UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2019

2019 TOU3 1034
2019 TOU3 1035

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Laura CAZOTTES et Marine CRANSAC

Le 25 AVRIL 2019

Adolescence : une traversée mouvementée. Regard des adolescents sur leur santé mentale et le mal-être.

Directrice de thèse : Dr Isabelle CISAMOLO

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Madame le Docteur Julie DUPOUY	Assesseur
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Madame le Docteur Isabelle CISAMOLO	Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

au 1er septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé en Pédiatrie

Mme CLAUDET Isabelle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

FEVRIER 2019

REMERCIEMENTS COMMUNS

Remerciements aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre thèse et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Merci de la disponibilité et de la gentillesse dont vous avez fait preuve à notre égard lors de nos rencontres. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de participer au jury de notre thèse, nous nous réjouissons de pouvoir profiter de votre expertise et de votre avis éclairé pour échanger avec vous sur notre travail.

A Madame le Docteur Julie DUPOUY

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de participer au jury de notre thèse, et de l'attention que vous avez accordée à notre travail. Merci de l'enthousiasme à l'égard de notre thèse dont vous nous avez fait part lors de notre brève rencontre.

A Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de participer au jury de notre thèse, et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous sommes ravies que l'Aveyron soit représenté au sein de notre jury.

A Madame le Docteur Isabelle CISAMOLO

Nous te remercions sincèrement de nous avoir accompagnées et soutenues tout au long de cette thèse. Merci pour ton implication, ta disponibilité, et ton enthousiasme à notre égard. Tu as su instaurer un cadre de travail alliant douceur, compréhension et rigueur, qui nous a permis d'aller toujours plus loin dans notre réflexion. Merci pour tout.

Remerciements à nos relecteurs :

Nous vous remercions pour vos nombreuses relectures, vos corrections et vos conseils avisés.

Remerciements personnels de Laura

Le plus grand des Merci à mon amie et co-thésarde Marine. Nous y voilà… Merci d'avoir accepté de partager ce travail avec moi. Merci pour ton enthousiasme, ta détermination et ta rigueur. Merci d'être une si bonne amie dans les bons et les mauvais moments. Je te souhaite une belle et longue route en tant que médecin généraliste et en tant que femme.
Merci à Pierre, pour son expertise mais aussi pour le sacrifice de ses journées ensoleillées qu'il a passé à nous regarder travailler. Merci pour ses bons plats et ses sauces revigorantes. Soyez très heureux tous les deux.

A mes parents Didier et Christiane, merci de m'avoir donné le goût du travail et de l'effort sans lesquels ces années d'études auraient été impossibles. Merci de votre soutien et de votre amour à toute épreuve.
A Elodie et Bertrand, mes frères et sœurs. Merci de votre soutien tout au long de ma vie, merci pour votre relecture et votre aide dans les révisions (Bertrand, redis-moi le mot « moëlle » pour voir…) Merci à Nicolas et Mélanie de les aimer.
Merci à Thibaud et à ma toute nouvelle nièce pour la joie qu'ils mettent dans nos vies.
Merci à ma grand-mère Georgette, à ma tante Isabelle et à mes grands-parents paternels Raoul et Josette pour leur amour et leur soutien toutes ces années.
A l'ensemble de ma famille qui m'a montré il y a peu encore à quel point nous étions soudés, merci. Merci à mes cousines, d'être là depuis l'enfance, les moments partagés sont pour moi des bulles de bonheur.
A la famille Durand-Rachedi-Vernhes, merci de votre soutien.

A mes amis Clermontois (Marine, Marie, Julie, Margot, Audrey, Charlotte, Anaïs, Thomas, Louise) pour tous ces moments partagés et ceux à venir. Je suis fière de notre parcours.

A mes meilleures amies Marlène et Soa-fy, avec qui le lien est si fort : Best Friends Forever.
A l'ensemble de mes amis, un grand Merci. Un Merci particulier à Julie, Cyril, Julie, Romain, Laura et Cédric pour le cocon albigeois qu'ils ont su créer.

A tous les médecins dont j'ai croisé la route, qui m'ont enseigné leur savoir-faire et leur savoir-être, à Clermont-Ferrand, Montauban, Albi et Toulouse. Chacun d'entre vous reste gravé dans ma mémoire.

Aux nombreux patients que j'ai eu le plaisir de rencontrer.
Aux 19 adolescents qui ont eu la gentillesse et la curiosité de participer à cette étude. A tous les autres qui un jour pousseront les portes de mon cabinet…

A Yannick, pour son soutien, son amour, son réconfort et sa présence depuis plus de 10 ans. Tu as été le rayon de soleil de ces études parfois si dures. A tous les voyages et projets à venir. Je t'aime plus grand que le Cosmos.

Et à mon grand-père Jean, qui je le sais, aurait été très fier…

Remerciements personnels de Marine

A ma co-thésarde Laura, mon binôme de choc, mon amie, qui aurait pu imaginer il y a plus de dix ans qu'on en serait là aujourd'hui ! Seul on va plus vite, mais à deux on va plus loin, merci de m'avoir permis d'embarquer pour ce voyage que tu as su rendre paisible et agréable (la métaphore c'est cadeau ☺) ! Merci pour tout, et à toutes les choses qu'on vivra encore après cette thèse !

A ma Marraine, qui m'a appris avant quiconque que chaque attention, chaque sourire comptait. J'espère que tu es fière de la personne et de la soignante que je suis devenue, et je pense toujours fort à toi.

A ma famille, mes parents, ma grand-mère, mon frère, et la (plus si) petite loulou, pour leur amour, leur soutien, leur immense patience, et leurs conseils avisés, sans vous, rien n'aurait été possible !

A ma belle-famille, pour leur accueil et leur bienveillance, grâce à vous j'ai désormais un pied dans le Cantal, et pour une aveyronnaise, c'est pas rien !

A mes co-internes de Saint-Gau, best semestre ever ! Pour toutes les soirées passées et les nombreuses à venir, à Toulouse où au bord de l'océan (que ce soit l'océan Atlantique pour Emilie ou un plus exotique pour Fanny !)

A Claire, ma super co-interne de Gériatrie, pour tout ce qu'on a vu là-bas et qu'on reverra jamais nulle part, pour tous les débriefs post-garde, et surtout de nous avoir passé le virus du Gers !

Aux Clermontoises, pour toutes ces soirées, ces voyages, ces parties de cartes endiablées, ces randos de l'extrême (au Cap Vert ou sur l'Aubrac !), ces galères et bons moments, aux souvenirs inoubliables de nos neuf années d'études et à tous ceux à venir !

A Anaïs, parce qu'après toutes ces années, il suffit d'un weekend, d'une journée, d'un appel et comme dit Gene « c'est comme au début à Clermont ! ».

A mes amis de toujours, à Pinou, à Tichou, parce que malgrè la distance, l'essentiel est toujours là, et pour encore longtemps !

A tous les médecins, soignants et patients, qui par leur confiance, leur bienveillance, et leur empathie ont su guider mes pas tout au long de ces années, et enrichir ma pratique de ce qui ne s'apprend pas dans les livres, mais qui est pourtant si important. Petite dédicace à Mr Nouj' pour ma première pose de stérilet si épique et pour toutes ces jolies cartes postales qui tapissent mon frigo !

A Cathy, pour son aide précieuse dans cette thèse, et à tous les ados qui ont eu la gentillesse d'y participer et nous ont tant appris.

Et enfin et surtout à Pierre, pour ces sept années à tes côtés, ton soutien et ta douceur, tes attentions au quotidien, pour le sens et la lumière que tu apportes à ma vie, et pour toutes les aventures et les voyages à venir !

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations p 3

I- Introduction p 4

II- Méthode p 5-8

1. Population cible et recrutement p 5

2. Méthode de recherche p 5

3. Rôle des chercheuses p 5-6

4. Ethique et confidentialité p 6

5. Recueil des données p 6-7

A- Le guide d'entretien p 6-7

B- Les entretiens p 7

6. Analyse des données p 7-8

A- Retranscription du discours p 7

B- L'analyse thématique p 8

III- Résultats p 9-19

1. Population étudiée p 9

2. La condition d'adolescent p 9-10

A- Un être en devenir au sein d'un groupe p 9-10

B- Oscillant entre les extrêmes p 10

3. Les adolescents et leur santé p 10- 11

A- Un état de bien être global… p 10

B- Opposé à la maladie p 11

C- Gage de conformité p 11

4. Mal-être à l'adolescence p 11-16

A- Dépression : entre normal et pathologique p 11-13

a) Une pathologie à part entière p 12-13

b) Mais pouvant être physiologique à l'adolescence p 13

c) Difficile de s'y retrouver p 13

B- Suicide : du banal à l'extrême p 14-15

a) Le suicide, témoin de la gravité de la dépression p 14

b) Entre intentionnalité, impulsivité et influence des pairs p 14-15

C- Conduites à risque : passage obligé ou vraie souffrance ? p 15-16

a) Conduites à risque : le propre de l'adolescence p 15
b) Symptôme et conséquence d'un mal-être p 16
5. Pour aller mieux p 16-17
A- Des solutions simples et accessibles p 16
B- Sous certaines conditions p 17
6. Professionnels de santé p 17-19
A- Qui ? Quand ? Comment ? p 17-18
B- Et le médecin généraliste dans tout ça ? p 18-19
a) Le médecin généraliste vu par les adolescents p 18
b) Médecin généraliste et mal-être de l'adolescent, quel rôle ? p 18
c) Attentes des adolescents p 19
d) Et quand le moral est abordé ? p 19
IV- Discussion p 20-27
1. Limites et forces de l'étude p 20
A- Limites liées aux enquêtrices p 20
B- Limites liées au sujet de recherche p 20
C- Limites liées au recrutement p 20
D- Forces de l'étude p 20
2. A propos des résultats p 21-27
A- L'adolescence, une traversée mouvementée p 21-25
a) Les connaissances théoriques de l'adolescent sur la santé mentale : une embarcation bien équipée p 21-22
b) Normal versus pathologique : l'entre-deux eaux p 22
c) L'impulsivité : cette vague imprévisible p 22-23
d) L'adolescent et ses pairs : la navigation en groupe p 23
e) Adultes et parents : la lueur du phare dans la tempête p 24
f) Médecin généraliste : signal brouillé avec les garde-côtes p 24-25
B- Perspectives p 25-27
V- Conclusion p 28
VI- Bibliographie p 29-32
VII- Annexes p 33-53
VIII- Résumé p 54-55

LISTE DES ABREVIATIONS

ADRS : Adolescent Depression Rating Scale

DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders –V

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

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

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

I- INTRODUCTION

En France en 2014, 373 adolescents se sont donné la mort (1). 3% des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir fait une tentative de suicide ayant conduit à une hospitalisation au cours de leur vie et plus d'un jeune sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours de l'année 2017 (2). Le suicide est la deuxième cause de décès chez les adolescents en France (16,2% de la mortalité totale) derrière les accidents de la route (1). Selon la HAS, 8% des adolescents âgés de 12 à 18 ans présentent un Épisode Dépressif Caractérisé (3).

L'adolescence est une période de transition, passage de l'enfance à l'âge adulte. Les bouleversements d'ordre physique, psychique et social inhérents à cette période de la vie perturbent l'équilibre qui existait jusqu'alors. C'est donc une période de grande vulnérabilité (4).

Le médecin généraliste, professionnel de santé le plus consulté par les adolescents, est un acteur prépondérant de leur prise en charge globale (5) (6). Face à cette préoccupation majeure de santé publique, la HAS a édité des recommandations de bonne pratique concernant les manifestations dépressives à l'adolescence en soins de premiers recours (3).

Une enquête épidémiologique multicentrique menée en milieu scolaire en 2013 par l'INSERM, intitulée « Portraits d'adolescents », a permis d'interroger plus de 15 000 jeunes âgés de 13 à 18 ans au sujet des différentes facettes de leur vie (5). Les chiffres sont éloquents. Parmi les adolescents interrogés, 27,8 % présentent un état sub-dépressif, et 12,1% présentent une dépression avérée selon l'échelle ADRS (annexe n°1). 7,8% déclarent avoir déjà effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Pourtant, 89,9% s'estiment plutôt ou très satisfaits de leur état de santé, y compris parmi les adolescents déprimés (état plutôt satisfaisant (54,6%) voire très satisfaisant (18,5%)).

La discordance de ces données semble mettre en lumière une perception différente de la santé, notamment mentale, entre les adolescents et le corps médical. Comment prévenir, dépister et prendre en charge ces troubles psychologiques de façon efficace, alors même que les professionnels de santé et les adolescents ne semblent pas porter le même regard sur cette problématique ?

L'objectif de ce travail de recherche qualitative est de préciser la perception des adolescents sur leur santé mentale et le mal être.

L'objectif secondaire est de tenter d'améliorer le dialogue avec les adolescents autour de la santé mentale afin d'optimiser la prévention, le dépistage et la prise en charge du mal être à l'adolescence.

II- METHODE

1. Population cible et recrutement

La population cible de l'étude était :

- Des adolescents de 12 à 18 ans, intervalle d'âge retenu par la HAS dans ses recommandations de 2014 (3). La principale enquête épidémiologique servant de base à ce travail portait sur des sujets de 13 à 18 ans (5).
- Ayant ou non des problèmes de santé d'ordre somatique ou psychologique,
- Ayant ou non un suivi psychologique et/ou psychiatrique.

Une grande diversité de profils d'adolescents a été recherchée afin d'obtenir une variabilité maximale d'éléments pouvant répondre au sujet de recherche.

Le recrutement a été effectué auprès de médecins généralistes exerçant dans le Tarn, la Haute Garonne et l'Aude. Ceux-ci ont été contactés par mail et/ou téléphone.
Ont également été sollicitées par mail la « consult-ado » de Haute-Garonne, la Maison des Adolescents de la Haute-Garonne et du Tarn, et la Direction Enfance Famille du Conseil Départemental de la Haute Garonne. Dans ce cadre-là, le Dr Leautier (médecin de la Protection de l'Enfance) et le Dr Pasquier (pédopsychiatre) ont été rencontrées.
Le reste des adolescents a été recruté via le réseau de la Protection Maternelle et Infantile de l'Aveyron, et de plusieurs associations locales (communales et sportives) d'adolescents.
Les adolescents volontaires et leurs parents ont ensuite été directement contactés par les chercheuses.
La lettre d'information à l'attention des médecins est disponible en annexe n°2.

2. Méthode de recherche

La méthode de recherche qualitative est apparue la plus adaptée à ce travail.
Il a été choisi de mener l'enquête par entretiens semi-dirigés, plus adaptés à cette question de recherche au vu du caractère personnel et confidentiel de celle-ci, afin de laisser une plus grande liberté d'expression à ces adolescents.

3. Rôle des chercheuses

Les entretiens et leur analyse ont été réalisés par deux chercheuses (Marine CRANSAC et Laura CAZOTTES, internes en médecine générale).

Préalablement à cette étape, chacune a réalisé indépendamment une étape de réflexivité, permettant de conserver une objectivité suffisante.
Les chercheuses n'avaient jamais pris part à la prise en charge médicale des participants et s'étaient présentées en tant qu'étudiantes-chercheuses et non médecins en formation, afin de limiter les biais liés au statut de l'enquêteur.

4. Éthique et confidentialité

Le projet de cette étude a été soumis et validé par la Commission Éthique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées le 28/01/2018 (annexe n°3).
Chaque adolescent ainsi qu'au moins un de ses représentants légaux a reçu un formulaire d'information et de consentement en début d'entretien (annexe n° 4). Il a été garanti que les données enregistrées seraient rendues anonymes puis détruites en fin de recherche.

5. Recueil des données

Le recueil de données a été réalisé par le biais d'entretiens individuels, à l'aide d'un guide d'entretien.

A. Le guide d'entretien

Le guide a été rédigé à partir d'une recherche bibliographique effectuée sur des bases de données et des moteurs de recherche francophones et anglo-saxons tels que PubMed, Sudoc, E.M.Premium, Google Scholar. Des documents de la bibliothèque universitaire de médecine, tels que des thèses, ont également été utilisés.
Il a été établi une liste de mots-clés en français : adolescent, médecin généraliste, santé mentale, perception, conduites à risque, dépression de l'adolescent, mal-être, suicide.
Ces mots-clés ont ensuite été traduits en descripteurs dans le langage du MeSH.

Un premier guide d'entretien exploratoire (annexe n°5) a été réalisé.
Le guide contenait tout d'abord des questions fermées constituant le talon sociologique. La suite de celui-ci était axée autour de :

- La définition de la santé et de la maladie.
- L'identification des difficultés rencontrées à l'adolescence.

- La définition de la dépression, les causes pouvant amener à des tentatives de suicide, la représentation des conduites à risque.
- La prise en charge préconisée par les adolescents face à un problème de mal-être.
- L'intérêt de consulter un spécialiste de la santé mentale (et si oui, lequel).

Ce guide a été testé lors des deux premiers entretiens, ce qui a permis de reformuler certaines questions et d'en ajouter.
Il a été soumis à la validation de la directrice de thèse : le Dr Isabelle CISAMOLO.
Le guide d'entretien final est présenté en annexe n°6.

B. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés au domicile des participants, ainsi que dans une salle des jeunes communale. Seule une des enquêtrices et l'enquêté étaient présents durant l'entretien.
Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique. Des notes d'observation ont été prises et retranscrites, notamment sur le comportement de l'adolescent durant l'entretien, les émotions exprimées et l'atmosphère dans laquelle se déroulait l'entretien.
Les entretiens ont été dirigés à l'aide des signes verbaux et non verbaux : reformulation, résumé, relances pour approfondissement, encouragement à poursuivre (d'accord, silence...).

6. Analyse des données

A. La retranscription du discours

Le discours a été retranscrit de façon intégrale et littérale sur le logiciel Word® afin d'obtenir le « verbatim ».
Les signes conventionnels de ponctuation ont été utilisés pour traduire la parole des adolescents en discours écrit. Il a été précisé entre parenthèses quand cela était nécessaire les émotions, mimiques ou intonations.
Un extrait d'entretien est disponible en annexe n°7. L'intégralité des verbatims est également à disposition séparément.

B. L'analyse thématique

L'analyse par théorisation ancrée a été choisie, méthode consistant à faire un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et les données de la littérature, afin d'aboutir à la création d'une théorie répondant à la question de recherche.

Une analyse thématique transversale du discours a d'abord été réalisée.
Le discours était découpé en fonction des idées qu'il contenait. Ces idées, unités de sens, se voyaient attribuer un code.
Les codes et les verbatims associés ont été intégrés dans un tableau Excel® (extrait en annexe n°8).
Au fur et à mesure de l'ajout de codes extraits des nouveaux entretiens, les codes ayant une relation entre eux ont été regroupés en catégories.
De ces catégories ont émergé des thèmes. La confrontation de ces thèmes avec la littérature a permis de formuler une théorie apportant une réponse à la question de recherche.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données théoriques.

Un travail de triangulation a été réalisé afin de renforcer la validité interne de l'étude :

- Triangulation des chercheurs :

Chaque entretien était retranscrit en intégralité par la personne ayant réalisé celui-ci. Son analyse était effectuée séparément par chaque chercheuse, puis a fait l'objet d'une mise en commun.

- Triangulation des données : un va et vient régulier entre l'analyse du discours, le guide d'entretien et les données de la littérature a été réalisé.

III- RESULTATS

1. Population étudiée

Le recueil des données s'est déroulé du 23 Mars au 8 Août 2018.
19 entretiens ont pu être menés. La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes et 38 secondes, la durée maximale était de 34 minutes et 20 secondes, la durée minimale de 16 minutes et 43 secondes. Les quatre derniers entretiens ont permis de vérifier la saturation des données.
Neuf filles et dix garçons âgés de 12 à 18 ans ont été interrogés. L'âge moyen était de 15,5 ans.
Cinq adolescents vivaient dans un milieu urbain et quatorze en milieu rural. Parmi les 19 adolescents interrogés : 9 étaient collégiens, 10 lycéens dont 5 en Terminale (un se dirigeait vers la vie active et les quatre autres allaient débuter des études supérieures).
Sept avaient des antécédents psychiatriques familiaux.
Cinq avaient des pathologies chroniques somatiques.
Deux bénéficiaient d'un suivi psychologique et deux autres admettaient vivre une période de mal-être. Deux confirmaient avoir eu des idées suicidaires.
Les caractéristiques de chaque participant sont détaillées en annexe n°9.

2. La condition d'adolescent

A. Un être en devenir au sein d'un groupe

L'adolescence était associée au conflit et à la rébellion par les adolescents.
Conscients de la chance et de la nécessité du maintien d'une protection parentale, les adolescents s'opposaient cependant aux restrictions. Ils percevaient des attentes de la part des parents, auxquelles ils trouvaient difficile de se conformer.
L'adolescent devait trouver sa place au sein de la société, qu'il jugeait pourvoyeuse de normes. La conformité était très importante, la différence étant souvent mal vécue à l'adolescence et à l'origine de complexes. Le regard des autres était source d'angoisse, et le jugement tellement omniprésent aux yeux des adolescents, qu'il en devenait parfois inconscient.

En découlait le phénomène de harcèlement, inhérent à l'adolescence. Les jeunes décrivaient ses différentes formes, et le qualifiaient d'acharnement injuste au retentissement psychologique dévastateur.

« la société donne des images, donne des normes » E.1, « on verrait jamais ça à l'âge adulte » E.7, *« une troupe qui va s'acharner sur une personne qui...ben a rien fait » E.8*, *« de graves répercussions mentales euh soit dans le présent soit dans le futur » E.7.*

B. Oscillant entre les extrêmes

Les jeunes reconnaissaient que l'adolescence est une période compliquée, durant laquelle ils se sentaient parfois perdus et mal dans leur peau. Mais ils concédaient l'existence d'une variabilité interindividuelle, ainsi qu'une variabilité dans le temps quant à son vécu. Celui-ci était majoritairement positif chez les adolescents de cette étude.
Ils décrivaient une importante discontinuité et imprévisibilité des émotions et des humeurs. Il n'y avait pour eux aucune demi-mesure, et ils pouvaient passer d'un extrême à l'autre très rapidement, que ce soit justifié ou non.

« y en a pour qui c'est plus difficile que d'autres, y en a qui gèrent très bien » E.11, « tout va bien ou tout va mal » E.1.

3. Les adolescents et leur santé

A. Un état de bien être global...

La majorité des adolescents définissait la santé comme un état de bien-être physique, mental et social.
Pour eux, la santé se définissait par l'absence de restriction, en particulier sportive, et par le fait de pouvoir vivre sa vie sans être limité physiquement, sans handicap.
La bonne santé était un état subjectif perçu différemment par chacun.

« être en bonne santé moralement et physiquement » E.1, « qu'on soit bien entouré » E.9, « C'est pas forcément… on va dire vrai pour tout le monde. » E.6.

B. Opposé à la maladie

La bonne santé restait néanmoins associée à l'absence de traitement, de douleur ou de symptôme contrairement à la maladie qui nécessitait des consultations médicales et était perçue comme une restriction. La maladie était responsable de nombreux retentissements au quotidien.
Les adolescents arrivaient bien à différencier les maladies graves des maladies bénignes, qui d'ailleurs ne définissaient pas à elles seules un état de mauvaise santé.
Les maladies mentales étaient perçues comme des maladies à part entière, au même titre que les maladies physiques. Elles pouvaient même parfois avoir un retentissement plus important.

« c'est quand même contraignant » E.7, « on peut avoir des maladies comme un rhume ou quelque chose comme ça mais après on est en bonne santé quand même » E.6, « plus grave, psychologique et tout » E.12.

C. Gage de conformité

La bonne santé était associée au regard des autres et au besoin de normalité. La maladie, surtout lorsqu'elle était visible, était source de jugement. De ce fait, quand on était malade, on n'était plus normal.

« on vit plus normalement » E.19, « avoir un regard des autres normal » E.7.

4. <u>Mal-être à l'adolescence</u>

A. Dépression : entre normal et pathologique

Les adolescents considéraient la dépression comme un phénomène pouvant toucher tout le monde. Un seul adolescent de l'échantillon se considérait comme déprimé mais la majorité avait été confrontée à la dépression, personnellement ou dans son entourage. Ils restaient surpris par le pourcentage d'adolescents dépressifs.

a. Une pathologie à part entière

Les adolescents associaient des facteurs déclenchants à la dépression.

Les interactions sociales en étaient souvent la cause : conflits amicaux, familiaux, peines de cœur, isolement, harcèlement. Les évènements de vie négatifs (deuil, problèmes de santé…) et les difficultés scolaires ont également été cités. Les causes de dépression étaient donc majoritairement extérieures. Une prédisposition individuelle a aussi été évoquée.

« on est déprimé pour quelque chose quoi »E.12, « les réseaux sociaux c'est clair que pour détruire un moral c'est très bon » E.15.

Les adolescents identifiaient bien le syndrome dépressif comme une modification pathologique de l'humeur. Ils accordaient beaucoup d'importance à la notion de rupture avec l'état antérieur.

Les symptômes cités sont représentés dans le tableau n°1.

Tableau n°1 : Symptômes de dépression selon les adolescents interrogés.

Humeur dépressive	**« C'est quand on est pas heureux, c'est quand... absolument tout nous semble...'fin justement malheureux » E7, « Tu as plus la joie de vivre, t'es jamais heureux » E11, « Qui est tout le temps triste, qui ait du chagrin » E15, « On pleure tout le temps » E15.**
Anhédonie	**« Même quand on voit des personnes qu'on aime on est pas bien » E6, « On a rien envie de faire quoi » E14.**
Modification du poids ou de l'appétit	**« On va plus trop manger » E4, « C'est pas beaucoup manger et euh ça peut aussi être manger beaucoup ça dépend » E10.**
Troubles du sommeil	**« Quand on arrive pas à dormir de la nuit, on fait des insomnies » E1.**
Ralentissement psychomoteur	**« On est coincé dans nos idées » E15, « C'est un cercle vicieux. Plus tu fais rien, moins tu as envie de sortir et tout s'accumule »E11, « On sent qu'y a plus de ... plus la force de faire quelque chose, de réussir quelque chose »E15.**
Fatigue ou perte d'énergie	**« Il était jamais énergique, il était tout mou » E7.**
Sentiment de dévalorisation	**« Il a eu vraiment un souci de... de confiance en lui » E7, « Euh ben on se sous-estime 'fin on se sent bas ! » E19.**
Troubles de la concentration	**« Quand on pense souvent à autre chose »E12, «Tu penses plus à rien»E13.**
Idées noires et suicidaires	**« Des envies noires des choses comme ça », « Des pensées de suicide » E5.**

Ils insistaient sur l'isolement de l'adolescent dépressif.
Les adolescents graduaient la dépression en fonction de son intensité.
Le retentissement physique, scolaire, social, l'inquiétude de l'entourage, l'auto ou l'hétéro-agressivité, les idées suicidaires et les tentatives de suicide étaient considérés comme les signes de gravité de la dépression.

« quand on se sent seul, un peu isolé, c'est ça pour moi être malade… être un peu isolé des autres… » E.4, « *Un acte de suicide quoi. Et c'est vrai que ce serait vraiment problématique » E.13, « à partir du moment où on fait pas de mal à soi ou aux autres, ça devient pas dangereux » E.1.*

b. Mais pouvant être physiologique à l'adolescence

Les adolescents décrivaient la dépression comme un phénomène normal à l'adolescence, inhérent à cette période de la vie, et ce quelle que soit l'intensité des symptômes. Ils souhaitaient d'ailleurs en être avertis.
Cependant le caractère transitoire et fluctuant de la dépression était nécessaire pour que cela reste normal. Les adolescents considéraient que cela devenait pathologique lorsque les symptômes persistaient, s'aggravaient ou lorsque les épisodes se répétaient.

« Quand les adolescents ça leur tombe dessus, ils savent pas, ils pensent pas que c'est normal alors que si, y en a beaucoup des adolescents qui sont comme ça » E.14, *« Ça doit être l'adolescence qui joue » E.14, « Si juste on reste à déprimer c'est à dire à pleurer et à rien faire, c'est pas dangereux en soi » E.15*, *« que ça passe pas, que ça fait plusieurs semaines qu'il est dans cet état-là » E.9.*

c. Difficile de s'y retrouver

Si la dépression était parfois visible, ce n'était pas toujours le cas. Il était possible de le cacher aux autres et même d'ignorer sa propre dépression. Les signes de gravité étaient également difficiles à déceler. Il était donc compliqué de faire la différence entre ce qui est normal et ce qui est pathologique, y compris pour les adolescents.

« Les gens ils le montrent pas aussi ! Moi je vois je le montre pas non plus par exemple ! » E.15, *« Déjà faudrait que je me rende compte que je suis dans cet état » E.1, « C'est difficile à juger que là ça devient critique ou que là ça pourra passer » E.11*.

B. Suicide : du banal à l'extrême

Le suicide était décrit comme un phénomène fréquent, intemporel, universel et presque banalisé par la société. Cependant les adolescents restaient étonnés du pourcentage de tentatives de suicide au sein de leur population. Peu d'entre eux ont admis avoir eu des idées suicidaires mais la majorité connaissait des jeunes concernés dans son entourage.

a. Le suicide, témoin de la gravité de la dépression

Le suicide était reconnu comme un signe de gravité de la dépression et du mal-être. En cas de dépression, le moindre événement négatif pouvait déclencher un passage à l'acte.
Il a été qualifié d'extrême, violent, littéralement et symboliquement opposé à la vie.
La majorité des adolescents interrogés a reconnu que ce n'était pas une solution et l'a qualifié de bêtise mais comprenait qu'il puisse parfois être perçu comme la seule issue face aux problèmes.
Un entourage étayant et une vision positive de la vie empêchaient le passage à l'acte. Le dialogue et une prévention efficace étaient nécessaires.

« c'est l'extrême acte de dépression » E.7, « chaque détail comptait, chaque remarque... » E.12. « c'est vrai que des fois dans la vie y a des situations où on est vraiment vraiment pas bien, on veut plus... souffrir par exemple, et on veut en finir par exemple » E.10, « Te suicider c'est pas la bonne solution … » E.3.

b. Entre intentionnalité, impulsivité et influence des pairs

Les adolescents caractérisaient les idées suicidaires en fonction de l'intentionnalité sous-jacente, du contexte de survenue et de leur évolution dans le temps. Les idées suicidaires passagères étaient considérées comme normales à l'adolescence.
La communication grandissante autour du suicide partageait les opinions. Certains adolescents trouvaient que cela permettait d'ouvrir le débat, de faire de la prévention et de mettre le doigt sur la banalité des signes avant-coureurs. D'autres émettaient de nombreuses réserves quant à la façon de romancer et d'enjoliver l'acte suicidaire.
L'adolescent était influençable, très sensible au phénomène de groupe. Il pouvait être poussé au passage à l'acte.

« alcoolisé ça compte ? » E.4, « mettre leur vie en péril pour un problème quelconque » E.16, « Pas forcément non ça peut être passager » E.5, « des fois ça peut rendre pas beau mais rendre moins violent le truc » E.11, « ça peut pousser certains adolescents qui sont déjà fragiles facilement influençables » E.7.

C. Conduites à risque : passage obligé ou vraie souffrance ?

Peu d'adolescents ont dit avoir des comportements à risque. Ils disaient connaître vaguement des jeunes qui expérimentaient des choses.

Ils identifiaient parmi les conduites à risque : la consommation de toxiques (alcool, drogues, tabac), le fait de conduire dangereusement mais aussi l'automutilation et les jeux morbides.

Les pratiques sexuelles à risque ont été peu citées, ou du moins faiblement assimilées aux conduites à risque.

a. Conduites à risque : le propre de l'adolescence

Les conduites à risque étaient perçues comme dangereuses, idiotes et pouvant avoir une issue fatale.

Les adolescents étaient en phase d'expérimentation, voulaient vivre des sensations fortes pour se sentir vivants, relever des défis, moyens pour eux de s'affirmer. Les conduites à risque pouvaient même être source de plaisir.

L'adolescent était facilement décrit comme un être inconscient de ses actes et de leurs répercussions tout en étant parfois tout à fait conscient du danger sans que cela l'empêche d'agir.

L'effet de groupe était de nouveau cité comme étant à l'origine de ces conduites.

*« alors que c'est complètement idiot et qu'ils risquent énormément de choses. » E.1, « pour montrer que je suis là, que j'existe » E.15, « Pour tester les limites » E.5, « c'est souvent pour profiter » E.13, « mais ça va pas t'empêcher de le faire » E.*11, *« Je pense que c'est un effet de groupe, qu'ils sont tous engrangés » E.11.*

b. Symptôme et conséquence d'un mal-être

Le mal-être pouvait être une des raisons qui pousse l'adolescent à consommer des toxiques, susceptibles d'aggraver son état. Cette consommation était considérée comme pathologique, d'autant plus si elle est solitaire.

Elle permettait parfois à l'adolescent d'oublier son mal-être, de combler un vide et pouvait apparaître comme une solution transitoire.

« tu prends de la drogue parce que tu es bien quand t'en prends, parce que t'étais pas bien avant (...) là c'est problématique » E.11, « cigarettes, alcool, drogue, ça comble les vides » E.15, « t'as l'impression que c'est une solution » E.11.

5. Pour aller mieux

A. Des solutions simples et accessibles

Pour les adolescents, aller mieux nécessitait d'être entouré, de se changer les idées, de prendre soin de son corps.

Le dialogue semblait être indispensable pour aller mieux, bien que les adolescents fussent conscients qu'il n'est pas toujours simple de parler de ses problèmes quand on va mal.

Ils attendaient de la part des autres du soutien, de la réassurance, parfois une simple présence, l'absence de jugement et de la confidentialité.

La dépression étant liée à une cause extérieure, les adolescents considéraient qu'il était nécessaire de la connaître pour trouver des solutions.

Ils auraient sollicité en première intention leur entourage, familial ou amical. L'interlocuteur pouvait aussi être issu du milieu scolaire.

Les adolescents exprimaient le besoin de se tourner vers un adulte ressource, notamment en cas de recours à un professionnel.

« c'est vérifié ça aide tout le monde de parler avec des gens » E.15, « sans que t'aies peur qu'il aille le répéter à quelqu'un » E.6, « des gens de la famille, des gens proches » E.14, « j'pense que je commencerais soit par l'infirmière soit par un adulte en qui j'ai confiance, un prof" » E.7, « on demande à nos parents de prendre rendez-vous » E.14.

B. Sous certaines conditions

Les adolescents avaient également conscience qu'aller mieux pouvait parfois être un processus long et difficile, qui nécessitait une prise de conscience.
Demander de l'aide se révélait souvent compliqué et nécessitait du courage. Certains adolescents auraient souhaité une aide spontanée.
L'adolescent en souffrance pouvait refuser d'être pris en charge. On ne pouvait pas le forcer à se faire aider, mais il était nécessaire de persévérer car il apprécierait l'aide apportée plus tard.

« c'est aussi accepter que l'on va mal donc euh c'est compliqué aussi d'accepter ça ! » E.7, *« c'est compliqué quand on a déjà pas confiance en soi de se dire "quelqu'un va m'aider si je le lui demande" » E.7, « j'aimerais qu'on vienne me parler sans que j'ai à leur dire » E.11, « y en a qui veulent vraiment pas, ils veulent rester dans leur déprime » E.16.*

6. <u>Professionnels de santé</u>

A. Qui ? Quand ? Comment ?

Les adolescents se tourneraient vers les professionnels de santé en cas de refus ou d'épuisement de l'aide apportée par l'entourage, et en cas de signes de gravité.
Pour certains, il était préférable de consulter dès le début des symptômes.
Les différents intervenants étaient méconnus des adolescents.
Le premier professionnel consulté était majoritairement le psychologue, mais le psychiatre et le médecin généraliste ont également été cités.
Certains jeunes n'auraient pas consulté.
Les adolescents souhaitaient que le professionnel soit spécialisé et compétent dans les troubles psychologiques.
Le psychologue répondait à ces critères, sa prise en charge était jugée efficace. Le psychiatre, lorsqu'il était cité, intervenait en cas d'échec de la prise en charge par le psychologue.

« je sais même pas ce que c'est psychiatre ou psychologue » E.11, *« au moment où tu penses à te suicider, j'pense qu'il vaut mieux aller voir un médecin au lieu de faire une*

bêtise ! » E.16, « *Si c'est plus le mental, ben il vaut mieux aller voir un psychologue ou un psychiatre » E.6.*

B. Et le médecin généraliste dans tout ça ?

a. Le médecin généraliste vu par les adolescents

Le médecin généraliste était peu connu des adolescents.
Il avait avant tout un rôle de soignant, limité au rôle de somaticien. Il n'était d'ailleurs consulté qu'en cas de symptôme.
Les motifs de consultation étaient dominés par : les pathologies aiguës, les renouvellements de traitements pour les pathologies chroniques, la réalisation d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive. Un seul adolescent a consulté pour un motif différent, des douleurs abdominales en raison d'une consommation excessive d'alcool.

« le généraliste euh... (...) lui c'est plutôt...euh les problèmes physiques ! 'fin pas émotionnels ! » E.9, « j'y vais que quand je me sens mal... » E.8, « pour lui demander une ordonnance pour de la Ventoline » E.9, « en règle générale c'est quelqu'un qu'on connait pas » E.7.

b. Médecin généraliste et mal être de l'adolescent, quel rôle ?

Le médecin généraliste était considéré comme peu qualifié en santé mentale. Le versant psychologique ne l'intéressait pas et il ne prenait pas le temps d'écouter son jeune patient. Son rôle se limitait à la réorientation de l'adolescent vers un professionnel plus compétent. Certains adolescents décrivaient tout de même une relation privilégiée avec leur médecin généraliste, une relation de confiance avec un certain degré d'intimité. Il pouvait être de bon conseil. Sa prise en charge pouvait être suffisante en cas de mal-être sans signe de gravité. Il avait également un rôle de prescripteur.

« un médecin ça peut faire ça ? » E.11, « réorienter l'adolescent vers quelqu'un qui saura gérer la dépression » E.7, « tu peux parler de choses dont tu parlerais pas avec n'importe qui et il y a une certaine intimité entre nous » E.11, « il peut aussi donner des antidépresseurs » E.8.

c. Attentes des adolescents

Leurs attentes concernant le médecin généraliste étaient multiples : qu'il porte de l'intérêt à son patient, qu'il soit à l'écoute, disponible, qu'il se donne les moyens de trouver des solutions sans pour autant être certain de réussir.

Le fait de pouvoir s'entretenir avec le médecin seul à seul était également souhaité.

« et qu'il écoute aussi, parce que ça c'est une capacité que tout le monde n'a pas forcément » E.7, « qu'il me sorte un peu de cette déprime (...) En tout cas qu'il essaie. » E. 4, « tu peux parler de tes problèmes perso quand tu es tout seul » E.11.

d. Et quand le moral est abordé ?

Le motif somatique était parfois l'expression d'un mal-être plus profond qui devait être dépisté par le médecin généraliste.
La recherche systématique, à chaque consultation, de l'existence d'un mal-être était plébiscitée par plusieurs adolescents. Le jeune en souffrance aurait pu prendre alors conscience de l'intérêt que lui portait le médecin généraliste et l'aurait identifié comme un interlocuteur privilégié.
Malgré tout, certains adolescents en souffrance auraient gardé le silence et n'aborderaient pas leur mal être.

« j'avais des maux de ventre et il a demandé si j'avais des problèmes » E.8, « rien que le fait qu'un médecin lui pose la question ça peut faire…l'adolescent peut prendre conscience de son état » E.7, « ben je pense qu'ils vont répondre qu'ils vont bien » E.10.

IV- DISCUSSION

1. Limites et forces de l'étude

A. Limites liées aux enquêtrices

Il s'agit d'un premier travail de recherche qualitative sans aucune expérience préalable dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Malgré une formation préalable et une rigueur tout au long du travail, ceci a pu altérer la qualité des données recueillies et leur analyse.
Le fait d'être médecins généralistes en formation a pu influencer l'abord du rôle attendu du médecin de premier recours lors des entretiens.

B. Limites liées au sujet de recherche

Le mode de recrutement via le médecin généraliste ou la PMI a pu créer un biais dans les informations livrées concernant la représentation de la maladie et le rôle du médecin généraliste. Il en est de même concernant le ressenti des adolescents vis à vis de leurs parents qui étaient obligatoirement informés de l'étude. Pour limiter ce biais, chaque adolescent était informé (par écrit et par voie orale) au début de l'entretien du caractère confidentiel des informations recueillies.

C. Limites liées au recrutement

Le recrutement étant basé sur le volontariat, les sujets ayant accepté de participer à cette étude étaient disposés à évoquer le sujet de la santé en général (le mal être n'avait pas était évoqué lors de la présentation), et étaient plus enclins à se livrer.

D. Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale s'intéressant au point de vue des adolescents sur la santé mentale. Le suicide et le mal-être des adolescents sont des sujets d'actualité et constituent un problème de santé publique au vu de leur prévalence dans cette population. Peu d'études similaires ont été retrouvées dans la littérature, notamment aucune étude qualitative. Ce travail de recherche tente de proposer une nouvelle théorie explicative à ce phénomène.

2. A propos des résultats

A- L'adolescence, une traversée mouvementée

La méthode d'analyse choisie s'inspire de la méthode appelée théorisation ancrée. Celle-ci a pour objectif la création d'une théorie répondant à la question de recherche.

La théorie proposée pour ce travail est la suivante :
L'adolescent en transition vers le monde adulte pourrait être comparé à un jeune navigateur prenant la mer pour la première fois. Tout au long de cette traversée, il va être menacé par des tempêtes, synonymes de souffrance psychologique, pouvant provoquer son naufrage. Il aura parfois du mal à distinguer le simple roulis, caractéristique de l'adolescence, des prémices de la tempête. Divers intervenants croiseront sa route, prêts à l'aider, mais l'adolescent échappera parfois à leurs radars.

a- Les connaissances théoriques de l'adolescent sur la santé mentale : une embarcation bien équipée

Contrairement au postulat de départ, les jeunes interrogés avaient une vision globale de la santé, incluant le bien-être mental et le bien-être social, conformément à la définition de l'OMS (7). Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans l'étude de Parvizi S. et Hamzehgardeshi Z. en 2014 (8). Ils ont de nombreuses connaissances sur la dépression et le mal-être : les symptômes cités sont conformes à ceux du DSM-V (annexe n°10), les signes de gravité sont identifiés et gradués.
Les autres pathologies psychiatriques (troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et autres troubles) n'ont pas été évoquées au cours des entretiens. Cela peut s'expliquer par la difficulté diagnostique de ce type de troubles à cet âge de la vie et par leur prévalence plus faible au sein de la population générale (9).
Les adolescents parlent donc le même langage que les professionnels de santé. Ils ont un bagage de connaissances suffisant qui pourrait leur permettre de reconnaître et de verbaliser une éventuelle souffrance.

Cela n'explique pas pourquoi la majorité des adolescents se trouve en bonne, voire en excellente santé, alors qu'une partie non négligeable d'entre eux présente des signes de

souffrance psychologique (5). Selon les données françaises de l'enquête HBSC menée en 2014, 87,7 % des collégiens se déclarent en excellente ou en bonne santé. Cependant 36,7% ont des difficultés à s'endormir, 25,6% se plaignent d'irritabilité, 24,5% de nervosité, 17,3% de déprime (10).

b- Normal versus pathologique : l'entre-deux eaux

Ce jeune navigateur sait-il vraiment utiliser les outils qu'il a en sa possession ? Concernant la souffrance morale, la limite entre ce qui est normal et ce qui est pathologique est extrêmement floue pour l'adolescent.

Au sein de la population interrogée, les jeunes qui bénéficiaient d'un suivi psychologique n'en connaissaient pas le motif, de même, ceux qui avaient eu des idées suicidaires considéraient que ce n'était pas un problème. Ce paradoxe est bien illustré par la réaction des adolescents face au taux de tentatives de suicide au sein de leur population : ils étaient étonnés voire choqués de l'importance de ce taux, alors qu'ils connaissaient tous un adolescent concerné. Le suicide est bien identifié comme un acte extrême, mais en même temps il est banalisé, justifié et rencontré fréquemment, comme si l'envie de se donner la mort pouvait être normale.

Les adolescents concèdent qu'ils traversent une période compliquée (5). La labilité émotionnelle caractérise l'adolescence, conformément aux données de la littérature (2). Pour eux, présenter un mal être durant quelques heures à plusieurs jours est tout à fait normal. Mais la limite en termes de durée n'est pas claire. Aucun d'entre eux n'a clairement défini de délai, donc difficile de donner l'alerte en cas de problème. Le terme « transitoire » est également utilisé, sans plus de précision, dans les recommandations de la HAS visant à différencier la dépressivité physiologique à l'adolescence de la vraie dépression (11).

La fréquence élevée des symptômes dépressifs leur donne une impression de normalité. Ainsi, malgré le mal-être et les idées noires, l'adolescent va se percevoir comme étant en bonne santé, car il reste dans la norme.

c- L'impulsivité : cette vague imprévisible

Les adolescents sont conscients de leur prédisposition à passer d'un extrême à l'autre, y compris lorsque rien ne le laisse présager. Ils pressentent l'existence d'un facteur sous-jacent : cette vague imprévisible qui à tout moment peut les submerger est celle de

l'impulsivité. S'il est difficile pour les adolescents de l'expliciter clairement, ils savent qu'ils ne peuvent ni l'anticiper ni la contrôler, et qu'ils sont impuissants lorsqu'elle les emporte.

Cette impulsivité est une variable importante du risque suicidaire à l'adolescence. De nombreuses études rapportent un degré élevé d'impulsivité durant cette période de la vie, et la considèrent comme un des principaux facteurs déclenchants des passages à l'acte (12) (13). Parmi les adolescents ayant fait une tentative de suicide, beaucoup ne présentaient aucun signe précurseur de mal-être ou de dépression (11). L'entourage et le corps soignant sont donc démunis face à ces passages à l'acte précipités par l'impulsivité. L'absence de symptômes dépressifs peut parfois se révéler faussement rassurante.

d- L'adolescent et ses pairs : la navigation en groupe

Le groupe a une influence forte sur la vie de l'adolescent, pouvant être tour à tour positive et négative (14).

La notion de conformité est importante à l'adolescence, elle est la condition nécessaire à l'appartenance à un groupe (15).

Le groupe de pairs à deux fonctions principales (16).

La première est une fonction de soutien. Pour autant admettre être en souffrance revient à perdre sa conformité au groupe et peut freiner l'adolescent dans sa demande d'aide.

La deuxième fonction est celle de l'expérimentation. Les adolescents ont conscience de la puissance de cet effet de groupe, qui peut les conduire à se mettre en danger (conduites à risques, et même suicide), mais auquel ils ne peuvent se soustraire.

Si les modalités de relations au sein du groupe d'adolescents semblent bien identifiées dans la littérature, elles ne sont pas pour autant idylliques. Les adolescents de cette étude ont tous évoqué le harcèlement et le poids du jugement des autres comme causes de mal-être. Plusieurs études confirment l'importance de ce phénomène qui toucherait près d'un adolescent sur trois dans le monde (17). Comme l'ont montré une revue de la littérature publiée dans le Journal of the American Medical Association en 2015 (18) et John A et al. en 2018 (19), l'adolescent harcelé est plus à risque de dépression et de suicide. Avec le développement du cyber-harcèlement, les adolescents harcelés peuvent à leur tour facilement devenir harceleurs (20). Il semblerait de plus que le cyber-harcèlement ait un retentissement psychologique péjoratif sur le harceleur (19).

e- Adultes et parents : la lueur du phare dans la tempête

L'adulte est une personne ressource en cas de difficultés. Mais en pratique, que se passe-t-il vraiment lorsque le dialogue entre l'adolescent et l'adulte a lieu ?

Les jeunes de cette étude suivis en psychothérapie avaient été amenés à consulter sous l'impulsion de leurs parents qui avaient repéré des symptômes inquiétants. Il serait donc intéressant d'évaluer les connaissances des parents et les critères les amenant à proposer un suivi psychologique à leur enfant.

Les adultes en souffrance consultent facilement leur médecin généraliste (21). Lorsqu'un seul type de professionnel est consulté pour problème psychologique au cours de la vie, le médecin généraliste est celui à qui les adultes ont recours de façon exclusive dans 46,1 % des cas. Les consultations exclusives chez le psychiatre et chez le psychologue constituent respectivement 27,1 % et 22,6 % des cas (21). Pourquoi les parents adressent-ils directement leurs adolescents au psychologue plutôt qu'au médecin généraliste ? Auraient-ils peur de la médicalisation d'un problème qu'ils jugent passager ?

Le rôle du médecin généraliste auprès des adolescents en souffrance serait-il limité pour les parents ? Une étude qualitative de 2013 a montré que les parents méconnaissaient le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychosociaux de l'adolescent (22).

Le milieu scolaire a été évoqué à plusieurs reprises. Que se passe-t-il une fois l'infirmier scolaire prévenu ? Le lien est-il fait avec le médecin référent ou avec les parents ? Une étude menée au sein de deux collèges français en 2012 montrait que si le repérage des adolescents en souffrance était efficace, la prise en charge qui en découlait était freinée par la méconnaissance des missions dévolues à chaque acteur (23).

f- Médecin généraliste : signal brouillé avec les garde-côtes

Le médecin généraliste est quasiment le seul intervenant médical auprès des adolescents (24). Pourtant, les jeunes de cette étude rapportaient des consultations peu fréquentes, et majoritairement motivées par des motifs somatiques. Une enquête de la DREES publiée en 2004 confirme ces données (25). Les consultations des 13-24 ans représentaient seulement 8% des consultations totales des médecins généralistes français, et leur durée était en moyenne plus courte que pour les autres tranches d'âge. Ces consultations avaient majoritairement pour motif une affection aigue, la délivrance de certificat médical ou un acte de prévention. Lorsqu'il s'agissait d'une consultation de prévention, elle correspondait

plus d'une fois sur deux à une vaccination, et les patients étaient plus souvent accompagnés que la moyenne (53% contre 34% en moyenne).

Le médecin généraliste n'est pas identifié comme un intervenant de la santé mentale par les adolescents interrogés. Ils le décrivent comme n'étant pas suffisamment compétent ni intéressé par ce domaine. Une étude de l'INPES publiée en 2009 montrait que seuls 20% des patients âgés de 18 à 75 ans présentant des symptômes dépressifs se voyaient offrir un soutien psychologique lorsqu'ils étaient suivis exclusivement par un médecin généraliste, contre 64% lorsque le suivi était assuré par un psychiatre ou un psychologue (21). Les médecins généralistes eux même reconnaissent leur manque de connaissances sur les spécificités de la médecine de l'adolescent, leur difficulté à aborder les troubles psycho-sociaux, et la gestion difficile de la confidentialité avec les parents (26) (27). Ils appréhendent également le caractère chronophage de ces consultations. Les adolescents ressentent cette gêne (28).

Mais certains signalaient également lors des entretiens l'existence d'une intimité avec leur médecin généraliste, qu'ils connaissaient souvent depuis l'enfance. Cette relation forte n'est d'ailleurs pas perçue comme un frein à l'évocation de leurs problèmes.

Les attentes envers le médecin généraliste exprimées par les jeunes interrogés sont conformes aux données de la littérature, et vont d'ailleurs dans le sens de cette intimité (29).

B. Perspectives

Avant toute prise en charge médicale des adolescents en souffrance, il semble nécessaire que le médecin généraliste se positionne en tant qu'interlocuteur privilégié (30). Son rôle serait d'informer l'adolescent et ses parents des missions qui lui incombent et ce, bien avant le début de l'adolescence. Plusieurs supports pourraient être envisagés : affiche en salle d'attente (31), campagnes d'information dans les établissements scolaires, page dédiée sur le carnet de santé ou support écrit remis en consultation appuyé par une information orale. Le médecin généraliste pourrait par exemple profiter de la consultation donnant lieu à la déclaration de médecin traitant pour rappeler ses diverses prérogatives.

Les adolescents consultent peu fréquemment (5) et n'abordent pas spontanément leurs problèmes psychologiques (32), le médecin généraliste pourrait profiter de chacune de ces consultations pour dépister d'éventuels troubles psychosociaux. Cela permettrait un dépistage plus large mais aussi de témoigner de l'intérêt porté au moral des adolescents.

Pour l'aider à aborder un problème non repéré par son patient, de nombreux tests de dépistage tels que le TSTS-CAFARD et le BITS (annexe n°11) ont été validés pour une utilisation optimale et rapide en médecine générale (33) (34). Le BITS évalue la survenue de « brimades », ce qui le rend intéressant au vu de la prévalence et du retentissement du harcèlement à cet âge-là.

L'impulsivité devrait également être évaluée systématiquement. Contrairement au mal-être, il n'existe pas d'échelle d'évaluation adaptée à la fois à l'adolescent et à l'utilisation en médecine générale. L'échelle UPPS courte (annexe n°12) évalue les quatre facettes de l'impulsivité mais comporte 20 items (35).

Le médecin généraliste devrait tenir compte de la fluctuation des symptômes à l'adolescence. Juger de leur caractère transitoire, conformément aux recommandations de la HAS, peut mettre le médecin généraliste en difficulté et nécessite une réévaluation précoce (3). Le tiers prend alors toute son importance, car il reste le seul à pouvoir suivre l'évolution des symptômes dans le temps (36).
Il devrait donc être sensibilisé par le médecin généraliste au repérage des signes précurseurs, devant amener à reconsulter.

Les sociétés savantes recommandent la mise en place d'une psychothérapie de soutien en première intention dans la prise en charge des manifestations dépressives à l'adolescence (3). Le libre accès actuel à la psychothérapie pose le problème de l'absence de coordination au sein du parcours de soin. La méconnaissance de ce type d'évènement par le médecin traitant peut se révéler délétère pour l'adolescent, la survenue précoce d'un EDC majorant le risque de récidive à l'âge adulte (37).
Le médecin généraliste devrait à minima être informé de l'initiation d'une psychothérapie avec l'accord du patient.
L'évaluation prochaine du remboursement des séances chez les psychologues libéraux conventionnés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie permettra peut-être de remettre le médecin généraliste au centre de la prise en charge non médicamenteuse des troubles psychologiques.

Comment repérer ces adolescents qui ne consultent pas ?
Une prise de conscience s'opère quant à la nécessité d'une consultation obligatoire de l'adolescent.

Depuis la suppression du rappel vaccinal entre 16 et 18 ans pour les maladies diphtérie, tétanos, poliomyélite en 2013 et l'allongement de la validité des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique d'une activité sportive en 2016, les consultations de prévention sont devenues rares (38).

L'Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant publié dans le Journal Officiel instaure deux consultations obligatoires à l'adolescence, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans (39). Ces nouvelles consultations sont une avancée significative mais ne permettront peut-être pas à elles seules à assurer un dépistage efficace. Chaque praticien pourrait prendre l'initiative de proposer une consultation annuelle de prévention.

Concernant le contenu de ces consultations obligatoires, il est détaillé dans la nouvelle édition du carnet de santé (annexe n°13). Alors que les suicides et les accidents de la route sont les premières causes de décès chez les adolescents (1), l'existence d'une souffrance psychologique, d'idées suicidaires et de conduites à risque n'est pas recherchée. Intégrer un TSTS-CAFARD ou un BITS permettrait de faire un dépistage efficace et rapide (33).

V- CONCLUSION

Une enquête épidémiologique menée en 2013 par l'INSERM, intitulée « Portraits d'adolescents » a montré que les adolescents s'estimaient en très bonne santé alors que plus d'un tiers d'entre eux présentaient des symptômes de mal-être (5). Ce paradoxe a conduit à s'interroger sur la perception de la santé par les adolescents.

Cette étude qualitative a montré que les adolescents définissaient la santé dans sa globalité, en incluant aussi bien le versant physique que mental et social. Ils ont de nombreuses connaissances sur la dépression et le mal-être. Les adolescents parlent donc le même langage que les professionnels de santé contrairement à ce que l'on pourrait croire.

Mais la limite entre ce qui est normal et ce qui est pathologique est extrêmement floue pour l'adolescent d'autant que les symptômes sont fluctuants.

La fréquence élevée des symptômes dépressifs au sein de sa population lui donne une impression de normalité. Ceci peut donc expliquer qu'un adolescent en souffrance psychologique puisse se considérer comme étant en bonne santé.

Les adolescents ont conscience que l'impulsivité est une variable importante dans le passage à l'acte suicidaire.

L'adolescent, quand il va mal, a besoin de se tourner vers un adulte issu du milieu familial ou scolaire. Le médecin généraliste pourtant médecin de premier recours des adolescents n'est pas identifié comme un interlocuteur potentiel face aux troubles psychosociaux.

Il serait donc nécessaire que le médecin généraliste informe l'adolescent et ses parents de ses missions dans le domaine de la santé mentale. Le tiers devrait être éduqué au repérage des symptômes de souffrance psychologique par le praticien.

Le mal-être et l'impulsivité pourraient être dépistés de façon systématique et répétée en consultation de médecine générale.

Le médecin généraliste doit garder à l'esprit qu'un adolescent qui va bien aujourd'hui sera peut-être en souffrance demain.

VI- BIBLIOGRAPHIE :

1. Observatoire National du suicide. Enjeux éthiques de la prévention, particularités du suicide à l'adolescence. 3ème rapport février 2018. Fiche 1 : données épidémiologiques sur les décès par suicide. CépiDC-Inserm 2014 : Effectifs et taux standardisés de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge, en 2014. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche1-4.pdf, consulté le 21/03/19.
2. Janssen E, Stanislas S, Du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(3-4):74-82.
3. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis : HAS, 2014.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents. [En ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr, consulté le 21/03/19.
5. Jousselme C, Cosquer M, Hasler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Paris : Inserm, 2015.
6. Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes. Enquête LYCOLL 1999 : Les résultats descriptifs. 1999. [En ligne]. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Esprit/Orspec/Rapports/1999/LYCOLL99.pdf, consulté le 21/03/19.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution. [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/about-us/who-we-are/constitution, consulté le 21/03/19.
8. Parvizi S, Hamzehgardeshi Z. Adolescents' view of health concept and its risk factors : a literature review. Int J Adolesc Med Health. 2014;26(3):351-9.
9. Ameli.fr : Cartographie des pathologies et des dépenses en 2016. Section Maladies psychiatriques. [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-psychiatriques.php, consulté le 21/03/19.

10. Robert M, Du Roscoät E, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Santé mentale et bien-être. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016.
11. Haute Autorité de Santé. Questions/Réponses – Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? – Service Presse, déc. 2014. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/depression_adolescent_questions-reponses.pdf, consulté le 21/03/19.
12. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle : a predisposition for younger age of suicide. Psychol Med.2008 ; 38(3) : 407-1
13. Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? In: La crise suicidaire Reconnaître et prendre en charge Conférence de consensus, octobre 2000, Fédération française de psychiatrie. John Libbey Eurotext; 2001 ; 185-96.
14. Wentzel, K. R. Caldwell K. Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*. 1997 ; 68, 1198-1209.
15. Coslin, P. Psychologie de l'adolescent. Armand Collin. Paris : 2002.
16. Hernandez L. Relations entre pairs et mobilisation scolaire d'adolescents de 14 à 16 ans : entre richesse et pression du groupe : le rôle médiateur de la valeur accordée à l'école. Thèse de Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II ; 2012.
17. Rémond JJ, Kern L, Romo L. A cyberbullying study: Analysis of cyberbullying, comorbidities and coping mechanisms. Encephale. 2015 Sep;41(4):287-94.
18. Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, et al. Prevalence and Effect of Cyberbullying on Children and Young People: A Scoping Review of Social Media Studies. JAMA Pediatr. 2015 Aug;169(8):770-7.
19. John A, Glendenning AC, Marchant A, et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. J Med Internet Res. 2018 Apr 19;20(4):e129.
20. Kubiszewski V, Fontaine R, Huré K, Rusch E. Cyber-bullying in adolescents: associated psychosocial problems and comparison with school bullying. Encephale. 2013 Apr;39(2):77-84.
21. Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert Ph. La dépression en France. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 Enquete Anadep 2005

22. Millet C. La relation soignante entre le médecin généraliste et l'adolescent : ressenti et attentes des parents. Thèse de médecine. Université de Rennes ; 2013.
23. Le Guilcher C. Souffrance psychique de l'adolescent : du repérage du mal-être en milieu scolaire à l'orientation vers le secteur de soin. Thèse de médecine. Université de Rennes ; 2012.
24. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre Santé 2010. Saint Denis : INPES, 2013.
25. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques - Etudes et Résultats Juin 2004 ; N°315.
26. Aimé M. Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste. Revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisants et les difficultés ressenties par les médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2017.
27. Caflisch M, Stronski Huwiler M. Quels sont les besoins de formation en médecine pour les adolescents ? Rev Med Suisse 2002; volume -2. 22539.
28. Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress : a qualitative study. Br J Gen Pract 2006;56:924-31.
29. Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GP's ? Eur J Gen Pract 2016 ;3 :1-8.
30. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 10 :1073-7.
31. Mauerhofer A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Youth-friendly outpatient care. Arch Pediatr 2009;16:1151-7.
32. Narring F, Michaud PA. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. Arch Pédiatr. 2000 ; 7 : 25-33.
33. Bouillot M. Dépistage du mal-être des adolescents en médecine générale : intérêt d'utilisation du TSTS-CAFARD : étude à partir d'une campagne de prévention réalisée par 56 médecins généralistes des Pays de la Loire en septembre-octobre 2006. Thèse de Médecine. Université de Nantes ; 2006.
34. Binder P, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. Early Interv Psychiatry. 2016 May 6. 8p

35. Gomez JM, Van der Linden M. Impulsivité et difficultés de régulation émotionnelle et de gestion des relations sociales chez l'enfant et l'adolescent. Dev 2009/2 n° 2 :27-34.
36. Ford C, Davenport A, Meier A, McRee AL. Parents and heath care professionals working together to improve adolescent health : the perspectives of parents. Journal of Adolescent Health 44 2009 ; 191–194.
37. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, *et al.* Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. Am J Psychiatry 1999 ; 156 : 1000-6.
38. Journal Officiel de la République Française n°0198 du 26 août 2016 texte n° 49 Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/24/2016-1157/jo/texte, consulté le 21/03/19.
39. Journal Officiel de la République Française n°0050 du 28 février 2019 texte n° 25 Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant. [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038175215, consulté le 21/03/19.

VII- ANNEXES

Annexe n°1 : *Échelle ADRS*

Échelle ADRS - version patient

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

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

NB : Pour un seuil de 3, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 60 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique.

Échelle ADRS - version clinicien

1. Irritabilité	
Absence d'irritabilité, ressentie par le sujet ou perçue par l'observateur	0
Irritabilité perceptible ou ressentie dans la relation, le patient peut néanmoins se contenir	2
Irritabilité importante dans la relation, source de conflits, de difficultés relationnelles rapportées	4
Irritabilité intense, envahissante, rendant les relations et échanges quasi impossibles	6
2. Envahissement par le vécu dépressif	
Pas d'élément dépressif (cafard, désespoir, tristesse)	0
Vécu dépressif encore contenu	2
Sensation d'être débordé par le vécu dépressif	4
Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir	6
3. Perceptions négatives de soi	
Absence de perceptions négatives de soi	0
Tendance à la dévalorisation de soi et de ses réalisations	2
Dévalorisation de soi et de ses réalisations	4
Perception de soi totalement dévalorisée, disqualifiée, ou avec désespoir envahissant	6
4. Idées de mort	
Absence de préoccupation concernant la mort ou le suicide	0
Préoccupations occasionnelles à propos de la mort ou du suicide	2
Préoccupations récurrentes à propos de la mort ou du suicide	4
Idées de mort ou de suicide envahissantes	6
5. Ralentissement psychique	
Aucun signe de ralentissement psychique, fluidité de la pensée et du discours	0
Difficulté occasionnelle à rassembler ses idées, inertie de la pensée qui gêne la concentration	2
Difficulté récurrente pour se concentrer, retentissement manifeste sur le quotidien ou le scolaire	4
Inertie massive de la pensée pouvant se traduire par une concentration impossible ou par un entretien difficile	6
6. Sommeil	
Aucun trouble du sommeil, ni en durée ni en qualité	0

Troubles du sommeil occasionnels mais inhabituels (insomnie, hypersomnie, cauchemars, sommeil non réparateur)	2
Troubles du sommeil importants, persistants	4
Troubles majeurs du sommeil, insomnie envahissante	6

7. Investissement de la scolarité, du travail, ou de la recherche d'emploi

Motivation maintenue pour la scolarité ou des activités professionnelles	0
Perte de motivation pour les activités scolaires avec maintien de ces activités	2
Perte de motivation marquée avec désinvestissement des activités scolaires ou professionnelles	4
Perte totale de motivation avec désinvestissement majeur des activités scolaires ou professionnelles	6

8. Investissement des activités non scolaires (ANS)

Intérêt et plaisirs préservés avec bon investissement des ANS habituelles	0
Diminution du plaisir et de l'intérêt pour les ANS habituelles. Rétrécissement possible du champ des activités mais maintien des activités	2
Perte de plaisir et de l'intérêt avec absences répétées pour les ANS habituelles. Rétrécissement marqué des activités	4
Absence d'intérêt et de plaisir pour les ANS, arrêt total des ANS habituelles	6

9. Retrait relationnel

Pas de retrait relationnel	0
Retrait relationnel	2
Retrait relationnel jusqu'à l'isolement	4
Isolement total	6

10. Perception empathique du clinicien

Entretien perçu dans une ambiance tranquille	0
Perception d'une tristesse diffuse en entretien	2
Sensation de débordement émotionnel, et/ou d'une tristesse incoercible	4
Perception d'une détresse intense silencieuse	6

NB : Pour un seuil de 15, la sensibilité est de 76 % et la spécificité de 80 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique.

<u>Annexe n°2</u> : ***Lettre d'information à l'attention des médecins***

Chers confrères, Bonjour,

Actuellement en fin d'études de médecine générale, nous entreprenons un travail de thèse sur la perception de la santé mentale par les adolescents, dirigé par le Dr Isabelle CISAMOLO.

La méthode d'une recherche qualitative choisie pour cette étude nécessite la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Afin de pouvoir recruter des adolescents nous souhaiterions interviewer quelques-uns de vos patients âgés de 12 à 18 ans environ quels que soient leur statut ou leurs antécédents psychiatriques.

Les entretiens dureront entre trente et quarante-cinq minutes au jour et à l'heure de leur convenance. Ces entretiens seront retranscrits et analysés. L'anonymat des adolescents sera respecté. L'accord des parents et de l'adolescent sera nécessaire.

Dans le but d'une neutralité la plus importante vous devrez nous présenter comme chercheurs et non pas comme médecins pour ne pas créer de biais.

Pour cela merci de nous transmettre, après information et accord verbal de l'adolescent ET de son représentant légal, les coordonnées de ces derniers. Nous les contacterons par téléphone dans un premier temps.

En attente d'une réponse de votre part, nous vous adressons nos sentiments les plus respectueux.

Cransac Marine et Cazottes Laura

Annexe n°3 : ***Accord de la commission éthique du DUMG de Midi-Pyrénées***

Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52– motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :

Nom CAZOTTES Laura et CRANSAC Marine
Qualité : internes en médecine générale
Adresse : 125 rue de Jarlard 81000 Albi / 104 avenue de Lespinet Bâtiment Savoie 31400 Toulouse
Courriel : laura.cazottes@laposte.net, marinecransac@hotmail.fr, thesemarineetlaura@laposte.net
Numéro de téléphone : 0638383959, 0684968415

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : DUMG Toulouse, Dr Isabelle CISAMOLO
Qualité : Directrice de thèse, chef de clinique de Médecine Générale
Adresse : 133 route de Narbonne, Toulouse
Courriel : Isabelle.cisamolo@dumg-toulouse.fr

Titre complet de la recherche : Quelle est la perception, la représentation des adolescents sur la santé mentale et la leur en particulier ?

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE ***N° 2017-024*** ***LE 28/01/2018***

Dr Motoko Delahaye

<u>Annexe n°4</u> : ***Formulaire d'information et recueil de consentement***

Autorisation parentale

Bonjour,

Dans le cadre de nos études, nous réalisons un travail de recherche encadré par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche sociologique en adoptant une approche qualitative, et a reçu l'approbation d'un comité éthique. Il traitera de l'état de santé des adolescents.

Il nécessite la réalisation d'entretiens individuels auprès d'adolescents entre 12 et 18 ans vivant dans la région Occitanie (anciennement Midi Pyrénées).

Les entretiens durent environ 30 minutes, et seront réalisés au lieu et à la date de votre convenance. Ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et analysés. Tous les entretiens recueillis au cours du projet de recherche seront anonymisés, afin de protéger l'identité de votre enfant et la confidentialité des informations recueillies.

Il est entendu que la participation de votre enfant à ce projet de recherche est volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à sa participation. Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

En cas de désistement, vous pourrez décider de la conservation ou non des données recueillies et de leur utilisation à notre étude.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute précision ou question concernant notre travail.

Cordialement.

Cransac Marine et Cazottes Laura

Je soussigné(e) Monsieur (ou Madame) et agissant en qualité de (père ou mère), autorise mon fils (ou ma fille) / n'autorise pas mon fils (ou ma fille) à participer à cet entretien.

Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Date : Signature :

Lettre d'information à l'attention des adolescents et formulaire de consentement

Madame, monsieur

Nous nous permettons de vous contacter par l'intermédiaire de votre médecin traitant/médecin scolaire/médecin spécialiste qui vous a préalablement demandé votre accord, afin de vous solliciter pour un entretien dans le cadre de notre travail de thèse.

Dans le cadre de nos études, nous réalisons un travail de recherche encadré par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche sociologique en adoptant une approche qualitative, et a reçu l'approbation d'un comité éthique. Il traitera de l'état de santé des adolescents.

Il nécessite la réalisation d'entretiens individuels auprès d'adolescents entre 12 et 18 ans vivant dans la région Occitanie (anciennement Midi Pyrénées).

Les entretiens durent environ 30 minutes, et seront réalisés au lieu et à la date de votre convenance. Ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et analysés. Tous les entretiens recueillis au cours du projet de recherche seront anonymisés, afin de protéger votre identité et la confidentialité des informations recueillies.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation.

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

En cas de désistement, vous pourrez décider de la conservation ou non des données recueillies et de leur utilisation dans notre étude.

Nous rappelons qu'aucune information issue de cet entretien ne sera communiquée à vos représentants légaux ou à vos médecins référents.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute précision ou question concernant notre travail.

Vous remerciant très sincèrement par avance de votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame, monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Cransac Marine et Cazottes Laura

J'ai pris connaissance des informations relatives à l'étude. J'ai eu l'opportunité de poser les questions de mon choix. J'ai été satisfait des réponses obtenues. J'accepte de donner mon consentement pour participer à cette étude.

Nom : Signature : Date :

Déclaration de responsabilité du chercheur de l'étude

Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Je soussignée Cransac Marine/Cazottes Laura, atteste avoir obtenu le consentement libre et éclairé de ..... ainsi que de son représentant légal pour l'étude, après l'avoir informé(e) des points suivants :

La nature et l'objectif de l'étude, sa méthodologie, sa durée.
Les risques et contraintes possibles.
L'avis favorable du comité d'éthique. (En attente)
Son droit d'accepter ou de refuser et de se retirer à n'importe quel moment de l'étude sans que cela ne change en rien ses relations avec son médecin.

Fait à , le

Annexe n°5 : ***Guide d'entretien initial***

Introduction

Présentation du chercheur (en tant que chercheur et non en tant que médecin)

Présentation succincte du projet de recherche

Explication sur le déroulement de l'entretien, l'enregistrement, le respect de l'anonymat, réassurance sur la possibilité de sortir de l'étude à tout moment (sur demande de l'adolescent ou de son représentant légal, dans ce cas le choix leur est laissé quant à l'utilisation des données recueillies au cours de l'entretien, destruction ou exploitation partielle).

Nécessité de l'accord parental et réassurance sur la confidentialité de l'entretien, notamment vis à vis des parents

Recueil du consentement : 4 exemplaires

Début de l'enregistrement

Décider de l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement au cours de l'entretien

Entretien

Contexte : par écrit ou à l'oral

Age, sexe, place dans la fratrie et composition familiale, catégorie socio-professionnelle des parents, antécédents psychiatriques familiaux si possible dans les antécédents généraux

Cursus scolaire, filière choisie, zone géographique, présence d'un retard scolaire ou non

Suivi médical en cours, professionnels de santé rencontrés, pour quel motif si suivi rapproché

Loisirs et vie parascolaire

1. Définition de la santé et de la maladie

Pour toi ça veut dire quoi être en bonne santé ?

Quand on te demande si tu vas bien, à quoi penses-tu ?

Qu'est-ce que ça comprend la santé ?

Quels sont pour toi les critères d'une bonne santé ?

Pour toi ça veut dire quoi « être malade » ?

Qu'est-ce que ça implique d'être malade ?

Si l'adolescent n'évoque pas du tout l'aspect psychologique **:**

Si tu n'as pas de problème physique, qu'est ce qui peut faire que ça ne va pas quand même ?

Le stress, les troubles alimentaires, les difficultés de sommeil pour toi ceux sont des problèmes de santé ?

L'Organisation Mondiale de la santé définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », cette définition intègre le bien être mental et social, à quoi cela fait référence selon toi ? Qu'en penses-tu ?

2. <u>Mal être, adolescence</u>

On dit souvent que l'adolescence c'est compliqué, pourquoi d'après toi ?

Qu'est-ce qui fait qu'à l'adolescence on peut être moins bien dans sa peau ?

Qu'est-ce que ça veut dire pour toi « être déprimé » ?

Est-ce que tu peux me donner des exemples sur des situations qui peuvent jouer sur ton moral ?

Selon des études récentes 1 adolescent sur 4 a déjà présenté des symptômes dépressifs.

A partir de quel moment ça devient problématique ou dangereux ?

Si un de tes amis était déprimé qu'est ce qui t'inquièterait ?

Comment réagirais-tu ? que ferais tu pour l'aider ? Et toi ?

7,8 % des jeunes ont déjà tenté de se suicider. En ce moment à la télévision ou sur internet on parle beaucoup du suicide, qu'en penses-tu ?

As-tu déjà eu des idées suicidaires ? Pourquoi ?

Dans les médias on entend souvent parler des conduites à risque des adolescents, qu'est-ce que ça veut dire ?

Qu'est-ce que ça veut dire se mettre en danger ?

Quelles sont les sensations recherchées par la consommation de drogues et d'alcool ?

3. <u>Prise en charge</u>

Penses-tu que ces jeunes, qui parfois vont mal aimeraient être aidés ?

Comment on fait pour aller mieux ? Qui serait le mieux placé pour t'aider ?

Comment peuvent-ils t'aider ?

A quel moment est-ce que tu irais voir un médecin ?

Quel médecin ? Quel serait son rôle ? Et un psychologue ou un psychiatre ? Pour toi il y a une différence ? Quels seraient les mots que tu utiliserais pour lui décrire ce que tu ressens ?

<u>Fin de l'entretien,</u> réassurance sur le secret médical, sur l'absence de communication aux parents et anonymisation des données.

Annexe n°6 : ***Guide d'entretien final***

Entretien

Contexte : par écrit ou à l'oral

Age, sexe, place dans la fratrie et composition familiale, catégorie socio-professionnelle des parents, antécédents psychiatriques familiaux si possible dans les antécédents généraux

Cursus scolaire, filière choisie, zone géographique, présence d'un retard scolaire ou non

Suivi médical en cours, **traitements**, professionnels de santé rencontrés, pour quel motif si suivi rapproché

Loisirs et vie parascolaire, **consommation de toxiques, vie amoureuse**.

1. Définition de la santé et de la maladie

Pour toi ça veut dire quoi être en bonne santé ?

Quand on te demande si tu vas bien, à quoi penses-tu ?

Qu'est-ce que ça comprend la santé ?

Quels sont pour toi les critères d'une bonne santé ?

Pour toi ça veut dire quoi « être malade » ?

Qu'est-ce que ça implique d'être malade ?

Si l'adolescent n'évoque pas du tout l'aspect psychologique :

Si tu n'as pas de problème physique, qu'est ce qui peut faire que ça ne va pas quand même ?

Le stress, les troubles alimentaires, les difficultés de sommeil pour toi ceux sont des problèmes de santé ? ***Pourquoi ? Qu'en penses-tu ?***

L'organisation mondiale de la santé définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », cette définition intègre le bien être mental et social, à quoi cela fait référence selon toi ? Qu'en penses-tu ?

2. Mal être, adolescence

On dit souvent que l'adolescence c'est compliqué, pourquoi d'après toi ?

Qu'est-ce qui fait qu'à l'adolescence on peut être moins bien dans sa peau ?

Beaucoup d'adolescents nous ont parlé du harcèlement, qu'est-ce que tu en penses toi ? Le regard des autres ça compte ?

Qu'est-ce que ça veut dire pour toi « être déprimé » ?

Est-ce que tu peux me donner des exemples sur des situations qui peuvent jouer sur ton moral ?

Selon des études récentes 1 adolescent sur 4 a déjà présenté des symptômes dépressifs.

Ce chiffre qu'est-ce que tu en penses ?

A partir de quel moment ça devient problématique ou dangereux ?

Si un de tes amis était déprimé qu'est ce qui t'inquièterait ?

Comment réagirais-tu ? Que ferais tu pour l'aider ?

Et toi ?

7,8 % des jeunes ont déjà tenté de se suicider. En ce moment à la télévision ou sur internet on parle beaucoup du suicide, qu'en penses-tu ?

Ce chiffre qu'est-ce que tu en penses ?

As-tu déjà eu des idées suicidaires ? Pourquoi ? ***Et parmi tes amis ?***

Dans les médias on entend souvent parler des conduites à risque des adolescents, qu'est-ce que ça veut dire ?

Qu'est-ce que ça veut dire se mettre en danger ?

Quelles sont les sensations recherchées par la consommation de drogues et d'alcool ?

Et la sexualité ?

3. Prise en charge

Penses-tu que ces jeunes, qui parfois vont mal aimeraient être aidés ?

Comment on fait pour aller mieux ?

Qui serait le mieux placé pour t'aider ?

Comment peuvent-ils t'aider ?

A quel moment est-ce que tu irais voir un médecin ?

Quel médecin ? Quel serait son rôle ?

Et un psychologue ou un psychiatre ? Pour toi il y a une différence ?

Et en pratique comment on fait pour consulter ?

Quels seraient les mots que tu utiliserais pour lui décrire ce que tu ressens ?

Raconte-moi ta dernière consultation chez le médecin. Qu'est-ce que tu en attendais ?

Est-ce que le moral avait été abordé ?

Si le médecin t'avait posé une question sur ton moral comment tu aurais réagi ? Que penses-tu du fait de poser la question du moral systématiquement en consultation ?

Si tu devais me donner un mot pour décrire ta vie en ce moment ?

Fin de l'entretien, réassurance sur le secret médical, sur l'absence de communication aux parents et anonymisation des données.

<u>Annexe n°7</u> : ***Extrait d'entretien, entretien n°1***

(Chercheur) - Est-ce que déjà tu pourrais me dire pour toi comme ça avec tes mots, ça veut dire quoi être en bonne santé ?

(Adolescent) - Heu.. pfff.. je pense que… être en bonne santé c'est… heu...oulà c'est compliqué ça. Hummm… comment dire ? Être en bonne santé moralement et physiquement donc pouvoir faire le sport qu'on aime, qu'on veut sans restriction par quelqu'un d'autre ou quoi et moralement en étant juste heureux sans être déprimé, je pense c'est ça ouais, ouais je pense c'est ça être en bonne santé.

- Quand on te demande si tu vas bien, tu penses à quoi ?

- Mon moral principalement, et après secondairement du coup… heu…mon état physique.

- **Quels sont pout toi les critères d'une bonne santé ?**

- Hum c'est à dire ? (rires)

- **Si tu devais lister les choses qui font que tu es en bonne santé.**

- Oui ben toujours pareil je pense, le moral et le physique.

- **Et à l'inverse, pour toi ça veut dire quoi être malade ?**

- Ouff… ben déjà avoir des symptômes qu'on n'avait pas auparavant, quand on était en bonne santé en tout cas. Malade… malade je le vois pas comme ça en disant ... oulà c'est compliqué… J'arrive pas à trop à savoir si quelqu'un est malade mais moralement, oui enfin…je sais pas comment dire… heu pour moi malade c'est vraiment avoir des symptômes qu'on n'avait pas auparavant mais plus dans le sens… vomir… des choses comme ça. Après je pense que c'est plus compliqué de savoir s quelqu'un est malade mais qu'il est stressé, qu'il est en dépression donc voilà je sais pas trop.

- On dit souvent que l'adolescence c'est compliqué, pourquoi d'après toi ?

- C'est un âge où on se cherche beaucoup, où on sait pas trop ce qu'on va devenir plus tard. Soit on a l'impression que tout va bien ou que tout va mal mais il y a pas entre deux. On vit encore avec ses parents, du coup on est encore un peu protégé de tout ce qui est vie d'adulte etc…mais je pense que fin…c'est aussi un âge où on apprend à se connaître, à connaître les autres à sentir des choses qu'on sentait pas avant… oui voilà je pense que c'est à peu près… oui voilà on sait pas ce qu'on va faire plus tard du coup on est un peu perdu, un peu stressé aussi. Je pense qu'on est un peu anarchiques aussi, on a envie de tout faire, de tout casser… oui. De sortir de cette sphère, du cocon qu'ont fait nos parents pour découvrir par nous-mêmes d'autres choses.

<u>Annexe n°8</u> : ***Extrait du tableur Excel®, analyse thématique transversale***

Thèmes	Catégories	Codes	Entretien n°1 (G)
Définition de la santé	bonne santé = absence de limitation, de restriction	problème de santé restreint le sport	"ça pouvait me restreindre à certains sports", "j'ai du arrêter le sport et y a certains sports où je peux plus trop maintenant"
		bonne santé = absence de handicap	
		bonne santé = ne pas être limité physiquement	
		bonne santé = absence d'interdiction	"sans restriction par quelqu'un d'autre"
		bonne santé = pas de gêne dans le quotidien	
		bonne santé = liberté de faire du sport	"c'est pouvoir faire le sport qu'on aime"
		bonne santé = absence de dépendance	
		bonne santé = absence de problèmes	
		être bien c'est faire ce qu'on aime	
	bonne santé = bien être physique	bonne santé = se sentir bien dans son corps	
		bonne santé = absence de surpoids	
		aller bien = être bien physiquement	
		problème de santé = problème physique	"value au cœur... Après sinon, non"
		pas d'autre type de santé	
	bonne santé = bien être mental	bonne santé = heureux	"en étant juste heureux"
		bonne santé = être épanoui	
		bonne santé = aller bien dans sa tête	
		bonne santé = bien être intérieur	
		bonne santé en opposition à la dépression	"sans être déprimé"
	bonne santé et bien être social	bonne santé = bien être familial	
		bonne santé = bien être social et amical	
		être bien c'est être entouré	
		bien être social n'est pas forcément nécessaire pour être en bonne santé	
		être bien ce n'est pas toujours d'être entouré	
		variabilité inter individuelle pour le bien être	
	bonne santé = bien être mental et physique	bonne santé = santé morale ET physique	"être en bonne santé moralement et physiquement","le moral et le physique"
		les deux sont liées	
		mais différentes	
		bonne santé = bien être total	
		priorité sur le moral vs physique	"mon moral principalement ... mon état physique"
		plusieurs types de santé	
		bonne santé = aller bien	
	bonne santé = absence de symptomes	bonne santé = absence de douleur	
		bonne santé = absence de fatigue	
	bonne santé = absence de traitement	problème de santé implique traitement médicamenteux	"ma mère elle a eu un gros accident du coup elle a suivi de gros traitements"
	santé opposée à la maladie	bonne santé opposition à la maladie	
		bonne santé = vivre à distance de la maladie	

Annexe n°9 : ***Caractéristiques sociologiques des adolescents interrogés***

	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3	Entretien n°4	Entretien n°5
Tutoiement	oui	oui	oui	oui	oui
Age	16 ans	15 ans	12 ans	18 ans	15 ans
Sexe	féminin	féminin	féminin	masculin	masculin
Fratrie	oui	non	oui	oui	oui
Parents en vie	oui	oui	oui	oui	oui
Séparation	oui	non	non	non	oui
CSP des parents	cadres	cadres	cadres	ouvriers	supérieure/agriculteur
ATCD psy familial	oui	non	non	non	non
ATCD méf familial	aucun	aucun	cancer deuxième degré, dysthyroïdie maternelle	diabète	aucun
Filère choisie	Scientifique, lycée	collège	collège	évènementiel	Scientifique
Retard scolaire	non	non	non	non	non
Projet professionnel	oui	non	flou	oui	non
milieu urbain/rural	urbain	urbain	urbain	rural	rural
ATCD psy perso	non	non	non	non	non
ATCD IS	oui	non	non	oui	non
ATCD méd/chir	FOP, 1 TC	aucun	migraine	non	non
TTT en cours	non	non	non	non	non
Pratique sport	oui	non	oui	non	oui
parascolaire	handball, équitation	dessin, vie amicale	boxe, trampoline, vie amicale	comité des fêtes	tir à l'arc, club scientifique
vie amoureuse	non	non	non	non	non
Tabagisme	non	non	non	non	non
Consommation OH	1/2 mois	quotidien	non	importante en soirée	occasionnelle en soirée
consommation toxiques	non	non	non	non	non
Professionnel de santé consulté si pb	psychiatre	psychologue	aucun	aucun en première intention	aucun
Mot descriptif	plaisir	apaisée	joyeux	fêtarde	bien

Entretien n°6	Entretien n°7	Entretien n°8	Entretien n°9	Entretien n°10	Entretien N°11
oui	oui	oui	oui	oui	oui
13 ans	17 ans 1/2	13 ans 1/2	15 ans	16 ans	18 ans
féminin	masculin	féminin	masculin	féminin	masculin
oui	oui	oui	oui	oui	oui
oui	oui	oui	oui	oui	oui
non	non	non	non	non	non
employés	agriculteur/cadre	cadres/employé	cadre/agriculteur	employés	cadre/agriculteur
non	2ème degré (pas de dg)	non	dépression 2ème degré	1er et 2ème degré : ?	2ème degré dépression
cancer 2ème degré, IC 2ème degré	diabète 1er degré	cancer 2ème degré	dysthyroidie 1er degré, chir ortho 1et degré	cancer 2ème degré	HTA
collège	médecine	collège	collège	scientifique	prepa scientifique
non	non, avance	non	non	non	non
non	médecine	actrice	médecine ou mécanique	inconnue	ingénérie
urbain	rural	rural	rural	rural	rural
non	non	suivi psy sans dg	non	suivi psy sans dg	non
non	non	non	non	non	non
non	non	non	hypothyroidie	asthme + atopie	non
non	non	non	oui Levothyrox	oui	non
oui	oui	oui	oui	oui	oui
natation, harpe	foot, course à pied, batterie	foot, cours de chant	rugby, quilles	tennis, guitare	tennis, musique, football
non	non	non	non	non	non
non	non	non	non	non	non
non	occasionnelle en soirée	non	festive	festive	festive
non	non	non	non	non	non
MG	psychologue	psychologue	psychologue	psychiatre	psychologue et psychiatre
amie, sociable	joyeuse	bien	normal	bien	fête

	Entretien n°12	Entretien n°13	Entretien n°14	Entretien n°15	Entretien N°16	Entretien n°17
Tutoiement	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Age	17 ans	17ans	13ans	18 ans	14 ans 1/2	18 ans
Sexe	masculin	masculin	feminin	masculin	féminin	masculin
Fratrie	oui	oui	non	oui	oui	oui
Parents en vie	oui	oui	père uniquement	oui	oui	oui
Séparation	non	non	veuf	non	non	non
CSP des parents	employé/cadre	cadre/employée	employé	employés	commercial et employé	exploitants agricoles
ATCD psy familial	non	dépression légère 2eme degré	suicide 2ème dégré	non	non	non
ATCD méf familial	non	cancer 2eme degré	cancer premier et troisème dégré	cancer et AVC 2ème degré	non	non
Filère choisie	économie	ES	collège	école de commerce	collège	BTS
Retard scolaire	non	non	non	non	non	non
Projet professionnel	flou	inconnu	avocate	dans le commerce	orthophoniste	?
milieu urbain/rural	rural	rural	urbain	rural	rural	rural
ATCD psy perso	non	non	non	déception amoureuse	non	non
ATCD IS	non	non	non	non	non	non
ATCD méd/chir	non	non	non	non	asthme	ADS
TTT en cours	non	non	non	non	oui	non
Pratique sport	non	oui	non	oui	oui	oui
parascolaire	rien	handball	danse	musique, tennis	handball	foot, cyclisme sur route
vie amoureuse	non	non	non	récente	non	non
Tabagisme	occasionnel	oui occasionnel	non	oui, occasionnel	non	non
Consommation OH	festive	festive	non	festive	festive	occasionnelle, régulière
consommation toxiques	essai	non	non	essai et occasionnel	non	non
Professionnel de santé consulté si pb	psychologue/psychiatre	psychologue	psychologue	psychologue	psychologue	aucun
Mot descriptif	amis	profiter	heureuse	Amis	Bien	bien

	Entretien n°18	Entretien n°19
Tutoiement	oui	oui
Age	15 ans	15 ans
Sexe	masculin	féminin
Fratrie	oui	non
Parents en vie	oui	oui
Séparation	non	non
CSP des parents	employés	artisans
ATCD psy familial	non	non
ATCD méf familial	non	asthme 1er degré
Filère choisie	collège	collège
Retard scolaire	oui	non
Projet professionnel	métiers du bois	non
milieu urbain/rural	rural	rural
ATCD psy perso	oui, mal être	non
ATCD IS	non	non
ATCD méd/chir	vertiges	non
TTT en cours	non	non
Pratique sport	oui	non
parascolaire	quilles, rugby	musique, chant
vie amoureuse	non	non
Tabagisme	non	non
Consommation OH	occasionnelle, festive	festive
consommation toxiques	non	non
Professionnel de santé consulté si pb	psychologue	psychologue
Mot descriptif	joyeuse	joyeuse

<u>Annexe n°10</u> : ***Définition de l'EDC selon le DSM-V***

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Annexe n°11 : ***Tests de dépistage du risque suicidaire, TSTS-CAFARD et BITS***

Échelle de dépistage TSTS-CAFARD

1. Questions d'ouverture

Traumatologie : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
Sommeil : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
Tabac : « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »
Stress scolaire ou familial (2 questions regroupées) : « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

2. Les clefs de gravité proposées pour chaque réponse positive

Difficultés de sommeil → **C**auchemars : « Fais-tu souvent des cauchemars ? »
Antécédent traumatique → **A**gression : « As-tu été victime d'une agression physique ? »
Fumeur → « Fumes-tu tous les jours au moins cinq cigarettes ? »
Travail scolaire avec stress → **A**bsentéisme : « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »
Vie de famille tendue→ **R**essenti **D**ésagréable familial : « Dirais-tu que ta vie est désagréable ? »

NB : Pour un seuil de 3 réponses positives, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 55 % vis-à-vis d'un antécédent de tentative de suicide dans la vie ou d'idées suicidaires dans l'année.

BITS

thème	1 point	2 points	Score
B rimades	A l'école	Hors école	/2
I nsommnies	Fréquentes	Cauchemars	/2
T abac	Irrégulier	Quotidien	/2
S tress	Scolaire (travail) **OU** Familial	Scolaire (travail) **ET** Familial	/2
à 3 points interroger sur des idées ou actes suicidaires ou des scarifications			

Annexe n°12 : *Échelle UPPS-courte*

Échelle UPPS -courte

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés décrivant des manières de se comporter ou de penser. Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec l'énoncé. Si vous êtes **Tout à fait d'accord** avec l'affirmation encerclez le chiffre **1**, si vous êtes **Plutôt d'accord** encerclez le chiffre **2**, si vous êtes **Plutôt en désaccord** encerclez le chiffre **3** et si vous êtes **Tout à fait en désaccord** encerclez le chiffre **4**. Assurez-vous que vous avez indiqué votre accord ou désaccord pour chaque énoncé ci-dessous.

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
1	D'habitude je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit.	1	2	3	4
2	Quand je suis vraiment enthousiaste, j'ai tendance à ne pas penser aux conséquences de mes actions.	1	2	3	4
3	J'aime parfois faire des choses qui sont un petit peu effrayantes.	1	2	3	4
4	Quand je suis contrarié(e), j'agis souvent sans réfléchir.	1	2	3	4
5	Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout.	1	2	3	4
6	Ma manière de penser est d'habitude réfléchie et méticuleuse.	1	2	3	4
7	Quand la discussion s'échauffe, je dis souvent des choses que je regrette ensuite.	1	2	3	4
8	J'achève ce que je commence.	1	2	3	4
9	J'éprouve du plaisir à prendre des risques.	1	2	3	4
10	Quand je suis ravi(e), je ne peux pas m'empêcher de m'emballer.	1	2	3	4
11	Une fois que je commence un projet, je le termine presque toujours.	1	2	3	4
12	J'aggrave souvent les choses parce que j'agis sans réfléchir quand je suis contrarié(e).	1	2	3	4
13	D'habitude je me décide après un raisonnement bien mûri.	1	2	3	4
14	Je recherche généralement des expériences et sensations nouvelles et excitantes.	1	2	3	4
15	Quand je suis vraiment enthousiaste, j'agis souvent sans réfléchir.	1	2	3	4
16	Je suis une personne productive qui termine toujours son travail.	1	2	3	4
17	Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette par la suite.	1	2	3	4
18	Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même même si elles sont un peu effrayantes et non-conformistes.	1	2	3	4
19	Avant de me décider, je considère tous les avantages et inconvénients.	1	2	3	4
20	Quand je suis très heureux/heureuse, j'ai l'impression qu'il est normal de céder à ses envies ou de se laisser aller à des excès.	1	2	3	4

EXAMENS ENTRE 15 ET 16 ANS

Préparer la consultation

Classe : .....

Y a-t-il eu des modifications familiales ou des conditions de vie depuis le dernier examen ?

.....

Quelles activités (sport, musique, autres) aimes-tu pratiquer pendant tes loisirs ?

.....

.....

Si tu le veux bien, et que tes parents sont d'accord, une partie de la consultation pourra se faire hors de leur présence.

Examen médical

Date : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (jour / mois / année) Âge : .....

Poids : |__|__,__| kg Taille : |__,__| m IMC : |__|__,__| Pression artérielle : .....

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Mesure de l'acuité visuelle

Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme non ☐ oui ☐
Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Tolère l'occlusion oculaire alternée non ☐ oui ☐

Test de vision stéréoscopique fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Test de vision des couleurs fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Tympans normaux
à gauche non ☐ oui ☐
à droite non ☐ oui ☐

Examen auditif

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Fréquence	500	1 000	2 000	4 000	8 000 Hz
oreille droite	☐	☐	☐	☐	☐
oreille gauche	☐	☐	☐	☐	☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Développement

Orientation spatiale :
– sur autrui non ☐ oui ☐
– sur un objet non ☐ oui ☐

Troubles de l'équilibre non ☐ oui ☐

Test à l'effort : fait ☐ non fait ☐

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐ avis spécialisé demandé ☐

Troubles du sommeil non ☐ oui ☐

Plaintes somatiques fréquentes non ☐ oui ☐

Évoque son passé non ☐ oui ☐

Établit des projets non ☐ oui ☐

Trouble du langage connu ou suspecté non ☐ oui ☐

Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐ bilan demandé ☐

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée)

Main |__| Œil |__| Pied |__|

Examen somatique et synthèse de la consultation (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Nombre de dents* : cariées soignées |__| cariées non soignées |__| absentes |__| traumatisées |__|

Brossage des dents suffisant non ☐ oui ☐

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

Examen de la peau :

Acné : ..... nævi (nombre) |__|__| autres : .....

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

Statique vertébrale : scoliose non ☐ oui ☐

Autres anomalies de la statique vertébrale : .....

Noter ici le stade de maturation pubertaire (stades de Tanner) :

Fille (S1 à S5) |__| (P1 à P5) |__| Garçon (G1 à G5) |__| (P1 à P5) |__|

Règles : non ☐ oui ☐

Si oui, date des premières règles : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (jour / mois / année)

Cachet et signature du médecin :

* Un examen bucco-dentaire est pratiqué à 15 ans par un dentiste (page 91).

VIII-RESUME

Introduction : Les adolescents s'estiment satisfaits de leur santé. Pourtant le suicide est la deuxième cause de mortalité à l'adolescence et près d'un tiers d'entre eux présente un état sub-dépressif voire une dépression avérée. Cette discordance semble illustrer une perception différente de la santé, notamment mentale, entre les adolescents et le corps médical.

Objectif : Préciser la perception des adolescents sur leur santé mentale et le mal être.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'adolescents de 12 à 18 ans avec ou sans antécédents psychiatriques. Analyse thématique par théorisation ancrée.

Résultats : 19 entretiens ont été réalisés de Mars à Aout 2018. Les adolescents définissent la santé dans sa globalité. Ils ont de nombreuses connaissances sur la dépression et le mal-être et parlent le même langage que les professionnels de santé. La limite entre ce qui est normal et ce qui est pathologique est floue, d'autant que les symptômes sont fluctuants. La fréquence élevée des symptômes de dépression au sein de leur population leur donne une impression de normalité. Les adolescents ont conscience que l'impulsivité est une variable importante dans le passage à l'acte suicidaire. Le médecin généraliste n'est pas identifié comme un interlocuteur potentiel face aux troubles psychosociaux.

Discussion : Le médecin généraliste devrait informer l'adolescent et ses parents de ses missions dans le domaine de la santé mentale. Le tiers devrait être éduqué au repérage des symptômes de souffrance psychologique. Le mal-être et l'impulsivité pourraient être dépistés systématiquement en consultation de médecine générale.

Adolescence: a hectic crossing.
Teenagers ‘perception of mental health and malaise.

SUMMARY

Introduction: Teenagers feel themselves satisfied with their health. However, suicide is the second leading cause of death in adolescence and almost a third of them have a sub-depressive state if not a depression. This discrepancy seems to illustrate a different perception of what is health, especially mental health, between teenagers and the medical profession.

Purpose: To clarify teenagers' perceptions of their mental health and malaise.

Methodology: qualitative study based on semi-structured interviews with teenagers aged 12 to 18 with or without psychiatric records. Thematic analysis by grounded theory method.

Results: 19 interviews were conducted from March to August 2018. Teenagers define health as a whole. They have a lot of knowledge about depression and malaise and speak the same language as health professionals. The boundary between what is normal and what is pathological is unclear, especially when the symptoms are fluctuant. The high frequency of depression symptoms in their population gives them an impression of normality. Teenagers are aware that an impulsive behavior is an important factor for suicide attempt. The general practitioner (GP) is not identified as a potential interlocutor for psychosocial disorders.

Discussion: The GP should inform the teenager and his / her parents about his / her missions regarding mental health. The third should be educated for identifying symptoms of psychological suffering. Malaise and impulsive behavior could be detected in a systematic way during the GP’s consultation.

CRANSAC Marine 2019 TOU3 1034
CAZOTTES Laura 2019 TOU3 1035

Adolescence : une traversée mouvementée.
Regard des adolescents sur leur santé mentale et le mal-être.

Introduction : Les adolescents s'estiment satisfaits de leur santé. Pourtant le suicide est la deuxième cause de mortalité à l'adolescence et près d'un tiers d'entre eux présente un état sub-dépressif voire une dépression avérée. Cette discordance semble illustrer une perception différente de la santé, notamment mentale, entre les adolescents et le corps médical. Objectif : Préciser la perception des adolescents sur leur santé mentale et le mal être. Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'adolescents de 12 à 18 ans avec ou sans antécédents psychiatriques. Analyse thématique par théorisation ancrée. Résultats : 19 entretiens ont été réalisés de Mars à Aout 2018. Les adolescents définissent la santé dans sa globalité. Ils ont de nombreuses connaissances sur la dépression et le mal-être et parlent le même langage que les professionnels de santé. La limite entre ce qui est normal et ce qui est pathologique est floue, d'autant que les symptômes sont fluctuants. La fréquence élevée des symptômes de dépression au sein de leur population leur donne une impression de normalité. Les adolescents ont conscience que l'impulsivité est une variable importante dans le passage à l'acte suicidaire. Le médecin généraliste n'est pas identifié comme un interlocuteur potentiel face aux troubles psychosociaux. Discussion : Le médecin généraliste devrait informer l'adolescent et ses parents de ses missions dans le domaine de la santé mentale. Le tiers devrait être éduqué au repérage des symptômes de souffrance psychologique. Le mal-être et l'impulsivité pourraient être dépistés systématiquement en consultation de médecine générale.

Adolescence: an eventful crossing. Teenagers' look at mental health and malaise.

Introduction: Teenagers feel themselves satisfied with their health. However, suicide is the second leading cause of death in adolescence and almost a third of them have a sub-depressive state if not a depression. This discrepancy seems to illustrate a different perception of what is health, especially mental health, between teenagers and the medical profession. Purpose: To clarify teenagers' perceptions of their mental health and malaise. Methodology: qualitative study based on semi-structured interviews with teenagers aged 12 to 18 with or without psychiatric records. Thematic analysis by grounded theory method. Results: 19 interviews were conducted from March to August 2018. Teenagers define health as a whole. They have a lot of knowledge about depression and malaise and speak the same language as health professionals. The boundary between what is normal and what is pathological is unclear, especially when the symptoms are fluctuant. The high frequency of depression symptoms in their population gives them an impression of normality. Teenagers are aware that an impulsive behavior is an important factor for suicide attempt. The general practitioner (GP) is not identified as a potential interlocutor for psychosocial disorders. Discussion: The GP should inform the teenager and his / her parents about his / her missions regarding mental health. The third should be educated for identifying symptoms of psychological suffering. Malaise and impulsive behavior could be detected in a systematic way during the GP's consultation.

Discipline administrative: Médecine générale

Mots clés: adolescent, médecin généraliste, santé mentale, perception, conduites à risque, dépression de l'adolescent, mal-être, suicide. **Keywords:** adolescent, general practitioner, mental health, perception, risky behaviour, adolescent depression, malaise, suicide.

Université Toulouse III-Paul Sabatier-Faculté de médecine Toulouse-Rangueil
133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE

Directrice de thèse : Dr Isabelle CISAMOLO