



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

L'*escape game*, un outil vecteur de rencontre entre le médecin généraliste et l'adolescent ?
Etude des représentations des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste.

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2023 à 16h00
au Pôle Formation
par **Elise PLANCHEZ**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Liste des abréviations

CMP	Centre Médico Psychologique
CPP	Comité de Protection des Personnes
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
MDA	Maison des Adolescents
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire

Table des matières

INTRODUCTION.....	10
I. L'adolescent	10
1. Un être ni enfant, ni adulte	10
2. Une ère de changements	10
3. Le mal-être des adolescents.....	11
4. Un lien difficile à tisser avec le médecin généraliste.....	12
II. Le médecin généraliste.....	12
1. Un interlocuteur insoupçonné.....	12
2. Un lien difficile à tisser avec l'adolescent.....	13
3. Moderniser les outils du médecin.....	13
III. L'escape game.....	14
1. Un outil générationnel.....	14
2. Une population non étudiée	14
MATERIELS ET METHODE.....	16
I. Type de l'étude	16
II. La population étudiée	16
1. Echantillonnage.....	16
2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	16
3. Méthode de recrutement	17
III. Méthode de recueil et analyse des données	17
1. Méthode de recueil.....	17
2. Analyse des données.....	18
IV. Aspects réglementaires et éthiques	19
1. Cadre réglementaire.....	19
2. Cadre éthique.....	19
RESULTATS	21
I. Caractéristiques de la population étudiée.....	21
II. L'adolescence, une période à risque de mal-être	21
1. Une période de transition	21
a. Changement corporel.....	21
b. Modification du rapport aux autres.....	22
c. S'approprier un nouvel univers.....	22
2. Un big bang émotionnel.....	23
3. Emergence de situations de mal-être pendant l'adolescence	24

a.	Terre fertile pour émergence de situations difficiles	24
b.	Non armés pour faire face aux situations difficiles	25
III.	L'adolescent au cœur d'une relation triangulaire déséquilibrée	26
1.	Rapport de forces entre 3 parties prenantes : adolescents-médecins-parents	26
a.	L'adolescent dans l'ombre de ses parents.....	26
b.	Ambivalence des attentes de l'adolescent.....	28
c.	Les vieilles habitudes ont la vie dure.....	29
2.	Une relation triangulaire gravitant dans un univers complexe.....	29
a.	L'adulte est un point d'ancrage.....	29
b.	Se confier entre pairs.....	30
c.	Personnes ressources multiples :	31
3.	Une relation empreinte de déception.....	32
a.	Peur d'être mis à l'écart.....	33
b.	Un dialogue de sourds.....	34
c.	Un climat hostile.....	35
IV.	Un rendez-vous manqué.....	36
1.	Le médecin généraliste, cet inconnu	36
a.	Mauvaise connaissance du médecin.....	36
b.	Secret médical.....	38
2.	Pauvreté de l'échange	39
a.	Un interlocuteur muet.....	39
b.	Une faute partagée.....	40
3.	Relation à plusieurs vitesses	41
a.	Besoin d'indépendance	41
b.	Besoins contradictoires.....	42
c.	Besoin du MT en seconde intention	44
4.	Attentes des adolescents vis-à-vis du médecin généraliste	44
a.	Qualités humaines du médecin généraliste :	44
b.	Qualités relationnelles du médecin généraliste :	45
c.	Qualités de prise en charge :.....	47
V.	Un outil de médiation.....	48
1.	Un langage moderne de sensibilisation	48
a.	Un besoin d'outils	48
b.	L'attrait pour un outil original	48
c.	L'inabordable : rendre accessible des sujets tabous	49
2.	Un moment dédié à l'adolescent.....	50

a. Un temps entre pairs.....	50
b. Un environnement propice	52
c. Les clés de la réussite	52
3. Faciliter la rencontre.....	53
a. Libérer la parole par le jeu.....	53
b. L' <i>escape game</i> , un jeu participatif avec un fort impact pédagogique.....	54
DISCUSSION.....	56
I. Principaux résultats et confrontation à la littérature	56
1. Un rendez-vous manqué entre le médecin généraliste et l'adolescent	58
2. Le big bang émotionnel de l'adolescent.....	59
3. L' <i>escape game</i> : un outil de médiation.....	60
II. Limites et forces de l'étude	62
1. Les limites.....	62
2. Les forces	63
a. L'originalité de l'étude.....	63
b. La scientificité de l'étude	64
III. Perspectives pour la recherche	65
CONCLUSION	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	69
ANNEXES.....	73

« Mais l'homme n'est pas fait pour rester toujours dans l'enfance. Il en sort au temps prescrit par la nature. Et ce moment de crise, bien qu'assez court, a de longues influences. »

Jean-Jacques Rousseau

INTRODUCTION

« Si moi ça va pas, je ne vais pas aller voir le médecin »

I. L'adolescent

1. Un être ni enfant, ni adulte

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence, comme la période de la vie, qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte et qu'elle positionne entre 10 et 19 ans. En fait, il n'existe pas de consensus sur la tranche d'âge. En effet, si les transformations physiques qui accompagnent la puberté, peuvent marquer le début de l'adolescence, en revanche, sa limite supérieure, signant le passage à l'âge adulte, témoigne d'un flou absolu (1).

2. Une ère de changements

L'adolescent connaît des bouleversements d'ordre physiologique, psychologique et social qui perturbent son équilibre, le rendent vulnérable et peuvent mettre en jeu, son bien-être.

La puberté le transforme physiquement, par l'acquisition des caractères sexuels secondaires et l'accélération de la croissance staturale. Elle débute chez la fille, entre 8 et 13 ans et entre 9 et 14 ans, chez le garçon (2).

Le remodelage neuronal, avec la maturation d'un cerveau qui se spécialise, participe à l'évolution comportementale, à la modification des représentations et à la construction de l'idéal d'un Moi (3).

Vécu comme un « orage physiologique », les mots ne trouvent pas leur chemin et la communication des adolescents évolue (4). Elle se caractérise alors par des émotions dominantes, des pulsions et par des réactions et conceptions souvent

binaires. Il apparaît également un refus d'aide et d'autosuffisance. Même lorsqu'ils en ressentent le besoin, demander de l'aide se révèle compliqué (5).

Un environnement social influençant éclot, les adolescents gravitent alors dans un environnement familial et extra familial qui peut se révéler protecteur ou au contraire, à risque (5). La relation aux parents est ambivalente, oscillant entre une prise de distance, d'opposition et la recherche de sécurité affective. Les adolescents investissent le groupe de pairs à l'origine de relations amicales et amoureuses. Enfin, les écrans et des réseaux sociaux envahissent leur vie (6).

3. Le mal-être des adolescents

20 à 25% des adolescents vivent une situation difficile ou douloureuse qu'ils essaient d'apaiser ou de fuir par des conduites, le plus souvent à risque (4). Il existe une augmentation du nombre de passages aux urgences pour tentatives de suicide chez les moins de 15 ans depuis 2010 (7).

En France, près d'un adolescent sur dix a déjà fait une tentative de suicide (8,9). Les résultats de l'enquête nationale EnCLASS, menée en 2018, en collège et lycée, alertent sur plusieurs points. Tout d'abord, un tiers des élèves de 4^e et 3^e présentent un risque modéré ou patent de dépression. Mais aussi, les filles présentent une moins bonne santé mentale que les garçons qui se dégrade entre la 6^e et la 3^e et près d'une sur quatre avoue avoir eu envie de mourir. Enfin, plus d'un lycéen sur dix déclare avoir tenté de se suicider, au cours de sa vie.

L'état de santé psychique, des enfants et des adolescents, est l'un des principaux déterminants de leur santé future (10). Devant ce constat d'une santé mentale qui semble dégénérer au cours de la scolarisation, il apparaît essentiel d'intervenir au plus

tôt auprès d'eux. C'est pourquoi, cette étude, à visée de sensibilisation, a choisi d'étudier la population collégienne avec la tranche d'âge des 11-15ans.

4. Un lien difficile à tisser avec le médecin généraliste

Entrer en relation avec son médecin généraliste n'est pas facile, pour l'adolescent. La littérature établit plusieurs attentes de l'adolescent, à savoir, de ne pas être jugé, d'être habilement interrogé, écouté, compris, accueilli avec intérêt et de tisser une relation de confiance durable (6,18,19,21).

Les adolescents sont freinés par une crainte relative aux questions de confidentialité (22). Pourtant, le cadre légal du secret médical (23) s'applique chez l'adolescent mineur, sauf s'il révèle un danger avéré et immédiat. Ils craignent aussi de déranger et de ne pas être pris au sérieux (18).

II. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste est le premier maillon avec le monde médical (11). Plusieurs définitions existent (12–15), selon la convention de l'OMS (10), le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans la santé de l'enfant et de l'adolescent, puisqu'il assure la coordination des soins, veille au bon développement de l'enfant et réalise les actions de prévention adaptées à ce jeune public en lien avec les parents, dont il est l'interlocuteur privilégié.

1. Un interlocuteur insoupçonné

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents, même s'il reste insoupçonné. En effet, la plupart des adolescents (79 %) ont consulté, au moins une fois, un médecin généraliste dans l'année (16). Les adolescents en souffrance psychologique les consultent plus que les autres, mais pour

des motifs somatiques (16,17). Même si l'adolescent est souvent peu explicite, il ne manque pas d'envoyer des signaux comportementaux non verbaux (18). Le médecin généraliste n'est pas identifié comme interlocuteur potentiel, face aux troubles psychosociaux. Son rôle est limité au somatique, voire à la réorientation vers un professionnel plus compétent (5,18,19). Pourtant, la littérature témoigne du fait que consulter un généraliste améliore l'état psychologique des adolescents, même chez ceux les plus en difficulté et que porter de l'intérêt à leur mal-être a un impact positif sur leur santé (17).

2. Un lien difficile à tisser avec l'adolescent

La consultation avec des adolescents a ses spécificités, particulièrement en terme de communication (20), à laquelle le médecin doit s'adapter pour tisser un lien. La littérature témoigne de plusieurs appréhensions du médecin (18) : la difficulté à gérer l'accompagnant ; la crainte de découvrir un problème difficile à gérer ou des réactions imprévisibles ; une gêne lors de l'examen clinique à cause de leur pudeur ; la différence culturelle et générationnelle ; le manque de temps ; le sentiment d'incompétence en psychologie.

3. Moderniser les outils du médecin

Le médecin possède des outils de repérage au suicide, comme le test BITS (21) et de dépistage à la dépression, l'échelle ADRS (22). D'autres outils et questionnaires sont disponibles pour aider les médecins, mais ils ne sont pas tous aisés à mettre en œuvre en soins primaires, dans une consultation déjà trop courte (23). Les campagnes d'information actuelles, concernant la santé mentale des adolescents, se modernisent et utilisent les moyens de communication des adolescents. Ainsi, des vidéos élaborées par Santé Publique France sont diffusées sur les réseaux sociaux, comme TikTok,

Snapchat, Instagram et Facebook (25). Or, il n'a été retrouvé ni outil spécifique adapté à la population juvénile, pour les sensibiliser au mal-être ou pour faciliter leur communication avec le médecin généraliste, ni outil à utiliser en dehors d'une consultation.

III. L'escape game

1. Un outil générationnel

L'*escape game*, est un mot anglais utilisé pour définir un jeu d'évasion, qui consiste à résoudre des énigmes, pour sortir d'une situation critique et/ou s'échapper d'un espace clos, réel ou virtuel (24). Son apparition est assez récente, 2004 au Japon, puis en 2013 en France (25) et en plein essor depuis quelques années avec près de 4 millions de joueurs en 2022 (26). Au-delà, d'un loisir, il est également utilisé dans un contexte pédagogique (27) et dans le domaine de la santé, avec des premières publications en 2017 (28). En effet, la littérature identifie de nombreux avantages à son utilisation pédagogique. Premièrement, il augmente l'intérêt et la motivation des participants (29,30). Deuxièmement, il améliore les connaissances et compétences dans un domaine précis (28,31,32). Finalement, il améliore la cohésion et la communication dans une équipe (28,32). L'atmosphère lors du jeu est jugée détendue, les participants se sentent en confiance et en sécurité (33) avec un plaisir d'apprendre (34–37).

2. Une population non étudiée

La majorité des études sur les *escape game* pédagogiques en santé concernaient des professionnels de santé ou des étudiants. Une étude anglo-finlandaise étudiait son utilisation, à destination des adolescents (38) et quelques initiatives locales françaises, sans publication, les concernaient aussi (39,40). De plus aucun article ne

s'intéressait à l'utilisation de l'*escape game*, comme facilitateur de la communication adolescent-médecin.

La relation médecin généraliste-adolescent n'échappe pas aux fragilités des adolescents et nécessite une adaptation, voire une modernisation des outils. L'objectif de cette étude était donc de savoir en quoi un *escape game*, utilisé comme outil de sensibilisation aux situations de mal-être, peut répondre aux attentes des adolescents, pour faciliter leur rencontre avec leur médecin généraliste.

MATERIELS ET METHODE

I. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, par entretiens collectifs qui s'inspirait de la théorisation ancrée, développée par Glaser et Strauss.

Cette étude avait été réalisée en miroir d'un autre travail de recherche qui explorait la même thématique avec un point de vue différent, celui des médecins généralistes. Elle avait été menée sur la même période de recherche, par Clothilde Levasseur, et respectait la même méthodologie.

II. La population étudiée

1. Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage raisonné théorique qui se référait au principe de suffisance des données.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Adolescent de 11 à 15 ans scolarisé dans un collège des Hauts-de-France
- Consentement oral et écrit de l'adolescent à participer à l'entretien
- Et ayant l'autorisation signée par l'un des représentants légaux pour participer à cette étude (annexe 1)

Les critères d'exclusion étaient :

- Refus de participation de l'adolescent et/ou de l'un de ses représentants légaux

- Absence de consentement parental écrit, le jour de l'entretien

3. Méthode de recrutement

Sept adolescents avaient été recrutés grâce à une pancarte (annexe2), affichée en salle d'attente et au cours de consultations en cabinet de médecine générale, par un médecin généraliste ayant reçu les explications nécessaires. Trois adolescents avaient refusé de participer et un s'était désisté au dernier moment.

Quinze adolescents avaient été recrutés dans un collège à Desvres, par une professeure qui avait reçu au préalable une lettre d'information par mail (annexe 3), complétée d'une explication téléphonique sur l'objet de l'étude et les critères d'inclusion.

Enfin, la chercheuse avait assisté aux portes ouvertes de la Maison Des Adolescents (MDA) de Lille, ce qui avait permis d'inclure trois derniers adolescents.

III. Méthode de recueil et analyse des données

1. Méthode de recueil

Le recueil de données avait été effectué par six entretiens semi-dirigés collectifs de trois à quatre adolescents, durant en moyenne 39 minutes et réalisés entre mai et juillet 2023.

Les entretiens avaient été menés selon un guide d'entretien composé de questions ouvertes et posées à l'ensemble du groupe. Celui-ci avait été établi et validé par le Docteur Charles Cauet, directeur de thèse et expert en recherche qualitative. Il avait été évolutif au cours des entretiens, produisant deux versions de guide (annexe 4).

Les entrevues s'étaient déroulées dans un cabinet médical ou dans une salle dédiée de la MDA ou du collège et ont été enregistrées par une application « dictaphone », sur deux téléphones. Les focus groupes avaient été animés par la chercheuse, accompagnée parfois de la co-chercheuse en tant que modératrice et observatrice. Une collation était proposée tout au long de l'entretien, après vérification de l'absence d'allergie alimentaire.

Pour se familiariser avec la gestion d'un groupe d'adolescents et tester le guide d'entretien, un focus groupe pilote avait été réalisé, le bon déroulement de celui-ci avait permis de l'analyser et d'inclure les résultats dans l'étude.

Le nombre de focus groupes n'avait pas été préalablement défini. Les entretiens s'étaient poursuivis jusqu'à obtention d'une suffisance des données, lors de l'analyse séquentielle de ceux-ci.

2. Analyse des données

Tous les enregistrements avaient été retranscrits mot pour mot sur Word ® sous forme de verbatim, en essayant d'être le plus fidèle possible à l'entretien et en notifiant le comportement non-verbal (rire, silence, etc) qui avait été consigné dans le journal de bord (annexe10).

Puis avait débuté l'étiquetage expérientiel permettant l'attribution de propriétés, à l'origine de catégories conceptuelles. Cette analyse ouverte avait été réalisée sur le logiciel Excel ® et triangulée indépendamment et en aveugle par la co-chercheuse.

Enfin, l'analyse axiale a permis la réalisation d'un modèle explicatif. La confrontation des résultats obtenus, avec ceux de l'étude en miroir menée par Clothilde Levasseur, avait permis la réalisation d'un modèle explicatif commun.

Cette étude avait suivi les critères de qualité et de scientificité de la grille Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) avec trente critères validés (annexe5).

IV. Aspects réglementaires et éthiques

1. Cadre réglementaire

Une demande simplifiée de déclaration de conformité à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), sous forme d'une attestation du Délégué à la Protection des Données (DPO en annexe 6) avait été obtenue avant de débiter le recrutement. De plus, cette étude n'avait pas nécessité d'accord préalable du Comité de Protection des Personnes, CPP, puisqu'elle n'entraîne pas dans les prérogatives de la loi Jardé, comme mentionné dans le mail en annexe 7.

2. Cadre éthique

Tout d'abord, lors du recrutement, une information claire et loyale avait été délivrée aux parents et aux adolescents, sous forme orale et écrite (annexe3).

Pour participer au focus groupe, l'adolescent devait obligatoirement être muni d'un formulaire de consentement écrit d'un des deux parents et son accord oral était systématiquement recherché, en plus de son consentement écrit.

Avant chaque entretien, la chercheuse se présentait et rappelait aux participants que les données seraient rendues anonymes, qu'ils pouvaient se retirer à tout moment et que les enregistrements seraient détruits à la fin de l'étude.

Pendant l'entretien, la chercheuse veillait à ce que le mode d'expression soit naturel, que les silences soient respectés et que chacun se sente libre de participer ou non.

En fin d'échange, la chercheuse s'affranchissait d'une quelconque gêne ou d'un mauvais vécu de l'expérience. Les adresses mails universitaires de la chercheuse et co-chercheuse étaient transmises, en cas de questions complémentaires et les ressources disponibles en cas de mal-être étaient communiquées à l'oral.

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée

De mai à juillet 2023, six focus groupes ont été réalisés avec la participation de vingt-et-un adolescents au total. La durée moyenne des entretiens était de trente-neuf minutes. Les caractéristiques de la population participante et les conditions d'entretien sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population interrogée et des entretiens (annexe8)

FOCUS GROUPE	LIEU ENTRETIEN	DUREE	CO-CERCHEUSE	ADOLESCENT	SEXE	AGE	CLASSE	FRATRIE	POSITION FRATERIE	MEDECIN TRAITANT	CONNAIT LE NOM DE SON MEDECIN	ANCIENNETE DU MEDECIN	FREQUENCE CONSULTATION	SUIVI SPECIALISE
		moyenne 39'				moyenne 14 ans								
1	Cabinet médical Villeneuve D'Ascq	59'02"	OUI	A01	F	13	4eme	0	1	OUI	OUI	MOINS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	PSYCHOLOGUE
				A02	F	11	6eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/MOIS	AUTRES
				A03	M	13	4eme	10	9		NON			1/TRIMESTRE
2	Collège Desvres	34'02"	NON	A04	F	15	3eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/AN	NON
				A05	F	15	3eme	2	3	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A06	F	15	3eme	2	3	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	IL Y A PLUS DE 1 OU 2 ANS	NON
3	Collège Desvres	35'13"	NON	A07	F	14	3eme	1	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	NON
				A08	F	14	3eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A09	F	14	3eme	2	1	OUI	OUI	MOINS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
4	Collège Desvres	38'11"	NON	A10	M	15	3eme	2	3	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	NON
				A11	F	14	3eme	1	1	OUI	NON	MOINS DE 5 ANS	IL Y A PLUS DE 1 OU 2 ANS	NON
				A12	F	13	4eme	1	1	OUI	NON	MOINS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
5	Maison des ado Lille	39'36"	OUI	A13	M	14	4eme	0	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	AUTRES
				A14	F	14	4eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	NON
				A15	M	13	4eme	2	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	NON
6	Collège Desvres	28'22"	NON	A16	F	15	3eme	1	1	OUI	OUI	MOINS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A17	F	15	3eme	2	3	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A18	F	15	3eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/SEMAINE	CMP
6	Collège Desvres	28'22"	NON	A19	M	14	3eme	1	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A20	M	15	3eme	1	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/AN	AUTRES
				A21	F	14	3eme	3		OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/MOIS	NON

II. L'adolescence, une période à risque de mal-être

1. Une période de transition

a. Changement corporel

Lors des entretiens, les adolescents déclaraient accorder une grande importance à leur apparence physique.

A2 : « parce que elle se trouvait pas belle et que elle se sentait, euh, enfin elle n'avait pas l'impression d'avoir sa place dans la vie. 'fin ... »

A18: « *j'avais des soucis avec mon corps, je ne m'accepte pas et tout ça ...* »

b. Modification du rapport aux autres

Les changements corporels ne sont pas les seuls bouleversements qui s'imposent à l'adolescent. L'apparition d'une vie sociale génèrait de nouvelles relations humaines avec son lot de hauts et de bas. La gestion de cet ascenseur émotionnel pouvait être difficile pour l'adolescent.

A18: « *déjà premièrement, j'en ai parlé à mes amies qui m'ont dit, parce que j'étais perdue, je me disais que c'était ma faute, que j'allais pas assez vite pour lui, et elles m'ont dit que non, que ses réflexions n'étaient pas... qu'il exagérait dans ses réflexions et qu'il profitait, enfin qu'elles avaient l'impression qu'il profitait que ce soit ma première relation pour me dire ce qu'il faut faire, alors que non.* »

A16: « *je pense que le sujet principal, c'est ce qui rend malheureux les gens, en fait, ce n'est peut-être pas le malheur qu'il faut étudier, c'est plus pourquoi on est malheureux, et souvent c'est l'amour, les ruptures amoureuses, la famille.* »

c. S'approprier un nouvel univers

Cette rupture avec l'état antérieur ébranle la confiance en soi de l'adolescent et le pousse à rechercher de nouveaux repères.

L'adolescent, se détournant du conseil parental, sollicitait d'autres sources d'informations comme les réseaux sociaux omniprésents et l'aide des pairs.

A1 : « *Et deuxième personne, c'était sur les réseaux sociaux sur un site où on peut écrire, où j'ai un compte. Elle avait dit qu'elle voulait se suicider et tout, euh, qu'elle en avait marre de la vie. Du coup ce que j'ai fait, c'est que j'ai rassemblé, euh, plein d'amis virtuels pour aller lui porter secours, pour lui envoyer plein de messages d'amour et tout, lui dire non fais pas ça. »*

2. Un big bang émotionnel

Pour l'adolescent, affronter tous ces bouleversements, était vécu telle une traversée d'un champ d'astéroïdes où chaque collision pouvait provoquer une déflagration émotionnelle.

A9 : « *je pense qu'en tant qu'ado, on va dire, on a plus de problèmes mentaux que physiques. »*

Certains adolescents exprimaient un état de solitude,

A14 : « *on le garde en nous même, on fait avec »*

une sensation d'injustice était également perçu,

A1 : « *une fille avait été harcelée par d'autres filles [...] je ne savais pas vraiment ce qui s'était passé, mais je savais qu'il y avait un problème. Pour ne pas m'attirer de problèmes, je me suis éloignée des 2 camps, je me suis dit, je vais attendre que ça se passe [...] Et la prof de sport en fin de cours, elle m'appelle avec 2 de mes amies pour me parler justement de ça. Et du coup, elle demande ce qui s'est passé. Donc moi, je me suis dit, je vais y aller, je vais pas trop me mouiller parce que, de toute*

manière, j'étais pas là [...] Elle nous a dit que c'était de notre faute..., elle nous a tout balancé dans la tronche, pendant cinq bonnes minutes. [...] Du coup, on a dû rester toutes les 3, pour prendre ça, c'était dur [...] Bref, elle avait tout trafiqué pour qu'on se sente coupable et voilà ! Et ça, ça m'a beaucoup pesé. »

jusqu'à éprouver de la peur.

A1 : « *Je ne sais pas si elle allait vraiment passer à l'acte, car des fois, sous le coup de l'émotion, on peut dire des trucs qu'on ne pense pas vraiment, mais en tout cas, j'ai aussi eu peur là. Voilà !* »

E : « *mais ça vous inquiète ?* »

A5 : « *un peu, surtout quand elle fait ses crises* »

L'accumulation, ajoutée à la fluctuation de toutes ces émotions pouvait être source de mal-être.

3. Emergence de situations de mal-être pendant l'adolescence

a. Terre fertile pour émergence de situations difficiles

Ces transformations physiques, psychiques et sociales fragilisent l'adolescent et le rendent à risque. En effet, il a été évoqué, lors des entretiens, que les adolescents étaient régulièrement confrontés à des situations de mal-être, tels que :

- Les Troubles du Comportement Alimentaires (TCA) ;

A18: « *c'était plus sur le fait que je me sente mal dans mon corps, c'est pas nouveau, je suis passée par une période d'anorexie* »

- Idées noires ;

A2 : « bah, euh, j'ai une amie, euh, qui a déjà essayé de se suicider... »

- Harcèlement ;

A1 : « Parce qu'elle s'était faite harceler dans notre collège, c'était allé très loin. »

A3 : « ouais, non pas trop, parce que là, ils frappent vraiment pour frapper, parce que là, c'est des amis, ils mettent que des petits steaks et après ils courent et après ils s'énervent et tout. »

- Violence.

A1 : « Et en fait, on savait qu'elle se faisait un peu frapper par des mecs de notre classe, on le savait tous, on était témoin. Toute la classe était témoin de ça. »

Même l'utilisation des réseaux sociaux les exposait à des situations difficiles.

A4 : « c'était sur insta, je l'avais vu sur un terrain de foot et il avait un cancer. Oui, il avait un cancer en phase terminale et il allait mourir. »

b. Non armés pour faire face aux situations difficiles

Certains adolescents confiaient avoir des séquelles psychiques liées à des événements passés.

A1 : « Depuis que j'ai vécu ça, chaque truc, chaque truc que je vois, je fais attention... Je ne sais pas, si on peut dire que je l'ai vécu, comme un traumatisme »

De plus, ils ressentaient de l'impuissance face à ces situations difficiles et un sentiment de culpabilité de n'avoir pu intervenir.

A6 : « *oui voilà, quand elle a des crises, on ne sait pas comment gérer, on ne sait pas comment la rassurer et on ne sait pas quoi faire en fait, on est impuissant. »*

A1 : « *oui, il y a une centaine de personnes qui auraient pu nous aider. Tout le monde aurait pu aider, mais personne n'osait rien faire, parce qu'on savait pas quoi. »*

A1 : « *Bah ... j'ai rien fait pour aider ça m'a marqué. »*

Enfin, l'adolescent, en plein bouleversement personnel, n'accordait pas d'importance nécessaire au mal-être de ses pairs.

A4 : « *non. Après lui, c'était pas très grave, c'était pas non plus une dépression, mais il ne se sentait pas bien, quoi. A un moment donné, il était là sans être là, il était absent. »*

III. L'adolescent au cœur d'une relation triangulaire déséquilibrée

1. Rapport de forces entre 3 parties prenantes : adolescents-médecins-parents

a. L'adolescent dans l'ombre de ses parents

Depuis l'enfance, le rôle du parent est prépondérant dans la relation du jeune à son médecin. C'est d'ailleurs lui que l'adolescent identifiait, comme étant à l'initiative des consultations et comme l'interlocuteur principal dévoilant les problématiques et garantissant les informations transmises.

A15 : « oui, enfin voilà, quand j'ai mal quelque part, je vais le dire à mes parents et ce sont mes parents qui vont...[prendre le rdv] »

A1 : « souvent, on oublie certains trucs et ils n'hésitent pas nous le rappeler et c'est très pratique ça [...] Parce que c'est surtout ma mère [...] elle comprend et elle sait ressortir les informations au bon moment. Quand je suis en difficulté, elle sait rebalancer le truc. »

A13 : « bah après, quand il fait ma consultation, il parle à mon père et du coup, il parle comme ça, et moi, je suis là, j'attends. »

Mais, certains adolescents déclaraient aussi être intimidés, par le fait d'être seul face au médecin et rassurés par la présence parentale en consultation.

A11 : « on peut le faire sans les parents et du coup, il m'a demandé, mais elle n'est pas partie, elle est restée. »

...

E : « tu aurais aimé qu'elle parte ? »

A11 : « non, pas forcément »

A11 : « je ne sais pas, je suis à l'aise avec mon médecin, donc ça va, mais si elle était partie, ça va, mais c'est mieux qu'elle reste quand même »

Enfin, certains adolescents se retrouvaient dans l'ombre de leur parent, comme lorsqu'ils étaient enfants et n'étaient pas maîtres de leur prise en charge médicale.

A18: « *oui, puis je voulais, c'était plus ma mère qui voulait, pour me protéger, mais moi, je savais que je n'allais pas avoir des rapports tout de suite, puisque je n'étais pas prête et j'ai essayé de dire à mon médecin, est-ce que c'était obligatoire maintenant ou si je peux attendre un peu, mais il n'a pas, c'est pas qu'il n'a pas répondu, mais il est vite passé à d'autres sujets, il était juste dans la prescription. »* »

b. Ambivalence des attentes de l'adolescent

Mais avec la puberté, les attentes et besoins des adolescents évoluent et sont tiraillés entre envie d'émancipation et repère rassurant de la figure parentale. En effet, il ressortait que la présence des parents pouvait inhiber l'expression de l'adolescent en consultation, car certains sujets devenaient tabous. De plus, l'apparition de l'intimité, n'était pas toujours assumée face aux parents. Être seul face à son médecin généraliste pouvait à la fois être source de gêne ou au contraire libérer la parole de l'adolescent. Il existait une difficulté, pour celui-ci à trouver sa place en tant qu'interlocuteur principal.

E : « *Vous parlez de sexualité, en présence de vos parents ?* »

A8 : « *ça me gêne* »

E : « *Est-ce que vous aimeriez consulter votre médecin seuls ?* »

A4 : « *pour des choses oui, pour d'autres choses, on en a pas forcément besoin, mais pour des choses oui* »

A14 : « *après c'est dur, parce que pour aller voir un psy, il faut le dire à ses parents* »

c. Les vieilles habitudes ont la vie dure

L'ambivalence de ce besoin de changement de relation avec le médecin généraliste est renforcée par la difficulté de remettre en question les habitudes, en place depuis de nombreuses années.

Il apparaît que l'adolescent acceptait, depuis toujours, la présence des parents et qu'il n'envisageait pas s'en affranchir. La présence systématique des parents en consultation fait donc partie de ces coutumes.

A18: « *je suis habituée à ce qu'elle soit là [sa mère], chez ce médecin traitant, parce que c'est le médecin de famille* »

A16: « *je sais pas, j'étais mal à l'aise, j'ai toujours été avec mes parents, du coup, je ne voulais pas y aller toute seule après. Je ne sais pas pourquoi.* »

La période de changement que traverse l'adolescent impose aux trois parties de cette relation de s'adapter en s'affranchissant de leurs habitudes, par exemple : accepter un temps de consultation en binôme ado-médecin.

2. Une relation triangulaire gravitant dans un univers complexe

Cette relation triangulaire s'inscrit dans un environnement complexe, faisant appel à de nombreux intervenants qui peuvent accentuer le déséquilibre.

a. L'adulte est un point d'ancrage

Pour les adolescents, les adultes étaient identifiés comme des personnes ressources, à même d'intervenir pour résoudre leurs problèmes ou pour les rassurer. Par facilité, les adolescents se tournaient en première intention vers leurs parents qui les connaissaient bien. Certains sujets pouvaient être plus difficiles à aborder au sein

de la famille. Les adolescents indiquaient alors se tourner vers leur médecin généraliste, identifié comme capable d'écouter leurs problèmes et de les conseiller dans un environnement plus neutre. Parfois, ils attendaient de leur médecin d'être leur allié, face aux parents. Dans les deux cas, l'adulte devait être attentif aux adolescents et à leurs problèmes pour intervenir.

A18 : « *et ma mère, en réflexe de maman, elle a voulu que je prenne la pilule pour me protéger et moi, je pensais que ça allait me débloquer aussi, face à ça et j'avais voulu aussi, justement, en parler à mon médecin traitant pour voir, parce que je me sentais un peu seule...* »

A1 : « *à mes parents. On a une relation totalement fusionnelle, ils savent tout, euh, on se partage quasiment tous nos secrets, euh, c'est super en fait !* »

b. Se confier entre pairs

Les adolescents révélaient avoir des difficultés à s'identifier à un adulte n'ayant pas les mêmes centres d'intérêts. La différence d'âge pouvait donc être un frein d'expression, des adolescents qui se sentaient plus en confiance et mieux compris avec des personnes de leur âge, comme leurs amis ou les membres de leur fratrie.

La chercheuse a constaté que les adolescents se confiaient entre eux et partageaient leurs expériences. Ainsi, les adolescents créaient une cohésion entre eux, renvoyant l'adulte au second plan, la place des pairs devenait alors primordiale.

A14 : « *moi, je trouve que les meilleurs psys, ce sont les meilleurs amis. Moi, je trouve que les psys normaux, comme ils ne connaissent pas les enfants, ni rien, bah, je trouve que ce n'est pas... »* »

c. Personnes ressources multiples :

Force est de constater que l'adolescent ne se trouvait pas sans solution lorsqu'il ressentait le besoin d'évoquer son mal-être. Il savait identifier les personnes qui pouvaient être à son écoute et c'était souvent, vers la personne avec laquelle il se sentait le plus à l'aise qu'il se tournait. Pour que les adolescents puissent nouer une relation de confiance, il était nécessaire que leur interlocuteur soit disponible. La transmission d'informations et la coordination des différentes personnes ressources était indispensable pour maintenir le lien avec l'adolescent et l'orienter vers le bon interlocuteur.

La MDA attirait les adolescents par leur neutralité et sa coordination avec le Centre Médico Psychologique (CMP.)

A18: « *non, justement parce que c'est pas trop médicalisé, ici [MDA], [...] c'est pour ça que je me sens bien ici, quand je viens, même si c'est un suivi temporaire, parce que c'est un peu d'orientation et que j'ai été prise en charge aussi par le CMP, entre temps, mais c'est moins médicalisé, donc je me sens plus à l'aise de parler ici [...] le relais se fait. »* »

Le médecin était identifié comme un soutien. Sa sollicitation était restreinte à une demande d'écoute. Quant au milieu scolaire, il était perçu comme l'intervenant principal, capable de mettre un terme à son mal-être.

A4 : « *pas pour qu'il arrête, mais déjà pour qu'il vous aide à l'accepter, enfin pas l'accepter mais l'endurer, le temps que les gens du collège fassent pour que ça s'arrête. »*

Les psychiatres et psychologues étaient également assimilés comme personnes ressources.

A18: « *maintenant que j'ai d'autres spécialistes, j'irais voir plutôt psychiatre, psychologue ou quelqu'un d'autre, mais à la base, au tout début, je lui parlais pas comme je parle à un psychiatre ou un psychologue. »*

E : « *le médecin traitant, est-ce qu'il est aussi qualifié pour ce genre de problème ? »*

A3 : « *après c'est les psys, les trucs comme ça c'est les psy »*

Enfin, les infirmiers scolaires étaient aussi cités comme personnes ressources, même si un manque de disponibilité était déploré.

A12 : « *psychologue scolaire [...] oui mais elle n'est jamais là »*

3. Une relation empreinte de déception

Les adolescents avaient un gros besoin d'être rassurés, suite aux nombreux changements qu'ils traversaient. Un grain de sable pouvait être source de grandes déceptions, susceptibles de rompre des liens fragiles.

A18: *« je ne parlais pas trop, en fait j'ai un mauvais souvenir avec les médecins traitants, quand j'étais petite, j'étais suivie par une pédiatre et juste elle m'a dit un jour quelque chose de pas très sympa pour un enfant de 5 ans, parce que j'étais un peu ronde et elle m'a dit carrément que j'étais trop grosse et qu'il fallait faire un régime, enfin à 5 ans, ça m'a marquée, j'ai pleuré et ça a marqué le reste de ma vie, parce que j'ai subi des moqueries par la suite, à l'école et du coup, mes parents m'ont changée de médecin, enfin ils m'ont emmenée voir le médecin de famille, mais depuis ce moment-là, j'ai un blocage quand je vais chez le médecin, enfin ..., c'est une peur. »*

Cette relation qui contenait aussi des déceptions était fragilisée par une peur d'être mis à l'écart, une communication inefficace jusqu'à aboutir, à l'extrême, à un climat hostile.

a. Peur d'être mis à l'écart

Les adolescents exprimaient un sentiment d'exclusion des communications entre adultes.

A4 : *« souvent, c'est plus en fin de consultation, pendant qu'il fait l'ordonnance, ils parlent un peu ensemble »*

Ils éprouvaient un manque de considération de l'adulte, vis-à-vis de certaines situations.

A1 : *« Même la prof de sport, une fois, elle a été témoin d'un moment où il frappait l'autre. Et elle a dit « oh, tu vas doucement avec untel ! » mais ça s'est arrêté là. »*

b. Un dialogue de sourds

De multiples raisons, responsables d'une communication inefficace, étaient signalées par les adolescents

Tout d'abord, ils ressentait un manque d'écoute.

A14 : « *des fois, je ne sais pas, ils disent l'inverse de ce que je dis* »

Puis ils ne se sentaient pas pris au sérieux et leur parole était remise en doute.

A5 : « *j'ai peur qu'ils ne me prennent pas au sérieux, qu'ils ne prennent pas mon état au sérieux.* »

A5 : « *je me dis souvent, je préfère attendre d'être grande pour parler à certaines personnes, pour qu'on me prenne plus au sérieux.* »

A18: « *c'était plus sur le fait que je me sente mal dans mon corps, c'est pas nouveau, je suis passée par une période d'anorexie, psychologiquement, je ne suis pas encore guérie, donc j'ai l'impression qu'il, pas qu'il s'en lasse, mais qu'ils sont habitués, quand je dis que je me sens mal dans mon corps, ça fait, depuis très longtemps que je le répète, donc c'est moins...par exemple, me peser j'ai très très peur, donc je ne le fais pas et quand il me demande mon poids, je lui dis que je ne sais pas, parce que je ne veux pas me peser et il me dit non, je ne te crois pas, je ne sais pas comment expliquer, mais dans l'habitude, alors que psychologiquement c'est un peu compliqué.* »

Enfin, ils se trouvaient incompris.

A6 : « *parce qu'en fait mes parents, ils sont très protecteurs, mais ils ne comprendront jamais ce que je ressens vraiment. »* »

c. Un climat hostile

Ces erreurs de communication peuvent engendrer un climat hostile.

En effet, l'adolescent se méfiait de l'avis du médecin qui pouvait être perçu comme une alliance entre adultes.

A1 : « *A part un truc, s'il y a mes parents dans la pièce, je ne parlerai, je n'aborderai surtout pas le sujet, c'est un truc débile peut-être, mais c'est du rapport du temps aux écrans, parce que je sais que en rentrant ça va dégénérer et j'ai peur de la réponse du médecin, du coup j'évite le sujet. »* »

L'adolescent pouvait se sentir déprécié par certaines paroles maladroitement.

A12 : « *moi, c'est juste il me dit : « oh tu es très petite pour ton âge »* »

Il n'osait pas exclure le parent de la consultation, de peur de les froisser.

A4 : « *qu'il demande, si on veut que nos parents soient là ou pas, parce que dire non je ne veux pas que mes parents soient là, devant eux, c'est compliqué. »* »

E : « *c'est quoi votre peur, derrière ça ? Que vos parents vous en veuillent ? Que ça les inquiète ? »* »

A10 : « *ils vont dire, qu'est-ce que tu as à lui dire ? »* »

IV. Un rendez-vous manqué

Le médecin généraliste éprouve des difficultés à s'inscrire comme personne ressource, pour l'adolescent en souffrance.

1. Le médecin généraliste, cet inconnu

a. Mauvaise connaissance du médecin

Si le médecin généraliste était bien identifié, comme premier maillon du recours aux soins primaires, il restait cantonné à un rôle de prise en charge purement somatique.

A16: « *je ne vais quand même pas souvent chez le médecin, mais oui c'est pour des choses comme ça, maux de tête, maux de ventre [...] problème de pilule, plein de choses comme ça* »

A21 : « *les muscles, tout ça aussi [...] le diabète, le cholestérol* »

A18 : « *soit malade, un virus, soit une question ou des sensations comme des vertiges ou des maux de tête incessants, enfin des choses comme ça.* »

La définition de la santé pour les adolescents était elle aussi restreinte au domaine somatique.

E : « *qu'est-ce que c'est pour vous la santé ?* »

A4 : « *les organes, si tous les organes fonctionnent bien, le cœur, le cerveau, tout ça. Parce que physiquement, en soit c'est une santé, mais c'est réparable, alors que les organes, des fois ce n'est pas réparable.* »

Les adolescents réduisaient le médecin généraliste à un somaticien et non à un professionnel de la santé, au sens large. Ils excluaient des compétences du médecin généraliste, les problèmes de santé mentale.

A14 : « *non mais, si moi, par exemple, si moi ça va pas, je ne vais pas aller voir le médecin. »*

A17: « *je ne sais pas, j'ai l'impression que c'est plutôt le boulot des psy »*

L'image du médecin généraliste était empreinte de nombreux préjugés. Il était décrit comme capable de ne prendre en charge que des pathologies non graves et dont le simple rôle d'orienteur, vers le spécialiste d'organes, le situait en bas de l'échelle dans la hiérarchie médicale.

A16: « *tout premier symptôme, avant de consulter plus haut »*

C: « *d'accord et donc il sert à quoi, dans ces cas-là? »*

A16: « *à prescrire une ordonnance pour aller voir un spécialiste »*

A19 : « *ça sert, quand on est malade tout ça, on consulte et il nous donne des ordonnances et des médicaments. »*

A18: « *je pense que ça peut l'être, après ça dépend la relation avec le médecin, après je sais que moi, il m'a vite orientée vers une psychologue, enfin dès qu'il y a un problème, il oriente vers les spécialistes pour une meilleure prise en charge »*

b. Secret médical

Les adolescents avaient une vaste définition du secret médical, mais n'en connaissaient pas réellement le principe.

E: « *tu peux nous donner une définition, si tu sais, à peu près, nous expliquer ce que c'est?* »

A18: « *c'est juste ce que le patient dit au médecin, n'est pas répété ailleurs* »

E: « *même les ados?* »

A18: « *je pense qu'à partir d'un certain âge oui, après plus petit, je pense que les parents sont quand même au courant de certaines choses.* »

A12 : « *imaginons que, si on dit à notre médecin, même si c'est plutôt mental ce qu'on ressent ou des trucs comme ça, il n'a pas le droit d'aller voir nos parents ou d'autres personnes et divulguer ça.* »

E : « *donc, le médecin n'a pas le droit de redire ce que tu as dit, à tes parents ?* »

A12 : « *bah, ça dépend quoi, mais...* »

E : « *non, mais tu as raison* »

A12 : « *mais, si c'est personnel, il n'a pas le droit* »

Ils ne se sentaient pas forcément concernés par le secret médical.

E : « *oui et donc est-ce que vous pensez que vous, il y a le secret médical entre vous et votre médecin traitant ?* »

A11 : « *je ne sais pas* »

L'adolescent a du mal à s'investir avec son médecin généraliste dont il ne connaît pas les rôles, ni les règles fondamentales qui encadrent sa profession.

2. Pauvreté de l'échange

Le médecin généraliste fait donc face à un adolescent muet, voire passif.

a. Un interlocuteur muet

L'adolescent était perçu comme un interlocuteur passif qui manquait d'enthousiasme et restait indifférent. Ainsi, il était difficile de recueillir leur avis.

A14 : « *je ne pose pas spécialement de question, je n'ai rien à demander* »

A17: « *je n'ai pas d'avis* »

A19 : « *il n'y a pas vraiment de choses dont je ne parle pas. En fait, ça n'a pas trop d'importance, parler de trucs avec un médecin, tout ça* »

Les adolescents utilisaient parfois le rire comme moyen d'expression.

A2 : « *rire gêné et haussement d'épaules.* »

Ils semblaient répondre brièvement pour abréger l'échange

C: « *tu te sens comment A17, quand tu vas chez ton médecin?* »

A17: « *ça va* »

E : « *Et vous regardez quoi sur Netflix ?* »

A12+A13+A14 : « *de tout* »

Les adolescents déclaraient consulter rarement leur médecin généraliste.

A17 : « *moi, je n'y vais pas souvent, en fait j'attends de voir si ça passe ou pas, par rapport aux symptômes, sinon donc ce cas-là, j'y vais* »

Les adolescents se sentaient gênés à évoquer des sujets tels que la sexualité avec leur médecin. Devant cette difficulté, certaines de leurs interrogations restaient sans réponse.

A18: « *je ne sais pas si c'était aussi un sujet un peu délicat, mais je ne sais pas, parce c'était pour la pilule mais je ne savais pas trop si je la voulais, c'était compliqué* »

A1 : « *mmmmh, bah, je me dis que ce sera plus en grandissant que je verrais. C'est plus toutes les questions côté sexuel que je suis gênée ... Mais bon on apprendra en grandissant.* »

b. Une faute partagée

Les adolescents reprochaient au médecin, de ne pas avoir suffisamment le temps pour répondre à leurs questions. Ils ressentait un manque d'intérêt du médecin, puisque le motif caché de consultation n'était pas recherché.

A7 : « *il demande si ça va dans la vie de tous les jours, mais il ne cherche pas non plus à creuser* »

A18 : « *peut-être, je ne sais pas, peut-être que j'aurais plus osé parler parce que j'ai un traitement anti-dépresseur à côté et je lui ai dit ce que je prenais, pour savoir si ce n'était pas incompatible, mais il ne m'a pas demandé pourquoi, j'ai trouvé ça un peu étonnant, c'était mon médecin traitant* »

A18 : « *la dernière fois, il semblait un peu pressé* »

A5 : « *j'aurais peut-être aimé parler de plus de choses à ce moment-là, mais il a quand même peu de temps et à ce moment-là, je ne me sentais pas capable d'en parler* »

3. Relation à plusieurs vitesses

a. Besoin d'indépendance

Les adolescents exprimaient une volonté d'être considérés comme des adultes, à part entière. Pour grandir au plus vite, ils adoptaient plusieurs changements.

D'une part, ils s'éloignaient des loisirs jugés comme « enfantins ». Ils exprimaient même une honte à s'y intéresser encore.

A1 : « *oui Fortnite des fois ou Humancraft ..., aussi Pokemon, je sais c'est un peu tabou pour moi, mais j'aime ça encore.* »

D'autre part, ils s'évertuaient à poser une limite à leur intimité et affirmer leur désir de gérer seuls leurs problèmes.

A1 : « *Je voudrais juste parler de mes problèmes, j'ai pas le moral, j'ai pas envie de jouer.* »

E : « Est ce qu'il y a des sujets que vous n'osez pas parler avec votre médecin traitant ? »

A3 : « *bah, ma vie privée !* »

E : « *ok et tu en parles à qui, de ta vie privée ?* »

A3 : « *personne.* »

A4 : « *il y a des sujets, je pourrais lui en parler facilement, mais il y a des sujets, je ne vois pas l'utilité d'en parler.* »

b. Besoins contradictoires

D'une part, les adolescents affirmaient une réticence à recourir au médecin généraliste, comme s'ils ne ressentaient pas le besoin d'un suivi médical.

E : « *ça vous arrive de dire à vos parents, je veux aller chez le médecin ?* »

A8+A9+A10+A11 : « *non* »

Ils semblaient même gênés pour demander une consultation.

C : « *c'est tes parents qui t'avaient emmené ou c'est toi qui avait demandé à y aller ?* »

A2 fait signe non : « *ah non, ... j'ai pas fait mais ...* »

Cette réticence pouvait s'expliquer par un manque de conscience des adolescents de leur problème, comme une forme de déni.

E : « *donc pour toi, si un jour tu es un peu triste ou ... t'irais pas voir ton médecin ?* »

A2 : « *je ne sais pas* »

A18 : « *je ne parlais pas trop, j'étais dans le déni, donc c'est vrai que c'était un peu compliqué.* »

A5 : « *moi, c'est mes parents qui ont remarqué que ça n'allait pas* »

D'autre part, ils exprimaient plusieurs attentes, vis-à-vis de leur médecin généraliste.

Premièrement, que les médecins s'intéressent à eux.

A18: « *j'étais étonnée qu'il ne me demandait pas comment ça allait et même l'anorexie comment ça allait, alors qu'il m'a suivi pendant longtemps, toutes les semaines j'allais le voir et il m'a fait hospitalisée, donc il était très présent à l'époque et là moins.* »

Deuxièmement, qu'ils ne se contentent pas d'une réponse brève, mais qu'ils creusent.

A18: « *juste qu'il me demande, j'aurais pu discuter avec lui des effets de la pilule et tout ça.* »

Troisièmement, qu'ils approfondissent pour briser leur carapace.

A16: « *je ne vais pas aller la voir pour lui dire ça, mais si je vais la voir et qu'elle me demande de me confier sur mes problèmes, je vais le faire, mais parce que je suis de nature à ne pas être introvertie, je me confie facilement aux gens. »*

c. Besoin du MT en seconde intention

Les adolescents plaçaient le recours au médecin généraliste en seconde intention.

A14 : « *en fait, je ne sais pas, c'est dur, moi par exemple, j'irai d'abord le dire à mes parents, mais enfin après ça dépend qui, mais moi je ne vais pas me dire en premier, je vais aller voir mon médecin, parce que ce n'est pas non plus mon meilleur ami ou un truc comme ça »*

4. Attentes des adolescents vis-à-vis du médecin généraliste

a. Qualités humaines du médecin généraliste :

Plusieurs qualités du médecin étaient requises par les adolescents.

E: « *ok. Pour vous, le médecin traitant vous le qualifiez de quelqu'un de ressource, en cas de mal-être ? »*

A16: « *non parce qu'ils ne sont pas tous humains »*

Tout d'abord, la gentillesse.

A1 : « *bref, c'était pas la joie, mais depuis la consultation, j'ai pu avoir des conseils et elle a été très gentille. »*

Puis, le professionnalisme du médecin généraliste.

A1 : « Personnellement, je me dis c'est son boulot alors, il faut y aller si on peut être aidé sur la maladie mentale, il faut y aller ! »

Enfin, l'empathie.

A16: « oui, je pense que c'est important, que ce soit ton médecin ou quelqu'un d'autre, quand tu fais un travail, tu ne vas pas juste faire ton travail, tu dois avoir un minimum d'humanité, si tu es dans le social en tout cas. »

A5 : « Donc, du coup, quand je suis allé le voir mon médecin, il a tout de suite vu et il m'a fait : toi tu n'es pas en forme »

b. Qualités relationnelles du médecin généraliste :

Afin de mettre en place un climat de confiance, plusieurs qualités relationnelles étaient attendues.

Avant tout, les adolescents avaient besoin de se sentir compris et écoutés.

A1 : « je pense que j'en ai parlé à mon médecin traitant qui m'a écouté »

E : « Mais toi, tu as fait oui de la tête pour dire que oui tu en parlerais aussi à ton médecin ? »

A1 hoche oui de la tête.

A1 : « à peu près tout le monde qui me comprend ! »

Mais aussi, les adolescents souhaitaient que leurs problèmes et émotions ne soient pas minimisés.

A1 : « *Si à la base, on vient pour une consultation, personnellement je préférerais avoir directement le médecin devant moi, parce que s'il me dit fais un escape game, je vais lui dire excusez-moi, mais au bout d'un moment, vous me prenez pour une conne là ?* »

Pour terminer, le rôle du médecin était également de proposer un temps dédié avec l'adolescent, en demandant aux parents de sortir de la consultation.

E : « *demandez vous-même à vos parents, de rester dans la salle d'attente ?* »

A8+A9+A10 : « *non* »

A11 : « *non, je préfère que le médecin demande* »

E : « *et ça serait à l'origine de qui, la demande pour que vous soyez seuls avec le médecin ? Il faudrait que ça soit lui qui vous propose ?* »

A20 : « *oui* »

E : « *il faudrait que ça vienne du médecin. Vous aussi ?* »

A19 : « *oui* »

E : « *vous, vous n'oseriez pas dire à vos parents que vous voulez voir seul, votre médecin ?* »

A20 : « *non* »

Ainsi, le climat de confiance instauré, les adolescents se livraient plus librement au médecin. L'alliance de cette relation était renforcée par le suivi au long cours.

A5 : « *on s'est toujours bien entendus tous les deux et je me sens à l'aise de lui parler de choses. »*

A11 : « *moi, je sais que mon médecin va m'écouter parce que c'est mon médecin, depuis que je suis toute petite, donc je le connais bien »*

c. Qualités de prise en charge :

Les adolescents avaient soulevé différentes compétences nécessaires au médecin.

Pour commencer, celle d'être disponible pour l'adolescent.

A1 : « *bah, à moins que ce soit très urgent, mais souvent il faut attendre du temps pour eux, mais je pense que si je force, je pense que je peux avoir un rendez-vous dans la journée, en disant que c'est urgent. »*

Puis, les adolescents requièrent une prise en charge globale, psychique et somatique.

A1 : « *Du coup j'y suis allée, pour du coup lui parler, lui demander des conseils et aussi pour checker un petit peu, euh, visite de contrôle, en gros on a parlé. »*

Le médecin devait savoir se montrer force de proposition pour accéder à l'adolescent.

E : « *quels sont les thèmes, les univers qui vous plairaient ? »*

A1 : « *je suis ouverte aux propositions. »*

Enfin, dans les situations où l'accompagnant était aidant, les adolescents attendaient à ce qu'il soit intégré dans sa prise en charge.

A1 : « *Ma mère, elle a demandé quelques trucs parce que du coup, ça faisait des réactions en chaîne et donc on lui a demandé des conseils et il nous a conseillé. Et c'était très bien.* »

A15 : « *après, je sais que ma mère ne va pas aller répéter à tout le monde, elle va le garder pour elle* »

V. Un outil de médiation

1. Un langage moderne de sensibilisation

a. Un besoin d'outils

Un manque d'outils adaptés avait été identifié dans l'étude, puisqu'ils étaient jugés inefficaces par les adolescents.

A16: oui, dans l'étape préventive ça peut être bien, après à l'école, on a eu beaucoup de prévention sous forme de jeux, comme l'alcool, ça n'a pas forcément aidé qui que ce soit, donc il faut que ce soit bien fait.

b. L'attrait pour un outil original

Or, les adolescents, en demande de nouveautés, s'étaient montrés enthousiastes et disponibles pour participer à un outil original. De plus, cet outil était déjà connu des adolescents.

E : « *Est-ce que vous avez déjà fait un escape game ?* »

A8+A9+A10+A11 : « oui »

E : « Est-ce qu'il y en a une qui veut me dire un peu ce que c'est, sur quel thème c'était ? Est-ce que vous avez aimé, pas trop ? »

A8 : « on en a fait un ici, au collège en anglais »

E : « vous avez bien aimé comme univers ? Tout le monde était à fond ? »

A8 : « oui, c'est plus animé qu'un cours sur une chaise »

E : « si ton médecin traitant te proposait un escape game avec un thème qui t'intéresse, est-ce que tu aimerais bien et quelles seraient les conditions pour que tu y participes ? »

A18 : « oui j'aimerais bien, ce serait une manière de me détendre, de faire autre chose et les conditions, je ne sais pas trop »

E : « Si votre médecin, vous proposez un escape game, est-ce que vous y participeriez ? »

A4+A5+A6 : « oui »

c. L'inabordable : rendre accessible des sujets tabous

Lors des entretiens, des sujets gênants avaient été cités par les adolescents.

E : « ok. Est-ce qu'il y a des sujets que vous n'osez pas aborder avec votre médecin ? »

A1 : « oui la sexualité, mais pas globale, plus centrée. Quand c'est assez global, ça me dérange pas, quand c'est plus précis là par contre »

A5 : « *bah quelques trucs psychologiques, mais d'autres trucs aussi, mais c'est gênant* »

La chercheuse les avait donc interrogés sur leur avis d'utiliser le jeu comme levier pour aborder ces sujets tabous.

C : « *et il y a un autre sujet dont tu pourrais être intéressée d'avoir des infos? on parlait de la pilule tout à l'heure, est-ce que tu vois s'il y avait un escape game sur le thème de la contraception, la pilule, qui t'apporterait des informations, qui pourrait répondre à tes questions, est-ce que ça t'intéresserait de participer ?* »

A18 : « *oui, pourquoi pas, ça serait, enfin pas marrant, mais on voit les choses sous une autre manière* »

2. Un moment dédié à l'adolescent

a. Un temps entre pairs

Les adolescents n'avaient pas mentionné de contrainte temporelle et restaient ouverts et disponibles pour participer à l'*escape game*.

C : « *tu aimerais bien qu'on te propose de participer à un jeu ? avec des copains par exemple ?* »

A3 : « *ouais* »

C : « *genre là un samedi matin comme ça ... tu pourrais participer ?* »

A3 : « *ouais !* »

C : « *sur n'importe quel sujet ?* »

A3 : « *ouais !* »

A18 : « *peut-être pendant les vacances, ça m'arrangerait pendant les vacances parce que je peux plus étaler mon travail. Après le week-end, ça va dépendre, il y a des week-ends où je suis plus chargée que d'autres. »* »

D'une part, certains avaient pu montrer un engouement à rencontrer de nouveaux pairs et la participation d'autres adolescents inconnus n'était pas un frein pour eux.

C: « *et vous verriez jouer avec n'importe qui ?* »

A16: « *moi si, parce que ça fait des rencontres, si tu joues avec des gens que tu connais pas »* »

A14 : « *après on peut découvrir des nouveaux gens »* »

A15 : « *on peut faire connaissance aussi »* »

A9 : « *après, on peut apprendre à se connaître »* »

D'autre part, certains semblaient rassurés par la présence de camarades connus et/ou du même sexe. Il semblerait donc préférable de leur laisser le choix.

A18 : « *j'aimerais au moins une personne que je connaisse »* »

A13 : « *si on s'entend pas bien avec eux, au final pour les énigmes tout ça, ça risque d'être compliqué. »* »

E : « *Ok ça marche. Et si c'était avec des gens que vous ne connaissez pas? »* »

A1 : « *je l'ai déjà fait avec des gens que je ne connais pas et c'était pénible »* »

E : « *oui, donc toi, tu serais plus à l'aise si ce n'était qu'avec des filles ?* »

A1 : « *oui des filles de mon entourage proche.* »

b. Un environnement propice

Les adolescents disaient se sentir plus en confiance, en dehors d'un milieu médicalisé.

A18: « *non justement parce que c'est pas trop médicalisé ici.* »

A18: « *peut-être plus des activités, peut-être manuelles, mais pas forcément que dessiner, ça peut être autre chose ou une consultation, peut-être dans un autre endroit, moins médicalisé.* »

c. Les clés de la réussite

La chercheuse avait interrogé les adolescents pour connaître leurs goûts, cibler leurs besoins, leurs attentes et identifier les erreurs à ne pas commettre.

Ainsi, au cours des entretiens plusieurs thèmes suscitant l'intérêt des adolescents, avaient été cités, à savoir, les relations interhumaines, le mal-être, la contraception, l'alimentation, la relation médecin-adolescent et un rappel sur les rôles du médecin généraliste.

Mais aussi, les adolescents semblaient motivés par diverses activités : les activités sportives, les jeux vidéo, les énigmes et les activités manuelles comme le dessin.

Au cours des entretiens, plusieurs univers étaient cités par les adolescents, comme Harry Potter, Pokémon, Fortnite, la science-fiction... Ces derniers semblaient être

éphémères et variaient en fonction du genre, des ressources et de l'âge. En effet, tous les adolescents n'avaient pas tous accès aux mêmes sources de divertissement (Netflix, Manga,...)

Tout bien considéré, au vu de la diversité des opinions sur les thèmes, univers et types d'activités, la réussite de l'*escape game* tiendrait aux qualités du maître du jeu.

A18: « *sur le thème du cimetière et sur le thème du virus, mais ça vient aussi beaucoup du maître du jeu, aussi je trouve qui donne les consignes.* »

3. Faciliter la rencontre

a. Libérer la parole par le jeu

L'étude avait permis de mettre l'accent sur les bases nécessaires à l'*escape game* pour qu'il puisse améliorer la relation médecin et adolescent.

Tout d'abord, il faudrait intégrer l'*escape game* dans la prise en charge globale de l'adolescent. Dès lors, l'*escape game* doit venir améliorer cette relation, l'alimenter et non la remplacer.

A1 : « *Mais si le but, le principe, si ça part d'une consultation pour aller faire un escape game alors, euh, je change de médecin traitant [...] je suis très susceptible, mais je le prendrais extrêmement mal par ce que [...] j'aurais l'impression qu'on me prendrait pas au sérieux et qu'on mettrait mes problèmes un peu de côté.* »

Puis, l'*escape game*, vu comme un outil de sensibilisation par l'adolescent, devra s'inscrire dans une prise en charge au long terme.

A16: « *je pense que c'est amusant pour les gens qui se sentent bien, mais ceux qui ont un mal-être, ils ne vont pas participer à ça puisqu'ils ont justement un mal-être, donc ils vont se dire non ce n'est pas ça qu'il me faut. C'est les gens bien dans leur peau qui vont s'amuser à parler de mal-être, mais ceux qui ont vraiment un mal-être, ils ont besoin de quelque chose de sérieux, pas de jeu [...] c'est très subtile la prévention, parce que les gens oublient vite ou après quand ils se retrouvent dans la situation, ils n'y pensent plus.* »

Enfin, les adolescents avaient validé l'objectif de l'outil qui était de libérer la parole et faciliter la relation.

A8 : « *on va plus se livrer* »

b. L'*escape game*, un jeu participatif avec un fort impact pédagogique

Les adolescents déclaraient être plus réceptifs à recevoir des messages sous forme de jeu, plutôt qu'en consultation formelle.

A18: « *peut-être, je pense à l'alimentation, au lieu de stigmatiser un enfant, là je parle plus petit, ou même à l'adolescence ça fonctionne aussi, au lieu de lui dire face à face, de façon très formelle, par le jeu ça peut être plus sympa* »

Les adolescents exprimaient apprécier travailler en équipe.

A18 : « *Donc c'était cool parce qu'on pouvait participer tous les 4, on n'était pas trop, ni pas assez et c'est entraînant comme jeu.* »

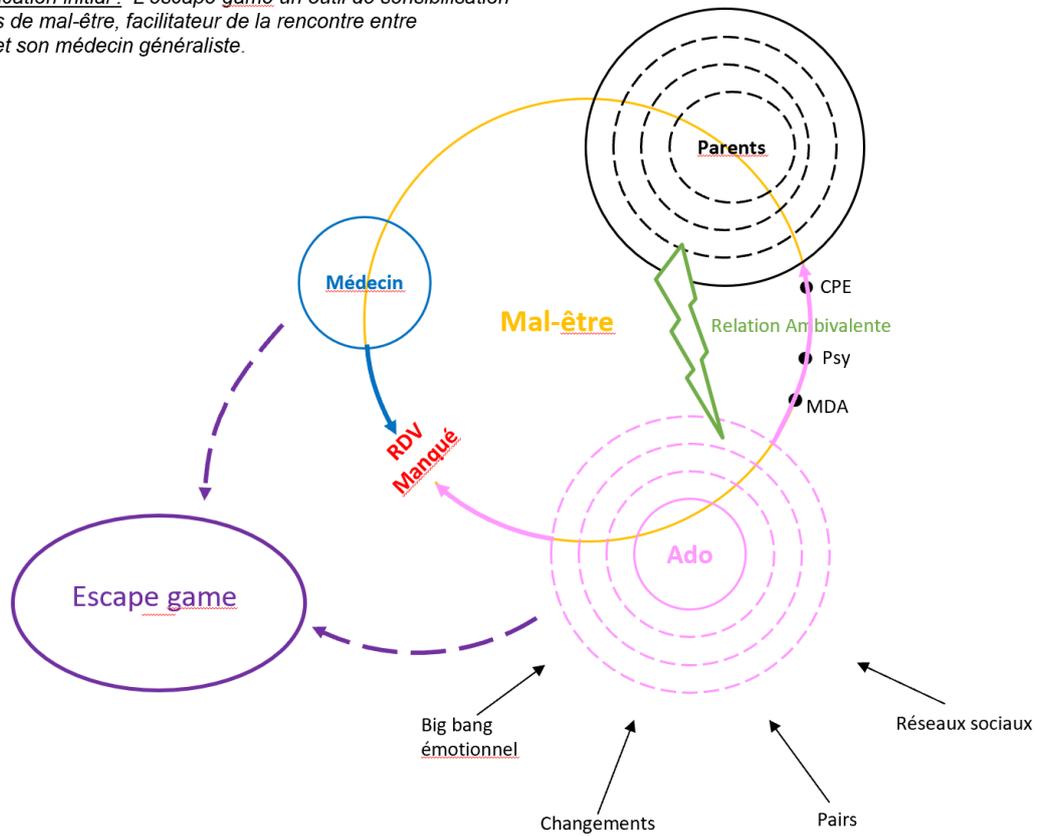
Grâce à son immersion et le travail d'équipe, l'*escape game* permettait un meilleur ancrage des connaissances. En effet, les adolescents relaient de façon précise leurs expériences d'*escape game* passées.

A1 : « euh, première étape, on doit retenir chacun 2 symboles. Enfin, je l'ai fait quand on était 5, du coup si on n'est pas 5, ça se trouve c'est plus, je sais pas trop. Mais on doit retenir 2 symboles chacun et après on est lancé dans un labyrinthe où on doit trouver, euh, les symboles qui sont assez hauts dans le labyrinthe, pour après retenir des lettres et après on doit remettre dans l'ordre des symboles et des lettres. Après, euh, on entre dans une autre salle où on a 1/4 d'heure, je crois, pour faire le maximum d'épreuves, sachant qu'on a un bracelet au poignet et on doit biper sur des machines. »

DISCUSSION

I. Principaux résultats et confrontation à la littérature

Schéma explication initial : L'escape game un outil de sensibilisation aux situations de mal-être, facilitateur de la rencontre entre l'adolescent et son médecin généraliste.



1. Un rendez-vous manqué entre le médecin généraliste et l'adolescent

La rencontre entre l'adolescent et le médecin généraliste peut être qualifiée de rendez-vous manqué, comme en témoignaient les entretiens de cette étude qui met en évidence plusieurs obstacles.

Tout d'abord, l'adolescent était réticent à s'investir avec son médecin généraliste dont il ne connaissait pas les rôles, ni les règles fondamentales qui encadrent sa profession, comme la dimension du secret médical (18). Consulté essentiellement pour une cause somatique, le médecin n'était pas reconnu comme compétent pour prendre en charge les problèmes psychologiques (1,41). Au-delà d'être peu fréquente, la rencontre médecin-adolescent ne donnait pas satisfaction aux adolescents, car elle leur semblait trop pauvre et lacunaire pour répondre à leurs attentes contradictoires, voire exigeantes. Ainsi ils en gardaient une impression frustrante d'inabouti. La littérature décrit un sentiment de frustration, avec 30% d'ados qui déclaraient ne pas avoir dit tout ce qu'ils souhaitaient (41). Etablir une relation de soin avec l'adolescent commence avec le cadre d'accueil et cette étude a montré que le cabinet médical ne semble pas propice, à la mise en confiance de l'adolescent.

Puis, les adolescents peignaient le tableau d'un médecin distant et ils soulignaient le fait de ne pas se sentir suffisamment en confiance, pour oser intervenir et donner leur avis. Il existait même une méfiance vis-à-vis du médecin généraliste, suite à certaines maladresses de ce dernier, mais aussi parce que l'adulte les impressionne (41). En raison de cet échec de communication efficace, l'adolescent n'identifiait pas le médecin généraliste, comme personne ressource (5).

Enfin, le caractère initiateur des parents à la prise de rendez-vous médicaux a été établi (41). Il a été constaté que la place du parent était prédominante face à

l'adolescent et que sa présence, presque systématique en consultation (42), faisait partie des habitudes. La relation triangulaire adolescent-médecin-parent était donc déséquilibrée avec un adolescent effacé qui n'était plus au centre de l'attention du médecin. L'adolescent ressentait une alliance se créer entre le médecin et les parents (18). Certains adolescents avaient évoqué leur gêne à faire sortir le parent et souhaitaient que le médecin soit à l'initiative de cette proposition. Le fait de pouvoir s'entretenir seul à seul avec le médecin était souhaité (5). Ainsi, un temps leur serait dédié et une relation privilégiée de confiance, entre le médecin et l'adolescent pourrait être nouée. Ce résultat est en accord avec les missions du médecin généraliste définies par la World Organization of Family Doctors (WONCA) en 2002 (2), qui stipule qu'un médecin généraliste doit savoir prodiguer des soins centrés sur la personne, présenter une aptitude spécifique à la résolution de problèmes, être capable d'envisager les patients dans une approche globale, avec une orientation communautaire afin d'adopter un modèle holistique.

2. Le big bang émotionnel de l'adolescent

A fortiori, cette rencontre lacunaire était renforcée par les nombreux bouleversements, largement décrits dans la littérature, que traversait l'adolescent.

L'adolescence est décrite, comme une période au cours de laquelle l'être subit des changements corporels importants et rapides liés à la puberté (3,5). Ces modifications ne se produisent pas au même rythme chez tous les individus (2). Elles engendrent donc des disparités qui sont parfois difficiles à accepter et qui peuvent être source de mal-être. La limite entre ce qui est normal et ce qui est pathologique devient floue (1). Il n'est pas facile pour l'adolescent de devoir affirmer sa singularité tout en acceptant son évolution physique.

Ces transformations s'accompagnent de modifications psychiques et sociales qui fragilisent les adolescents. Tout en étant tiraillés par leur envie d'émancipation, les adolescents abandonnent leur « carapace infantile » pour s'affirmer dans un monde d'adultes, plus enclin aux situations difficiles. Dès lors, peuvent apparaître des comportements réactionnels à leurs troubles internes. Quelques-uns ont été rencontrés dans l'étude : les TCA, la violence, les idées noires, les états dépressifs et le harcèlement. Mais ils ne sont pas les seuls mentionnés dans la littérature (3) : les troubles du sommeil, les troubles anxieux, les dysmorphophobies, la « spasmophilie », les consommations de psychoactifs, les automutilations.

Malgré cette envolée et leur volonté affirmée d'être pris au sérieux, les adolescents reconnaissent être réticents, voire même gênés pour parler de certains sujets en présence du médecin généraliste. La sexualité et les troubles psychologiques, jugés tabous, étaient peu évoqués en consultation de médecine générale. Un constat similaire était décrit dans l'étude ECOGEN de 2021 (23) qui pointe le déséquilibre, dans les champs de prévention traités qui n'accordent que rarement de la place à la santé mentale. Cela s'explique par une difficulté et une gêne reconnue des médecins généralistes, à aborder les troubles psychosociaux (18), alors que les adolescents préfèrent que le médecin engage lui-même les échanges (22).

Ainsi, le binôme médecin-adolescent se heurte aux ambivalences de la période traversée par l'adolescent, qui ne fait qu'accentuer le manque de liens entre les protagonistes, pouvant aboutir à une stérilité de la consultation.

3. L'escape game : un outil de médiation

Ce constat d'un lien difficile à tisser, déjà dépeint dans la littérature et d'un manque d'outil adapté à l'adolescent avait interrogé la chercheuse sur l'utilisation d'un nouveau

support adapté aux adolescents pour instaurer un climat de confiance, faciliter la rencontre entre l'adolescent et son médecin généraliste et améliorer la sensibilisation aux situations de mal-être.

L'analyse des témoignages recueillis, lors cette étude laisse à penser que l'utilisation de l'*escape game* pourrait être un outil de médiation adéquat.

En premier lieu, les moyens de prévention étaient déplorés par les adolescents et jugés inefficaces. Cela confirme l'hypothèse de la chercheuse sur le manque d'outils adaptés à cette génération. Le jeu pourrait alors être un moyen détourné de sensibiliser les adolescents, sur des thématiques jugées gênantes.

De plus, les résultats de l'étude mettaient en exergue une demande de nouveauté chez des adolescents, ouverts et disponibles pour participer à un outil ludique et novateur en santé. L'*escape game* était déjà connu des adolescents qui exprimaient un certain enthousiasme à l'idée d'y participer, dans un contexte différent. Cet outil pourrait alors s'adapter aux particularités de la cohorte des adolescents, déjà décrites. En amont de la création d'un outil, connaître les attentes et besoins des adolescents est primordial, pour que celui-ci soit pertinent et adapté à leur génération. Or, les adolescents exprimaient des attentes relativement claires vis-à-vis de leur médecin généraliste et déjà exposées dans la littérature (18,19,43) : une écoute attentive et empathique de la disponibilité, le respect de leur intimité, du professionnalisme qui est aussi une compétence attendue du médecin (44) ... et l'assurance d'être pris au sérieux, sans minimiser leurs problèmes. C'est sur ces points que l'*escape game* devrait insister pour hisser le médecin généraliste, au statut de personne ressource.

Pour terminer, l'*escape game* pourrait également lever les freins d'expression des adolescents, libérer leur parole et faciliter la communication avec leur médecin, afin de renforcer l'effet du message transmis par le médecin généraliste. En effet, l'immersion par le jeu et le travail d'équipe permettent un meilleur ancrage des connaissances (28,31,32).

II. Limites et forces de l'étude

1. Les limites

Malgré la rigueur appliquée tout au long du travail pour ne pas altérer les données et leur analyse, cette étude présente un certain nombre de limites.

Ce travail de recherche était la première étude qualitative de la chercheuse. Néanmoins, la lecture d'un référentiel, « Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide de l'étudiant et du directeur pour réussir sa thèse ou son mémoire » (46) et l'aide de son directeur de thèse, expert de cette méthodologie, lui ont permis de se former au préalable. Un entretien pilote avait aussi été réalisé pour se familiariser avec la gestion d'un groupe d'adolescents et valider le guide d'entretien.

La chercheuse s'était présentée en tant que médecin généraliste, face aux adolescents. Cela avait pu instaurer un rapport de force et une retenue chez l'adolescent, pour s'exprimer librement sur sa relation avec son médecin, de peur de froisser la chercheuse. De plus, en tant que chercheuse féminine, les interlocuteurs masculins ont pu être gênés sur certains thèmes (45).

Lors des entretiens, des questions les plus ouvertes possibles étaient posées, cependant, certaines questions fermées ont pu influencer les participants.

Le choix de réaliser des entretiens de groupe ne permettait pas d'approfondir individuellement l'avis de chaque participant et pouvait également inhiber l'expression de certains, par gêne ou difficulté à trouver sa place. Par ailleurs, le recueil de données, uniquement par enregistrement audio, pouvait entraîner une perte d'informations, en particulier concernant le langage non verbal, important chez cette population. Toutefois, deux entretiens ont été menés en présence d'une modératrice dont le rôle d'observatrice a permis d'y porter une attention particulière. Sa participation a aussi aidé à l'équilibre des temps de parole de chaque protagoniste.

Le focus groupe réalisé en cabinet de médecine générale, n'offrait pas un environnement neutre aux adolescents interrogés. Néanmoins, un accueil chaleureux, une discussion initiale sur des sujets anodins ainsi qu'une collation proposée, a permis d'instaurer un climat convivial de discussion et de les mettre en confiance.

2. Les forces

a. L'originalité de l'étude

Par ailleurs, cette étude se distinguait grâce à trois atouts.

Le premier était d'apporter de nouvelles perspectives à un phénomène peu étudié dans la littérature. L'*escape game* à visée pédagogique est une thématique apparue récemment dans le domaine de la santé et dont les données étaient pauvres, notamment chez la population adolescente.

Le second était l'utilité du travail. La santé mentale des adolescents restant un sujet de préoccupation de Santé Publique (46), il semblait pertinent d'étudier l'utilisation d'un outil adapté à une certaine population et génération, pour améliorer une relation entre médecin-adolescent que l'on sait fragile.

Le dernier atout novateur de cette étude était la réalisation en miroir d'un travail de recherche sur les besoins des médecins généralistes et leur avis.

b. La scientificité de l'étude

L'utilisation de la méthode par théorisation ancrée de la recherche qualitative était la plus judicieuse pour répondre à l'objectif de l'étude. La chercheuse a pu recueillir, d'une part les attentes des adolescents, pour faciliter leur rencontre avec le médecin généraliste et d'autre part, leur point de vue vis-à-vis de l'utilisation d'un *escape game*, comme outil médiateur dans la relation avec le médecin généraliste.

Le recrutement d'un échantillonnage raisonné théorique a permis de recueillir des avis pertinents et adaptés à l'étude de l'analyse séquentielle des données. Les participants ont été recrutés dans des zones urbaines et rurales, dans des structures différentes telles que le cabinet d'un médecin généraliste, dans un collège et au sein de MDA, ce qui a permis de diversifier l'échantillonnage.

Par ailleurs, les entretiens collectifs ont généré une dynamique de groupe et ont permis de lever les freins d'expression des adolescents. Ainsi, ils ont pu s'exprimer davantage que lors d'un entretien individuel et dépasser l'éventuel rapport de force, face à un médecin généraliste. Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien évolutif enrichi au fur et à mesure des retranscriptions.

La saturation des données a été atteinte et les principaux résultats ont été cités à plusieurs reprises, ceci constituant un point fort concernant la fiabilité des données.

Tous les entretiens ont été retranscrits *ad integrum* et les verbatims, enrichis du langage non-verbal, annotés dans le journal de bord, (annexe10), permettant une interprétation plus globale des échanges.

Une triangulation des données, d'abord en aveugle, a été réalisée par une deuxième chercheuse, avant une mise en commun, limitant ainsi la subjectivité des résultats obtenus.

Cette étude respectait trente critères de la grille COREQ sur trente-deux (annexe5).

III. Perspectives pour la recherche

Une étude en miroir a été menée par Clothilde Levasseur auprès de médecins généralistes à propos de leur ressenti et leurs besoins face aux adolescents, notamment concernant l'utilisation d'un nouvel outil comme l'*escape game*. Les deux travaux de recherche parviennent à des résultats concordants puisqu'à la fois les adolescents et les médecins généralistes souffrent d'une relation patient-médecin inaboutie et sont enthousiastes pour utiliser un nouveau support de communication permettant de faciliter leur rencontre. Les médecins généralistes ont, en particulier, affirmé leur volonté d'être clairement identifiés comme personnes ressources pour les adolescents. L'*escape game* pourrait donc être utilisé comme support, afin de hisser le médecin généraliste au statut de personne ressource.

En revanche, dans une relation décrite comme triangulaire, entre les médecins, les adolescents et leurs parents, ces derniers, n'ont pas été interrogés. Or, il a été montré qu'ils occupent une place importante dans la vie de l'adolescent et dans la relation à son médecin. Une étude pourrait permettre de mieux comprendre comment intégrer bénéfiquement les parents, dans la prise en charge médicale des adolescents.

L'objectif de cette étude était de recueillir l'avis des adolescents, en préalable à la création d'un nouvel outil. Il serait intéressant de compléter ces résultats avec une étude sur la création d'un outil test qui répondrait aux critères de qualité nécessaires

(46). Celle-ci pourrait être construite en collaboration entre adolescent et médecin généraliste pour être plus pertinente. Elle permettrait de tester l'*escape game* en conditions réelles, afin d'évaluer la faisabilité d'une telle démarche en médecine de ville.

Les adolescents interrogés dans cette étude souhaiteraient que l'*escape game* aborde les relations interhumaines, le mal-être, la contraception, l'alimentation, la relation médecin-adolescent et un rappel sur les rôles du médecin généraliste. Il semblerait aussi pertinent de sensibiliser au harcèlement, aux différences et à la notion de « normalité » qui questionne beaucoup les jeunes.

La motivation des participants pour l'*escape game* les amène à accroître leurs connaissances et à développer leurs compétences, sans qu'il y ait d'échanges conventionnels ou formels. Cet outil peut donc être adapté pour répondre à de multiples problématiques de santé et s'appliquer à une autre population d'individus, comme les jeunes adultes. Son utilisation dans l'éducation thérapeutique de maladies chroniques pourrait alors être étudiée.

La chercheuse s'est intéressée à l'*escape game* mais d'autres types d'outils moins conventionnels, comme l'utilisation des réseaux sociaux, peuvent également être efficaces pour atteindre les adolescents, ce qui est d'ores et déjà initié par santé publique France.

CONCLUSION

Dans cette étude, les adolescents sont décrits comme une population traversant un big bang émotionnel et soumise à un plus grand risque de mal-être.

Le médecin généraliste n'était pas spontanément identifié par les adolescents comme une personne ressource en cas de mal-être et leur communication était brouillée. L'adolescent a effectivement du mal à s'investir avec son médecin généraliste, dont il ne connaît ni les rôles, ni les règles fondamentales qui encadrent sa profession.

Cette étude a permis d'identifier les attentes des adolescents, pour faciliter leur rencontre avec le médecin généraliste et améliorer cette communication défailante. Les adolescents ont souligné la nécessité d'intégrer l'*escape game*, dans leur prise en charge globale.

Les outils actuels de prévention sont inadaptés à leur génération, alors qu'un attrait pour l'innovation été identifié. Effectivement, les adolescents manifestaient de l'enthousiasme à l'idée de participer à un jeu conçu et organisé par le médecin généraliste, comme l'*escape game* pédagogique.

L'*escape game*, utilisé comme outil de médiation pourrait s'adapter aux attentes des adolescents, ce qui permettrait d'éviter les causes du rendez-vous manqué avec leur médecin généraliste et permettrait de libérer la parole des adolescents. Dès lors, le jeu favoriserait un moment propice à la confidentialité dans un espace non médicalisé et réservé aux adolescents. Il sensibiliserait les adolescents de façon informelle et ludique sur des thématiques jugées gênantes et sur des situations de mal-être. Il renforcerait alors la relation entre le médecin et l'adolescent qui

Planchez Elise

partageraient un moment privilégié et extra-familial, avec un échange d'informations plus efficace.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Huerre P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. J Fr Psychiatr. 2001;14(3):6-8.
2. www.pedia-univ.fr [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Puberté normale et pathologique. Disponible sur: <https://www.pedia-univ.fr/deuxieme-cycle/referentiel/croissance-developpement/puberte-normale-pathologique>
3. Philippe Binder, Anne-Laure Heintz, Benoît Tudrej, Dagmar M Haller, Paul Vanderkam. L'approche des adolescents en médecine générale. [cité 13 févr 2022]; Disponible sur: <https://www.exercer.fr/search?s=adolescent&page=2>
4. Binder P. Quand passe l'ado. Collège de la médecine Générale; 2022.
5. Cisamolo I. Perception des adolescents sur leur santé mentale et le mal être.
6. Ivana, Obradovic, Stanislas, Spilka, Olivier, Phan, et al. Écrans et jeux vidéo à l'adolescence, Premiers résultats de l'enquête du Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur l'adolescent scolarisé (PELLEAS). déc 2014;
7. La pédopsychiatrie, Un accès et une offre de soins à réorganiser Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. mars 2023;
8. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/suicide-enjeux-ethiques-de-la-prevention-singularites>
9. C.-E. Notredame, F. Medjkane, A. Porte, O. Desobry, F. Ligier. Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents.
10. Constitution de l'OMS [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
11. Chapitre préliminaire : Médecin généraliste de premier recours. (Article L4130-1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020890165/2009-07-23>
12. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
13. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438

14. WONCA_European_Definitions_2_v2.pdf [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/1052d347-829a-4f3b-80f2-4eb3d2676dbf/WONCA_European_Definitions_2_v2.pdf
15. SFMG. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». sept 2010;
16. SPF. Les comportements de santé des jeunes : Analyses du Baromètre santé 2010. [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-comportements-de-sante-des-jeunes-analyses-du-barometre-sante-2010>
17. Tudrej BV, Heintz AL, Rehman MB, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. *Eur J Gen Pract.* 2 oct 2017;23(1):183-90.
18. Binder P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer et accompagner. Exercer. 2018;
19. Bertrand L, Bonnefoy L, Dhiver V, Hodée V, INTD. L'accueil des adolescents au cabinet de médecine générale [Synthèse documentaire]. Saint-Denis: INPES, 2007. Disponible sur: https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf
20. giantchair.com. La communication professionnelle en santé - Pearson France [Internet]. Disponible sur: <https://www.pearson.fr/fr/book/?GCOI=27440100486390>
21. Inpes. Entre nous, Comment initier et mettre en oeuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent,. Aout 2009;
22. Echelle ADRS [Internet]. Disponible sur: https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/131-2-adrs.pdf.pdf
23. C.Vergne , S.Bayard , L.Rieu-Clotet , F.Carbonnel , B.Lognos , E.Million. Quels sont les domaines de prévention les plus fréquemment oubliés dans les consultations avec les adolescents et les jeunes adultes ? https://www.exercer.fr/full_article/1662.
24. Larousse É. Définitions : *escape game* - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/escape_game/191119
25. Anne. L'origine de l'*Escape game* c'est quoi ? [Internet]. tactisens. 2020 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.tactisens.com/origines-escape-game/>
26. EscapeGame•fr [Internet]. [cité 26 sept 2023]. [Infographie] Statistiques *Escape game* s en France : Tous les chiffres. Disponible sur: <https://www.escapegame.fr/statistiques-escape-game-france/>
27. Patrice Nadam, Mélanie Fenaert et Anne Petit. S'capade pédagogique avec les jeux d'évasion - Apprendre grâce aux *escape game* s - De la maternelle à la formation d'adultes. Ellipses. 2019.

28. Chabrier A, Atkinson S, Bonnabry P, Bussi eres JF. Utilisation des jeux d'évasion en santé : une revue de littérature. Can J Hosp Pharm [Internet]. 21 oct 2019 [cité 23 sept 2021];72(5). Disponible sur: <https://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/2933>
29. Abdollahi AM, Masento NA, Veps l inen H, Mijal M, Gromadzka M, Fogelholm M. Investigating the Effectiveness of an Educational *Escape game* for Increasing Nutrition-Related Knowledge in Young Adolescents: A Pilot Study. Front Nutr. 2021;8:674404.
30. Guckian J, Sridhar A, Meggitt SJ. Exploring the perspectives of dermatology undergraduates with an escape room game. Clin Exp Dermatol. mars 2020;45(2):153-8.
31. Aubeux D, Blanchflower N, Bray E, Clouet R, Remaud M, Badran Z, et al. Educational gaming for dental students: Design and assessment of a pilot endodontic-themed *escape game* . Eur J Dent Educ. 2020;24(3):449-57.
32. Terrasi B, Badoux L, Abou Arab O, Huette P, Bar S, Leviel F, et al. *Escape game* training to improve non-technical team skills in the operating room. Med Teach. 2 avr 2020;42(4):482-482.
33. Roman P, Rodriguez-Arrastia M, Molina-Torres G, Márquez-Hernández VV, Gutiérrez-Puertas L, Ropero-Padilla C. The escape room as evaluation method: A qualitative study of nursing students' experiences. Med Teach. avr 2020;42(4):403-10.
34. Yachin T, Barak M. Promoting Healthy Nutrition through Educational *Escape game* s. InSITE 2019 Informing Sci IT Educ Conf Jerus. 29 mai 2019;217-26.
35. Kubin L. Using an Escape Activity in the Classroom to Enhance Nursing Student Learning. Clin Simul Nurs. 1 oct 2020;47:52-6.
36. Clauson A, Hahn L, Frame T, Hagan A, Bynum LA, Thompson ME, et al. An innovative escape room activity to assess student readiness for advanced pharmacy practice experiences (APPEs). Curr Pharm Teach Learn. 1 juill 2019;11(7):723-8.
37. G mez-Urquiza JL, G mez-Salgado J, Albend n-García L, Correa-Rodríguez M, González-Jiménez E, Ca adas-De la Fuente GA. The impact on nursing students' opinions and motivation of using a « Nursing Escape Room » as a teaching game: A descriptive study. Nurse Educ Today. janv 2019;72:73-6.
38. Abdollahi AM, Masento NA, Veps l inen H, Mijal M, Gromadzka M, Fogelholm M. Investigating the Effectiveness of an Educational *Escape game* for Increasing Nutrition-Related Knowledge in Young Adolescents: A Pilot Study. Front Nutr [Internet]. 2021 [cité 8 oct 2023];8. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2021.674404>
39. Aguilera M. *Escape game* l'Odyssee Santé   la MDA ! [Internet]. Maison des adolescents du Gard. 2019 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.mda30.com/escape-game-lodysee-sante-a-la-mda/>

40. Courrier picard [Internet]. 2023 [cité 8 oct 2023]. Au CHU d'Amiens, un jeu d'évasion pour sensibiliser les jeunes à la dépression. Disponible sur: <https://www.courrier-picard.fr/id420959/article/2023-06-07/au-chu-damiens-un-jeu-devasion-pour-sensibiliser-les-jeunes-la-depression>
41. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat. 2005;
42. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. Fam Pract. oct 2010;27(5):556-62.
43. Boydell KM, Hodgins M, Pignatiello A, Teshima J, Edwards H, Willis D. Using Technology to Deliver Mental Health Services to Children and Youth: A Scoping Review. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. mai 2014;23(2):87-99.
44. L.Compagnon , P.Bail , J.Huez , B.Stalnikiewicz , C.Ghasarossian , Y.Zerbib , C.Piriou , E.Ferrat , S.Chartier , J.Le Breton , V.Renard , C.Attali. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. avr 2013;(108).
45. Un ado qui brouille les cartes [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.medecin-ado.org/les-relations-medecins-ados/un-ado-qui-brouille-les-cartes>
46. Santé mentale des adolescents : Santé publique France rediffuse et renforce sa campagne #JenParleA [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-mentale-des-adolescents-sante-publique-france-rediffuse-et-renforce-sa-campagne-jenparlea>

ANNEXES

Annexe 1 : autorisation parentale de participation et formulaire de consentement de l'adolescent

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations concernant l'étude et avoir eu un délai de réflexion avant de donner mon autorisation pour que mon enfant participe à l'étude menée par Elise Planchez et Clothilde Levasseur et dirigée par le Dr Cauet Charles.

Accepte un enregistrement par dictaphone des entretiens. Cet enregistrement sera anonyme et détruit après la fin du travail.

Accepte de donner mon autorisation pour que mon enfant participe à l'étude.

Fait à

Le :

En double exemplaire

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Formulaire de consentement

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations concernant l'étude et avoir eu un délai de réflexion avant de donner mon consentement pour participer à l'étude menée par Elise Planchez et Clothilde Levasseur et dirigée par le Dr Cauet Charles.

Accepte un enregistrement par dictaphone des entretiens. Cet enregistrement sera anonyme et détruit après la fin du travail.

Accepte de donner mon consentement pour participer à l'étude.

Fait à

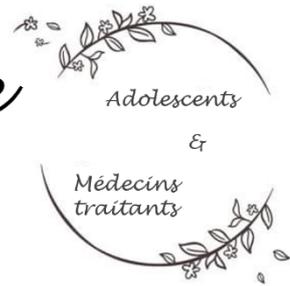
Le :

En double exemplaire

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Annexe 2 : Pancarte pour recruter adolescents

Travail de recherche



✿ Qui sommes nous ?

- Elise Planchez et Clothilde Levasseur, étudiantes en médecine générale, université de Lille
- Dr Charles Cauet, directeur de thèse

✿ Projet

- Objectif : prévention des problèmes de santé mentale au moyen d'un escape game
- Thèse : enquête auprès des ados

✿ Viens participer !

- Groupes d'entretiens conviviaux
- Avec d'autres ado
- Durée 2h max
- Autour d'un goûter
- Parles-en à tes parents et ton médecin traitant

✿ Nous contacter

- elise.planchez@gmail.com
- clothilde.levasseur@gmail.com

✿ Plus d'informations en page 2



Annexe 3: Fiche d'information délivrée aux médecins généralistes, professeurs, parents et adolescents

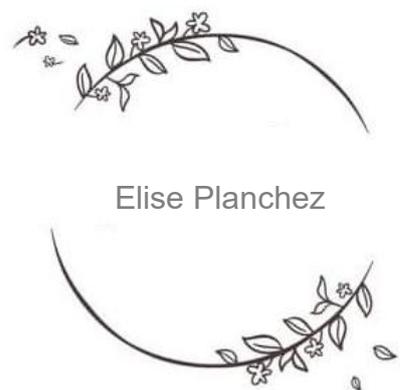
Bonjour, je suis Elise Planchez, remplaçante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser des entretiens semi dirigés, en groupe d'environ 4 personnes, sur la prévention des problèmes de santé mentale chez les adolescents. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'avis des adolescents sur l'utilisation d'un *escape game*, par leur médecin traitant, afin de les mettre en confiance pour aborder leur santé mentale.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être collégiens des Hauts de France, âgés de 11 à 15 ans, avec un accord parental écrit. Les entretiens seront collectifs, d'une durée approximative d'1h voire 1h30. Une collation sera proposée. Je serai accompagnée d'une collègue, médecin généraliste pour animer les échanges. Ces entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin que je puisse les retranscrire puis les analyser.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-037 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci à vous !

Si vous souhaitez participer à l'étude, merci de me laisser vos coordonnées ci-dessous afin que je puisse vous recontacter. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter directement par mail à elise.planchez.etu@univ-lille.fr.

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : elise.planchez.etu@univ-lille.fr.



Annexe 4 : Guide d'entretien

Version initiale :

1. Qui a déjà fait un *escape game* ? racontez-nous +/- explication aux autres
 - Est-ce que vous aimez ? Quel autre univers/thème aimeriez-vous pour un *escape game* ?
 - Si votre médecin généraliste vous propose un *escape game*, participeriez-vous ? A quelles conditions accepteriez-vous d'y participer ? (Avec des amis, peu importe, le soir, le samedi matin ? au collègue ? ...)
2. A quoi sert un médecin généraliste ? (Son rôle dans la prévention ?)
 - Comment s'est passée la dernière consultation chez votre médecin ? Qui a décidé d'y aller ? Avec qui y êtes-vous allé ? Est-il resté avec vous pendant la consultation ? Auriez-vous aimé être seul ?
 - Comment vous êtes-vous senti ? Est-ce que vous avez l'impression d'avoir été écouté/jugé/écourté/mis en confiance ?
 - Quels sont les sujets dont vous n'osez pas parler avec votre médecin généraliste ? Pourquoi ? Que savez-vous du secret médical ?
3. Avez-vous déjà entendu parler de quelqu'un de votre âge qui a eu un problème de santé ? si oui, est ce que vous voulez bien nous raconter ce qu'il s'est passé ?
 - Comment vous êtes-vous senti face à cette situation ?
 - Qu'est-ce que la santé ?
 - (orienter physique et mentale)
 - Le mal-être fait-il parti des problèmes de santé ?
 - Qu'est-ce que le mal être ?
 - Est-ce qu'il a des questions que vous vous posez dont vous n'osez pas parler à un adulte ? si oui lesquels ? A qui aimeriez-vous en parler ?
 - En cas de problème, qui peut vous aider ?
 - Est-ce que vous parlez de mal-être avec votre médecin ? Si non pourquoi ?
4. Conclusion
 - Que pensez-vous de parler de la santé mentale/mal-être sous forme d'*escape game*, avec les conditions citées plus haut ? Aimeriez-vous y participer ? Si non, comment aimeriez-vous en parler ?
 - De quel autre sujet aimeriez-vous parler dans un *escape game* organisé par un professionnel de santé ?

Version finale :

1. Qui a déjà fait un *escape game* ? racontez-nous +/- explication aux autres
 - Est-ce que vous aimez ? Quel autre univers/thème aimeriez-vous pour un *escape game* ?
 - Si votre médecin généraliste vous propose un *escape game*, participeriez-vous ? A quelles conditions accepteriez-vous d'y participer ? (Avec des amis, peu importe, le soir, le samedi matin ? au collègue ? ...)
2. A quoi sert un médecin généraliste ? (Son rôle dans la prévention ?)

- Comment s'est passée la dernière consultation chez votre médecin ? Qui a décidé d'y aller ? Avec qui y êtes-vous allé ? Est-il resté avec vous pendant la consultation ? Auriez-vous aimé être seul ? Est-ce que vous voudriez que vos parents sortent ? Si oui, qui demande aux parents de sortir (médecin ou ado ?)
 - Lorsque vous consultez votre médecin accompagné d'un tiers, à qui le médecin s'adresse ?
 - Comment vous êtes-vous senti ? Est-ce que vous avez l'impression d'avoir été écouté/jugé/écourté/mis en confiance ?
 - Quels sont les sujets dont vous n'osez pas parler avec votre médecin généraliste ? Pourquoi ? Que savez-vous du secret médical ?
3. Avez-vous déjà entendu parler de quelqu'un de votre âge qui a eu un problème de santé ? si oui, est ce que vous voulez bien nous raconter ce qu'il s'est passé ?
- Comment vous êtes-vous senti face à cette situation ?
 - Qu'est-ce que la santé ?
 - (orienter physique et mentale)
 - Le mal-être fait-il parti des problèmes de santé ?
 - Qu'est-ce que le mal être ?
 - Est-ce qu'il a des questions que vous vous posez dont vous n'osez pas parler à un adulte ? si oui lesquels ? A qui aimeriez-vous en parler ?
 - En cas de problème, qui peut vous aider ?
 - Est-ce que vous parlez de mal-être avec votre médecin ? Si non pourquoi ?
4. Conclusion
- Que pensez-vous de parler de la santé mentale/mal-être sous forme d'*escape game*, avec les conditions citées plus haut ? Aimeriez-vous y participer ? Si non, comment aimeriez-vous en parler ?
 - De quel autre sujet aimeriez-vous parler dans un *escape game* organisé par un professionnel de santé ?
 - Est-ce que cet entretien « changera » votre relation avec votre médecin généraliste ?

Annexe 5 : Grille COREQ

N°	Items	Guide questions/ description	
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion Caractéristiques personnelles			
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Elise Planchez et Clothilde Levasseur (co-chercheuse)
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	Validation du 3eme cycle des études médicales
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Débutante
Relations avec les participants			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant réalisant sa thèse d'exercice
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Médecin généraliste remplaçant réalisant sa thèse d'exercice

Domaine 2 : Conception de l'étude Cadre théorique			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse par théorisation ancrée
Sélection des participants			
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Échantillonnage raisonné théorique
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Face-à-face, téléphone, courriel
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Vingt et un participants
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Un désistement Et trois refus car indisponibles aux dates
Contexte			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Cabinet médical, collège, maison des adolescents
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par	Adolescents de 11 à 15 ans scolarisés dans la région

		exemple : données démographiques, date	des Hauts-de-France au collège
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Non. Oui le guide d'entretien a été préalablement testé par un entretien exploratoire.
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Audio
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Trente neuf minutes en moyenne
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui (suffisance des données atteinte)
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats Analyse des données			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui par modélisation du codage

26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel ® et Word ®
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 6 : Déclaration à la protection des données (DPO)



RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Étude préliminaire de l'adhésion des adolescents à participer à un escape game de sensibilisation sur la santé mentale
Référence Registre DPO : 2023-037
Responsable(s) chargé de la mise en œuvre : M. Damien LACROIX Interlocuteur (s) : Mmes Clothilde LEVASSEUR – Elise PLANCHEZ

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 20 février 2023

Délégué à la Protection des Données

Annexe 7 : Demande d'accord préalable du CPP

[afficher les détails](#)



cppnordouestiv

2h

à Elise Planchez

Bonjour,

Comme convenu je reviens vers vous.
Après analyse de vos documents, je vous informe que cela ne relève pas du CPP, nous vous invitons à contacter le JL. TESSIER le DPO de l'Université de Lille concernant la conformité du traitement des données.

Je reste à votre disposition pour tout autre renseignement.

Bien cordialement.

Mme Marie-Noëlle Raux

Secrétariat CPP Nord Ouest IV / Bâtiment ex-USNB /
6 rue du Professeur Laguesse /
CHRU LILLE / CS 70001 / 59037
LILLE CEDEX

Annexe 8 : Caractéristiques de la population interrogée et des entretiens

FOCUS GROUPE	LIEU ENTRETEN	DUREE	CO-CHERCHEUSE	ADOLESCENT	SEXE	AGE	CLASSE	FRATRIE	POSITION FRATERIE	MEDECIN TRAITANT	CONNAIT LE NOM DE SON MEDECIN	ANCIENNETE DU MEDECIN	FREQUENCE CONSULTATION	SUIVI SPECIALISE
		moienne 39'				moienne 14 ans								
1	Cabinet médical Villeneuve D'Ascq	59'02"	OUI	A01	F	13	4eme	0	1	OUI	OUI	MOINS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	PSYCHOLOGUE
				A02	F	11	6eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/MOIS	AUTRES
				A03	M	13	4eme	10	9		NON			1/TRIMESTRE
2	Collège Desvres	34'02"	NON	A04	F	15	3eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/AN	NON
				A05	F	15	3eme	2	3	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A06	F	15	3eme	2	3	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	IL Y A PLUS DE 1 OU 2 ANS	NON
				A07	F	14	3eme	1	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	NON
				A08	F	14	3eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A09	F	14	3eme	2	1	OUI	OUI	MOINS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A10	M	15	3eme	2	3	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	NON
3	Collège Desvres	35'13"	NON	A11	F	14	3eme	1	1	OUI	NON	MOINS DE 5 ANS	IL Y A PLUS DE 1 OU 2 ANS	NON
				A12	F	13	4eme	1	1	OUI	NON	MOINS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A13	M	14	4eme	0	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	AUTRES
				A14	F	14	4eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	NON
				A15	M	13	4eme	2	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	SI MALADE	NON
4	Collège Desvres	38'11"	NON	A16	F	15	3eme	1	1	OUI	OUI	MOINS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A17	F	15	3eme	2	3	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A18	F	15	3eme	1	2	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/SEMAINE	CMP
5	Maison des ado Lille	39'36"	OUI	A19	M	14	3eme	1	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/TRIMESTRE	NON
				A20	M	15	3eme	1	1	OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/AN	AUTRES
				A21	F	14	3eme	3		OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/MOIS	NON
6	Collège Desvres	28'22"	NON	A21	F	14	3eme	3		OUI	OUI	PLUS DE 5 ANS	1/MOIS	NON

Annexe 9 : QR-Codes – Focus groupe des adolescents

- Entretien 1



- Entretien 4



- Entretien 2



- Entretien 5



- Entretien 3



- Entretien 6



Annexe 10 : QR-Codes – Journal de bord



AUTEUR(E) : Nom : PLANCHEZ **Prénom : Elise**
Date de soutenance : 25 octobre 2023
Titre de la thèse : L'escape game, un outil vecteur de rencontre entre le médecin généraliste et l'adolescent ? Etude des représentations des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste.

Thèse – Médecine – Lille 2023
Cadre de classement : Médecine générale
DES + FST/option : DES Médecine générale
Mots-clés : Adolescent, Escape game, Mal-être, Médecin généraliste, Prévention

Résumé :

Contexte : « *Si moi ça va pas, je ne vais pas aller voir le médecin* », citation extraite du quatrième focus groupe. Même si, la majorité des adolescents consulte leur médecin généraliste dans l'année, celui-ci n'est pas identifié comme interlocuteur potentiel, face aux troubles psycho-sociaux. La consultation avec les adolescents a ses spécificités, particulièrement en termes de communication à laquelle le médecin doit s'adapter pour tisser un lien. Les jeux d'évasion, à visée pédagogique, sont en essor. L'objectif de cette étude est donc de savoir en quoi un escape game, utilisé comme outil de sensibilisation aux situations de mal-être, peut répondre aux attentes des adolescents pour faciliter leur rencontre avec leur médecin généraliste.

Méthode : Etude qualitative menée par des entretiens collectifs auprès d'adolescents de 11 à 15 ans des Hauts-De-France. Le recrutement a été fait dans un cabinet de médecine générale, dans un collège et dans une MDA. Une analyse par théorisation ancrée des verbatims a été effectuée avec triangulation des données et mise en commun des résultats avec une étude en miroir, menée par Clothilde Levasseur qui explorait la même thématique, avec le point de vue des médecins généralistes. La réalisation d'un modèle explicatif commun a été réalisé. Une autorisation auprès de la CNIL a été obtenue.

Résultats : Les adolescents et les médecins généralistes souffrent d'une relation patient-médecin inaboutie et sont enthousiastes pour utiliser un nouveau support de communication permettant de faciliter leur rencontre. L'escape game pourrait lever les freins d'expression des adolescents, libérer leur parole et faciliter la communication avec leur médecin afin de renforcer l'effet du message transmis par le médecin généraliste. Mais aussi, les moyens de prévention étaient déplorés par les adolescents et jugés inefficaces, dès lors, le jeu pourrait être un moyen détourné de sensibiliser les adolescents sur des thématiques jugées gênantes.

Conclusion : Les adolescents traversent un big bang émotionnel et sont soumis à un plus grand risque de mal-être. La communication avec le médecin généraliste est néanmoins brouillée. L'escape game pourrait être un outil de sensibilisation à ces situations de mal-être. L'adolescent et le médecin partageraient un moment privilégié et extra-familial, grâce au jeu.

Composition du Jury :

Président : Pr François MEDJKANE
Assesseurs : Monsieur le Docteur Jan BARAN
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET