

Table des matières

I.	INTRODUCTION	3
II.	GENERALITES	3
1.	DEFINITIONS (FIGURE 1)	3
2.	L'ADOLESCENCE.....	5
3.	ÉPIDEMIOLOGIE (FIGURE 2)	6
4.	ASPECTS CLINIQUES DES CONDUITES SUICIDAIRES	7
4.1	Facteurs de risque (Figure 3)	7
4.2	Facteurs de protection	9
5.	PRISE EN CHARGE DES CONDUITES SUICIDAIRES : RECOMMANDATIONS.....	9
6.	LE MEDECIN GENERALISTE FACE AU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ADOLESCENT (FIGURE 4)	10
III.	MATERIEL ET METHODE	12
1.	CHOIX DE LA METHODE	12
1.1	Étude qualitative	12
1.2	Entretien semi-dirigé.....	12
2.	ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	13
3.	CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	13
4.	REALISATION DES ENTRETIENS.....	14
5.	RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS.....	14
6.	METHODE D'ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES.....	15
7.	CONSIDERATIONS ETHIQUES (ANNEXE 1 ET 2).....	15
IV.	RESULTATS	16
1.	DESCRIPTION GENERALE.....	16
2.	ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS	16
2.1	La consultation précédant le passage à l'acte suicidaire.....	16
2.2	Perception du médecin généraliste par les adolescents suicidaires	18
2.2.1	Un technicien du corps.....	18
2.2.2	Le médecin généraliste et les troubles d'ordre psychologique	19
2.3	Les facteurs positifs à une relation médecin généraliste – adolescent de qualité	22
2.3.1	Les qualités attendues du médecin généraliste.....	22
2.3.2	Qu'il soit un prescripteur raisonné.....	24
2.3.3	Qu'il s'assure de la continuité des soins.....	25
2.3.4	La salle d'attente.....	25
2.4	Les facteurs négatifs à une relation médecin généraliste – adolescent de qualité	25
2.4.1	Attitude du médecin perçue négativement par les adolescents.....	25
2.4.2	Le médecin traitant remplacé.....	26
2.4.3	La place des internes en consultation	27
2.4.4	L'attente chez le médecin généraliste.....	27
2.5	Les facteurs neutres à la relation.....	28
2.5.1	Le sexe du médecin généraliste	28
2.5.2	L'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement	28

2.6	La place de l'accompagnant	29
2.7	Les bénéfices perçus à la consultation.....	30
2.8	Le secret médical	30
2.8.1	La connaissance du secret médical.....	30
2.8.2	L'importance du secret médical.....	31
2.9	Regard d'adolescents sur le suivi conjoint médecin généraliste et pédopsychiatre.....	32
V.	DISCUSSION.....	33
1.	LIMITES DE L'ETUDE.....	33
1.1	Limites liées au sujet de recherche.....	33
1.2	Limites liées à la chercheuse	34
2.	FORCES DE L'ETUDE	34
3.	ANALYSE DES RESULTATS	35
3.1	La consultation précédant le passage à l'acte suicidaire.....	35
3.2	Le rôle du médecin généraliste	36
3.3	Les qualités attendues du médecin généraliste.....	37
3.4	Les facteurs perçus négativement par les adolescents	37
3.5	Les facteurs neutres.....	38
3.6	L'ancienneté de la relation.....	38
3.7	Les bénéfices perçus à la consultation.....	38
3.8	La place des accompagnants en consultation.....	38
3.9	Le secret médical	39
3.10	Perspectives.....	40
VI.	CONCLUSION.....	41
VII.	BIBLIOGRAPHIE	42
VIII.	INDEX DES ABREVIATIONS.....	46
IX.	ANNEXES.....	47
	ANNEXE 1 : INSTITUTIONAL REVIEW BOARD (IRB).....	47
	ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION DESTINEE AU PATIENT.....	48
	ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	51
X.	SERMENT D'HIPPOCRATE	53

I. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 800 000 décès sont attribuables chaque année à un suicide dans le monde [1].

En France Métropolitaine, 8 948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 (soit 25 par jour, contre 9 pour les accidents de la route) [2].

Chez l'adolescent, le suicide reste un problème majeur de santé publique dans notre pays. Il constitue la deuxième cause de mortalité derrière les accidents de la voie publique dans cette tranche d'âge [2].

Dans ce contexte, plusieurs missions de santé publique ont vu le jour ; un programme national d'action contre le suicide a été mis en place entre 2011 et 2014 afin de mieux comprendre, prévenir et prendre en charge ce phénomène. En 2013, la création de l'Observatoire National du Suicide (ONS) est venue consolider et appuyer cette perspective.

Plus récemment, la stratégie nationale de santé a inscrit la santé mentale comme un axe de travail prioritaire, et a présenté ses orientations dans un plan national « priorité prévention ». Une feuille de route « santé mentale et psychiatrie » a été publiée en juin 2018 par la ministre de la santé Agnès Buzyn. Elle précise la déclinaison opérationnelle, dont le premier axe stratégique vise à « promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide » [3].

Le médecin généraliste, médecin de premier recours, est tout particulièrement impliqué dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiatriques et du risque suicidaire. Il est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté par les adolescents. 75% des adolescents ont vu un médecin généraliste dans l'année [4]. Il est bien souvent le médecin de la famille dans sa globalité et connaît parfois l'adolescent depuis son plus jeune âge.

Pour autant, il n'est que rarement sollicité par le praticien hospitalier dans le suivi de ces derniers après un passage à l'acte suicidaire (moins de 10% des cas) [5]. Contrairement aux recommandations actuelles visant à placer le médecin généraliste comme pierre angulaire et coordinateur du parcours de soins des patients, on constate qu'il est peu ou pas inclus dans la prise en charge des adolescents après un passage à l'acte suicidaire.

Si la crise suicidaire reste un motif de consultation extrêmement rare en médecine de ville, la majorité des adolescents ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant leur tentative de suicide, dans la majorité des cas pour un motif somatique bénin [6] [7].

Derrière cette réalité quelle demande des adolescents tente de s'exprimer ? Quels sont leurs ressentis, leurs expériences, leurs attentes lors de ces consultations ? Au-delà des difficultés de communication ville-hôpital, l'objectif de ce travail était d'analyser à travers le vécu d'adolescents ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire, leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste, en matière de relation et de prise en charge.

II. Généralités

1. Définitions (Figure 1)

L'adolescence, du latin « adolescere » qui signifie l'être qui grandit, constitue une importante période de transition dans le cours du développement humain, et se caractérise par de

nombreuses transformations qui touchent tous les aspects du développement physique et psychique.

L'OMS définit l'**adolescence** comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, soit entre les âges de 10 et 19 ans ».

L'approche socio-anthropologique décrit l'adolescence avant tout comme un phénomène culturel : elle n'existe ni dans toutes les sociétés ni de tout temps et ne recouvre pas la même réalité au sein d'une même société. Les seuls invariants anthropologiques seraient la sortie de l'enfance et l'entrée dans l'âge adulte. Dans cet entre-deux, le déploiement d'une adolescence dépend de la manière dont la société perçoit le jeune lors de sa maturation sexuelle et régit son entrée progressive dans les responsabilités.

Le **suicide** (du latin *cidium* « meurtre » et *sui* « de soi-même ») est l'acte par lequel une personne se donne volontairement la mort.

La **tentative de suicide** est un comportement visant à se donner la mort, sans y parvenir.

La tentative de suicide est un symptôme, comparable à la nature vague et polysomographique de la fièvre. On peut la rencontrer dans la grande majorité des pathologies psychiatriques : dans les troubles psychotiques, dans tous les troubles de la personnalité, dans les troubles de l'humeur, chez les patients présentant une anorexie mentale, mais aussi chez des sujets ne réunissant pas les critères d'un diagnostic quelconque. Les problématiques familiales ou sociales offrent, elles aussi, un panel varié de profils d'adolescents suicidaires.

On appelle **suicidés** les sujets qui ont réalisé un suicide accompli, c'est-à-dire qui se sont volontairement donné la mort. Alors que les **suicidaires** ont des idées de suicide sans être passés à l'acte, et que les **suicidants** ont mis en acte leurs idées suicidaires sans que cette tentative de se donner la mort n'ait aboutie.

Il faut distinguer les automutilations des tentatives de suicides. Les automutilations consistent à s'infliger volontairement des actes douloureux sans intention de se donner la mort.

La dernière édition du manuel de classification des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie, le DSM V, publiée en 2013, répertorie les conduites suicidaires comme un trouble individualisé. Jusqu'alors, les tentatives de suicides n'étaient pas considérées comme une catégorie individualisée. C'est toujours le cas pour la classification internationale des maladies (CIM 10) où ni le suicide, ni la tentative de suicide ne sont répertoriés.

Figure 1 : Critères diagnostiques des conduites suicidaires dans le DSM V

<u>Critères diagnostiques - DSM V</u>
A- L'individu a fait une TS dans les 24 derniers mois B- L'acte ne remplit pas les critères de conduites auto-agressives non suicidaires, les conduites de scarifications sont exclues C- Le diagnostic ne s'applique pas aux idées suicidaires, ou aux conduites de préparation non abouties D- L'acte n'a pas eu lieu dans un état de confusion ou de délire E- L'acte n'a pas été entrepris uniquement dans un objectif politique ou religieux
<u>Spécifier si :</u> <ul style="list-style-type: none">- Actuel : Moins de 12 mois depuis la dernière tentative- Début de rémission : 12-24 mois depuis la dernière tentative

2. L'adolescence

Le début de l'adolescence est marqué sur le plan physique par l'apparition des premiers signes pubertaires. L'entrée dans la puberté, est déclenchée par la maturation neuroendocrinienne de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique, permettant le développement des caractères sexuels primaires (organes génitaux) et secondaires (seins, pilosité, voix, système musculaire). Les différents stades du développement pubertaire peuvent être cotés de I (stade pré-pubère) à V (stade adulte) selon la classification de Tanner. Le développement pubertaire est associé à une importante accélération de la vitesse de croissance.

Aux différentes transformations physiques s'associent une période de maturation psychologique. Cette période permet notamment la prise de conscience et l'adaptation de l'adolescent aux transformations anatomiques qu'il subit.

Différents travaux se sont penchés sur les transformations cérébrales à l'adolescence.

Le pédopsychiatre américain Jay Giedd, a montré dans ses différents travaux que le cerveau adolescent est le lieu d'une importante maturation au sein du cortex préfrontal, et ce jusqu'à l'âge de 20 à 25 ans [8]. Le cortex préfrontal est le siège des fonctions cérébrales exécutives qui régissent en partie le contrôle de soi, en permettant une adaptation contrôlée du comportement. Elles permettent à un sujet donné de ne pas se comporter de façon mécanique, impulsive ou stéréotypée, mais au contraire d'agir de façon volontaire, adaptée aux besoins de l'individu et aux contraintes de l'environnement. Cette immaturité cérébrale explique en partie certains comportements à risques plus fréquents à l'adolescence. « Tout se passe donc comme s'ils n'avaient pas les freins nécessaires à l'apaisement de leurs émotions » [9].

En parallèle, une réorganisation sociale s'opère. L'adolescent ressent le besoin d'appartenir à un nouveau groupe extérieur à la sphère familiale.

Pour la psychologue Edith Goldbeter-Merinfeld, l'appartenance à ce nouveau groupe contribue à « la construction d'une identité pleine et entière du jeune dans un contexte hors de la loi du père et plutôt groupal » [10].

Pour l'adolescent, le groupe social satisfait son besoin d'identification, de protection, d'exaltation et d'acteur social. Le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott écrira que « les jeunes adolescents sont des isolés rassemblés » [11].

Pour mener à bien son processus d'individualisation, l'adolescent a besoin de pouvoir compter sur une cellule familiale solide et sécurisante. C'est seulement avec un lien d'attachement stable et solide à sa famille qu'il pourra partir explorer de nouveaux attachements.

L'adolescence, telle que nous la connaissons aujourd'hui, est apparue au lendemain de la seconde guerre mondiale, dans les pays industrialisés. Auparavant, l'enfant passait sans intermédiaires des jupes de sa mère au monde adulte.

Dans certaines civilisations primitives, le passage de l'enfance à l'âge adulte est toujours marqué par un ensemble de cérémonies et de rites initiatiques permettant à l'enfant d'acquiescer sans transition son statut d'adulte au sein de la société [12].

3. Épidémiologie (Figure 2)

L'entrée dans la puberté est marquée par une « explosion » de la prévalence des tentatives de suicide.

En France, bien qu'il diminue depuis 1990 (- 34% entre 1990 et 2006), le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans. Il se situe derrière les accidents de la voie publique. A noter cependant que certains de ces accidents pourraient représenter des équivalents suicidaires.

En France Métropolitaine, 373 décès par suicide ont été enregistrés en 2014 chez les 15-24 ans par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc-Inserm), dont 281 chez les hommes et 92 chez les femmes. Le suicide représente dans cette tranche d'âge 16,2 % du total des décès, soit 5,0 pour 100 000 habitants tous sexes confondus [2].

En outre, on estime qu'il existe une sous-estimation d'environ 10 % du nombre de suicide en raison des suicides non repérés.

Le sexe ratio est très significatif puisque les garçons sont trois fois plus touchés par le suicide que les filles.

Trois modes de suicide prédominent chez les 15 - 24 ans : la pendaison, les armes à feu et les ingestions médicamenteuses. La pendaison est majoritaire pour les deux sexes, les armes à feu sont plus utilisées dans la population masculine, et l'ingestion médicamenteuse est retrouvée préférentiellement chez les femmes.

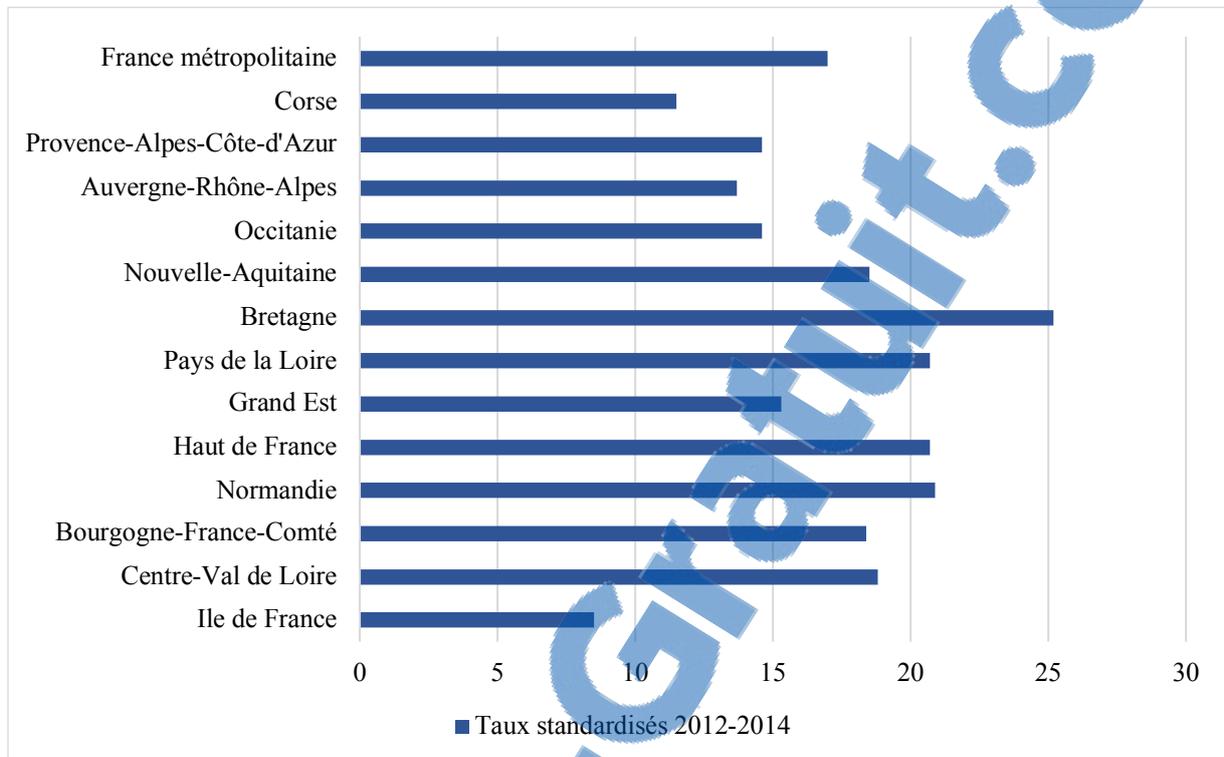
Au niveau Européen, il apparaît une grande disparité concernant le taux de suicide chez l'adolescent. La France est parmi les pays Européens ayant un taux élevé de suicide [2].

Cependant, il existe d'importantes disparités au niveau mondial, en matière de définition du suicide et d'exhaustivité des déclarations, qui imposent donc d'interpréter avec prudence ces données.

Des disparités sont également retrouvées à l'intérieur même de la France (figure 1), d'une région à l'autre. La Bretagne présente la position la plus alarmante pour les hommes comme pour les femmes avec un taux standardisé moyen de décès par suicide entre 2012 et 2014

supérieur à 47 % par rapport au taux moyen de France métropolitaine. Concernant la région Occitanie le taux de décès par suicide est relativement bas (inférieur de plus de 14 % au taux moyen de France métropolitaine).

*Figure 2 : Taux standardisés moyens de décès par suicide selon les régions entre 2012 et 2014
Données INSERM 2014*



L'enquête ESCAPAD menée en France métropolitaine en 2014, a révélé que 2,7% de l'ensemble des jeunes de 17 ans déclaraient avoir fait une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation, et 10,4% avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois [13].

4. Aspects cliniques des conduites suicidaires

4.1 Facteurs de risque (Figure 3)

Selon l'OMS, un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme [14].

Dans le domaine des conduites suicidaires, des facteurs de risque ont été identifiés et sont décrits dans la conférence de consensus de l'HAS sur la crise suicidaire de 2000 [15].

Figure 3. Facteurs de risque individuels et environnementaux de la dépression et du suicide

<p><u>Les facteurs individuels</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Antécédents suicidaires du sujet ❖ Présence ou antécédents de troubles psychiatriques : épisode dépressif majeur, troubles des conduites alimentaires, l'ensemble des troubles internalisés et des troubles externalisés (dont les conduites à risque, les fugues, consommation de toxiques, déscolarisation...) ❖ Une pauvre estime de soi ❖ Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité) ❖ Antécédents ou existence d'une maladie chronique ou handicapante
<p><u>Les facteurs familiaux</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Présence de violence, d'abus physiques, psychologiques ou sexuels dans la vie de l'individu ❖ Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu ❖ Pertes et abandons précoces ❖ Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents ❖ Présence de conflits conjugaux majeurs. ❖ Comportement suicidaire de la part de l'un ou des deux parents ❖ Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents
<p><u>Les facteurs psychosociaux</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Présence de difficultés économiques persistantes ❖ Isolement social et affectif de l'individu ❖ Séparation et perte récente de liens importants, deuil ❖ Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire ❖ Difficultés scolaires ou professionnelles ❖ Effet de contagion ❖ Difficulté avec la loi ❖ Présence de problèmes d'intégration sociale

Le rôle des troubles psychiatriques demeure au premier plan des facteurs de risque. L'épisode dépressif majeur apparaît comme la première cause de suicide chez l'adolescent, alors même que ce trouble est très présent dans la population adolescente avec une prévalence de 5 à 7 % [16]. Rappelons qu'un antécédent personnel de tentative de suicide est un facteur de risque principal.

Il est à noter que ces différents facteurs de risque ne sont pas indépendants, mais au contraire interagissent les uns avec les autres dans des mécanismes dynamiques et complexes. Le risque suicidaire global n'étant pas la somme des différents facteurs de risque mais une interaction dynamique et complexe des différents facteurs psychopathologiques et socio environnementaux. L'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments.

4.2 Facteurs de protection

Différents facteurs de protection vis-à-vis du risque suicidaire ont été mis en évidence.

Les stratégies de « coping » : le terme « coping » provient de l'anglais « to cope » qui signifie « affronter, faire face ». Le « coping » est le type de réponse produite par un individu face à une situation difficile. Il s'agit de l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux utilisés pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu [17]. Les stratégies de « coping » ont été décrites comme l'un des plus importants facteurs de protection contre le risque suicidaire.

Une bonne estime de soi : l'estime de soi se définit comme l'attribution de traits positifs ou négatifs à sa valeur personnelle. Une bonne estime de soi est un facteur de protection important contre le risque de passage à l'acte suicidaire [18].

Un environnement familial et social de qualité : Le soutien social est d'autant plus important à l'adolescence qu'il s'agit d'une période de la vie durant laquelle la principale tâche développementale est de se distancier de sa famille et d'investir des liens affectifs à l'extérieur du cercle familial [19]. Néanmoins, le soutien familial est reconnu comme un facteur avéré de protection contre les conduites suicidaires.

Le concept de religiosité et de spiritualité : On retrouverait une plus grande proportion de sujets à même d'accepter le suicide et présentant des idéations suicidaires dans une population sans affiliation religieuse. Ainsi, le concept de religiosité et de spiritualité est un facteur de protection contre le développement et la persistance de conduites suicidaires chez les adolescents [20] [21].

5. Prise en charge des conduites suicidaires : Recommandations

Une tentative de suicide chez un adolescent ne doit jamais être banalisée. Ça n'est jamais un acte anodin à mettre sur le compte de la « crise d'adolescence ». A court terme, elle expose au risque de complications somatiques potentiellement létales. A moyen et long terme, le risque principal est la récurrence. Le taux de récurrence chez l'adolescent est majeur la première année suivant une tentative de suicide. Son taux est estimé à 25% [22] [23].

Pour encadrer la prise en charge, des recommandations de bonnes conduites existent [24].

Elles ont été promulguées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 1998, actuelle Haute Autorité de Santé (HAS), et concernent les jeunes suicidants âgés de 11 à 20 ans.

Elles ont été reprises dans la conférence de consensus de 2000.

On peut les résumer ainsi :

- ❖ L'adolescent suicidant doit bénéficier lors de sa prise en charge d'une triple évaluation : somatique, sociale et psychologique.
- ❖ L'évaluation psychologique par un psychiatre doit être systématique dans les premières 24 heures.
- ❖ L'hospitalisation dans une unité adaptée doit être la règle. Des soins pluridisciplinaires somatiques et psychiques quotidiens doivent être débutés dès le début du séjour hospitalier.
- ❖ Il n'existe pas de consensus concernant la durée du séjour hospitalier. L'expérience montre qu'une semaine est bien souvent nécessaire pour mener l'ensemble de l'évaluation et préparer un projet de sortie.
- ❖ La sortie du suicidant doit être soigneusement préparée. Le suivi avec les intervenants extérieurs : médecin généraliste, psychiatre, psychologue, doit être bien organisé et planifié. Cette préparation est essentielle, elle conditionne la qualité ultérieure du suivi, l'adhésion de l'adolescent aux soins et permet ainsi de diminuer le risque de récurrence suicidaire.

6. Le médecin généraliste face au risque suicidaire chez l'adolescent **(Figure 4)**

Le médecin généraliste a un champ d'action qui englobe l'individu, sa famille et sa communauté. Il assure les soins primaires, associés à des fonctions de continuité et de coordination des soins. En parallèle, il régit une mission essentielle de santé publique en assurant la prévention, l'information, l'éducation et la promotion de la santé de ses patients.

Au sein des disciplines médicales, la médecine générale et la psychiatrie partagent un grand nombre de caractéristiques. Ce sont des disciplines cliniques non centrées sur un organe ou une fonction, mais sur un individu où la relation soignant-soigné est au cœur du métier.

Un acte de médecine générale sur dix comporte un soutien psychothérapeutique comme principale composante [25]. Malgré ces chiffres, la reconnaissance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé mentale est aujourd'hui encore limitée.

Le médecin généraliste est quotidiennement confronté aux adolescents. Il est souvent le médecin de la famille et connaît parfois l'adolescent depuis son plus jeune âge.

En France, 80% des adolescents consultent au moins une fois par an leur médecin traitant [26], pour un motif essentiellement somatique ou administratif, mais rarement psychologique [27]. Mais les adolescents présentant des conduites à risque consultent significativement plus souvent leur médecin généraliste que les autres [28].

Dans l'étude SOCRATE 1 [29] qui s'intéresse aux adolescents en sortie de consultation chez leur médecin généraliste, seulement 6 à 7% des adolescents consultaient pour un motif psychologique. Parmi ceux consultant pour un motif « non psychologique », 17% évoquaient l'existence d'une problématique psychologique autre que le motif initial de consultation. La majorité d'entre eux (60%) envisageaient d'en parler au cours de la consultation, et 79% de ces derniers l'ont fait.

Concernant l'évolution du ressenti des adolescents lors de la consultation, les résultats rapportent qu'après une seule consultation auprès d'un médecin généraliste, le sentiment de l'adolescent d'être bien dans sa peau, de se sentir compris et écouté progresse significativement [29] [30]. L'impact du médecin généraliste est donc important même si celui-ci sous-estime bien souvent son influence [30].

Le mal être chez l'adolescent s'exprime par des symptômes très variés, dits « de rupture », qui peuvent être somatiques, psychologiques, comportementaux, sociaux ou familiaux. Les prises de risque peuvent entrer dans un processus « normal » de construction de l'adolescent mais leur précocité, leur intensité et leur répétition doivent alerter [31]. Le médecin généraliste a alors un rôle clé dans le dépistage de ces conduites.

De très nombreux travaux de recherche se sont intéressés aux adolescents et ont permis la création de guides [32] et de sites internet [33] facilitant leur prise en charge.

Différents outils d'aide au dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent ont également été développés.

L'HAS a recommandé en 2005 et 2014 la réalisation du TSTS CAFARD.

Ce test se basant sur des données de 1999 a depuis été actualisé et simplifié pour devenir le BITS test.

Le BITS test est actuellement le test de référence pour le dépistage des problématiques suicidaires chez l'adolescent. Il cible à la fois les troubles internalisés et les conduites externalisées. Il permet de les dépister chez les jeunes de 13-18 ans en posant 4 questions simples et facilement abordables dans la conversation :

- ❖ As-tu été brimé, maltraité à l'école ? Et en dehors ?
- ❖ As-tu des insomnies ? Et des cauchemars ?
- ❖ Fumes-tu du tabac ? Tous les jours ?
- ❖ Es-tu stressé par le travail scolaire ? Et en famille ?

Figure 4 : Grille du test BITS

Thème	1 point	2 points	Score
B rimades	A l'école	Hors de l'école	/ 2
I nsomnies	Fréquentes	Cauchemars	/ 2
T abac	Irrégulier	Quotidien	/ 2
S tress	Scolaire (travail) OU familial	Scolaire (travail) ET familial	/ 2

Un score supérieur ou égal à 3 points doit amener le médecin à questionner l'adolescent sur des idées suicidaires, des actes suicidaires ou des scarifications.

Le BITS test est un outil de soutien à la relation, très facilement réalisable et qui ne nécessite qu'une ou deux minutes. Il permet d'identifier 13 % des adolescents ayant des problématiques suicidaires, (15% parmi les filles, 10% parmi les garçons) dont 2% seulement sont déjà connues du médecin [34] [35].

Durant mes études, j'ai eu la chance de passer une année dans le service de pédopsychiatrie pour adolescents du C.H.U de Nîmes. J'ai ainsi été sensibilisée à la question de la suicidalité chez l'adolescent, son repérage et sa prise en charge. En cabinet de médecine générale, les adolescents suicidaires sont difficile à repérer, ils se murent dans le silence, s'isolent progressivement et ont des difficultés à verbaliser leur souffrance. Différents travaux de recherche montrent que la majorité des adolescents ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant leur tentative de suicide, dans la majorité des cas pour un motif somatique bénin [6] [7]. Pour ces adolescents, la plainte somatique serait alors un moyen détourné, de trouver un espace refuge auprès d'un professionnel de santé, peut-être dans l'espoir conscient ou non d'être démasqués et aidés.

Pour répondre à la question de recherche suivante : « Qu'attendent les adolescents suicidaires de leurs médecins généralistes ? » nous nous sommes fixés pour objectif de recherche, d'analyser à travers le vécu d'adolescents ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire, leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste, en matière de relation et de prise en charge.

III. Matériel et méthode

1. Choix de la méthode

1.1 Étude qualitative

L'approche qualitative vise à décrire, comprendre, approfondir plus qu'à répertorier les phénomènes observés. Son objectif est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes, en s'inscrivant dans un paradigme compréhensif, dit aussi interprétatif. Elle permet d'étudier les relations entre plusieurs facteurs, de prendre en considération l'impact du contexte, notamment du contexte social.

La méthode qualitative m'a semblé être l'option la plus appropriée pour appréhender la suicidalité chez l'adolescent dans toute sa complexité individuelle, environnementale et socio-culturelle, et tenter ainsi de répondre à mon objectif de recherche.

1.2 Entretien semi-dirigé

J'ai choisi de mener des entretiens semi-dirigés, aussi appelés entretiens semi-structurés ou semi-directifs.

La réalisation de focus group ne me semblait pas adapté en raison de la sensibilité du sujet étudié.

L'entretien semi-dirigé a pour principal avantage de laisser l'interrogé répondre librement à différentes questions ouvertes, et ainsi d'aborder des thématiques éventuellement non retenues de prime abord, par l'enquêteur.

L'entretien comme méthode d'enquête a parfois fait l'objet de critiques récusant la validité de ses preuves du fait de la subjectivité des données fournies par l'interlocuteur. D'après le sociologue François Dubet, on peut au contraire « considérer que chaque individu est un acteur capable de discuter de son rapport au monde, et que le chercheur peut atteindre des faits sociaux à travers l'expérience de celui-ci » [36].

2. Élaboration du guide d'entretien

Préalablement aux entretiens, nous avons rédigé une grille de questions ouvertes. Ce canevas d'entretien reprenait la liste des thèmes que nous souhaitions aborder. Pour chacun de ces thèmes, d'éventuelles sous questions de relance permettaient d'aborder les points importants, si le sujet ne les développait pas spontanément. Les différentes questions n'étaient pas développées systématiquement dans le même ordre et, selon les situations, de nouvelles questions pouvaient être posées.

La fonction du guide d'entretien était de soutenir l'entretien sans le figer.

Le guide d'entretien comportait six questions ouvertes. Il a été approuvé par un médecin généraliste et une pédopsychiatre après relecture.

Il abordait les thèmes suivants :

- La description de la consultation précédant leur passage à l'acte suicidaire
- Les éventuels obstacles à se confier à leur médecin généraliste
- Les attentes des adolescents concernant leur médecin généraliste
- La place de l'accompagnant en consultation
- Le secret médical

La première question, peu intrusive, avait pour objectif principal de créer un lien de confiance avec l'interviewé.

Le terme de « passage à l'acte » utilisé durant l'entretien a été expliqué à chaque participant en amont de l'étude.

Le guide d'entretien a été remanié à la suite des deux premiers entretiens « pilotes » en accord avec notre Directeur de thèse. Devant de légères difficultés de compréhension, certaines questions ont été reformulées.

L'ordre des questions a varié en fonction des entretiens.

3. Constitution de l'échantillon

Contrairement à la recherche quantitative, la recherche qualitative ne s'inscrit pas dans la recherche d'une représentativité de l'échantillon au sens statistique du terme.

Notre démarche pour cette étude était d'obtenir un nombre de sujets le plus diversifié possible. Cette approche permet d'obtenir un ensemble de situations contrastées et ainsi d'éclairer différents aspects de la question traitée.

Les adolescents interviewés ont été recrutés parmi les patients pris en charge initialement par le service des urgences pédiatriques du C.H.U de Nîmes.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- Les adolescents âgés de 12 à 18 ans au moment du passage à l'acte ;
- Ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire dans les douze mois précédant l'entretien ;
- Ayant un médecin traitant déclaré ;
- Volontaires pour raconter leur histoire ;
- Avec accord du pédopsychiatre traitant pour participer à l'étude.

L'inclusion de nouveaux patients a été interrompue à saturation des données, c'est-à-dire lorsque tout nouvel entretien n'apportait pas de concept nouveau en rapport avec notre question de recherche. Nous avons atteint cette saturation des données au huitième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont toutefois été réalisés pour vérifier la saturation des données et la non émergence de nouveaux thèmes.

4. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans un bureau médical du C.H.U de Nîmes au sein du service de pédopsychiatrie.

Les téléphones étaient coupés pour ne pas risquer de déranger le bon déroulement des entretiens. Pour chaque entretien, nous avons pris le temps de créer un climat serein, bienveillant et détendu propice à l'échange.

Après le recueil des autorisations de participation des adolescents et de leurs parents, et après nous être présentés, nous avons rappelé l'objectif de l'étude, expliqué le déroulement de l'entrevue et rassuré le sujet sur la confidentialité et l'anonymat de ses réponses.

Nous avons utilisé le tutoiement avec l'ensemble des adolescents afin d'éviter une distance entre le sujet et l'investigatrice qui aurait pu limiter nos échanges.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application « dictaphone » sur un smartphone puis transféré le jour même sur un ordinateur personnel. L'autorisation orale d'enregistrement audio a été demandée à chaque sujet avant le début de l'entretien.

Les différents enregistrements audio ont été détruits à la fin de l'étude.

5. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits manuellement par l'investigatrice sous format numérique en document Word® le jour même de l'enregistrement. Aucune modification ni reformulation du texte n'a été faite à postériori.

La communication non verbale ; les rires et les silences ont également été retranscrits entre « crochets » dans le texte. Ils permettent au lecteur de saisir au mieux les émotions de l'adolescent suscitées par son récit.

Les prénoms cités ont été remplacés par une simple lettre majuscule afin de préserver l'anonymat.

Les questions et les relances de l'investigatrice ont été retranscrites en bleu et en italique tandis que le récit du sujet apparaissait en caractères normaux.

6. Méthode d'analyse des données recueillies

L'analyse des entretiens a débuté après le premier entretien et s'est poursuivie régulièrement au fur et à mesure des consultations. Elle a été effectuée à partir des *verbatim* retranscrits par l'investigatrice principale uniquement.

Chaque entretien a été d'abord analysé individuellement, phrase après phrase, de façon longitudinale. Ceci a permis d'en isoler les mots et expressions porteurs de sens : les unités de sens.

Afin d'obtenir une analyse la plus riche et exhaustive possible, chaque entretien a été lu à plusieurs reprises.

Les différentes unités de sens ont ensuite été classées en thèmes et sous-thèmes.

Ces thèmes et sous thèmes étaient ensuite hiérarchisés par ordonnancement logique, afin d'effectuer une analyse thématique.

Cette hiérarchisation permettait de donner du sens au phénomène étudié.

Les thèmes communs les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

Chaque résultat mis en avant a ensuite été illustré par des extraits des *verbatim*.

7. Considérations éthiques (Annexe 1 et 2)

Ce travail de recherche s'inscrivait dans le champ des sciences humaines et sociales et n'impliquait pas la personne humaine selon la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé).

Il ne nécessitait donc pas l'avis d'un comité de protection des personnes.

Le projet de recherche a obtenu l'accord de réalisation du comité d'éthique du C.H.U de Nîmes présenté au mois de juin 2019 (Annexe 1).

Une information claire, loyale et complète, orale et écrite était adressée aux adolescents et à leurs représentants légaux (Annexe 2). Les consentements oraux des participants et de leurs représentants légaux étaient recueillis après une période de réflexion d'un mois.

Le consentement de participation au projet de recherche était simultanément recueilli auprès du pédopsychiatre traitant.

IV. Résultats

1. Description générale

Pour cette étude, 10 adolescents ont été interrogés, neuf filles et un garçon.

Les âges des adolescents s'échelonnaient de 13 à 18 ans, avec une moyenne d'âge de 14 ans et 8 mois.

Les entretiens se sont déroulés du 26 juillet au 19 septembre 2019.

La durée des entretiens a varié de 24 à 32 minutes.

2. Analyse thématique des entretiens

2.1 La consultation précédant le passage à l'acte suicidaire

La première partie de l'entretien interrogeait les adolescents sur la dernière consultation précédant leur passage à l'acte suicidaire auprès de leur médecin traitant. Pour une majorité d'adolescents, cette dernière consultation avait eu lieu dans le mois précédant le passage à l'acte suicidaire :

E2 : « C'était quelques jours avant, je crois »

E3 : « C'était un vendredi, quelques jours avant mon hospitalisation »

E4 : « Je sais plus, il y a un mois à peu près »

E5 : « C'était quelques semaines avant mon passage aux urgences »

E7 : « Franchement, j'sais pas (*Silence*) deux semaines, peut être trois [*avant sa tentative de suicide*]

E9 : « J'crois que c'était la semaine avant »

E10 : « Y'a un mois j'dirais »

Parmi les adolescents interrogés, aucun n'était à l'origine de l'initiative de cette consultation. C'est dans la grande majorité des cas leur mère, qui avait sollicité le rendez-vous chez le médecin traitant.

E2 : « C'est ma mère qui avait pris rendez-vous »

E3 : « J'en ai parlé à maman, comme elle devait y aller pour renouveler son traitement, elle m'a dit : " Du coup tu viens avec moi " »

E5 : « C'est habituellement plus ma mère qui prend rendez-vous pour moi »

E7 : « C'est ma mère qui avait pris le rendez-vous »

E9 : « C'est ma mère qui avait pris le rendez-vous »

Cette consultation chez leur médecin généraliste était, dans la majorité des cas, motivée par un motif somatique :

E1 : « Pour une gastro »

E3 : « Parce que mon asthme avait empiré »

E4 : « C'était quand je me suis cassée la cheville »

E5 : « J'y suis allée pour des douleurs du genou »

E10 : « J'y suis allée parce que j'étais malade, j'avais de la fièvre et mal au ventre »

Pour un des adolescents, le motif de consultation concernait un trouble d'ordre psychologique :

E9 : « Parce qu'elle était inquiète [...] Elle avait vu mes scarifications et elle pensait que je voulais me suicider »

Pour un autre, la consultation était en rapport avec des troubles du sommeil :

E7 : « Parce que j'dormais mal [...] Je m'endormais vers 2 ou 3 heures du matin »

Pour certains adolescents, il n'a pas été possible de se remémorer les circonstances précises ayant motivé cette consultation précédant leur tentative de suicide :

E2 : « Je sais plus vraiment pourquoi »

E6 : « (*Silence*) ça fait longtemps (*Silence*) je ne me rappelle pas bien de la dernière consultation (*Silence*) »

E8 : « Je n'y suis pas allée juste avant, j'avais pas envie de parler à ce moment-là, c'était trop installé »

Parmi les adolescents qui ont consulté pour un motif somatique, plusieurs ont rapporté avoir été en situation de souffrance morale le jour de la consultation :

E3 : « Pas très bien (*Silence*) j'avais déjà beaucoup d'idées sombres, comme la dernière fois (*Silence*) »

E7 : « Pas très bien (*Silence*) »

E10 : « Pas très bien (*Silence*) c'était compliqué au collège et un peu à la maison aussi »

Pourtant parmi eux, aucun adolescent n'a rapporté avoir profité de cette consultation pour évoquer des difficultés d'ordre psychologique :

E2 : « Non, je crois pas »

E3 : « Non »

E4 : « Non, pas vraiment »

E5 : « Non, je ne crois pas »

E10 : « Non, pas vraiment (*Silence*) »

Pour l'adolescent dont la consultation était motivée par des inquiétudes sur sa santé mentale, l'échange ne s'est pas instauré de façon très productive avec son médecin traitant :

E9 : « J'avais pas trop envie de lui parler [...] Il m'a demandé si j'avais des idées noires, des problèmes au lycée (*Silence*) il m'a conseillé de ne pas rester seul dans ma chambre, de reprendre rendez-vous avec la psy' »

Dans notre étude, une majorité des adolescents se sont rendus en consultation chez leur médecin généraliste dans le mois précédant le passage à l'acte suicidaire, mais ils n'étaient jamais à l'initiative de cette rencontre. Le motif de la consultation était dans la très grande majorité des cas somatique. Bien que des difficultés d'ordre psychologique étaient présentes au moment de la consultation, aucun adolescent ne les a évoqué. L'adolescent accompagné en consultation au motif d'une souffrance morale n'a pas souhaité se confier à son médecin généraliste lors de cette rencontre.

2.2 Perception du médecin généraliste par les adolescents suicidaires

2.2.1 Un technicien du corps

Pour une majorité d'adolescents interrogés, le rôle premier du médecin généraliste est de soigner, au sens organique du terme. Le médecin apparaît alors comme un technicien du corps.

E2 : « Qu'il nous soigne ? »

E3 : « Qu'il me soigne quand je suis malade »

E4 : « Qu'il me soigne quand je suis malade »

E5 : « He bien son métier est de nous soigner lorsque nous sommes malades tout d'abord »

E6 : « Ben, d'habitude je vais le voir quand je suis vraiment malade, ou si j'ai besoin d'un certificat pour le sport »

E7 : « Je vais la voir quand je suis malade »

E8 : « Quand je ne suis pas bien physiquement qu'il trouve comment apaiser mes douleurs »

E9 : « Qu'il me soigne quand je suis malade »

Au centre de cette rencontre soignant-soigné, l'examen clinique apparaît comme un temps incontournable de la consultation :

E1 : « Bien sûr [*que c'est important*] le médecin il examine toujours, sinon comment il peut savoir que tout va bien ?

E8 : « Il faut qu'il examine »

E9 : « C'est important qui nous examine, parce que si le médecin nous dit qu'on est en bonne santé, ça nous rassure, donc déjà ça va mieux »

Mais parfois, un geste médical anodin comme la pesée, peut être un acte particulièrement anxiogène :

E8 : « Oui, par contre j'aime pas quand il me pèse... mais il est obligé [...] Depuis mon hospitalisation il faut que j'aille chez mon MG me peser une fois par mois [...] Ça ne me dérange pas qu'il voit mon poids, c'est pour moi en fait (*Silence*) je me pèse déjà trop à la maison »

Le médecin généraliste est perçu par les adolescents de notre étude comme un médecin somaticien, utilisant l'examen clinique comme outil principal de sa consultation. Bien que cet examen soit un temps attendu de la consultation par les adolescents, il peut comporter une part anxiogène.

2.2.2 Le médecin généraliste et les troubles d'ordre psychologique

Lors du rendez-vous ayant précédé leur passage à l'acte suicidaire, la majorité des adolescents ont rapporté ne pas avoir profité de cette consultation pour aborder leurs difficultés psychologiques.

Les motifs évoqués étaient multiples, pour certains, le médecin généraliste n'a pas pour mission d'accueillir la souffrance psychique :

E4 : « Parce que je ne savais pas que ça servait à ça aussi (*Rires*) »

E5 : « De mon côté, ça ne m'est jamais arrivé de penser à ça, mais ça ne me semble pas inadapté »

E6 : « C'est pas son métier je trouve »

Ce rôle serait plutôt perçu comme celui des psychologues ou des psychiatres :

E3 : « Ben, j'avais pas très envie d'en parler, et j'ai plus l'habitude de voir mon psy pour parler quand ça ne va pas, parce que c'est leur métier »

E4 : « Je préfère en parler à mon psychiatre »

E7 : « J'avais pas envie de lui en parler, je me sens pas à l'aise avec elle [...] C'est pas trop son métier, elle est pas psy' »

Plusieurs adolescents verbalisent ne pas avoir recherché d'aide en amont de leur passage à l'acte :

E1 : « Je ne sais pas (*Silence*) j'y ai pas pensé [...] Avant [*sa tentative de suicide*] j'étais vraiment "dans mon truc" j'y ai pas pensé. Je cherchais pas vraiment de solution »

E8 : « Je n'y suis pas allée juste avant, j'avais pas envie de parler à ce moment-là, c'était trop installé »

Pour une des adolescentes, ce serait au médecin de créer l'opportunité de se confier en questionnant son patient :

E10 : « Ca s'est pas présenté, j'étais pas très bien ce jour-là et elle ne m'a pas posé de question particulière »

Lorsqu'ils font face à des difficultés d'ordre psychologique, les adolescents déclarent se tourner vers leurs amis :

E3 : « Mes amis surtout »

E8 : « Je suis sortie dans mon village et j'espérais croiser des copines [...] elles auraient pu m'aider à aller mieux »

E10 : « J'en ai parlé à ma meilleure amie »

Ou bien vers un adulte en qui ils ont confiance :

E1 : « Je suis allée voir la conseillère conjugale de ma mère [...] je la connais depuis longtemps, je me sens à l'aise avec elle »

Ou encore un professionnel de santé repéré comme compétent dans cette tâche :

E1 : « Mais si j'avais dû voir un médecin, je serais plutôt allée voir le Pr Tran [...] je le connais depuis longtemps, il me suit depuis mes six ans pour une maladie rare. J'ai confiance en lui, il me connaît bien, il connaît ma famille »

E6 : « De l'infirmière du lycée, d'une psychologue ou d'un psychiatre »

Dans notre étude, une partie des adolescents n'ont pas recherché d'aide extérieure en amont de leur tentative de suicide, le suicide apparaissait pour ces patients comme une issue inévitable.

D'autres adolescents ont recherché une aide extérieure auprès d'amis, d'un adulte en qui ils ont confiance ou d'un professionnel de santé décrit comme spécifique dans cette fonction comme un psychologue ou un pédo-psychiatre.

Toutefois pour certains adolescents, le médecin généraliste représente une personne ressource et est perçu comme un interlocuteur de choix face à des difficultés d'ordre psychologique :

E3 : « Je préférerais le voir lui pour changer ou renouveler mon traitement plutôt que les pédopsychiatres [...] parce qu'il me connaît depuis longtemps et c'est plus facile de me confier à lui. Quand je me suis faite harcelée au collège je suis de suite allée le voir et il m'a rassuré et il a trouvé des solutions »

E8 : « La plupart du temps, j'ai besoin d'une ordonnance, pour un test de grossesse ou autre et j'en profite pour me confier »

E10 : « On discute de choses et d'autres. Quand elle me pose des questions je lui réponds, du coup elle sait quand même beaucoup de choses [...] c'est aussi ma santé, donc c'est normal qu'elle sache des choses »

Les adolescents évoquent une plus grande confiance et une facilité à se confier à leur médecin traitant s'il est connu depuis la petite enfance :

E1 : « [Le médecin généraliste] d'avant il me suivait depuis que j'étais toute petite. J'y allais très souvent, parfois juste pour lui parler parce qu'il était à l'écoute. C'était comme un deuxième papa, il m'a beaucoup aidé dans des moments difficiles. »

E3 : « Parce qu'il me connaît depuis longtemps et c'est plus facile de me confier à lui. Quand je me suis faite harcelée au collège je suis de suite allée le voir et il m'a rassuré et il a trouvé des solutions »

E5 : « Mon médecin actuel est plus distant, j'étais plus à l'aise avec celui qui me suivait avant, il me connaissait depuis que j'étais petite. Celui-ci je ne le connais pas trop, il ne me connaît pas trop (*Silence*) c'est plus compliqué (*Silence*) »

E10 : « Je la connais depuis longtemps, je lui fais confiance »

Pour plusieurs adolescents rencontrés, leur médecin généraliste représente une personne ressource en situation de difficultés d'ordre psychologique. L'ancienneté de la relation est un facteur important dans la confiance qu'ils accordent à leur médecin traitant. Dans notre étude, un médecin généraliste connu depuis la petite enfance est toujours identifié comme une personne ressource.

En consultation de routine, lorsque leur médecin généraliste questionne spontanément les adolescents sur leur bien-être, ces derniers ne rapportent pas s'en trouver gênés :

E3 : « Oui (*Silence*) ça me dérange pas (*Silence*) mon médecin il me demande souvent comment je vais sur le plan du moral, il reçoit les lettres de l'hôpital alors il sait que ça ne va pas toujours »

E9 : « Le mien quand je le vois on discute aussi, il me pose des questions, c'est parce qu'il me connaît depuis longtemps, il connaît toute ma famille

E10 : « Quand elle me pose des questions je lui répond, du coup elle sait quand même beaucoup de choses »

2.3 Les facteurs positifs à une relation médecin généraliste – adolescent de qualité

2.3.1 Les qualités attendues du médecin généraliste

Les adolescents rapportent attendre de leur médecin généraliste un ensemble de qualités humaines qu'ils jugent nécessaires à une relation de qualité :

- L'empathie ou l'écoute non jugeante :

E1 : « Qu'il soit à l'écoute, ça c'est important »

E4 : « Qu'il écoute vraiment ce que je lui dis »

E6 : « Alors déjà qu'il m'écoute, qu'il soit à l'écoute »

E8 : « qu'il soit à l'écoute »

E9 : « Il me regarde, il m'écoute »

E10 : « Qu'elle m'écoute »

- La bienveillance :

E3 : « Qu'il soit gentil »

E7 : « Calme, gentille, patiente »

E9 : « Il est gentil »

E10 : « Souriante, gentille, jeune »

- La douceur :

E1 : « Il faut qu'il parle doucement, calmement »

E7 : « Calme, gentille, patiente »

- De la considération pour son interlocuteur :

E6 : « Qu'il me prenne au sérieux dans ce que je dis [...] qu'il me parle comme à une adulte, pas comme à une enfant. Qu'il ne parle pas toujours à mes parents mais plutôt à moi »

E9 : « Il me prend au sérieux quoi »

E10 : « Qu'elle se souvienne des maladies ou de ce que j'ai pu lui raconter à d'autres consultations »

- Des capacités de communication :

E3 : « Qu'il me parle »

E10 : « Elle m'explique ce que j'ai [...] ça rassure, parfois les médecins on leur parle pendant dix minutes mais eux ne nous disent rien alors finalement on comprend pas toujours ce qu'on a »

- Des capacités d'analyse :

E1 : « Qu'il analyse les choses et qu'il nous les explique ensuite »

E6 : « Si je lui parle d'un problème, qu'il arrive à cerner ce que j'ai »

- Un rôle de conseiller :

E1 : « Qu'il nous donne des conseils »

E4 : « Qu'il écoute vraiment ce que je lui dis pour ensuite me conseiller au mieux »

- L'utilisation de l'humour :

E1 : « Il essaye de me mettre à l'aise, tout ça, de me faire rigoler »

E3 : « Qu'il me fasse sourire »

E8 : « Qu'il rigole aussi, qu'il fasse de l'humour, ça détend pendant la consultation »

- Qu'il prenne le temps :

E3 : « Qu'il prenne le temps (*Silence*) pas trop de temps pour ne pas gêner les autres personnes qui attendent mais un peu quand même »

E5 : « Ensuite, bon c'est un médecin, il n'a peut-être pas beaucoup de temps, mais le temps qu'on puisse bien discuter, échanger tous les deux, une bonne demi-heure ça me semble adapté. Donc s'il va trop vite, j'aurais l'impression qu'il ne s'intéresse pas vraiment à ma situation (*Silence*) »

E6 : « Ben la durée de la consultation aussi c'est important (*Silence*) si j'ai beaucoup de chose à lui dire et qu'il se dépêche, je vais pas me sentir écoutée »

E7 : « Moi j'aime pas quand ils sont pressés, j'ai l'impression de les déranger [...] disons que j'ai l'impression qu'il va vite pour que je sorte, comme si ça l'intéressait pas c'que j'dis »

Pour faciliter le dialogue des adolescents sur leurs difficultés d'ordre psychologique, le médecin généraliste doit adopter une attitude d'écoute bienveillante et sans jugement. Les adolescents sont sensibles au temps que leur médecin traitant leur consacre car ils ont conscience de sa charge de travail.

2.3.2 Qu'il soit un prescripteur raisonné

Une adolescente évoque attendre de son médecin généraliste l'utilisation raisonnée des thérapeutiques médicamenteuses :

E8 : « Qu'il trouve des solutions autre que des médicaments [...] des exercices de respiration, parfois mon médecin il me prescrit des médicaments mais il me demande d'abord d'essayer des exercices de relaxation pendant deux jours [...] ou des choses plus saines, à base de plantes »

2.3.3 Qu'il s'assure de la continuité des soins

Deux adolescents rapportent apprécier lorsque leur médecin généraliste sollicite spontanément un prochain rendez-vous en fonction de ce qui a pu être échangé en consultation :

E6 : « Si pendant la consultation je lui ai dit des choses importantes j'aime bien qu'il me dise qu'il veut me revoir [...] ça me donne l'impression qu'il est là, qu'il est présent, qu'il s'en fiche pas de ce que je lui ai raconté »

E9 : « il a voulu me revoir quelques jours après [...] j'ai trouvé ça bien, j'ai senti qu'il se préoccupait vraiment de moi, de ma situation. Je me suis senti écouté, soutenu »

Pour une adolescente, le rôle du médecin généraliste est d'orienter vers un spécialiste en fin de consultation lorsque des difficultés psychologiques ont été exprimées :

E5 : « Ensuite, en fin de consultation si je me suis confiée sur des problèmes personnels, j'aimerais qu'il me redirige vers un psychologue adapté ou un psychiatre »

Lorsqu'un adolescent rapporte des difficultés d'ordre psychologique à son médecin généraliste, il apprécie qu'un rendez-vous ultérieur soit programmé par ce dernier, auprès de lui-même, d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue.

2.3.4 La salle d'attente

Pour une adolescente, la salle d'attente est un élément important de la consultation :

E1 : « La salle d'attente c'est important, il faut que ça donne envie d'attendre (*Rires*) [...] il faut que ça soit grand, pour pas qu'on soit serré, des coins pour s'asseoir, avec des livres et des magazines, les deux ! »

2.4 Les facteurs négatifs à une relation médecin généraliste – adolescent de qualité

2.4.1 Attitude du médecin perçue négativement par les adolescents

Lors des entretiens, j'ai demandé aux adolescents d'imaginer la pire consultation possible chez leur médecin généraliste.

Différentes caractéristiques, perçues comme péjoratives ont été décrites :

- **Une attitude « pressante » de la part de leur médecin généraliste :**

E1 : « "- Vous avez quoi ? – Ca, ça, ça, ok ! Je vous mets ça et au revoir !" Sans t'examiner, prendre le temps de te parler, de prendre le temps. [...] c'est serré parce qu'il a beaucoup de patients mais au moins prendre un petit peu le temps »

E4 : « Qu'il aille vite, qu'il fasse pas attention à ce que je raconte, qu'il me regarde pas, qu'il fasse que taper sur son clavier (*Silence*) »

E10 : « Elle m'examinerai genre "vite fait bien fait" »

- **Une distance trop importante dans la relation :**

E5 : « Alors c'est évident, mais il serait froid, distant »

E6 : « Qu'il ne me regarde pas »

E10 : « Elle serait désagréable, elle me regarderait pas »

- **Un manque de confiance du médecin envers son patient :**

E6 : « Alors que je lui dise des choses et qu'il ne me croit pas, qu'il contredise mes paroles »

- **Du jugement :**

E5 : « Ensuite, si je sens un peu dans son regard qu'il y a du jugement, ça va beaucoup me déranger, ça me bloque quoi »

E8 : « Qu'il me juge aussi, quand je lui parle de mes scarifications par exemple »

- **Un manque de considération du médecin envers son patient adolescent :**

E10 : « Elle discuterait qu'avec ma mère »

2.4.2 Le médecin traitant remplacé

Pour la totalité des adolescents, une consultation auprès d'un médecin généraliste remplaçant leur médecin habituel n'est pas propice aux confidences. Le patient adolescent se sentira alors moins à l'aise pour aborder des problématiques personnelles :

E1 : « C'est pas la même chose, c'est pas celui que je connais, je vais pas être à l'aise comme si j'étais avec mon médecin »

E3 : « Comme je le connais pas, c'est pas pareil, je peux pas lui parler (*Silence*) c'est gênant »

E6 : « Ben c'était pas très grave mais j'étais quand même moins à l'aise qu'avec mon docteur habituel. Surtout quand il m'a examiné »

E8 : « Si c'était un remplaçant je n'irais pas le voir de toute façon, c'est pas pareil, il ne me connaît pas [...] on ne se connaît pas, je m'vois pas lui raconter ma vie »

E9 : « Ben ça reste un médecin mais on s'connait pas donc c'est sûr on discute pas trop »

E10 : « C'est pas pareil parce que je la connais moins mais je l'aime bien aussi, ça me dérange pas de la voir elle »

2.4.3 La place des internes en consultation

Pour les adolescents ayant été confronté à la présence d'un interne lors d'une consultation chez leur médecin généraliste, ce second interlocuteur entrave la qualité de la consultation.

E4 : « C'est plus difficile, ça me dérange, ils sont trois adultes, c'est trop. Quand c'est comme ça, je parle pas, je réponds pas à toutes les questions, juste à celles pas importantes. Ça me stresse quand je le vois écrire celui à côté »

Une adolescente rapporte avoir le sentiment d'être reléguée au second plan de la consultation, le rôle de « formateur » du médecin étant alors au premier plan :

E1 : « C'est pas du tout pareil avec eux [*les internes*], le médecin il est plus occupé à expliquer à la personne, il n'a pas trop trop de temps pour moi »

Malgré tout, si une relation de confiance existe entre elle et son médecin traitant, la présence de l'interne ne gênera pas le fond de la consultation :

E1 : « C'est un petit peu plus compliqué mais si le médecin je le connais depuis longtemps, je reste à l'aise »

La relation qu'entretient un adolescent avec son médecin généraliste est unique et non transposable. Ainsi, lorsque ce dernier se trouve remplacé par un autre médecin, l'adolescent en manque de confiance dans la relation se trouvera en difficulté pour se confier sur ses difficultés d'ordre psychologique. Il en est de même lorsqu'un interne assiste le médecin traitant.

2.4.4 L'attente chez le médecin généraliste

Dans leur réflexion autour de la « pire consultation imaginable », certains adolescents ont abordé la question des retards chez leur médecin :

E8 : « Alors il y aurait 4 heures d'attente (*Rires*) »

E9 : « Alors déjà j'attends pas en salle d'attente »

Un temps d'attente régulièrement trop long n'incite pas les adolescents à se rendre en consultation chez leur médecin traitant :

E8 : « Ben parfois j'aimerais aller le voir pour lui parler de quelque chose, mais j'y vais pas parce que je sais que je vais attendre très longtemps »

2.5 Les facteurs neutres à la relation

Différents facteurs ont été décrits comme des caractéristiques sans importances pour les adolescents ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire :

2.5.1 Le sexe du médecin généraliste

Les adolescents interrogés n'attachent que peu d'importance au sexe de leur médecin généraliste :

E2 : « Non, homme ou femme, peu importe »

E4 : « Non, ça reste un médecin, tant qu'il est gentil et à l'écoute c'est tout ce qui compte »

E6 : « Non, c'est pareil »

E8 : « Non, c'est pareil »

E9 : « Non, ça reste un médecin, c'est pareil »

2.5.2 L'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement

De même, l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement influence peu la qualité de la consultation d'après les adolescents interrogés :

E3 : « Le mien il me tutoie je crois, mais c'est pas très important »

E5 : « Qu'il me vouvoie ou me tutoie c'est un peu la même chose »

E9 : « Ca m'est égal, dans les deux cas je me sentirai à l'aise »

Les adolescents de notre étude n'accordent aucune importance au sexe de leur médecin généraliste ainsi qu'à l'utilisation par ce dernier du tutoiement ou du vouvoiement pour s'adresser à eux.

2.6 La place de l'accompagnant

Les adolescents interrogés, rapportent majoritairement préférer se trouver seul en consultation auprès de leur médecin généraliste. Cette relation duelle favorise le libre-échange et les confidences envers leur médecin. L'abord de sujet plus personnel s'en trouve facilité :

E1 : « S'il y a maman je vais me retenir de parler. Si elle n'est pas là je vais me lâcher (*Rires*) »

E4 : « Ca me dérange, je préfère être seule, j'arrive pas à parler quand il y a quelqu'un »

E6 : « Ben ça dépend [...] de pourquoi il vient [...] par exemple si je veux lui demander la pilule ça va m gêner qu'il y ait ma mère »

Pour certains adolescents, le contenu de la consultation peut être complètement modifié par la présence ou non d'un accompagnant :

E6 : « Si y'a ma mère, je dis rien »

Pour certains adolescents, la peur de blesser leur accompagnant peut être un frein à la confiance :

E4 : « J'étais plus à l'aise, j'avais peur de faire de la peine à ma famille d'accueil (*Silence*) [...] je voulais pas qu'ils pensent que j'ai essayé de me suicider parce que je suis chez eux (*Silence*) je les aime bien, c'est pas eux le problème mais la situation, ne plus voir ma mère, tout ça (*Silence*) »

E9 : « C'était bien, je voulais pas lui faire de peine ou qu'elle s'inquiète trop [*sa maman*] »

En présence d'un parent, certains adolescents se sentent reléguer au second plan de la consultation :

E5 : « J'aime qu'elle m'accompagne, mais ensuite quand je suis dans son cabinet c'est quand même mieux si je suis seule. J'ai remarqué que quand ma mère est présente durant la consultation, le médecin et elles parlent beaucoup ensemble et parfois je me sens un peu mise à l'écart »

Deux adolescents préfèrent toutefois être accompagnés :

E2 : « Je préfère qu'elle reste [*sa maman*] »

E3 : « Je préfère qu'elle soit là [*sa maman*], ça me dérange pas »

Les adolescents expriment très majoritairement préférer que ce soit le médecin qui demande à l'accompagnant de sortir :

E4 : « je préfère que ça soit le médecin qui le fasse »

E5 : « Je préfère que ça soit le médecin qui demande à me voir seule »

C'est inconfortable pour les adolescents de le demander eux-mêmes :

E1 : « Je ne vais pas oser lui demander de sortir, je vais peut-être lui faire des regards (*Rires*) »

2.7 Les bénéfices perçus à la consultation

Plusieurs adolescents rapportent ressentir des bénéfices immédiats en sortie de consultation chez leur médecin généraliste :

E2 : « Ca m'a fait du bien [*d'échanger à propos de mutilations auto-infligées*], d'habitude personne ne m'en parle (*Silence*) »

E3 : « Quand je suis sortie de sa pièce je me sentais plus légère »

E8 : « Bien, ça m'apaise de lui parler, il me connaît depuis longtemps »

E9 : « Bien, des fois juste de parler d'un truc ça libère »

2.8 Le secret médical

2.8.1 La connaissance du secret médical

Les adolescents interrogés ont une définition plus ou moins précise du secret médical :

E1 : « C'est par exemple si je dis quelque chose à un médecin, il va le garder pour lui »

E3 : « Oui, c'est quand je dis quelque chose à un médecin, il est obligé de le garder pour lui, il n'a pas le droit d'en parler à mes parents ou à une autre personne »

E4 : « On peut se confier et ils le disent pas c'est ça ? »

E5 : « Oui, oui, oui, c'est la clause de confidentialité qui existe entre moi et un médecin [...] ça n'est pas sensé sortir de la pièce de consultation »

E6 : « Alors, le secret médical c'est quand on parle de certaines choses à un adulte, il ne doit pas le répéter »

E7 : « Ben c'est quand on dit quelque chose à un médecin il n'a pas le droit de le répéter »

E10 : « C'est une règle, les médecins ils doivent garder secret tout ce que le patient lui dit »

Certains adolescents évoquent l'existence d'une loi régissant le secret médical :

E9 : « Oui, c'est une loi qui interdit aux médecins de répéter ce qu'on leur dit »

Une adolescente a déclaré que le secret médical appartenait au cadre déontologique du médecin, ce dernier ayant prêté serment :

E10 : « C'est un truc déontologique, c'est lié au serment d'Hippocrate je crois »

Pour une adolescente seulement, le secret médical n'était pas une notion connue :

E2 : « Non, c'est quoi ? »

Pour plusieurs adolescents, la notion de levée du secret médical en fonction de la gravité des faits est connue :

E1 : « Mais si c'est quelque chose de grave, il va peut-être demander des conseils à d'autres médecins pour savoir s'il faut le dire ou pas »

E3 : « Sauf si c'est quelque chose qui me met en danger »

E5 : « A part si c'est quelque chose de dangereux pour moi ou de dangereux pour les autres »

Certains médecins réaffirment l'existence du secret médical lors de la consultation :

E9 : « Oui, mon médecin il le dit souvent : "Tu peux m'en parler, ça restera entre nous" »

2.8.2 L'importance du secret médical

Pour les adolescents, le secret médical a une grande importance dans la relation à leur médecin traitant.

Elle permet de les rassurer :

E1 : « Ca me rassure »

Plusieurs adolescents rapportent que l'assurance d'une confidentialité durant la consultation majore la confiance qu'ils accordent à leur médecin généraliste :

E2 : « Ca peut être utile, surtout pour se sentir en confiance avec le médecin »

E5 : « Oui ! Je pense que oui ! (*Rires*) ça me permet d'être plus en confiance en fait »

E10 : « Ça me permet de répondre plus honnêtement au médecin quand elle me pose des questions. Par exemple, si elle me demande si j'ai déjà bu de l'alcool ou autre, je peux lui faire confiance, je sais qu'elle ne le répètera pas »

Pour deux adolescentes, le secret médical favorise la confiance :

E6 : « Oui, très important, sinon on ne répondrait pas à ses questions de la même façon, c'est sûr »

E9 : « C'est utile, disons que si ça existait pas on se confierait pas forcément à notre médecin, on lui dirait pas tout, on aurait peur que certaines choses soient répétées ou sortent du bureau du médecin »

Pour autant l'existence du secret médical n'est pas le seul élément permettant aux adolescents de se confier à leur médecin :

E4 : « Oui, c'est important, c'est sûr, mais il faut quand même être en confiance à la base avec son médecin, le secret médical ça fait pas tout »

E7 : « Oui mais ça fait pas tout [...] si j'ai pas envie de me confier à ce médecin, même si je sais qu'il existe le secret médical ça change rien, j'aurais pas envie de parler quand même »

Parallèlement, certains adolescents rapportent douter parfois du respect du secret médical par certains médecins :

E1 : « Mais j'espère que vraiment il garde le secret »

E3 : « Quand je connais pas trop le médecin, je suis jamais sûre (*Silence*) »

E3 : « Oui, mais il faut avoir confiance en son médecin pour être sûr qu'il le respecte bien ! »

Recevoir les adolescents seuls en consultation, après en avoir fait la demande à leur accompagnant, et leur rappeler systématiquement leur droit au secret médical, permettra de créer un climat propice aux confidences où les adolescents en situation de souffrance psychologique pourront, s'ils le souhaitent, se livrer sur leurs difficultés.

2.9 Regard d'adolescents sur le suivi conjoint médecin généraliste et pédopsychiatre

Dans le cadre d'un suivi conjoint médecin généraliste et pédopsychiatre dans les suites d'une tentative de suicide, certains adolescents scindent totalement les rôles des différents intervenants. Le médecin généraliste est alors le médecin du corps et le pédopsychiatre celui de l'esprit :

E5 : « Ensuite, en fin de consultation si je me suis confiée sur des problèmes personnels, j'aimerais qu'il me redirige vers un psychologue adapté ou un psychiatre »

E7 : « Ben, c'est pas trop son métier, elle est pas psy' »

A contrario, d'autres adolescents rapportent se livrer avec plus d'honnêteté à leur médecin généraliste car l'enjeu y est différent :

E8 : « Mon médecin quand je vais le voir je peux lui parler librement. J'ai pas peur qu'il m'hospitalise (*Silence*) alors qu'à l'hôpital, je ne dis pas tout parce que je sais que sinon ils vont m'hospitaliser [...] pour mon médecin la solution c'est pas l'hospitalisation, il va essayer de m'aider autrement, je lui confie plus facilement des choses »

Les adolescents suivis conjointement par leur médecin traitant et un pédopsychiatre attribuent à chacun des rôles propres et distincts. Bien que le médecin généraliste soit très souvent identifié comme un médecin somaticien, certains adolescents se confient à lui avec plus d'honnêteté car les enjeux y sont différents.

V. Discussion

1. Limites de l'étude

1.1 Limites liées au sujet de recherche

Ce travail de recherche revenait sur un sujet particulièrement sensible de l'histoire de vie des adolescents : leur tentative de suicide.

Pour certains adolescents interrogés, il a pu être particulièrement difficile d'aborder ce sujet-là avec une personne inconnue, par pudeur ou par tabou.

Dans ce contexte, il existe donc un risque de biais déclaratif.

Le recrutement des adolescents s'est révélé particulièrement difficile. J'ai essuyé de nombreux refus. Le sujet particulièrement intime et sensible de l'étude était probablement un frein à l'acceptation par les adolescents de participer à l'étude. Les autres freins potentiels concernent la période estivale de réalisation des entretiens où une baisse de l'activité est classiquement observée en pédopsychiatrie, et la structure hospitalière où se déroulaient les entretiens dont peu d'adolescents « raffolent ».

Nous avons recruté nos participants au sein du C.H.U de Nîmes, parmi les adolescents pris en charge initialement dans le service d'urgences pédiatriques pour une tentative de suicide.

En recrutant des adolescents dans différents services d'urgences pédiatriques de différents hôpitaux, j'aurais contribué à améliorer la validité externe de l'étude. Mais cela était difficilement réalisable en pratique.

Certaines situations évoquées durant les entretiens étaient des situations du passé pouvant donc entraîner un biais de mémorisation sur les données récoltées.

1.2 Limites liées à la chercheuse

Cette étude est le premier travail de recherche qualitative que je réalise. Je n'avais auparavant aucune expérience dans la conduite d'entretiens semi-directifs.

Malgré la rigueur méthodologique que je me suis appliquée à suivre, cela a pu entraîner un biais de méthode ou d'intervention.

Afin de limiter ce risque, j'ai effectué un travail de recherche et de lecture approfondi sur la conduite et l'analyse des résultats en recherche qualitative [40] [41] [42].

J'ai aussi bénéficié de l'aide de mon directeur de thèse, le Pr. Marc GARCIA, très expérimenté en matière de recherche qualitative.

Durant le déroulement des entretiens, malgré mon application pour demeurer la plus neutre possible dans mon attitude et dans la formulation de mes propos, il est difficile d'affirmer que je n'ai pas influencé de quelque manière que ce soit les réponses de certains des interviewés.

Afin de limiter le biais d'interprétation des données, j'ai été la plus rigoureuse possible dans mon recueil de données, en enregistrant numériquement les entretiens et dans la retranscription des entretiens en *verbatim*. J'ai inclus les silences et les rires afin de mieux saisir l'état émotionnel du sujet.

L'annotation des expressions non verbales durant les entretiens aurait permis de réduire d'avantage le biais d'interprétation des données.

Pour se faire, il aurait fallu être deux interviewers : un premier qui anime l'entretien, en posant les questions et en effectuant les relances, et un second, responsable de l'enregistrement audio et notant les aspects non verbaux des entretiens. J'ai fait le choix de ne pas ajouter de second interviewer durant les entretiens afin de prioriser les confidences et la qualité des échanges en relation duelle.

Une double analyse des entretiens par deux chercheurs différents aurait permis par triangulation, d'augmenter la validité interne de l'étude.

2. Forces de l'étude

La principale force de notre étude est liée à l'originalité de son sujet. En effet différents travaux se sont intéressés aux difficultés rencontrées lors d'une consultation adolescent – médecin généraliste : « Étude qualitative, auprès des lycéens de la Somme, des difficultés rencontrées lors d'une consultation en médecine générale » [37] « Attentes et vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale » [38]. Une autre thèse a analysé « La prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent en cabinet de médecine générale : Vécus et représentations des médecins généralistes. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Rouen Elbeuf » [39]. Mais aucun travail de recherche en soins primaires, ne s'était interrogé sur les attentes des adolescents ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire concernant leur relation à leur médecin généraliste.

C'est pourquoi notre étude est intéressante pour la pratique professionnelle des médecins généralistes.

Le choix de réaliser une étude qualitative nous a permis d'atteindre notre objectif principal, en interrogeant les expériences et les ressentis des adolescents, nous avons pu répondre à notre question de recherche.

L'élaboration du guide d'entretien avec l'aide de mon directeur de thèse et la relecture de celui-ci par une pédopsychiatre du C.H.U de Nîmes, sa modification après les deux premiers entretiens, et l'accord de participation demandé à chaque pédopsychiatre traitant, a permis d'augmenter par la qualité méthodologique, la validité interne de l'étude.

Le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés a permis une promiscuité, une approche intime dans la relation. L'approche en relation duelle, a permis une liberté de parole, une expression de leurs expériences et de leurs attentes facilitée par cette promiscuité.

L'arrêt du recueil de données a été réalisé après l'obtention de la saturation des données, cela a permis d'augmenter la validité interne de l'étude.

La validation du projet de recherche par le comité d'éthique du C.H.U de Nîmes a permis d'appuyer la qualité, et la rigueur méthodologique utilisée tout au long de ce travail.

3. Analyse des résultats

3.1 La consultation précédant le passage à l'acte suicidaire

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents. Même si ces derniers consultent peu (entre 2 et 2,5 fois en moyenne par an), ils sont 75 % à avoir consulté un médecin généraliste dans l'année [4]. Les motifs de consultation sont essentiellement somatiques (75%), administratifs ou préventifs (19%) mais rarement psychologiques (6%) [43] [44].

Différentes études ont mis en évidence, que la plupart des adolescents ont consulté un médecin généraliste dans les mois précédant leur tentative de suicide, dans la majorité des cas pour un motif somatique bénin [6] [7].

Parmi les adolescents interrogés dans notre étude, une majorité s'est rendue en consultation auprès de leur médecin traitant dans le mois précédant leur passage à l'acte suicidaire.

De la même façon, le motif de consultation était très majoritairement somatique.

Lors de cette consultation, les difficultés psychologiques n'ont été abordées par aucun des adolescents interrogés, alors même qu'elles étaient déjà présentes pour certains d'entre eux.

En médecine adolescente, le motif de consultation initial est régulièrement un « faux-ami ». Le médecin doit savoir le dépasser et s'attacher à rechercher des problématiques sous-jacentes.

Il peut alors s'aider de guides d'entretiens validés.

Nous en citerons deux :

- **Le guide d'entretien HEADS**

Il permet d'explorer l'environnement, l'éducation, l'alimentation, les loisirs, les addictions, la sexualité, les idées suicidaires, la sécurité et les violences des adolescents.

H = *Home* (Environnement)

E = *Education* (Ecole)

A = *Activities* (activités)

D = *Drugs* (Drogues)

S = *Sexuality* (Sexualité)

S = *Suicide* (Suicide)

S = *Safety* (Sécurité)

Dans ce questionnaire, on retrouve les questions suivantes abordant le champ des idées suicidaires :

- ❖ T'es-tu déjà senti très déprimé?
- ❖ As-tu déjà pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue?
- ❖ As-tu déjà pensé à te faire du mal, à te blesser volontairement?

- **Le BITS test**

L'utilisation du BITS test en consultation permet de dépister rapidement et facilement des problématiques suicidaires chez les adolescents. Il est détaillé dans le paragraphe II.6.

L'INPES a édité en 2009 un guide intitulé « Entre-nous » [32]. Cette brochure est un outil d'aide à la consultation destiné aux professionnels de la santé. Un des objectifs de ce guide est d'aider les médecins à aborder des sujets sensibles en consultation. Des formules simples et facilement reproductibles comme « et à part ça, tout va bien ? » sont proposées.

Il serait intéressant de diffuser largement ce guide, disponible en format numérique, dans le but de sensibiliser un grand nombre de médecins aux spécificités de la consultation adolescente.

L'ensemble de ces outils peuvent être d'une grande aide pour dépister certaines problématiques sous-jacentes et permettre au médecin d'ouvrir le dialogue.

3.2 Le rôle du médecin généraliste

Pour les adolescents interrogés, le rôle premier du médecin généraliste est de soigner au sens organique du terme.

Pour plusieurs de ces adolescents, le médecin généraliste n'a pas pour rôle de prendre en charge la souffrance psychologique de ses patients. Ce rôle serait celui des psychiatres et des psychologues.

Cette donnée se retrouve dans la littérature médicale scientifique [45]. Le Pr. Philippe Binder et ses collaborateurs, affirment dans une étude publiée en 2010 que seulement 32% des adolescents pensent que leur médecin généraliste peut les aider en cas de dépression [43].

Il serait intéressant que les médecins généralistes réaffirment auprès de leurs jeunes patients que la santé est un équilibre à la fois physique, mental et social. Ceci dans le but de leur rappeler qu'il est leur interlocuteur privilégié en cas de pathologie physique, mais aussi de souffrance psychologique ou de problèmes relationnels.

D'autres adolescents ne sont pas opposés à se confier à leur médecin généraliste mais cela sera facilité si le médecin lui-même pose les bonnes questions.

Cette notion est énoncée dans la littérature : Selon le Pr. Philippe Binder et ses collaborateurs, un adolescent sur six entre 12 et 20 ans n'exprimerait pas son mal être en consultation [27]. Toujours selon lui, l'adolescent souhaite que le médecin perçoive son mal être sans qu'il doive le formuler lui-même [43].

3.3 Les qualités attendues du médecin généraliste

Dans notre étude, les adolescents sont sensibles au temps qu'on leur consacre. Ils attendent de la part de leur médecin généraliste une écoute attentive sans jugement, assortie d'un ensemble de qualités humaines que sont : la bienveillance, la douceur, et la considération.

De la même façon, le médecin devra analyser puis expliquer à son jeune patient les différents éléments de la consultation, et lui délivrer ensuite si nécessaire des conseils.

L'utilisation de l'humour est citée par plusieurs adolescents comme permettant d'instaurer un climat détendu, propice aux échanges.

Ceci est confirmé par différentes études. R. de Tournemire évoque que le médecin doit adopter une attitude ouverte, respectueuse et empathique [46]. Dans une autre publication, l'adolescent est décrit comme sensible à l'attention et au respect que lui porte son médecin généraliste [47].

3.4 Les facteurs perçus négativement par les adolescents

A l'inverse, un ensemble de caractéristiques ont été décrites par les adolescents de l'étude comme néfaste à l'établissement d'une relation de qualité entre un adolescent et son médecin généraliste.

Ces facteurs sont : une attitude jugée « pressante » de la part du médecin, une distance trop importante dans la relation, un manque de confiance du médecin envers son patient et un sentiment de jugement.

Ces éléments font échos en miroir, aux caractéristiques attendues par les adolescents de l'étude de leur médecin généraliste.

3.5 Les facteurs neutres

Le sexe du médecin est décrit comme sans importance par les adolescents de notre étude.

De même, l'utilisation par le médecin généraliste du tutoiement ou du vouvoiement n'a pas d'importance pour les adolescents de notre étude.

3.6 L'ancienneté de la relation

Parmi les adolescents de notre étude, suivis depuis la petite enfance par le même médecin généraliste, une relation de confiance existe favorisant les confidences de l'adolescent envers son médecin généraliste.

Cette donnée est confirmée dans la littérature [48].

Ainsi, lorsque le médecin traitant se trouve remplacé par un autre médecin, les adolescents ne se disent pas à l'aise pour se confier sur des problématiques personnelles, et vont plus facilement s'en tenir au motif de consultation « premier ».

3.7 Les bénéfices perçus à la consultation

Pour plusieurs des adolescents de notre étude, le simple fait de se rendre en consultation et d'échanger avec leur médecin améliore leur état psychologique.

Cette donnée est connue de la littérature [30] et semble importante à diffuser à l'ensemble des médecins généralistes, car c'est en étant pleinement conscient de leur « pouvoir » qu'ils seront les plus à même de le mettre en pratique.

3.8 La place des accompagnants en consultation

Pour la quasi-totalité des adolescents de notre étude, c'est leur mère qui est à l'origine de la prise de rendez-vous auprès du médecin traitant.

Parmi les dix entretiens réalisés, une adolescente seulement a déclaré se rendre parfois seule chez le médecin. La grande majorité des participants étaient accompagnés lors des consultations, par leur mère essentiellement.

Différents travaux de recherche ont démontré le rôle particulier joué par la mère dans la santé des adolescents. Une étude publiée en 2010 par le Pr Philippe Binder, médecin généraliste, et ses collaborateurs rapporte que 80% des consultations réalisées auprès des jeunes de 12 à 20 ans se sont déroulées en présence de la mère, contre 10% en présence du père [27].

Selon deux autres études, même à l'approche de la majorité, les deux tiers des rendez-vous médicaux sont sollicités par les parents [49] [50].

La majorité des adolescents interrogés dans notre étude souhaitaient que le médecin fasse sortir leur accompagnant au cours de la consultation. Comme l'ont exprimé certains adolescents, l'absence de leur parent en consultation favorise les confidences.

De même, une grande majorité des adolescents de notre étude souhaitent que ce soit le médecin qui fasse sortir le parent accompagnateur.

L'HAS recommande de recevoir les adolescents de préférence seuls, sans leurs parents [51].

Les parents sont d'une aide précieuse dans l'évaluation globale de l'adolescent et ne doivent bien sûr pas être exclus de la consultation.

Une consultation rythmée en trois temps semble l'idéal pour aborder le motif premier de la consultation, assurer une mission de prévention rapide, puis aborder des sujets plus intimes comme la sexualité ou les troubles psychologiques :

En première partie de consultation, l'adolescent et son accompagnateur sont reçus ensemble. Puis à la demande du médecin, le parent sort et la consultation se poursuit avec l'adolescent seul. Enfin pour le dernier temps, les éléments importants de la consultation sont exposés au parent toujours en présence de l'adolescent. Les éléments rapportés au parent ne le seront qu'avec l'accord préalable de l'adolescent.

Le frein principal à l'application de cette consultation « type » est le manque de temps dont dispose le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

La création d'une « consultation complexe » valorisée financièrement pour les médecins généralistes permettrait de lever partiellement ce frein.

3.9 Le secret médical

Le secret médical est une notion connue par la quasi-totalité des adolescents interrogés dans notre étude.

Ils lui accordent une grande importance dans la relation adolescent-médecin généraliste. Cette confidentialité rassure et favorise les confidences en majorant la confiance accordée au médecin.

Certains adolescents rapportent douter parfois du respect du secret médical.

Il semble donc important de rappeler ce droit au secret régulièrement en début de consultation et de préciser qu'il est valable pour les patients mineurs comme majeurs.

Il est important de commencer à délivrer une information claire sur le secret médical aux adolescents et à leurs parents dès le début de la puberté, à un âge où l'enfant ne ressent pas encore le besoin de confidentialité.

Ainsi, cela permettra aux parents d'intégrer l'existence légale de ce droit au secret, afin de les préparer aux futures consultations et d'éviter les situations conflictuelles.

3.10 Perspectives

Il n'existe pas, à ce jour en France, de consultations obligatoires de l'adolescent comme on les connaît dans la petite enfance, ni même de recommandations en terme de fréquence du suivi médical.

Pourtant la mission du médecin généraliste est particulièrement complexe à l'adolescence et les sujets à aborder ne manquent pas : antécédents, plainte somatique éventuelle, examen clinique, scolarité, relations familiales, amicales et amoureuses, développement pubertaire et sexualité, comportements à risque, idées suicidaires ou tentatives de suicide passées.

D'où l'idée de proposer un suivi semestriel par le médecin généraliste, afin d'assurer les missions de prestation de soins et de prévention de la santé. Mais aussi de renforcer le lien entre les adolescents et leur médecin généraliste, afin de permettre une alliance optimale.

Ceci serait d'autant plus intéressant chez les adolescents présentant des facteurs de risque suicidaire ou ayant déjà réalisé un passage à l'acte suicidaire, dans le cadre de la prévention secondaire.

La mise en place d'une telle mesure permettrait également de légitimer aux yeux des adolescents, de leurs parents et des médecins l'importance d'aborder en consultation outre l'aspect somatique mais aussi les plans psychologiques et relationnels des adolescents.

VI. Conclusion

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents, il est en première ligne pour dépister chez ces derniers, une souffrance morale et assurer la prévention primaire ou secondaire du suicide.

Une majorité des adolescents ont consulté un médecin généraliste dans les semaines qui ont précédé leur passage à l'acte suicidaire, dans la plupart des cas, pour un motif d'ordre somatique. Dans notre étude, cette donnée a été retrouvée, et aucun des adolescents n'avaient profité de cette consultation pour se confier sur leurs difficultés d'ordre psychologique, alors qu'elles étaient présentes.

Pour permettre aux adolescents de se confier, le contexte de la consultation est essentiel. Un médecin disponible, calme, à l'écoute, empathique et non jugeant permettra à son patient de se sentir considéré et de se livrer plus aisément sur des difficultés d'ordre psychologique. L'ancienneté de la relation sera également un atout important pour le médecin, car un lien de confiance est préétabli entre lui et son jeune patient.

La crainte de la non-confidentialité et la présence d'un tiers en consultation sont des freins majeurs pour les adolescents à évoquer leurs problématiques psychologiques.

Le médecin doit s'attacher à mener systématiquement sa consultation en plusieurs temps, dont un sans les parents et rappeler régulièrement, avant même le début de l'adolescence, le droit au secret médical notamment chez le sujet mineur.

Enfin, le médecin généraliste doit s'attacher à rechercher, à chaque consultation auprès d'un adolescent, une demande secondaire parfois imprécise ou ambivalente. Il peut s'aider pour cela d'outils de dépistage validés comme le BITS-test ou plus simplement de questions de relance : « Et à part ça ? » ; « Oui mais encore ? ».

Ceci semble d'autant plus important chez les adolescents présentant des facteurs de risque de suicide ou ayant déjà réalisé un passage à l'acte suicidaire.

L'instauration d'une consultation semestrielle des adolescents, permettrait de renforcer l'alliance, d'aborder des sujets de prévention et de rechercher des conduites à risques ou des idées suicidaires. Le médecin pourra aussi, lors de cette consultation, réaffirmer auprès de l'adolescent et de sa famille, qu'il est l'interlocuteur privilégié en cas de problématique ou de questionnement sur leur santé physique, mais aussi psychologique et relationnelle.

Ceci dans le but de ne pas faire de cette rencontre médecin – adolescent un rendez-vous manqué.

VII. Bibliographie

[1] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : données et statistiques sur le suicide.

[En ligne] https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/

[2] CépiDc-Inserm, centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Données épidémiologiques sur les décès par suicide. Fiche 1.

[En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche1-4.pdf>

[3] Ministère des Solidarités et de la Santé. Santé mentale et psychiatrie : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques.

[En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour>

[4] Choquet M, Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Paris : Inserm ; 1998.

[5] Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Santé publique. 2002;14(3):263-73.

[6] Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002;159(6):909-916.

[7] Saini P, Chantler K, Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. Health Soc Care Community. 2016;24(3):260-269.

[8] Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A et al. Brain development during childhood and adolescence : a longitudinal MRI study. Nat Neurosci. 1999;2(10):861-863.

[9] Courtecuisse V. L'adolescent malade, ce qu'il faut savoir : violence des secrets, secrets des violences. Paris : Armand Colin; 2005.

[10] Goldbeter-Mérinfeld E. L'adolescence en contexte : introduction. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2008;40(1):5.

[11] Winnicott DW, Monod C, Pontalis JB. Jeu et réalité. Paris : Gallimard; 2002.

[12] Le Breton D. Une brève histoire de l'adolescence. Paris : JC. Béhar; 2013.

[13] OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français. Résultats des enquêtes ESCAPAD 2014 et ESPAD 2015.

[En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche3-10.pdf>

[14] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de santé : Facteurs de risque.

[En ligne] https://www.who.int/topics/risk_factors/fr/

[15] HAS, Haute Autorité de Santé – La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

[16] Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Toussignant M, Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide : a case control study. *J Affect Disord.* 2008;105(1-3):221-228.

[17] Mirkovic B, Labelle R, Guilé JM, Belloncle V, Bodeau N, Knafo A, et al. Coping Skills Among Adolescent Suicide Attempters : Results of a Multisite Study. *Can J Psychiatry.* 2015;60(2 suppl 1):S37-45.

[18] Walsh E, Eggert LL. Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *Int J Ment Health Nurs.* 2007;16(5):349-359.

[19] King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality : a review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2008;12(3):181-196.

[20] Anglin DM, Gabriel KOS, Kaslow NJ. Suicide acceptability and religious well-being : A comparative analysis in African American suicide attempters and non-attempters. *Journal of psychology and theology.* 2005;33(2):140-150.

[21] Chu JP, Goldblum P, Floyd R, Bongar B. The cultural theory and model of suicide. *Applied and preventive psychology.* 2010;14(1-4):25-40.

[22] Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J et al. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents : findings from the multicentre study of self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53(12):1212-1219.

[23] Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(3-4):372-394.

[24] HAS, Haute Autorité de Santé – La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. [En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

[25] Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Revue Prat Med Gen.* 2004;18:781-784.

[26] Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services : how are we doing and what more needs to be done? *Lancet.* 2007;369(9572):1565-1573.

- [27] Binder P, Caron C, Jouhet V, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party : comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Fam Pract.* 2010;27(5):556-562.
- [28] Wandji C. Que confient les adolescents à risque à leur médecin généraliste et à quelles conditions ? Thèse d'exercice. Université de Poitiers. 2013.
- [29] Binder P, Jouhet V, Valette T, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Interactions adolescent-médecin généraliste en consultation : évolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin. Étude SOCRATE 1. *Revue Prat.* 2009;59(8):25–31.
- [30] Berkhout C, Tudrej B, Heintz AL, Rehman MB, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Bien qu'ils n'en soient pas conscients, les médecins généralistes améliorent le bien-être de leurs patients adolescents. *Exercer.* 2018;144:264-265.
- [31] Courtois R. Les conduites à risque à l'adolescence : repérer, prévenir, prendre en charge. Paris : Dunod; 2011.
- [32] Entre nous – Guide d'intervention pour les professionnels de santé : comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ?
[En ligne] http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf
- [33] Un adolescent peut en cacher un autre.
[En ligne] www.medecin-ado.org
- [34] Favre AS. Dépistage des idées ou acte suicidaire et automutilation chez les adolescents de 13 à 18 ans. Validation du BITS-test en médecine générale sur 17 sites francophone. Thèse d'exercice. Université de Poitiers. 2017.
- [35] Binder P, Heintz A-L, Haller DM, Favre A-S, Tudrej B, Ingrand P, Vanderkam P. Detection of adolescent suicidality in primary care : an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. *Early Intervention in Psychiatry.* 2019;1–7.
- [36] François Dubet, Olivier Cousin, Éric Macé, Sandrine Rui, 2013, Pourquoi moi ? L'expérience des discriminations. Paris : Le Seuil; 2013.
- [37] Fourrier – Wisniewski M. Étude qualitative, auprès des lycéens de la Somme, des difficultés rencontrées lors d'une consultation en médecine générale. Thèse d'exercice. Université d'Amiens. 2016.
- [38] Papagiorgiou M. Attentes et vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale. Thèse d'exercice. Université de Nantes. 2016.
- [39] Spiegel FX. La prise en charge du risque suicidaire de l'adolescent en cabinet de médecine générale : Vécus et représentations des médecins généralistes. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Rouen Elbeuf. Thèse d'exercice. Université de Rouen. 2017.
- [40] Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84:142-145.

- [41] Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : A. Colin 3ème édition ; 2015.
- [42] Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;105:4-11.
- [43] Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Revue Prat*. 2005;55:1073-1077.
- [44] Paulus D, Doumenc M, Pestiaux D. Adolescents : quelles portes d'entrées dans la consultation ? *Revue Prat Med Gen*. 2003;17:1048.
- [45] Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant, pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse d'exercice. Université de Paris V. 2004.
- [46] Tournemire R de. L'adolescent en consultation. *EMC Pédiatrie*. 2018;13(4):1-9.
- [47] Stheneur C, Alvin P, Boudaillez B, Gronnier P, Jacquin P, Picherot G, et al. La première consultation avec un adolescent. *Archives de pédiatrie*. 2009;16(19):1309-1312.
- [48] Lacotte Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse d'exercice. Université de Paris V. 2004.
- [49] Choquet M, Ledoux S, Menke H. Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin. In : « Les adolescents et leur santé ». Vanves : CNTERHI;1990:121-135.
- [50] Choquet M, Askevis M, Manfredi R, Ledoux S, Fraisse F. Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation. Paris: Inserm; 1992:1-76.
- [51] HAS, Haute Autorité de Santé - Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours.
[En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

VIII. Index des abréviations

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

IX. Annexes

Annexe 1 : Institutional Review Board (IRB)



Interface Recherche Bioéthique Institutional Review Board

Président :

Pr. Thierry LAVABRE BERTRAND
Chef de service Laboratoire De Cytologie
Clinique Et Cytogénétique

Vice Président :

Pr. Jean Yves LEFRANT
Chef de service FOREVA

Mme Sophie GRANIER
Chargée de Missions DRCI
Coordinatrices des ARCs/TECs

Secrétariat :

Tél.: 04.66.68.50.08
Fax.: 04.66.68.34.00
irb@chu-nimes.fr

N° Fiche [19.022]

Interface Recherche Bioéthique Institutional Review Board

Les études qualifiées de Recherche Biomédicales selon l'article L1121-1 du code de la santé publique doivent être présentées au CPP et ne pourront être examinées par l'IRB

Titre complet de l'étude :

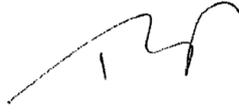
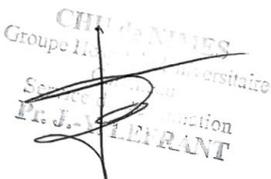
Points de vue d'adolescents ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire : Quelles attentes ont-ils de leur relation à leur médecin traitant ?

Promoteur : CHU de Nîmes

Investigateur Principal et Service : Géraldine NOVOA-TEXIER - Interne en DES de Médecine Générale.

Investigateur Secondaire : Dr Marc GARCIA – Médecin Généraliste.

- Étude Monocentrique : Oui Non
- Type de Recherche : Diagnostique Physiopathologique
 Épidémiologique Thérapeutique
 Autre : **Recherche qualitative**
- Type d'étude : Étude descriptive transversale Suivi de Cohorte
 Étude épidémiologique Étude Observationnelle
 Autres :
- Étude déjà débutée : Oui Non
Si oui, Date début :
- Transmission d'un protocole : Oui Non
- Transmission d'un article en cours de soumission : Oui Non
- Projet ne relevant pas de la Loi Huriet-Sérusclat modifiée : Oui Non
- Validation méthodologique du projet par le BESPIM : Oui Non

AVIS de l'IRB	<input checked="" type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Défavorable
	<input type="checkbox"/> Non compétent	<input type="checkbox"/> Différé
Document fourni : Diaporama de présentation et protocole simplifié		
Code de l'étude attribué par l'IRB : 19.22.01		
 CHU de Nîmes Service de Cytologie Clinique Pr Thierry LAVABRE-BERTRAND N°RPPS : 10003214102		

Une copie du présent avis est envoyée au bureau de la DRCI du CHU de Nîmes

Annexe 2 : Lettre d'information et de non-opposition destinée au patient



LETTRE D'INFORMATION ET DE NON- OPPOSITION DESTINEE AU PATIENT

Promoteur de l'étude :

CHU de Nîmes
Place du Professeur Debré
30029 Nîmes Cedex 09

Titre de l'étude :

Points de vue d'adolescents ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire : Quelles attentes ont-ils de leur relation à leur médecin traitant ?

Madame, Monsieur,

Le Service de Pédopsychiatrie du CHU de Nîmes réalise une étude ayant pour but de recueillir oralement le ressenti, l'expérience, les attentes d'adolescents ayant réalisés un passage à l'acte suicidaire.

Objectifs de l'étude

La participation à ce recueil de données a pour objectifs de recueillir, lors d'un entretien d'environ 30 minutes, votre ressenti et vos attentes vis-à-vis de la relation patient-médecin traitant.

Aucune contrainte ou obligation supplémentaire ne vous sera imposée.

Votre participation ne modifie en rien votre prise en charge médicale habituelle. Cette étude consistera uniquement à recueillir des informations concernant vos attentes vis à vis de votre médecin traitant. Elle ne nécessite aucune visite ni prélèvement ni examen de quelque nature que ce soit et ne donne pas lieu au versement d'une indemnité.

En l'absence de réception d'opposition de votre part dans le mois suivant la présentation de cette note d'information, nous considérerons que vous acceptez de participer à cette étude.

Votre refus ne modifiera en rien la relation avec votre médecin.

QUELS SONT VOS DROITS ?

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs de l'étude. Le responsable du traitement des données est le CHU de Nîmes. Le médecin de l'étude et autres personnels de l'étude recueilleront des informations à votre sujet. Ces informations, appelées « Informations personnelles », sont consignées. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies. Afin d'assurer la

confidentialité de vos informations personnelles, ni votre nom ni aucune autre information qui permettrait de vous identifier directement ne seront saisis. Vous serez uniquement identifié(e) par un code. Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse vous identifier si nécessaire.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous disposez des droits suivants sur les données que nous collectons dans le cadre de cette étude :

- le droit de demander des informations sur le traitement de vos données.
- le droit de demander la rectification des données qui vous concernent si celles-ci sont inexactes ou incomplètes. Pendant que nous examinons votre demande, vous avez le droit de limiter le traitement de vos données,
- le droit de demander à ce que vos données vous soient transférées à vous ou à quelqu'un d'autre dans un format couramment utilisé,
- le droit de vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel, à tout moment, sans avoir à justifier votre décision.

Aucune autre donnée ne sera ensuite collectée après manifestation de refus de participation à l'essai.

- Si vous manifestez votre refus de participation à l'essai, vous pouvez demander l'effacement de vos données déjà collectées s'il n'existe aucune autre exigence légale qui requière leur utilisation. Veuillez noter cependant que vos données qui auront été déjà traitées seront conservées pour ne pas rendre impossible ou compromettre la réalisation des objectifs de la recherche (Articles 17.3.c & 17.3.d. du RGPD).

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès du médecin de l'étude. Le promoteur répondra à vos demandes dans la mesure du possible conformément à ses autres obligations légales et réglementaires et lorsque la loi l'exige.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter le Délégué à la Protection des données du CHU de Nîmes (dpd@chu-nimes.fr) ou le médecin de l'étude.

Pour tout renseignement concernant cette étude ou pour exprimer votre refus de participation, vous pouvez contacter

Nom et coordonnées du porteur du projet :

Géraldine NOVOA-TEXIER
CHU de Nîmes
Place du Professeur Debré
30029 Nîmes Cedex 09
Tel : 04.66.68.40.72

Soyez assurée que votre participation nous est extrêmement précieuse. Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apportez ainsi à la recherche médicale.

Annexe 3 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

(en bleu sont notées les éventuelles questions de relance)

Bonjour, je m'appelle Géraldine Novoa – Texier, je suis étudiante en médecine, je mène actuellement un travail de recherche pour ma thèse. Pour ce travail, je m'intéresse aux points de vue d'adolescents ayant réalisé un passage à l'acte suicidaire et à leurs attentes quant à leur relation à leur médecin traitant.

Je te remercie d'avoir accepté de me rencontrer pour échanger autour de cette question.

Je ne suis bien sûr, pas là pour te juger mais pour t'écouter et apprendre de ton expérience. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et tu as tout le temps nécessaire pour me répondre. Cet entretien sera enregistré mais complètement anonyme. Tu peux, si tu le souhaites arrêter l'entretien à tout moment sans avoir à te justifier.

- As-tu des questions par rapport à ça ?
- Peux-tu me dire ton âge et me rappeler où tu en es de tes études ?
- Peux-tu me raconter la dernière consultation chez ton médecin généraliste (MG) avant ton passage à l'acte ?
 1. Si aucune consultation n'a précédé le passage à l'acte suicidaire :
 - a. Pourquoi ne pas être allée voir ton MG ?
 - b. Vers quelle personne t'es-tu tournée à ce moment-là ?
 2. Si une consultation a eu lieu dans les semaines précédant le passage à l'acte suicidaire :
 - a. Qu'attendais-tu de cette consultation ?
 - b. Qui avait pris le RDV et quel était le motif de la consultation ?
 - c. Est-ce qu'une autre personne était présente à cette consultation ? Qu'en as-tu pensé ?
 - d. Quels sujets ont été abordés ?
 - e. Qu'as-tu pensé de la durée de la consultation ?
 - f. Comment te sentais-tu en sortant de la consultation ? Avais-tu abordé tous les sujets souhaités avec lui / elle ?
- Qu'est-ce que tu attends aujourd'hui de ton médecin généraliste ?
 1. Quelle attitude attends-tu de lui ?
 2. A quelle fréquence le vois-tu en consultation ? Qu'en penses-tu ?
 3. A quels domaines de ta santé aimerais-tu qu'il s'intéresse spontanément ?
 4. A ton avis que peut-il t'apporter ? Quel est son rôle ?
- Peux-tu me décrire ce qui serait pour toi une consultation idéale chez ton médecin traitant ?
 1. Quelles personnes seraient présentes ? Qu'en penses-tu ?

2. Quelle attitude aurait ton MG ?
 3. Quels sujets aborderiez-vous ?
 4. Quelle serait la durée de la consultation ?
- Peux-tu à présent me décrire la pire consultation imaginable chez ton médecin traitant ?
 - Est-ce-que tu sais ce qu'est le secret médical ?
 1. Est-ce que c'est important pour toi ?