

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1008

THÈSE

POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Marine CLERGUE

Le 3 mars 2020

DÉPRESSION DE L'ADOLESCENT :
ÉLABORATION D'UNE FICHE D'INFORMATION
À DESTINATION DES PARENTS

Directrice de thèse : Docteur Julie DUPOUY

JURY

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

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
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. HAMDJ 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
Mme PERROT Aurore	Hématologie
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 TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

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
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. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
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. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS AU JURY

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Professeur des Universités, Médecin Généraliste,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et mon profond respect.

Je vous remercie pour votre implication au DUMG et votre bienveillance.

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef de service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de me faire bénéficier de votre expertise. Merci pour vos riches enseignements depuis l'externat.

À Madame le Docteur Julie DUPOUY,

Maître de Conférence de Universités, Médecin Généraliste,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. J'ai parcouru un long chemin à tes côtés depuis mon premier stage en médecine ambulatoire. Tu m'as beaucoup appris tant sur le plan humain que médical. Merci beaucoup pour ton accompagnement et ton soutien depuis les débuts de cette thèse. Elle est le fruit d'un long travail quelques fois suspendu par d'heureuses pauses dans nos vies personnelles. Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité, ton expertise et ta rigueur qui m'ont permis d'aboutir à ce travail. A très vite à Pins-Justaret.

À Madame le Docteur Isabelle CISAMOLO,

Médecin Généraliste,

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour ton aide, le temps que tu m'as consacré et tous les échanges enthousiastes et bienveillants autour de ma thèse. Je te remplacerai à nouveau avec plaisir.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À mes parents,

Maman, Papa, merci pour tout depuis le début de ma vie, vous m'avez permis de devenir la femme et le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien sans faille depuis le début de ces longues et difficiles années de médecine, merci de m'avoir soutenue (supportée ?!), merci d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours regardée les yeux emplis d'amour et de fierté. Merci pour les beaux-parents et les grands-parents que vous êtes devenus. Je suis fière d'être votre fille, je vous aime.

À Rémi, mon petit frère,

Merci pour les bons moments passés avec toi, les souvenirs d'enfance et ceux à venir. Merci pour ta présence aujourd'hui qui me fait très plaisir. Nos chemins sont différents mais nous sommes heureux quand nous nous retrouvons. Je suis fière de te voir entreprendre, je te souhaite plein de réussites et de bonheurs aux côtés de Léa. Je t'aime fort.

À mes grands-parents,

Je suis très heureuse que vous soyez là aujourd'hui, merci. Vous êtes à la tête d'une grande et belle famille qui ne cesse de s'agrandir. Merci pour les jolis moments passés avec vous. Vous m'êtes très chers.

À Charles,

Mon amour, mon mari. Bientôt 12 ans que tu partages ma vie, tu m'accompagnes et me soutiens depuis le début des ces longues années de médecine jusqu'à aujourd'hui, la thèse, le point final. Comment aurais-je fait sans tes footings tardifs pour venir me reconforter en P1, sans ta présence quotidienne ensuite, sans nos voyages, nos projets, ta patience, ton énergie et ta motivation à revendre ?

Nous sommes une équipe, une Team, tu m'es indispensable pour grandir et avancer dans la vie. Merci pour tout le bonheur et l'amour que tu m'apportes au quotidien. Merci

d'être un père si exceptionnel et aimant pour notre Alice d'amour et son petit frère à venir.

Merci pour tous ces projets, pour cette vie que nous nous construisons ensemble et qui est au-delà tout ce que j'aurais pu imaginer.

Je t'aime.

À Alice,

Mon bébé, mon petit amour. Tu as fait de moi une maman comblée. Je suis tellement heureuse et chanceuse de t'avoir. Te voir grandir et progresser me rend si fière. Tu deviens une petite fille si communicante, câline, et attachante. Je t'aime

À son petit frère,

Mon deuxième bébé que j'aime déjà. Tu vas venir agrandir notre famille dans quelques mois, nous avons hâte de te rencontrer.

À mes beaux-parents, Nadine et Daniel,

Merci pour votre accueil dans votre famille depuis toutes ces années et pour les beaux moments passés. Merci pour votre soutien, vos bons petits plats et d'être de si chouettes grands-parents. Et surtout, merci d'avoir engendré un fils si merveilleux, tout ce bonheur c'est aussi grâce à vous.

À ma grande famille et belle-famille, oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour les bons moments partagés qui sont malheureusement trop rares.

À mes collègues et maîtres de stage,

Merci aux services et aux cabinets qui m'ont accueillis au fil des semestres de mon internat. Vous avez tous contribué à ma formation et à la construction du médecin que je deviens.

Merci aux équipes des Urgences et de Gériatrie à Montauban ainsi qu'à mes co-internes.

Merci à mes maîtres de stage (et bien plus) de Pins-Justaret, Dr Julie DUPOUY et Dr Caroline LANDON et au reste du cabinet Dr Pierre BOYER et Dr Bastien ORTALA. Vous formez une super équipe dans laquelle il est agréable de travailler.

Merci à tous mes autres maîtres de stage de Médecine Générale : Dr Marion GRAINDORGE, Dr Sylvie GROSDIDIER, Dr Alain BONNET, Dr Christophe CAZARD et Dr Nicolas HOMEHR.

Merci au Dr Marc LABRUNEE du service de Rééducation Cardio-Vasculaire auprès de qui j'ai passé un semestre très enrichissant.

À mes amis,

Merci aux Copains,

Marion, ma Marionette, du week-end d'inté à aujourd'hui nous en avons partagé des choses. Merci pour tout, d'être mon amie, ma conseillère, ma témoin, la Tatie marraine d'Alice, la maman de mon merveilleux filleul, membre de la SCA et tout le reste. Merci pour les bons moments, les milliers (milliards) de SMS échangés, merci de faire partie intégrante de ma vie.

Et puis merci à toi **Vincent** de supporter cette amitié quelques fois envahissante !

Rémy, mon choucolleur, fondateur la sous-colle d'anthologie qui met les ECN sous DAI et créateur du meilleur mug au monde. Merci pour tous ces moments de soutien et de bons gâteaux en D4, merci d'avoir été un témoin de compet', d'être un ami si attentionné toujours au top malgré la distance. Merci pour tous ces bons souvenirs de soirées, les coups de téléphone et la magnifique grimace fétiche d'Alice.

Merci à toi **Cécile**, ou plutôt Cicile, pour tous les bons moments de soirées, week-ends, thèses et toutes les nouvelles aventures à venir.

Clémence, ma Clemclem, merci pour les soirées papotages, les sorties running (promis un jour je m'y remets), merci d'avoir été de la team témoins au top.

Merci à toi et à **Thomas**, notre voisin du ghetto, pour tous les bons moments passés, de la côte du chemin de Pechbusque aux quatre coins du Sri Lanka en passant par les pubs de Dublin.

Quentin et Caroline, Guilhem et Laure-Anne, merci pour tous les bons moments, de nous faire découvrir vos pépites tant oenologiques que musicales lors des réunions des Copainings.

Merci aux amis de lycées et d'avant,

Pauline, nos chemins se suivent depuis l'école maternelle, merci de faire partie de ma vie depuis tout ce temps, et à tes parents qui sont devenus comme de la famille.

Cynthia, merci pour nos discussions sans fin sur la vie, pour ta gentillesse et ton regard bienveillant et sincère, merci pour tous ces moments passés ensemble depuis les années collège.

Les filles **Sabine, Julie, Jeanne et Marie**, même si le temps et la distance fait que ce soit trop peu fréquent, toujours très heureuse de partager des bons moments avec vous. Merci pour tous ces souvenirs de vacances, soirées à La Roue, récrés sur la murette.

Merci à **Anne-Lise**, nous avons beaucoup partagé ces dernières années et nos petits messages des Mamans font tellement de bien.

Merci aux parents d'adolescents qui m'ont consacré du temps, m'ont fait part de leur histoire et ont grandement contribué à mon travail.

Un grand merci tout particulièrement à **Dominique**, maman d'adolescent mais surtout merveilleuse assistante maternelle pour mon (mes) bébé(s) !

Merci à tous ceux que j'aurais eu la maladresse d'oublier.

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.

TABLES DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	1
II. METHODOLOGIE.....	4
A. Protocole.....	4
B. Élaboration de la version initiale du document	5
1. Bibliographie concernant la création d'une fiche d'information patients.....	5
2. Les étapes de l'élaboration d'une fiche à destination des patients	6
a. Définir le public cible et les objectifs de la fiche.....	6
b. Élaborer une stratégie de diffusion et d'utilisation	6
3. Le fond : définir le contenu du document	6
a. Recherche de données scientifiques validées.....	6
b. Recherche de brochures et autres documents à destination du grand public existants.....	7
4. La forme : conseils de rédaction et de présentation	7
5. Tester le degré de lisibilité.....	8
C. Recueil des avis et propositions de modifications de la part des parents d'adolescents.....	10
1. Recrutement des parents d'adolescents	10
2. Entretiens préalables.....	11
3. Déroulement des entretiens individuels.....	11
4. Modifications pour aboutir à la version intermédiaire de la fiche...12	
5. Déroulement du groupe de travail	12
6. Modifications du document initial pour aboutir à la version finale de la fiche d'information	13
III. RÉSULTATS	14
A. Élaboration de la version initiale de la fiche	14
1. Objectif et cible	14
2. Stratégie de diffusion et d'utilisation.....	14
3. Les sources utilisées	14
a. Données de la littérature scientifique	14
b. Documents d'information destinés aux parents d'adolescents ..15	
4. La mise en forme et la lisibilité	15
a. Règles de rédaction	15

b.	Format	16
c.	Relecture	16
d.	Résultats du test de lisibilité.....	16
5.	La version initiale de la fiche	17
a.	Couverture.....	17
b.	Volet 1	18
c.	Volets 2 et 3	19
d.	Volet 4	20
e.	Volet 5	21
B.	Élaboration de la version intermédiaire de la fiche : les entretiens individuels	22
1.	Population recrutée	22
2.	Déroulement et objectifs des entretiens.....	22
3.	Réponses aux questions fermées	23
4.	Commentaires spontanées et suggestions de modifications.....	23
a.	L'intérêt	23
b.	L'applicabilité à la situation du parent interrogé.....	24
c.	Le message à faire passer	24
d.	La présentation	25
e.	Les remarques volet par volet	25
5.	Les modifications retenues	28
C.	Élaboration de la version finale de la fiche : le groupe de travail	29
1.	Recrutement.....	29
2.	Déroulement du groupe de travail	29
3.	Remarques et modifications retenues	30
a.	Couverture.....	30
b.	Premier volet	30
c.	Volet 2	30
d.	Volet 3	30
e.	Volet 4	31
f.	Volet 5	32
g.	Remarque	32
4.	La fiche finale.....	33

IV. DISCUSSION	38
V. CONCLUSION	40
VI. BIBLIOGRAPHIE	41
VII. ANNEXES	46
A. Annexe 1 : Définition de l'EDC selon le DSM-5.....	46
B. Annexe 2 : Score ADRS	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

I. INTRODUCTION

Les manifestations dépressives chez les adolescents sont prévalentes : 30 à 45 % des 12-18 ans. Ces troubles sont souvent transitoires et considérés comme normaux, entrant dans le cadre de la “crise d’adolescence”. Mais la souffrance psychique de l’adolescent peut se présenter sous la forme d’un véritable épisode dépressif caractérisé (EDC) tel que défini par le DSM-5 ((1), Annexe 1). La prévalence en France est de 4 à 8 % chez les 12-18 ans (2) avec deux fois plus de filles que de garçons (3). Un tiers de ces patients feront une tentative de suicide.

Les critères définissant l’épisode dépressif caractérisé ou majeur chez l’adolescent sont les mêmes que chez l’adulte. Les particularités chez l’adolescent viennent du fait qu’aucun symptôme n’est spécifique, que les points d’appel sont multiples, et s’expriment de façon variable dans les différents lieux (école, cercle familial, cercle amical...) (2). Diagnostiquer la dépression de l’adolescent représente donc un enjeu majeur et les freins au repérage sont nombreux.

Ainsi il n’est pas rare qu’il y ait un retard diagnostique de l’EDC du fait de son expression symptomatique trompeuse ou fluctuante ou d’une confusion avec la dépressivité de la crise d’adolescence normale. Les éléments qui prédominent pour parler de dépression chez l’adolescent sont la souffrance cliniquement significative et le retentissement sur le fonctionnement.

La qualité de la relation médecin-adolescent et l’organisation de la consultation de médecine générale ont toute leur importance afin de permettre à l’adolescent de se confier. La HAS recommande de réaliser la consultation de l’adolescent en trois phases : en présence des parents, avec l’adolescent seul puis une restitution à l’adolescent et à sa famille (2). Et ce notamment afin de permettre le respect de la confidentialité des échanges à l’égard des parents.

De nombreux travaux démontrent que cette confidentialité est primordiale. En effet, selon une étude interrogeant 1817 adolescents de 15 ans dans des établissements scolaires français (4), ils attendent de leur médecin traitant qu’il leur assure la confidentialité de leurs échanges, qu’il ne porte pas de jugement et qu’il pose les bonnes questions. Aussi le simple fait de rappeler la question de la confidentialité à l’adolescent

en début de consultation le rend plus enclin à parler de sujets tels que la sexualité, l'usage de substances et la santé mentale (5).

La question de la confidentialité ne doit donc pas être remise en cause mais par extension les parents sont souvent exclus ou oubliés des études concernant la santé de l'adolescent. Toutefois, dans le cadre de la santé mentale deux constats sont à prendre en compte.

D'une part, les adolescents parlent de leurs problèmes de santé physique et non psychologique à leur médecin traitant (6). Très peu d'adolescents consultent leur médecin généraliste spécifiquement pour un problème psychologique alors que 80% des jeunes patients le consultent au moins une fois par an pour des problèmes non psychologiques (7). Ces problèmes de santé mentale sont d'autant moins exprimés que les adolescents "sub-déprimés" (score ADRS entre 3-5/10 (Annexe 2)) s'estiment en bonne santé alors qu'ils ont tendance à avoir plus de conduites à risque, à s'isoler, à être en conflit familial et à avoir moins confiance dans les adultes (3).

D'autre part, les parents sont souvent désignés comme les interlocuteurs principaux pour les adolescents, devant les frères/soeurs, les amis et enfin les médecins généralistes (4,7) que ce soit sur des sujets de santé, personnels ou relationnels. Ils seraient d'autant plus enclins à se confier à leurs parents si ceux-ci sont plus informés sur les sujets de santé les concernant (8). Dans une étude, sur 91 binômes parent-adolescent, la grande majorité présentaient un intérêt modéré à haut à recevoir des informations de la part des professionnels de soins primaires sur des sujets de santé et les moyens d'améliorer leur communication sur ces mêmes sujets (8).

Peu d'interventions basées sur les parents dans le but d'améliorer la santé des adolescents ont été menées. Elles concernaient en particulier la prévention des risques liés à la sexualité. En 2010, dans le cadre d'une étude randomisée, une intervention auprès des parents a réduit de façon significative le taux de rapports sexuels précoces. Les parents avaient bénéficié d'une information par un travailleur social alors que leur enfant était en consultation avec son médecin généraliste et des documents d'information écrite leur avaient été remis (9).

Selon une étude qualitative, il existerait une véritable triangulation des interactions et un partenariat entre parent, adolescent et médecin (10). Différentes stratégies peuvent être élaborées pour construire le partenariat parents-professionnels de santé : le professionnel de santé peut encourager la communication de l'adolescent avec ses parents, il peut aussi conseiller et informer les parents sans trahir la confidentialité, leur donner une documentation écrite ou encore favoriser les échanges en exprimant ce que le parent peut apporter pour aider à la santé de son adolescent.

Ces constats nous amènent à poser l'hypothèse qu'une information des parents au sujet de la dépression de l'adolescent pourrait favoriser le dialogue et la détection de ces troubles. Cette information pourrait se faire en salle d'attente à l'aide d'un support écrit.

L'objectif de notre travail est d'élaborer un support d'information distribuable aux parents d'adolescents en salle d'attente de médecine générale.

II. METHODOLOGIE

A. Protocole

Nous avons élaboré et évalué notre document en suivant la démarche décrite dans le guide méthodologique de la HAS de juin 2008 « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (11).

Cette recherche implique la personne humaine mais ne vise pas à évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme ni à évaluer l'efficacité ou la sécurité d'actes à but diagnostique, thérapeutique ou préventif. De plus, cette recherche utilise des entretiens prospectifs selon une méthode issue des sciences humaines et sociales. En ce sens, elle n'est pas soumise à la loi Jardé qui encadre les recherches impliquant la personne humaine.

Le déroulement de notre travail a été le suivant :

- Élaboration d'une version initiale de la fiche d'information,
- Réalisation d'entretiens individuels à but pré-exploratoire avec des parents d'adolescents souffrant de dépression ou ayant des antécédents de dépression afin de recueillir leur avis et apporter des modifications à la fiche,
- Réunion en groupe de travail avec des parents d'adolescents sans antécédent de dépression, pour évaluer et apporter des corrections au document afin d'aboutir à la version finale.

Les parents d'adolescents atteints de dépression seront reçus en entretien individuel et non en groupe afin de préserver le secret médical à l'égard de leurs enfants.

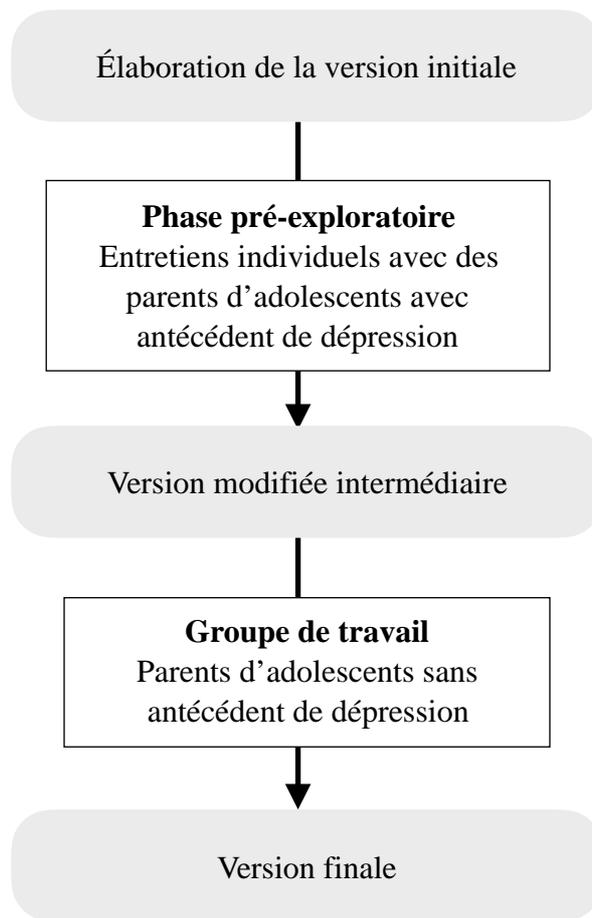


Figure 1 : Protocole

B. Élaboration de la version initiale du document

1. Bibliographie concernant la création d'une fiche d'information patients

Afin d'établir un cahier des charges pour l'élaboration de cette fiche selon des critères validés, nous avons recherché des recommandations françaises ainsi que des publications internationales via les bases de données PubMed, CISMef et Cochrane Library. Nous avons aussi cherché des thèses de médecine traitant le sujet (12,13).

Nous avons essentiellement retenu le guide méthodologique de la HAS « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (11), celui-ci étant très complet et reprenant de nombreuses références. Nous avons aussi pris en compte les "critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé" de l'INPES (14). D'autres articles nous ont

permis de compléter nos critères (15,16) ainsi que le travail de thèse de M. Sustersic concernant des fiches d'information en médecine générale (13).

2. Les étapes de l'élaboration d'une fiche à destination des patients

a. Définir le public cible et les objectifs de la fiche

En premier lieu, le public cible et les objectifs de cette fiche sont à établir. Ils sont primordiaux pour élaborer les messages, le mode de diffusion et la forme de ce document.

b. Élaborer une stratégie de diffusion et d'utilisation

Lors de la création de la fiche il est nécessaire de déterminer par quel biais celle-ci sera diffusée afin de choisir le support (papier ou électronique) et le format les plus adaptés.

3. Le fond : définir le contenu du document

a. Recherche de données scientifiques validées

L'information médicale donnée, à l'écrit comme à l'oral, doit reposer sur des données validées de la science et être hiérarchisée (11,15).

Nous avons recherché des recommandations professionnelles et consensus sur le thème de la dépression de l'adolescent parmi les sources documentaires suggérées par le guide méthodologique de la HAS : la bibliothèque Lemanissier (bmlweb.org), le site du CHU de Rouen (CISMeF), les sites internet des sociétés savantes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées française (SFPEADA), européenne (ESCAP) et internationale (IACAPAP).

Nous avons aussi consulté la traduction française du DSM-5 (1) qui fait autorité dans le domaine de la psychiatrie.

b. Recherche de brochures et autres documents à destination du grand public existants

Afin d'éviter un doublon et de repérer ce qui a déjà été fait en termes d'information aux parents d'adolescents nous avons, au préalable de ce travail, recherché les documents existants.

Nous nous sommes basés pour cela sur les agences d'évaluation productrices de recommandations pour la pratique clinique et les organismes gouvernementaux éditant des documents destinés aux patients et aux usagers sélectionnés par la HAS :

- Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis) : www.ahrq.gov.
- Institut de recherche en santé d'Ottawa (Canada) : <http://decisionaid.ohri.ca>,
- Institute for Clinical Systems Improvement (États-Unis) : www.icsi.org.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Allemagne) : www.informedhealthonline.com.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : www.inpes.sante.fr.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (Royaume-Uni) : www.nice.org.uk.
- Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca.

Nous avons cherché aussi les sites internet d'associations et les sites internet grand public via Google.fr afin de visualiser ce que peuvent trouver les parents lors de leurs propres recherches.

La qualité des documents trouvés a été évaluée selon les critères cités par la HAS, eux-mêmes adaptés de Coulter et al. entre autres (16,17).

4. La forme : conseils de rédaction et de présentation

La fiche a été rédigée en appliquant au maximum les conseils de rédaction de la HAS, de l'ANAES et d'autres travaux sur le sujet (18-20) afin de permettre une bonne lisibilité et compréhension.

Voici un résumé de ces conseils :

- Utiliser un langage et une syntaxe simple, des mots et phrases courts,
- Utiliser une structure de texte visible avec une hiérarchisation des informations,
- Avoir des objectifs précis et clairs pour un public bien défini,
- Utiliser préférentiellement la voie active et le vouvoiement, interpeller le destinataire,
- Sélectionner un message principal contenu dans le titre et limiter le nombre de messages,
- Proposer un contenu objectif et nuancé,
- Utiliser une police bien lisible de taille 10 minimum,
- Utiliser une police différente pour différencier les titres et les sous-titres sans dépasser 3 polices différentes,
- Utiliser des caractères foncés sur fond clair,
- Utiliser les encadrés et la mise en relief des mots-clés pour diriger le lecteur dans le texte, mais avec prudence car ils peuvent faire concurrence aux titres et sous-titres,
- L'information doit être synthétique : le document remis au patient ne doit pas excéder 4 pages.

La mise en page a été réalisée sur le logiciel Pages pour Mac.

5. Tester le degré de lisibilité

Le document doit être facilement lisible pour une meilleure perception des informations. L'utilisation de méthode statistique pour évaluer la lisibilité est recommandée (11,19) et a montré son intérêt (11,21).

Plusieurs formules existent pour calculer le degré de lisibilité statistique, la HAS recommande l'utilisation de la formule de Rudolf Flesch. Il est calculé de la manière suivante : $206,835 - (1,015 - NMM) - (84,6 - NMS)$ où NMM est le nombre moyen de mots par phrase (les phrases longues ou de structure complexe sont souvent difficiles à

comprendre) et NMS est le nombre moyen de syllabes par tranche de 100 mots consécutifs (les mots longs, souvent des mots rares, peuvent ne pas être compris par tous les lecteurs). Plus le nombre obtenu est élevé, plus le texte est facile à lire.

Degré	Niveau de difficulté de lecture
90 – 100	Très facile
80 – 90	Facile
70 – 80	Assez facile
60 – 70	Standard
50 – 60	Assez difficile
30 – 50	Difficile
00 – 30	Très difficile

Tableau 1 : Niveau de lecture selon le degré de lisibilité (formule de Rudolf Flesch)

Ce degré de lisibilité a été étalonné pour la langue anglaise. Il existe une grille d'interprétation adaptée à la langue française par G. de Landsheere (22), les mots français étant en moyenne plus longs.

Degré	Niveau de difficulté de lecture
80 – 90	Livre de lecture niveau CP - CE1
+/- 60	Bandes dessinées : Tintin - Spirou
+/- 50	Livre de lecture niveau CM2
+/- 40	Livre d'histoire – Niveau 6ème
+/- 15	Journaux écrits type Le Monde
- 10	Texte difficile type Proust

Tableau 2 : Adaptation française

C. Recueil des avis et propositions de modifications de la part des parents d'adolescents

1. Recrutement des parents d'adolescents

Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire de médecins maîtres de stage universitaires en Haute-Garonne. Nous les avons informés par mail, celui-ci indiquait :

- Les objectifs de l'étude,
- Les critères d'inclusion et de non-inclusion,
- Le déroulement du groupe de travail ou des entretiens individuels,
- La demande des coordonnées électroniques et/ou téléphoniques pour les patients correspondant aux critères et acceptant d'être contactés.

Les critères d'inclusion pour les entretiens individuels étaient :

- Père ou mère d'un adolescent âgé de 12 à 18 ans au moment de la dépression,
- Avec un diagnostic de dépression/syndrome dépressif posé par un médecin généraliste, psychiatre,
- Ayant accepté de participer aux entretiens.

Les critères d'inclusion pour le groupe de travail étaient :

- Père ou mère d'un adolescent âgé de 12 à 18 ans actuellement,
- Dont aucun de ses enfants n'est atteint de dépression, n'a d'antécédents de trouble psychiatrique, n'a de suivi psychologique ou psychiatrique,
- Ayant accepté de se déplacer et de participer au groupe de travail.

Les critères de non-inclusion pour les entretiens individuels et le groupe de travail étaient :

- Parent ne vivant pas sous le même toit que son enfant (au moins la moitié du temps),
- Retard mental, troubles cognitifs,
- Français non parlé ou non lu couramment,
- Faible niveau de lecture ou lecture perturbée par un trouble visuel.

2. Entretiens préalables

Les patients ont ensuite été contactés par mail ou téléphone afin de :

- Vérifier avec eux les critères d'inclusion et de non-inclusion,
- Les informer plus amplement sur les objectifs et le déroulé de l'étude,
- Leur communiquer la date et le lieu du groupe de travail ou de l'entretien individuel.

3. Déroulement des entretiens individuels

Afin de préserver le secret médical concernant leur enfant, les parents d'adolescents avec un diagnostic de dépression ont été reçus en entretiens individuels. Ces entretiens ont été menés par moi-même. Ils étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Le patient en était informé.

Le déroulement de l'entretien était basé sur une trame d'entretien :

- Rappel des objectifs de la fiche et de l'entretien,
- Recueil des commentaires spontanés sur le document,
- Des questions fermées avec 4 choix de réponse possibles (Oui / Plutôt oui / Plutôt non / Non) sur la compréhension, l'intérêt et la présentation :
 - Trouvez-vous le document facile à comprendre ?
 - Avez-vous trouvé le document intéressant ?
 - La présentation donne-t-elle envie de lire le document ?
- Des questions ouvertes au fil de la lecture page par page sur la compréhension, l'intérêt, la présentation, les points positifs, les points négatifs, les informations manquantes à ajouter et les propositions d'amélioration si ces thèmes-là n'étaient pas abordés dans les échanges spontanés.

4. Modifications pour aboutir à la version intermédiaire de la fiche

Les entretiens ont été retranscrits intégralement. Seules les parties concernant la fiche en elle-même ont été analysées. Les parties où les parents évoquaient l'histoire de leur adolescent ont été laissées de côté.

Les suggestions de modifications étaient retenues si citées par la majorité des parents interrogés. Si elles n'émanaient que d'un parent interrogé, elles étaient appliquées si elles étaient jugées pertinentes et non contredites dans les autres entretiens.

Les modifications ont alors été appliquées à la version initiale de la fiche.

5. Déroulement du groupe de travail

La réunion a été animée par Madame le Docteur Julie Dupouy et moi-même avec comme objectifs principaux :

- Garder une position la plus neutre possible afin de ne pas influencer les réponses,
- Relancer le débat en faisant tourner la parole par des questions ouvertes,
- A chaque proposition de modification par un parent, recueillir la position des autres parents par un tour de table,
- Permettre à chacun de donner son avis.

Toujours selon le guide de la HAS, les étapes successives du groupe de travail ont été :

- Présentation du déroulement du groupe de travail et de son objectif,
- Présentation des participants et des organisateurs,
- Temps de lecture individuel de la version intermédiaire de la fiche d'information,
- Recueil des commentaires spontanés sur le document par un tour de table,

- Recueil des commentaires et proposition d'amélioration page par page si non abordée spontanément,
- Réalisation d'un tour de table dès qu'une personne proposait une modification.

6. Modifications du document initial pour aboutir à la version finale de la fiche d'information

Les décisions concernant les modifications étaient prises au cours du groupe de travail si elles étaient approuvées par le plus grand nombre de parents.

Ces modifications ont été appliquées à la version intermédiaire de la fiche d'information à la suite du groupe de travail.

III. RÉSULTATS

A. Élaboration de la version initiale de la fiche

1. Objectif et cible

Ce document cible les parents d'adolescents âgés de 12 à 18 ans qui viennent consulter au cabinet de médecin générale. Il a pour destination d'être déposé en salle d'attente et lu rapidement. Il a pour but de délivrer une information simple et claire, appropriée à un public non professionnel de santé. Son objectif n'est pas de poser un diagnostic de dépression, mais de permettre une ouverture à la discussion entre le parent et l'adolescent et d'amener à une consultation médicale si nécessaire, grâce à des repères clés.

2. Stratégie de diffusion et d'utilisation

Cette fiche sera principalement diffusée gratuitement en salle d'attente de médecine générale. C'est pourquoi nous avons choisi un support papier sous forme de dépliant.

Elle sera incluse au projet de site internet du DUMG : Psychotropes.fr, il sera possible de la télécharger et de l'imprimer.

3. Les sources utilisées

a. Données de la littérature scientifique

Les deux principales sources utilisées sont :

- Le DSM-5 (1),
- La recommandation de bonne pratique de la HAS « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours » (2).

Ces deux sources se suffisaient en elles-mêmes car étant des références dans le domaine. De plus, la recommandation de la HAS propose un tableau comparatif très complet entre manifestations normales de l'adolescence et symptômes de dépression.

Celui-ci a été un point de départ que nous avons simplifié et vulgarisé pour la création de la fiche.

b. Documents d'information destinés aux parents d'adolescents

Il existe un grand nombre de documents destinés aux adolescents traitant de leur santé mentale (23,24), mais aussi sur d'autres thèmes (25,26) mais très peu adressés à leurs parents. Nous avons retenu deux documents sur le thème de la santé mentale qui nous ont été utiles et de source fiable :

- L'aide à apporter à votre enfant ou à votre adolescent dépressif : Information à l'intention des parents et des aidants, esantementale.ca, Comité d'information en santé mentale du centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) (27),
- Le livret des parents - Saison 2 : « L'adolescence », Ministère chargé des Familles (28).
- Ainsi que d'autres documents sur des thèmes différents :
- Cannabis : les risques expliqués aux parents, INPES (29),
- Notre enfant est homosexuel, INPES (30).

Nous avons repéré d'autres documents potentiellement intéressants mais dont le contenu ne pouvait pas être considéré comme scientifiquement validé (31–33) ou ayant pour but premier de faire connaître une association (34).

4. La mise en forme et la lisibilité

a. Règles de rédaction

Nous avons appliqué au maximum les conseils de rédaction.

- Polices utilisées :
 - Big Caslon, taille 33 et 19 pour la couverture, taille 21 pour les sous-titres,
 - Helvetica Neue taille 10 pour le corps de texte, taille 12 pour certaines informations clés,

- Interlignes 1,2,
- Texte en noir sauf sous-titres, fond blanc ou couleur pour les encadrés (x 3),
- Simplification au maximum du vocabulaire,
- Phrases courtes, sous forme de listes ou de tableaux,
- Informations mises en avant par l'utilisation de texte en gras et d'encadrés,
- Utilisation de symboles et de bulles pour une plus grande attractivité.

b. Format

Pour une prise en main facile, une présentation claire et un temps de lecture court nous avons opté pour un dépliant A4 en trois volets.

c. Relecture

Cette fiche a été relue et corrigée par le Dr Julie DUPOUY, médecin généraliste - Maître de Conférence des Universités et directrice de cette thèse. Ces échanges ont permis de simplifier et sélectionner les informations dans la première version proposée.

Il a été décidé de ne pas la faire relire à divers professionnels de santé afin de ne pas créer de confusion par la multiplication des suggestions. Nous avons jugé que cela n'était pas indispensable étant donné que les sources utilisées étaient validées et complètes (1,2).

La fiche sera relue et modifiée par et pour les parents d'adolescents lors du travail de thèse. Nous avons souhaité nous concentrer sur ces interlocuteurs-là pour qu'elle soit la plus adaptée possible à eux qui en seront la cible.

d. Résultats du test de lisibilité

Le degré de lisibilité selon la méthode de R. Flesch de cette fiche est de 47,1.

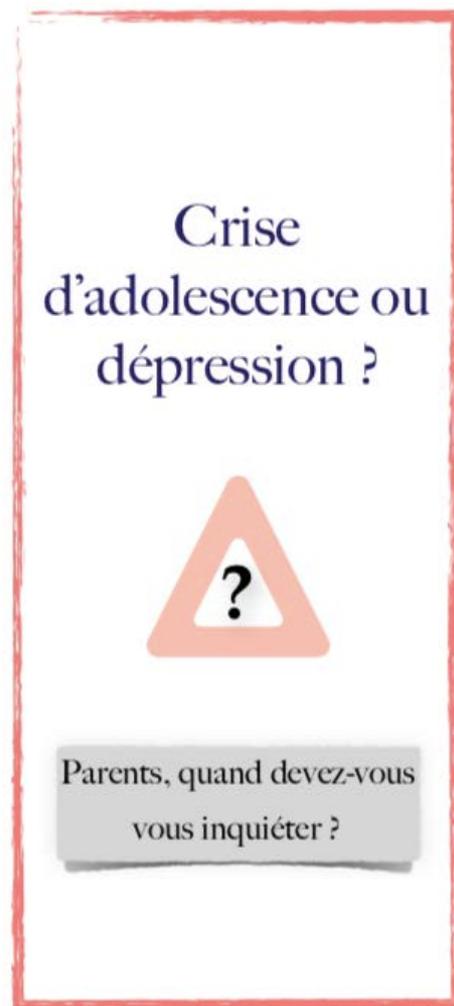
En se basant sur la grille d'interprétation adaptée au français de G. de Landsheere (22), nous constatons que ce degré de lisibilité correspond à celui de livres de lecture niveau CM2 et de cours d'histoire de 6ème.

Il n'y a pas de données de la littérature fixant l'objectif du degré de lisibilité pour une fiche d'information patient. Dans le travail de M. Sustersic et A. Meneau (13) consistant à réaliser 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale, la moyenne du degré de lisibilité était 43,53 après modifications.

Ce score de 47,1 est donc acceptable afin que la fiche soit accessible à une majorité de la population.

5. La version initiale de la fiche

a. Couverture



La couverture est composée du titre et d'une phrase d'accroche. Les deux sont sous la forme d'une interrogation. Les parents sont interpellés par le vouvoiement. Elle établit l'objectif de la fiche de façon simple et claire.

b. Volet 1

Être parent d'un adolescent c'est parfois se sentir dépassé.

Difficile de faire la part des choses entre ce qui est normal pour votre adolescent en pleine construction et ce qui doit vous inquiéter.

Ce document s'adresse à vous parents, vous êtes l'interlocuteur privilégié de votre enfant adolescent.

???

Quelques chiffres :

- **4 à 8 %** des 12-18 ans sont touchés.
- **2 fois plus** de filles que de garçons sont concernés.
- **1/3** des ados atteints de dépression fera une tentative de suicide.

Elle commence par trois phrases d'introduction adressées directement ("vous") aux parents pour augmenter l'intérêt (11). Elles indiquent le contexte et l'objectif de la fiche.

Trois chiffres clés sont présentés (2,35).

c. Volets 2 et 3

La crise d'adolescence, une phase normale

L'adolescence est une phase de construction avec de nombreux changements :

• **Modifications des émotions :**

Tristesse, angoisse, irritabilité, sautes d'humeur transitoires.

• **Modifications de l'image de soi :**

Complexes physiques, manque de confiance en soi, questions sur le sens de sa vie.

• **Manifestations physiques :**

Fatigue ou au contraire agitation/agressivité, diminution du sommeil, plaintes occasionnelles (maux de ventre, de tête...)

• **Modifications du comportement selon l'environnement :**

En général uniquement à la maison avec les parents (opposition, provocation).



Tout ceci est normal mais votre adolescent ne doit **pas changer brutalement** avec des **répercussions** sur sa scolarité et ses activités de loisir.

Et si c'était une dépression ?

Vous constatez une souffrance psychique

Tristesse, Irritabilité, Anxiété

Idées suicidaires

Sentiments de dévalorisation, de culpabilité, d'être rejeté

Les changements durent dans le temps,

Tous les jours,

Durant plus de 2 semaines

Les autres signes d'alerte :

Plaintes physiques récurrentes

Maux de ventre, de tête, malaises...

Troubles du comportement alimentaire

Anorexie, boulimie, prise ou perte de poids

Troubles du sommeil durables

Insomnie ou excès de sommeil

Comportements à risque

Conso d'alcool de drogue, prises de risques sexuels

Vous observez un **retentissement** sur le **quotidien** et les **activités de plaisir**

- > Ralentissement, fatigue, troubles de la concentration
- > Agitation
- > Isolement, arrêt des loisirs, baisse des résultats scolaires, absentéisme, excès d'activités isolées (jeux vidéos, internet...).

Ces deux volets mettent en parallèle ce qui est normal et ce qui relève de la dépression. Ceux-ci sont inspirés du tableau 2 de la recommandation de bonne pratique de la HAS "Manifestations dépressives dans le contexte de l'adolescence ou d'un syndrome dépressif à l'adolescence" (2). Les symptômes ont été présentés sous forme de liste, hiérarchisés selon le plan du DSM-5 (1) et résumés tout en gardant des exemples concrets qui devraient parler aux parents. La liste est détaillée (mais non

exhaustive) afin de permettre aux parents de reconnaître des signes. Mais sa longueur peut être un frein, c'est pourquoi nous avons joué sur la présentation.

Les messages-clés sont mis en évidence dans les encadrés.

d. Volet 4

Que dire ?

- Ouvrir et maintenir le dialogue

Je m'inquiète pour toi.
J'ai peur que quelque chose n'aille pas.

J'ai remarqué que tu te comportes un peu différemment ces temps-ci.

- Exprimer ses préoccupations
- Inviter l'ado à exprimer ses ressentis

Comment te sens-tu en ce moment ?
Comment est-ton moral ?

Est-ce que je peux faire quelque chose pour t'aider ?
Nous devons vraiment avoir une discussion, veux-tu que nous parlions maintenant ou plus tard ?

- Ne pas être intrusif mais se montrer disponible pour proposer son soutien et offrir des choix
- Ne pas culpabiliser
- Ne pas rester seul

Ce volet a pour but de proposer des pistes pour ouvrir la discussion avec l'adolescent et donner des conseils concrets aux parents. Il se base sur les conseils

rédigés par le comité d'information en santé mentale du centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) (27).

Nous avons créé un aspect visuel par l'utilisation des bulles, afin de mettre en avant l'importance du dialogue.

e. Volet 5

Que faire ?

Si vous constatez des signes de dépression il est nécessaire de vous tourner vers votre **médecin traitant**.



Le **médecin traitant** de votre adolescent est votre premier interlocuteur, il pourra vous aider vous et votre adolescent, en posant un diagnostic, en instaurant une prise en charge et/ou en vous orientant, vers la **ConsultAdo** (Purpan), les CMP et CMPP de votre secteur par exemple.

Si votre adolescent présente des **idées suicidaires** : il y a **urgence**.

Adressez vous aux urgences pédiatriques (< 15 ans) ou psychiatriques (> 15 ans) ou appelez le 15.

 **Votre ado ou vous-même pouvez aussi contacter :**

- Les Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ) : liste sur cartosantejeunes.org
- La Maison départementale des adolescents, accueil gratuit et confidentiel (16 rue Riquet, Toulouse, 05 34 46 37 64)
- Les lignes d'écoute anonymes et gratuites : Fil santé jeunes 0800 235 236, filsantejeunes.com

Ce volet indique aux parents comment réagir et vers qui se tourner. Nous orientons en premier lieu vers le médecin généraliste, le public visé par cette brochure étant les patients en salle d'attente de médecine générale. Celui-ci est le mieux placé pour

écouter les parents et l'adolescent, séparément et ensemble. Il pourra poser un diagnostic, proposer une prise en charge et orienter si nécessaire vers des confrères.

La notion d'urgence en cas d'idées suicidaires est bien précisée.

Enfin, comme le recommande l'INPES (14) nous avons ajouté une rubrique "Pour en savoir plus". Elle est associée à des contacts à qui peuvent également s'adresser les parents ou l'adolescent.

B. Élaboration de la version intermédiaire de la fiche : les entretiens individuels

1. Population recrutée

Nous avons contacté 14 médecins généralistes situés en Haute-Garonne pendant la période de recrutement entre février et septembre 2019. Ceux-ci nous ont permis de recruter trois parents dans leur patientèle : le père et la mère d'un adolescent en cours de dépression et la mère d'une adolescente avec un antécédent de dépression.

	Âge	Sexe	Niveau d'études	Enfants (Sexe et âge)
1	56	F	Bac + 5	M17 – M20
2	54	M	Bac + 5	M17 – M20
3	49	F	Bac + 2	M20 – F22 - F25

Tableau 3 : Caractéristiques des participants aux entretiens individuels

2. Déroulement et objectifs des entretiens

Les entretiens se sont déroulés soit au domicile des parents soit au cabinet médical du Dr Julie DUPOUY. Ils ont duré en moyenne une heure trente.

Les parents ont spontanément évoqué l'histoire de leur adolescent autour de la dépression et fait des commentaires sur la fiche en rapport avec leur vécu. Nous avons ensuite orienté l'entretien avec des questions sur la fiche en elle-même.

Ces entretiens avaient une visée pré-exploratoire afin de recueillir un premier avis extérieur, en l'occurrence de parents ayant vécu la situation ciblée. La méthode

d'analyse n'étant pas spécifiée dans le guide méthodologique de la HAS, nous avons choisi d'analyser uniquement les données concernant la fiche en elle-même en les classant par thématiques.

3. Réponses aux questions fermées

	1	2	3
Trouvez-vous le document facile à comprendre ?	Oui	Oui	Oui
Avez-vous trouvé le document intéressant ?	Oui	Plutôt Oui	Oui
La présentation donne-t-elle envie de lire le document ?	Oui	Oui	Oui

Tableau 4 : Réponses de chaque participant aux questions fermées

Les réponses aux questions fermées étaient donc positives.

Avec une nuance concernant l'intérêt pour le parent 2 car il ne l'estimait pas applicable en totalité à sa situation.

4. Commentaires spontanés et suggestions de modifications

Lors de l'écoute de l'enregistrement des entretiens, nous avons retenu toutes les parties relatives à la fiche en elle-même. Ces remarques-là ont été classées dans différentes catégories : l'intérêt, l'applicabilité à la situation du parent interrogé, le message à faire passer selon eux, la présentation et les remarques volet par volet.

Nous avons ensuite appliqué les modifications quand les remarques revenaient au moins deux fois ou, si elles n'apparaissaient qu'une seule fois mais n'étaient pas contredites dans les autres entretiens.

a. L'intérêt

Les parents trouvent que cette fiche est intéressante, elle permet d'informer les parents non concernés par ce problème : *“C'est bien que vous fassiez ce genre de travail”* (parent 1), *“Si ce prospectus peut faire sortir du déni quelques parents c'est gagné.”* (parent 3).

Mais il ressort globalement qu'eux apprennent peu de choses nouvelles *“On l'a lue alors que ça faisait déjà 4 ans qu'on était dans le truc”* (parent 2).

b. L'applicabilité à la situation du parent interrogé

Les trois parents décrivent cette fiche comme difficilement transposable à la situation qu'ils ont vécu : *“Facile à comprendre oui, après ça ne veut pas dire qu'on peut le décliner à notre propre cas”* (parent 2) et notamment la partie *“Que dire ?”*.

Ils pensent que la lecture de cette fiche avant le diagnostic de leur enfant n'aurait pas eu de conséquence pour eux *“Est ce que ça aurait changé quelque chose ? - Honnêtement non.”* (parent 2), *“Moi peut-être quand même...”* (parent 1), *“Quand on la lit on se dit « ben non c'est pas une dépression, c'est un ado »”* (parent 1).

c. Le message à faire passer

Les trois parents ont spontanément reformulé le message important qui devait ressortir de cette fiche. L'idée pour eux est vraiment d'inciter à se faire aider par son médecin traitant au moindre doute et non au moment où une dépression est identifiée. *“Parce que quand on lit une fiche comme ça, on dirait qu'il faut commencer à s'inquiéter quand c'est vraiment une dépression. C'est comme si la fiche disait “Vous avez identifié que c'était probablement une dépression, faites-vous aider par le médecin” et à mon avis c'est pas forcément le bon niveau, c'est “Vous sentez qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien avec votre gamin, qu'il y un passage difficile et vous ne savez pas ce que c'est, vous vous inquiétez, faites-vous aider par votre médecin.””* (parent 2).

Ils recommandent d'observer ses enfants et de ne pas banaliser les signes de mal-être : *“Apprenez à observer votre enfant, c'est pas quand tout va mal qu'il faut se poser la question, même quand ça va bien il fait essayer d'être vigilant quoi.”* (parent 3).

d. La présentation

Concernant la présentation et les formulations, les trois ont trouvé le document clair *“Ce que j’ai trouvé bien c’est que ce n’était pas chargé du tout. On peut tout lire sans avoir trop d’informations d’un coup.”* (parent 3). Il y a eu quelques remarques et propositions de modifications :

- *“On ne sait pas dans quel sens le lire. Faudrait peut-être numéroter les pages pour savoir dans quel ordre le lire.”* (parent 2),
- *Il manquait une virgule entre “conso d’alcool, de drogue”* (parent 1),
- Les trois parents n’ont pas identifié que le volet 2 parlait de la crise d’adolescence normale et le volet 3 des signes de dépression. Ils ont tout interprété comme des symptômes de dépression à détecter : *“Ah j’avais même pas fait le lien que ça c’était crise d’adolescence normale et ça la dépression, ça ne m’a pas sauté aux yeux, pour moi le truc se focalisait sur la dépression. J’ai pas vu le titre.”* (parent 2), *“Moi : ça ne vous pas a sauté aux yeux au départ que c’était la partie “Normale” ? - Parent 3 : Ah non je n’avais pas vu.”*,
- Une suggestion de reformulation de la phrase de titre *“Dire “Devez-vous vous inquiéter ?” plutôt que “Quand”*” (parent 3) pour être plus percutant.

e. Les remarques volet par volet

e.1. Volet 1

Il n’y a pas eu de remarques particulières concernant la partie introduction qui était *“ suffisamment généraliste pour poser le sujet”* (parent 2).

Il y a eu de nombreux commentaires sur les chiffres :

- *“Là du coup c’est pour la dépression ? Non comme le titre c’est “crise d’ado ou dépression ? On ne sait pas.”* (parent 1).
- Ils ont été interpellés par la fréquence : *“1/3 des ados touchés par la dépression font une tentative de suicide, ça m’a sciée ça.”* (parent 1), *“C’est surtout que c’est énorme !”* (parent 2), *“ Euhhh, les chiffres là, ouf, ça m’a interpellée... Je trouve ça énorme. Je découvre. Ça interpelle.”* (parent 3).

- Parfois un peu rassurés par les chiffres : *“On se sent surtout un peu moins seuls.”* (parent 1),
- Mais ont eu un sentiment de malchance *“Deux fois plus de filles que de garçons, tu te dis Mince !”* (parent 2).
- Ils ont émis des réserves concernant la fourchette de prévalence et les pourcentages : *“1/3 de 4 à 8% je ne sais pas combien ça fait, alors que si je vois : il y a tant de TS, je me dis “Ah p***** ça fait beaucoup 50 000 !” j’ai pas de calcul à faire”* (parent 2), *“Et pourquoi 4 à 8, c’est quoi cette fourchette aussi large ?”* (parent 1).

e.2. Volet 2 et 3

Comme mentionné plus haut, les parents n’ont pas spontanément distingué la partie normale de la partie “anormale”, nous avons trié leurs commentaires selon le volet qu’ils désignaient en parlant.

Les parents ont reconnu leur enfant dans les manifestations de la crise d’adolescence *“Nous on a quasiment tout vécu.”* (parent 2), au point qu’ils auraient pu être induits en erreur à la lecture de cette fiche : *“Quand on lit ça on se dit “ben ouais effectivement c’est la crise d’adolescence.””* (parent 1).

Pour le parent 2 la notion de changement brutal n’est pas discriminante : *“Entre le changement brutal et le coup de mou passager, comment on fait la part des choses ?”* ainsi que la durée : *“Quand vous mettez “Tous les jours durant plus de deux semaines”... forcément un ado qui n’est pas bien ça dure plus de deux semaines, c’est pas discriminant. Y’a des gamins pour qui deux semaines ça ne va rien représenter et d’autres pour qui ça va être une alerte importante. Ça n’évolue pas de façon linéaire.”*.

Les parents ont naturellement commenté les signes de dépression en les confirmant ou en les infirmant en regard de leur propre histoire :

- *“Retentissement sur activités de plaisir, pas pour A, il continuait à sortir à voir ses amis.”* (parent 1),
- *“Baisse de résultats scolaires : ben oui mais c’est au moment des changements de cycle, y’a pas eu une baisse en cours d’année.”* (parent 2),

- *“Ben ‘‘idées suicidaires’’ de toutes façons nous les parents on est les derniers informés.” (parent 3),*
- *“Y’a des choses intéressantes, l’agressivité, fatigue, sommeil.” (parent 1),*
- *“Isolement oui en effet, elle s’enfermait dans sa chambre, mais pas de jeux vidéo” (parent 3),*
- *“Pas de baisse des résultats, au contraire” (parent 3).*

e. 3. Volet 4

Concernant la partie “Que dire ?”, les trois parents étaient unanimes : selon eux cela aurait été inapplicable à la situation de leur enfant : *“Ben ça c’est très bien mais moi j’aurai été incapable de mettre ça en application.” (parent 3), “Ça fait très théorique mais dans la vraie vie... ça fait faux.” (parent 2).* Ils avaient tout de même essayé mais se retrouvaient face à un mur : *“On le faisait déjà.” (parent 2), “Il n’avait pas envie de parler.” (parent 1), “C’était pas la peine d’engager un dialogue avec elle, elle se renfermait.” (parent 3).*

Les points à la fin de ce volet étaient plus parlants à leur sens : *“Ne pas culpabiliser, ne pas rester seul, c’est peut-être des choses qu’il faut mettre en avant.” (Parent 1), “Ne pas être intrusif, ça j’ai su le faire mais ne pas rester seul... si on est souvent seul. La dépression c’est tabou de toutes façons. On n’en parle pas. A personne. Sauf au médecin.” (Parent 3).*

e. 4 Volet 5

Les trois parents rencontrés se sont montrés réticents à l’idée d’appeler le 15 : *“C’est vraiment pour les urgences avec un danger absolu” (parent 1), “Oui mais on appelle les urgences psychiatriques quand on a quelqu’un qui a déjà commencé l’acte de suicide sinon ce n’est pas une urgence.”, “Si je la trouve inanimée, je me dis qu’elle a avalé des trucs dans ces cas-là j’appelle le 15. Mais sinon non.” (parent 3).* Mais ils disent qu’ils auraient peut-être osé s’ils l’avaient déjà lu avant.

Ils trouvent le conseil de se tourner vers le médecin traitant pertinent, c'est d'ailleurs ce qu'ils avaient fait : *“Si vous constatez des signes de dépression il est nécessaire de vous tourner vers votre MT : Ben oui c'est ce que j'ai fait.”* (parent 3), *“Ce message est très important.”* (parent 2), et ils le trouvent facile d'accès en cas de difficultés : *“C'est pas uniquement en cas de dépression mais plutôt en cas de passage difficile.”*, *“C'est vrai que le médecin traitant c'est bien, ça fait moins peur que de se dire qu'on va aller voir un psychologue.”* (parent 2).

La liste des autres structures est décrite comme trop complexe *“Ça fait trop de choses, à mon avis l'accent est à mettre sur le médecin traitant.”* (parent 2). Il est proposé de simplifier afin de mettre l'accent sur le médecin traitant : *“On peut mettre sinon : il vous accompagnera dans la prise en charge, le diagnostic et vous orientera vers des structures adaptées”* (parent 2).

Le dernier encadré est bien accueilli et permet de faire découvrir des contacts aux parents rencontrés.

5. Les modifications retenues

Nous avons retenu les suggestions suivantes correspondant à nos critères :

- Suppression du “Quand” sur la couverture : “Devez-vous vous inquiéter ?” étant plus direct et percutant.
- Modification de “Quelques chiffres” par “Dépression chez l'adolescent, quelques chiffres” pour plus de clarté.
- Suppression de la partie “deux fois plus de filles sont touchées” : cela minimise l'incidence chez les parents de garçon et n'apporte pas d'information supplémentaire pour les parents de filles.
- Modifications des titres des volets 2 et 3 pour permettre une identification plus claire : “Ce qui est normal. Les signes de dépression.”
- Ajout d'un cadre regroupant ces deux volets pour les lier et éviter les incompréhensions mises en évidence lors des entretiens.
- Correction orthographique “les changements”, ajout d'une virgule manquante “conso d'alcool, de drogue”.

- Changement de “Si vous constatez des signes de dépression” par “Si vous vous inquiétez” afin de favoriser encore plus le recours au médecin traitant et de ne pas faire peser sur le parent la responsabilité de diagnostiquer la dépression.

C. Élaboration de la version finale de la fiche : le groupe de travail

1. Recrutement

Nous avons contacté 14 médecins généralistes situés en Haute-Garonne pendant la période de recrutement entre février et septembre 2019.

Six coordonnées de parents pouvant participer au groupe de travail nous ont été données. Sur ces six, cinq ont pu se rendre disponibles.

Les participants au groupe de travail étaient exclusivement des femmes.

	Âge	Sexe	Profession	Enfants (Sexe et âge)
1	48	F	Aide-soignante	F15
2	48	F	Assistante maternelle	M13
3	43	F	Magistrate	M17 – F 14 – F10
4	47	F	Employée relations clients	F21 – F21 – F15
5	41	F	Agent de soin ASEI	F16 - F14

Tableau 5 : Caractéristiques des participants au groupe de travail

2. Déroulement du groupe de travail

Le groupe de travail a eu lieu le 24 septembre 2019 à 20 heures et a duré une heure trente.

Les participantes ont eu un temps de lecture afin de prendre connaissance de la fiche. Ensuite les tours de table pour le recueil des commentaires spontanés ont commencé. Puis la fiche a été traitée page par page afin de ne négliger aucune partie. Les décisions concernant les modifications étaient prises au cours du groupe de travail si elles étaient approuvées par le plus grand nombre.

3. Remarques et modifications retenues

a. Couverture

Il n'y a pas eu de proposition de modification, le titre et le pictogramme étaient considérés comme clairs et adaptés.

b. Premier volet

L'encadré d'introduction n'a pas soulevé de remarque. Le pictogramme a été décrit comme ayant peu d'intérêt mais sans proposition de remplacement. Il est donc resté inchangé.

Les chiffres ont suscité un grand intérêt. L'ajout d'un chiffre choc, par exemple du nombre d'ados décédés par suicide par an, a été suggéré. Nous avons réalisé une recherche au cours de la réunion. Nous avons trouvé des données indiquant qu'il s'agit de la deuxième cause de décès chez les ados après les accidents de la circulation, ce qui a représenté 8900 morts en 2014 (Observatoire national du suicide, rapport de février 2018). Cette donnée frappante a été validée par l'ensemble des participantes : *“Ça c'est parlant !”*. Nous avons ajouté les sources au bas de cet encadré : *“Citer la source ça donne du crédit.”*

c. Volet 2

Le contenu du volet 2 a été validé par les participantes. Nous avons seulement rajouté que l'opposition pouvaient se manifester vis-à-vis d'autres représentants de l'autorité tels que les professeurs ou les coachs sportifs suite à des suggestions.

d. Volet 3

Il y a eu une longue discussion autour des termes “Idées suicidaires”. Ils étaient compris par les mères comme décrivant des pensées et non un sentiment verbalisé : *“Comment peut-on arriver à voir une idée suicidaire ?”*. Elles le considéraient donc comme indétectable. Pour plus de clarté, le terme a été modifié par “Expression d'idées suicidaires”.

L'item "Prises de risques sexuels" a été modifié par "Relations sexuelles à risque". En effet la première formulation sous-entendait une intentionnalité et les participantes estimaient qu'elles n'en seraient pas informées : *"Il ne va pas me raconter"*.

Concernant les comportements à risque, nous avons ajouté "mise en danger de soi" pour ne pas limiter à l'alcool, la drogue et le sexe et inclure des idées telles que les paris dangereux, les imprudences routières, les sports extrêmes.

La mise en forme a été modifiée concernant le dernier encadré sur le retentissement sur le quotidien et les activités de plaisir. Il a été ajouté en début de volet pour le mettre en avant. Aussi les derniers tirets qui passaient inaperçus selon les participantes ont été intégrés au tableau des signes d'alerte. *"Est-ce qu'on pourrait ajouter le fait ne pas vouloir aller à l'école ? Par rapport au harcèlement scolaire, on en entend tellement parler."* Nous avons donc ajouté les items "Retentissement social" (arrêt des loisirs, changement des fréquentations) et "Retentissement sur la scolarité". Aux yeux des mères participantes ce sont des domaines très importants dans la vie d'un adolescent et donc à faire ressortir. *"L'école, les copains qui changent, c'est vraiment de là que viennent de nombreux signaux"*.

e. Volet 4

Ces éléments de langage ont été décrits comme utiles et adaptables à chacun : *"L'idée qu'on peut amorcer un dialogue et nous montrer comment, c'est un bon point de départ."*, *"C'est une base neutre qu'on peut adapter à chacun, s'approprier."*. Une fois de plus il a été suggéré de mettre l'accent sur l'école et les amis en rajoutant une question à ce propos : *"S'il y a de la place on pourrait ajouter une bulle disant "Comment ça se passe à l'école ?"*". Nous avons aussi rajouté la suggestion de parler à un tiers pour ouvrir la porte si l'adolescent ne veut pas parler à son parent *"Je pense qu'on devrait mettre qu'on peut proposer à l'ado de parler à un tiers, à un professionnel, un ami... Lui laisser différents choix."*

f. Volet 5

Il y a eu des retours très positifs sur le fait d'inviter à se tourner vers le médecin traitant. La majorité d'entre elles ne l'auraient pas fait spontanément "*Je n'y aurais pas pensé, je serais allée directement chercher un psychologue, je n'aurais pas ce réflexe. - Moi non plus*".

Pour alléger la lecture, la liste des structures a été remplacée par "des consultations spécialisées". "*Alors moi je ne sais pas ce que c'est que les CMP et CMPP*". "*Et ConsultAdo c'est spécifique à Toulouse non ? On pourrait le mettre en terme générique sinon.*". "*Consultations spécialisées c'est bien, c'est assez neutre.*".

Concernant la maison départementale, la question de la diffusion hors 31 a été posée. La formulation a été changée.

Un QR code a été ajouté afin de proposer un accès rapide à la carte des structures disponibles (cartosantejeunes.org).

g. Remarque

Au terme de la réunion, les participantes ont toutes spontanément souhaité emporter leur exemplaire de la fiche. Alors qu'aucun des parents dont l'adolescent a un antécédent de dépression n'a souhaité la conserver.

4. La fiche finale

Crise d'adolescence ou dépression ?



Parents, devez-vous
vous inquiéter ?

Être parent d'un adolescent c'est parfois se sentir dépassé.

Difficile de faire la part des choses entre ce qui est normal pour votre adolescent en pleine construction et ce qui doit vous inquiéter.

Ce document s'adresse à vous parents, vous êtes l'interlocuteur privilégié de votre enfant adolescent.

???

**Dépression chez l'adolescent,
quelques chiffres :**

- **4 à 8 %** des 12-18 ans sont touchés.
- **1/3** des ados atteints de dépression feront une tentative de suicide.
- Près de **10 000** adolescents sont décédés par suicide en France en 2014.
- C'est la **2^{ème}** cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation.

*Haute autorité de santé - Manifestations dépressives à l'adolescence - 2014,
Observatoire national du suicide - Rapport de février 2018.*

Ce qui est normal

L'adolescence est une phase de construction avec de nombreux changements :

- **Modifications des émotions :**

Tristesse, angoisse, irritabilité, sautes d'humeur transitoires.

- **Modifications de l'image de soi :**

Complexes physiques, manque de confiance en soi, questions sur le sens de sa vie.

- **Manifestations physiques :**

Fatigue ou au contraire agitation/agressivité, diminution du sommeil, plaintes occasionnelles (maux de ventre, de tête...).

- **Modifications du comportement selon l'environnement :**

Opposition, provocation, en général uniquement à la maison avec les parents (ou d'autres représentants de l'autorité : professeur, coach sportif...).



Tout ceci est normal mais votre adolescent ne doit **pas changer brutalement** avec des **répercussions** sur sa scolarité et ses activités de loisir.

Les signes de dépression

Vous constatez une **souffrance psychique** avec un **retentissement** sur le **quotidien** et les **activités de plaisir**,

Tristesse, Irritabilité, Anxiété

Expression d'idées suicidaires

Sentiments de dévalorisation, de culpabilité, d'être rejeté.

Les changements durent dans le temps,

**Tous les jours,
Durant plus de 2 semaines.**

Les autres signes d'alerte :

Plaintes physiques récurrentes
Maux de ventre, de tête, malaises...
Troubles du comportement alimentaire
Anorexie, boulimie, prise ou perte de poids
Troubles du sommeil durables
Insomnie ou excès de sommeil, fatigue
Comportements à risque
Conso d'alcool, de drogue, relations sexuelles à risque, mise en danger de soi
Retentissement sur la scolarité
Baisse des résultats scolaires, absentéisme, ralentissement, troubles de la concentration
Retentissement social
Isolement, modification des fréquentations arrêt des loisirs, excès d'activités isolées (jeux vidéos, internet...)

Que dire ?

- Ouvrir et maintenir le dialogue

Je m'inquiète pour toi.
J'ai peur que quelque chose n'aille pas.

J'ai remarqué que tu te comportes un peu différemment ces temps-ci.

- Exprimer ses préoccupations
- Inviter l'ado à exprimer ses ressentis

Comment te sens-tu en ce moment ?
Comment est-ton moral ?
Comment ça va à l'école ? Avec tes amis ?

Est-ce que je peux faire quelque chose pour t'aider ?
Nous devons vraiment avoir une discussion, veux-tu que nous parlions maintenant ou plus tard ?

- Ne pas être intrusif mais se montrer disponible pour proposer son soutien et offrir des choix, proposer de parler à un tiers (professionnel de santé, ami...)
- Ne pas culpabiliser
- Ne pas rester seul

Que faire ?

Si vous vous inquiétez, n'hésitez pas à vous tourner vers votre **médecin traitant**.



Le **médecin traitant** de votre adolescent est votre premier interlocuteur. Il pourra vous aider, vous et votre adolescent, en posant un diagnostic, en instaurant une prise en charge et/ou en vous orientant vers des consultations spécialisées.

Si votre adolescent présente des **idées suicidaires** : il y a **urgence**.

Adressez vous aux urgences pédiatriques (< 15 ans) ou psychiatriques (> 15 ans) ou appelez le 15.



Votre ado ou vous-même pouvez aussi contacter :

- Les Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ),
- Pour le 31 : la Maison départementale des adolescents, accueil gratuit et confidentiel (16 rue Riquet, Toulouse, 05 34 46 37 64),
- Toutes les structures en France sont répertoriées sur le site cartosantejeunes.org,
- Les lignes d'écoute anonymes et gratuites : Fil santé jeunes 0800 235 236, filsantejeunes.com.



IV. DISCUSSION

Notre travail a abouti à l'élaboration d'une fiche d'information basée sur des données validées de la science sur le plan du fond et de la forme. Elle a ensuite évolué suite aux échanges avec les parents d'adolescents pour plus de clarté et d'attractivité selon la méthodologie décrite par le guide de la HAS (11).

Il s'agit d'un travail original, en effet à notre connaissance il n'existe pas de fiche d'information à destination de parents réalisée selon une méthodologie validée. Différents travaux existent (23,24) à destination des patients eux-mêmes. Ce choix de population a été fondé sur l'hypothèse d'une triangulation des échanges entre le médecin, l'adolescent et les parents (10), renforçant la communication d'autant plus que les parents sont informés (8).

Certaines limites et pistes d'amélioration de ce travail sont à évoquer.

La version initiale a été rédigée par un seul médecin généraliste et relue par un autre. C'était un choix délibéré de ne pas multiplier les relectures et donc les modifications, et de garder un point de vue de praticien de soins premiers avant de la présenter aux patients.

Le nombre de participants est faible : 3 pour les entretiens individuels et 5 pour le groupe de travail. Cependant les échanges ont été riches et constructifs, l'évolution de la fiche est considérable. Nous n'avions pas pour objectif d'arriver à saturation des données lors du travail pré-exploratoire avec les entretiens individuels. Pour autant la version intermédiaire de la fiche est apparue comme très satisfaisante et parlante pour les parents dès le début du groupe de travail.

Il y a d'ailleurs eu moins de critiques lors du groupe de travail. Nous pouvons formuler deux hypothèses à ce propos. Soit les premières modifications avaient supprimé les principaux défauts, soit les parents n'ayant pas été confrontés à la dépression de leurs adolescents avaient un regard plus réceptif et non centré sur leur propre expérience. D'ailleurs nous avons observé un certain rejet de la fiche chez les premiers qui n'ont pas voulu la garder même après proposition et n'étaient pas convaincus que dans leur situation elle aurait eu un impact. Cela était certainement lié

au sentiment de culpabilité évoqué à la lecture de cette fiche. Alors que les mères ayant participé au groupe de travail, elles, ont spontanément emporté leur version de la fiche et demandé à recevoir la version finale. Nous retrouvons là tout l'intérêt d'avoir échangé avec ces deux populations.

L'impact potentiel de ce travail réside dans sa diffusion future. Cette fiche est destinée à être déposée en salle d'attente dans les cabinets de médecine générale. Le rôle de la salle d'attente dans la transmission d'information en matière de prévention a été étudié dans différents travaux (36). Les médecins généralistes sont favorables à la diffusion d'une information dans leur salle d'attente (37) et sont convaincus de son rôle comme vecteur d'information (38). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle qu'ils sont responsables de la qualité de l'information qu'ils proposent (39).

Les patients sont demandeurs d'informations et déclarent celles-ci utiles (37). Les études montrent majoritairement que les patients lisent les informations à leur disposition en salle d'attente (40) et en retiennent les messages essentiels de façon variable selon les thèmes (40,41). Mais elles portent essentiellement sur les affiches et non les brochures. Cependant, l'étude EDIMAP (42) montre que les patients sont convaincus de l'utilité des fiches d'information remises en main propre par leur médecin généraliste. Une étude randomisée montre une modification positive des comportements dans le groupe ayant reçu une fiche (43). Il serait intéressant d'évaluer l'impact d'une telle information déposée en salle d'attente et non remise par le médecin et d'adapter en fonction le mode de diffusion.

Enfin, il pourra être envisagé lors de futurs travaux d'évaluer les bénéfices et l'impact de la fiche en termes de dépistage de la dépression de l'adolescent. Une étude interventionnelle pourrait être envisagée, avec questionnaires aux parents et/ou aux adolescents, avant remise de la fiche et quelques mois après. Cela pourrait permettre d'évaluer les bénéfices de celle-ci : consultation concernant la santé mentale de l'adolescent ou ouverture de la discussion avec les parents par exemple.

V. CONCLUSION

La dépression chez l'adolescent peut être difficile à repérer du fait de l'importante prévalence des manifestations dépressives normales et transitoires de la « crise d'adolescence ». Des études montrent qu'il existe une véritable triangulation des relations entre les parents, l'adolescent et le médecin traitant et que les adolescents désignent leurs parents comme leurs interlocuteurs principaux.

Nous avons élaboré une fiche d'information ayant pour finalité d'être distribuée dans les salles d'attente de médecine générale afin de favoriser le dialogue et la détection de la dépression de l'adolescent.

Pour cela nous avons suivi les recommandations de la HAS pour la rédaction d'un document écrit à l'intention des patients. Nous avons réalisé une version initiale basée sur des sources validées et en respectant les règles de rédaction recommandées. Nous l'avons faite évoluer suite à un travail pré-exploratoire via des entretiens individuels avec des parents d'adolescents ayant un antécédent de dépression. Dans un second temps, nous avons reçu des parents d'adolescents sans antécédent lors d'un groupe de travail afin de recueillir leurs avis et suggestions de modifications. Ceci nous a permis d'aboutir à la version finale de cette fiche d'information.

L'évaluation de l'impact de cette fiche en termes de dépistage et de facilitation du dialogue serait intéressante à mettre en place en interrogeant des parents et adolescents quelques mois après distribution en salle d'attente de médecine générale.

Vu

Toulouse le 28/01/2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 28/01/20

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



VI. BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Health Sciences France; 2015.
2. HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014;
3. Jousset C, Cosquier M, Hassler C. Portraits d'adolescents - Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. INSERM; 2015.
4. Tudrej BV, Heintz A-L, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract.* déc 2016;22(4):247-54.
5. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA.* 24 sept 1997;278(12):1029-34.
6. Meynard A, Broers B, Lefebvre D, Narring F, Haller DM. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross sectional study. *BMC Fam Pract.* 30 oct 2015;16:159.
7. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *J Adolesc.* août 2011;34(4):685-93.
8. Ford CA, Cheek C, Culhane J, Fishman J, Mathew L, Salek EC, et al. Parent and Adolescent Interest in Receiving Adolescent Health Communication Information From Primary Care Clinicians. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* août 2016;59(2):154-61.
9. Guilamo-Ramos V, Bouris A, Jaccard J, Gonzalez B, McCoy W, Aranda D. A Parent-based Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior in Early Adolescence: Building Alliances Between Physicians, Social Workers, and Parents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* févr 2011;48(2):159-63.
10. Ford CA, Davenport AF, Meier A, McRee A-L. Partnerships between parents and health care professionals to improve adolescent health. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* juill 2011;49(1):53-7.

11. HAS. Guide Méthodologique : Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. juin 2008;
12. Mouco S, Delorme E. Élaboration et évaluation d'une brochure d'information sur le suivi gynécologique destinée aux patientes consultant en médecine générale. Thèse d'exercice. Médecine Générale. 2016.
13. Sustersic M, Meneau A. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. Thèse d'exercice. Médecine Générale. Université Joseph Fourier. Grenoble [Internet]. 2007. Disponible sur: http://vgiles.free.fr/071203_these_BU.pdf
14. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Outils d'intervention en éducation pour la santé, critères de qualité: référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis: Éd. INPES; 2005.
15. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. mars 2000;
16. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Informing patients: an assessment of the quality of patient information materials. Reprinted. 1999;
17. Coulter A. Evidence based patient information. is important, so there needs to be a national strategy to ensure it. *BMJ*. 25 juill 1998;317(7153):225-6.
18. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ*. 30 janv 1999;318(7179):318-22.
19. National Health and Medical Research Council (Australia). How to present the evidence for consumers: preparation of consumer publications. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
20. Secker J. Assessing the quality of patient-education leaflets. *Coron Health Care*. 1 févr 1997;1(1):37-41.
21. Paris A, Nogueira da Gama Chaves D, Cornu C, Maison P, Salvat-Mélis M, Ribuoat C, et al. Improvement of the comprehension of written information given to healthy volunteers in biomedical research: a single-blind randomized controlled study. *Fundam Clin Pharmacol*. avr 2007;21(2):207-14.

22. De Landsheere G. Pour une application des tests de lisibilité de Flesch a la langue française. Travail Humain [Internet]. 1963; Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/87609>
23. INPES. Comment ça va ? [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1083&order=undefined>
24. Association Sparadrap. Guide : Et toi, comment tu vas ? [Internet]. 2015 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/boutique/produit/guide-et-toi-comment-tu-vas>
25. INPES. Cannabis, ce qu'il faut savoir [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1704>
26. INPES. Questions d'ados [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/601.pdf>
27. Comité d'information en santé mentale du centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO). L'aide à apporter à votre enfant ou à votre adolescent dépressif : Information à l'intention des parents et des aidants. oct 2008; Disponible sur: esantementale.ca
28. Ministère des Familles. Le livret des parents « Saison 2 : l'adolescence » [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/03/Livret_ado_BD_20mars.pdf
29. INPES. Cannabis : les risques expliqués aux parents [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1703&order=undefined>
30. INPES. Notre enfant est homosexuel [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/604.pdf>
31. Psychologies.com. Parents, n'ayez plus peur de l'adolescence [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.psychologies.com/Famille/Ados/Crise-d-ados/Articles-et-Dossiers/Parents-n-ayez-plus-peur-de-l-adolescence>
32. UDAF 87. Etre parents d'adolescents... Disponible sur: <http://www.santelimousin.fr/travail/Collectif-usagers/les-associations/udaf-87-union-departementale-des-associations/fichiers/img233.pdf>

33. Fédération des Centres de Planning Familial des FPS. Dossier « Adolescence » [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.planningsfps.be/nos-dossiers-thematiques/dossier-adolescence/>
34. Association Phare. Votre enfant vous inquiète [Internet]. Disponible sur: <https://phare.pads.fr/documents/10182/235245/PHARE+D%C3%A9pliant+gar%C3%A7on.pdf/b72c685b-c783-4027-81de-d5e0629875c8>
35. Pr MORO M-R, BRISON J-L. Mission bien-être et santé des jeunes. nov 2016; Disponible sur: https://cache.media.education.gouv.fr/file/2016/09/2/Rapport_Mission_Bien-etre_et_sante_des_jeunes_674092.pdf
36. Coiffier A. Représentations et enjeux de la salle d’attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d’après une enquête qualitative. Thèse d’exercice. Médecine générale. Faculté de médecine de Nancy. 2010.
37. Idris H. Place de la salle d’attente du médecin généraliste du médecin généraliste dans l’éducation pour la santé. Thèse d’exercice. Université de Picardie Jules Verne. 2009.
38. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room: vector for health education? The general practitioner’s point of view. BMC Res Notes. 18 sept 2012;5:511.
39. Stefani F. Informations dans la salle d’attente du médecin. 2000, Conseil National des Médecins.
40. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. déc 1994;44(389):583-5.
41. Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Egroo LDV, Chevallier B, et al. La salle d’attente du pédiatre : lieu d’éducation pour la santé ? /data/revues/0929693X/v12i1/S0929693X04004804/ [Internet]. 11 oct 2010 [cité 25 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/268317>
42. Sustersic M, Voorhoeve M, Menuret H, Baudrant M, Meneau A, Bosson JL. Fiches d’information pour les patients : quel intérêt ? L’étude EDIMAP. La Revue de la Médecine Générale. Octobre 2010; 276: 332-9.

43. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, Maréchaux F, Genty C, Foote A, et al. Impact of information leaflets on behavior of patients with gastroenteritis or tonsillitis: a cluster randomized trial in French primary care. *J Gen Intern Med.* janv 2013;28(1):25-31.

VII. ANNEXES

A. Annexe 1 : Définition de l'EDC selon le DSM-5

(Proposition de traduction)

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.

B. Annexe 2 : Score ADRS

Auto questionnaire pour les adolescents : ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) version patient en 10 items : Je coche « vrai » si la phrase correspond à ce que je vis, ou « faux » si elle ne correspond pas.

	VRAI	FAUX
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 ne 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 – A l’école, au boulot, je n’y arrive pas		

Cotation :

Le score d’ADRS compris entre (10–10), permet l’identification d’un risque de dépression

- Modéré pour une valeur < 4 et < 8
- Ou important pour un score > 8
- L’ADRS est ici utilisée comme une variable qualitative, décrivant un risque de dépression au seuil > 4

DÉPRESSION DE L'ADOLESCENT : ÉLABORATION D'UNE FICHE D'INFORMATION À DESTINATION DES PARENTS

RÉSUMÉ :

Introduction : La dépression est prévalente chez l'adolescent mais la confusion avec la dépressivité de la crise d'adolescence normale est fréquente. Le rôle du médecin généraliste est primordial dans la santé mentale de l'adolescent, mais malgré le fait que 80% des adolescents le consultent au moins annuellement, très peu lui en parlent. Il apparaît que les parents sont désignés comme interlocuteurs principaux. Les parents sont demandeurs d'information. **Objectif :** Elaborer une fiche d'information concernant la dépression de l'adolescence à destination des parents afin de permettre de la distinguer des manifestations dépressives normales de la crise d'adolescence, favoriser le dialogue et la détection de ces troubles. **Méthode :** En se basant sur le guide méthodologique de la HAS : 1) élaboration d'une version initiale de la fiche d'information à partir de sources validées, 2) réalisation d'entretiens individuels à but pré-exploratoire avec 3 parents d'adolescents ayant un antécédent de dépression afin de recueillir leur avis et apporter des modifications à la fiche, 3) réunion en groupe de travail avec 5 parents d'adolescents non atteints de dépression, pour évaluer et apporter des corrections au document, 4) rédaction de la version finale. **Résultats :** Nous avons réalisé la version finale de la fiche d'information au format dépliant comprenant une couverture avec le titre et une question d'accroche, et cinq volets. Premier volet : phrases d'introduction adressées directement aux parents et chiffres clés ; Volets 2 et 3 : description des manifestations normales de la crise d'adolescence versus critères de dépression devant alerter les parents ; Volet 4 : propositions d'éléments de langage sous forme de bulles pour aider les parents à savoir comment amorcer le dialogue ; Volet 5 : conseils pour savoir comment agir, se tourner vers le médecin traitant ou les urgences selon la situation, contacts et sites internet pour en savoir plus. **Conclusion :** Nous avons établi une fiche d'information qui a évolué suite aux échanges avec les parents d'adolescents qui en sont la cible. Elle a pour destination d'être diffusée en salle d'attente de médecine générale afin d'informer les parents et de les aider à dialoguer avec leur adolescent à ce sujet.

TITRE EN ANGLAIS : Adolescent depression : elaboration of an information leaflet for parents

RÉSUMÉ EN ANGLAIS :

Introduction : Depression is prevalent in the adolescent but confusion with the depressiveness of normal adolescent crisis is common. The role of the general practitioner is of primary importance in the mental health of the adolescent, but despite the fact that 80% of adolescents consult him at least annually, very few talk to him about it. It appears that the parents are designated as the main interlocutors. Parents are the ones who ask for information. **Objective :** To develop an information sheet on teenage depression for parents in order to distinguish it from the normal depressive manifestations of the teenage crisis, to promote dialogue and the detection of these disorders. **Method :** Based on the HAS methodological guide : 1) development of an initial version of the information leaflet based on validated sources, 2) conduct of individual interviews for pre-exploratory purposes with 3 parents of adolescents with a history of depression in order to gather their opinions and make changes to the sheet, 3) working group meeting with 5 parents of adolescents without depression to evaluate and make corrections to the document, 4) drafting of the final version. **Results :** We produced the final version of the information sheet in a leaflet format with a cover with the title and a catchphrase question and five sections. Part 1 : introductory sentences addressed directly to parents and key figures ; Parts 2 and 3 : description of the normal manifestations of the adolescent crisis versus criteria for depression that should alert parents ; Part 4 : suggested language elements in the form of bubbles to help parents know how to start a dialogue ; Part 5 : tips on how to act, turning to the GP or emergency services depending on the situation, contacts and websites for more information. **Conclusion :** We have developed an information leaflet that has evolved as a result of the exchanges with parents of teenagers who are the target. It is intended to be distributed in the general medicine waiting room to inform parents and help them dialogue with their teenagers on this subject.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

MOTS-CLÉS EN FRANÇAIS : dépression, adolescent, fiche d'information, parents d'adolescents.

MOTS-CLÉS EN ANGLAIS : depression, adolescent, information sheet, parents.

Université Toulouse III - Paul Sabatier - Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil
133 Route de Narbonne - 31062 TOULOUSE

Directrice de thèse : Dr Julie DUPOUY