est vrai qu'il y a eu pas mal de consultations »
	M05V06	« elle donne les informations au compte-gouttes »
	M07V05	« avec Thomas [...] progressivement on est venu à parler de sa vie personnelle [...] et c'est là qu'il a dit : "[...] est-ce que je suis homosexuel ?", moi je me suis dit c'est trop lourd de faire ça d'emblée en une seule consultation. Donc je l'ai revu après », « et puis je l'ai revu 3 semaines, un mois après »
	M09V04	« du coup c'est ressorti après au fur et à mesure des entretiens », « bien, je l'ai vu régulièrement [...] je l'ai parfois vu toutes les semaines, tous les 15 jours »
	M11V03	« là j'ai eu une longue période où je la voyais régulièrement », « donc il est venu plusieurs fois pour me faire part de ses états d'âme », « je propose des consultations de suivi »
Mode de révélation par des problèmes somatiques : demande initiale d'exams complémentaires et/ou consultations spécialisées	M02V02	« il y a un problème de migraine qui est assez ancien parce qu'en fait il avait été bilanté par rapport à ça [...] il a fait une migraine hémiplegique [...] il avait quand même été aux urgences et là ils ont quand même demandé un TDM », « les migraines sont quand même déclenchées par les contrariétés », « ce qui se passe derrière, c'est qu'il aime pas l'école du tout », « quand il fait ses migraines, la maman venait le chercher », « j'ai demandé un avis neuro quand même »
	M12V27	« donc on s'est quand même assuré qu'il n'y avait pas de problème. Donc il n'y avait rien, et en fin de compte c'était un blocage mictionnel sur stress »
	M03V02	« j'ai commencé à me poser des questions, c'était quand il avait 12 ans puisqu'il avait des douleurs abdominales à répétition [...] et un petit bilan organique comme souvent », EG : « c'est difficile de faire comprendre aux parents qu'il n'y a pas d'organicité ? » M3 : « oui, tout à fait. Parce que là, ils vont partir dans des bilans, pour eux c'est pas psy, quoi »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Traitements médicamenteux	M10V06	« je l'ai quand même mise sous Paroxétine [...] et du Xanax® », EG : « et le traitement vous l'aviez mis en place dès la première fois où vous l'aviez vu ? M10: « je crois, oui »
	M12V04	« je lui ai donné un peu de Xanax® pour éviter le stress »
Orientation		
Les différents intervenants		
Urgences	M05V25	« je lui ai dit que c'était peut-être le bon moyen d'aller aux urgences », « De toute façon on a les urgences, on peut y aller quand même »
	M07V24	« Bon là effectivement je ne leur pose pas la question, ça passe par les urgences psychiatriques »
	M11V38	« On a essayé sans son consentement à deux reprises, elle a fugué une fois des urgences et puis une autre fois »
	M14V33	« Oui ça nous arrive effectivement. Ça nous arrive d'utiliser alors soit les urgences pédiatriques quand ils ont moins de 16 ans, soit les urgences avec la cellule d'accueil de crise, oui, bien sûr »
Psychiatres/pédopsychiatres/CMP	M01V02	« donc j'avais [...] orienté vers un centre médico-psychologique à la fois pour sa demande d'appel et puis pour une demande de soutien familial par rapport à l'enfant et par rapport aux relations parents-enfants », « je me suis contenté d'orienter, de soutenir »
	M02V06	« j'ai téléphoné rue d'Anjou qui est la consultation ados à Saint Nazaire [...] donc avec des psychologues [...] il y avait une psychomotricienne qui faisait de la relaxation mais il fallait voir le pédopsychiatre avant », « j'étais partie sur la piste du CMP »
	M03V11	« quand j'ai vu cette notion d'idées suicidaires [...] donc là j'ai appelé la pédiatrie et pédopsychiatrie, le CMP ado en fait plus exactement »
	M04V03	« je pense que je vais la confier à un psychiatre »
	M05V09	« moi j'envoie souvent au CMP et je fais des petits mots »
	M07V15	« sinon, Mr C. [...] c'est pour des choses un peu lourdes. C'est plus dans la psychiatrie », « j'ai un référent pareil de psychiatrie en ville »
	M10V07	« et puis j'ai réussi à l'envoyer chez le psy [...] un mois après », « mais elle a vu le psychiatre un mois après. Imaginez que moi, je ne lui ai pas prescrit le médicament, elle aurait pu ne pas retourner à l'école du tout », « des fois c'est trois mois après »
	M11V04	« on a essayé des prises en charges multiples [...] elle a vu divers psychiatres »
Psychologues	M04V27	« on a des psychologues en ville mais il y a le problème de l'argent [...] c'est réhibitoire, c'est même pas la peine. Ça, c'est condamné d'avance »
	M05V13	« les psychologues c'est pas remboursé »
	M06V21	« après il y a les psychologues, qui sont bien. Je travaille avec deux ou trois psychologues donc quand les parents sont d'accord pour payer »
	M07V13	« j'ai le psychologue »
	M10V12	« Il y a des psychologues sur G. mais ce n'est pas remboursé donc les parents sont un peu hésitants »
	M13V08	« moi j'envoie régulièrement les ados, peut-être plus à un psychologue de ville »
	M14V14	« on a quelques psychologues [...] souvent les gens n'y vont pas parce qu'ils disent que ça coûte trop cher »
Sophrologues / Psychomotriciens	M02V06	« j'ai téléphoné rue d'Anjou qui est la consultation ados à Saint Nazaire [...] donc avec des psychologues [...] il y avait une psychomotricienne qui faisait de la relaxation mais il fallait voir le pédopsychiatre avant », « j'étais partie sur la piste du CMP »
	M12V28	« Et je lui ai dit que ce serait bien qu'il voit un sophrologue ou autre pour essayer de gérer ça. »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Maison Des Adolescents/Lieux d'écoute	M01V14	« on n'avait pas vraiment la structure intermédiaire [...] on peut orienter vers la Maison Des Adolescents [...] avant on avait l'impression [...] il fallait que l'adolescent soit vraiment en crise, maintenant [...] on peut intervenir plus tôt avec une structure qui associe les demandes médicales et sociales et éducatives »
	M03V17	« maintenant il y a les Maisons Des Adolescents [...] auxquelles on peut orienter plutôt facilement »
	M06V04	« je lui ai proposé de rencontrer... j'envoie facilement à CASA »
	M07V16	« sinon en pratique ça peut être la Rose des Vents mais là, on va dans une orientation plus de toxicomanie. Et puis je leur remets des petites cartes avec des adresses »
	M11V12	« je lui ai donné plusieurs adresses, j'ai dû lui donner CASA »
	M12V05	« il avait été voir à CASA, je lui avais donné les coordonnées du sophro, de CASA »
	M14V18	« au niveau des addictions avec l'association Soleil Levant [...] on est plus dans les grands ados », « l'association Médiation 49 [...] je trouve qu'ils sont quand même très très aidants par rapports aux dysfonctionnements familiaux »
Déterminants de l'orientation de l'adolescent		
Gravité	M03V11	« quand j'ai vu cette notion d'idées suicidaires [...] donc là j'ai appelé la pédiatrie et pédopsychiatrie, le CMP ado en fait plus exactement »
	M04V07	« non parce qu'il n'y avait pas d'idées noires, c'est ce que l'on recherche en général »
	M05V16	« si c'est des enfants suicidés ou « suicidés » ou trop mal, j'aime bien quand même qu'ils voient quelqu'un quitte à ce qu'ils le voient qu'une fois, que je me plante pas »
	M11V21	« quand j'ai l'impression que vraiment il y a un trouble psychiatrique qui se cache derrière, ou un trouble de la personnalité, eh bien là, forcément, moi j'adresse »
Thèmes qui mettent mal à l'aise le médecin généraliste	M04V10	« quand il y a des histoires un peu plus difficiles avec de la violence dans une famille [...] là, je considère qu'il faut que je me fasse aider »
	M07V17	« l'anorexie mentale. Ça c'est l'adolescente qui nous met tous en difficulté. En général j'adresse rapidement à une équipe pour avoir un avis [...] c'est plus moi dans la pratique, c'est toujours long, douloureux, difficile »
	M10V14	« un viol », « une situation complexe, enfin complexe, trash, dégueulasse moi je ne sais pas par quel bout prendre ça », « donc je vais être dans une mauvaise position, ça me perturberait, je ne saurais pas quoi dire »
	M11V24	« les troubles de la sexualité en particulier chez les jeunes filles [...] je ne suis pas très à l'aise [...] je les oriente vite parce que je ne me sens pas à l'aise par rapport à ça », « mais moi parler de la sexualité avec les ados ça reste quelque chose de difficile, je ne sais pas pourquoi, c'est bête »
	M14V19	« j'ai des choses que j'ai du mal à aborder avec les adolescents [...] mais avec les garçons je trouve que ce n'est pas facile d'aborder la sexualité », « et je pense que c'est un domaine du mal-être, un domaine qui serait une porte d'entrée par rapport au mal-être pour les garçons, que moi, je n'arrive pas à aborder »
Si la prise en charge est longue / complexe	M01V10	« je sentais que ça ne se ferait pas en une seule consultation. C'est vrai que quand je sens que ça ne peut se faire en une seule consultation et que ça risque de demander un peu plus, j'oriente facilement »
	M04V09	« quand c'est trop compliqué, quand il y a une souffrance, quand je vois que je vais pas assurer quoi. Quand ça reste des problèmes d'adolescence classique [...] ça je vais gérer »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Problème de communication avec l'adolescent	M02V09	« Il avait du mal à parler. On arrivait à parler de l'école [...] on avait du mal à aller au-delà », « oui, c'est pas simple »
L'adolescent n'est pas connu depuis l'enfance	M06V09	« moi je peux prendre en charge simplement quand c'est des adolescents dont je connais bien la famille, parce que c'est vrai que l'on travaille assez facilement »
Obtenir l'accord de l'adolescent		
Facile	M03V13	EG : « il a bien accepté d'être orienté ? », M3 : « oui, sans problème. Il était plutôt demandeur, lui d'en parler, parce qu'il avait besoin d'un soutien »
Difficile	M02V05	« il est très réticent par rapport à la prise en charge psycho. Voir un psycho ça avait pas l'air de le brancher du tout », « ça m'embêtait de déclencher une consultation sans avoir son accord », « il a mis plusieurs mois à accepter », « il y a pu avoir une progression où il a fallu l'amener par plusieurs consultations à accepter cette prise en charge »
	M05V02	« elle refuse absolument toute prise en charge, elle refuse d'aller voir le psychiatre, le psychologue et tout », « je ne savais pas quoi faire »
	M08V17	« je l'ai orienté quand même en disant que s'il y a une souffrance comme ça importante et puis à ce moment-là vous pouvez prendre contact avec le service ESPACE, le service du CHU pour les jeunes [...] il a rappelé pour annuler », « donc moi au niveau du soutien psychothérapeutique c'est difficile »
	M11V05	« jamais eu de possibilité d'accrochage vraiment aux thérapeutiques qui lui étaient proposées sauf avec une infirmière du service des addictions mais après qui est partie à la retraite et elle n'a plus voulu voir personne », « donc on a essayé plusieurs fois de l'hospitaliser avec son consentement. On n'a jamais réussi. On a essayé sans son consentement à deux reprises, elle a fugué », « refus de soins importants », « dès que je suis allé à lui proposer des soins plus actifs [...] les liens se sont rompus »
	M12V08	« je lui ai reparlé d'une hospitalisation, il n'en était pas question »

VI.4.2. Communication avec l'adolescent. "L'accroche" de l'adolescent.



Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Ressenti du médecin généraliste		
Difficile	M02V09	« Il avait du mal à parler. On arrivait à parler de l'école [...] on avait du mal à aller au-delà », « oui, c'est pas simple »
	M04V24	« là, faut essayer d'accrocher le jeune et c'est pas si simple »
	M05V07	« dès qu'on aborde le côté psychologique, elle se ferme, c'est l'huître [...] quand on creuse, elle ne veut pas »,
	M06V03	« alors eh bien un peu l'échec quoi [...] il ne parlait pas beaucoup [...] un peu imperméable »
	M09V01	« ils ont peur du médecin. Et puis ce n'est pas aux médecins qu'ils vont se confier », EG : « la communication avec cette adolescente, elle était facile ? », M9 ; « c'est pas facile »
	M10V02	« le problème c'est que les enfants, on a du mal à les faire parler », « on a l'impression d'être près d'eux, mais pour eux, ils ont l'impression qu'on est du côté des parents. Donc c'est un peu difficile d'échanger », « elle s'est fermée, elle n'a pas voulu s'exprimer sur ce qui s'était passé », « et puis on a du mal à communiquer avec les adolescents », « ils ont souvent du mal à communiquer sur leurs états d'âme »
	M11V23	« on n'arrive pas toujours quand même à accrocher »
	M13V01	« alors lui il est en situation de mal-être chronique mais il ne m'en parle jamais. Alors comment on fait ? », « alors maintenant la prise en charge c'est un autre problème », « la prise en charge il n'y a pas tellement », « je suis bloqué là-dessus je ne peux rien faire », « le problème dans ce genre de situation, on finit par rentrer dans une sorte de routine [...] je ne pose plus beaucoup de questions, c'est un peu dommage »
	Facile	M01V21
M03V14		« lui-même a bien compris que c'était du stress. Il le disait lui-même », « il en parlait assez facilement. Oui, c'est pas tous les ados comme ça »
M07V12		« et puis bon j'ai trois enfants qui sont passés par des stades d'adolescence. C'est vrai qu'on a quand même une espèce d'expérience personnelle. J'ai un mari qui est éducateur spécialisé [...] c'est peut-être plus facile pour aborder les choses », « je me sens pas trop mal à l'aise »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Instaurer une relation de confiance avec l'adolescent		
Réaffirmer la confidentialité	M14V30	« il y a beaucoup d'adolescents à qui je dis ça, que ce qu'ils viennent nous dire en consultation c'est confidentiel [...] je pense qu'ils ne le savent pas, souvent », « et ça, je crois que c'est un frein à notre prise en charge [...] parce qu'ils n'ont pas l'impression, ils ne savent pas, peut-être que l'on va respecter cette confidentialité »
	M11V07	« de leur dire que ce que ce dont on va discuter, les parents ne seront pas mis au courant [...] leur expliquer que la confidentialité même s'ils sont mineurs ils y ont droit », « c'est des liens de vérité, c'est-à-dire que je lui dis que je ne raconterai pas à ses parents ce que l'on se raconte », « donc là, je prends l'ado et je lui explique les règles de confidentialité », « écoute on va les revoir, qu'est-ce que tu acceptes que je leur dise ? »
	M07V06	« je lui ai assuré qu'il y aurait un secret »
	M05V04	« j'ai dit que je n'allais certainement pas le dire à la petite dame », « moi je leur dis [...] c'est secret, heureusement quand même »
	M01V23	<i>réaffirmer la confidentialité auprès de l'adolescent, notion abordée par le praticien hors enregistrement au dictaphone.</i>
	M03V23	« quand il est tout seul, on peut lui rappeler qu'on est quand même soumis au secret professionnel [...] on ne va pas le répéter aux parents »
	M04V18	« ils savent que ce qu'ils vont me raconter, évidemment je ne vais pas le raconter aux parents »
	M06V08	« je me dis que cet adolescent il a besoin souvent... même si je le dis, je ne dirai pas à tes parents, t'inquiète pas », « je lui dis [...] est-ce que tu es d'accord pour que l'on dise ça ou ça [...] on dit ce qu'il y a à dire aux parents »
	M12V11	« donc après j'ai fait rentrer les parents, je lui ai dit tout ce que l'on s'était dit, c'était de l'ordre du secret médical »
Rassurer l'adolescent sur sa normalité	M03V08	« j'essayais de le rassurer sur certaines choses »
	M04V17	« parfois ils ont besoin de venir se décharger un peu pour demander s'ils font bien, si ça se passe bien »
	M08V05	« c'était des inquiétudes un peu adolescentes sur sa normalité. Par rapport aux autres est-ce que je suis normal ? »
	M11V32	« souvent je trouve que c'est ça l'ado, c'est qu'il a besoin d'être rassuré sur le fait qu'il y a des choses qu'il fait bien », « le rassurer aussi sur le fait que physiquement il va bien », « oui voilà, qu'il est normal »
	M12V19	« je crois que Mme M. pense que c'est ça, donc elle essaie de le rassurer dans sa virilité même s'il ne pose pas le problème comme ça »
Pas de jugement, rôle neutre	M03V22	« il faut lui rappeler, que nous, on n'est pas ni flic, ni éducateur. On est là plutôt pour l'aider »
	M04V26	« éviter tout jugement. Faut pas être le juge car ça va pas du tout, ça, ça ne marche pas »
	M09V21	« deuxièmement pas lui dire, pas lui montrer qu'il est jugé dans son comportement », « mais surtout pas juger quoi »
	M11V29	« j'essaye d'avoir une attitude neutre »

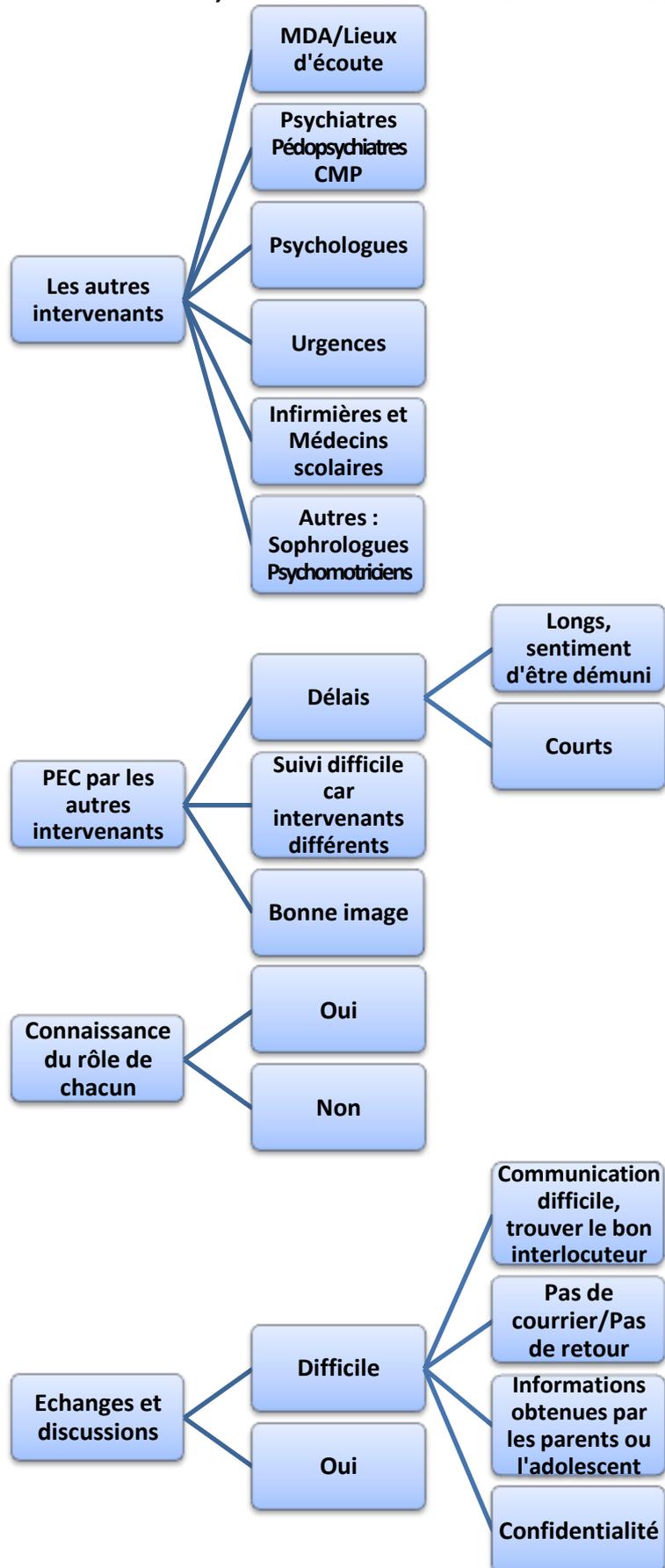
Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Accorder du temps et de l'écoute	M03V07	« je l'ai écouté longuement parce que je pense qu'au début c'est ce qu'il faut faire »
	M04V25	« il faut prendre le temps. Il faut se donner le temps »
	M09V17	« il faut garder un bon contact avec le patient, sentir qu'il est écouté quand il vient »
	M11V11	« ici ça pouvait être un lieu de parole s'il le voulait », « le cabinet du médecin généraliste peut être un lieu de parole »
	M12V10	« la conclusion c'était de lui dire qu'il avait des gens qui l'aiment », « il y a des gens, là, qui sont à ton écoute, à côté de toi », « les gamins, eux, ce qu'ils veulent, c'est être écouté »
	M01V22	« je pense qu'il a été suffisamment clair sur la nature de son mal-être, je l'ai laissé vraiment s'exprimer sur cet aspect-là »
Empathie, soutien et compréhension	M03V24	« pour lui dire qu'on voit qu'il est en souffrance »
	M11V09	« je fais surtout du soutien », « j'essaie d'être avec les ados dans l'empathie »
	M09V16	« le projet qu'il a mené [...] avec l'aide de l'adulte. Il faut les cadrer les gamins [...] il faut être avec eux et il y a des choses à discuter avec eux »
	M05V24	« je ne suis pas sûre que je lui apporte une grande aide. Je suis là, j'ai l'impression que je suis là et puis c'est tout »
Laisser une porte ouverte, maintenir le lien	M05V05	« dès qu'elle a un petit bobo [...] elle vient », « si elle pouvait, elle consulterait tous les jours [...] en fait, je crois que c'est un moyen d'entrer dans le dialogue [...] elle maintient le lien »
	M01V08	« et puis je restais à leur disposition », « j'ai laissé une porte ouverte voilà »
	M07V09	« je lui ai dit que la porte était ouverte que s'il voulait venir en parler, il fallait qu'il en parle »
	M09V06	« mon rôle a été de garder quand même un relationnel, ça lui permettait quand même d'avoir un médecin référent où elle pouvait venir facilement »
	M12V17	« mais bon, on est toujours resté en contact même s'il s'est bien braqué. Mais il est revenu me voir »
	M11V02	« de ma part il y a eu des périodes où je l'ai suivie assez fréquemment et puis des périodes où je ne la voyais plus », « il y a quand même une alliance qui s'est créée », elle venait quand même me voir régulièrement et j'étais le seul soignant qu'elle voulait bien encore voir »
	M14V32	« ils vont peut-être reprendre rendez-vous » EG : « il sait que la porte est ouverte » M14 : « il le sait »
	M04V05	« je vais faire un suivi en même temps parce que je la connais depuis qu'elle est toute petite et puis elle a confiance en moi », « on garde toujours un contact avec les adolescents parce qu'il y a un côté un peu affectif »
	M06V14	« moi je les mets très à l'aise. Je te revois quand tu as besoin, on en parle ou je t'adresse », « je te fais un courrier, tu y vas si tu veux [...] moi je suis là si tu veux que l'on en reparle », « moi je n'impose rien, ils viennent s'ils ont envie. On en revoit beaucoup »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Déterminants du dialogue et de la communication		
Ce qui facilite le dialogue		
Amorcer le dialogue par des questions fermées	M06V18	« j'essaie de voir ce qui est important, pourquoi il est pas bien. Est-ce qu'il y a un problème à l'école, donc il me répond par oui ou par non [...] mais on finit toujours par... ils ne se braquent pas en général »
	M10V13	« ça m'aide en général [...] ce n'est pas facile de poser des questions [...] quand il y a des questionnaires comme ça, ça me facilite quand même énormément la vie », « quand il y a des questionnaires comme ça, ça nous permet d'avancer »
	M11V08	« j'essaie de les laisser parler mais alors parfois ils ne parlent pas. C'est ça le problème. J'essaie d'explorer un peu tous les champs », « alors souvent ça permet, quand ils ne parlent pas de poser des questions et simplement de leur montrer qu'on s'intéresse à eux », « ça permet de les mettre en confiance et d'ouvrir la discussion », « j'avais utilisé à un moment un long questionnaire...je leur disais : « comme on a du mal un peu à parler, si tu veux tu peux remplir ça » [...] je ne le fais plus, je préfère discuter, j'aborde les différents thèmes, j'ai un petit peu la grille dans la tête »
	M14V05	« donc moi j'essaie de poser assez systématiquement la question de l'alcool, du tabac, du cannabis, des études [...] en essayant de voir un petit peu à partir de ça », « je vais utiliser le TSTS-CAFARD. Je trouve que c'est quand même pas inintéressant »
Connaître l'adolescent depuis son enfance / Lien affectif	M05V03	« j'étais la seule à qui elle voulait bien venir causer »
	M07V07	« ça ne me paraît pas très difficile car je dirais que c'est une famille que je connais depuis longtemps. C'est un ado qui se confie facilement [...] il sait qu'il y a un lien affectueux »
	M13V16	« si c'est des ados que l'on connaît bien, que l'on connaît depuis l'enfance, c'est peut-être plus facile parce que l'on sait un peu comment les prendre »
	M14V07	« je trouve que ce n'est pas la même chose quand on les connaît depuis le début, que des jeunes qu'on a découvert à un moment de leur histoire, ils avaient 10, 11, 12 ans »
Voir l'adolescent seul	M11V06	« alors moi ma façon de créer l'alliance est souvent...c'est déjà de voir les ados seuls, ce qui a été le cas pour elle. Elle venait en consultation seule. Les parents étaient en salle d'attente », « quand l'ado vient pour un mal-être [...] c'est évident, il est hors de question de ne pas voir l'ado tout seul. Ça c'est clair »
	M14V03	« mais jusqu'à présent les fois où il avait à venir, il est venu tout seul, sans malaise », « les fois où il est venu pour son poids, il est venu quasiment tout seul », « ça, c'était vraiment lui qui l'a verbalisé et je pense qu'il y avait une espèce de relation de confiance qui s'installait », « quand on les a tout seuls on arrive à établir un mode de communication », « eh bien quand tu reviendras pour le vaccin, tu pourras revenir tout seul »
	M13V07	« je l'ai vu une fois ou deux tout seul parce qu'il était venu tout seul », « je suis plus à l'aise quand il vient tout seul »
	M10V04	« c'est vrai que en général j'ai un peu de difficulté parce qu'un gamin de 12 ans, il va venir avec ses parents souvent. Et ce n'est pas facile de faire parler l'enfant », « souvent ils sont avec les parents, donc quelquefois ils peuvent venir seuls et à ce moment-là c'est plus facile »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Proposer un entretien avec une personne neutre	M02V10	« il était très content d'avoir rencontré quelqu'un qui apparemment l'écoute. Donc pas du tout sur la défensive comme auparavant quand je lui parlais d'aller voir un psychologue [...] il était pas à l'aise pour parler et lui, a su avoir les bons mots »
	M06V11	« moi je leur propose quelqu'un de complètement neutre [...] les garçons je leur propose systématiquement aux préadolescents et adolescents s'ils ne veulent pas être suivis par un homme »
	M12V06	« voilà si tu as quelque chose que tu n'oses pas me dire ou que tu ne veux pas me dire, va voir ces gens-là un petit peu »
	M14V27	« à 16 ans je leur dis : eh bien écoute jusqu'à présent tu venais, tes parents t'emmenaient mais on est des médecins hommes et femmes ici, il y en a d'autres tu n'es pas obligé de me choisir moi [...] si tu te sens plus à l'aise avec un médecin homme tu peux », « c'est l'occasion de choisir un médecin avec qui ils se sentent à l'aise, homme ou femme »
Ce qui rend difficile le dialogue		
Connaître l'adolescent depuis l'enfance / Lien affectif l'adolescent n'ose pas parler à son médecin généraliste	M06V10	« je crains toujours qu'ils n'osent pas dire les choses, comme ce qu'ils ressentent, de peur de trahir le médecin, aussi parce que quand on les connaît depuis tout petits », « il n'a pas envie de tout me dire, mais en même temps comme on se connaît depuis longtemps, de ne pas oser me le dire, il ne serait pas à l'aise du coup parce qu'il m'aurait menti »
	M14V29	« on n'est pas forcément toujours non plus la meilleure ressource. Alors soit parce qu'ils nous connaissent depuis qu'ils sont tout petits et puis ils nous identifient comme celui chez qui on va quand on est malade et quand on est mal dans sa tête ou dans sa peau c'est pas forcément qu'on est malade »
Crainte de l'adolescent sur la confidentialité	M06V06	« alors est-ce qu'il avait peur que je le répète à ses parents ? Je n'en sais rien », « soit d'avoir peur que le médecin dise des choses »
	M12V18	« alors le problème, c'est pourquoi il ne m'a pas parlé de cette rupture amoureuse, alors peut-être que c'est une jeune fille que je connais, qui est peut-être ma patiente, et il a peur que j'aie lui raconter »
La consultation ne s'y prête pas toujours		
Consultation à la demande des parents	M09V02	« ils sont tirés, poussés par les parents et ça ne marche pas très bien à ce moment-là »
Venu pour problème somatique	M10V08	« mais très souvent quand on voit une adolescente qui vient pour un vaccin par exemple, on ne peut pas obtenir grand chose [...] ça paraît un peu curieux de parler de ça », « il faut pouvoir les apporter aussi. Quand un gamin vient pour un vaccin si vous lui demandez s'il dort bien, il va répondre vaguement mais il s'en fout »
	M05V19	« la conversation vient ou non sur le sujet, les parents ils sont bien gentils mais bon des fois y'en a, vous avez beau leur tendre des perches on n'arrive pas, ils se ferment [...] ils sont venus pour un certificat de sport, ils n'ont pas envie de parler d'autre chose »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Présence des parents	M10V04	« c'est vrai que en général j'ai un peu de difficulté parce qu'un gamin de 12 ans, il va venir avec ses parents souvent. Et ce n'est pas facile de faire parler l'enfant », « souvent ils sont avec les parents, donc quelquefois ils peuvent venir seuls et à ce moment-là c'est plus facile »
	M11V17	« quand les parents sont à côté ce n'est pas toujours facile. Et puis virer les parents pour une consultation de sport c'est un peu difficile aussi. Mais ça, je crois que je ne le fais pas assez, je vais faire mon autocritique. Autant on pourrait dire aux parents, bon la consultation de sport certes, mais ça peut être aussi un temps dédié, une discussion privilégiée avec l'ado tout seul. Je pense que je ne le fais pas assez encore »
	M13V07	« je l'ai vu une fois ou deux tout seul parce qu'il était venu tout seul », « je suis plus à l'aise quand il vient tout seul »
	M14V08	« je n'ai pas fait sortir la maman parce que ça ne paraissait pas possible à ce moment-là », « je trouve que ce n'était pas une consultation très simple à mener. Moi je comptais un peu sur la consultation suivante », « alors la difficulté c'est que lorsqu'ils viennent, ils ont 13-14 ans et qu'il y a les parents »
Thèmes difficiles à aborder		
Anorexie	M07V17	« l'anorexie mentale. Ça, c'est l'adolescente qui nous met tous en difficulté. En général j'adresse rapidement à une équipe pour avoir un avis [...] c'est plus moi dans la pratique, c'est toujours long, douloureux, difficile »
Violences	M04V10	« quand il y a des histoires un peu plus difficiles avec de la violence dans une famille [...] là, je considère qu'il faut que je me fasse aider »
	M10V14	« un viol », « une situation complexe, enfin complexe, trash, dégueulasse moi je ne sais pas par quel bout prendre ça », « donc je vais être dans une mauvaise position, ça me perturberait, je ne saurais pas quoi dire »
Sexualité	M11V24	« les troubles de la sexualité en particulier chez les jeunes filles [...] je ne suis pas très à l'aise [...] je les oriente vite parce que je ne me sens pas à l'aise par rapport à ça », « mais moi parler de la sexualité avec les ados ça reste quelque chose de difficile, je ne sais pas pourquoi, c'est bête »
	M14V19	« j'ai des choses que j'ai du mal à aborder avec les adolescents [...] mais avec les garçons je trouve que ce n'est pas facile d'aborder la sexualité », « et je pense que c'est un domaine du mal-être, un domaine qui serait une porte d'entrée par rapport au mal-être pour les garçons que moi je n'arrive pas à aborder »

VI.4.3. Collaboration, travail en réseau avec les autres intervenants.



Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Les autres intervenants		
Maison Des Adolescents/Lieux d'écoute	M01V14	« on n'avait pas vraiment la structure intermédiaire [...] on peut orienter vers la Maison Des Adolescents [...] avant on avait l'impression [...] il fallait que l'adolescent soit vraiment en crise, maintenant [...] on peut intervenir plus tôt avec une structure qui associe les demandes médicales et sociales et éducatives »
	M03V17	« maintenant il y a les Maisons Des Adolescents [...] auxquelles on peut orienter plutôt facilement »
	M06V04	« je lui ai proposé de rencontrer... j'envoie facilement à CASA »
	M07V16	« sinon en pratique ça peut être la Rose des Vents mais là on va dans une orientation plus de toxicomanie. Et puis je leur remets des petites cartes avec des adresses »
	M11V12	« je lui ai donné plusieurs adresses, j'ai dû lui donner CASA »
	M12V05	« il avait été voir à CASA, je lui avais donné les coordonnées du sophro, de CASA »
	M14V18	« au niveau des addictions avec l'association Soleil Levant [...] on est plus dans les grands ados », « l'association Médiation 49 [...] je trouve qu'ils sont quand même très très aidants par rapports aux dysfonctionnements familiaux »
Psychiatres/ Pédopsychiatres/ CMP	M01V02	« donc j'avais [...] orienté vers un centre médico-psychologique à la fois pour sa demande d'appel et puis pour une demande de soutien familial par rapport à l'enfant et par rapport aux relations parents-enfants », « je me suis contenté d'orienter, de soutenir »
	M02V06	« j'ai téléphoné rue d'Anjou qui est la consultation ados à Saint Nazaire [...] donc avec des psychologues [...] il y avait une psychomotricienne qui faisait de la relaxation mais il fallait voir le pédopsychiatre avant », « j'étais partie sur la piste du CMP »
	M03V11	« quand j'ai vu cette notion d'idées suicidaires [...] donc là j'ai appelé la pédiatrie et pédopsychiatrie, le CMP ado en fait plus exactement »
	M04V03	« je pense que je vais la confier à un psychiatre »
	M05V09	« moi j'envoie souvent au CMP et je fais des petits mots »
	M07V15	« sinon, Mr P. [...] c'est pour des choses un peu lourdes. C'est plus dans la psychiatrie », « j'ai un référent pareil de psychiatrie en ville »
	M10V07	« et puis j'ai réussi à l'envoyer chez le psy [...] un mois après », « mais elle a vu le psychiatre un mois après. Imaginez que moi je ne lui ai pas prescrit le médicament, elle aurait pu ne pas retourner à l'école du tout », « des fois c'est trois mois après »
M11V04	« on a essayé des prises en charges multiples [...] elle a vu divers psychiatres »	
Psychologues	M04V27	« on a des psychologues en ville mais il y a le problème de l'argent [...] c'est réhibitoire, c'est même pas la peine. Ça c'est condamné d'avance »
	M05V13	« les psychologues c'est pas remboursé »
	M06V21	« après il y a les psychologues, qui sont bien. Je travaille avec deux ou trois psychologues donc quand les parents sont d'accord pour payer »
	M07V13	« j'ai le psychologue »
	M10V12	« Il y a des psychologues sur G. mais ce n'est pas remboursé donc les parents sont un peu hésitants »
	M13V08	« moi j'envoie régulièrement les ados, peut-être plus à un psychologue de ville »
	M14V14	« on a quelques psychologues [...] souvent les gens n'y vont pas parce qu'ils disent que ça coûte trop cher »
Urgences	M05V25	« je lui ai dit que c'était peut-être le bon moyen d'aller aux urgences », « De toute façon on a les urgences, on peut y aller quand même »
	M07V24	« Bon là effectivement je ne leur pose pas la question, ça passe par les urgences psychiatriques »
	M11V38	« On a essayé sans son consentement à deux reprises, elle a fugué une fois des urgences et puis une autre fois »
	M14V33	« Oui ça nous arrive effectivement. Ça nous arrive d'utiliser alors soit les urgences pédiatriques quand ils ont moins de 16 ans, soit les urgences avec la cellule d'accueil de crise, oui, bien sûr »
Infirmières et Médecins scolaires	M03V09	« j'ai eu la professeure principale. C'est pas banal pour un médecin d'appeler la prof principale [...] j'ai échangé un petit peu [...] parce que ça m'intéressait de voir si elle confirmait », « après j'ai eu une infirmière scolaire au téléphone », « l'infirmière scolaire ça me paraît important. C'est un interlocuteur important au niveau scolaire »
Sophrologues Psychomotriciens	M12V28	Et je lui ai dit que ce serait bien qu'il voit un sophrologue ou autre pour essayer de gérer ça.
	M02V06	« j'ai téléphoné rue d'Anjou qui est la consultation ados à Saint Nazaire [...] donc avec des psychologues [...] il y avait une psychomotricienne qui faisait de la relaxation mais il fallait voir le pédopsychiatre avant », « j'étais partie sur la piste du CMP »

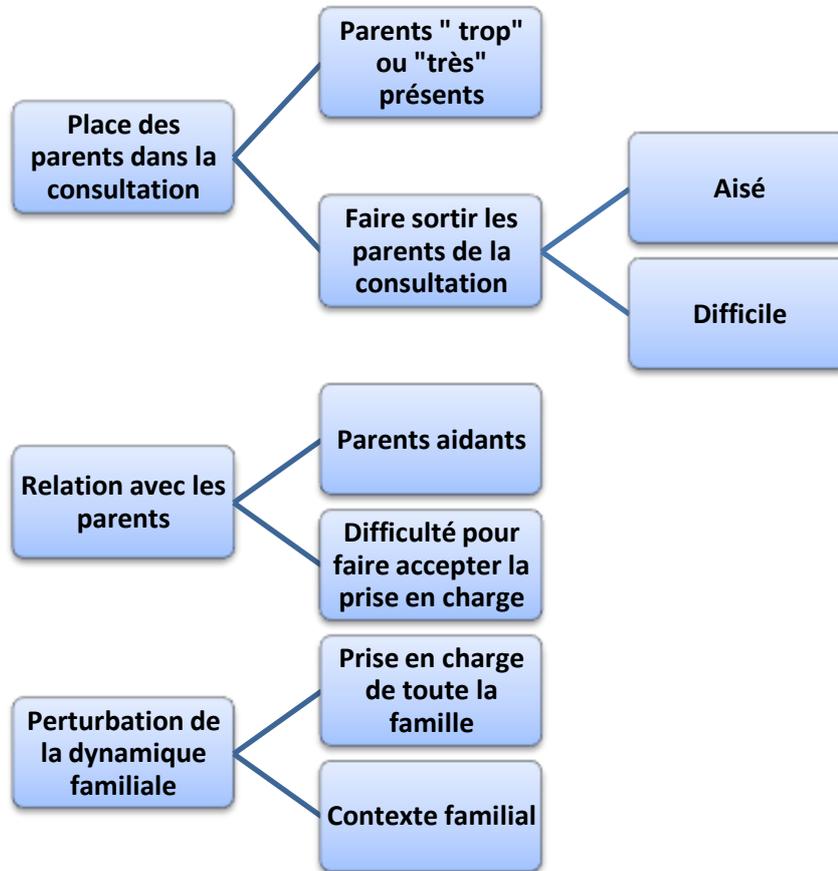
Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
PEC par les autres intervenants		
Délais		
Longs, sentiment d'être démuné	M01V03	« l'enfant n'avait pas encore de rendez-vous », « même si quelque chose semblait initié, on n'avait aucun délai »
	M04V13	« il y a sûrement des choses à améliorer. On a vraiment une carence sur la pédopsychiatrie, d'une manière générale faut le dire, c'est clair », « elle sait déjà qu'elle va attendre 1 mois et demi pour le rendez-vous car on n'a pas de rendez-vous rapide », « on a souvent des enfants qui vont très mal et on fait attendre les familles. C'est pas facile », « des consultations pour adolescents et là c'est bien mais c'est pareil j'ai un délai d'attente [...] j'ai pas assez de répondant à ce niveau-là quoi »
	M05V12	« il y a un manque parce qu'on n'a que le CMP, il y a qu'un psychiatre [...] il n'y a pas de pédopsychiatre »
	M06V19	« il y a deux centres médico-psychologiques mais là c'est long pour avoir des rendez-vous », « les pédopsy c'est long d'avoir des rendez-vous, c'est très très compliqué [...] ils ont des délais d'attente très longs »
	M08V06	« c'est très problématique. Alors là non, c'est un peu cata », « un suivi en ville on n'a pas tellement de rendez-vous avant 3 mois donc c'est problématique », « au niveau des psy. c'est vrai de toute façon on est confronté aux délais »
	M10V07	« et puis j'ai réussi à l'envoyer chez le psy [...] un mois après », « mais elle a vu le psychiatre un mois après. Imaginez que moi je ne lui ai pas prescrit le médicament, elle aurait pu ne pas retourner à l'école du tout », « des fois c'est trois mois après »
	M11V22	« la réactivité des structures n'est pas toujours si extraordinaire que ça », « autant j'avais l'impression de pouvoir discuter avec les gastro, les cardio, autant avec les psychiatres pas si souvent que ça », « on ne peut pas avoir les rendez-vous aussi vite comme ils le disent, parce qu'ils sont saturés »
	M14V10	« j'ai envie de dire qu'on est très démuné », « elle avait un rendez-vous deux mois après quoi. Et ça je me dis c'est pas possible », « psychiatre on va dire, on n'est pas très riche. On n'est pas très riche en ville », « on appelle: " eh bien non je ne prends pas de nouveau patient" », « je trouve qu'on est un peu démuné », « des fois c'est difficile de passer la main »
	M03V12	« on a la chance de pouvoir contacter facilement pour avoir, si possible, une consultation assez rapide pour cet adolescent [...] et une semaine après on avait le rendez-vous »
Suivi difficile car intervenants différents	M04V15	« et puis après je trouve, on arrive parfois à faire prendre en urgence mais après il n'y a pas de suivi », « après on n'arrive pas à avoir suffisamment de pédopsychiatres qui prennent en charge, qui nous aide nous, généralistes »
	M08V08	« le souci que je rencontre et comme insatisfaction de ma part c'est que s'ils y vont par exemple trois fois de suite, ils ne vont pas rencontrer la même personne à chaque fois. Donc déjà pour eux c'est difficile comme démarche et de re raconter à chaque fois à une personne nouvelle »
	M14V15	« ils ne font pas forcément beaucoup de suivi adolescent »
Bonne image	M01V14	« on n'avait pas vraiment la structure intermédiaire [...] on peut orienter vers la Maison Des Adolescents [...] avant on avait l'impression [...] il fallait que l'adolescent soit vraiment en crise, maintenant [...] on peut intervenir plus tôt avec une structure qui associe les demandes médicales et sociales et éducatives »
	M03V09	« j'ai eu la professeure principale. C'est pas banal pour un médecin d'appeler la prof principale [...] j'ai échangé un petit peu [...] parce que ça m'intéressait de voir si elle confirmait », « après j'ai eu une infirmière scolaire au téléphone », « l'infirmière scolaire ça me paraît important. C'est un interlocuteur important au niveau scolaire »
	M14V23	« oui, c'est vrai que c'est une structure avec qui on peut plus facilement communiquer »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Connaissance du rôle de chacun		
Oui	M12V22	« lorsque le CMP a fait une espèce de visite sur site, ils ont invité tous les professionnels pour nous présenter l'hôpital de jour [...] ça permet de mettre des têtes sur des noms », « ils nous ont expliqué comment ça fonctionnait », « on a eu des tas de documents, à jour au moins »
	M14V31	« ils ont un temps d'écoute téléphonique et puis après avec des rendez-vous et autres qui peut être avec que l'un des parents ou les deux et les enfants »
Non	M01V11	« alors indirectement, je ne suis pas sûr que ce soit par courrier [...] on a quand même été informé de l'ouverture de la structure au tout début »
	M03V28	« nous, c'est à nous presque de découvrir quelle structure se met en place. La Maison Des Adolescent, à part une réunion pour savoir ce que c'était, on n'a pas eu de contact. On sait pas qui y travaille, on sait pas exactement quel est leur rôle »
	M04V16	« y'a pas de Maison Des Adolescents sur Nantes », « alors je connais pas. Qui fonctionne comment ? », « non j'étais pas au courant »
	M08V09	EG : « est-ce que vous avez déjà adressé à la Maison Des Adolescent ? », M8 : « j'ai donné les coordonnées, je ne sais pas trop ce qui se passe »
	M09V14	« qui dit CHU, et avant de trouver quelqu'un au CHU il y a intérêt à se lever de bonne heure ou de passer beaucoup de temps au téléphone avant de trouver le bon interlocuteur »
	M10V10	« non, parce que je n'ai pas d'informations là-dessus. Je sais qu'à G. il y a un CMP, il y a un truc. Mais alors bon, je ne sais pas comment ça marche », « et puis nous, on a du mal, parce qu'on peut même pas leur dire : « eh bien je connais un tel... » »
	M13V11	« je ne sais pas trop ce que c'est, j'ai déjà entendu parler de ça. Mais je ne sais pas quel est le but »
Echanges et discussions		
Difficile		
Communication difficile, trouver le bon interlocuteur	M02V07	« j'avais fait un certificat prouvant qu'il avait des crises migraineuses graves nécessitant la prise rapide de médicaments », « j'ai reçu moi, ça doit être une lettre de la CPE ou du chef d'établissement, me demandant encore confirmation que ce n'était pas normal qu'il ne puisse pas rester à l'école dans ces cas-là », « parce que le médecin scolaire n'a pas été non plus dans mon sens », « le médecin scolaire il aurait très bien pu me téléphoner, j'aurais pu parler ou l'infirmière, elle appelle »
	M03V31	« mais il faut arriver à les joindre les psychiatres ou les infirmiers ou les éducateurs ou les psychologues »
	M05V11	« on n'a pas beaucoup de lien ça c'est sûr »
	M09V14	« qui dit CHU, et avant de trouver quelqu'un au CHU il y a intérêt à se lever de bonne heure ou de passer beaucoup de temps au téléphone avant de trouver le bon interlocuteur »
	M14V24	« quand on a essayé de reparler de cette possibilité de l'Espace Santé Jeunes [...] j'ai eu un petit peu l'impression après, dans ce qui s'est passé que l'infirmière a eu peur de perdre quelque chose et qu'elle a mis son véto et on n'a pas pu en reparler », « notre objectif c'était pas du tout de court-circuiter l'infirmière scolaire », « un moment donné l'infirmière a réagi en disant il faut aller voir le médecin mais on n'a pas eu pour autant plus de lien », « j'ai rappelé le médecin scolaire pour pouvoir un peu se coordonner, ça n'a pas abouti. Ça je trouve que c'est une grosse difficulté, justement d'arriver à créer un réseau sur lequel on peut s'appuyer sur les autres, à offrir justement différentes portes à un ado », « l'idée ce n'est pas du tout de rentrer en compétition »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Pas de courrier/ Pas de retour	M01V09	« c'est vrai que j'ai peut-être été un peu déçu. On n'a pas toujours beaucoup de retour », « quand on a orienté, on se demande s'il y a eu une prise en charge ou pas [...] que ce soit d'ailleurs vers les CMP ou vers les Maison des Adolescents », « non il y a peu d'échanges je trouve », « je n'ai eu aucun retour, elle a était prise en charge par la Maison Des Adolescents puis des structures spécialisées mais je n'ai pas eu de retour »
	M02V11	« non, le problème en général des psychologues [...] les libéraux pareils, les psychologues n'envoient jamais de courriers. On n'a jamais de retour donc ça c'est un problème »
	M03V15	« j'ai donc eu au tout début la pédopsychiatre au téléphone. Une fois. Après tout au cours du suivi avec le psychologue, non [...] je n'ai eu aucun contact du CMP. Malheureusement c'est souvent comme ça [...] on n'a pas de retour, c'est un peu difficile d'avoir des échanges réguliers. J'ai l'impression que c'était toujours moi qui appelait et qu'il n'y avait pas trop de retour »
	M05V10	« nous on prend notre téléphone pour les admettre, eux ils pourraient nous dire si on fait bien ou pas. On n'a jamais de remontée »
	M06V12	« et je ne sais pas ce qu'il en a dit parce que nous, on a aucun retour. On peut faire un courrier on n'a aucun retour », « il n'y a même pas un petit mot : "j'ai bien vu votre patient, nous le prenons en charge ou nous avons proposé..." »
	M08V07	« non pas tant que ça. Le psy en question là, je n'ai pas eu de courrier, après quoi les psy sont des correspondants qui écrivent assez peu »
	M11V13	« ce n'est pas toujours facile ça. Ce n'est pas toujours facile. Non je dirais non. Non il n'y a pas du tout, il n'y a pas de cohésion [...] on n'a pas de retour », « pas de retour, globalement non »
	M12V21	« non, le problème avec les psychiatres c'est d'avoir des écrits, on n'en a jamais »
	M13V10	« on n'a pas de retour contrairement à certains psychologues ou psychiatres, en ville », « le seul inconvénient des CMP, c'est qu'on n'a pas de retour »
	M14V13	« retour, rien, strictement rien. Ça aussi, c'est aussi un des soucis que l'on a », « et on n'a pas de compte rendu à nouveau et on ne sait pas où on en est », « en pratique il y a peu de retour », « il n'y a pas eu le moindre courrier de retour [...] il a fallu que moi j'appelle le service », « je n'ai jamais eu le moindre retour alors même qu'il y a eu des rendez-vous organisés après »
Information obtenue par les parents ou l'adolescent	M01V04	« donc j'ai dû savoir par la maman, quand elle est revenue pour son propre traitement », « c'est toujours un petit peu indirectement que je peux savoir si quelque chose s'est fait »
	M02V12	« j'ai su par Jimmy. C'est vrai en général on le sait par les personnes elles-mêmes »
	M03V16	« donc quand je voyais la maman, je la voyais aussi pour elle, je lui demandais comment va Ron, ça se passe bien au CMP ? »
	M06V15	« si la maman n'avait pas dit qu'il était allé deux fois, je ne l'aurais pas su parce que le gamin il n'est pas revenu »
	M11V14	« on n'a pas de retour si ce n'est par la famille ou le jeune lui-même quoi »
	M14V12	« alors à chaque fois que je la voyais, je lui demandais effectivement un petit peu où elle en était, son suivi », « et moi je n'avais rien d'autre qu'une information de la part de la maman et de la jeune fille », « le seul retour que j'avais c'était la maman qui me racontait ce qu'il en était »
Confidentialité	M07V19	« avec le psychiatre avec qui je travaille en ville, j'ai un premier fax dans la consultation qui suit et après j'estime que c'est entre eux »
	M08V16	« alors c'est vrai que c'est peut-être délicat de faire des écrits sur la souffrance psychique par confidentialité [...] je pense que ça, ce n'est pas un vrai argument »
	M11V15	« alors je ne sais pas, est-ce qu'ils ne veulent pas mettre sur le papier des choses intimes ? C'est peut-être un peu difficile »
	M12V20	« alors on communique, oui, en sachant que les psychiatres lâchent le minimum mais bon c'est normal, c'est aussi leur boulot », « quand il y en a un qui envoie un petit mot c'est marqué : secret confidentiel ne pas divulguer »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Oui	M03V09	« j'ai eu la professeure principale. C'est pas banal pour un médecin d'appeler la prof principale [...] j'ai échangé un petit peu [...] parce que ça m'intéressait de voir si elle confirmait », « après j'ai eu une infirmière scolaire au téléphone », « l'infirmière scolaire ça me paraît important. C'est un interlocuteur important au niveau scolaire »
	M04V28	« ce sont des consultations pour adolescents [...] là je travaille bien avec ces gens-là parce qu'ils ont leur prise en charge, j'ai la mienne, on peut s'appeler »
	M06V13	« quand même lorsqu'il y a de gros risques suicidaires, ils appellent quand même », « si c'est l'hôpital ou en psy ils appellent, quand vraiment le gamin est en danger », « maintenant les psychiatres privés se mettent à faire un courrier ce qui n'était pas le cas avant », « souvent les psychologues passent un petit coup de fil. Les psychiatres aussi commencent à faire des courriers en ville »
	M07V18	« je n'ai pas trop de problèmes relationnels avec les collègues, les psychologues, les psychiatres, les pédiatres », « et puis sinon je téléphone assez facilement. Ça ne pose pas trop de problèmes »
	M09V13	« les courriers étaient bien détaillés et il y avait un suivi qui était très régulier. [...] voilà je me trouvais bien dans ce qui était fait »
	M12V07	« elle me dit bon je vais le revoir la semaine prochaine »
	M14V23	«oui, c'est vrai que c'est une structure avec qui on peut plus facilement communiquer»

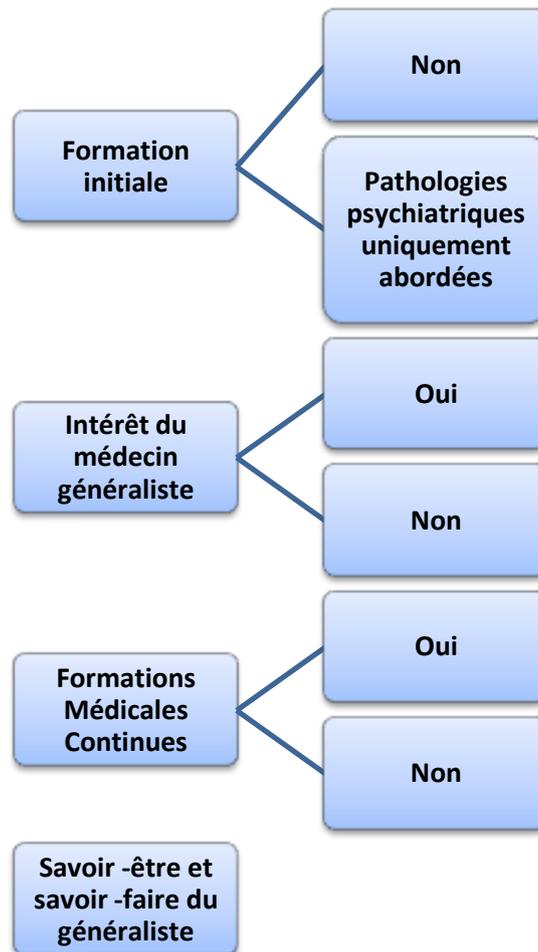
VI.4.4. Systémique Familiale.



Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Place des parents dans la consultation		
Parents "trop" ou "très" présents	M02V03	« il vient quand même avec la maman, qui parle plus à sa place, lui il est renfermé. Il parle pas trop », « la maman, elle est assez dominatrice »
	M08V03	« la maman est trop présente et le papa sans doute pas assez », « très protégé par sa maman, en fait, qui l'accompagnait encore à des consultations alors qu'il avait 23 ans »
	M13V04	« alors sa mère [...] elle prend quand même toute sa place dans la consultation. C'est-à-dire qu'elle ne le laisse pas s'exprimer », « je n'ai quasiment jamais réussi à le voir seul »
	M14V04	« la maman elle, elle est très... elle est un peu bulldozer »
Faire sortir les parents de la consultation		
Aisé	M01V07	« donc j'ai pu voir Maxime seul, la maman attendait dans la salle d'attente »
	M03V06	« et son père qui m'a laissé parler avec lui, c'était bien ça, j'ai pas eu besoin de demander à son père de sortir »
Difficile	M02V08	« à chaque consultation, je le prenais un petit peu quand même à part, je faisais sortir la maman, mais bon j'avais du mal »
	M13V05	« j'ai posé une ou deux fois la question mais il n'y a pas eu de réponse franche de sa part, ni de la part de sa mère. Et sa mère ne s'est pas levée pour sortir »
	M14V06	« ce que je trouve le plus difficile c'est la part des parents [...] d'arriver à les pousser de côté, à leur demander de passer en salle d'attente »
Relation avec les parents		
Parents aidants	M01V20	« cette perspective de prise en charge familiale »
	M03V03	« lui-même a bien compris que c'était du stress. Il le disait lui-même. Son père aussi, donc bon ça a facilité ça, les mots qu'on a pu poser sur ses symptômes », « les parents ont très bien anticipé eux aussi de leur côté. Ils avaient pris rendez-vous avec le professeur principal pour parler du mal-être »
	M04V23	« souvent la famille est demandeuse d'une prise en charge de son adolescent »
	M05V18	« oui je pense que les parents sont adhérents. J'ai pas notion [...] d'avoir eu des parents qui sentent pas qu'il y a un souci »
	M07V21	EG : « vous avez une bonne adhésion des parents ? » M07 : « oui »
	M09V09	« quand elle était mineure la maman venait avec, parce que justement elle estimait que c'était important et ça ne dérangeait pas la fille. Donc comme ça la maman voyait comment je m'y prenais [...] de telle sorte qu'elle garde sa confiance »
Difficulté pour faire accepter la prise en charge	M03V25	« sinon après c'est parfois avec les parents, parce que les parents sont pas toujours capables d'entendre certaines choses au niveau de leur ado. Parfois ils ont une idée préconçue de comment doit marcher leur fils. C'est pas facile d'accrocher les parents non plus »
	M02V13	« oui, elle ne faisait pas la démarche de l'amener pour ça »
	M04V02	« sa mère a refusé l'hospitalisation », « parfois je me suis heurté à des parents qui ne voulaient pas faire hospitaliser les enfants »
	M09V19	« alors dans le temps, le médecin était plus écouté [...] alors ce n'est pas facile quand on sent qu'il y a des choses qui ne vont pas bien, c'est pas facile pour nous, mettons, de dire aux parents : « méfiez vous, ce serait peut être bien... » »
	M13V18	« je pense qu'elle ne veut pas en parler », « elle, pour elle, il n'y a pas trop de problème. Ça n'a pas l'air de lui poser de gros soucis que son fils soit comme ça. Donc c'est là toute la difficulté, de faire comprendre qu'il y a quelque chose » EG : « vous n'avez pas un grand soutien de la maman. » M13 : « non, pas du tout »
	M11V25	« je ne sais pas si on nous prend vraiment toujours au sérieux du côté familial [...] le soin en France est très axé sur le soin secondaire [...], « les parents souvent disent : « il faut voir un psychologue », parce que la situation est bruyante, et leur faire comprendre qu'ils sont face à un ado, c'est souvent bruyant avec un ado [...] la situation n'est pas forcément si grave que ça »
	M14V02	« il n'est pas venu parce que sa mère a fait capoter les choses », « en même temps, moi je faisais les ordonnances et la maman n'allait pas les chercher », « c'est les réticences de la maman qui viennent de manière non explicite... mais qui viennent bloquer les choses quoi »
Perturbation de la dynamique familiale		
Contexte familial		
Sans problème apparent	M06V01	« 16 ans et demi [...] problèmes de comportement à la maison [...] il ne travaille pas à l'école, il n'a plus de projet [...] il fume [...] il picole un peu », « je n'ai pas l'impression que le couple fonctionnait mal »
	M07V01	« un ado qui est venu pour des questions qu'il se posait sur ses pulsions homosexuelles qu'il ressentait [...] avec ses parents, il n'était pas question d'évoquer quoi que ce soit. Il était perdu », « il a une relation avec sa maman qui est facile. Il craignait surtout une réaction de son père »
	M12V03	« des parents pas trop chiants, une petite sœur de 13 ans, sans souci particulier »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Avec difficultés	M04V01	« une jeune fille de 16 ans qui vit seule avec sa mère en situation un peu compliquée [...] qui a fait une tentative de suicide en prenant les médicaments de sa mère », « c'était un peu difficile avec sa mère [...] elle voulait voir un peu plus son père qui était loin »
	M05V01	« une petite fille de 16 ans qui est placée en famille d'accueil [...] enlevée de sa famille pour violences familiales [...] et malheureusement elle a subi un viol »
	M08V01	« il avait au démarrage 15 ans [...] troubles du sommeil, une consommation de tabac et de schit [...] un frère aîné qui a déjà posé beaucoup des soucis aux parents [...] sa mère a des antécédents personnels d'états dépressifs », « le papa il est rarement présent »
	M09V03	« elle est devenue anorexique [...] mais effectivement des éléments plus profonds en regardant des discussions familiales, avec sa maman, son père, des distorsions. [...] un père qui s'en n'occupait pas très bien », « relation avec le père qui était assez conflictuel », « elle a sombré en même temps dans des troubles alimentaires, dans l'alcool avec du haschich »
	M10V01	« un gosse qui avait une humeur un peu instable [...] du mal à un petit peu le canaliser », « il y avait eu un drame comme ça, une mort de quelque chose »
	M11V01	« c'est une jeune fille qui est dans une fratrie de trois. Les troubles ont commencé à 16 ans », « avec une forte pression des parents pour faire quelque chose », « elle aussi a été hospitalisée pour dépression grave, la maman », « c'est un milieu pathologique fort avec un lien mère-fille très très fort »
	M01V01	« contexte familial avec une maman fragile [...] en souffrance psychologique », « une petite sœur qui a un handicap, un retard mental »
	M03V01	« donc c'est un réfugié albanais, parce que ses parents étaient victimes pour des opinions politiques, là-bas, de tortures de la part de la police [...] il a dû abandonner quand même ses amis là-bas, ce qui n'est pas très facile [...] sa famille aussi [...] tous les repères finalement », « il parlait pas français du tout »
	M13V02	« 14 ans qui vit avec sa mère. Les parents sont divorcés. Il va chez son père un week-end sur deux »
	M14V01	« c'est une famille qui est un peu compliquée [...] c'est des gens qui sont toujours amenés à consulter un peu dans l'urgence », « il faisait beaucoup de cauchemars parce qu'il y avait eu un cambriolage à la maison »
Prise en charge de toute la famille	M04V22	« faire de l'écoute, de toute façon on fait surtout de l'écoute [...] on assure le suivi familial »
	M09V11	« mais bon c'est vrai que le père aussi, je lui disais : c'est peut-être important que vous ayez aussi une relation un peu différente avec votre fille », « mais j'appuyais quand même ce qui était fait par les services spécialisés, de façon à ce qu'ils sentent bien que le médecin généraliste était en phase avec ce qui se faisait avec l'hôpital », « il faut prendre en charge les parents »
	M11V10	« c'était de faire un travail avec le lien avec sa mère », « j'ai trouvé un peu difficile d'être à la fois dans le soutien de cette jeune fille et le soutien aux parents », « si on écoute bien on voit les problèmes dans le système familial et que très souvent il faut parler aux parents [...] la difficulté de la médecine générale c'est qu'on a affaire à tous les membres de la famille », « parfois on a des consultations qui sont dédiées aux parents »
	M12V12	« donc j'ai essayé de rassurer les parents », « je leur ai dit, contentez-vous d'être à son écoute, de lui dire que vous êtes là »

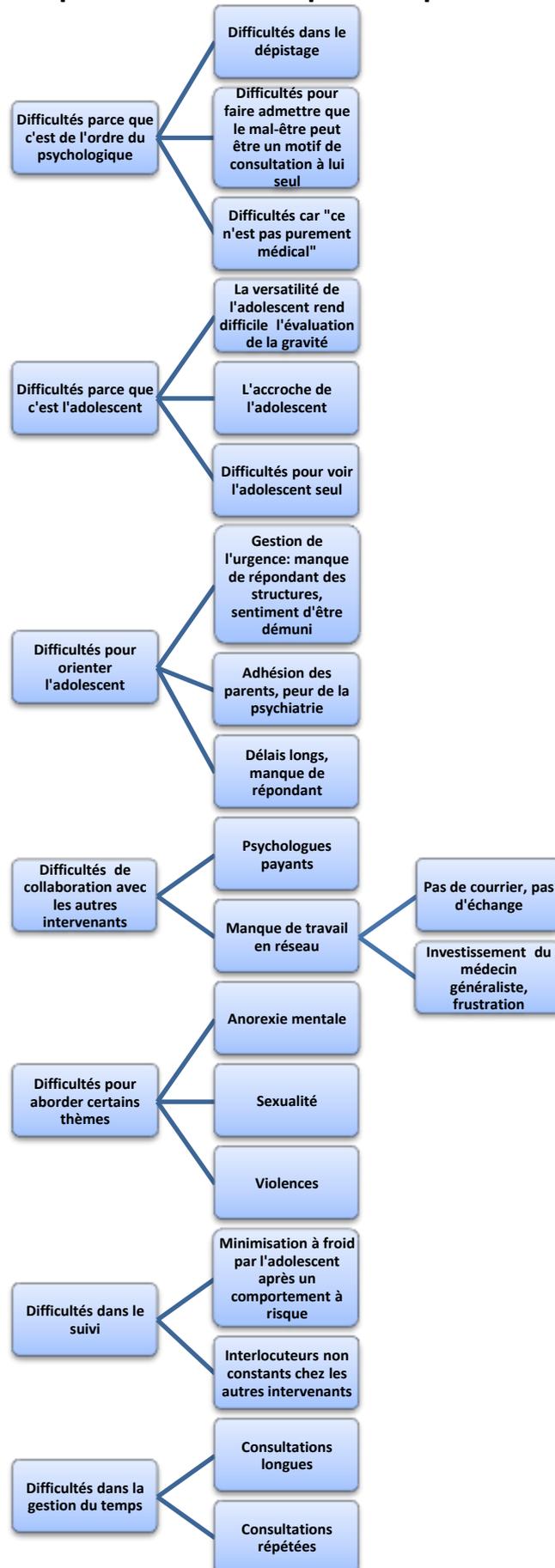
VI.4.5. Compétences et Formations des médecins généralistes à la psychologie de l'adolescent.



Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Formation initiale		
Non	M01V16	« je crois que c'est dans l'exercice. Notre formation est une formation très axée vers la pathologie et je ne suis pas sûr que ce soit le bon moyen d'aborder la problématique des adolescents, de l'aborder par la pathologie », « on a abordé les problèmes de psychose [...] des anorexies mentales [...] à dépister les schizophrénies »
	M02V16	« je me suis plus formée après, oui. À l'époque, non, je ne crois pas. En pédiatrie c'était pas des foudres guerre sur la psychologie »
	M03V18	« oui, non, on ne me l'a pas tellement appris, enfin, si, un peu dans le séminaire dont je t'ai parlé »
	M10V03	« parce qu'on n'est pas trop formé pour ça », « on est quelque fois un peu démuni, on n'a pas assez de formation. On n'a pas de vrais projets thérapeutiques pour les jeunes », « non ce n'était pas abordé du tout »
	M11V35	« moi à mon époque on était très peu formé sur l'adolescent, c'était quasiment zéro »
	M14V22	« non. Ou si on l'a fait ça devait être tellement bref que ça ne m'a pas laissé un souvenir impérissable »
Pathologies psychiatriques uniquement abordées	M01V16	« je crois que c'est dans l'exercice. Notre formation est une formation très axée vers la pathologie et je ne suis pas sûr que ce soit le bon moyen d'aborder la problématique des adolescents, de l'aborder par la pathologie », « on a abordé les problèmes de psychose [...] des anorexies mentales [...] à dépister les schizophrénies »
	M11V36	« on avait le certificat de psychiatrie mais la part sur l'adolescent enfin ... à part les névroses »
Intérêt du médecin généraliste		
Oui	M03V19	« moi je ne sais pas, j'aime bien. Le contact avec l'ado, je trouve ça marrant, enfin, c'est pas toujours facile »
	M04V21	« tous les généralistes sont confrontés à ça [...] les adolescents c'est important [...] donc c'est important qu'on les prennent en charge », « mais c'est intéressant les ados, c'est compliqué mais c'est intéressant »
	M05V15	« cette année je vais aller à un truc sur l'écoute. J'aime bien, ça m'intéresse, parler, j'aime bien »
	M07V22	« ça m'arrive d'être un peu intrusive [...] de reprendre rendez-vous quand ça me semble important [...] je ne prends pas de risque [...] la santé des adolescents, surtout pas »
	M08V11	« cette période de formation était fort intéressante »
	M09V08	« mais bon, j'ai accepté de le faire, c'est important, c'est notre boulot », « mais pour ça, eh bien il faut connaître le problème, il faut s'intéresser à la pathologie, il faut lire les courriers. C'est toujours pareil, c'est que si on est intéressé par tel problème, eh bien nous, médecin, on va s'investir plus. Si c'est un truc qui nous plaît pas trop on va botter en touche et puis faire le minimum », « si j'ai fait ça, c'est que ça peut m'intéresser », « si on s'engage dans une activité, il faut bien la faire jusqu'au bout »
	M14V16	« moi ça m'intéresse », « on l'a baptisé Espace Santé Jeunes », « voilà c'est un peu une façon de faire un petit quelque chose à ce niveau-là », « et nous, on a l'impression que c'est quelque chose qui apporte »
Non	M10V19	« si, si, ça existe quand même [...] mais bon j'ai peur de m'emmerder quand même », « donc c'est possible les formations »
Formations Médicales Continues		
Oui	M02V16	« je me suis plus formée après oui. À l'époque, non je ne crois pas. En pédiatrie c'était pas des foudres guerre sur la psychologie »
	M03V18	« oui, non, on ne me l'a pas tellement appris, enfin, si un peu dans le séminaire dont je t'ai parlé »
	M04V20	« c'est des formations qu'on s'est donné les moyens de faire avec des groupes de FMC [...] pour savoir quoi faire justement »
	M05V14	« moi je vais souvent aux FMC »
	M07V10	« on a fait des séminaires de formations adolescents [...] il y a longtemps, des séminaires ado avec un psychologue [...] un pédopsychiatre »
	M08V10	« deux jours consécutifs, un séminaire de formation »
	M09V20	« je suis allé à des FMC, de temps en temps, des soirées sur les adolescents », « mais autrement j'ai fait 2 ans de psycho, j'ai lu des bouquins, j'ai fait de la FMC »
	M12V16	« dans le cadre d'une FMC, un pédopsychiatre [...] est venu avec toute son équipe [...] ils nous ont expliqué comment fonctionnaient CASA, les consultations, le CMP »
	M13V12	« oui [...] je pense avoir suivi effectivement il y a quelques années une formation »
	M14V21	« d'autres formations récentes de communication avec l'ado, non je n'en ai pas fait récemment », « j'ai un petit peu repris les choses [...] en faisant des formations continues »
Non	M01	<i>Question sur la formation posée hors enregistrement</i>
	M10V18	« sur les adolescents je ne crois pas »
	M06V17	« un peu sur le tas avec les miens. Mais non, je n'ai pas fait de formation spéciale ados [...] un petit peu mais c'était quand même sur des problèmes psychiatriques »

<i>Organigramme</i>	<i>n° UMS</i>	<i>Unité minimum de signification</i>
Savoir-être et savoir-faire du médecin généraliste	M03V20	« il y a une facilité de base, après il y a une facilité avec certaines personnes »
	M07V12	« et puis bon, j'ai trois enfants qui sont passés par des stades d'adolescence. C'est vrai qu'on a quand même une espèce d'expérience personnelle. J'ai un mari qui est éducateur spécialisé [...] c'est peut-être plus facile pour aborder les choses », « je me sens pas trop mal à l'aise »
	M11V19	« après on n'est pas des psychologues en tant que médecin généraliste. On agit beaucoup dans l'intuition, après il y a un peu d'expérience aussi »
	M12V24	« là aussi ça dépend des gens. C'est comme lorsqu'il faut annoncer un cancer à quelqu'un, il y a des gens qui trouvent ça facile et d'autres plus difficile »,

VI.4.6. Principales difficultés exprimées par les médecins généralistes.



Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Difficultés parce que c'est de l'ordre du psychologique		
Difficultés dans le dépistage	M03V26	« une difficulté pour nous aussi, et pour moi en particulier, c'est celle de reconnaître la souffrance [...] faire la différence entre le problème digestif banal et le mal-être, si l'adolescent n'est pas très causant » EG : « le dépistage en fait ? » M3 : « le dépistage et puis une fois qu'on a dépisté, l'accroche »
	M05V17	« y'a des jeunes on sait pas trop si c'est que c'est un passage difficile ou si c'est vraiment pas normal, que c'est quand même psy, et pas simplement le passage de l'adolescence difficile »
	M10V15	« les gens qui ont envie de se suicider, ils ne vont pas vous le dire, les vrais, ceux qui vont se suicider [...] on peut poser la question mais la réponse elle vaut ce qu'elle vaut », « mais normalement on doit poser la question, mais c'est gênant »
	M11V37	« quand est-ce qu'il faut orienter ? c'est-à-dire toutes les situations où on sent qu'il y a un trouble de la personnalité derrière, voir de véritables pathologies psychiatriques ou des troubles addictifs profonds »
Difficultés pour faire admettre que le mal-être peut-être un motif de consultation à lui seul	M02V15	« c'était dur de le faire revenir à chaque fois pour la migraine [...] faire revenir que pour le mal-être je crois que ça n'aurait pas été »
	M04V06	« pas spécialement pour discuter de son mal-être mais à l'occasion d'un vaccin ou d'un certificat médical »
	M06V02	« sa mère disait : « il ne veut pas venir ». Mais il avait besoin d'un certificat pour faire le sport donc j'ai profité, en fait, pour parler un petit peu de tout ça »
	M08V13	« ce n'est pas facile non plus de les revoir, non plus, à la fois parce que bon, ils n'ont pas forcément envie de revenir »
	M10V05	« alors on peut le faire revenir tout seul, comme ça. Mais c'est pas facile en médecine générale, je veux dire, de faire revenir les gens. Les gens sont un peu demandeurs d'une solution immédiate »
Difficultés car "ce n'est pas purement médical"	M01V15	« c'est aussi parce que je ressens que ça ne va pas être purement médical, que ça va être effectivement un peu pluridisciplinaire, éducatif, un petit peu social »
	M12V26	« la dimension psy qui enquiquine beaucoup de médecins. Je vois dans les séminaires, prise en charge de l'hypertension, il n'y a pas de problème », « il y a certains médecins qui ont dit : " on n'est pas là pour radoter sur notre vie, on veut du concret". Mais justement le concret c'est de vous rendre compte que nous, vous n'êtes pas du tout à l'aise »
Difficultés parce que c'est l'adolescent		
La versatilité de l'adolescent rend difficile l'évaluation de la gravité	M05V08	« elle refuse quand même beaucoup l'aide, elle la demande et elle la refuse »
	M08V12	« ce qui n'est pas évident chez l'adolescent je trouve c'est le côté très versatile [...] variabilité d'humeur quand même très marquée, ce qui fait que pour apprécier au cours d'un seul entretien ce qui est vraiment du caractère durable de la souffrance psychique, ça paraît délicat donc effectivement ça demande à être réévalué, à les revoir », « on les revoit trois jours après, ce n'est pas du tout le même état d'humeur », « l'évaluation n'est pas toujours facile »
	M09V05	« cassant des contrats, revenant [...] donc très chaotique. Enfin ça c'est l'évolution de l'adolescent qui agit au coup par coup », « ils sont en ambivalence avec eux »
	M11V20	« quelquefois c'est une difficulté temporaire, c'est un passage, il y a un côté versatile »

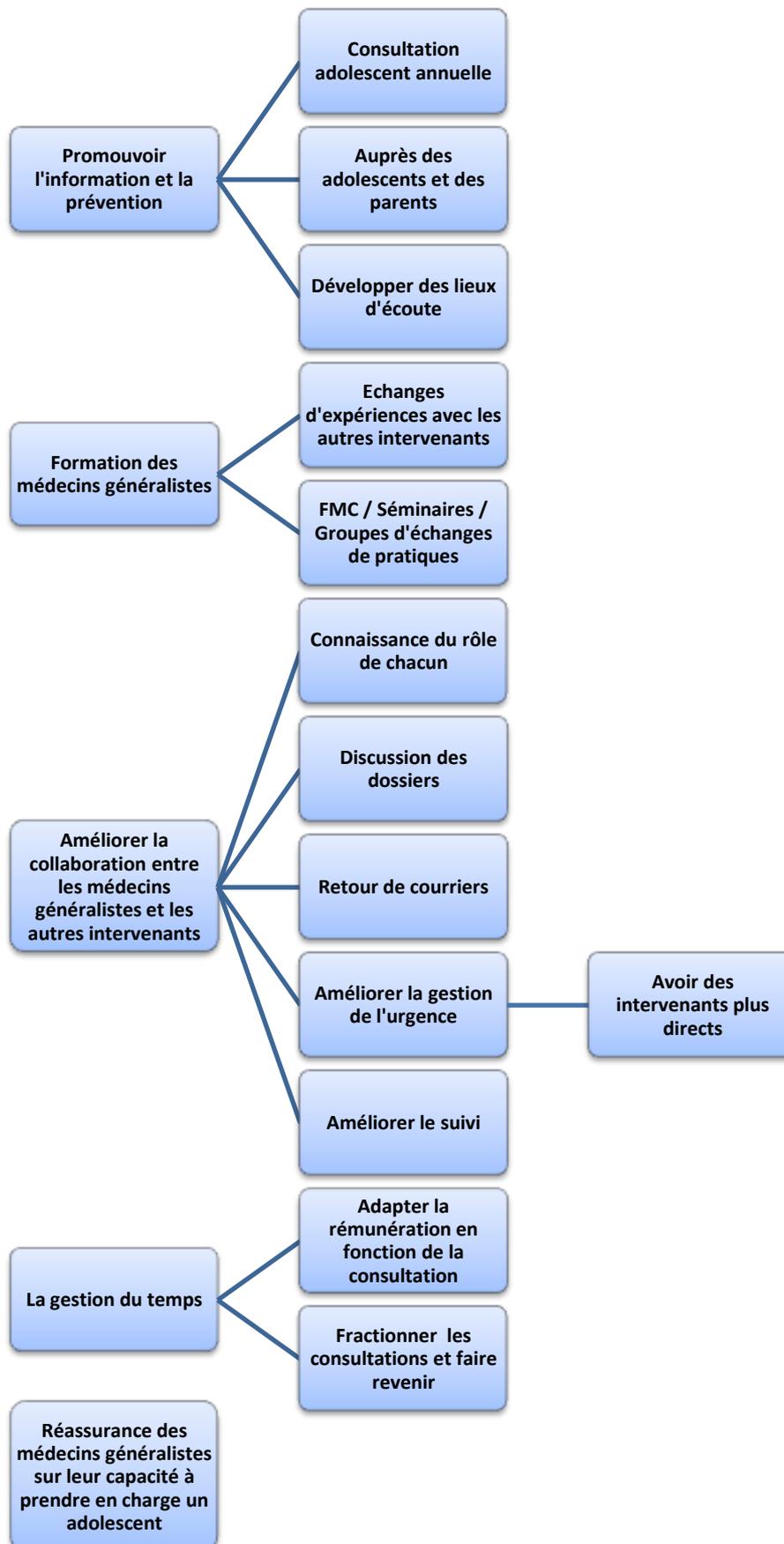
Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
L'accroche de l'adolescent	M03V21	« les points les plus difficiles c'est d'accrocher l'adolescent en fait. Effectivement là, c'était le cas idéal, avec d'autres, c'est un petit peu moins facile. C'est une accroche d'un adolescent qui ne veut pas parler »
	M04V24	« là, faut essayer d'accrocher le jeune et c'est pas si simple »
	M05V23	« s'il n'est pas demandeur, c'est de réussir à accrocher. De rentrer dans son monde un petit peu. C'est décortiquer son monde »
	M12V23	« eh bien quand ils ne veulent pas parler et de dire ce qui ne va pas. C'est comment faire parler un adolescent qui ne veut pas ? »
	M13V15	« l'absence de verbalisation »
Difficultés pour voir l'adolescent seul	M02V08	« à chaque consultation, je le prenais un petit peu quand même à part, je faisais sortir la maman, mais bon j'avais du mal »
	M14V06	« ce que je trouve le plus difficile c'est la part des parents [...] d'arriver à les pousser de côté, à leur demander de passer en salle d'attente »
	M13V05	« j'ai posé une ou deux fois la question mais il n'y a pas eu de réponse franche de sa part, ni de la part de sa mère. Et sa mère ne s'est pas levée pour sortir »
Difficultés pour orienter l'adolescent		
Gestion de l'urgence: manque de répondant des structures, sentiment d'être démuni	M04V14	« en situation d'urgence on est un peu démuni [...] il n'y a pas de place [...] à chaque fois c'est très compliqué [...] on est un peu seul quoi », « si j'avais voulu avoir un rendez-vous plus rapide en pédopsychiatrie, je n'ai pas, je peux pas répondre à sa demande », « l'urgence comme je le disais [...] on a besoin d'avoir une réponse rapide et là, on a des problèmes »
	M10V09	« je pense que les psychiatres n'ont pas assez de créneaux horaires pour les urgences, c'est-à-dire que l'on devrait pouvoir leur téléphoner »
	M14V20	«là aussi j'ai envie de dire que j'ai été un petit peu déçue. J'ai eu l'impression d'être un peu abandonnée, de me sentir un peu seule», «quand il y a des situations de crise comme ça, des adolescents, je ne me sens pas très aidée»
	M12V15	« ah non, j'ai eu un problème d'addiction chez un ado. J'ai appelé le centre d'addiction à Saint Jacques [...] on a un rendez-vous dans 6 mois. Donc j'ai dit, là, il y a quatre pompiers [...] vous pensez que l'on va rester six mois dans mon cabinet comme ça ? »
Adhésion des parents, peur de la psychiatrie	M01V13	« CHS, un service pour adolescents mais qui était parfois une structure un peu lourde, avec l'appréhension d'aller à l'hôpital [...] c'était difficile pour eux d'aller dans une structure hospitalière »
	M04V04	« et puis ça fait toujours peur un peu le psychiatre », « elle s'est dit : oh non ! ma fille à Saint Jacques non ! [...] elle a voulu protéger sa fille avec l'idée qu'elle se faisait de la psychiatrie »
	M06V20	« alors là, la maladie mentale chez les parents c'est difficile. C'est très difficile à reconnaître. Pour les parents : "oh là là ! mon fils ou ma fille va se retrouver à Saint Jacques !", c'est une peur »
	M12V13	« parce qu'à P., il y a marqué en gros : " hôpital de fous" »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Délais longs, manque de répondant	M01V03	« l'enfant n'avait pas encore de rendez-vous », « même si quelque chose semblait initié, on n'avait aucun délai »
	M04V13	« il y a sûrement des choses à améliorer. On a vraiment une carence sur la pédopsychiatrie, d'une manière générale faut le dire, c'est clair », « elle sait déjà qu'elle va attendre 1 mois et demi pour le rendez-vous car on n'a pas de rendez-vous rapide », « on a souvent des enfants qui vont très mal et on fait attendre les familles. C'est pas facile », « des consultations pour adolescents et là c'est bien, mais c'est pareil, j'ai un délai d'attente [...] j'ai pas assez de répondant à ce niveau là quoi »
	M05V12	« il y a un manque parce qu'on n'a que le CMP, il y a qu'un psychiatre [...] il n'y a pas de pédopsychiatre »
	M06V19	« il y a deux centres médico-psychologiques mais là c'est long pour avoir des rendez-vous », « les pédopsy. c'est long d'avoir des rendez-vous, c'est très très compliqué [...] ils ont des délais d'attente très longs »
	M08V06	« c'est très problématique. Alors là non, c'est un peu cata », « un suivi en ville on n'a pas tellement de rendez-vous avant 3 mois donc c'est problématique », « au niveau des psy, c'est vrai, de toute façon on est confronté aux délais »
	M11V22	« la réactivité des structures n'est pas toujours si extraordinaire que ça », « autant j'avais l'impression de pouvoir discuter avec les gastro., les cardio., autant avec les psychiatres pas si souvent que ça », « on ne peut pas avoir les rendez-vous aussi vite comme ils le disent, parce qu'ils sont saturés »
	M14V10	« j'ai envie de dire qu'on est très démuni », « elle avait un rendez-vous deux mois après quoi. Et ça, je me dis c'est pas possible », « psychiatre on va dire, on n'est pas très riche. On n'est pas très riche en ville », « on appelle: " eh bien non je ne prends pas de nouveau patient" », « je trouve qu'on est un peu démuni », « des fois c'est difficile de passer la main »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Difficultés dans la collaboration avec les autres intervenants		
Psychologues payants	M04V27	« on a des psychologues en ville mais il y a le problème de l'argent [...] c'est rédhibitoire, c'est même pas la peine. Ça, c'est condamné d'avance »
	M05V13	« les psychologues c'est pas remboursé »
	M06V21	« après il y a les psychologues, qui sont bien. Je travaille avec deux ou trois psychologues donc, quand les parents sont d'accord pour payer »
	M10V12	« Il y a des psychologues sur G. mais ce n'est pas remboursé donc les parents sont un peu hésitants »
	M14V14	« on a quelques psychologues [...] souvent les gens n'y vont pas parce qu'ils disent que ça coûte trop cher »
Manque de travail en réseau		
Pas de courrier, pas d'échange	M01V09	« c'est vrai que j'ai peut être été un peu déçu. On n'a pas toujours beaucoup de retour », « quand on a orienté, on se demande s'il y a eu une prise en charge ou pas [...] que ce soit d'ailleurs vers les CMP ou vers les Maison Des Adolescents », « non il y a peu d'échanges je trouve », « je n'ai eu aucun retour, elle a été prise en charge par la Maison Des Adolescents puis des structures spécialisées mais je n'ai pas eu de retour »
	M02V11	« non, le problème en général des psychologues [...] les libéraux pareils, les psychologues n'envoient jamais de courrier. On n'a jamais de retour donc ça c'est un problème »
	M03V15	« j'ai donc eu au tout début la pédopsychiatre au téléphone. Une fois. Après tout au cours du suivi avec le psychologue, non [...] je n'ai eu aucun contact du CMP. Malheureusement c'est souvent comme ça [...] on n'a pas de retour, c'est un peu difficile d'avoir des échanges réguliers. J'ai l'impression que c'était toujours moi qui appelait et qu'il n'y avait pas trop de retour »
	M05V10	« nous, on prend notre téléphone pour les admettre, eux, ils pourraient nous dire si on fait bien ou pas. On n'a jamais de remontée »
	M06V12	« et je ne sais pas ce qu'il en a dit parce que nous, on a aucun retour. On peut faire un courrier on n'a aucun retour », « il n'y a même pas un petit mot : "j'ai bien vu votre patient, nous le prenons en charge ou nous avons proposé..." »
	M08V07	« non pas tant que ça. Le psy en question là, je n'ai pas eu de courrier, après quoi les psy sont des correspondants qui écrivent assez peu »
	M11V13	« ce n'est pas toujours facile ça. Ce n'est pas toujours facile. Non je dirais non. Non il n'y a pas du tout, il n'y a pas de cohésion [...] on n'a pas de retour », « pas de retour, globalement non »
	M12V21	« non, le problème avec les psychiatres c'est d'avoir des écrits, on n'en a jamais »
	M13V10	« on n'a pas de retour contrairement à certains psychologues ou psychiatres, en ville », « le seul inconvénient des CMP, c'est qu'on n'a pas de retour »
	M14V13	« retour, rien, strictement rien. Ça aussi, c'est aussi un des soucis que l'on a », « et on n'a pas de compte-rendu à nouveau et on ne sait pas où on en est », « en pratique il y a peu de retour », « il n'y a pas eu le moindre courrier de retour [...] il a fallu que moi j'appelle le service », « je n'ai jamais eu le moindre retour alors même qu'il y a eu des rendez-vous organisés après »
Investissement du médecin généraliste, frustration	M03V33	« c'est un peu frustrant car au début on s'implique. J'ai passé du temps, j'ai passé trois quart d'heure sur une consultation, j'ai rappelé plusieurs fois, j'ai passé des coups de téléphone en dehors des consultations et puis après espace. Rien. Mystère »
	M09V15	« ils ont tendance à mettre un peu leur plates-bandes sur nos plates-bandes de généralistes. Dès qu'ils ont un patient, ils le croquent et nous, on passe à côté quoi et ça, c'est un peu désagréable »
	M14V11	« donc après je me retrouvais un petit peu dans la situation de renouveler des médicaments avec lesquels je ne voyais pas très bien si ça l'aidait », « moi je ne servais qu'à boucher les trous [...] à faire une ordonnance complémentaire », « je n'avais plus l'impression d'être dans la prise en charge », « un moment donné on m'a demandé de faire une demande de 100% pour l'anorexie [...] c'est un petit facile de dire faites donc la demande, faites nous le porte plume », « moi j'ai souvent l'impression, malheureusement, qu'on est souvent la dernière roue du carrosse »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Difficultés pour aborder certains thèmes		
Anorexie mentale	M07V17	« l'anorexie mentale. Ça, c'est l'adolescente qui nous met tous en difficulté. En général j'adresse rapidement à une équipe pour avoir un avis [...] c'est plus moi dans la pratique, c'est toujours long, douloureux, difficile »
Sexualité	M11V24	« les troubles de la sexualité en particulier chez les jeunes filles [...] je ne suis pas très à l'aise [...] je les oriente vite parce que je ne me sens pas à l'aise par rapport à ça », « mais moi parler de la sexualité avec les ados ça reste quelque chose de difficile, je ne sais pas pourquoi, c'est bête »
	M14V19	« j'ai des choses que j'ai du mal à aborder avec les adolescents [...] mais avec les garçons je trouve que ce n'est pas facile d'aborder la sexualité », « et je pense que c'est un domaine du mal-être, un domaine qui serait une porte d'entrée par rapport au mal-être pour les garçons que moi je n'arrive pas à aborder »
Violences	M04V10	« quand il y a des histoires un peu plus difficiles avec de la violence dans une famille [...] là, je considère qu'il faut que je me fasse aider »
	M10V14	« un viol », « une situation complexe, enfin complexe, trash, dégueulasse moi je ne sais pas par quel bout prendre ça », « donc je vais être dans une mauvaise position, ça me perturberait, je ne saurais pas quoi dire »
Difficultés dans le suivi		
Minimisation à froid par l'adolescent après un comportement à risque	M07V20	« c'est plus sur les urgences où en fait, c'est quelquefois difficile quand on a des comptes-rendus, souvent d'ivresse aiguë [...] quand on reçoit le compte-rendu on n'a pas toujours la personne [...] ils n'ont pas trop envie d'en parler » EG : « on n'évoque pas le problème à chaud ? » M07 : « oui, c'est ça »
Interlocuteurs non constants chez les autres intervenants	M08V08	« le souci que je rencontre et comme insatisfaction de ma part c'est que s'ils y vont par exemple trois fois de suite, ils ne vont pas rencontrer la même personne à chaque fois. Donc déjà pour eux c'est difficile comme démarche et de re raconter à chaque fois à une personne nouvelle »
	M14V15	« ils ne font pas forcément beaucoup de suivi adolescent »
	M04V15	« et puis après je trouve, on arrive parfois à faire prendre en urgence mais après il n'y a pas de suivi », « après on n'arrive pas à avoir suffisamment de pédopsychiatres qui prennent en charge, qui nous aide nous, généralistes »
Difficultés dans la gestion du temps		
Consultations longues	M02V14	« oui c'est des consultations assez longues », « il est assez replié sur lui. J'ai pas trop approfondi, j'avais des problèmes de temps. A chaque fois qu'il venait pour la migraine donc on passait un bon temps »
	M03V05	« j'ai dû discuter assez longuement, du coup j'ai pas dû avoir assez de temps pour écrire dans le dossier », « alors on a discuté, tu vois, trois quart d'heure, tu vois 45 min »
	M04V11	« alors oui, les adolescents ça prend du temps. Ça, ils le ressentent et ils ont besoin. Oui les adolescents ça prend du temps »
	M05V20	« et puis ça dépend comment j'ai du temps [...] il y a des fois je pose pas les questions parce que j'ai pas envie d'avoir les réponses »
	M09V07	« mais bon, ça chemine, ça va doucement. C'est long, j'ai passé parfois beaucoup d'heures avec elle. Ça faisait du retard en salle d'attente », « il faut accepter d'être en retard », « on ne peut pas régler ça en un quart d'heure »
	M11V26	« et souvent la difficulté est de trouver le temps [...] c'est des situations où on ne peut pas prendre moins d'une demi heure, c'est des situations où il faut prendre trois quart d'heure souvent et en plein milieu des consultations c'est parfois un peu difficile », « quand on juge qu'une prise en charge est nécessaire, ça prend un peu de temps »
Consultations répétées	M08V14	« ce n'est pas facile non plus de les revoir [...] et puis nous, il y a l'emploi du temps et tout ça quoi »
	M11V28	« ça aussi c'est quelque chose que j'ai compris avec le temps, c'est qu'il faut accepter qu'on ne résoudra pas les problèmes en 1, 2 ou 3 consultations parfois »
	M05V06	« elle donne les informations au compte-gouttes »

VI.4.7. Propositions des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge de l'adolescent en souffrance.



Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Promouvoir l'information et la prévention		
Consultation adolescent annuelle	M05V22	« d'abord il faudrait peut-être de la consultation systématique, parce qu'il y a des fois, des jeunes on voit pas X temps [...] après il y a les vaccins à 15 ou 16 ans mais entre temps [...] y'a toute une tranche d'âge où on ne sait pas s'ils vont bien ou pas [...] alors des fois on arrive où c'est la crise, des fois avant on aurait peut-être eu des signes avant coureurs », « peut-être une fois par an où tous les 2 ans, pourquoi pas ? »
	M11V18	« je pense que ce serait une bonne idée. À condition de former les généralistes à cette consultation-là », « Oui, moi je suis favorable [...] pour deux raisons, un pour le dépistage et puis deux [...] dans le soutien [...] leur faire comprendre que l'on peut être un lieu d'écoute, que c'est un lieu ouvert où ils peuvent parler »
	M13V17	« moi je suis tout à fait d'accord sur le principe de consultation mais est-ce qu'il va venir tout seul ? [...] les ados qui vont bien ou qui pensent aller bien, à mon avis ils ne viendront pas »
Auprès des adolescents et des parents	M07V23	« il y a des problèmes d'information peut-être pas suffisante au niveau prévention, au niveau scolaire, lycée, fac », « nous, on essaye au cabinet de faire de l'information, de laisser un petit peu de prospectus [...] mais il y a une méconnaissance des risques », « les parents ne sont pas toujours très à l'aise pour aborder les choses en disant bon si on en parle, est-qu'on ne va pas l'inciter ? », « l'information à faire aussi auprès des parents »
	M09V18	« ils sont en état de mal-être, pourquoi ? Parce que l'adulte, je parle des parents, sont incapables de leur dire qu'ils doivent se connaître eux-mêmes », « l'adolescent doit se construire [...] donc les parents, doivent être là », « il y aurait bien moins de difficultés si les parents se secouaient un petit peu et qu'ils prenaient les choses en main, et les pères [...] c'est vrai que les mères sont les piliers de la famille [...] mais les pères doivent s'occuper de leurs enfants », « c'est les parents qui sont responsables de leurs ados et il faut s'en occuper »
Développer des lieux d'écoute	M14V17	« nous on croit beaucoup à ça, dans la prévention pour les ados et tout », « les ados peuvent dire des choses, ou entendre dire des choses, communiquer entre eux, identifier éventuellement des personnes ressources auxquelles ils n'auraient pas forcément pensé », « peut-être que l'on va réussir dans l'avenir à faire une Maison des Ados à C. avec pourquoi pas des antennes qui se promèneraient un petit peu »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Formation des médecins généralistes		
Echange d'expériences avec les autres intervenants	M03V30	« quand on a des adolescents pris en charge [...] on n'a pas de retour. C'est un peu frustrant. Et ça nous aide pas à échanger notre formation »
	M01V18	« un petit peu plus d'échanges entre les intervenants [...] c'est comme ça qu'on se forme aussi »
	M14V25	« ne serait-ce que de me dire: "vous vous êtes planté, ce n'était pas ça, ou oui c'était ça". Pour nous aider », « c'est un double intérêt parce que ça nous forme effectivement et ça nous permet effectivement de répondre à des situations »
FMC / Séminaires / Groupes d'échanges de pratiques	M01V17	EG : « est-ce qu'il y a plus de besoin de formation ? », M1 : « oui certainement [...], après au-delà de la formation [...] c'est un petit peu plus d'échanges entre les intervenants. »
	M03V27	« je pense qu'il y a un peu la formation des médecins sur le sujet »
	M07V11	« ça nous a bien aidé, franchement, je le reconnais »
	M10V17	« donc c'est vrai qu'une formation sur les adolescents ça peut être intéressant, c'est pareil, on fait sûrement un tas de fautes », « et les termes, ce qu'il faut dire, pas jouer le papa, pas jouer le copain. C'est difficile »
	M11V34	« on a peut-être dans la formation, on a un gros boulot aussi de nous aider à orienter », « moi ce qui me ferait du bien c'est une formation sur comment aborder la sexualité des ados », « plutôt une formation où on est mis en situation, où on fait des jeux de rôle [...] avec un expert qui nous parle de ce que l'on a vécu en situation réelle »
	M12V25	« avoir des gens qui vous mettent en situation donc ils ne règlent pas vos problèmes mais ils vous aident un petit peu. Si, la formation c'est important »
	M13V13	« oui [...] même si on attrape qu'une seule idée »
Améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les autres intervenants		
Connaissance du rôle de chacun	M07V14	« du fait de ce séminaire ça permet effectivement de rencontrer des gens après »
	M03V28	« nous, c'est à nous presque de découvrir quelle structure se met en place. La Maison Des Adolescent, à part une réunion pour savoir ce que c'était, on n'a pas eu de contact. On sait pas qui y travaille on sait pas exactement quel est leur rôle »
	M12V22	« lorsque le CMP a fait une espèce de visite sur site, ils ont invité tous les professionnels pour nous présenter l'hôpital de jour [...] ça permet de mettre des têtes sur des noms », « ils nous ont expliqué comment ça fonctionnait », « on a eu des tas de documents, à jour au moins »
	M14V26	« mais en même temps comment est-ce qu'on peut arriver à travailler en réseau si à un moment ou à un autre on n'arrive pas un minimum, ou à se rencontrer, ou à s'écrire, ou à se téléphoner », « il y a des fois où on se pose des questions et on aimerait pouvoir avoir un relais même ne poser que notre question pour pouvoir au moins échanger quoi. Je pense, si on pouvait mettre des choses comme ça en place que ce serait intéressant », « par exemple en rhumatologie [...] ils nous proposent un après-midi par mois où on peut aller les retrouver dans les salles au sein de l'hôpital, ils commandent des plateaux repas [...] pour discuter de dossiers qui nous posent problème. Et je me dis pourquoi on ne ferait pas ça en psy ado ou adulte ? », « ça pourrait leur permettre de soulager aussi leur charge en se disant : « eh bien finalement je n'ai pas besoin de la voir »

Organigramme	n° UMS	Unité minimum de signification
Discussion des dossiers	M14V26	« mais en même temps comment est-ce qu'on peut arriver à travailler en réseau si à un moment ou à un autre on n'arrive pas un minimum, ou à se rencontrer, ou à s'écrire, ou à se téléphoner », « il y a des fois où on se pose des questions et on aimerait pouvoir avoir un relais même ne poser que notre question pour pouvoir au moins échanger quoi. Je pense, si on pouvait mettre des choses comme ça en place que ce serait intéressant », « par exemple en rhumatologie [...] ils nous proposent un après-midi par mois où on peut aller les retrouver dans les salles au sein de l'hôpital ils commandent des plateaux repas [...] pour discuter de dossiers qui nous posent problème. Et je me dis pourquoi on ne ferait pas ça en psy ado ou adulte ? », « ça pourrait leur permettre de soulager aussi leur charge en se disant : « eh bien finalement je n'ai pas besoin de la voir »
	M02V18	« c'est plus avec l'extérieur finalement, les rapports avec l'école et tout se passait toujours avec les parents », « alors est-ce qu'il aurait fallu que je prenne contact avec l'infirmière moi aussi, c'est pareil, que moi, je décroche mon téléphone et que j'explique. C'est vrai que quand on parle aux gens de PMI ils nous disent : "ben oui, mais c'est vrai que vous nous appelez pas non plus". Et chacun se renvoie la balle. [...] c'est vrai j'aurais pu appeler »
	M03V29	« sur le réseau médecins libéraux, structures d'accueil des adolescents en difficulté, que ce soit les Maisons Des Adolescents en ambulatoire ou éventuellement la pédopsy, il n'y a pas grand-chose au niveau communication encore. C'est assez difficile de travailler ensemble », « C'est pas facile. Je trouve ça un peu décevant, je pense qu'il faudrait vraiment améliorer les choses sur la communication »
Retour de courriers	M01V19	« un peu plus de retour », « un retour de courrier, au moins quand on a adressé, [...] je pense que ce serait une bonne chose »
	M03V30	« quand on a des adolescents pris en charge [...] on n'a pas de retour. C'est un peu frustrant. Et ça nous aide pas à échanger notre formation »
	M08V15	« eh bien sûrement dans les relations sur les divers intervenants quoi [...] dans tous les autres domaines cardio tout ça, les gens communiquent certainement plus qu'au niveau psy »
Améliorer la gestion de l'urgence		
Avoir des intervenants plus directs	M04V19	« mais de temps en temps on aimerait bien prendre son téléphone et pouvoir téléphoner à un service et dire : « bon ben voilà j'ai un adolescent... » [...] avoir un soutien, une évaluation [...] oui c'est ça qu'on devrait améliorer à Nantes »
	M10V09	« je pense que les psychiatres n'ont pas assez de créneaux horaires pour les urgences, c'est-à-dire que l'on devrait pouvoir leur téléphoner »
Améliorer le suivi		
	M04V15	« et puis après je trouve, on arrive parfois à faire prendre en urgence mais après il n'y a pas de suivi », « après on n'arrive pas à avoir suffisamment de pédopsychiatres qui prennent en charge, qui nous aide nous, généralistes »
La gestion du temps		
Adapter la rémunération en fonction de la consultation	M11V31	« il faut que ce soit une consultation qui soit bien payée [...] sur 2C parce qu'il faut une demi-heure, trois quart d'heure pour faire vraiment du bon travail »
Fractionner les consultations et faire revenir	M02V17	« le problème de temps. Dans l'idéal il faudrait réussir à faire revenir pour fractionner »
Réassurance des médecins généralistes sur leur capacité à prendre en charge un adolescent		
	M11V33	« souvent une consultation peut faire repartir un ado », « il y a des situations qui sont amenées comme catastrophiques et finalement pas du tout. Ça repart très vite, si on a réussi à créer un lien au cours de la consultation. Il n'y a pas toujours de suivi sur plusieurs consultations », « ne pas tout psychiatriser, tout à fait », « je pense aussi qu'il faut rassurer sur les capacités d'un généraliste à pouvoir gérer un adolescent, face à des situations amenées comme catastrophiques [...] on peut se dire : "oh là là de la psychiatrie, ce n'est pas pour moi" »

VI.5. Résultats de l'évaluation interne.

M01 : « Ma pratique est effectivement représentée, mes doutes aussi, même si, depuis que nous en avons parlé, j'ai participé à un séminaire sur ce thème qui m'a surtout mis davantage en situation de repérage des ados en difficulté, pas forcément plus à même de les prendre en charge dans la durée. »

M02 : « [...] Je les ai relus en pensant à 2 situations récentes un peu "chaudes" avec des ados et ma foi, ça colle bien. Je m'y retrouve. Ce qui est difficile, c'est d'en parler en général car une réponse est valable pour un cas et son contraire pour un autre. Il me semble que tu m'avais demandé de raconter un cas en particulier, un questionnaire plus général sur le thème n'aurait sans doute pas donné le même résultat. »

M03 : « Je trouve effectivement qu'au travers de tes organigrammes tu fais bien le tour des problématiques que nous pouvons rencontrer sur ce thème dans notre exercice. Personnellement mon expérience y est bien représentée, aussi je n'ai rien de particulier à ajouter. »

M04 : Réponse par téléphone : organigramme clair, didactique, bien.

M05 : « Je n'ai rien à redire. »

M06 : « Je trouve l'organigramme pertinent. Parfois se sont des parents inquiets sans l'ado qui viennent consulter en premier lieu pour connaître une conduite à tenir. »

M07 : « Je trouve que ça reflète bien les difficultés du médecin généraliste face à l'adolescent, intéressant de confronter mes approches avec celles des confrères même si rien ne m'a surpris, il serait intéressant d'en faire la synthèse avec de votre part une réflexion et des propositions de pistes d'amélioration mais j'imagine que c'est prévu ! »

M08 : « C'est sans doute la forme d'organigramme, qui, sur le sujet me déconcerte et j'ai beaucoup de mal à vous dire si cela reflète fidèlement ou pas pour moi la prise en charge par le médecin généraliste de l'adolescent en souffrance psychique. À moins d'avoir lu trop rapidement je n'ai pas rencontré de note sur la difficulté également dans notre pratique à apporter un soutien aux parents d'adolescents en difficulté qui peuvent parfois se trouver très "mis à mal" face à leur ado. Les temps de consultation que nous pouvons leur proposer sont trop courts pour qu'ils s'expriment face à cela. Intérêt de groupes de paroles ? Hormis l'école des parents à Nantes je n'ai pas d'autres références pour ce type d'accompagnement. Votre relance de réponse me permet de partager une expérience récente : j'ai reçu hier soir une adolescente de 15 ans en souffrance. Je la revoyais en seconde consultation à une semaine d'intervalle pour le même motif afin d'évaluer au mieux sur un plan sémiologique sa souffrance, décrochage scolaire, échec scolaire, troubles du sommeil, auto dévalorisation, culpabilité, angoisses, automutilations (scarifications). Maintien de ces troubles d'humeur depuis au moins 3 mois, pas de menaces suicidaires justifiant une admission au CHU ou à l'unité ESPACE mais je proposais à l'ado au décours de la seconde consultation un avis spécialisé psychiatrique sur l'indication ou non d'un traitement antidépresseur, ne me sentant pas d'initier à cet âge ce type de traitement. L'adolescente puis sa mère reçue après, étaient tout à fait d'accord avec cette démarche. Ce matin j'ai téléphoné à une première collègue psychiatre, pas joignable. Une seconde, j'ai dû laisser un message sur répondeur, elle m'a rappelée une heure plus tard pour me dire que ses délais de consultation étaient au mieux de 1 mois. J'appelais alors le service de pédopsychiatrie du CHU, répondeur du secrétariat (alors que sur heures ouvrées) je rappelais 10 min plus tard : contact avec le secrétariat qui me disait que la pédopsychiatre rentrait de vacances et était un peu surchargée de travail mais allait me rappeler : effectivement elle me rappelle vers 12 h pour me dire qu'elle transmettait ma demande à un collègue qui devait me rappeler. Ce jour à 14 h 30 je n'ai pas encore reçu d'appel. J'appelais aussi le CMP : répondeur, je laissais mon message, à cette heure je n'ai pas encore de réponse. Soit au total 5 tentatives téléphoniques depuis 9 h ce matin, encore infructueuses à cette heure, à savoir que je ne consulte pas le jeudi et peux me livrer entre autre à ce genre

d'exercice... Ceci est un peu fastidieux à lire j'en conviens mais pour illustrer l'isolement du médecin généraliste et la paupérisation de la psychiatrie. »

M10 : « La thèse reflète assez bien mon vécu quotidien. On pourrait préciser qu'il y a une souffrance avec des maladies psychiatriques (anorexie, schizophrénie etc.) et mal-être avec les épisodes banals de l'adolescence tels que (rupture sentimentale, difficultés scolaires, consommation de produits, etc.) où le médecin travaille avec son expérience en bon père de famille et là, personne ne peut lui faire la leçon ou le former car c'est de la médecine générale pure et que seuls les groupes de pairs nous permettent de progresser. »

M11 : « J'ai peut-être lu trop vite mais il y a certaines choses de ma pratique que je ne retrouve pas peut-être parce que je ne les ai pas dites lors de notre entrevue :

Mon utilisation régulière du test TSTS pour le dépistage du mal-être de l'ado lors des consultations pour le sport en particulier (ou même parfois pour des consultations dont le ou les motifs sont somatiques)

Dans un des organigrammes (orientation) : un des déterminants est l'argent, je suis à peu près certain que si les consultations psycho. étaient remboursées, j'orienterais avec moins de difficultés vers ces professionnels.

Pour l'écoute, l'assurance de la confidentialité, le non jugement je retrouve ma pratique, mais je n'hésite pas également quand le lien s'est créé à exprimer mes valeurs, mon ressenti, mes désaccords même si je sens que ça peu déplaire à l'ado. Je dis toujours cela en lui disant qu'il a droit d'être en désaccord, que ce n'est que ma vérité, que je peux me tromper (je pense que trouver le bon positionnement dès le premier contact face à l'ado est primordial pour la suite). Ça permet souvent d'ouvrir plus la discussion, l'ado peut réagir (le préalable est qu'il ressente que sa parole ne sera pas jugée avec un apriori négatif d'« adulte qui sait »), ça lui donne des repères pour avancer sa réflexion. Il n'est pas rare que « ça coince » (l'ado ne veut pas perdre la face ou est surpris....) sur la première consultation mais également fréquent que l'on constate un changement dans la suite du suivi avec des positions moins radicales.

L'exploration de la systémique familiale est également primordiale car il n'est pas rare qu'une toute petite intervention sur un « levier » en faisant réfléchir l'ado ou l'un des parents sur un point de blocage et les solutions envisageables pour dénouer ce point, permettent de faire avancer beaucoup la prise en charge. »

M12 : « Très intéressant. »

M13 : « Il me semble en effet que cela reflète bien ma réalité. Je ne vois rien à modifier. »

M14 : « Evidemment pour la première moitié c'est votre retranscription classée sur laquelle je n'ai rien à dire. Je trouve la répartition des questions et réponses en organigramme intéressante, elle permet de couvrir le sujet avec notamment les perspectives d'ouverture. Il me semble que votre travail met en évidence notre méconnaissance du travail des uns et des autres (entre intervenants) la grande inégalité de répartition des ressources (entre grande ville et campagne notamment) et certainement l'insuffisance de formation qui nous met mal à l'aise pour aborder l'ado. Je me retrouve globalement dans l'ensemble de ces écrits, il est également intéressant de lire ce que les confrères ressentent ou pratiquent. Je ne vois pas de chose à modifier, ni à ajouter. »

VI.6. Résultats de l'évaluation externe.

Réponse de 2 praticiens :

« En ce qui concerne les organigrammes :

Pour l'évaluation de la gravité, nous évoquons aussi outre la dépression et son risque suicidaire les rares mais quelquefois présents signes d'entrée dans la schizophrénie, les conduites addictives au sens plus large, c'est à dire incluant outre la toxicomanie et l'alcoolisme, les anorexies-boulimies qui représentent pour nous un des problèmes majeurs de l'adolescence.

Autre point que nous tenions à souligner c'est notre grande méfiance vis à vis des traitements médicamenteux que nous n'initions jamais. (Cf PRESCRIRE quant aux effets délétères des antidépresseurs chez les ados)

Pour reprendre vos questions, et en fonction des réponses de nos collègues, de donner un peu notre point de vue en essayant de les prendre dans l'ordre :

1) Chronophage mais passionnant

2) Pas facile, l'ouverture culturelle du médecin est importante (musique, lectures...), plus facile quand on est ou a été parent d'ado... *(réponse à la question sur la communication avec l'adolescent)*

3) Difficile du fait du débordement des services spécialisés, de la non-communication avec les services de santé scolaire par exemple (qu'en est-il dans ce cas du secret médical ?) et dans notre cas de l'inexistence d'un réseau spécialisé *(réponse à la question sur la collaboration avec les autres intervenants)*

4) Il est difficile d'être à la fois le médecin traitant de l'ado et des parents, intérêt dans un cabinet de groupe de collaborer entre collègues...et d'en reparler, par exemple en groupes de pairs *(réponse à la question sur la systémique familiale)*

5) Certainement pas, mais il existe tout un panel FMC possibles, et quand un sujet intéresse, on progresse...L'expérience et le vécu de parents aident aussi. *(réponse à la question sur la formation des médecins généralistes à la psychologie de l'adolescent)*

6) D'accord pour développer l'information sur l'adolescence, pas d'accord pour médicaliser, l'adolescence n'est pas une maladie, dans la majorité des cas cette période se déroule sans problème majeur *(réponse à la question sur les améliorations possibles de la prise en charge)* »

VI.7. Test TSTS-CAFARD.

- 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 scolaire ou familial → 2 investigations en une formulation. « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire ou la vie de famille, ou les deux ? »

À chaque réponse positive, il est proposé une question complémentaire afin d'évaluer le niveau de gravité :

- Difficultés de Sommeil → **Cauchemars** : « fais-tu souvent des Cauchemars ? »
- Antécédents Traumatiques → **Agression** : « As-tu été victime d'une Agression physique ? »
- « As-tu déjà fumé du Tabac ? » → **Fumeur** : « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »
- Travail scolaire avec Stress → **Absentéisme** : « Es-tu souvent Absent ou en Retard à l'école ? »
- Une vie de famille tendue → **Ressenti Désagréable familial** : « Dirais-tu que ta vie de famille est désagréable ? »

VI.8. H.E.A.D.S.S.S.

- **Habitat** (logement, situation familiale...)
- **Education** (scolarité, travail...)
- **Activité/Alimentation** (sport, activités de loisirs/habitudes alimentaires)
- **Drogues** (usage et mésusage : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments...)
- **Sexualité** (identité, attentes, comportements)
- **Sécurité** (prises de risque, prévention des accidents)
- **Suicide/Dépression** (humeur, anxiété, dépression, conduites suicidaires...)

VII. Table des abréviations.

ADOC :	Groupe de cliniciens libéraux de la Charente Maritime associant 2 psychiatres et 17 médecins généralistes
AFSSAPS :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
APS :	Agir pour la Promotion de la Santé
BEP :	Brevet d'Etudes Professionnelles
CAMPS :	Centre d'Accueil Médico-Psychologique
CAPS :	Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CASA :	Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMP :	Centre Médico-psychologique
CMPP :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPE :	Conseiller Principal d'Education
CREDEPS :	Centre Régional et Départemental d'Education et de Promotion de la Santé
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
DIU :	Diplôme Inter-Universitaire
DPC :	Développement Professionnel Continu
DU :	Diplôme Universitaire
EMS :	Evaluation Médico-Sportive
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESPACE :	Espace Soins Prévention Adultes jeunes en Crise
EU-Teach :	European Training in Effective Adolescent Care and Health
FMC :	Formation Médicale Continue
FPC :	Formation Professionnelle Continue
HBSC :	Health Behaviour in School-aged Children
HDT :	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO :	Hospitalisation d'Office
HPV :	Human Papilloma Virus
IMV :	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
INJEP :	Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IPSOS :	Institut de sondages français et société internationale de marketing d'opinion
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
ISRS :	Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAEJ :	Points d'Accueil et d'Ecoute jeunes
PEC :	Prise En Charge
PMI :	Protection Maternelle Infantile
SASPAS :	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
SMASH: Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health
SOCRATE : Suivi et Observation en Consultation de médecine générale du Ressenti de l'Adolescent, du Thérapeute et de l'Entourage
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
TS : Tentative de Suicide
UMS : Unité Minimum de Signification
UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
WONCA : World Organization of National Colleges and Academies of Family Doctors

VIII. Bibliographie.

- (1) ALVIN P., MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. Paris : Masson, 2005
- (2) MARCELLI D. Suivi psychologique de l'adolescent. Comment repérer et aider ceux qui vont mal ? Rev. Prat. Med. Gen. 2005;55:1061-3
- (3) MICHAUD PA., ALVIN P. et coll. La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Lausanne, Paris, Montréal : Payot, Doin, Les Presses de l'Université, 1997
- (4) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Haut Comité de la santé publique. Rapport du groupe de travail sur "LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES ". [En ligne]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_000200.htm (page consultée le 16 mai 2010)
- (5) Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées- Ministère délégué à la famille. Santé, adolescence et famille. [En ligne]. Disponible sur : lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000128/0000.pdf (page consultée le 16 mai 2010)
- (6) ALVIN P. Les conduites suicidaires chez les adolescents. Quelles questions pour les professionnels ? Arch. Pédiatr. 2000;7:661-7
- (7) HOWIE JGR., HEANEY D., MAXWELL M. Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. Family Practice. 2004;21:458-68
- (8) ALVIN P., COURTECUISSÉ V. Médecine des adolescents. Croissance et perspectives. Arch. Fr. Pédiatr. 1991;48:137-41
- (9) WEERAMANTHRI T., KEANEY F. What do inner city general practitioners want from a child and adolescent mental health service? Psychiatric Bulletin. 2000;24:258-60
- (10) Choquet M. Ledoux S. Adolescents, enquête nationale. INSERM Paris 1994
- (11) ARENES J., JANVRIN MP., BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris : CFES, novembre 1998.
- (12) GODEAU E., DRESSEN C., NAVARRO F. Les années collège. Enquête santé HBSC 1998 auprès des onze-quinze ans en France. Vanves
- (13) BINDER P., JOUHET V., VALETTE T., GOUASDOUE E., MARCELLI D., INGRAND P. Etude SOCRATE 1. Rev. Prat. 2009;59:25-31
- (14) LEMERIE S. Psychologie de l'adolescent. Rev. Prat. Med. Gen. 2005;55:1064-8
- (15) LE BRETON D. Les conduites à risque des jeunes. Rev. Prat. Med. Gen. 2005;55:1069-72
- (16) Expertise collective : Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. [En ligne]. Disponible sur : www.inserm.fr/content/download/1416/13000/file/trouble_conduites_synthese.pdf (page consultée le 16 mai 2010)
- (17) Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Baromètre santé jeunes. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les 12-25 ans. Pays de la Loire, 2005

- (18) Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Baromètre santé jeunes. Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les 12-25 ans. Pays de la Loire, 2005
- (19) CHOQUET M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. [En ligne]. Disponible sur : psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/choquet.html (page consultée le 06 décembre 2010)
- (20) CHABROL A. Le suicide des adolescents : un enjeu de santé publique. [En ligne]. Disponible sur : bulletin.conseil-national.medecin.fr/Archives/html/502/502BOMN502P08A1.htm (page consultée le 16/05/2010)
- (21) GRANBOULAN V. Devenir de l'adolescent suicidant. Rev. Prat. 1998;48:1440-3
- (22) REY C., MICHAUD PA., NARRING F., FERRON C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins. Arch. Pediatr. 1997;4:784-92
- (23) WALKER ZAK., TOWNSEND J. The role of general practice in promoting teenage health: a review of the literature. Family Practice 1999;16:164-72
- (24) GAREL P. Le rôle stratégique de l'omnipraticien auprès de l'adolescent suicidaire. Le Médecin du Québec. 1997mai:55-61
- (25) BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev. Prat. Med. Gen. 2005;55:1073-7
- (26) MICHAUD PA. Pour une prise en charge globale des problèmes de santé spécifiques de l'adolescent : photographie d'une consultation en pratique privée. Rev. Ped. 1990;25:309-22
- (27) HICKIE I., FORGATY A., DAVENPORT T., LUSCOMBE G., BURNS J. Responding to experiences of young people with common mental health problems attending Australian general practice. MJA. 2007;187:S47-S52
- (28) ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000, recommandations professionnelles
- (29) ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. 1998, recommandations professionnelles.
- (30) MOULA H., MERCIER-NICOUX F., VELIN J. Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ? Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents examinés par 41 médecins généralistes. Rev. Prat. Med. Gen. 2001;15(533):741-6
- (31) BINDER P., CHABAUD F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. Rev. Prat. Med. Gen. 2005;19(710/711):1307-12
- (32) LIENGME N., MICHAUD PA. Dépistage psychosocial à l'adolescence : un défi et une responsabilité pour le médecin de premier recours. Med. & Hyg. 2002;2413:2102-9
- (33) BINDER P., CHABAUD F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Rev. Prat. Med. Gen. 2004;18(650/651):576-80
- (34) BLANCHET A., GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Paris : Armand Colin, 2007
- (35) BARDIN L. L'analyse de contenu. Paris : Quadrige manuel. PUF, 2009

- (36) PAILLE P., MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand colin, 2008
- (37) BENOITEAU AC. Dépistage précoce de l'obésité de l'enfant : la formation nous rend-elle plus performants ? Entretiens avec 15 généralistes de Loire-Atlantique. Thèse de doctorat en médecine générale. Nantes : Université de Nantes, 2009, 100p
- (38) POMMERAUX X. Approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent. Rev. Prat. 1998;48:1435-8
- (39) BROWN JD. et al. Discussion of Sensitive Health Topics with Youth During Primary Care Visits : Relationship to Youth Perceptions of Care. Journal of Adolescent Health 2009;44(1):48-54
- (40) REY C., GRANDAZZI MH., ALVIN P. Tentative de suicide de l'adolescent : le rôle du médecin traitant est incontournable. Rev. Prat. Med. Gen. 1998;12(412):9-11
- (41) MARCELLI D., BRACONNIER A. Place de la « crise parentale » dans les prises en charge non formalisées de l'adolescent et de ses parents. Neuropsychiatrie de l'Enfance. 1980;28(10-11):477-81
- (42) MICHAUD PA. Résilience à l'adolescence : un concept en (10) question(s). Med Hyg (Geneve). 2004;62(2504):2248-54
- (43) RESNICK MD. Protective factors, resiliency and healthy youth development. Adolesc. Med.2000;11:157-64
- (44) POLETTI R., DOBBS B. La résilience. L'art de rebondir. Paris : Jouvence, 2001
- (45) ARMANGAUD D. Consultation d'adolescent. Du sentiment d'impasse à l'ouverture au travail en réseau. Ann. Pédiatr. (Paris). 1998;45(5):336-40
- (46) BALINT M et E. Techniques psychothérapeutiques en Médecine. Paris : Payot, 1961
- (47) VELLUET L., CATU-PINAULT A. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. Exercer. 2001;60:4-10
- (48) DAVID JC., MARCELLI D. Peut-on, et comment prescrire un psychotrope chez l'adolescent ? Rev.Prat. 2005;55:1081-8
- (49) AFSSAPS. Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Compte rendu de la réunion du 8 mars 2005.[En ligne].Disponible sur : www.afssaps.fr/content/download/14543/173045/version/4/.../cptrendu.pdf (page consultée le 8 février 2011)
- (50) AFSSAPS. Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent, nouvelles recommandations. [En ligne]. Disponible sur : www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/3caaaa1cfefeeef5b9a49a2735f753514.pdf (page consultée le 8 février 2011)
- (51) CHEUNG AMY H., ZUCKERBROT RACHEL A., JENSEN PETER S. and al. Pediatrics 2008;121:e101-e107
- (52) ARMANGAUD D. Fatigue et troubles du sommeil chez l'adolescent. Rev.Prat. 2005;55:1095-8
- (53) CAFLISCH M., DE GUILLENCHMIDT C., ALVIN P. Les symptômes flous à l'adolescence. Ann. Pediatr. (Paris). 1998;45(5):295-302

- (54) ARSENAULT PA., GAGNE R., GIRARD M. L'adolescent qui somatise : regards cliniques. Ann. Pédiatr. 1998;45(5):303-10
- (55) Groupe ADOC. Un adolescent peut en cacher un autre. [En ligne]. Disponible sur : www.medecin-ado.org/infos/sommaire.htm (page consultée le 2 novembre 2010)
- (56) COPIN I. Adolescents et santé, le problème de la confidentialité ; à propos d'une enquête auprès de 1027 adolescents. Thèse de doctorat en médecine générale. Lille : Université de Lille, 2000
- (57) RUTISHAUSER C., ESSLINGER A., BOND L., SENNHAUSER FH. Consultations with adolescents : the gap between their expectations and their experiences. Acta Paediatr. 2003;92:1322-6
- (58) CAROL A., FORD MD., SUSAN G. and al. Influence of Physician Confidentiality Assurances on Adolescents' Willingness to Disclose Information and Seek Future Health Care. A randomized Controlled Trial. JAMA. 1997;278(12):1029-34
- (59) CAFLISCH M., CHAPPUIS-BRETON B. À propos de l'adolescence : quelques réflexions éthiques. Med. & Hyg. 2003;61:374-6
- (60) WEILL-RAYNAL A. Le droit à l'information de l'enfant et de l'adolescent. Arch. Pédiatr. 2000;7 Suppl 2:156-8
- (61) Article 9 du Code civil. [En ligne]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20110210 (page consultée le 10 février 2011)
- (62) Articles 226-13 et 14 du Code pénal. [En ligne]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719 (page consultée le 10 février 2011)
- (63) Article 44 du Code de déontologie médicale. [En ligne]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807 (page consultée le 10 février 2011)
- (64) Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. [En ligne]. Disponible sur : admi.net/jo/20010707/MESX0000140L.html (page consultée le 10 février 2011)
- (65) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne]. Disponible sur : admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html (page consultée le 10 février 2011)
- (66) RUTISHAUSER C. Contradiction entre relation adaptée au patient adolescent et aspects légaux ? Paediatrica. 2006;17(4):31-3
- (67) EECKELEERS P., MONTESI E. Lorsque l'adolescent consulte...La revue de la médecine générale. 2009;261:116-21
- (68) HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. [En ligne]. Disponible sur : www.has-

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf page consultée le 14/02/2011 (page consultée le 10 mai 2010)

- (69) TARTAR GODDET E. Savoir communiquer avec les adolescents. Paris : Retz, 2002
- (70) COSSERON F., BAQUE O., GIRARDON N. La place des parents dans la consultation de l'adolescent. En consultation d'adolescent, quelles places pour le(s) parent(s) ? Arch. Pediatr. 2006;13:748-50
- (71) LAMBILLOTTE AC. Le médecin généraliste vu par les adolescents. Résultats d'une enquête. Louvain Med. 1998;117:S339-S346
- (72) VANNOTI M. La relation médecin-patient. Des conditions de bases à la conduite d'entretien. [En ligne]. Disponible sur : www.cerfasy.ch/cours.php (page consultée le 23 novembre 2010)
- (73) LAWRENCE S., NEINSTEIN MD., FACP. Interviewing and communicating with adolescent. [En ligne]. Disponible sur : www.usc.edu/student-affairs/Health_Center/adolhealth/content/a4.html (page consultée le 5 décembre 2010)
- (74) MOULA H. Prévention du suicide de l'adolescent : la part du médecin généraliste. Exercer. 1999;54:26-29
- (75) WAELBROECK A. Communication avec les adolescents lors des consultations médicales. Rev. Med. Brux. 2006;27:S392-5
- (76) LEWIN W., KNAUPER B., ROSEMAN M and al. Detecting and addressing adolescent issues and concerns. Can. Fam. Physician. 2009;55:742-3.e1-4
- (77) STRONSKY S., MICHAUD PA. La prévention auprès des adolescents au cabinet médical. Med & Hyg. 2000;58:2577-82
- (78) CAFLISCH M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev. Med. Suisse. 2008;4:1456-8
- (79) (102)78 Ipsos. Médecins face aux adolescents : quels enjeux ? Quelles difficultés ? Quels besoins pour améliorer la prévention des risques auprès des adolescents ? Résultats d'une enquête quantitative Ipsos Santé pour la Fondation Wyeth. [En ligne Disponible sur: www.fmc68.fr/jmha/fichiers/etude.ado.Ipsos.Wyeth-1.pdf (page consultée le 13 mars 2011)
- (80) NARRING F., TSCHUMPER A., INDERWILDI BONIVENTO L., et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004.
- (81) CAFLISCH M., MONTERRAT D. Aborder la sexualité à l'adolescence. Réflexion autour de l'introduction du vaccin contre les virus HPV. Paediatrica. 2008;19(2):21-3
- (82) SURIS JC., MICHAUD PA. Médecine de l'adolescence, consultation garçons. [En ligne]. In : Revue Médicale Suisse. Disponible sur : revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31883 (page consultée le 14 février 2010)
- (83) LINDBERG C., LEWIS-SPRUILL C. Barriers to sexual and reproductive health care : Urban male adolescents speak out. Issues in Compr. Pediatr. Nurs. 2006;29:73-88

- (84) MARCELLI D., MEZANGE F. Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites de risque associés. Rev Chir Orthop Réparatrice Appar Mot.1999 Oct;85(6):555-62
- (85) FANELLO S., PAUL P., DELBOS V. and al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduits suicidaires. Santé Publique. 2002;14(3):263-73
- (86) Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire. Site de l'Injep. [En ligne]. Disponible sur : www.injep.fr/ (page consultée le 24 septembre 2009)
- (87) La défenseure des enfants. Adolescents en souffrance. Plaidoyer pour une véritable prise en charge. [En ligne]. Disponible sur : lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000719/0000.pdf (page consultée le 15 février 2011)
- (88) GENEST P., HAXAIRE C., WALTER M. Souffrance psychosociale et risque suicidaire, quelle articulation entre médecine de ville et psychiatrie hospitalière ? Résultats d'une étude qualitative. Annales Médico-psychologiques. 2007;165:583-8
- (89) AUBERT JP. À quoi servent les réseaux ? À qui servent-ils ? Rev. Prat. Med. Gen. 1997;11(401):23-6
- (90) BOUDRY JF., BUNZLI D., RILLIOT J., STUDER JP., VILLARD G. Managed care ou réseaux de soins intégrés. Rev. Med. Suisse. 2010;6:1838-9
- (91) LIEVRE A., MOUTEL G., HERVE C. Définitions des réseaux de soins et de leurs finalités : éléments de réflexions. [En ligne]. Disponible sur : www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/0cd1e4d12c75531880256ae300540846?OpenDocument (page consultée le 8 décembre 2010)
- (92) PEYREBRUNE C. Session : La place des parents dans la consultation de l'adolescent. De la cacophonie à la polyphonie, le travail du généraliste avec l'adolescent et un tiers. Arch. Pediatr. 2006;13:741-3
- (93) VANNOTTI M. Approche systémique et relationnelle de la médecine. [En ligne]. Disponible sur : www.cerfasy.ch/cours_humain.php (page consultée le 10 novembre 2010)
- (94) JEAMMET P. Adolescents, repères pour les parents et les professionnels. Paris : Fondation de France, 1993
- (95) BOUBLIL M. L'absence de Thésée ou le couple monoparental mère-fils à l'épreuve du temps. Neuropsychiatrie Enfance Adolescence. 2002;50:58-61
- (96) LAZARTIGUES A. La famille contemporaine « fait »-elle de nouveaux enfants ? Neuropsychiatrie Enfance Adolescence. 2001;49:264-76
- (97) DOLTO F., DOLTO-TOLITCH. Paroles pour adolescents ou le complexe du homard. Paris : Gallimard Jeunesse, 1999
- (98) HACHET P. La guidance parentale, une réponse psycho-éducative. Pour améliorer les liens entre parents et adolescents consommateurs de cannabis. [En ligne]. Disponible sur : www.cairn.info/revue-dialogue-2001-2-page-81.htm (page consultée le 23 novembre 2010)
- (99) SCHMIT G. La dynamique familiale autour de l'adolescent. Rev. Prat. 2005;55:1089-94

- (100) NARRING F., MICHAUD PA. Les adolescents et les soins ambulatoires. Arch. Pédiatr. 2000;7:25-33
- (101) SANCI LA., COFFEY CMM., VEIT FCM. and al. Evaluation of effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care : randomised controlled trial. BMJ. 2000;320:224-9
- (102) Comité de santé de l'adolescent. Société canadienne de pédiatrie. La réduction des méfaits : une démarche pour réduire les comportements à risque des adolescents en matière de santé. Paediatr. Child Health. 2008;13(1):57-60
- (103) KYLLERMAN M. EU-Teach : a network for developing the teaching of adolescent medicine in Europe. Acta Paediatr. 2000;89:1270-1
- (104) CAFLISCH M. Médecine des adolescents. Paediatrica. 2006;17(4):66-7
- (105) MICHAUD PA. Edito : De meilleurs soins aux adolescents passent par une formation accrue en médecine de l'adolescence. [En ligne]. In : Revue Medicale Suisse. Disponible sur : revue.medhyg.ch/article.php3 ?sid=20993 (page consultée le 08 décembre 2010)
- (106) Fédération française de psychiatrie. Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour le repérage précoce : souffrance psychique et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. [En ligne]. Disponible sur : www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/SouffrPsyEnfAdoVC06.doc (page consultée le 14 mars 2011)
- (107) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. Disponible sur : legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id (page consultée le 9 mai 2011)
- (108) Site internet UNAFORMEC. [En ligne]. Disponible sur : www.unaformec.org/-FMC-.html (page consultée le 9 mai 2011)
- (109) Site internet MGFORM. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.mgform.org/> (page consultée le 9 mai 2011)

PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT EN SITUATION DE MAL-ÊTRE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE.
Entretiens auprès de 14 médecins généralistes de Loire-Atlantique.

RÉSUMÉ

Contexte : La souffrance psychique des adolescents est un problème de santé publique, 15% des adolescents sont en situation de mal-être et présentent des conduites à risque les mettant en danger. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. **Objectif :** Décrire la pratique des médecins généralistes face au mal-être de l'adolescent. Identifier leurs difficultés et proposer des solutions pour améliorer la prise en charge. **Méthode :** Entretiens semi-directifs auprès de 14 médecins généralistes de Loire-Atlantique et analyse qualitative des discours recueillis. **Résultats :** Les attitudes des praticiens face à l'adolescent en souffrance étaient : évaluer la gravité, proposer un nouveau rendez-vous et parfois une prise en charge dans la durée en instaurant une relation de confiance avec l'adolescent, prendre en compte la systémique familiale, orienter vers d'autres intervenants dans certains cas. Les difficultés étaient : l'aspect médico-psycho-social de cette prise en charge, la relation avec l'adolescent, la collaboration avec les autres intervenants. Les propositions d'amélioration étaient : l'information et la prévention auprès des adolescents et de leurs parents, la formation des praticiens, un meilleur travail en réseau entre les généralistes et les autres intervenants, une prise en charge adaptée à leur pratique en cabinet : gestion du temps, rémunération. **Conclusion :** La mise en évidence de difficultés permet de proposer des solutions pour améliorer cette prise en charge, toujours dans le but de réduire la morbi-mortalité de ces adolescents en souffrance.

MOTS-CLÉS

Adolescent, mal-être, souffrance, difficultés, travail psychique de l'adolescence, prise en charge, médecin généraliste, entretiens, famille, communication, orientation, collaboration, travail en réseau, compétences, formation, amélioration, prévention.