

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

N° 7

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en médecine générale

par

Marion Bouillot

Née le 14 mars 1979 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 6 mars 2008

**DEPISTAGE DU MAL-ETRE DES ADOLESCENTS
EN MEDECINE GENERALE
INTERET D'UTILISATION DU TSTS-CAFARD :**

**Etude à partir d'une campagne de prévention réalisée
par 56 médecins généralistes des Pays de la Loire
en septembre-octobre 2006**

Président : Monsieur le Professeur Pierre Lombrail

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick Le Vaillant

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
EXPOSE DE LA PROBLEMATIQUE	6
1 Suicide et tentative de suicide à l'adolescence.....	6
1.1 Définitions.....	6
1.2 Limites de l'adolescence	6
1.3 Mortalité par suicide chez les jeunes.....	6
1.4 Epidémiologie des tentatives de suicide chez les jeunes.....	7
2 La consultation de l'adolescent en médecine générale	7
2.1 État de santé et recours aux soins.....	7
2.2 La relation médecin-adolescent.....	8
2.2.1 La présence d'un tiers	8
2.2.2 Le motif de consultation.....	9
3 Prévention du suicide chez les jeunes en médecine générale.....	9
3.1 Sous-médicalisation des TS	9
3.2 Difficultés du médecin généraliste face à la question du suicide chez les jeunes	10
JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L' ETUDE	11
1 Un test efficace et validé destiné aux généralistes	11
2 Une association de promotion de la santé	11
3 Objectifs de ce travail.....	12
MATERIEL ET METHODES	13
1 Matériel : le test TSTS CAFARD	13
2 La campagne de l'APS sur le dépistage du mal-être des adolescents.....	14
2.1 Présentation de l'APS.....	14
2.2 Phase de préparation.....	14
2.2.1 Réflexion sur le thème et documentation	14
2.2.2 Recrutement des médecins	14
2.2.3 Mise en forme du kit de campagne	15
2.3 Phase de réalisation	16
2.4 Phase d'évaluation.....	16
3 Enquête auprès des médecins au décours de la campagne.....	16
3.1 Préparation	16
3.1.1 Recrutement	16
3.1.2 Préparation des entretiens.....	16
3.2 Réalisation.....	17
3.3 Analyse des données	17
4 Enquête auprès des adolescents au décours de la campagne	17
4.1 Préparation	17
4.1.1 Recrutement	17
4.1.2 Préparation des entretiens.....	17
4.2 Réalisation.....	17
4.3 Analyse des données	17
RESULTATS	18
1 Résultats de la campagne de l'APS.....	18
1.1 Les adolescents.....	18
1.1.1 Répartition selon l'âge et le sexe.....	18

1.1.2	Résultats du test TSTS-CAFARD	19
1.2	Les médecins	21
1.2.1	Nombre de tests réalisés	21
1.2.2	Attitudes du soignant lors de la restitution des résultats du test.....	21
1.2.3	Fiche d'évaluation de la campagne	21
1.2.4	Questionnaire de satisfaction	22
1.2.4.1	Appréciation de la campagne (échelle de 1 à 4).....	22
1.2.4.2	Comment améliorer la campagne ?	22
1.2.4.3	Les points positifs de la campagne.....	23
1.2.4.4	Les points négatifs de la campagne.....	23
1.2.4.5	Note sur 20 donnée par chaque médecin.....	23
1.2.4.6	« Si j'avais su que c'était cela, et si c'était à refaire... »	24
2	Résultats de l'enquête réalisée auprès des médecins à distance de la campagne.....	24
2.1	Caractéristiques des médecins rencontrés	24
2.2	Les médecins et le TSTS-CAFARD	25
2.2.1	Connaissance et utilisation antérieure du test	25
2.2.2	Utilisation du TSTS-CAFARD depuis la campagne.....	25
2.2.3	Intention d'utilisation du TSTS-CAFARD	26
2.2.4	Modes d'utilisation du test	27
2.2.5	Contexte d'utilisation du test.....	27
2.2.6	Raisons de non utilisation du test.....	27
2.2.7	Commentaires des médecins sur le TSTS-CAFARD	28
2.2.8	Restitution des différents items du TSTS-CAFARD	28
2.2.9	Résultats du questionnaire ADOC concernant les items retenus	29
2.2.10	Ouverture de la consultation	29
2.2.11	Aide du test pour l'abord des idées suicidaires	30
2.2.12	« Avez-vous été surpris par les résultats du test ? Dans quel sens ? »	30
2.3	Les médecins et les autres outils de la campagne	31
2.3.1	La plaquette « basket » : un adolescent peut en cacher un autre.....	31
2.3.2	La bande dessinée « bons plans contre les idées noires »	31
2.3.3	La carte « filsantéjeunes »	31
2.4	Les médecins et la campagne	32
2.4.1	La campagne a-t-elle modifié votre consultation avec un adolescent ?.....	32
2.4.2	Approfondissement du sujet.....	33
2.5	Les adolescents dépistés pendant la campagne	34
3	Résultats de l'enquête réalisée auprès des adolescents	34
3.1	Description du groupe de jeunes de plus de 18 ans interrogés.....	34
3.2	Vécu par rapport au TSTS-CAFARD	35
3.3	Rappel des résultats du TSTS-CAFARD	36
3.4	Les jeunes, leur mal-être et leur généraliste	37
3.5	Les jeunes et la campagne	39
3.5.1	Appréciation globale de la campagne	39
3.5.2	L'affiche de la campagne	39
3.5.3	Bande dessinée « Bons plans contre les idées noires »	39
3.5.4	Carte « filsantéjeunes »	40
	DISCUSSION	41
1	Les particularités et biais de l'enquête	41
1.1	Spécificité du groupe de médecins observés.....	41
1.1.1	Caractéristiques démographiques.....	41
1.1.2	Critères de sélection	41

1.1.3	Rémunération	41
1.2	Utilisation du TSTS-CAFARD	42
1.3	Échantillon des jeunes interrogés	42
2	Les résultats principaux : le TSTS-CAFARD	43
2.1	Utilisation	43
2.2	Mémorisation du test	43
2.3	Contexte d'utilisation	44
2.4	Ouverture de la consultation	44
2.5	Abord des idées suicidaires et découverte d'antécédents de TS	44
3	Commentaires des résultats secondaires	45
3.1	Nombre de tests réalisés	45
3.2	Résultats des tests	45
3.3	Attitudes des soignants lors de la restitution des résultats du test	45
3.4	Modification du comportement des médecins	46
3.5	Les autres outils	47
3.6	Les obstacles	47
3.7	Les points positifs	48
3.8	Enquête auprès des jeunes de 18-25 ans	48
3.8.1	Vécu de la campagne en général et du test en particulier	48
3.8.2	Les jeunes, leur mal-être et leur généraliste	48
3.8.3	Appréciation des outils de la campagne	49
4	Une expérience originale : création d'un partenariat entre un cabinet médical et un collègue	50
5	Place de ce type de démarche dans la prévention en médecine générale	51
5.1	Cadre législatif de la prévention en médecine générale	51
5.2	Part et moyens de la prévention en médecine de soins primaires	51
5.3	Obstacles à la prévention et propositions de solutions	52
5.4	Atouts de l'association APS pour faciliter la prévention	53
	CONCLUSION	55
	ANNEXES	56
1	Annexe n° 1 : Charte	56
2	Annexe n° 2 : Plaquette « Soutenir l'action des professionnels de santé »	57
3	Annexe n° 3 : Plaquette mode d'emploi de la campagne	58
4	Annexe n° 4 : Affiche de la campagne	59
5	Annexe n° 5 : Carte « filsantéjeunes »	60
6	Annexe n° 6 : Cahier à souche	61
7	Annexe n° 7 : Questionnaire ADOC	67
8	Annexe n° 8 : Questionnaire médecin	68
9	Annexe n° 9 : Questionnaire adolescent	70
	LISTE DES ABREVIATIONS	72
	BIBLIOGRAPHIE	73

INTRODUCTION

Le suicide des adolescents, deuxième cause de mortalité des 15-24 ans, est un enjeu majeur de santé publique. Les tentatives de suicide, beaucoup plus nombreuses, restent souvent inconnues de l'entourage et majoritairement sous-médicalisées.

L'adolescent consulte peu mais il choisit préférentiellement le médecin généraliste. Celui-ci a donc un rôle important à jouer dans le dépistage de situations à risque de suicide. Mais cette tâche est ressentie comme délicate par un nombre non négligeable de praticiens tant sur la difficulté du repérage du risque que sur la gestion de cette consultation avec l'adolescent. D'autant plus que le jeune sollicite rarement le médecin pour un motif psychologique.

Un test de dépistage des conduites suicidaires chez les adolescents, le TSTS-CAFARD, a été conçu pour aider les généralistes en pratique quotidienne. Son utilisation est recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre des « propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans ».

De nombreux outils de dépistage (tests, questionnaires...) sont proposés aux médecins pour faciliter leur pratique mais il existe un écart entre une théorie souvent séduisante et une mise en oeuvre plus délicate. Par ailleurs, si l'avis des utilisateurs de ces outils est toujours sollicité, le ressenti des patients par rapport à ce type d'intervention l'est moins.

Dans ce travail, nous nous proposons d'évaluer l'utilisation de ce test par des médecins participants à une campagne de dépistage du mal-être chez les adolescents. Nous étudierons également son acceptation par les patients de plus de 18 ans.

EXPOSE DE LA PROBLEMATIQUE

1 Suicide et tentative de suicide à l'adolescence

1.1 Définitions

- Suicide : mort volontaire par désir conscient de se donner la mort.
- Tentative de suicide (TS) : acte intentionnel ayant pour but de se donner la mort sans y parvenir. C'est l' « échec » d'un suicide, quelle qu'en soit la cause.
- Suicidaire : se rapporte à l'idée, personne qui songe au suicide ou dont le comportement morbide révèle un caractère léthal.
- Suicidant : se rapporte à l'acte, individu qui a commis une tentative de suicide.
- Equivalents suicidaires : conduites à risque où la vie du sujet peut être mise en jeu sans expression d'un désir ou d'une volonté de se donner la mort (41, 50).

1.2 Limites de l'adolescence

L'adolescence est une période de longue transition entre l'enfance et l'âge adulte dont les limites sont difficiles à définir. Pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les adolescents rassemblent les individus âgés de 11 à 19 ans. Les données statistiques de mortalité de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) se donnent par tranches de 10 ans, la tranche des 15-24 ans étant assimilée à l'adolescence. Il est habituellement établi que l'adolescence débute vers 10-12 ans chez les filles et 11-13 ans chez les garçons et se termine vers 17-21 ans permettant la maturation pubertaire et les remaniements psychologiques. Actuellement, les processus d'autonomisation se prolongent au-delà de 20 ans et il est fréquent, quand on parle des « jeunes », d'inclure les 20-24 ans (4).

1.3 Mortalité par suicide chez les jeunes

Le suicide représente la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans après les accidents de la voie publique. En 2005, le taux brut de mortalité par suicide dans cette tranche d'âge est de 7,2 pour 100 000 avec un taux 3,3 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (11 contre 3,3 pour 100 000). Cela correspond à 567 décès (439 masculins, 128 féminins) (19). Il existe également des disparités selon l'âge : en 1995, on notait un taux de suicide de 5,3 pour 100 000 chez les 15-19 ans alors qu'il était trois fois plus élevé chez les 20-24 ans (14,3 pour 100 000) (25). Depuis 1993, on observe une décroissance générale du taux brut de suicide principalement dans cette tranche d'âge (44).

Dans la région Pays de la Loire, la mortalité par suicide est supérieure à la moyenne nationale (48). En 2005, 44 décès par suicide ont été dénombrés chez les 15-24 ans soit 10 pour 100 000 (16,1 chez les garçons contre 3,7 chez les filles) (19).

1.4 Epidémiologie des tentatives de suicide chez les jeunes

On évalue à 40 000 par an le nombre de TS chez les moins de 24 ans. Comme dans la population générale, la TS touche majoritairement les filles : 75% pour 25% de garçons. Le rapport est de 22 TS pour 1 suicide chez le garçon et de 160 TS pour 1 suicide chez la fille (50). Dans l'étude de l'Inserm de 1993 menée par Choquet et Ledoux auprès de 12 391 adolescents scolarisés âgés de 11 à 19 ans, 6,5% d'entre eux disent avoir déjà fait une TS, dont un quart plusieurs. 1,3% avaient été hospitalisés pour une TS. La fréquence des TS culmine entre 15 et 19 ans pour les filles, avec un décalage de cinq ans pour les garçons (17). L'enquête Lycoll, réalisée en mai 1999 par Binder et coll. auprès de 3 749 jeunes âgés de 14 à 17 ans et scolarisés en troisième et seconde en Charente-Maritime, retrouve des chiffres un peu plus élevés avec 11% de jeunes ayant déclaré avoir fait une ou des TS dont 20% ont été hospitalisés (11).

Le taux de récurrence après une TS varie entre 10 et 40% avec un risque maximal dans les 6 premiers mois. Le risque de décès par mort violente après une TS serait multiplié par 20 dans les 5 années qui suivent le geste (50, 33).

D'autre part, les idées suicidaires sont assez fréquentes puisque près d'1 jeune sur 4 déclare en avoir eu dans les douze mois précédents et 1 sur 10 déclare y penser fréquemment. Les idées suicidaires sont également plutôt féminines, 27% contre 19% pour les garçons, et elles augmentent avec l'âge (17).

En Pays de la Loire, selon le baromètre santé 2005, 8% des jeunes de 15 à 25 ans ont pensé au suicide au cours de l'année précédente (13% des filles et 3% des garçons). 6% d'entre eux déclarent avoir fait une TS au cours de leur vie (8% pour les filles et 3% pour les garçons). Ces chiffres sont proches de ceux de la moyenne nationale et stables entre 2000 et 2005 pour les idées suicidaires mais semblent en augmentation pour les TS (46, 47).

2 La consultation de l'adolescent en médecine générale

2.1 État de santé et recours aux soins

8 jeunes sur 10 s'estiment en « très bonne ou excellente santé ». De ce fait, l'adolescent consulte peu : les 11-20 ans représentent plus de 13% de la population française mais seulement 8% des consultations de médicales sont réalisées pour eux (6).

Si les adolescents sont ceux qui consultent le moins, la très grande majorité (94,5%) a quand même rencontré un professionnel de santé au moins une fois dans l'année et 3 fois sur 4, il s'agit d'un généraliste. Le nombre moyen de consultations par an chez le généraliste est de 2,5 pour les filles et de 2,1 pour les garçons. Seulement 4% des adolescents ont consulté un psychiatre ou un psychologue dans l'année. Cependant, le nombre moyen de consultations auprès des praticiens libéraux est d'autant plus élevé que les jeunes sont en difficulté (17).

Le motif de consultation est d'ordre « somatique » dans 75% des cas, d'ordre « administratif et social » dans 19% des cas et « psychologique » dans seulement 6% des cas, soit un pourcentage trois fois plus faible que chez les adultes. Les problèmes psychologiques les plus fréquents sont l'anxiété et les dépressions (6). Les filles sont deux à trois fois plus nombreuses que les garçons à consulter pour ce motif, probablement parce que les troubles

sont plus fréquents. Mais, à trouble psychologique égal, les filles consultent plus que les garçons (15).

Les adolescents sont les plus faibles consommateurs de médicaments (23% d'entre eux ont acquis au moins un médicament dans le mois contre 32% des enfants et 63% des 60 ans et plus). En moyenne, 84% des consultations sont suivies d'une prescription de médicaments (6). Lorsque le motif de la consultation est psychologique, 86% des médecins généralistes prescrivent un traitement médicamenteux qui est suivi par 82% des adolescents (10).

Le faible pourcentage de consultation pour motif psychologique se retrouve au niveau des services d'urgences pédiatriques : ainsi lors d'une étude réalisée au service d'accueil et d'urgences pédiatriques du CHU d'Amiens, l'adolescent « souffrant » ne représentait que 6% des passages dont les 2/3 correspondaient à des TS. Il existe cependant une différence en fonction de l'âge puisque 16% des plus de 16 ans sont admis pour des problèmes psychologiques contre 5% des 12-16 ans (31).

Les taux de recours aux services d'urgences sont relativement élevés et dominés par la traumatologie qui représente 75% des passages des 12-17 ans. L'enquête nationale sur les usagers des services d'urgences réalisée en 2001 par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) a permis d'estimer à 10% la part des passages les concernant, soit juste derrière les enfants en bas âge et les personnes très âgées. En revanche, comme les 18-24 ans, ils ont un des plus faible taux d'hospitalisation à l'issue de leur passage : 8% contre 19% pour l'ensemble. Les recours pour motif psychiatrique représentent 2,6% des motifs chez les 15-17 ans. Les problèmes dentaires sont la première cause d'hospitalisation des adolescents suivis par les fractures sauf pour les filles de 15 à 17 ans chez qui ce sont les intoxications par produit pharmaceutique qui arrivent en second (dans la quasi-totalité des cas il s'agit de TS). Les jeunes filles sont plus hospitalisées que les garçons du fait de causes spécifiques liées à l'avortement, la grossesse ou l'accouchement (24).

2.2 La relation médecin-adolescent

2.2.1 *La présence d'un tiers*

Le contexte de la rencontre médicale avec un adolescent est particulier car, souvent, c'est un tiers qui sollicite le rendez-vous. Les consultations sont très liées à des préoccupations parentales : même à 18 ans, les deux tiers des rendez-vous sont du fait des parents et plus de la moitié des adolescents viennent accompagnés, avec un motif discuté préalablement avec les parents (10). Au médecin se pose alors d'entrée de jeu le problème de savoir « qui veut quoi » et « qui doit savoir quoi ».

Dans cette situation, il est important de rappeler au jeune que le médecin respecte son droit à l'intimité ainsi que le secret professionnel, conditions indispensables pour établir une véritable relation thérapeutique. Ce qui ne doit jamais pour autant être synonyme d'exclusion des parents, ceci rendant la situation plus complexe qu'avec les autres patients.

Toutes les situations existent et il n'y a pas de règle universelle mais, en pratique, il apparaît préférable d'annoncer lors des présentations que l'adolescent est vu seul dans un premier temps et que les parents sont reçus en fin de consultation en présence de l'adolescent

s'il le souhaite ; ce dernier temps de consultation doit permettre de faciliter les échanges directs entre les parents et leur enfant (3, 4).

2.2.2 *Le motif de consultation*

Souvent, l'enjeu de la consultation dépasse son motif initial : elle est presque toujours sous-tendue par des questions relatives aux transformations corporelles et à la recherche de l'autonomie. La demande de l'adolescent est fréquemment imprécise et ambivalente, c'est alors au médecin d'essayer de le mettre en confiance et d'élargir le champ de la consultation. Pour aider le praticien, il est proposé, lors de l'exposé du motif de consultation, de favoriser une ouverture par une allusion du type « à part ça ? » ou bien « oui, mais encore ? » : cette simple évocation triple la fréquence d'abord psychologique au cours de toute consultation (1, 3, 10, 13).

Il est fréquent que l'adolescent « amène » au médecin des plaintes floues : céphalées, douleurs abdominales, malaises, fatigue chronique... Le jeune s'exprime à travers son corps, il est important pour le médecin de ne pas passer à coté de ce langage codé. Toute la difficulté va être de l'interpréter, et si besoin d'aider l'adolescent à comprendre puis accepter que ses symptômes puissent témoigner d'un mal-être.

Il faut profiter du temps de l'examen clinique pour poursuivre l'échange en commentant ce temps, en soulignant tout ce qui fonctionne bien et en insistant sur la normalité (4).

3 **Prévention du suicide chez les jeunes en médecine générale**

3.1 Sous-médicalisation des TS

Plusieurs études mettent en évidence que la majorité des TS chez les adolescents n'est pas prise en charge médicalement : une étude suisse réalisée en 1992-1993 montre que les jeunes suicidants s'ouvrent peu à leur entourage de leur geste (40%) et rarement à un médecin (seulement 10%) alors même qu'ils semblent le consulter dans une proportion similaire à celle de la population générale, voire légèrement plus élevée (57). En France, l'enquête Lycoll a révélé que 11% des jeunes interrogés ont fait au moins une TS et que, parmi eux, seuls 32% ont consulté un médecin ou ont été hospitalisés pour cette raison. 60% n'ont pas été pris en charge pour cet acte mais ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans l'année. 8% n'ont eu aucune occasion de consulter (11).

30 à 40% des auteurs de TS répètent leur geste dans l'année qui suit, la gravité des récidives augmentant avec la répétition (51).

Une majorité de médecins n'identifie donc pas, parmi les jeunes qui les consultent, ceux qui vont commettre et surtout ceux qui ont commis un geste suicidaire. La prévention du suicide passe en partie par l'identification et la prise en charge des jeunes ayant déjà commis une TS (57).

3.2 Difficultés du médecin généraliste face à la question du suicide chez les jeunes

La violence et l'apparente irrationalité des comportements suicidaires ont toujours suscité toutes sortes d'attitudes défensives au niveau individuel, familial ou institutionnel. D'une façon générale, les professionnels n'ont pas été bien préparés pour aborder cette problématique. Le suicide provoque la peur, le jugement moral et est l'objet de beaucoup d'idées reçues également chez les médecins.

A l'adolescence, le domaine du suicide recouvre un très vaste éventail de comportements ou d'états affectifs ce qui rend son abord délicat pour le praticien (2). Parmi les adolescents qui consultent pour un problème physique, certains ont des idées suicidaires mais n'en parlent pas (38). Ces patients là sont difficiles à identifier par le praticien (54) alors qu'ils consultent pourtant plus que les autres (42). Les médecins expriment des besoins de formation et d'outils simples de dépistage (29).

Une étude, réalisée en 2000-2001 dans le Maine-et-Loire, a montré que plus de trois-quarts des médecins considèrent comme difficile le repérage et l'évaluation du risque suicidaire et ceci avant tout chez l'adolescent (68% des répondants) : le médecin généraliste se sent en effet beaucoup plus démuni devant lui que devant une personne âgée ou un toxicomane suicidaire, voire même un malade psychiatrique (40%). 68% pensent qu'une prévention du suicide est possible, impliquant le travail en réseau. Des besoins de FMC (Formation Médicale Continue) sont fortement exprimés, particulièrement en direction des adolescents (26).

L'idée reçue qu'aborder le thème des idées suicidaires avec un individu en souffrance peut inciter celui-ci à commettre un acte auquel il n'aurait pas spontanément pensé est tenace (52). Des études prouvent qu'il n'y a pas d'effet néfaste à interroger les jeunes sur d'éventuelles idées ou antécédents suicidaires ; au contraire en parler serait bénéfique chez les jeunes à risque (32). Un adolescent qui donne l'impression d'être triste, qui présente des comportements inhabituels ou des symptômes non explicites devrait être systématiquement interrogé sur ce sujet directement et sans faux-fuyants (2, 56, 61). C'est lui tendre une perche pour qu'il puisse exprimer son mal-être. L'étude de l'Inserm sur les élèves à l'infirmerie scolaire montre qu'aborder directement le sujet permet de repérer trois-quarts des suicidants contre 5% quand le sujet n'est pas abordé (18). L'HAS recommande d'aborder le sujet du suicide lors de l'entretien avec « tact et souplesse » et propose pour se faire l'utilisation d'outils qui seront développés plus loin (35).

JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L' ETUDE

1 Un test efficace et validé destiné aux généralistes

Comme dit précédemment, un nombre non négligeable d'adolescents est concerné par un mal-être, les passages à l'acte ne sont pas rares et les médecins généralistes éprouvent des difficultés pour aborder ces questions avec eux.

Le groupe ADOC (ADOlescents et Conduites à risque), réunissant des médecins libéraux, généralistes et psychiatres, de la Charente-Maritime, a conçu un test de dépistage des conduites suicidaires des adolescents et son argumentaire. Ces travaux ont fait suite aux constatations de l'enquête Lycoll : 68% des adolescents qui ont fait une TS n'ont pas été pris en charge médicalement pour leur geste mais 90% d'entre eux consultent cependant leur médecin généraliste pour d'autres motifs (11, 13, 14).

Ce test de dépistage, le TSTS-CAFARD, et son référentiel d'attitudes ont été créés et validés pour aider les médecins généralistes à ouvrir d'avantage leurs consultations aux questions psychologiques et améliorer le dépistage des antécédents suicidaires. Cet outil est en adéquation avec les recommandations de la conférence de consensus de 2000 de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) sur la crise suicidaire et avec les conclusions du rapport du psychiatre Xavier Pommereau sur la santé des jeunes (5, 53). Son utilisation a d'ailleurs été « officialisée » par le service des recommandations professionnelles de l'HAS dans les « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires » en septembre 2005. Le TSTS-CAFARD est recommandé, de même que le questionnaire confidentiel de pré-consultation utilisé à la consultation pour adolescents de l'hôpital Bicêtre, comme test de dépistage des conduites suicidaires (35).

2 Une association de promotion de la santé

Les voies de diffusion d'outils pratiques en médecine générale sont très variées : articles dans les revues professionnelles, séminaires, FMC, audit clinique, présentation par simple courrier, organisation de campagne...

Dans les Pays de la Loire, une association de promotion de la santé a choisi le dépistage du mal-être des adolescents comme thème de sa troisième campagne. Celle-ci est destinée à des généralistes et propose l'utilisation du TSTS-CAFARD.

Cette association se nomme « Agir pour la Promotion de la Santé » (APS). Son objectif est de promouvoir, auprès des professionnels de santé libéraux, une pratique de prévention compatible avec leur exercice quotidien en renforçant leurs compétences ou en les sensibilisant périodiquement à de nouvelles méthodes.

Ce travail est basé sur cette troisième campagne organisée par l'APS. Les précédentes avaient pour thème le dépistage des consommateurs excessifs d'alcool, la seconde la prévention du mal de dos.

Une étude, réalisée à partir de la campagne sur le thème de l'alcool de novembre 2005, a montré que ce type de démarche est plus efficace, en terme d'utilisation de l'outil, que l'envoi par simple courrier (34). Mais, à plus long terme, que font les médecins des outils

proposés ? Ils les ont utilisés de manière intensive sur une courte période, que s'est-il passé ensuite ? Ont-ils continué à s'en servir ? Les ont-ils mis de côté ? Pourquoi ?

3 Objectifs de ce travail

Notre étude descriptive s'appuie sur la campagne de l'APS concernant le dépistage du mal-être chez les adolescents. Son objectif principal est d'évaluer l'utilisation du TSTS-CAFARD par les médecins participants six mois après la campagne.

Les objectifs secondaires sont d'interroger les médecins sur d'éventuels changements dans leur pratique et de questionner certains jeunes sur leur vécu de cette campagne.

MATERIEL ET METHODES

1 Matériel : le test TSTS CAFARD

Les membres de l'association APS ont rencontré le Dr Binder, médecin coordinateur du groupe ADOC, qui leur a fait part de son expérience.

Le test consiste à aborder 4 thèmes en formulant des questions d'ouverture « TSTS » :

- 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 : deux investigations en une formulation « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles ou « distillées » au cours de la consultation pour atténuer éventuellement le côté intrusif de l'interrogatoire.

A chaque réponse positive obtenue (aux différents thèmes ci-dessus), il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 mots clés :

- Si difficultés de sommeil : **Cauchemars** « Fais-tu souvent des Cauchemars ? »
- Si antécédents traumatiques : **Agression** « As-tu été victime d'une Agression physique ? »
- Si l'adolescent a déjà fumé du tabac : **Fumeur** « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »
- Si travail scolaire avec stress : **Absentéisme** « Es-tu souvent Absent ou en Retard à l'école ? »
- Si vie familiale tendue : **Ressenti Désagréable** « Dirais-tu que ta vie familiale est Désagréable ? »

On mémoriserà les questions par les initiales **CAFARD**. A l'identification du niveau de gravité, un certain nombre de réponses de la part du médecin sont possibles, allant de favoriser l'expression à l'orientation spécialisée en passant par la reformulation et l'amélioration de l'estime de soi (1).

Les risques sont déterminés selon le nombre de réponses positives aux questions du TSTS.

On dépiste 3 niveaux de risque :

Cas a	0 ou 1 réponse positive	Risque faible ou nul de mal-être
Cas b	2 réponses positives	Risque important de mal-être
Cas c	3 réponses positives ou plus	Risque très élevé de mal-être

2 La campagne de l'APS sur le dépistage du mal-être des adolescents

2.1 Présentation de l'APS

L'association loi 1901 nommée « Agir pour la Promotion de la Santé » a été créée en 2005 par des médecins libéraux et de santé publique des Pays de la Loire. Son objectif est de promouvoir et favoriser les activités de prévention des médecins généralistes.

L'APS est financée par l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) et soutenue par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux), le Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Nantes ainsi que par des associations de FMC locales. Elle est gérée de trois membres permanents : un médecin coordinateur, une chargée de mission et une comptable.

L'association s'engage à recruter des médecins généralistes volontaires, dont la plupart a suivi des formations sur les thèmes de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Trois campagnes par an sont proposées, sur des thèmes majeurs de santé publique choisis par un comité de pilotage. Elle leur présente des outils performants et validés tenant compte de leur pratique, coordonne et gère la logistique de l'ensemble de la démarche. Le médecin participant s'engage, par la signature d'une charte (annexe n° 1), à faire de la prévention sur le thème choisi avec les outils et le matériel mis à disposition, et ce, sur une période courte et déterminée. En fin de campagne, il en évalue les outils et le déroulement.

Les campagnes s'intègrent dans l'activité habituelle du médecin qui reçoit une rémunération forfaitaire, environ 200 euros, pour valoriser son travail.

2.2 Phase de préparation

2.2.1 *Réflexion sur le thème et documentation*

Un travail de recherche documentaire a été effectué en collaboration avec la documentaliste du CREDEPS (Comité Régional et Départemental d'Education et de Promotion de la Santé) sur le thème retenu. L'objectif était de repérer les outils de dépistage ou de prévention respectant essentiellement 2 critères : la validité scientifique et la simplicité d'utilisation. Les orientations de prise en charge argumentées et validées en cas de dépistage positif sont également prises en compte. Pour cette campagne, le TSTS CAFARD présenté ci-dessus a été sélectionné.

2.2.2 *Recrutement des médecins*

L'association a contacté 185 médecins généralistes installés essentiellement en Loire-Atlantique, mais aussi en Vendée et dans le Maine-et-Loire. Tous sont des professionnels identifiés comme ayant une réflexion sur leur pratique par leur implication dans la FMI (Formation Médicale Initiale) et/ou la FMC, notamment dans les domaines de la prévention et de la démarche éducative.

Dans un premier temps, ils ont reçu trois plaquettes :

- l'une générale, intitulée « Soutenir l'action des professionnels de santé souhaitant enrichir leurs pratiques de prévention » (annexe n° 2).
- une seconde, pratique et explicative, intitulée « Prévention du Mal-être des adolescents, mode d'emploi » (annexe n° 3).
- une dernière intitulée « Un adolescent peut en cacher un autre » écrite par le groupe ADOC, document destiné à positionner le problème du mal-être des adolescents et à expliciter le test TSTS-CAFARD (1).

Ces trois plaquettes étaient accompagnées d'une charte à renvoyer, en cas d'accord, pour participer à cette démarche. 62 médecins ont signé la charte d'engagement (annexe n° 1). Pour des raisons budgétaires, le nombre de participants à cette campagne a été limité à 56, choisis par ordre d'arrivée des chartes.

2.2.3 Mise en forme du kit de campagne

L'élaboration du kit de campagne, sur le modèle de ceux des deux précédentes campagnes, s'est faite au terme de réunions successives regroupant des membres de l'association et des médecins du CREDEPS.

- Kit complet de la campagne :
 - un document mode d'emploi (annexe n° 3)
 - deux affiches thématiques pour la salle d'attente « Mal-être, ouvrons le dialogue » (annexe n° 4)
 - 40 bandes dessinées « bons plans contre les idées noires », support pédagogique traitant du mal-être destiné aux adolescents (21)
 - 40 cartes « filsantéjeunes » (annexe n° 5)
 - un cahier à souche

Fil Santé Jeunes est un service d'écoute téléphonique anonyme et gratuit créé en 1995, renforcé en 2001 par un site internet. Il met à disposition des jeunes une écoute par des professionnels de santé formés ainsi qu'une documentation sur la santé régulièrement mise à jour et des forums.

- Le cahier à souche est le document de référence que le soignant doit remplir et renvoyer à l'APS en fin de campagne ; il comprend 5 parties (annexe n° 6) :
 - le mode d'emploi de la campagne
 - 40 tests TSTS CAFARD et « attitudes du soignant » à remplir soit 1 test pour 1 patient
 - une fiche d'évaluation de la campagne à remplir
 - un questionnaire de satisfaction à remplir
 - des références documentaires (celles de la plaquette « Un adolescent peut en cacher un autre ») accompagnées d'une liste de contacts et adresses utiles.

2.3 Phase de réalisation

Cette campagne s'est déroulée entre septembre et octobre 2006. Avant cette date, le médecin coordinateur a rendu visite à chaque participant afin de lui remettre le kit complet, si possible en mains propres afin de fournir les explications désirées. Cette visite n'était pas effectuée lors des campagnes précédentes, sauf si le médecin le souhaitait.

Les médecins s'engageaient à proposer le test TSTS-CAFARD à chaque adolescent de 12 à 25 ans vu en consultation pendant cette période. En cas d'accord du patient, le test était réalisé, le risque du patient calculé et le résultat restitué à celui-ci. Le médecin cochant alors les éléments de la conduite adoptée. Dans tous les cas, il était demandé au soignant de proposer à l'adolescent la carte « filsantéjeunes » ainsi que la bande dessinée. Pour les patients de 18 ans et plus, nous avons demandé au médecin de solliciter leur accord pour un entretien téléphonique à propos de cette campagne.

2.4 Phase d'évaluation

Le cahier à souche devait être retourné à l'association à la fin de la campagne. Les données recueillies ont été analysées par l'équipe de l'association à l'aide du logiciel Excel.

3 Enquête auprès des médecins au décours de la campagne

3.1 Préparation

3.1.1 Recrutement

Lors de la campagne, les participants étaient prévenus par l'association que je les contacterais au bout de six mois. Comme convenu, j'ai joint par téléphone les 56 médecins pour leur proposer un entretien à leur cabinet.

3.1.2 Préparation des entretiens

Avec l'aide des membres de l'APS, j'ai réalisé une grille d'entretien à destination des médecins. Je l'ai soumise au Dr Binder qui, en retour, m'a proposé d'utiliser le questionnaire d'évaluation créé par le groupe ADOC dans l'optique de pouvoir comparer mes résultats avec ceux de son équipe concernant différentes méthodes de diffusion du test (annexe n° 7).

Pour mon enquête, j'ai retenu les items n° 18, 19, 20, 21, 22, 23, 2, 3, 5, 16 et 17 par ordre d'apparition dans le questionnaire ADOC. J'y ai ajouté une grille d'entretien abordant la campagne et ses outils ainsi que les adolescents dépistés comme à risque (annexe n° 8).

3.2 Réalisation

Entre le 16 et le 28 avril 2007, j'ai rencontré chaque médecin à son cabinet pour un entretien semi-directif d'une quinzaine de minutes.

Lors de ces rencontres, enregistrées au dictaphone, j'ai rempli pour chacun le questionnaire ADOC et la grille d'entretien.

J'ai renvoyé les questionnaires ADOC entièrement complétés au Dr Binder.

Les listes des coordonnées des patients de 18 ans et plus d'accord pour être contactés m'étaient remises à cette occasion.

3.3 Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel ; les tests statistiques du Chi-deux et de Fisher avec un degré de signification (p) fixé à 0,05 ont été utilisés.

4 Enquête auprès des adolescents au décours de la campagne

4.1 Préparation

4.1.1 Recrutement

Les coordonnées de 57 patients de 18 ans et plus ont été recueillies auprès des généralistes.

4.1.2 Préparation des entretiens

J'ai élaboré, avec les membres de l'APS, une liste de questions permettant de recueillir des informations sur leur vécu de la campagne (annexe n° 9).

4.2 Réalisation

J'ai joint les adolescents par téléphone durant le mois de mai 2007 et leur ai soumis le questionnaire. La durée moyenne de l'entretien était de 5 minutes.

4.3 Analyse des données

Les données ont été exploitées à l'aide du logiciel Excel. Les tests statistiques du Chi-deux et de Fisher avec un degré de signification (p) fixé à 0,05 ont été utilisés.

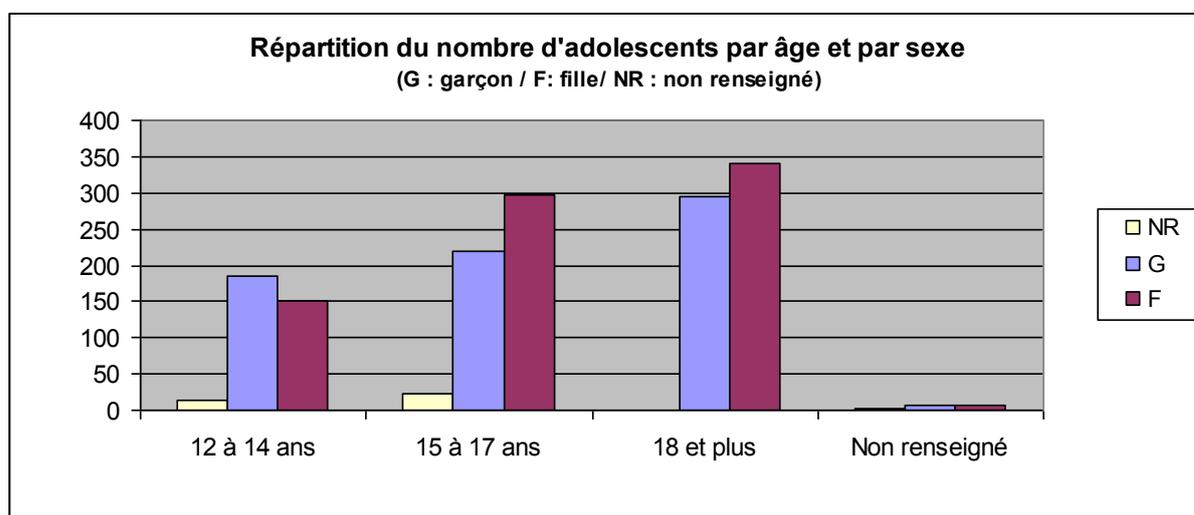
RESULTATS

1 Résultats de la campagne de l'APS

1.1 Les adolescents

1.1.1 Répartition selon l'âge et le sexe

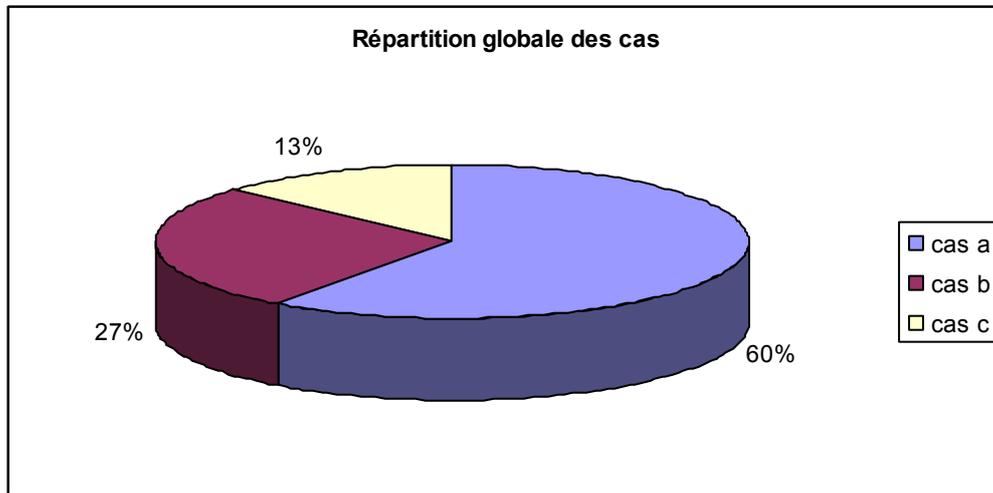
1985 adolescents ont fréquenté les cabinets médicaux pendant la campagne. 1544 adolescents (78%) ont répondu au test « TSTS-CAFARD ». La répartition des adolescents en fonction de leur âge se dessine comme suit :



798 filles, 708 garçons ainsi que 38 adolescents dont le sexe n'a pas été précisé, ont répondu au test.

1.1.2 Résultats du test TSTS-CAFARD

- Répartition générale :



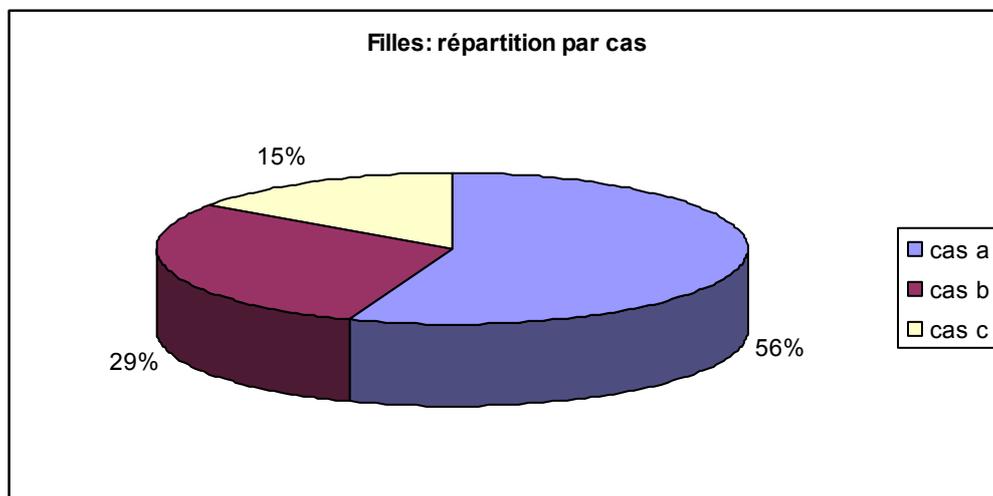
Rappel des différents cas en fonction des réponses au TSTS :

Cas a	0 ou 1 réponse positive	Risque faible ou nul de mal-être
Cas b	2 réponses positives	Risque important de mal-être
Cas c	3 réponses positives ou plus	Risque très élevé de mal-être

Sur les 1544 patients qui ont répondu au test TSTS CAFARD :

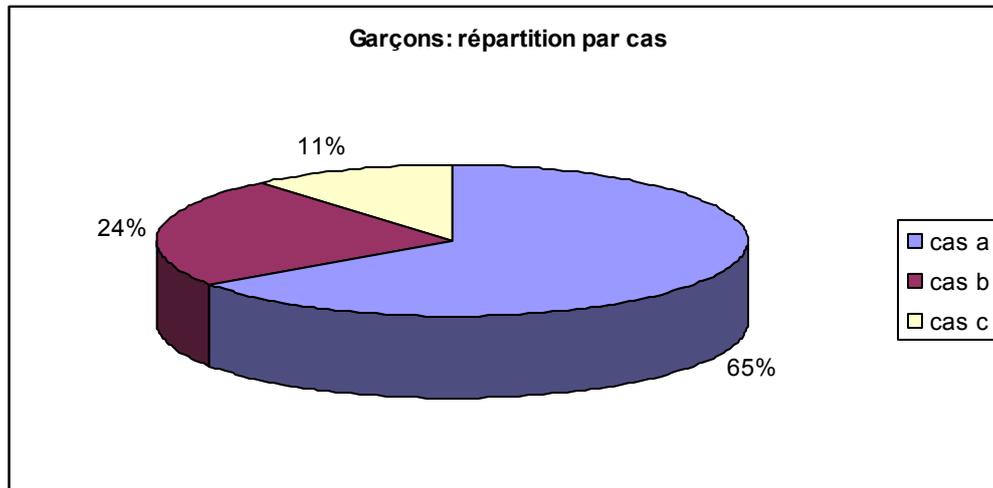
- 927 adolescents ont un risque faible ou nul de mal-être,
- 418 présentent un risque important,
- 207 présentent un risque très élevé.

- Résultats en fonction du sexe :



Sur 798 filles qui ont répondu au test :

- 443 présentent un risque faible ou nul de mal-être,
- 233 présentent un risque important,
- 122 présentent un risque très élevé.

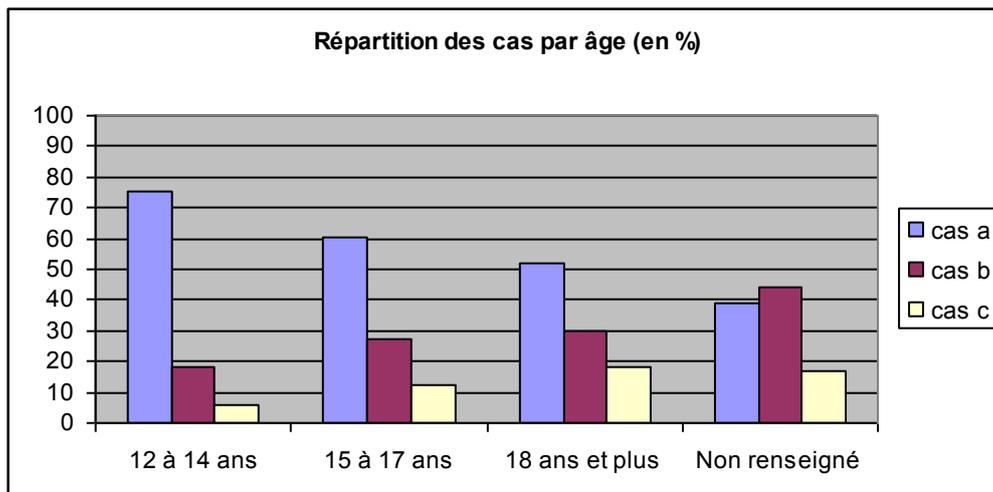


Sur 708 garçons qui ont répondu au test :

- 462 présentent un risque faible ou nul de mal-être,
- 168 présentent un risque important,
- 78 présentent un risque très élevé.

Au seuil de 5%, la différence entre les sexes est significative ($p= 0.0004781$).

- Résultats en fonction de la tranche d'âge :



1.2 Les médecins

1.2.1 *Nombre de tests réalisés*

1544 tests ont été réalisés par 56 médecins.

Nombre de tests TSTS réalisés par soignant	Nombre de soignants concernés
1 à 10	3
11 à 20	11
21 à 30	16
31 à 40	26

En moyenne, 28 tests sur 40 ont été remplis.

1.2.2 *Attitudes du soignant lors de la restitution des résultats du test*

Attitude du soignant	Pourcentage d'adolescents concernés
Valoriser le bien-être de l'adolescent	57
Confronter les points de vue et reformuler	25
Renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels	14
Fixer un RDV dans un délai inversement proportionnel à la gravité	7
Orienter vers le dispositif spécialisé	5
Autre commentaire	6

RDV : rendez-vous

Pour un même adolescent, le médecin pouvait adopter plusieurs attitudes simultanément.

1.2.3 *Fiche d'évaluation de la campagne*

55 médecins ont rempli la fiche d'évaluation :

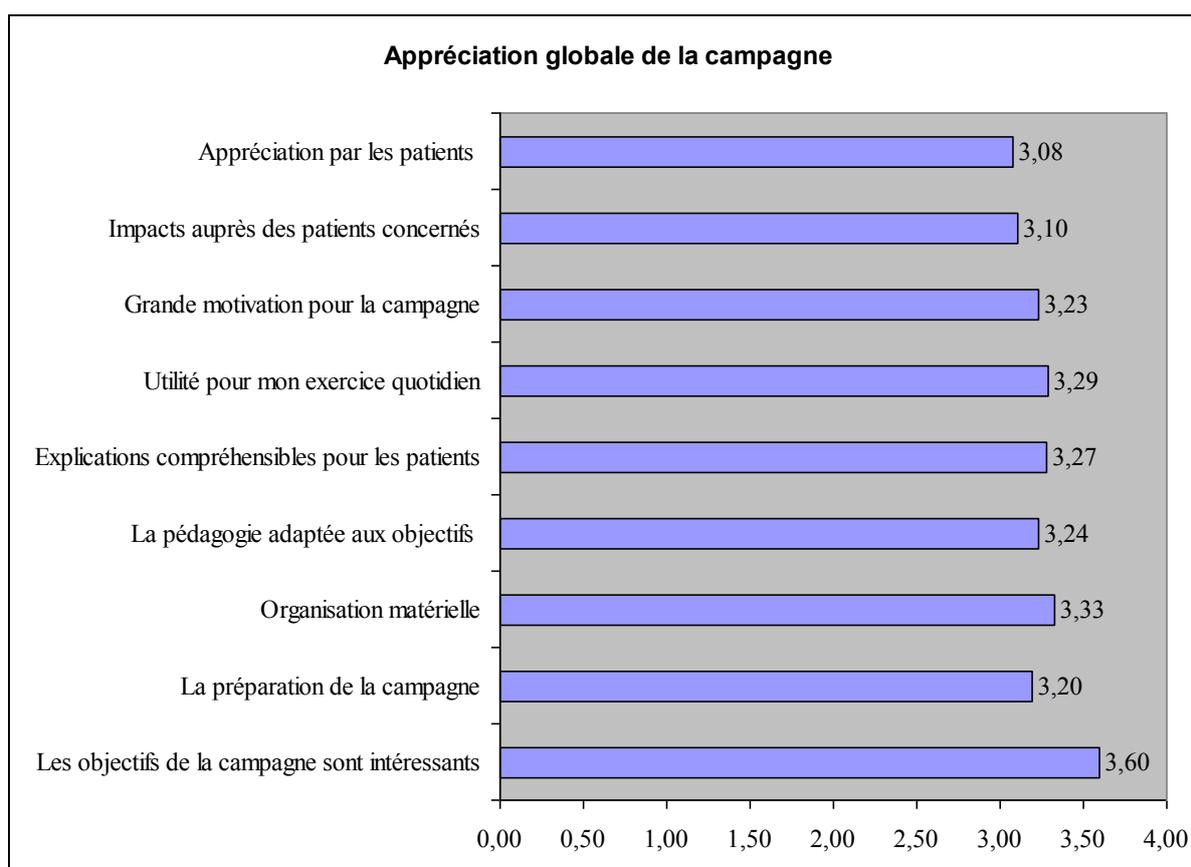
- 91% ont mis en évidence les affiches de la campagne dans la salle d'attente et 38% également dans d'autres lieux stratégiques du cabinet.
- 80% ont remis la bande dessinée à chaque adolescent auquel le test a été proposé.
- 55% ont remis une carte « filsantéjeunes » à chaque adolescent participant : sur 2160 cartes mises à disposition, 1265 ont été distribuées soit 59 %.

1.2.4 Questionnaire de satisfaction

54 médecins ont rempli le questionnaire de satisfaction.

1.2.4.1 Appréciation de la campagne (échelle de 1 à 4)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : d'accord
- 4 : tout à fait d'accord



1.2.4.2 Comment améliorer la campagne ?

- En retravaillant le thème :
 - En diminuant la tranche d'âge (cité 3 fois).
- En retravaillant les outils de la salle d'attente :
 - Affiche trop « noire ». Revoir l'affiche pour qu'elle soit plus attrayante (cité 4 fois).
 - Rendre l'affiche plus explicite quant à la cible des personnes dépistées (cité 3 fois).
 - 1 bande dessinée doit rester dans la salle d'attente même s'il y a risque de vol (cité 1 fois).

- En retravaillant les outils de la campagne :
 - Test pas toujours adapté à l'âge de la personne, à son statut social ou familial (cité 10 fois).
 - Questionnaire trop succinct (cité 3 fois).

1.2.4.3 Les points positifs de la campagne

- Permettre une approche différente des adolescents qui s'expriment plus facilement. Ouverture au dialogue (cité 18 fois).
- Accueil très positif de la part des adolescents (cité 9 fois).
- Test rapide à réaliser et facile à s'approprier (cité 9 fois).
- La carte « filsantéjeunes » est un très bon outil (cité 7 fois).
- Bande dessinée très bien faite (cité 6 fois).
- Montrer que le cabinet du médecin est un lieu d'écoute (cité 4 fois).
- Détecter des patients en situation de mal-être que l'on ne soupçonne pas (cité 4 fois).
- Prendre l'adolescent pour une personne à part entière (cité 4 fois).

1.2.4.4 Les points négatifs de la campagne

- Certaines questions ambiguës (exemple de celle sur le traumatisme) (cité 10 fois).
- Test pas toujours adapté à l'âge de la personne interrogée (pour les plus de 18 ans notamment) (cité 10 fois).
- Discordance entre le résultat du test et ce que le médecin pense (cité 8 fois).
- Test chronophage car entraîne une discussion (cité 7 fois).
- Période moins propice qu'en août (cité 5 fois).
- Présence des parents (cité 4 fois).
- Bande dessinée trop noire, lugubre (cité 4 fois).
- Matériel non reçu à temps (cité 2 fois).

1.2.4.5 Note sur 20 donnée par chaque médecin

54 médecins ont donné une note à la campagne :

- La moyenne des notes est de 14,53 /20.
- La moins bonne note est de 8/20
- La meilleure note est de 20 /20

1.2.4.6 « Si j'avais su que c'était cela, et si c'était à refaire... »

Sur les 54 médecins ayant répondu au questionnaire:

- 45 referaient la campagne.
- 6 demandent à réfléchir.
- 2 ne participeraient pas.

2 Résultats de l'enquête réalisée auprès des médecins à distance de la campagne

2.1 Caractéristiques des médecins rencontrés

49 médecins ont été vus en entretien six mois après la campagne soit 87,5 % des participants. 7 médecins n'ont pas été inclus pour les raisons suivantes : 1 en retraite, 2 en arrêt-maladie, 4 non disponibles par surcharge de travail durant la période des entretiens.

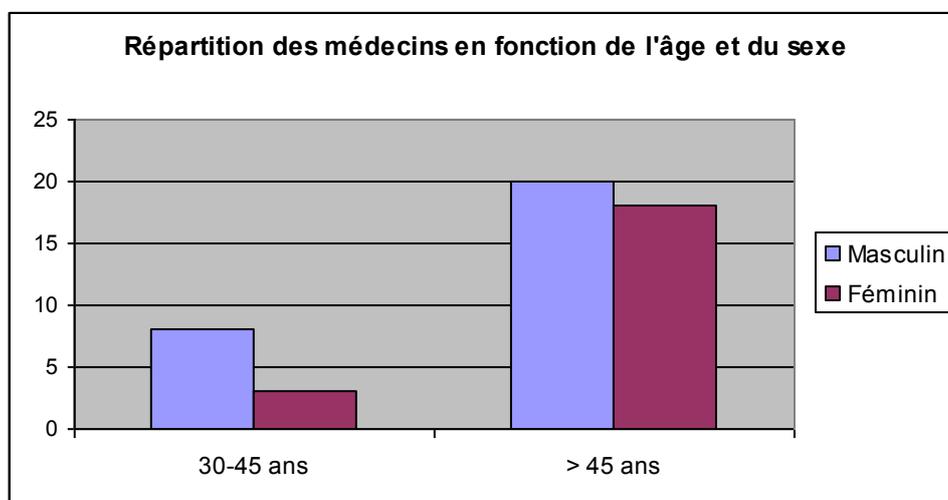
Les médecins interrogés se répartissent de la façon suivante :

- En fonction du sexe :
 - 21 femmes (43%)
 - 28 hommes (57%)

Le sex-ratio F/H est de 1,33.

- En fonction de l'âge :
 - 11 ont entre 30 et 45 ans (22%)
 - 38 ont plus de 45 ans (78%)

La moyenne d'âge du groupe est de 49,6 ans, les âges allant de 30 à 63 ans. L'âge moyen des femmes est de 49,9 ans et celui des hommes de 49,4 ans.



- En fonction du lieu d'exercice :
32 exercent en milieu urbain (15 femmes, 17 hommes) et 17 en milieu rural (6 femmes, 11 hommes)

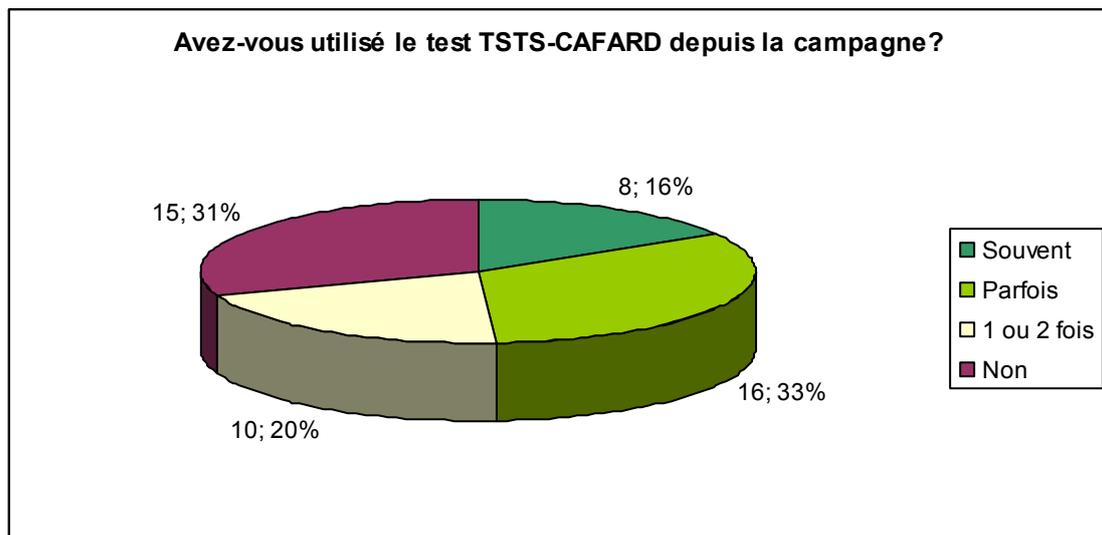
- En fonction du mode d'exercice :
43 travaillent dans un cabinet de groupe, 6 ont un exercice individuel.
Les médecins travaillant seuls sont tous en milieu rural.

2.2 Les médecins et le TSTS-CAFARD

2.2.1 *Connaissance et utilisation antérieure du test*

Sur les 49 médecins interrogés, 10 connaissaient le TSTS-CAFARD avant la campagne de l'APS : 5 l'avaient découvert lors d'un séminaire, 5 par le biais d'un article. Seuls 3 d'entre eux l'avaient mis en pratique à quelques reprises, puis abandonné ensuite.

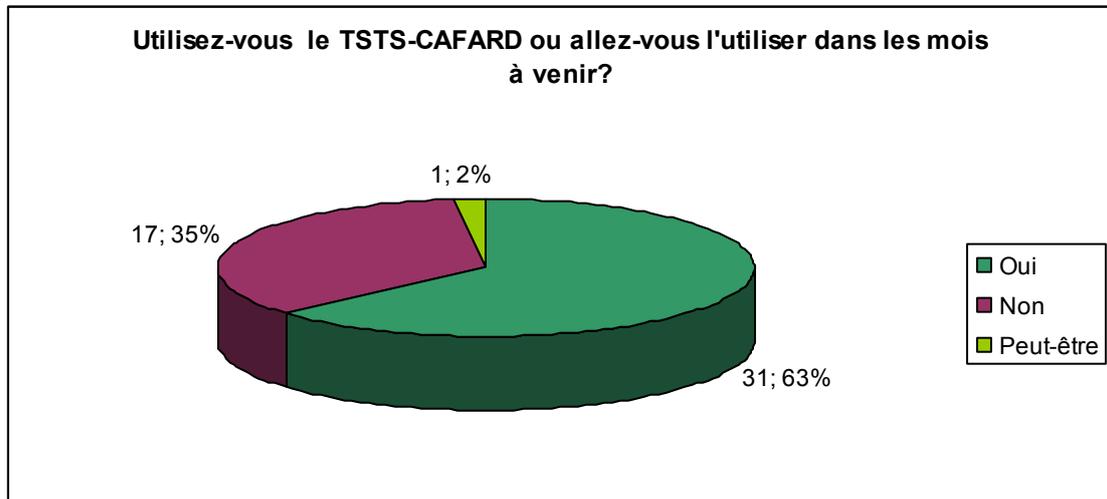
2.2.2 *Utilisation du TSTS-CAFARD depuis la campagne*



34 médecins (69%) ont utilisé au moins une fois le test dans les six mois suivant la campagne. 11 médecins (29%) ont utilisé le test dans le mois précédent l'entretien.

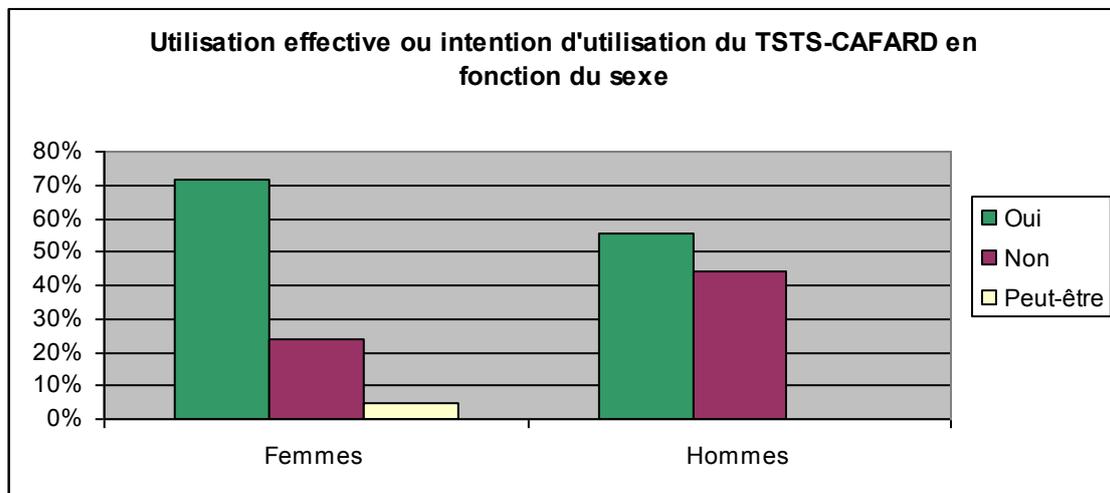
2.2.3 Intention d'utilisation du TSTS-CAFARD

- Analyse globale :



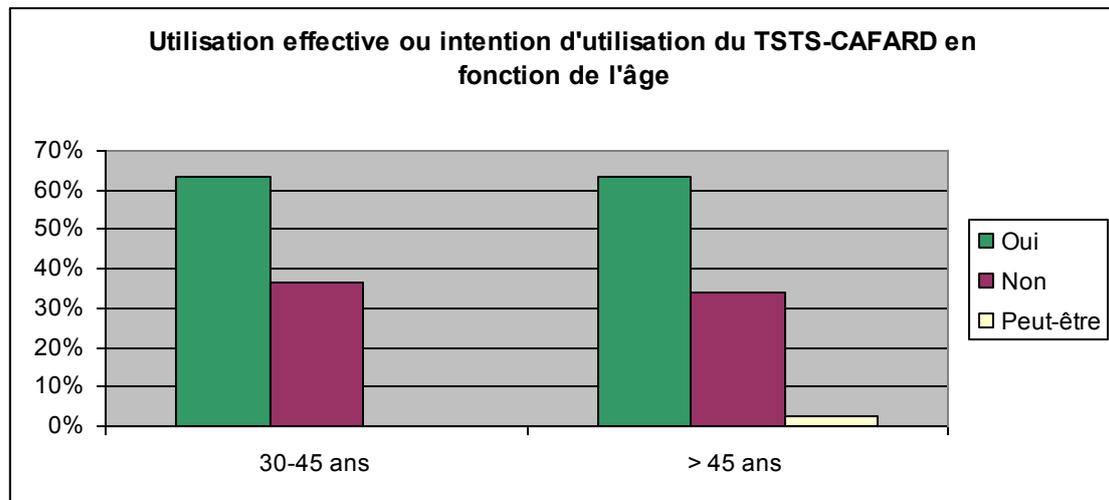
Plus de 6 médecins sur 10 pensent utiliser cet outil dans les mois à venir.

- Analyse en fonction du sexe :



Au seuil de 5%, on ne met pas en évidence de différence significative.

- Analyse en fonction de l'âge :



Au seuil de 5%, on ne met pas en évidence de différence significative.

2.2.4 Modes d'utilisation du test

Parmi les médecins qui utilisent le test, 74% le font tel qu'il leur a été présenté ; les autres déclarent l'avoir « adapté » à leur pratique en supprimant ou ajoutant certains items tout en gardant « l'esprit » de l'outil.

2.2.5 Contexte d'utilisation du test

- Doute sur un mal-être sous-jacent (cité 20 fois)
- Certificat médical (cité 14 fois)
- Systématiquement (cité 4 fois)

2.2.6 Raisons de non utilisation du test

Les principaux motifs invoqués par les médecins qui ne souhaitent pas utiliser le test sont :

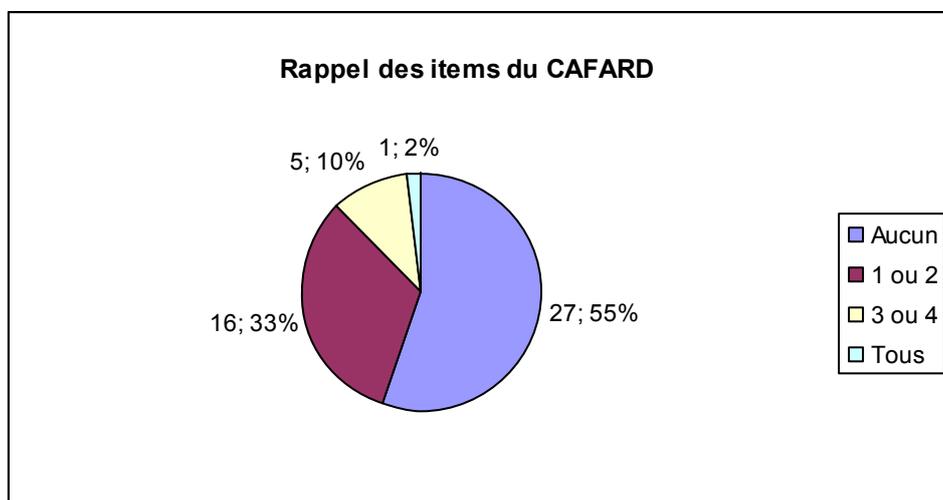
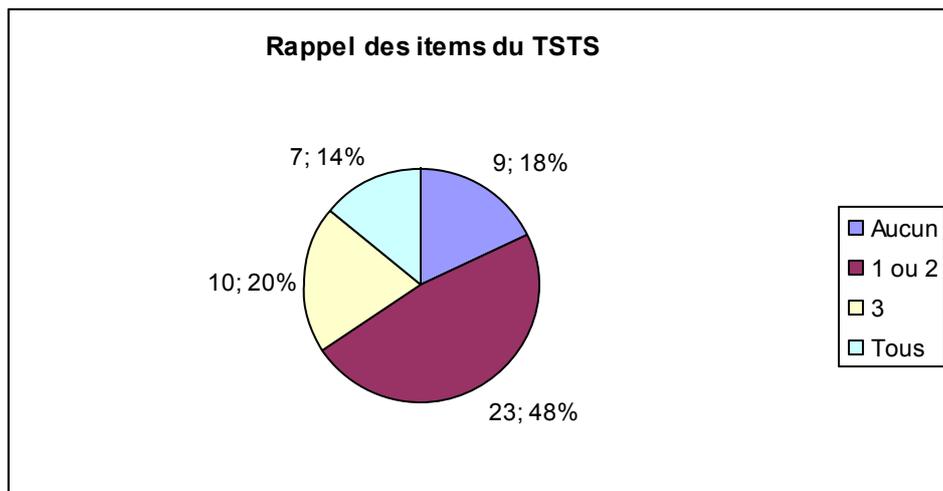
- Utilisation d'un autre outil formalisé ou non (cité 5 fois)
- Inadapté à la pratique ou difficile d'utilisation (cité 6 fois)
- Trop vaste (cité 2 fois)
- Existence de trop d'outils en médecine générale (cité 2 fois)
- Peu discriminant (cité 2 fois)
- Manque de temps (cité 2 fois)

2.2.7 Commentaires des médecins sur le TSTS-CAFARD

- Points positifs :
 - Facile d'utilisation (cité 8 fois)
 - Item des traumatismes intéressant (cité 5 fois)
 - Prétexte pour faire sortir les parents (cité 2 fois)
- Points négatifs :
 - Item du tabac trop sensible (cité 19 fois), traumatismes également (cité 7 fois)
 - Tranche d'âge trop large (cité 6 fois)
 - Inadapté (cité 4 fois), difficile d'utilisation (cité 3 fois)
 - Manque item sur drogues et alcool (cité 3 fois) et plaintes floues (cité 1 fois)
 - Serait plus utile en milieu scolaire qu'au cabinet médical (cité 1 fois)

2.2.8 Restitution des différents items du TSTS-CAFARD

Les 49 médecins se souviennent de « l'idée générale » du TSTS-CAFARD.



1 seul médecin se rappelle de tous les items du TSTS-CAFARD. 7 se souviennent entièrement du TSTS.

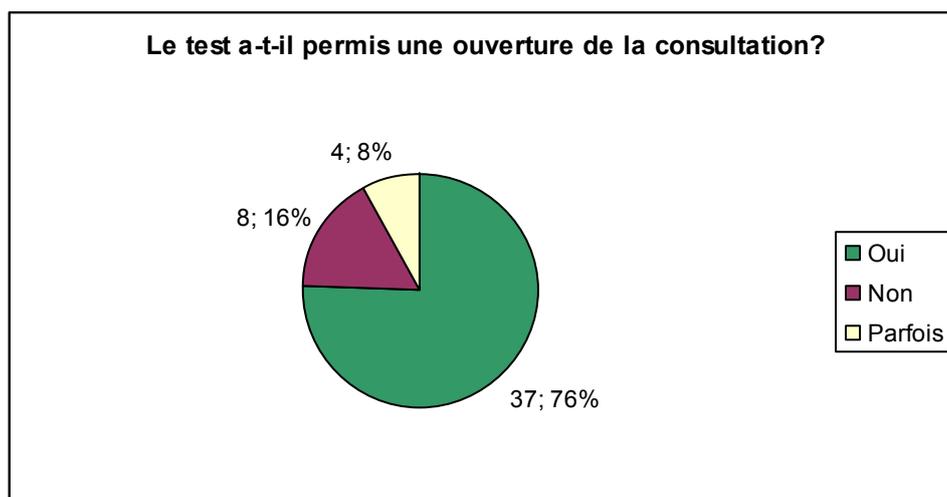
8 médecins ne retrouvent aucun item du test complet.

2.2.9 Résultats du questionnaire ADOC concernant les items retenus

N°	Libellé de l'item résumé	Résultats en pourcentage
18	Connaissance du test TSTS	98
19	Mémorisation du TSTS	14
20	Mémorisation du CAFARD	2
21	Test utilisé après campagne	69
22	Test utilisé < 30 jours	22
23	Plaquette « Basket » à portée de main	57
2	Fixer RDV < 1 an	90
3	Fixer RDV < 30 jours	37
5	Coordonnées structure spécialisée à portée de main	86

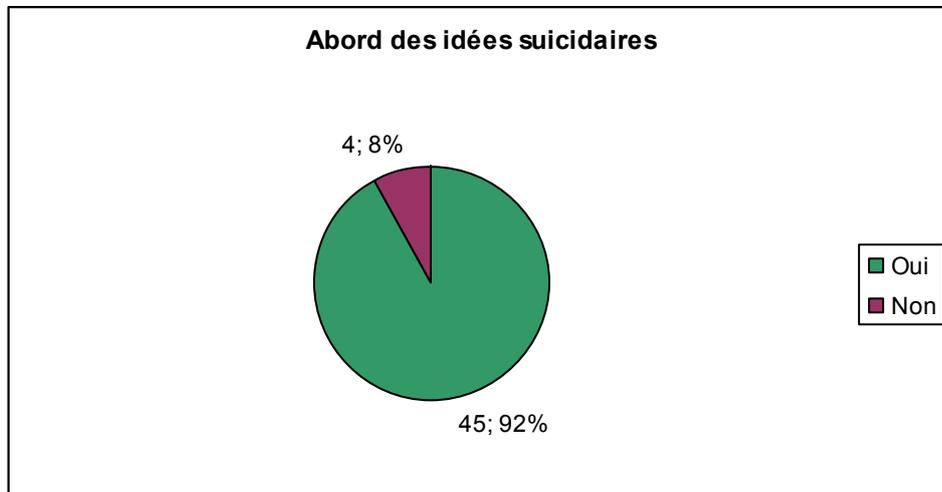
2.2.10 Ouverture de la consultation

Le test l'a favorisé pour plus de 3 médecins sur 4.



2.2.11 Aide du test pour l'abord des idées suicidaires

Le TSTS-CAFARD a été conçu pour faciliter l'abord des idées suicidaires avec l'adolescent. Il était demandé aux médecins ce qu'ils avaient fait à ce sujet :



Parmi les 45 médecins ayant parlé des idées suicidaires avec l'adolescent, 8 ne le faisaient pas auparavant ; chez les 37 qui l'avaient déjà intégré dans leur pratique, le test a facilité les choses pour 10 d'entre eux.

84% des médecins abordent le sujet uniquement si l'adolescent est à risque, 16% le font avec chaque adolescent qu'il soit ou non à risque.

Concernant les 4 médecins qui n'ont pas abordé le sujet : 2 invoquent un manque d'occasion, 1 aborde le mal-être mais n'arrive pas à employer le mot suicide et 1 fait part de sa déception : malgré ses espoirs, cet outil ne l'a pas aidé.

7 généralistes ont découvert des antécédents de TS dont ils n'avaient pas connaissance (environ 12 TS au total soit 0,77% des adolescents « testés »).

2.2.12 « Avez-vous été surpris par les résultats du test ? Dans quel sens ? »

- 21 médecins n'ont jamais été surpris
- 28 ont été parfois surpris :
 - mise à jour de difficultés insoupçonnées : ils pensaient que l'adolescent allait bien et le test révèle le contraire (cité 5 fois)
 - adolescent classé facilement à risque alors qu'il va manifestement très bien (cité 12 fois)
 - les deux situations (cité 11 fois).

2.3 Les médecins et les autres outils de la campagne

2.3.1 *La plaquette « basket » : un adolescent peut en cacher un autre*

Avez-vous la plaquette à portée de main ?	Pourcentage de médecins
Oui	57%
Non	29%
Ne sait pas	14%

2.3.2 *La bande dessinée « bons plans contre les idées noires »*

47 médecins sur 49 l'utilisent encore : 68% l'ont dans leur cabinet, 28% l'ont mise en salle d'attente et 4% dans les deux lieux.

Commentaires des médecins :

- Bien faite (cité 7 fois)
- Suscite le dialogue (cité 5 fois)
- Retour positif de la part des ados (cité 5 fois)

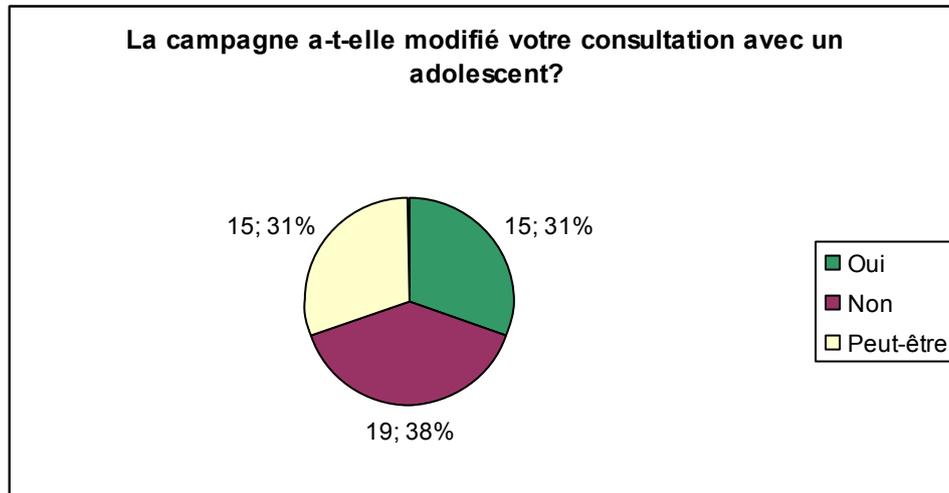
2.3.3 *La carte « filsantéjeunes »*

Elle est encore utilisée par 44 médecins : 68% les mettent à disposition sur leur bureau, 27% dans la salle d'attente et 5% aux deux endroits.

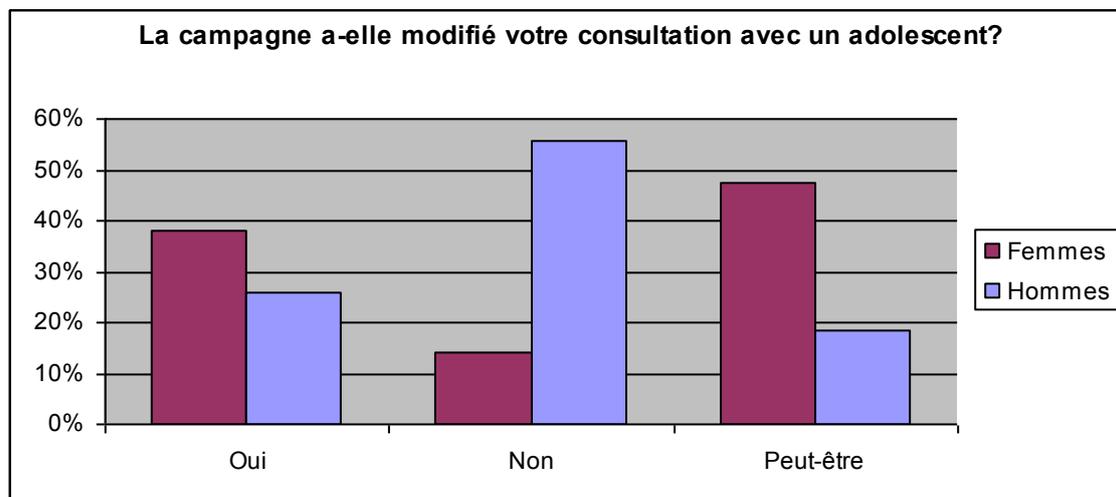
2.4 Les médecins et la campagne

2.4.1 *La campagne a-t-elle modifié votre consultation avec un adolescent ?*

- Analyse globale :

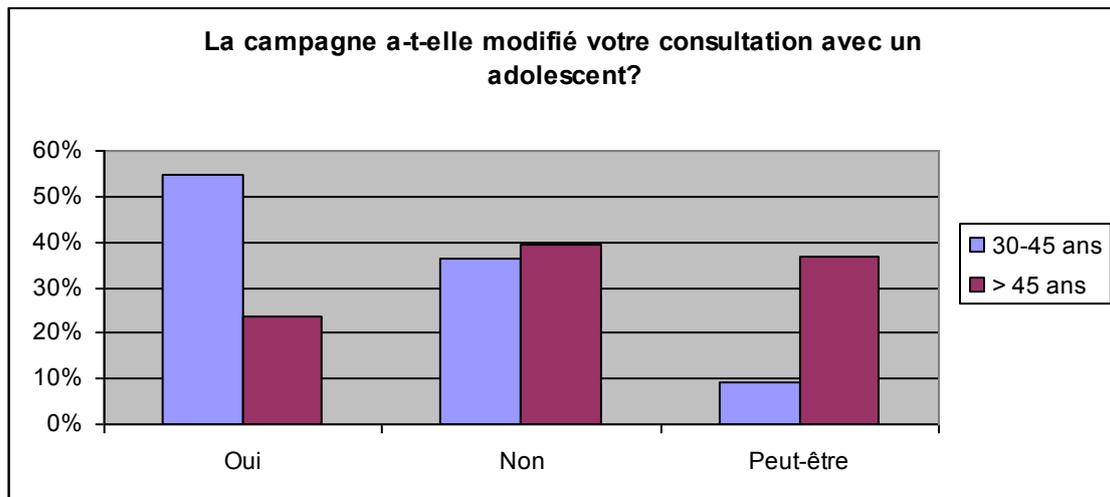


- Analyse en fonction du sexe :



Au seuil de 5%, la différence entre les sexes est significative ($p=0,0042$).

- Analyse en fonction de l'âge :



Au seuil de 5 % on ne met pas en évidence de différence significative.

- Remarques des médecins :
 - Parmi les 19 médecins qui pensent que la campagne n'a pas modifié leur comportement, 7 se sont dit déjà à l'aise avant.
 - Parmi les autres :
 - Plus systématique ou vigilant pour les questions psychologiques (cité 13 fois)
 - Plus à l'aise pour aborder les idées suicidaires (cité 5 fois)
 - Coordonnées de structures spécialisées (cité 2 fois)
 - Fixe un rendez-vous plus facilement (cité 1 fois)
 - Plus à l'aise pour les consultations pour symptômes flous (cité 1 fois)
 - Plus vigilant pour le sommeil (cité 1 fois), les traumatismes (cité 1 fois)

2.4.2 Approfondissement du sujet

- 5 médecins ont approfondi le sujet : 3 ont lu des articles, 1 un ouvrage, 1 a organisé un séminaire sur le sujet.
- 2 ont en projet de le faire.
- 22 s'en sont tenus aux documents de la campagne.
- 20 étaient déjà sensibilisés au sujet par le biais de séminaires ou de lectures.

2.5 Les adolescents dépistés pendant la campagne

27 médecins se souviennent de situations d'adolescents dépistés à risque au TSTS-CAFARD pendant la campagne :

- 61 adolescents dépistés.
- 17 rendez-vous fixés : 12 jeunes sont venus.
- 23 ont été orientés : 5 au CMP (Centre Médico-Psychologique) ; 2 en addictologie, 3 vers un centre pour adolescent, 12 vers un psychiatre libéral, 1 vers un psychologue.
- 3 ont fait une TS durant les 6 mois.
- 2 traitements antidépresseurs ont été introduits, 1 traitement substitutif par buprénorphine.
- A six mois, selon leur médecin : 29 vont mieux, 6 ne vont pas plus mal, 2 vont moins bien et, pour 24, ils ne savent pas.

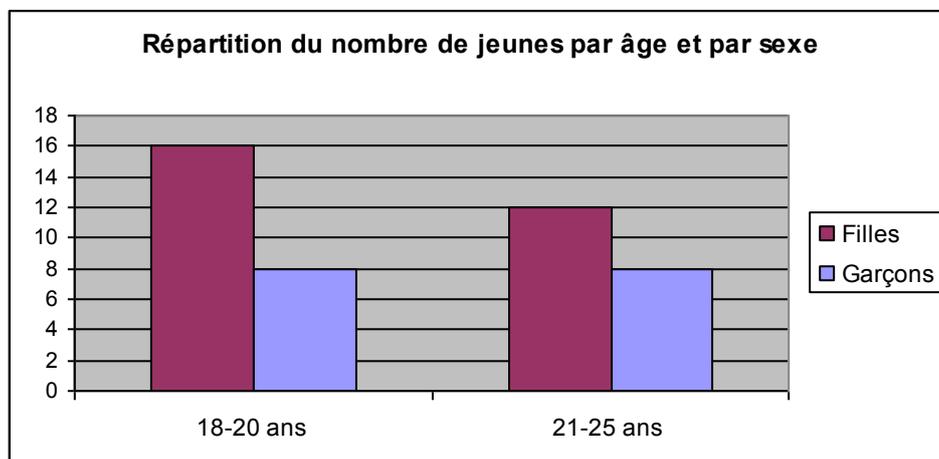
3 Résultats de l'enquête réalisée auprès des adolescents

3.1 Description du groupe de jeunes de plus de 18 ans interrogés

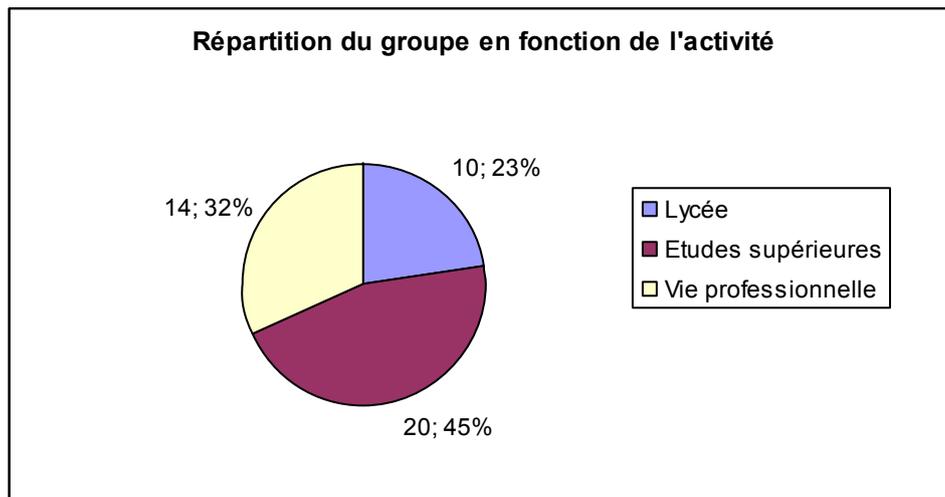
57 adolescents avaient donné leur accord pour être contactés par téléphone. 6 numéros étaient indisponibles, 5 n'ont pu être joints, 1 personne a refusé de répondre, 1 autre ne se souvenait plus de la campagne.

L'entretien téléphonique a donc été réalisé auprès de 44 patients de 18 ans et plus soit 77% des adolescents ayant donné leur accord et 7% des patients de cette catégorie d'âge ayant participé à la campagne.

- Répartition en fonction du sexe :
 - 28 filles (64%)
 - 16 garçons (36%)
- Répartition en fonction de l'âge :
 - 24 ont entre 18 et 20 ans (55%)
 - 20 ont entre 21 et 25 ans (45%)



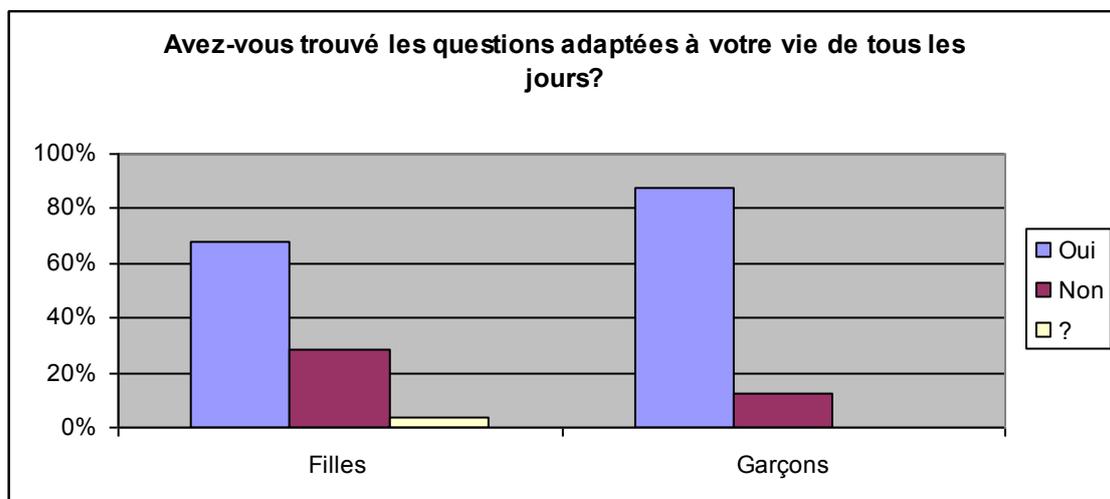
- Répartition en fonction de l'activité :



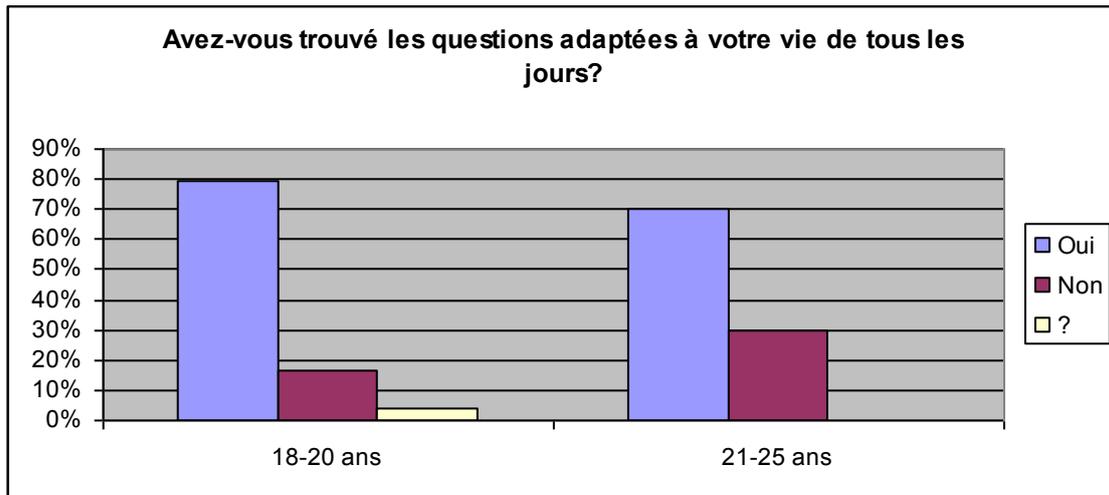
3.2 Vécu par rapport au TSTS-CAFARD

Questions	Oui	Non	Ne sait pas
Ont-ils été surpris par les questions ?	5 (11%)	38 (87%)	1 (2%)
Les ont-ils trouvées gênantes ?	2 (5%)	42 (95%)	0
Les ont-ils trouvées adaptées à leur vie de tous les jours ?	33 (75%)	10 (23%)	1 (2%)

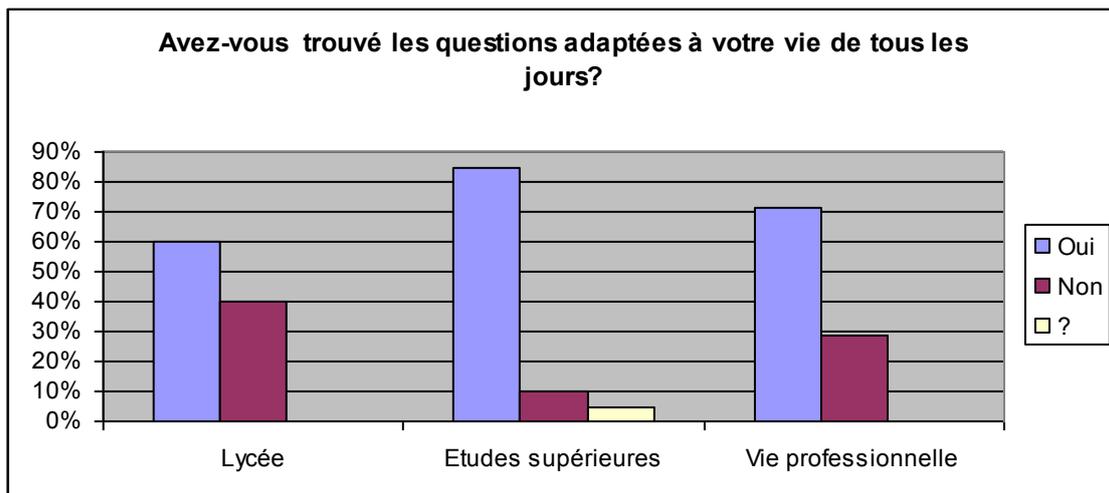
- Analyse en fonction du sexe :



- Analyse en fonction de l'âge :



- Analyse en fonction de l'activité :



3 filles sur 10 ont trouvé les questions inadaptées à leur vie de tous les jours. La proportion est identique pour les jeunes de 21-25 ans.

Au seuil de 5%, on ne met pas en évidence de différence significative pour ces différents items.

3.3 Rappel des résultats du TSTS-CAFARD

20 patients sur 44 (45%) se rappellent des résultats du test : seuls 4 étaient à risque dont 2 trouvaient qu'ils allaient pourtant bien.

De façon globale, sur une échelle de 1 à 4 le score pour l'affirmation « je me sens bien dans ma peau en ce moment » est de 3,2.

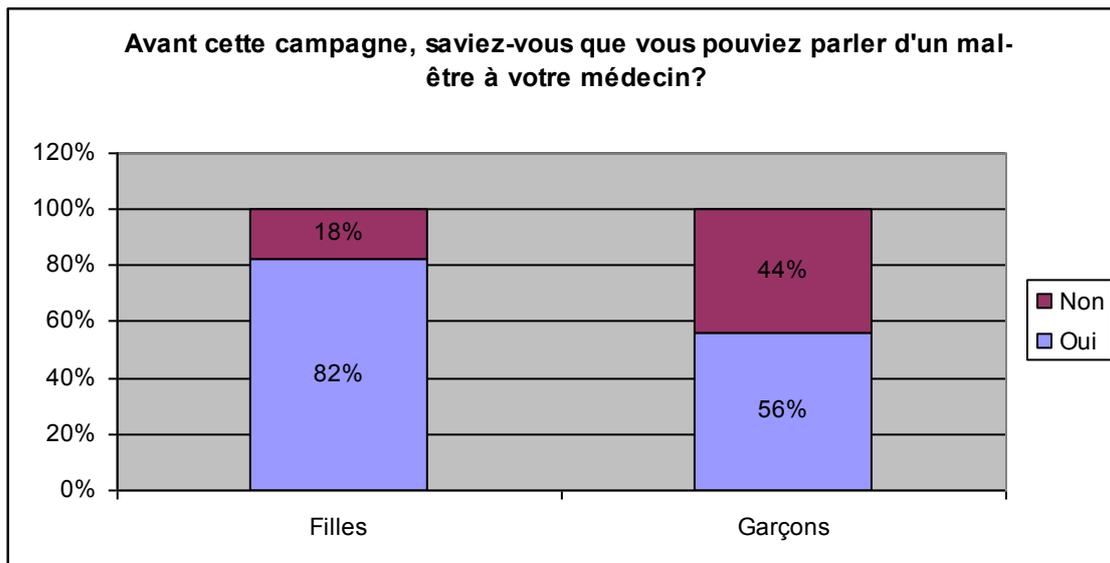
3.4 Les jeunes, leur mal-être et leur généraliste

- Attitude avant la campagne

- Globale :

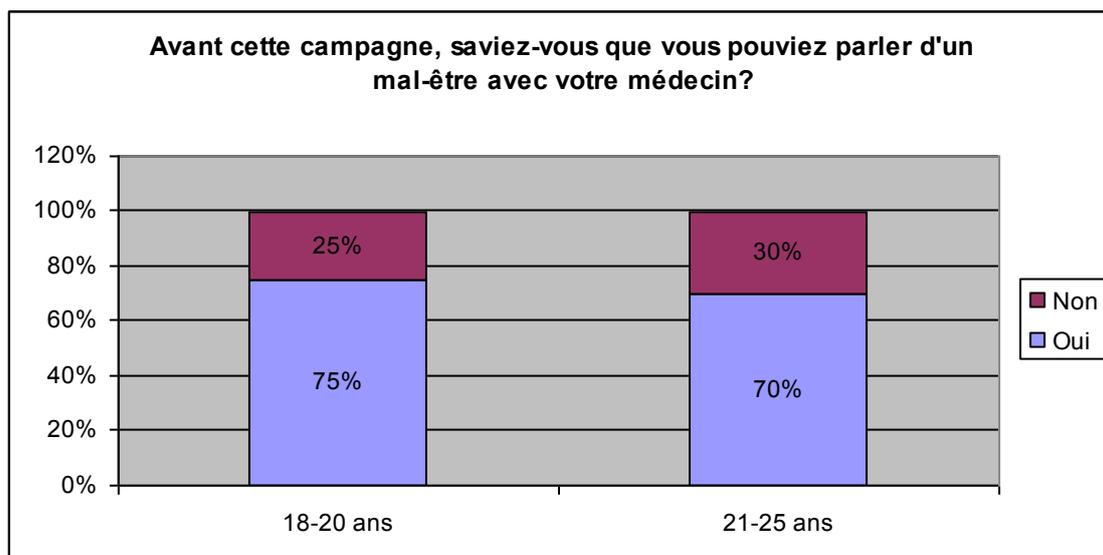
12 jeunes (27%) sur 44 ne savaient pas qu'ils pouvaient parler d'un mal-être avec leur médecin traitant.

- En fonction du sexe :



Au seuil de 5% on ne met pas en évidence de différence significative.

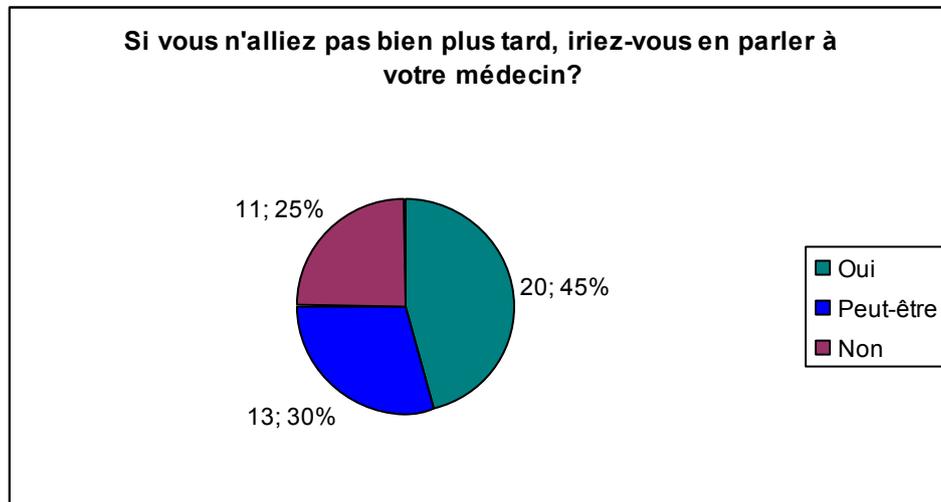
- En fonction de l'âge :



Au seuil de 5% on ne met pas en évidence de différence significative.

Parmi ceux qui savent qu'ils peuvent aborder ce sujet avec leur médecin, 7 ont spontanément dit l'avoir déjà fait, uniquement des filles.

- Attitude envisagée depuis la campagne



Pourquoi ?

- Quand la réponse est oui :
 - Secret professionnel (cité 5 fois)
 - Personne de confiance (cité 4 fois)
 - Suivi depuis longtemps, médecin connaît bien le patient (cité 5 fois)
 - Qualité d'écoute, sans jugement (cité 4 fois)
 - Plus facile qu'avec des proches (cité 4 fois)
 - « C'est son métier »
 - « J'ai été mis en confiance par la discussion suite au test, je n'aurais pas osé avant »
- Quand la réponse est peut-être :
 - Médecin consulté « en seconde intention » (cité 9 fois)
 - Sujet abordé à l'occasion d'une consultation pour un autre motif (cité 2 fois)
 - « Le médecin de famille s'occupe plutôt du corps »
 - « Avant, je pensais que seul le psychiatre s'occupait du mal-être »
 - « J'ai su qu'on pouvait aborder ce sujet avec le généraliste par mon conseiller principal d'éducation »
 - « Ce n'est pas le premier métier du médecin généraliste »
- Quand la réponse est non :
 - Plutôt à des proches : amis ou famille (cité 7 fois)
 - Médecin personne trop éloignée (cité 1 fois)
 - Psychologue ou psychiatre plus adapté (cité 2 fois)
 - « Ce n'est pas le travail du généraliste donc je n'irai pas l'embêter avec mes soucis »

3.5 Les jeunes et la campagne

3.5.1 *Appréciation globale de la campagne*

De façon globale, sur une échelle de 1 à 4 le score pour l'affirmation « j'ai beaucoup apprécié cette campagne de dépistage » est de 3,14.

3.5.2 *L'affiche de la campagne*

6 jeunes sur 44 (soit 14%) se souviennent de l'affiche. Sur une échelle de 1 à 4 le score pour l'affirmation « l'affiche était adaptée au thème de cette campagne » est de 3,33.

Commentaires sur l'affiche :

- « Bonnes couleurs », « couleur noire marquante »
- « Neutre et symbolique »
- « Accrocheuse »

3.5.3 *Bande dessinée « Bons plans contre les idées noires »*

3 jeunes sur 4 l'ont conservée. 1 sur 5 l'a prêtée à un(e) ami(e) qui lui semblait aller mal.

Sur une échelle de 1 à 4 le score pour l'affirmation « la bande dessinée est utile » est de 3,26.

Commentaires sur la bande dessinée :

- Positifs :
 - bien faite (cité 11 fois)
 - adaptée à la vie, résume bien toutes les situations (cité 4 fois)
 - donne des explications, des solutions (cité 3 fois)
 - dessins sympas (cité 2 fois)
 - « la bande dessinée parlait de choses vraies pour aider d'autres personnes, ça m'a permis d'aider une amie qui allait mal en comprenant ce qu'elle ressentait »
 - « intéressant sur le tabac et les relations amoureuses »
 - « elle représentait bien les petits problèmes que j'ai déjà eus et donnait des solutions »
 - « allait à l'essentiel, accrocheur »

- Négatifs :
 - bien mais adaptée à un public plus jeune (cité 3 fois)
 - trop superficielle (cité 1 fois)
 - « bande dessinée décalée par rapport au sujet, serait plus intéressante si faite par des jeunes »
 - « donne une mauvaise solution en cas de problème à l'école : je pense qu'il vaut mieux parler à une personne extérieure qu'au conseiller principal d'éducation »
 - « le langage est trop jeune, la bande dessinée trop convenue, le graphisme trop caricatural mais je ne sais pas ce qui serait bien »

- « la bande dessinée est bien faite mais elle n'est pas adaptée à ma situation car elle parle surtout des problèmes avec les autres alors que j'ai des problèmes plutôt avec moi-même »

3.5.4 Carte « *filstantéjeunes* »

Sur les 44 jeunes interrogés, 23 ont conservé la carte, 1 l'a diffusée autour de lui, personne n'a appelé le numéro.

DISCUSSION

1 Les particularités et biais de l'enquête

1.1 Spécificité du groupe de médecins observés

Il est évident que la population étudiée n'est pas représentative de celle des médecins des Pays de la Loire. Nous en étions conscients dès le départ mais cette enquête nous semblait importante et intéressante pour évaluer les effets d'une campagne mise en place par l'association APS.

1.1.1 Caractéristiques démographiques

L'effectif des omnipraticiens libéraux en 2004 dans les Pays de la Loire est de 3100 : 76% d'hommes de 50 ans d'âge moyen et 24% de femmes d'une moyenne d'âge de 45 ans (48). Notre groupe est plus féminisé (43%) et les femmes sont plus âgées que la moyenne de leurs consoeurs (49,9 ans).

1.1.2 Critères de sélection

La campagne était proposée majoritairement à des généralistes préalablement sensibilisés aux pratiques de prévention et d'éducation à la santé. Ce critère peut influencer un comportement du médecin différent de la population générale du fait d'une motivation initiale. D'autant plus que le manque de formation est l'un des freins évoqués par les médecins à une démarche préventive (7).

La participation basée sur le volontariat est un gage supplémentaire de l'intérêt de ces médecins pour ce type de démarche originale et ce malgré un petit bouleversement dans l'organisation de leur travail.

1.1.3 Rémunération

La rétribution forfaitaire des généralistes pour leur participation à la totalité de la campagne concourt à la valorisation de leur implication dans la démarche. La non rémunération spécifique actuelle des actions de prévention semble être un frein mineur et en diminution selon le baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 (7). Cependant, une étude récente de 2006 en région PACA (Provence Alpes Côte d'Azur) place l'absence de rémunération spécifique en deuxième position des obstacles, citée par 35% des médecins (63).

Les résultats de l'enquête à distance montre néanmoins une certaine pérennité de l'attitude de dépistage en dehors de tout cadre.

Le groupe étudié est donc non représentatif de la population générale des omnipraticiens et de petite taille ne permettant pas de tirer de conclusions formelles des résultats des tests statistiques. Je reste donc prudente sur les hypothèses que je peux formuler dans ce chapitre. Toutefois, l'objectif de ce travail est avant tout descriptif : c'est une photographie à moyen terme de ce que ces médecins ont retenu ou non de cette campagne de l'APS.

1.2 Utilisation du TSTS-CAFARD

Le groupe ADOC a conçu cet outil et son référentiel d'attitudes pour aider le généraliste dans l'abord clinique des adolescents âgés de 12 à 20 ans. Lors de la campagne, les consignes de l'APS étaient de proposer le dépistage à tous les jeunes de 12 à 25 ans.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'adolescence est une période dont les limites sont difficiles à définir.

Cette tranche d'âge élargie a posé problème à un certain nombre de participants mais c'est au praticien de juger, en fonction de la situation et de la connaissance qu'il a de son patient, s'il est judicieux ou non de s'aider de l'outil.

1.3 Échantillon des jeunes interrogés

Il n'est pas représentatif des adolescents qui ont participé à la campagne pour plusieurs raisons :

- Dans une logique de simplification de demande de consentement, nous nous sommes limités aux patients majeurs.
- Seule une partie des médecins a été informée de cet aspect de l'enquête, par conséquent les patients n'ont pas tous été sollicités.
- Les adolescents n'étaient contactés que s'ils avaient donné leur accord : on peut imaginer que ceux allant bien étaient les plus enclins à accepter.

2 Les résultats principaux : le TSTS-CAFARD

Tout d'abord, il faut souligner que le taux de participation des médecins à l'enquête réalisée dans les suites de la campagne est très satisfaisant puisque près de 9 médecins sur 10 ont été rencontrés.

2.1 Utilisation

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'utilisation du TSTS-CAFARD par les médecins à distance de la campagne : 7 sur 10 l'ont utilisé au moins une fois depuis et 3 sur 10 lors du mois précédent l'entretien. Ce bon résultat est à nuancer : parmi les 34 médecins ayant utilisé l'outil après la campagne, 10 l'ont fait seulement 1 ou 2 fois.

Cependant, si les généralistes sont les médecins les plus consultés par les adolescents, ils ne les voient que 1 à 2 fois par an, ce qui est peu (17). Et la période la plus « propice » est celle des certificats, de sport ou pour l'école, soit entre juin et septembre. J'ai donc demandé aux praticiens s'ils avaient l'intention d'utiliser le test dans les mois à venir : plus de 6 sur 10 ont répondu positivement.

Ces résultats sont proches, et même un peu supérieurs, de ceux trouvés par Binder et coll. lors de l'étude comparative de 4 modes de communication du référentiel d'accueil : après une FMC avec un expert ou une FMC de type interactif, 6 à 9 mois plus tard 52% des médecins ont utilisé le test au moins une fois (12).

Si les trois-quarts des médecins utilisent le test tel qu'il a été validé, les autres déclarent l'avoir « adapté » : ils ont supprimé ou ajouté certains items tout en gardant « l'esprit » du test. Cela reste positif car ils se déclarent plus vigilants sur des questions qu'ils n'abordaient pas auparavant tels que le sommeil ou les accidents.

Même si elle n'est pas statistiquement significative, la différence entre les sexes est frappante : les femmes utilisent plus le test que les hommes. L'utilisation selon la catégorie d'âge semble, elle, identique. Le baromètre médecins/pharmaciens 2003, lui, ne met pas en évidence de différence entre les sexes concernant l'utilisation de questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage d'une pathologie. Par contre, les médecins « juniors » les utilisent plus (7).

2.2 Mémorisation du test

Concernant la mémorisation du test, les résultats sont plutôt décevants : seul 1 médecin a retenu tous les items, 7 (14%) se souviennent complètement du TSTS. Globalement, les items du TSTS sont mieux connus car plus utilisés, les questions du CAFARD permettant d'approfondir une réponse positive aux items d'ouverture.

Ces données sont nettement inférieures à celle de Binder et coll. pour les groupes FMC (de 43 à 61%) et sont proches de celles du groupe routage (17%). Ceci peut être en partie expliqué par l'absence de formation préalable à la campagne pour présenter l'outil et par le fait que les items étaient repris complètement à chaque page du carnet à souche demandant un moindre effort de mémorisation.

Pour nuancer ce point, près de 6 praticiens sur 10 ont la plaquette du référentiel à portée de main et beaucoup disent la ressortir quand ils utilisent le test. Ces résultats sont supérieurs à ceux de Binder et coll. (42 et 49% dans les groupes FMC) (12).

2.3 Contexte d'utilisation

Peu de médecins utilisent l'outil de façon systématique, la majorité le fait en cas de doute sur un mal-être sous-jacent et la moitié lors des consultations pour certificat. L'emploi du test est donc sélectif pour la plupart, ce qui est en adéquation avec les résultats de l'audit réalisé par Binder et coll. auprès de 40 généralistes puisque l'utilisation du TSTS-CAFARD faisait l'objet de 65% des consultations (14).

2.4 Ouverture de la consultation

Le test est un outil d'aide au questionnement permettant normalement d'ouvrir la consultation et de l'orienter vers des préoccupations éloignées du motif initial. C'est ce qu'ont constaté les participants puisque 3 sur 4 considèrent que le test a permis une ouverture de la consultation. Ces données sont qualitatives et subjectives car elles concernent l'impression globale des généralistes et ne s'attachent pas à chaque situation d'utilisation du test. Binder et coll. ont montré qu'en plus d'ouvrir la consultation, l'utilisation du test augmentait l'indice de satisfaction des médecins concernant la consultation (14).

Les données ne semblent pas varier en fonction du sexe ni de l'âge.

2.5 Abord des idées suicidaires et découverte d'antécédents de TS

Nous avons vu précédemment que l'abord des idées suicidaires, particulièrement avec l'adolescent, est souvent délicat pour les médecins (2,26,52). Un des objectifs du test est de permettre et faciliter cette démarche : les résultats de l'enquête prouvent qu'il est atteint puisque seuls 4 médecins sur 49 n'ont pas abordé le sujet. 8 l'ont fait alors qu'ils en étaient incapables auparavant et le test a été facilitateur pour plus d'un quart de ceux qui l'avaient déjà intégré dans leur pratique. On remarque que le nombre de médecins qui posaient déjà la question des idées suicidaires est élevé : probablement parce que près d'1 sur 2 était déjà sensibilisé au sujet.

La découverte d'antécédents de TS (12 soit 0,77% des adolescents) est nettement inférieure aux données de la littérature : dans l'étude de Choquet et Ledoux de 1993, 6,5% des 11-19 ans disent avoir déjà fait une TS (17); 6% des 15-25 ans selon le baromètre santé jeunes 2005 en Pays de la Loire (47). Binder et coll. retrouvent 3% de TS (14).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats :

- antécédents de TS déjà connus du médecin avant la campagne.
- moindre difficulté pour l'adolescent de révéler un antécédent de ce type dans un questionnaire anonyme que lors d'un face à face avec un adulte.
- utilisation du test plus sélective dans l'étude de Binder et coll. que lors de la campagne (65% contre 78%), donc probablement plus orientée vers les patients semblant avoir des difficultés.

3 Commentaires des résultats secondaires

3.1 Nombre de tests réalisés

En moyenne, 28 tests sur 40 ont été remplis ce qui est une bonne performance étant donné que les adolescents consultent peu. Certains médecins ont expliqué leur faible nombre de tests du fait d'une patientèle âgée.

3.2 Résultats des tests

625 adolescents (40%) ont été dépistés comme à risque de mal-être. Même si les critères sont un peu différents, on peut rapprocher ces chiffres de plusieurs études : Choquet et Ledoux retrouvent 30% de « dépressivité » et 32% d'idées suicidaires chez les 11-19 ans (17); 43% des 15-20 ans étudiés par Rey et coll. en Suisse présentent divers niveaux d'idées suicidaires allant de la pensée simple à la TS (57). Enfin, dans l'étude Lycoll, ce type d'idéation concernait 34% des 14-17 ans (11).

Ici comme dans ces différents travaux, on constate que les filles sont plus nombreuses à exprimer un mal-être et que celui-ci va croissant avec l'âge.

3.3 Attitudes des soignants lors de la restitution des résultats du test

57% des médecins ont valorisé le bien-être des adolescents ce qui correspond à la quasi-totalité des jeunes appartenant à la catégorie à risque faible ou nul de mal-être (60%). Cette démarche rapide et aisée pour le praticien est extrêmement importante, elle rejoint l'esprit de promotion de la santé défendu par l'APS. Elle ne doit de ne pas être négligée pour plusieurs raisons :

- en cette période de changements, il est important de renforcer l'estime de soi de l'adolescent, de le rassurer en soulignant ce qui est normal chez lui et en pointant ses compétences (3).
- même si le jour de la consultation tout va bien, il aura repéré en son médecin généraliste un adulte ouvert à la discussion et soucieux de son bien-être, une personne ressource potentielle en cas de difficulté.

Quand un mal-être est dépisté, l'attitude la plus fréquente est de confronter les points de vue et reformuler, comme dans l'étude de Binder et coll. (13). En adoptant cette posture, le soignant s'engage, met des « mots sur les maux » de son patient ce qui favorise la mise en confiance et les confidences. Et, même si le mal-être est nié, là aussi le jeune aura identifié un interlocuteur éventuel. A l'inverse, une erreur d'interprétation chez un adolescent qui va bien ne portera pas à conséquence (10).

Renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels a été nettement moins employé : ceci prend du temps, il est donc plus aisé de le mettre en place au cours de consultations ultérieures. Souvent, les médecins maîtrisent mal les techniques psycho-comportementales ou ne se sentent pas compétents. Certains outils sont proposés dans la plaquette « un adolescent peut en cacher un autre » (1). Tout ce travail peut aider le jeune à passer un cap ou être un préliminaire à une prise en charge par le psychiatre ; il engage le « savoir-être » du médecin.

Souvent les généralistes ont d'avantage besoin de diminuer leur résistance que d'augmenter leur savoir : ils hésitent à mettre en œuvre leurs ressources. Les démarches du type de celle proposée par l'APS peuvent servir de tremplin pour expérimenter et constater que c'est réalisable. Malheureusement, lors de l'enquête, cet aspect n'a pas été abordé, on ne peut donc qu'espérer que ce soit le cas. Un des objectifs de l'association est d'inciter les médecins à se former dans les domaines de l'entretien motivationnel, des techniques d'intervention brève.

Dans 7% des cas le médecin a fixé un rendez-vous au patient dans un délai plus ou moins court. Ce type de démarche est inhabituel dans l'exercice du généraliste qui craint son caractère intrusif. Il a plutôt tendance à « proposer » de le revoir, attitude moins dirigiste et plus confortable : en bloquant un créneau pour l'adolescent, le praticien risque de se retrouver avec une plage horaire « inutilisée » si son patient ne vient pas. De plus, le système du paiement à l'acte constitue un frein pour les deux parties. Cependant, selon le groupe ADOC, les jeunes semblent apprécier ce mode de fonctionnement et honorent leur rendez-vous dans la majorité des cas (10). Ceci permet de consolider le lien.

5% des patients ont été orientés vers le dispositif spécialisé. La majorité des situations de mal-être est donc gérée dans un premier temps uniquement par les généralistes qui ont cependant pratiquement tous les coordonnées d'une structure d'accueil spécialisée pour les adolescents.

3.4 Modification du comportement des médecins

Il est difficile de mesurer de façon quantitative un changement dans le comportement. Les données recueillies sont qualitatives et subjectives, d'ailleurs la proportion de réponses « peut-être » à la question « la campagne a-t-elle modifié votre consultation avec un adolescent ? » est importante puisqu'elle concerne un tiers des médecins. Les avis sont très partagés : un tiers pense que cette campagne a occasionné des changements et un tiers pense que non. Aucun n'a radicalement modifié sa pratique, ce n'était pas le but recherché. Mais, ce qui ressort des commentaires est une plus grande vigilance quant à l'abord des problèmes psychologiques. Les médecins se déclarent plus systématiques dans leur questionnement ce qui devrait logiquement augmenter leur dépistage de jeunes en difficulté.

On remarque une différence significative entre les sexes : les femmes sont beaucoup plus enclines à penser qu'un changement dans leur comportement s'est opéré suite à la campagne. Chez elles, la part du doute est importante puisque la moitié répond peut-être. Les hommes, eux, jugent majoritairement qu'ils n'ont pas modifié leur pratique. Peut-être que la répétition des campagnes favorisera chez eux une certaine réflexion sur le doute et la remise en question de leurs pratiques.

Même si la différence ne semble pas significative, on note que les médecins « juniors » sont majoritaires à constater un changement alors que les « seniors » sont plus sceptiques.

Ces variations en fonction du sexe sont à rapprocher de celles concernant l'utilisation du test. Globalement, les femmes semblent plus « réactives » à cette campagne. L'étude en région PACA citée précédemment montre que les femmes sont plus nombreuses dans la catégorie « médecin très actif en prévention » (63).

Il serait intéressant de pouvoir évaluer précisément l'impact d'une campagne sur le comportement des médecins avec des variables quantitatives et également d'étudier les différences en fonction des thèmes de prévention.

3.5 Les autres outils

La bande dessinée « bons plans contre les idées noires » est très appréciée : 96% l'utilisent encore six mois après. Beaucoup n'ont plus qu'un exemplaire qu'ils prêtent ou mettent en lecture dans la salle d'attente. Cette démarche passive participe à sensibiliser les patients et leurs parents et engendre parfois une discussion lors de la consultation.

La plupart (90%) continue également à mettre en évidence les cartes « filsantéjeunes » : ceci implique faiblement le médecin mais peut rendre service à un adolescent ayant des difficultés à se livrer en entretien.

L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ont étudié la façon dont les médecins s'informent dans le champ de la prévention et comment ils transmettent cette information aux patients. Deux profils de médecins se distinguent en fonction de leur investissement professionnel : les « médecins critiques » proches d'une médecine curative, intégrant peu les dimensions informatives, préventives ou éducatives et les « médecins impliqués » se positionnant à l'opposé. Ces derniers sont quasiment les seuls à utiliser des supports d'information en salle d'attente qui vont sensibiliser le patient et l'aider à initier une demande lors de la consultation. Notre groupe de médecins semble appartenir à cette deuxième catégorie (16).

3.6 Les obstacles

Le manque de temps est un obstacle classique cité par les médecins parmi les freins à une démarche de prévention (7), ce que nous retrouvons également dans cette enquête. Si les médecins s'accordent sur le fait que le test est rapide à réaliser et relativement simple d'utilisation, ils jugent la discussion qui en découle chronophage. Cet obstacle peut être facilement levé en proposant à l'adolescent de le revoir pour poursuivre l'échange, et ce, en lui fixant un rendez-vous.

La présence des parents est perçue comme gênante par certains praticiens, alors que pour d'autres, le test sert de prétexte pour les faire sortir. La question de la place des parents dans la consultation est délicate et il n'existe pas d'attitude générale applicable à toutes les situations.

Plusieurs médecins soulignent la grande quantité de tests d'aide au diagnostic ou au dépistage pour expliquer leur rejet de l'outil. Il est vrai que ceux-ci sont nombreux, charge au praticien de déterminer ceux qui lui sont utiles. Pour cela, il est fondamental de les manier ; le contexte de la campagne est alors un excellent moyen pour se faire une opinion. De plus en plus de généralistes utilisent des questionnaires (35,2% en 2003) même si ce n'est le plus souvent qu'occasionnellement (7).

Si la majorité des médecins se sent concernée par le sujet, il existe cependant un déni chez quelques-uns qui ont déclaré n'avoir pas d'intérêt pour ce test car, exerçant dans des milieux favorisés, ils ne sont pas confrontés au problème du mal-être chez l'adolescent.

3.7 Les points positifs

80% des médecins ne connaissaient pas le TSTS-CAFARD auparavant. Cette campagne a donc permis la découverte d'un outil et sa mise en application. Les généralistes se sentent très concernés par ce sujet ; cette approche différente, bousculant leurs habitudes, a très souvent élargi le champ de la consultation en laissant à l'adolescent une place nouvelle pour s'exprimer. Avec cet outil, « l'adolescent devient bavard » dit un des médecins.

Alors que la résistance des patients est souvent mise en avant comme obstacle aux démarches de prévention (7), les médecins ont perçu un accueil très positif de la part de leurs patients.

3.8 Enquête auprès des jeunes de 18-25 ans

Pour l'instant, il n'existe aucune donnée disponible dans la littérature concernant le ressenti des adolescents en rapport avec le TSTS-CAFARD. En tenant compte des réserves concernant la non représentativité du groupe, ce travail constitue une première approche.

3.8.1 Vécu de la campagne en général et du test en particulier

Les jeunes interrogés ont apprécié cette campagne, ce qui confirme l'impression des médecins. Ils n'ont pas été surpris par les questions et très peu gênés : l'acceptation du test par les patients est bonne ce qui est capital pour un outil de dépistage. Je rappelle toutefois que les jeunes se sentaient relativement bien dans leur peau lors de l'entretien téléphonique et pendant la campagne ; il serait nécessaire de vérifier ces données auprès d'un échantillon représentatif de la population étudiée.

A la question « Avez-vous trouvé les questions adaptées à votre vie de tous les jours », les réponses, sans atteindre le seuil statistique de significativité, varient quelque peu selon l'âge, le sexe et l'activité. Les filles sont plus modérées que les garçons. Comme on pouvait s'y attendre, les plus de 20 ans se sentent moins concernés par les questions du test, argument pour limiter l'outil au public des 12-20 ans. Concernant l'activité, les résultats sont surprenants : j'attendais un plus fort taux de réponses négatives des jeunes entrés dans la vie professionnelle et, surtout, des résultats nettement plus positifs concernant les lycéens. Effectivement, c'est a priori le groupe le plus représentatif du public auquel le test est destiné ; cependant il faut être extrêmement prudent et ne pas tirer de conclusion car l'échantillon est très petit (10 jeunes).

3.8.2 Les jeunes, leur mal-être et leur généraliste

1 jeune sur 4 ne savait pas, avant la campagne, qu'il pouvait parler d'un mal-être avec son médecin traitant. On peut penser, même si l'analyse en fonction de l'âge ne le confirme pas, que cette proportion est encore plus grande chez les plus jeunes, non interrogés ici. Les garçons sont moins au courant que les filles puisque près d'1 sur 2 l'ignorait. Moins d'1 jeune sur 2 affirme qu'en cas de mal-être il consulterait son généraliste. Des raisons invoquées par les jeunes qui n'iraient pas voir leur médecin ou qui n'en sont pas sûrs, ressort l'image d'un généraliste dont le rôle est essentiellement de s'occuper du corps et non de « l'esprit » : « ce

n'est pas son travail ». On remarque que le psychiatre n'est cité que deux fois, loin derrière le recours aux proches en cas de problème psychologique.

Les adolescents sont donc incomplètement informés des champs de compétence du généraliste, ce qui explique probablement en partie le faible taux de consultations pour motif psychologique (6). De plus, on sait qu'à trouble psychologique égal, les filles consultent plus que les garçons (15). Dans une étude de Narring et Michaud en Suisse, parmi les jeunes déclarant un besoin d'aide pour des problèmes de sommeil, d'alimentation, de « déprime », de tabac ou d'alcool, moins de 10% disent avoir consulté un médecin pour ce motif, alors qu'ils sont nombreux à avoir été en contact avec un médecin au cours des 12 derniers mois (45). Une autre enquête, réalisée en Grande-Bretagne, montre qu'une majorité des 16-24 ans ne reconnaît pas le médecin généraliste comme une personne ressource en cas de problème mental (9).

Une sensibilisation des adolescents, en particulier les garçons, semble donc nécessaire quant aux rôles et compétences du médecin généraliste afin d'augmenter leur recours aux soins en cas de difficulté. Ceci dans le but d'intervenir rapidement et d'éviter des gestes suicidaires. Les médecins devraient signifier, à chaque consultation avec un adolescent, qu'il reste disponible en cas de problème psychologique ; on peut également envisager des actions en milieu scolaire, une campagne dans les médias...

Je remarque que les jeunes interrogés semblent avoir bien intégré la notion de confidentialité, notamment envers les parents : le secret professionnel, le médecin synonyme de personne de confiance sont mis en avant par ceux qui iraient voir leur médecin en cas de besoin alors qu'à l'inverse, ceux qui ne consulteraient pas n'émettent pas d'argument négatif en rapport avec ce sujet. Dans l'étude suisse, près d'un adolescent sur deux ne sait pas où consulter sans que ses parents ne le sachent (45).

3.8.3 Appréciation des outils de la campagne

Si les praticiens trouvent l'affiche trop « noire » et pas assez attractive, les patients la perçoivent au contraire symbolique, accrocheuse avec des couleurs en adéquation avec le sujet. L'objectif est donc atteint puisqu'elle devait susciter l'intérêt des adolescents en premier lieu.

La bande dessinée a reçu un accueil très positif puisque les trois-quarts l'ont conservée et qu'ils n'ont pas hésité à la prêter à des amis en difficulté. Aborder ce sujet délicat avec ce support est un vrai succès de la campagne, cet outil est très apprécié par les deux parties, soignants et soignés. Il a ouvert la discussion, sur le moment ou lors d'une rencontre ultérieure. Ce livret conseille d'ailleurs à plusieurs reprises de faire appel à son généraliste en cas de mal-être.

L'utilisation d'une bande dessinée comme support de prévention a rarement été évaluée mais semble bénéfique. Une étude en Poitou-Charentes montre une augmentation significative des connaissances des adolescents à partir de l'utilisation d'une bande dessinée sur l'hépatite C ; de plus, comme dans notre enquête, en la présentant à leurs proches, ils augmentent la diffusion de l'information (32).

Plus de la moitié a conservé la carte « filsantéjeunes » ; même si personne n'a appelé le numéro, les jeunes gardent à portée de main cette solution facile d'accès, anonyme et gratuite.

4 Une expérience originale : création d'un partenariat entre un cabinet médical et un collège

Suite à leur participation à la campagne, les médecins du cabinet de Saint-Germain-sur-Moine ont engagé une réflexion autour des jeunes et de leur santé. De l'observation de leurs consultations avec des adolescents ou leurs parents, ils ont conclu que le cabinet médical, lieu d'écoute privilégié, n'était pas forcément le lieu le plus accessible pour les jeunes. L'idée a alors germé d'aller là où sont les adolescents : au collège. Les médecins ont présenté leur projet aux deux établissements du secteur, et à l'heure actuelle, l'un d'eux est décidé à s'engager. Une première réunion avec différents acteurs intéressés (responsables du collège, parents d'élèves, professionnels de l'animation, médecin responsable du CREDEPS) a eu lieu en novembre 2007 pour présenter le projet.

L'objectif est de créer un « Espace santé jeunes » au sein du collège, lieu attractif et interactif d'apprentissage de la santé, espace libre d'écoute et de parole ; ceci pour :

- valoriser les démarches de bien-être,
- informer sur la santé,
- prévenir les comportements à risque,
- renforcer le lien entre les soignants et les collégiens pour améliorer leur accès aux soins.

En pratique, les rencontres auront lieu régulièrement dans une salle identifiée du collège, à un rythme bimensuel pour commencer. Elles dureront 45 minutes sur le temps du midi et seront « animées » par deux adultes formés : un professionnel de la santé (médecin, infirmière, psychologue...) accompagné d'un professeur ou d'un parent. Trois « maîtres mots » caractérisent cet espace : Liberté d'accès et de parole, Volontariat et Respect de la parole de chacun, d'une certaine confidentialité. Les élèves disposeront d'une boîte aux lettres et d'un blog pour déposer les thèmes qu'ils souhaitent aborder.

Le but est de renforcer les compétences des jeunes en leur apportant les connaissances manquantes, en s'appuyant sur des méthodes pédagogiques et de communication interactives et ludiques. Un partenariat avec le CREDEPS concernant la formation et le matériel éducatif est envisagé. Des pistes pour obtenir un financement sont à explorer.

Tous les acteurs du projet sont motivés et prêts à s'impliquer, l'inconnue qui persiste reste l'accueil de ce type d'action par les élèves eux-mêmes.

Cette démarche nouvelle mérite d'être soutenue et encouragée, s'inscrivant parfaitement dans la philosophie de promotion de la santé défendue par l'APS.

5 Place de ce type de démarche dans la prévention en médecine générale

5.1 Cadre législatif de la prévention en médecine générale

Depuis quelques années, la prévention est redevenue une préoccupation et un objectif des autorités de santé publique. La prévention et l'éducation pour la santé sont régies en France par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art.79). Cette loi a permis la création de l'INPES, établissement public administratif, ayant pour missions l'expertise en matière de prévention et de promotion de la santé et la mise en œuvre de programmes de santé publique pour le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire.

La loi est renforcée par celle du 9 août 2004 (loi n° 2004-806) relative à la politique de santé publique. Cette dernière fixe notamment la notion de « consultation de prévention » (20).

La fonction clé du médecin généraliste dans la politique de prévention et d'éducation en santé est décrite dans la dernière convention nationale des médecins généralistes et spécialistes publiée le 11 février 2005, consécutive à la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 (loi n° 2004-810) (39).

5.2 Part et moyens de la prévention en médecine de soins primaires

Il s'avère très difficile de chiffrer avec précision la part d'activité des médecins relative aux activités de prévention du fait de définitions variables et de l'intrication à d'autres champs du soin. Selon l'enquête de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) sur les motifs de consultation, la prévention représente 32,35% de l'activité du généraliste : sont pris en compte l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, la vaccination et l'examen systématique (30, 39). Cette place est peut-être encore supérieure car tous les domaines de la prévention ne sont pas pris en compte : les conduites à risque, la contraception, la grossesse non compliquée, l'ostéoporose, ...

Les comptes nationaux de la santé de 2006 révèlent une augmentation des dépenses de prévention mais ces données ne tiennent pas compte des actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires comptabilisées dans la CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux) (27, 28). En 2002, l'ensemble des dépenses de prévention a été estimé, par une étude conjointe de la DREES et de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), à 10,5 milliards d'euros soit 6,4% de la dépense courante de santé en France. Les dépenses de prévention individuelle comptabilisées dans la CSBM s'élèvent à 5,8 milliards d'euros qui se répartissent de la façon suivante :

- 45% pour la prise en charge des facteurs de risques, des addictions et des formes précoces des maladies (diabète, hypertension artérielle...),
- 36% pour les dépistages,
- 19% pour les mesures cherchant à prévenir l'apparition d'une maladie chez les bien-portants.

Le poids de l'hôpital est marginal (4%) dans les coûts de prévention individuelle engagés dans le système de soins. La part entre médecine générale et spécialisée n'a pas été différenciée mais il est vraisemblable qu'elle soit largement plus importante en omnipratique (28).

5.3 Obstacles à la prévention et propositions de solutions

Une majorité des généralistes et la quasi-totalité des futurs professionnels s'intéressent à la prévention et la considèrent comme partie intégrante de leurs missions (7, 8, 62, 63). S'ils sont également convaincus de l'efficacité de la prévention, il est des domaines où ils se sentent plus compétents : ceux plus fortement « médicalisés » ou techniques comme le dépistage des cancers, par opposition à ceux plus « comportementaux » ou éducatifs tels que les comportements à risques. Les résultats du baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 montrent cependant une progression du sentiment d'efficacité dans ces derniers domaines (7).

Bien qu'ils soient très concernés, les médecins se heurtent à différentes difficultés :

- Le manque de temps :

C'est une des raisons la plus invoquée comme frein à la pratique de prévention et une variable difficile à modifier si ce n'est, peut-être, en favorisant la multidisciplinarité : si le généraliste a une place privilégiée dans le système de soin et donc une influence sur la santé publique, il n'est pas seul et doit pouvoir s'appuyer sur les autres professionnels en favorisant le travail en réseau (36).

Une autre solution serait l'instauration effective de la consultation médicale périodique de prévention prévue par la loi du 9 août 2004. Son cahier des charges demande cependant à être réfléchi et adapté en fonction des régions et des patients. Ceci nécessite des études pilotes avant une mise en œuvre généralisée (20, 43). Concernant les adolescents, le rapport Rufo-Joyeux recommande la mise en place d'examens de prévention obligatoires chez l'adolescent à 12 ans, vers 14-15 ans et au moment de la journée d'appel de préparation à la défense. Ces examens seraient réalisés dans le cadre de la médecine de ville par des professionnels formés (58).

- La résistance des patients :

Elle est considérée comme un obstacle prépondérant. L'acte de prévention est rarement réclamé par le patient : alors qu'il consulte pour un autre motif, son médecin va lui proposer un dépistage ou bien l'encourager à modifier un comportement qu'il juge à risque alors que lui-même se sent en bonne santé. Le généraliste risque d'être jugé trop interventionniste. Cette résistance doit pouvoir être levée par une meilleure communication entre le médecin et le patient mais aussi par le biais de campagnes d'information auprès du grand public.

- Une formation jugée insuffisante :

La formation initiale est disparate d'une faculté à l'autre même si la création du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées), par la reconnaissance de la spécificité de la médecine générale, place la prévention en bonne place dans les compétences indispensables à acquérir.

Concernant la FMC, les besoins des médecins en terme de prévention se concentrent sur l'apprentissage de l'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel, l'utilisation d'outils spécifiques à la médecine générale (55, 63). Une approche de type interactif est à privilégier : plusieurs revues de la littérature mettent en évidence que les FMC « classiques » telles que les conférences, si elles modifient le savoir, n'ont qu'un très faible effet sur le changement des pratiques professionnelles. A l'inverse, les FMC « interactives », en demandant une participation active et en permettant l'expérimentation, sont beaucoup plus efficaces en terme de modification des pratiques (22, 23).

Dans le domaine du dépistage du mal-être des adolescents, ces données se vérifient : une journée de formation n'augmente pas le taux de dépistage alors qu'une formation de 2,5

heures par semaine pendant 6 semaines suivie d'une session 6 semaines plus tard obtient de bons résultats en terme de savoir, de comportement et de sentiment d'efficacité (49, 60).

- Une activité non rémunérée :

Même si l'enquête en région PACA place cet obstacle en seconde position, le baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 montre que la proportion des médecins avançant cet argument est faible et diminue nettement au fil des ans (7, 63).

Cependant, une réflexion sur le mode de rémunération semble nécessaire ; en effet, le paiement à l'acte paraît inapproprié à l'exercice de la prévention, qui, pour être efficace, demande du temps et des modifications dans l'organisation du travail. Comment imaginer des séances collectives d'éducation thérapeutique avec ce système ?

- L'excès de recommandations peu pratiques d'utilisation en médecine de soins primaires :

Les conférences de consensus et recommandations professionnelles sont nécessaires pour harmoniser les pratiques fondées sur les preuves mais elles se révèlent souvent générales, rédigées par des spécialistes et peu adaptées aux réalités de travail du généraliste. D'où la nécessité de développer et promouvoir des outils spécifiques pour lui (5).

- L'absence de retour concernant l'impact des mesures de prévention prises :

S'il dispose de résultats en terme de santé publique, le généraliste se représente difficilement les effets de ses actions sur sa propre patientèle notamment en terme de prévention primaire. D'où une perception moins gratifiante que celle laissée par les soins curatifs expliquant une moindre implication systématique.

5.4 Atouts de l'association APS pour faciliter la prévention

Le gain de temps est considérable : l'APS prend en charge toute la logistique de la campagne qui est fournie « clé en main » au médecin. Outre la proposition d'un outil professionnel validé, l'association s'occupe des affiches, des supports d'information pour les patients, ainsi que d'un support de travail pour le praticien sous la forme d'un cahier à souche. Celui-ci contient l'outil choisi, des conseils et permet de recueillir toutes les données concernant le patient et l'attitude du médecin. Il sert pendant toute la durée de la campagne. Il est élaboré en concertation avec tous les acteurs de l'association dont des médecins généralistes bien conscients des réalités du terrain. La campagne est conçue pour s'intégrer au mieux dans un planning de consultation normal.

Même si le nombre de participants est limité pour des raisons budgétaires, les médecins peuvent s'engager dans plusieurs actions au cours de l'année : on imagine que cela participe à faire baisser la « résistance » des patients en les habituant à ce type de démarche et en soulignant l'implication de leur médecin dans ce domaine.

Jusqu'à présent, l'action de l'APS ne s'inscrit pas dans la formation mais, par la mise en pratique « intensive » d'un outil validé sur une période déterminée, elle permet au praticien de se « faire une idée » et, si cela lui convient, de l'intégrer à sa pratique de façon définitive. Le but est de faire prendre conscience au médecin que, même s'il ne connaît pas l'outil ou que cela bouscule sa pratique habituelle, cela ne demande pas de compétences inaccessibles.

Les participants reçoivent une indemnisation forfaitaire pour valoriser leur démarche. Il aurait été intéressant de leur demander si l'absence de rémunération remettait en cause leur participation.

Le promoteur du projet est un médecin généraliste, disponible et réaliste sur les objectifs à atteindre de par sa connaissance du terrain. C'est un atout majeur. Les messages et changements de pratique sont mieux compris et acceptés lorsqu'ils sont transmis par des confrères qui connaissent leurs conditions de travail.

Le médecin participe à l'amélioration de la démarche en retournant un questionnaire de satisfaction où il expose les aspects positifs et les difficultés qu'il a rencontrés dans les différents champs de la campagne. L'APS analyse les données et adresse au participant un compte-rendu lui permettant de s'évaluer et de se situer par rapport à ses collègues. Tout ceci vise à un renforcement positif et une valorisation des changements de pratique.

Pour perfectionner la démarche, des formations de type interactif pourraient être organisées en amont de chaque campagne : le thème et l'outil seraient alors explicités permettant une « entrée » plus facile dans la campagne. Des rappels périodiques des campagnes et des outils précédents, par un effet « piqure de rappel », optimiseraient probablement un changement durable des pratiques. L'association s'oriente dans cette direction puisqu'en janvier 2008, elle organise une seconde campagne sur le thème de l'alcool en proposant un outil différent de celle de 2005.

CONCLUSION

L'amélioration de la prise en charge de la souffrance des adolescents, sujet d'actualité, concerne de multiples acteurs dont le médecin généraliste (64). Le TSTS-CAFARD a été conçu pour l'aider dans ce domaine. Notre enquête montre que ce test suscite l'intérêt des généralistes : il constitue un appui lorsque le médecin a un doute face à un jeune et est également utilisé en « dépistage de masse » du mal-être lors des examens systématiques. D'une façon générale, il ouvre la discussion. Il favorise l'abord des questions d'ordre psychologique, ce que le généraliste fait rarement spontanément. Sa facilité d'emploi et sa bonne acceptation par le patient en font un outil de choix.

Un soutien par une association telle que l'APS a fait ses preuves en terme d'utilisation ponctuelle de techniques concernant la promotion de la santé (34). Ce travail révèle qu'une majorité de médecins utilise l'outil proposé six mois plus tard. Pour objectiver sa pérennité, il serait intéressant de réaliser une autre enquête plus à distance, englobant éventuellement tous les outils proposés jusqu'à présent par l'association.

Ce système d'accompagnement original des médecins trouve donc sa place dans le domaine de la promotion de la santé. Il constitue un appui intéressant pour les généralistes dans le cadre de leur mission de prévention. Cette action mérite d'être encouragée et étendue à l'ensemble des médecins, ceci en s'appuyant sur un système de formation interactif et en s'inscrivant dans les réflexions en cours concernant l'organisation de la prévention et de l'éducation thérapeutique dans notre système de soins.

ANNEXES

1 Annexe n° 1 : Charte

Campagne de prévention
EN MÉDECINE LIBÉRALE

la Charte **Agir ensemble** en prévention en exercice libéral

En France, le système de soin est doté d'un service de soins performant, grâce à l'excellence de ses professionnels et de ses équipements, mais qui souffre d'une insuffisance à réduire la mortalité et la morbidité prématurées par des mesures de prévention.

Les professionnels de santé doivent garantir les soins de l'ensemble de la population mais aussi prendre leur part dans la prévention et l'éducation pour la santé. L'objectif est d'agir sur un ensemble de facteurs concourant à renforcer le capital santé d'un individu ou d'une collectivité.

La prévention fait l'objet de nombreuses initiatives renforcées par de nombreux textes législatifs ou réglementaires récents. Elle doit rester accessible à l'ensemble des usagers sans que personne au sein de la collectivité, ne soit exclue de cette prise en charge.

Spécialiste de soins primaires, le médecin libéral peut faciliter l'appropriation et l'adoption de diverses mesures de vie et d'environnement plus favorables au capital santé du patient.

Cette démarche de prévention nécessite une réflexion et un travail communs entre les différents acteurs de soin et les organismes intervenant dans le champ de la promotion de la santé, tous essentiels sur ce sujet. Elle nécessite d'être régulièrement encouragée et soutenue par des échanges.

Conscient(e) de cet enjeu, je m'engage :

- à participer à la campagne de prévention allant de la mise en place d'informations collectives pour la clientèle et l'utilisation de support de prévention lors de la consultation, fournis à cette fin pendant la semaine de prévention.
- à renseigner, lors de la campagne, quelques indicateurs spécifiquement choisis pour l'évaluation.

Identification

A _____, le _____

Signature



2 Annexe n° 2 : Plaquette « Soutenir l'action des professionnels de santé »

Ce que nous vous proposons...

... e'est ...

- Passer quelques minutes à préparer la campagne (affichage, disposition des brochures).
- Passer quelques minutes de plus avec les patients concernés par le thème de la semaine.
- Intégrer l'activité de prévention dans sa pratique quotidienne de travail.
- Passer un peu plus de temps avec certains patients bien identifiés.
- Proposer seulement 1 ou 2 éléments de prévention apportant un bénéfice dans la prise en charge ou la vie du patient.
- Pouvoir participer à une, deux, trois ou quatre campagnes de prévention par an, selon ses possibilités.
- Pouvoir s'investir dans cette démarche à sa mesure.

... ce n'est surtout pas...

- Passer des heures à préparer la campagne.
- Passer une heure de plus avec chaque patient.
- Déstabiliser toute sa semaine de travail.
- Passer du temps avec tous les patients.
- Vouloir changer toutes ses habitudes de soignant(e) et bouleverser la vie du patient.
- Etre obligé(e) de participer aux quatre campagnes.
- Etre contraint(e) de participer à de multiples réunions.

Vous êtes intéressé(e), vous avez des questions :
Docteur Patrick LE VAILLANT, médecin généraliste coordinateur
Sabrina LECHEVALLIER, chargée de mission

☎ : 02.40.99.22.34 - Fax : 02.40.99.22.24 - Mail : aps-info@wanadoo.fr

Vous souhaitez participer :
Vous renvoyez la Charte "Agir ensemble en prévention en exercice libéral" signée à l'Association APS
7 bis rue Bergère
44000 NANTES

* Les promoteurs de cette action sont membres de l'association "Agir en promotion de la santé"

<small>Dr M. Anton, médecin allergologue</small>	<small>Dr P. Lamour, médecin de santé publique</small>
<small>Mme C. Greffier, ingénieur en pédagogie</small>	<small>Dr P. Le Vallant, médecin généraliste</small>
<small>Dr V. David, pédiatre</small>	<small>Dr A. Le Rhun, médecin de santé publique</small>
<small>Dr X. Guérin, médecin généraliste</small>	<small>Dr P. Mir, médecin du travail</small>
<small>Dr H. Jover, médecin du travail</small>	<small>Dr I. Moïlle, médecin allergologue</small>

Soutenir l'action des professionnels de santé souhaitant enrichir leurs pratiques de prévention

Nous sommes :
des médecins libéraux et de santé publique, regroupés dans une association de la loi 1901 "Agir en Promotion de la Santé", ayant obtenu un appui de l'URCAM et le soutien de l'URML.

Vous êtes :
un médecin libéral, pratiquant depuis toujours des activités de prévention.

Il existe des outils de prévention validés et performants pour intervenir sur la morbidité et/ou la mortalité prématurée. Cependant, ces outils sont actuellement sous-utilisés et la grande majorité (65%) des médecins déclare ne jamais se servir de questionnaires ou d'aide au repérage de facteurs de risques ou dépistage d'une pathologie⁽¹⁾.

Nous souhaitons :
Promouvoir une pratique de prévention avec les professionnels de santé libéraux, compatible avec leur exercice quotidien :

- en renforçant leurs pratiques déjà existantes,
- en les sensibilisant périodiquement à de nouvelles méthodes ou de nouvelles techniques.

CONCRETEMENT... EN VOUS APPORTANT DES OUTILS de prévention et d'éducation pour la santé performants et validés.

AGIR ENSEMBLE
PRÉVENTION EN EXERCICE LIBÉRAL

(1) - Balinska M.A., Baudier F., Bourdessol H., al. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, INPES, 2003.

DES ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES

L'association s'engage à :

- Accompagner les praticiens de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée désireux de s'investir dans cette démarche.
- Organiser quelques campagnes de prévention d'une durée d'une semaine dans le cadre de leurs pratiques libérales. Chaque semaine de prévention fait l'objet d'un thème spécifique.
- Proposer, pour chaque campagne, des outils qui tiennent compte de la pratique des médecins : facilité d'utilisation, sans coût supplémentaire, sans iatrogénie physique ou psychique, ayant une efficacité démontrée.
- Analyser le déroulement de chaque campagne et en tenir compte pour réorganiser les suivantes.
- Coordonner et gérer la logistique de l'ensemble de cette démarche.

Le médecin s'engage à :

- Participer à une ou plusieurs campagnes de prévention proposées chaque année. Au cours de cette semaine, la clientèle bénéficie de divers outils de prévention fournis par l'association (cf schéma ci-contre).
- Retourner la charte signée et les documents d'évaluation.

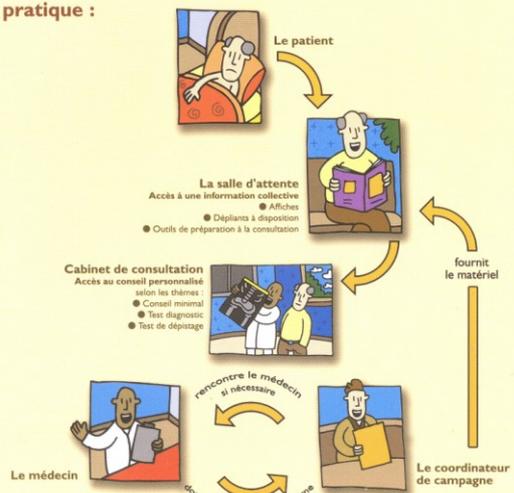
Le médecin bénéficie de :

- L'ensemble des documents et outils nécessaires à la réalisation d'une semaine de prévention : document de présentation de la campagne, affiche du réseau, différents outils de prévention et/ou de dépistage (outils collectifs en salle d'attente et/ou outils individuels en consultation), documents d'évaluation. Ils sont livrés au cabinet.
- La possibilité d'une visite à son cabinet par le médecin coordinateur, si nécessaire.
- Une rémunération forfaitaire par campagne pour valoriser le travail réalisé.
- Un soutien des professionnels de l'association, pour, s'il le souhaite, entretenir sa pratique en prévention et éducation du patient.

Pour chaque campagne de prévention, vous recevez sur votre lieu d'exercice :

- Un document simple explicatif "mode d'emploi de la campagne".
- Une affiche pour identifier la campagne et des brochures thématiques pour la salle d'attente.
- Un outil de prévention à utiliser pendant la consultation (tests diagnostics, conseil minimal...).
- Une fiche d'évaluation et un questionnaire de satisfaction du praticien en fin de semaine.

En pratique :



3 Annexe n° 3 : Plaquette mode d'emploi de la campagne

Pour cela, vous avez à votre disposition, les documents suivants :

- Ce document qui sert de mode d'emploi à la campagne
- Deux affiches thématiques pour la salle d'attente « Mal-être, ouvrons le dialogue »
- Des livrets « Bons plans contre les idées noires »
- Des cartes Fil Santé Jeunes
- Un cahier à souches

Contacts :

Patrick Le Vaillant, médecin généraliste coordinateur de l'association
Agir pour la Promotion de la Santé (APS)
Sabina Lechevallier, chargée de mission de APS
Tel : 02 40 99 22 34 / Fax : 02 40 99 22 24
Courriel : aps-info@wanadoo.fr

Vous serez destinataire...

d'une synthèse de l'évaluation de la campagne qui nous permettra d'organiser les prochaines actions de prévention

Vous avez signé la charte

« Agir ensemble en prévention en exercice libéral »
Campagne de prévention Septembre et octobre 2006

DEPISTAGE DU MAL-ÊTRE CHEZ L'ADOLESCENT Mode d'emploi

Approcher les difficultés des adolescents par 4 questions (test TSTS-CAFARD¹)



Pour en savoir plus,
Consultez la liste des références bibliographiques

1- Binder PH. Dépister les conduites suicidaires des adolescents: conception d'un test et validation de son usage (I). Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : 576-80. Audit clinique auprès de 40 généralistes (II). Rev Prat Med Gen 2004 ; 18-641-5

... NOUS VOUS PROPOSONS...

de préparer votre salle d'attente avant le début du mois...

de poursuivre votre action au cours de la consultation...

→ Juste avant le début de la campagne

1 - En posant l'affiche thématique « Mal-être, ouvrons le dialogue » sur votre mur



2 - En déposant la BD « Bons plans contre les idées noires » avec la mention « à consulter sur place »

Public ciblé : Garçons et filles de 12 à 25 ans

→ Pendant les mois de septembre et octobre



1- Proposer systématiquement à vos patients adolescents de 12 à 25 ans de réaliser le test « TSTS-CAFARD » dans le cadre du mois de prévention

↳ Si le patient est d'accord :

- 2- Remplir le questionnaire « TSTS-CAFARD » sur le cahier à souches fourni (recto-verso)
- 3- Calculer le risque et le restituer au patient
- 4- Réaliser votre prise en charge habituelle en fonction du risque identifié
- 5- Cocher les éléments de votre conduite adoptée sur le cahier à souches

↳ Dans tous les cas :

- 6- Proposer la carte Fil Santé jeunes
- 7- Proposer la BD « Bons plans contre les idées noires »

de terminer par l'évaluation...

→ Juste après le mois...



- 1- Remplir la fiche d'évaluation
- 2- Remplir le questionnaire de satisfaction
- 3- Renvoyer le cahier à souches complet à APS au plus tard le 20 octobre

Campagne de prévention
EN MÉDECINE LIBÉRALE

Septembre et octobre 2006

OUVRONS
LE DIALOGUE

Mal-être



Des **documents** sont à **votre disposition**
dans **la salle d'attente**
Vous pouvez en **parler** avec **votre**
médecin lors de votre **consultation**

AGIR ENSEMBLE
PRÉVENTION EN EXERCICE LIBÉRAL

Santé
j'écris
ton nom
UNION PROFESSIONNELLE
DE MÉDECINE LIBÉRALE
DES PAYS DE LA LOIRE

URAm
des Pays de
la Loire

5 Annexe n° 5 : Carte « filsantéjeunes »



• Je n'en ai jamais parlé • Je me sens seul • Je déprime
• J'ai peur • Je me sens mal, que faire ? • Je suis
moche • Comment ça marche les filles ? • Est-ce que
c'est normal ? • Mes parents me prennent la tête
• Je n'ose pas dire non • Rien ne m'intéresse.

Pour pouvoir en parler
tous les jours de 8h à minuit

0800 235 236
anonyme et gratuit (sauf portable)

 [www.filsantéjeunes.com](http://www.filsantejeunes.com)



Nom du médecin :

Campagne de dépistage du mal-être des adolescents Septembre et octobre 2006



Cahier à souches

- Test « TSTS-Cafard »
- Attitudes du soignant
- Fiche d'évaluation à remplir
- Questionnaire de satisfaction à remplir
- Liste de lieux et personnes ressources

APS -7 bis rue Bergère – 44000 NANTES

Tel : 02 40 99 22 34



TEST « TSTS-CAFARD »

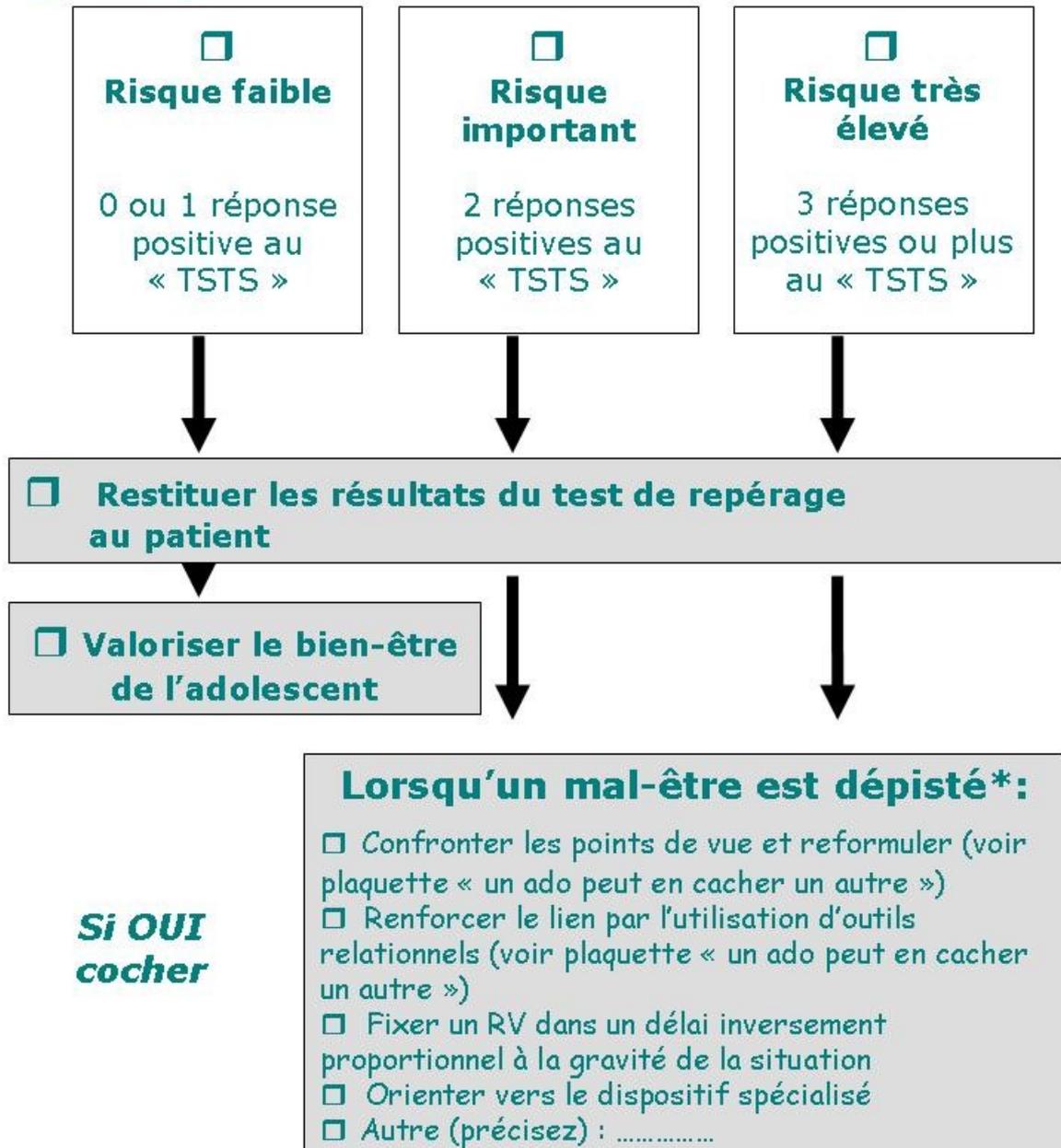
L'utilisation de ce test favorise l'abord psychologique des adolescents en consultation courante, et en cas de problème dépisté, un référentiel d'attitudes simples facilite l'amorce d'un accompagnement pour le passage d'un cap difficile.

<p>Ce test consiste à aborder 4 thèmes en formulant les questions d'ouverture suivantes :</p>		<p>A chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés ».</p>	
<p>T.S.T.S</p>	<p><i>Si oui cocher</i></p>	<p>C.A.F.A.R.D</p>	<p><i>Si oui cocher</i></p>
<p>Traumatologie → « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »</p> <p>Sommeil → « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »</p> <p>Tabac → « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »</p> <p>Stress → « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Sommeil → Cauchemars : « Fais-tu souvent des Cauchemars ? »</p> <p>Traumato → Agression : « as-tu été victime d'une Agression physique ? »</p> <p>Tabac → Fumeur quotidien : « Fumes-tu tous les jours du tabac ? »</p> <p>Stress scolaire → Absentéisme : « es-tu souvent Absent, ou en retard à l'école ? »</p> <p>Stress familial → Ressenti Désagréable familial : « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><i>Deux réponses positives à 2 questions différentes concerne la moitié des adolescents ayant eu des idées suicidaires et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuel ou passé.</i></p>		<p><i>Trois réponses positives au « CAFARD » concerne la moitié des adolescents ayant fait une tentative de suicide.</i></p>	

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.

Attitudes du soignant face aux résultats du test TSTS-CAFARD

(Cochez la case correspondant au risque pour votre patient, et les cases correspondant à votre prise en charge)



Si OUI cocher

* « Check-list » proposée par le le groupe ADOC, accueil des adolescents en médecine générale: validation de l'usage d'un référentiel- Rev Prat Med.



Fiche d'évaluation de la campagne Mal-être

à remplir par le médecin en fin de campagne

	Oui	Non
Les affiches de la campagne ont été mises en évidence dans la salle d'attente		
Les affiches de la campagne ont été mises en évidence dans d'autres lieux stratégiques du cabinet. Si oui, lesquels ?.....		
Avez-vous remis la BD « Bons plans contre les idées noires » à chaque adolescent auquel vous avez proposé le test ?		
Avez-vous remis une carte « Fil Santé Jeunes » à chaque adolescent auquel vous avez proposé le test ?		

**Nombre total d'adolescents vus en consultations
durant la campagne : ____**

Nombre total d'adolescents questionnés : ____

Nombre de cartes Fil Santé Jeunes restantes : ____

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU MEDECIN
Campagne de dépistage du mal-être des adolescents

☞ Votre avis sur cette semaine de campagne....

	Je suis...			
	<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
Les objectifs de la campagne sont intéressants				
La préparation de la campagne a répondu à mes attentes				
Tout s'est bien passé sur le plan <i>organisationnel</i> et matériel				
La démarche pédagogique est adaptée au thème de la campagne				
Les explications données sont claires et compréhensibles pour moi				
Cette campagne me paraît utile pour mon exercice quotidien				
<i>.6.1.1.1 J'ai participé à cette campagne avec une grande motivation</i>				
Cette campagne devrait avoir des résultats intéressants auprès des patients concernés				
Les patients ont beaucoup apprécié cette campagne				

☞ S'il fallait améliorer la campagne, on devrait retravailler autrement...

<input type="checkbox"/> le thème	<u>Comment ?</u>
<input type="checkbox"/> les outils « salle d'attente »	<u>Comment ?</u>
<input type="checkbox"/> les outils « consultations »	<u>Comment ?</u>
Quels sont le ou les 3 points qui vous paraissent les plus positifs ?	Quels sont le ou les 3 points qui vous paraissent les plus négatifs ?
☞	☞
☞	☞
☞	☞

☞ S'il fallait lui donner une note sur 20, ce serait ...

☞ Si j'avais su que c'était cela, et si c'était à refaire...

- Je ne participerai pas
- Bien sûr, que je participerai
- Je demande à réfléchir

☞ Avez-vous un thème à proposer pour les futures campagnes ?

Si oui, le(s)quel(s) ?.....

.....

☞ Connaissez-vous un médecin (ou plus) susceptible de participer à ces campagnes de prévention ? Si oui, indiquez le(s) nom(s)

.....

7 Annexe n° 7 : Questionnaire ADOC

nom	Lieu de formation	n° fiche
-----	-------------------	----------

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION TELEPHONIQUE ADOC

Au téléphone : Il est d'abord nécessaire de présenter le dérangement :

« Allo Dr ici la secrétaire du dr BINDER je voudrais parler au drà propos d'une formation à laquelle il a participé le ... à
(.....juste quelques questions pour une évaluation.....)

Bonjour dr Vous avez participé le ... à une formation dans laquelle le dr Binder ou le dr ... est intervenu . Conformément à ce qui était prévu, je vous rappelle pour faire une évaluation à long terme de la perception de cette formation. J'ai donc juste quelques questions à vous poser.

(La formation avait porté entre autre sur l'accueil des adolescents en médecine générale et plus particulièrement sur le dépistage du risque suicidaire). Les « plutôt » sont cochés quand vous sentez que l'interlocuteur hésite nettement

Nombre de mois depuis la formation ou le contact ayant présenté le test						
(1)REFUS DE REPONSE - (2)INDISPONIBILITE PROLONGEE- (3)N'EXERCE PLUS- (4)N'EST PLUS GENERALISTE (5) AUTRE						
1. Connaissez-vous maintenant un outil simple pour dépister un ado à risque suicidaire ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
18. vous rappelez-vous du test « TSTS Cafard » ? (qui vous a été présenté ?)	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
19. vous rappelez-vous des mots évoqués par chaque lettre de T. S. T. S. ?	T	S	T	S		
20. ... et par les lettres de C. A. F. A. RD ?	C	A	F	A	RD	
21. Avez-vous déjà utilisé ce test après la campagne ?	souvent	parfois	1 ou 2 fois	non	?	
22. récemment ? (dans le mois ? = depuis 30 jours)	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
23. Avez-vous à votre portée la plaquette qui vous a été remise (Basket) ou envoyée ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
24. En avez-vous détaché le mémo (en bas de la dernière page)	oui			non	?	
2. vous est-il arrivé cette année de fixer un RDV à votre cabinet à un ado que vous trouviez en difficulté ?.....(plutôt psychologiques)	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
3.l'avez-vous fait ce mois-ci ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
4. Diriez-vous que les adolescents auxquels on fixe un RDV reviennent rarement ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
6. Pensez-vous qu'un adolescent qui tente de se suicider est le plus souvent dépressif ?	oui	Plutôt oui	Pas forcément	non	?	
7 pensez vous que les troubles du sommeil sont nettement plus fréquents chez les ados ayant des idées suicidaires ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
8..... le tabagisme ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
9. avoir eu des traumatismes +ou - légers ayant nécessité des soins (entorses...plaies.....) ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
10. être stressé par le travail scolaire ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
11. Pensez-vous que plus de la moitié des adolescents ayant fait une TS ont bénéficié de soins médicaux ou psychologiques pour ce motif. (= pris en charge) ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
5. avez-vous à votre portée le n° de téléphone d'une structure spécialisée d'accueil d'adolescent ?	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
16. C'est un médecin (1) Homme, (2) Femme,	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	
17. son age : [.....]	oui	Plutôt oui	Plutôt non	non	?	

Durée entretien tél en min

8 Annexe n° 8 : Questionnaire médecin

Grille d'entretien des médecins généralistes

Par rapport à la campagne et ses outils :

1. a) Connaissiez-vous le test TSTS CAFARD avant la campagne ? oui non
b) Si oui : l'aviez-vous déjà utilisé et l'utilisez-vous encore?

2. a) Depuis la campagne, utilisez-vous toujours le test ou avez-vous l'intention de l'utiliser dans les mois à venir ? oui non
b) Si oui, dans quelles situations l'utilisez-vous ?

c) Si non, pourquoi ?

3. a) Avez-vous été surpris(e) par les résultats du test ? oui non
b) Dans quel sens ?

4. a) Le test a été conçu pour faciliter l'abord de la question des idées suicidaires avec l'adolescent : l'avez-vous fait ? oui non
b) Si non, pourquoi ?
c) Si oui, à quelle occasion ?
d) Le faisiez-vous déjà avant ?
e) Commentaires :

5. a) Le test vous a-t-il permis de mettre en évidence un antécédent de TS inconnu ?
 oui non
b) A combien de reprises ?

6. Le test a-t-il permis une ouverture de la consultation ? oui non peut-être
Commentaires :

7. Vous sentez-vous plus à l'aise avec un adolescent depuis la campagne ? C'est à dire a-t-elle modifié votre consultation avec un adolescent ?
 oui non peut-être
Commentaires :

8. a) Avez-vous eu envie d'approfondir le sujet ? oui non
b) Si oui, comment : lecture d'articles, FMC, congrès, DU.... ?
c) Si non, pourquoi ?

9. a) Utilisez-vous toujours la bande dessinée « bons plans contre les idées noires » ?
 oui non
b) Où est-elle ? salle d'attente cabinet
c) Commentaires :
10. a) Utilisez-vous toujours la carte « filsantéjeunes » ? oui non
b) Où est-elle ? salle d'attente cabinet
c) Commentaires :

Par rapport aux adolescents dépistés comme à risque :

11. Liste d'adolescents de plus de 18 ans d'accord pour être contactés
12. Nombre d'adolescents dépistés :
13. Lorsqu'un rendez-vous a été donné, est-il(elle) venu ? oui non
14. L'adolescent(e) a-t-il(elle) été orienté vers un dispositif spécialisé ? de quel type ?
(CMP, pédopsychiatre, psychiatre libéraux, centre pour ados, psychologue...) ;
observance ?
15. Avez-vous introduit un traitement médicamenteux pendant ces 6 mois ?
 oui non
Lequel ?
16. L'adolescent(e) a-t-il(elle) fait une tentative de suicide (moyen ?) S'est-il(elle)
suicidé ?
17. A votre avis, comment va l'adolescent(e) au bout de six mois ? mieux
moins bien état inchangé ne sait pas.

9 Annexe n° 9 : Questionnaire adolescent

Entretien téléphonique avec des adolescents de plus de 18 ans ayant participé à la campagne

Bonjour, je m'appelle Marion Bouillot, je suis médecin remplaçante et j'appelle de la part de votre médecin traitant le Dr X... Je fais ma thèse de médecine générale sur la campagne de dépistage du mal-être à laquelle vous avez participé en septembre dernier. J'ai quelques questions à vous poser à ce propos, cela prendra 5 minutes. Etes-vous d'accord pour y répondre ?

1. Vous rappelez-vous de la campagne de dépistage du mal-être à laquelle votre médecin généraliste vous a fait participer ?
 oui non
2. Avez-vous été surpris(e) par les questions que votre médecin vous a posées ?
 oui non
Pourquoi ?
3. Avez-vous trouvé les questions gênantes ? oui non
Pourquoi ?
4. Avez-vous trouvé les questions adaptées à votre vie ? oui non
Pourquoi ?
5. a) Vous rappelez-vous des résultats du test? oui non
b) Si mal-être : est-ce que ça va mieux ? oui non
c) Avez-vous revu votre médecin ? oui non.
d) Qu'est ce qui a été fait ?
6. Avant cette campagne, saviez-vous que vous pouviez parler d'un mal-être avec votre médecin? oui non
7. Si vous n'alliez pas bien maintenant ou plus tard, iriez vous voir votre MG pour lui en parler? oui non peut-être ne sait pas
Pourquoi ?

8. Que pensez-vous de l'affirmation suivante : je me sens bien dans ma peau en ce moment : tout à fait d'accord d'accord pas d'accord pas du tout d'accord
9. Que pensez-vous de l'affirmation suivante : j'ai beaucoup apprécié cette campagne : tout à fait d'accord d'accord pas d'accord pas du tout d'accord
10. a) Vous souvenez-vous de l'affiche de la campagne présente dans la salle d'attente de votre médecin ? oui non
b) Elle était adaptée : tout à fait d'accord d'accord pas d'accord pas du tout d'accord

Commentaires :

11. a) Vous souvenez-vous de la bande dessinée « bons plans contre les idées noires » ? oui non
b) Elle est utile : tout à fait d'accord d'accord pas d'accord pas du tout d'accord
c) L'avez-vous conservée ? oui non
d) L'avez-vous prêtée à un ou une amie qui vous semblait aller mal ? oui non

Commentaires :

12. a) Avez-vous conservé la carte « filsantéjeunes » ? oui non
b) Avez-vous appelé le numéro de « filsantéjeunes » ? oui non
c) L'avez-vous diffusé autour de vous ? oui non

Age : ans
Sexe : M F
Etudes/travail :

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions et vous souhaite une bonne journée.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADOC : ADOlescents et Conduites à risque

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APS : Agir en Promotion de la Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CREDEPS : Comité REgional et Départemental d'Education et de Promotion de la Santé

CSBM: Consommation de Soins et de Biens Médicaux

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

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

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

HAS : Haute Autorité de Santé

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

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

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TS : Tentative de Suicide

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

BIBLIOGRAPHIE

1. ADOC .Un adolescent peut en cacher un autre. Repérer et accompagner. ADOC. 2 bis rue de l'église. 17430 Lussant.
2. ALVIN P. Les conduites suicidaires chez les adolescents. Quelles questions pour les professionnels ? Arch Pédiatr 2000 ; 7 : 661-7.
3. ALVIN P., BELLATON E. Adolescents : comment amorcer le dialogue ? Rev Prat Med Gen 2003 ; 17(625) : 1774-7.
4. ALVIN P., MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2^{ème} édition. Paris : Masson, 2005, 453p. (Collection Pour le praticien).
5. ANAES. Conférence de consensus. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. Paris 2000, 31p.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_271964
6. AUVRAY L., LE FUR P. Adolescents : état de santé et recours au soins. Questions d'économie de la santé IRDES 2002 ; 49 : 6p. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf>
7. Baromètre santé médecins /pharmaciens 2003. Saint-Denis : INPES. Gautier A.:276p.
8. BATAILLON R., SAMZUN JL., LEVASSEUR G. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? Rev Prat Med Gen 2006 ; 20(750/751) : 1313-7.
9. BIDDLE L., DONOVAN JL., GUNNELL D., SHARP D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. Br J Gen Pract 2006; 56(533): 924-31.
10. BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 : 1073-7.
11. BINDER P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3800 adolescents. Rev Prat Med Gen 2001 ; 15(545) : 1507-12.
12. BINDER P., CHABAUD F. « Référentiel ADOC. Quel est le meilleur vecteur ? ». Rev Prat Med Gen 2007 ; 21(790) : 1163-6.
13. BINDER P., CHABAUD F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. Rev Prat Med Gen 2005 ; 19(710/711) : 1307-13.
14. BINDER P., CHABAUD F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents : conception d'un test et validation de son usage (I). Rev Prat Med Gen 2004 ; 18(650/651) : 576-80. Audit clinique auprès de 40 généralistes (II). Rev Prat Med Gen 2004 ; 18(652/653) : 641-5.

15. BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M. Traiter à l'adolescence. L'adolescent : un patient pas comme les autres. Paris : Masson, 2002, 91p. (Ouvertures psy)
16. BUTTET P., BOURDESOL H. S'informer et informer : médecins et pharmaciens parlent de prévention. La santé de l'homme 2005 ; 376 : 21-2.
17. CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents : enquête nationale. Analyses et prospectives. Paris : INSERM, 1994, 346p.
18. CHOQUET M., POMMEREAU X., LAGADIC C. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde. INSERM 2001, 73p. Disponible sur : <http://ifr69.vjf.inserm.fr/~ado472/INTRODUCTION/Bordeaux.html>
19. CépiDc- IFR 69. INSERM. Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2005. Disponible sur : <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
20. COLOMBET I., MENARD J. Consultation de prévention en médecine générale : quel cahier des charges ? Médecine 2007 ; 3(2) : 79-82.
21. CONSEIL LYONNAIS POUR LE RESPECT DES DROITS. Bons plans contre les idées noires. Lyon : Coédition Conseil Lyonnais pour le Respect des Droits, Le Moutard, 2005, 16p.
22. DAVIS DA., THOMSON MA., FREEMANTLE N., WOLF FM., MAZMANIAN P., TAYLOR-VAISEY A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes? JAMA 1999; 282(9): 867-874.
23. DAVIS DA., THOMSON MA., OXMAN AD., HAYNES RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995; 274(9): 700-705.
24. DREES. La santé des adolescents. Etudes et Résultats 2004 ; 322 : 12p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er322.pdf>
25. FACY F., JOUGLA E., HATTON F. Epidémiologie du suicide de l'adolescent. Rev Prat 1998; 48 : 1409-14.
26. FANELLO S., PAUL P., DELBOS V., GOHIER B., JOUSSET N., DUVERGER P., GARRE JB. Pratiques et attentes des généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Santé publique 2002 ; 14(3) : 263-73.
27. FENINA A., GEFFROY Y. Les comptes nationaux de santé en 2006. DREES. Etudes et Résultats 2007 ; 593 : 8p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>

28. FENINA A., GEFFROY Y., MINC C., RENAUD T., SARLON., SERMET C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. DREES. Etudes et Résultats 2006 ; 504 : 8p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>
29. FRANKENFIELD DL., KEYL PM., GIELEN A., WISSOW LS., WERTHAMER L., BAKER SP. Adolescent patients--healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154(2): 162-8.
30. GALLOIS P., VALLEE JP., LE NOC Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. Médecine 2007 ; 3(2) : 74-8.
31. GANRY O., BOUDAILLIEZ B., PAUTARD JC., DAROUX JL., BERQUIN P. Passage des adolescents (12-19 ans) au service d'accueil et d'urgences pédiatriques d'un Centre Hospitalier Universitaire : usage et messages. Santé publique 1999 ; 11(4) : 427-35.
32. GOULD MS., MARROCCO FA., KLEINMAN M., THOMAS JG., MOSTKOFF K., COTE J., DAVIES M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. JAMA 2005; 293(13): 1635-43.
33. GRANBOULAN V. Devenir de l'adolescent suicidant. Rev Prat 1998; 48: 1440-3.
34. GUILLARD F. Incitation à l'application pratique par les médecins généralistes du repérage et de l'intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool : évaluation de 2 méthodes : soutien organisé par une association de promotion de la prévention en médecine libérale / distribution simple par courrier des informations et des outils nécessaires. Th : Méd. : Nantes : 2006, 71p.
35. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. 2005. Service des recommandations professionnelles. 110p. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_451142
36. IGAS. Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable. Paris : La Documentation française ; 2003 ; 399p. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000331/0000.pdf>
37. INGRAND I., VERNEAU A., SILVAIN C., BEAUCHANT M. Prevention of viral hepatitis C. Assessment of a comic strip-based information campaign targeting adolescents. Eur J Public Health 2004; 14: 147-150.
38. JOINER TE. Jr., PFAFF JJ., ACRES JG.. Characteristics of suicidal adolescents and young adults presenting to primary care with non-suicidal (indeed non-psychological) complaints. Eur J Public Health 2002; 12(3): 177-9.

39. JOURDES L., RUELLE Y. Synthèse de l'atelier « Mission prévention : quels moyens pour le médecin généraliste ? ». INSNARD-IMG. Congrès de Tours 2006, 3p. Disponible sur : <http://www.isnar-img.com/CONGRES/060106-art-PREVENTION.pdf>
40. LEVASSEUR G. Le généraliste dans le dispositif de prise en charge de la crise suicidaire : des recommandations à la pratique. In Le suicide et sa prévention. Emergence du concept, actualité des programmes. ENSP 2005 : 165-75.
41. MARCELLI D., BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie. 6^{ième} édition. Paris : Masson, 2004, 631p. (collection les âges de la vie).
42. MC NEILL YL. GILLIES ML., WOOD SF. Fifteen year olds at risk of parasuicide or suicide: how can we identify them in general practice? Fam Pract 2002; 19(5): 461-5.
43. MENARD J. La consultation périodique de prévention. Rapport au ministre de la santé. 2005; 42p. Disponible sur : http://www.statines.com/menard_full.pdf
44. MOUQUET MC., BELLAMY V. Suicides et tentatives de suicide en France. DREES. Etudes et Résultats 2006 ; 488 : 8p.
45. NARRING F., MICHAUD PA. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. Arch Pediatr 2000 ; 7 : 25-33.
46. OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE. Baromètre santé Pays de la Loire 2000. Qualité de vie, santé psychique, accidents et violences chez les jeunes de 12 à 25 ans. 2004, 24p.
47. OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. Qualité de vie, santé psychique, accidents et violences chez les jeunes de 12 à 25 ans. 2006, 24p.
48. OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE. La santé observée dans les Pays de la Loire- Edition 2007, 221p.
49. PFAFF JJ., ACRES JG., McKELVEY RS. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. Med J Aust 2001; 174(5): 222-6.
50. PICHEROT G., DRENO L., LE MANACH L. Risque suicidaire de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. 1^{ière} partie- risque suicidaire de l'enfant et de l'adolescent. Rev Prat 2005 ; 55 : 1943-8.
51. POMMEREAU X. Approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent. Rev Prat 1998 ; 48 : 1435-9.
52. POMMEREAU X. L'adolescent suicidaire. Paris : Dunod, 1996, 238p. (Enfances Clinique).

53. POMMEREAU X. Rapport sur la santé des jeunes. Orientations et actions à promouvoir en 2002. Paris; Ministère de la santé; 2002, 33 p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/jeunes>
54. POTTS Y., GILLIES ML., WOOD SF. Lack of mental well-being in 15-year-olds: an undisclosed iceberg? *Fam Pract* 2001; 18(1): 95-100.
55. POUCHAIN D., HUAS D., DRUAIS PL., WOLF B., PAS L. Implication des médecins généralistes dans la prévention. *Rev Prat Med Gen* 1998 ; 12(440) : 31-7.
56. 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.
57. REY C., MICHAUD PA., NARRING F., FERRON C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins. *Arch Pédiatr* 1997 ; 4 : 784-92.
58. RUFO M., JOYEUX H. Santé, adolescence et familles : Rapport préparatoire à la conférence de la famille 2004. Paris; Ministère de la famille; 2004, 108 p. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000128/0000.pdf>
59. SANCI LA., COFFEY C., PATTON G., BOWES G. Sustainability of change with quality general practitioner education in adolescent health : a 5-year follow-up. *Med Educ* 2005; 39(6): 557-60.
60. SANCI LA., COFFEY CM., VEIT FC., CARR-GREGG M., PATTON GC., DAY N., BOWES G. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320(7229): 224-30.
61. SPERENZA M., YOUNES N., BALEYTE JM. Adolescent suicidaire: aborder ouvertement le sujet. *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 18(668/669) : 1237-40.
62. URML RA, CAREPS. Etude des mutations de la médecine générale. Rapport n°488, février 2005, 84p. Disponible sur : http://www.upmlra.org/doc/hp_643_doc.pdf
63. VENTELOU B., VIDEAU Y., COMBES JB., PARAPONARIS A., VERGER P. Prévention et santé publique en PACA. *Rev Prat Med Gen* 2007 ; 21(778/779) : 737-8.
64. VERSINI D. Défenseur des enfants : le rapport thématique « Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge ». 2007, 122p. Disponible sur : http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/DEFENSEURE_RAPANN07_SP.pdf

NOM : BOUILLOT

PRENOM : Marion

TITRE DE THESE

DEPISTAGE DU MAL-ETRE DES ADOLESCENTS EN MEDECINE GENERALE INTERET D'UTILISATION DU TSTS-CAFARD

Etude à partir d'une campagne de prévention réalisée par 56 médecins généralistes des Pays de la Loire en septembre-octobre 2006

RESUME

Contexte de l'étude : La prévention du suicide des adolescents, problème majeur de santé publique, passe par le dépistage d'un mal-être. Le TSTS-CAFARD est un outil conçu pour aider le généraliste qui tient un rôle clé dans ce domaine. Une association locale, «Agir en Promotion de la Santé », a organisé une campagne sur le dépistage du mal-être chez les adolescents. **Objectifs :** Evaluer, six mois après cette campagne, l'utilisation du TSTS-CAFARD par les généralistes participants. Connaître le ressenti des patients. **Méthode :** Entretiens semi-directifs avec les généralistes, entretiens téléphoniques avec certains adolescents. **Résultats :** 69% des médecins ont employé le TSTS-CAFARD au moins une fois et 63% pensent l'utiliser régulièrement. Le test permet d'ouvrir la consultation et facilite l'abord des idées suicidaires. L'accueil du test par les adolescents est positif. **Conclusion :** Sa simplicité d'emploi pour le médecin et sa bonne acceptation par le patient en font un outil de choix.

MOTS-CLES

- Adolescents
- Dépistage
- Mal-être
- Médecine générale
- Prévention
- TSTS-CAFARD