



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  
traitant et l'adolescent ?**  
**Etude des représentations des médecins généralistes sur leur  
relation avec les adolescents**

Présentée et soutenue publiquement le 25/10/2023 à 16h  
au Pôle Formation  
par **Clothilde LEVASSEUR**

---

**JURY**

**Président :**  
**Monsieur le Professeur François MEDJKANE**  
**Assesseur :**  
**Monsieur le Docteur Jan BARAN**  
**Directeur de thèse :**  
**Monsieur Docteur Charles CAUET**

---



## **Avertissement**

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

## Liste des abréviations

|        |   |
|--------|---|
| ADRS   | Adolescent Depression Rating Scale  |
| BITS   | Brimade Insomnie Tabac Stress   |
| CNIL   | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  |
| CPIRE  | Cumulée Précoce Intense Répétée Excluante   |
| COREQ  | COnsolidated criteria for REporting Qualitative research  |
| DES    | Diplôme d'Etudes Spécialisées   |
| DPO    | Délégué à la Protection des Données   |
| Dr     | Docteur   |
| ETP    | Education Thérapeutique du Patient  |
| HEADSS | Home Education Activities Drugs Sexuality Safety/suicide  |
| OMS    | Organisation Mondiale de la Santé   |
| MG     | Médecin Généraliste   |
| MT     | Médecin Traitant  |
| MDA    | Maison des Adolescents  |
| MSP    | Maison de Santé Pluriprofessionnelle  |
| Pr     | Professeur  |
| SASPAS | Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée  |
| WONCA  | World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians |

# Table des matières

|                             |   |           |
|-----------------------------|---|-----------|
| Avertissement.....          | 3   |           |
| Liste des abréviations..... | 4   |           |
| Table des matières .....    | 5   |           |
| <b>1</b>                    | <b>Introduction .....</b>   | <b>9</b>  |
| 1.1                         | L'adolescent .....  | 9         |
| 1.2                         | Le médecin généraliste .....  | 10        |
| 1.3                         | Les serious game .....  | 12        |
| <b>2</b>                    | <b>Matériel et Méthodes.....</b>                                      | <b>14</b> |
| 2.1                         | Le type d'étude .....   | 14        |
| 2.2                         | La population étudiée .....   | 14        |
| 2.2.1                       | Un échantillonnage .....  | 14        |
| 2.2.2                       | Les critères d'inclusion et d'exclusion .....                         | 14        |
| 2.2.3                       | Le recrutement .....  | 15        |
| 2.3                         | Le recueil des données .....  | 15        |
| 2.3.1                       | Un guide d'entretien .....  | 15        |
| 2.3.2                       | La réalisation des entretiens .....                                   | 16        |
| 2.3.3                       | Le recueil des données .....  | 16        |
| 2.4                         | L'analyse des données.....  | 17        |
| 2.5                         | Le cadre réglementaire et éthique.....                                | 17        |
| <b>3</b>                    | <b>Résultats .....</b>  | <b>19</b> |
| 3.1                         | Les caractéristiques de la population étudiée et des entretiens ..... | 19        |
| 3.1.1                       | Un constat d'échec .....  | 19        |
| 3.1.2                       | Les lacunes.....  | 20        |
| 3.1.2.1                     | Le manque de ressources à disposition des patients.....               | 20        |
| 3.1.2.2                     | Le manque de ressources à disposition des médecins généralistes ..... | 21        |
| 3.1.2.3                     | L'impact sur la consultation .....                                    | 22        |
| 3.1.3                       | Une incompréhension .....   | 23        |
| 3.1.3.1                     | Un choc des générations .....   | 23        |
| 3.1.3.2                     | Une communication anxieuse.....                                       | 24        |
| 3.1.4                       | Le mal être du médecin généraliste face à l'adolescent.....           | 26        |
| 3.1.4.1                     | Le désarroi du médecin.....   | 26        |
| 3.1.4.2                     | Un sentiment d'incompétence.....                                      | 26        |
| 3.2                         | Une communication brouillée avec l'adolescent.....                    | 27        |
| 3.2.1                       | L'interférence des parents .....                                      | 28        |
| 3.2.1.1                     | Une relation ambivalente de l'adolescent avec ses parents .....       | 28        |
| 3.2.1.2                     | Un patient supplémentaire à gérer.....                                | 30        |
| 3.2.2                       | Une période parasitée par les changements de l'adolescence.....       | 32        |
| 3.2.2.1                     | Des changements physiques et psychiques.....                          | 32        |
| 3.2.2.2                     | Des changements à l'origine de nouveaux motifs de consultation .....  | 33        |
| 3.2.2.3                     | Des changements à l'origine d'une gêne en consultation .....          | 34        |
| 3.2.3                       | Un signal faible.....   | 35        |
| 3.2.3.1                     | Le recours au médecin traitant rare de l'ado .....                    | 35        |
| 3.2.3.2                     | Le mutisme de l'adolescent.....                                       | 35        |
| 3.3                         | La conquête d'un nouveau système .....                                | 37        |
| 3.3.1                       | Une place pour l'adolescent au centre du système .....                | 37        |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| 3.3.1.1  | Une personne à part entière .....   | 37        |
| 3.3.1.2  | Un affranchissement de l'emprise des parents .....                              | 38        |
| 3.3.1.3  | L'adolescent maître de son parcours de soin .....                               | 40        |
| <b>3.3.2</b>   | <b>Une adaptation à un nouveau mode de communication .....</b>                  | <b>41</b> |
| 3.3.2.1  | Un repérage des non-dits.....   | 41        |
| 3.3.2.2  | Un ajustement pour comprendre l'adolescent .....                                | 42        |
| 3.3.2.3  | La manière de délier les langues .....  | 43        |
| <b>3.3.3</b>   | <b>Le temps, facteur pour se positionner comme une personne ressource .....</b> | <b>45</b> |
| 3.3.3.1  | Un temps dédié aux adolescents .....  | 45        |
| 3.3.3.2  | Un temps pour la prévention .....   | 47        |
| 3.3.3.3  | Un temps pour accompagner .....   | 49        |
| <b>3.3.4</b>   | <b>Le concours des ressources existantes.....</b>                               | <b>51</b> |
| 3.3.4.1  | Le choix des moyens .....   | 51        |
| 3.3.4.2  | Le choix de ses alliés .....  | 53        |
| <b>3.4</b>   | <b>Un outil au service de l'alliance médecin-adolescents .....</b>              | <b>55</b> |
| <b>3.4.1</b>   | <b>Une réponse aux besoins.....</b>   | <b>55</b> |
| 3.4.1.1  | Les besoins du MG .....   | 55        |
| 3.4.1.2  | Les besoins des adolescents .....   | 57        |
| 3.4.1.3  | Les thèmes.....   | 59        |
| <b>3.4.2</b>   | <b>L'escape game un outil fédérateur précurseur d'une nouvelle ère .....</b>    | <b>60</b> |
| 3.4.2.1  | Les prérequis organisationnels .....  | 60        |
| 3.4.2.2  | Les prérequis à une bonne relation médecin-adolescent .....                     | 63        |
| <b>3.4.3</b>   | <b>Les pièges à éviter .....</b>  | <b>66</b> |
| 3.4.3.1  | La simplification.....  | 66        |
| 3.4.3.2  | L'implication des médecins .....  | 67        |
| <b>4</b>   | <b>Discussion .....</b>   | <b>69</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>La discussion autour des principaux résultats .....</b>                      | <b>69</b> |
| <b>4.1.1</b>   | <b>Une relation complexe.....</b>   | <b>71</b> |
| 4.1.1.1  | Lacunaire.....  | 71        |
| 4.1.1.2  | Triangulaire .....  | 71        |
| 4.1.1.3  | Un contexte difficile .....   | 72        |
| <b>4.1.2</b>   | <b>L'escape game : un outil de médiation.....</b>                               | <b>73</b> |
| 4.1.2.1  | Un espace dédié aux adolescents par leur MG .....                               | 73        |
| 4.1.2.2  | Une communication adaptée : un langage commun .....                             | 73        |
| 4.1.2.3  | La sensibilisation pour lever les tabous .....                                  | 74        |
| <b>4.2</b>   | <b>Les forces et limites de l'étude.....</b>                                    | <b>75</b> |
| <b>4.2.1</b>   | <b>Les forces de l'étude .....</b>  | <b>75</b> |
| 4.2.1.1  | L'originalité de l'étude .....  | 75        |
| 4.2.1.2  | La scientificité de l'étude .....   | 76        |
| <b>4.2.2</b>   | <b>Les limites de l'étude .....</b>   | <b>77</b> |
| <b>5</b>   | <b>Ouverture et perspectives.....</b>   | <b>79</b> |
| <b>6</b>   | <b>Conclusion.....</b>  | <b>81</b> |
| <b>7</b>   | <b>Références bibliographiques.....</b>   | <b>83</b> |
| <b>Annexes</b>   | <b>.....</b>  | <b>86</b> |
| <b>Annexe 1 : GRILLE COREQ</b>                                       | <b>.....</b>  | <b>86</b> |
| <b>Annexe 2 : Récépissé – Attestation de déclaration DPO</b>         | <b>.....</b>  | <b>90</b> |
| <b>Annexe 3 : Note d'information à l'intention des MG interrogés</b> | <b>.....</b>  | <b>91</b> |
| <b>Annexe 4 : Affiche de recrutement</b>                             | <b>.....</b>  | <b>92</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Annexe 5 : Fiche de renseignements remplies par les MG interrogés .....</b> | <b>93</b>  |
| <b>Annexe 6 : Guide d'entretien version 1.....</b>                             | <b>94</b>  |
| <b>Annexe 7 : Guide d'entretien version 2.....</b>                             | <b>96</b>  |
| <b>Annexe 8 : QR-Codes – Focus Groupes MG .....</b>                            | <b>98</b>  |
| <b>Annexe 9 : QR-Code – Journal de bord .....</b>                              | <b>100</b> |

**Antoine de Saint-Exupéry, le Petit Prince**

*« Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ? C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens... ». »*

*« Apprivoise-moi ! Que faut-il faire ? dit le petit prince. Il faut être très patient, répondit le renard. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. »*

## 1 Introduction

*"L'adolescence est comme un cactus" Anaïs Nin*

*M9 : On fait ce qu'on peut, on se démerde. C'est hyper compliqué. On accompagne avec le peu de moyens qu'on a et nos compétences. Ce n'est pas simple.*

### 1.1 L'adolescent

L'adolescence est une période de vie aux limites floues, entre l'enfance et l'âge adulte, qui commence avec l'apparition d'une puberté physiologique et se termine lorsque l'identité et le comportement adultes sont acceptés. La définition établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) situe cette période de développement approximativement entre 10 et 19 ans.

L'adolescence est une phase de transition, provoquant une grande vulnérabilité chez l'individu. Tout d'abord sur le plan physiologique, la puberté transforme l'enfant par l'apparition des caractères sexuels secondaires et accélère la croissance staturale (1). Puis, le remodelage neuronal participe à l'évolution du comportement et de la communication (2). Enfin, d'un point de vue social, la relation aux parents devient ambivalente, et les adolescents investissent le groupe de pairs à l'origine de relations amicales et amoureuses et source de questionnements sur la notion de conformité (3).

Les changements qui s'opèrent fragilisent l'adolescent qui est plus sujet à développer des troubles psychiques qui impactent sa santé future (4)(5).

La relation médecin-adolescent n'est généralement pas épargnée par toutes ces évolutions. Même si les adolescents consultent régulièrement, c'est le plus souvent pour des plaintes somatiques (75%), et très souvent accompagnés de leurs

parents qui sont à l'origine de la demande de consultation (6).

Le comportement et la communication des adolescents peu explicites sont souvent compensés par des signaux non verbaux (2) qu'il faut savoir repérer et exploiter. Or, ces signaux ne sont pas toujours identifiés par certains médecins généralistes (MG) qui n'élargissent pas systématiquement le motif de consultation (6).

Les adolescents ont l'impression que les MG sont peu disponibles et peu à l'écoute (7). Ils ont peur de déranger et de ne pas être pris au sérieux (2). Pour se confier, les adolescents déclaraient attendre des MG qu'ils posent les « bonnes » questions, qu'ils ne les jugent pas et qu'ils garantissent le secret (8).

En effet, il existe une réelle crainte concernant le respect du secret médical (9), ainsi qu'une méconnaissance des compétences dans le domaine psychosocial et de la formation des MG à ce type de prise en charge (3)(7).

## 1.2 Le médecin généraliste

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), définit la médecine générale (10) comme « *une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* ».

Selon la convention de l'OMS (11) et dans le système de soins français, 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. D'ailleurs, l'arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant (12), réalisés en général par le MG, a introduit trois nouvelles consultations de suivi à l'âge de 8-9 ans, 11-13 ans, et 15-16 ans, portant ainsi à vingt le nombre d'exams de

santé systématiques obligatoires de l'enfant. Leur objectif est de renforcer le suivi de la santé chez les jeunes.

De plus, il est proposé, depuis janvier 2016, aux parents des jeunes âgés de moins de 16 ans de déclarer pour leur enfant un médecin traitant possiblement différent du leur. En parallèle de quoi, tous les médecins sont soumis au secret professionnel, y compris dans la prise en charge des mineurs, depuis la loi du 4 mars 2002 (13).

Pour assurer « *un développement sain de l'enfant* » et développer son « *aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation* » (11), il paraît primordial que le MG, en contact avec des patients adolescents, réussisse à intégrer la prévention et la sensibilisation dans sa pratique médicale. Ce, d'autant plus que les adolescents abordent spontanément peu leurs questionnements ou leurs difficultés lors d'une consultation, préférant que le médecin engage lui-même les échanges, notamment pour les troubles psychologiques (8). Pourtant, les MG n'aborderaient les sujets de prévention que dans 42,7% des consultations avec les jeunes et d'après l'étude ECOGEN de 2021, les addictions, la santé mentale, les violences, les relations sociales, le sommeil, ou encore les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont les thèmes les moins abordés (14).

Malgré l'existence de quelques outils (BITS, CPIRE, ADRS, HEADSS) pour les MG et des moyens mis en place par Santé publique France (lieux d'accueil, sites d'informations (15), guide d'accueil de l'adolescent en consultation de médecine générale(16)), la communication entre le médecin et l'adolescent n'est pas toujours évidente et les MG se sentent démunis (17). Les MG semblent mal à l'aise voire anxieux (18) avec les adolescents et reconnaissent leur difficulté à aborder les troubles psycho-sociaux en consultation. Ils évoquent la difficulté à gérer l'accompagnant et à

se positionner comme médecin de famille (2). Par ailleurs, ils mentionnent la crainte de découvrir un problème difficile à gérer et chronophage, l'incompréhension des réactions imprévisibles de l'adolescent, la gêne lors de l'examen clinique face à la pudeur des adolescents, et le sentiment d'incompétence en psychologie (2).

Malgré ces difficultés les MG semblent exercer une influence positive sur le bien-être des adolescents qui les consultent, notamment chez ceux confrontés à des difficultés psychiques (19).

### 1.3 Les serious game

La convention internationale des droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989, par l'Assemblée générale des Nations Unies, reconnaît à l'enfant « *le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique* ». Le jeu participe au bien-être et au bon développement des enfants en favorisant la créativité, l'imagination, la confiance, le sentiment de compétence, ainsi que des habiletés physiques, sociales, cognitives et émotionnelles (20).

Les serious game sont définis par Julian Alvarez comme « *des jeux qui sont conçus pour tous les marchés qui s'écartent du seul divertissement* ». Ils ont donc une fonction utilitaire qui peut être de dispenser un message, de permettre de s'entraîner ou encore d'évaluer. Ils peuvent prendre des formes multiples allant du jeu vidéo au jeu de rôle en passant par les jeux de société et les jeux d'évasions (21). Ils permettent de créer de nouveaux modes de communication là où les outils pédagogiques habituels semblent devenus obsolètes (22).

Un *escape game* est un jeu d'énigmes en équipe durant lequel les joueurs évoluent dans un lieu clos et thématique. Ils doivent rechercher des indices leur

permettant de résoudre une série d'énigmes afin d'accomplir une mission dans un temps imparti. L'*escape game* pédagogique est une expérience ludique immersive favorisant l'apprentissage (23) et de plus en plus destinée aux jeunes (24).

En santé, l'apparition de ces *escape game* pédagogiques est assez récente (2017). Une revue de littérature réalisée en 2019 mentionnait 12 études principalement américaines portant sur l'utilisation d'*escape game*, destinés aux soignants (étudiants en médecine, anesthésistes, infirmiers, pharmaciens) dans un but pédagogique ou d'entraînement (25). Quelques initiatives locales ont également donné jour à des *escape game* destinés aux patients adolescents comme au SimuSanté du CHU d'Amiens (26) ou dans certaines MDA (du Gard (27) ou de Lille), avec notamment des objectifs de sensibilisation à la dépression et à la prévention au tabagisme, à la consommation d'alcool et à la nutrition. Les retours d'expérience valident l'intérêt de ces initiatives, mais les expériences restent anecdotiques.

Pourtant les jeux d'évasions ou *escape game* pédagogiques sont des outils déjà utilisés en prévention dans le domaine de la santé (28). Une étude réalisée chez les adolescents prouve que l'utilisation d'un *escape game* augmente la satisfaction et l'intérêt pour le sujet des participants (29).

Il semble donc que dans l'environnement actuel des communications et face à des adolescents en demande, le médecin généraliste pourrait adapter sa pratique en y intégrant l'utilisation d'outils modernes et attractifs pour leurs jeunes patients, permettant de maintenir un lien nécessaire à la santé de l'adolescent.

L'objectif de ce travail est donc de comprendre dans quelle mesure un *escape game*, utilisé comme outil de sensibilisation aux situations de mal-être, peut répondre aux besoins des médecins généralistes de faciliter leur rencontre avec les adolescents.

## **2 Matériel et Méthodes**

### **2.1 Le type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative dont les données issues d'entretiens collectifs semi-dirigés (de type focus groupe) sont analysées selon une approche inspirée de la théorisation ancrée développée par Glaser et Strauss.

Cette étude a été réalisée en miroir d'un autre travail de recherche qualitatif qui explore la même thématique mais s'intéressant au point de vue des adolescents. Elle a été menée sur la même période par Elise Planchez et respectait la même méthodologie.

### **2.2 La population étudiée**

#### **2.2.1 Un échantillonnage**

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

#### **2.2.2 Les critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste installé ou remplaçant
- Exercer dans les Hauts de France
- Accepter de participer à l'étude

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

### **2.2.3 Le recrutement**

Il avait été établie une liste des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) des Hauts de France regroupant plus de cinq médecins généralistes qui devait servir de base de contacts pour le recrutement.

Pour les sept médecins interrogés en MSP, le recrutement s'était principalement fait par téléphone dans un premier temps, puis à l'aide d'un dépliant diffusé auprès des médecins de la structure par les secrétariats (annexe 4). Enfin, une date à leur convenance avait été fixée.

Pour les quatre médecins interrogés en visioconférence, une affiche et un mail avaient été envoyés à l'ensemble des enseignants médecins généralistes de l'université Henri Warembourg à Lille. Il leur avait été proposé plusieurs dates parmi lesquelles ils ont pu choisir celle leur convenant le mieux.

Enfin, pour les six médecins et l'interne en pédiatrie interrogés dans un cadre privé, ils avaient été recrutés lors d'entretiens individuels réalisés au fil des rencontres dans le cadre de l'activité d'interne en stage SASPAS de la chercheuse. Une date commune avait également été retenue selon leurs emplois du temps respectifs.

Deux personnes s'étaient désistées au dernier moment et huit personnes avaient refusé de participer à l'étude.

## **2.3 Le recueil des données**

### **2.3.1 Un guide d'entretien**

Un guide d'entretien avait été élaboré à partir de questions ouvertes. Celui-ci a été évolutif et ajusté au fur et à mesure des entretiens, avec deux versions (annexes 6 et 7).

Le guide d'entretien avait été rédigé en collaboration avec le Dr Charles Cauet, directeur de thèse et expert de la méthodologie qualitative qu'il enseigne à la faculté et par les travaux de recherche qu'il supervise.

### **2.3.2 La réalisation des entretiens**

Cinq entretiens collectifs semi-dirigés de deux à cinq personnes ont donc été réalisés, dont quatre en présentiel et un en visio-conférence. Ils se sont échelonnés du mois de février au mois d'août 2023.

Les focus groupes ont été animés par la chercheuse principale et la co-chercheuse qui s'était plutôt positionnée comme observatrice.

Deux entretiens en présentiel ont eu lieu dans les locaux de deux MSP, deux se sont tenus dans un cadre privé et l'entretien en visioconférence a été réalisé via une réunion Zoom ®.

Le choix avait été laissé aux participants du lieu de l'entretien. Une collation leur a été offerte.

Pour se familiariser avec la technique d'échange collectif et tester le guide d'entretien, un focus groupe « pilote » avait été réalisé. Le bon déroulement de celui-ci a permis de l'analyser et d'en inclure les résultats dans l'étude.

### **2.3.3 Le recueil des données**

Après recueil du consentement oral des participants, les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application « Dictaphone » de deux smartphones.

Le nombre d'entretiens n'avait pas été préalablement défini. Il a été organisé des entretiens jusqu'à obtention d'une suffisance des données lors de l'analyse séquentielle de ceux-ci.

## 2.4 L'analyse des données

Les enregistrements ont été retranscrits ad integrum et anonymisés sous forme de verbatim sur le logiciel Word ® (annexe 8) et les comportements non verbaux reportés le plus fidèlement possible.

L'analyse des données extraites du verbatim a été réalisée sur le logiciel Excel ®. L'analyse ouverte avec l'étiquetage expérientiel du verbatim et l'attribution de propriétés ont permis la construction de catégories conceptuelles. Ensuite, l'analyse axiale a permis la réalisation d'un modèle explicatif. Les réactions non verbales ont été prises en compte et les notes consignées dans le journal de bord (annexe 9).

Puis, la confrontation des résultats obtenus avec ceux de la thèse miroir réalisée par Elise Planchez sur les représentations des adolescents a permis la construction d'un modèle explicatif commun.

Les données ont été analysées indépendamment et en aveugle par la chercheuse principale et la co-chercheuse, avec une confrontation des résultats, permettant ainsi une triangulation des données.

Cette étude a fait l'objet d'une évaluation basée sur les critères de qualité et de scientificité de la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (30 critères validés) (annexe 1).

## 2.5 Le cadre réglementaire et éthique

Cette étude avait fait l'objet d'une déclaration de conformité auprès du délégué à la protection des données de l'université de Lille M. Jean-Luc TESSIER (délégué de la CNIL) portant le n°2023-037, validée le 20 février 2023 (annexe 2). Il n'avait par ailleurs pas été nécessaire d'obtenir l'accord préalable de la Commission de Protection des Personnes (CPP) puisque cette étude n'entraîne pas dans les prérogatives de la loi

Jardé.

La participation à cette étude était volontaire et le consentement oral de chaque participant a été recueilli préalablement à chaque entretien et enregistrement. Chaque participant était libre de mettre fin à l'entretien à tout moment. Il a été remis à chaque participant une fiche d'information rappelant l'objectif, les conditions de réalisation et les dispositions réglementaires de l'étude (annexe 3).

Les données recueillies ont été anonymisées, les noms propres modifiés et les lieux et autres informations permettant toute identification, supprimés. Les enregistrements seront effacés après la soutenance de la thèse. Conformément à la loi « *Informatique et Libertés* » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, les participants bénéficiaient d'un droit d'accès et de rectification aux informations les concernant.

### 3 Résultats

#### 3.1 Les caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Du mois de février au mois d'août 2023, cinq focus groupes ont été réalisés avec la participation de dix-sept médecins généralistes et une interne en pédiatrie. La durée moyenne des entretiens étaient de cinquante-huit minutes. Les caractéristiques de la population participante et les conditions d'entretien sont présentées dans le Tableau 1.

| MEDECIN | SEXE | AGE | STATUT    | TYPE EXERCICE             | SITUATION   | LIEU ENTRETIEN  | DUREE ENTRETIEN |
|---------|------|-----|-----------|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------|
| M1      | F    | 30  | REPLACANT | CABINET SEUL              | URBAIN      | CADRE PRIVE     | 01:07           |
| M2      | M    | 30  | REPLACANT | MIXTE (hopital et ville)  | URBAIN      | CADRE PRIVE     | 01:07           |
| M3      | F    | 29  | INSTALLE  | GROUPEMENT DE MEDECIN     | SEMI-URBAIN | CADRE PRIVE     | 01:07           |
| M4      | F    | 28  | INTERNE   | SERVICE HOSPITALIER - PED | URBAIN      | CADRE PRIVE     | 01:07           |
| M5      | F    | 29  | REPLACANT | GROUPEMENT DE MEDECIN     | SEMI-URBAIN | CADRE PRIVE     | 01:07           |
| M6      | F    | 37  | INSTALLE  | GROUPEMENT DE MEDECIN     | RURAL       | MSP BOURBOURG   | 01:05           |
| M7      | F    | 29  | REPLACANT | GROUPEMENT DE MEDECIN     | RURAL       | MSP BOURBOURG   | 01:05           |
| M8      | F    | 35  | INSTALLE  | GROUPEMENT DE MEDECIN     | RURAL       | MSP BOURBOURG   | 01:05           |
| M9      | M    | 62  | INSTALLE  | GROUPEMENT DE MEDECIN     | RURAL       | MSP BOURBOURG   | 01:05           |
| M10     | M    | 51  | INSTALLE  | GROUPEMENT DE MEDECIN     | URBAIN      | VISIO           | 00:57           |
| M11     | M    | 37  | INSTALLE  | MSP                       | RURAL       | VISIO           | 00:57           |
| M12     | F    | 42  | INSTALLE  | MSP                       | SEMI-URBAIN | VISIO           | 00:57           |
| M13     | F    | 32  | INSTALLE  | GROUPEMENT DE MEDECIN     | SEMI-URBAIN | VISIO           | 00:57           |
| M14     | M    | 28  | REPLACANT | MSP                       | URBAIN      | CADRE PRIVE     | 00:57           |
| M15     | F    | 28  | REPLACANT | CABINET SEUL              | URBAIN      | CADRE PRIVE     | 00:57           |
| M16     | F    | 59  | INSTALLE  | MSP                       | RURAL       | MSP EPERLECQUES | 00:45           |
| M17     | M    | 51  | INSTALLE  | MSP                       | RURAL       | MSP EPERLECQUES | 00:45           |
| M18     | M    | 35  | INSTALLE  | MSP                       | RURAL       | MSP EPERLECQUES | 00:45           |

Tableau 1 : Les caractéristiques de la population interrogée et des entretiens

Le travail d'analyse a donc été réalisé à partir du verbatim obtenu à la suite de la retranscription de ces 5 entretiens (annexe 8). Cette analyse a fait l'objet d'une triangulation.

##### 3.1.1 Un constat d'échec

La consultation avec les adolescents est perçue comme un échec par les médecins généralistes (MG).

### 3.1.2 Les lacunes

#### 3.1.2.1 Le manque de ressources à disposition des patients

Au cours des entretiens les MG rapportaient un manque de ressources financières des patients (coût des consultations de psychologie), et de moyens humains (pédopsychiatres et psychologues) disponibles pour les adolescents et leur famille.

*M6 : Ça coûte moins cher d'acheter un joint. Non mais je ne dis pas que les parents achètent des joints à leur enfant mais ils essaient de faire ce qu'ils peuvent.*

*M6 : En plus il n'y a pas beaucoup de psychologues sur le secteur, qui prennent en charge les ados, qui en plus ... Les patients doivent avancer les frais enfin il n'y a pas de remboursement etc. c'est un vrai frein à un suivi. Les parents sont prêts à mettre mais si c'est 50 euros la séance et qu'ils doivent y aller toutes les semaines....*

Ils parlaient de désert médical avec des difficultés d'accessibilité aux soins liées à la fois à la distance, à la contrainte de l'emploi du temps des parents pour les conduire et au manque de disponibilité et de réactivité des professionnels de santé pour recevoir les adolescents.

*M16 : Ils sont pas mobiles à moins d'habiter à deux maisons, ils ne sont pas autonomes en tout cas ...*

*M5 : Oui c'est très très rare de rencontrer un psychiatre quand même. Déjà un psychologue c'est difficile alors ... Enfin ça dépend toujours où tu habites, à D. déjà si tu croises un psychologue au bout de 6 mois tu seras content alors un psychiatre...*

*M9 : Le problème dans la santé mentale dans [la région], c'est qu'elle n'existe pas. Il n'y a pas de service de santé mentale dans [la région]. Il y a un service de CMP qui n'existe pas, il n'y a pas de pédopsychiatre. Il n'y a pas d'hospitalisation en pédopsy. A part sur L.*

### 3.1.2.2 Le manque de ressources à disposition des médecins généralistes

Les MG affirmaient utiliser peu les outils existants pour le dépistage des situations de mal-être chez les adolescents tels que le BITS, et ne les connaissaient d'ailleurs pas bien.

*M5 : Parfois j'utilise l'échelle de dépression mais euh . Spécifique aux adolescents ? Ou en général ? Non on a pas trop d'outils, j'en utilise pas.*

*M15 : il y a le BITS, le petit test où tu poses 4 questions pour évaluer le risque suicidaire chez un adolescent, qui est trop bien mais je ne le fais pas systématiquement alors que ce sont des questions, tu en as 4, genre si tu consommes des drogues, si ....je ne sais plus exactement.*

*M18 : je n'ai pas d'outil standardisé moi.*

Ils disaient manquer de formation et d'informations autant sur la prise en charge globale des problèmes de santé mentale que sur les traitements.

*M3 : Ça doit exister. On manque de formation.*

*M1 : Et peut-être qu'on est vraiment pas assez formé pour faire l'intervalle et que ce soit vraiment utile je pense.*

*M9 : Et dans le Vidal, on a rarement des références pédiatriques.*

Enfin, les MG estimaient manquer de temps, d'outils pratiques et de moyens humains pour proposer une prise en charge correcte des adolescents confrontés au mal-être.

*M6 : Oui c'est des échelles hyper difficiles à utiliser.*

*M13 : Après, la spécificité sur ces tests, ça reste aussi de reformuler ou de le caser au cours de la consultation pour ne pas que ça arrive comme un cheveu sur la soupe.*

*M14 : Alors quand j'ai le temps, alors forcément il y a le facteur temps qui joue, on va aller plus loin quand on a le temps et des fois, ce n'est pas bien, mais malheureusement, ça va être un peu plus..., moins approfondi*

*M6 : Ah bah oui, on sent bien que certains il leur faut un appui, une aide enfin aide éducative, psychologique etc et qu'on aiguille un peu, qqn. Clairement on aimerait le faire mais le temps nous manque.*

### 3.1.2.3 L'impact sur la consultation

Ces manques de ressources impactent nécessairement les consultations entre les adolescents et leur MG. Ces derniers disaient devoir souvent « bricoler » des solutions avec le peu de moyens qu'ils trouvaient en attendant de pouvoir proposer mieux.

*M1 : Mais c'est généralement pas dans le mois ou la semaine donc il faut qu'on fasse l'intervalle.*

*M9 : On fait ce qu'on peut, on se démerde. C'est hyper compliqué. On accompagne avec les peu de moyens qu'on a et nos compétences. Ce n'est pas simple.*

Les médecins pensaient que les différents interlocuteurs de la prise en charge des adolescents finissent par être dépassés, voire démissionnaires avec une errance médicale du patient. L'adolescent est renvoyé d'un intervenant à un autre.

*M6 : Merci de voir votre médecin traitant pour instaurer un traitement*

*M9 : On est bien en peine avec un ado, même un ado délirant, psychotique on ne peut pas l'hospitaliser, personne n'en veut et on ne peut pas faire un placement de force chez un ado et on est bien dans la merde.*

La surcharge de travail ainsi générée ne permettait pas aux MG de prendre le

temps de faire suffisamment de prévention.

*M14 : C'est vrai qu'on ne fait pas suffisamment de prévention chez les garçons surtout ce qui est IST.*

*M15 : Je le fais vraiment pas assez*

*M18 : En dehors de la santé sexuelle, pas grand-chose, probablement pas assez, si sur point d'appel, [...] je lance les perches mais je ne le fais pas de manière systématique quand tout va bien mais donc oui probablement pas assez.*

### 3.1.3 Une incompréhension

#### 3.1.3.1 Un choc des générations

Les MG avait un sentiment de mauvaise compréhension avec les adolescents liée à une différence d'âge.

*M9 : Parfois ils vivent des trucs euhhh ... on est vieux*

*M11 : Avec les ados, et comme le dit M13 à juste titre, on utilise beaucoup l'humour. Alors parfois, il peut y avoir un décalage générationnel où finalement, le truc lourd n'est plus le leur.*

Ils décrivaient cet écart générationnel comme étant à l'origine d'attentes discordantes entre eux. De plus, ils affirmaient ne pas utiliser le même langage, les mêmes sources d'informations, ni les mêmes moyens de communication. Les réseaux sociaux étaient cités parmi les grandes sources de ce déphasage.

*M18 : Si j'ai des consultations où je ne comprends pas la langue de l'ado*

*M1 : Je pense aussi un truc nouveau pour nous qui n'a pas concerné notre génération. C'est les réseaux sociaux.*

*M15 : Et en fait, elle était déjà ultra bien renseignée grâce aux réseaux sociaux. Elle disait, oui je sais de quoi je parle, j'ai déjà lu pas mal de trucs, sur les réseaux sociaux on apprend plein de choses.*

Ainsi, les MG constataient que les adolescents se sentent plus à l'aise pour échanger avec leurs pairs et en être mieux compris.

*M14 : mais c'est vrai, même dans les services d'ados etc, à SV, il y avait ça, le lien qui se crée entre les ados, ils se comprennent un petit peu mieux entre eux,*

### 3.1.3.2 Une communication anxiogène

Les MG interrogés craignaient d'être mal compris ou mal interprétés par les adolescents, pouvant mener à une rupture de confiance, voire un procès.

*M9 : On est dans la crainte du procès en permanence.*

*M9 : Chez l'adulte qu'on connaît bien depuis longtemps, il a bien compris la relation de médecin-malade forcément non sexué mais l'adolescent il ne comprend pas, il comprend pas forcément pourquoi ...*

Ils rapportaient que cette peur les incite à vérifier la bonne assimilation des informations données à la fois auprès des adolescents, mais aussi auprès des parents.

*M9 : C'est fort compliqué quand on examine seul. Il faut que les gestes soient bien compris, bien expliquer avant. On doit expliquer les gestes.*

*M6 : Et est-ce que je peux faire ça ? Je peux soulever ça ? enfin voilà. On est toujours en demande d'autorisation de. Même pour prendre la tension, je demande si je peux.*

Pour se protéger, ils déclaraient adapter leur pratique en consultation (ne pas oser faire sortir les parents, limiter le déshabillage au strict nécessaire).

*M17 : Oui de manière générale, de toute façon je ne les soigne pas tant qu'ils ne sont pas*

*accompagnés*

*M9 : Quand je suis tout seul, je suis un garçon, si c'est une fille c'est beaucoup plus embêtant.*

*M9 : Il est traumatisé, la jeune fille qui a des tototes et à qui on veut regarder le dos pour une scoliose... enlever une brassière c'est pas simple, ça peut durer 20 min. Avec un adulte c'est beaucoup plus simple de regarder son dos. Avec l'ado ce n'est pas simple de lui faire enlever sa brassière. Il y a un travail.*

A l'extrême, devant la complexité de la communication avec les adolescents, les MG avouaient renoncer pour ne s'adresser qu'aux parents.

*M6 : Mais en termes d'examen médical, le fait d'avoir les parents, pour l'examen somatique.... En cas de palpation des testicules...*

*M9 : Moi je dirai qu'il y a deux sortes de consultation avec l'adolescent. Celui quand l'adolescent vient tout seul, où on pense que ça va être vachement plus facile parce qu'il n'y a pas ses parents mais on est bien embêté parce qu'on l'examine pas comme on voudrait car on peut pas le déshabiller et on peut pas parler de trop de choses car on ne sait pas comment il va le comprendre ou le répéter donc moi je suis beaucoup plus coincé dans une consultation euhh de l'ado seul que avec ses parents, moi ça me met beaucoup plus en difficulté.*

*M1 : Et souvent je trouve que quand tu supposes ça tu parles plus avec le parent. Enfin moi j'ai plutôt tendance à voir le parent s'il se plaint de maux de ventre s'il a 11ans euh ... c'est plus facile de demander aux parents « est ce que vous pensez que ça se passe à l'école ? » qu'à lui-même directement.*

### 3.1.4 Le mal être du médecin généraliste face à l'adolescent

#### 3.1.4.1 Le désarroi du médecin

Les MG disaient se sentir désemparés face aux adolescents. Ils affirmaient que les consultations représentent une source de frustration pour eux car ils se sentent démunis et isolés.

*M12 : Parfois ça peut être solitaire, on peut avoir une grosse solitude face à l'adolescent seul.*

*M10 : Ce qui est un peu déstabilisant, c'est un peu la nonchalance des ados ou l'impression d'avoir une huître fermée*

*M13 : Mais oui, je suis d'accord, je reviens sur ce que disait M10, parfois c'est vraiment une huître fermée et ils viennent là, ils subissent la consultation et je pense moi que c'est l'écueil le principal, ça me frustre terriblement*

Les MG déclaraient appréhender de consulter les adolescents face auxquels ils relatent se sentir parfois ridicules et avoir l'impression de se heurter à un mur.

*M3 : Ba face à un mur !*

*M13 : je reconnais que pour les adolescents, j'ai tendance... en gros, les adolescents, il y a des grands moments de solitude [...] et d'être un espèce de clown qui fait un cirque en tentant de tout tourner à la rigolade, quitte à être ridicule moi-même [...] Parfois, l'ado me méprise profondément,*

#### 3.1.4.2 Un sentiment d'incompétence

À cette sensation de malaise en consultation avec les adolescents, s'ajoutait un sentiment d'incompétence.

*M15 : Je ne l'ai pas fait, des fois je ne me sens pas très très légitime*

*M15 : Même moi je me sens un peu genre limitée par rapport à ça,*

*M10 : Ça dépend ce que l'on appelle personne ressource, si c'est personne intégrée dans le cercle de prise en charge derrière, oui. Après, si c'est une personne amenée à proposer une prise en charge thérapeutique, on est pas forcément habilité à le faire, on est pas forcément compétent pour le faire*

Les MG décrivaient un nombre croissant de consultations pour mal-être chez les adolescents, ils avaient pourtant l'impression de ne pas réussir à estimer correctement les causes et conséquences de ces motifs de consultation ni à en cerner les risques qui en découlent.

*M14 : Carrément c'est aussi un des motifs principaux à cet âge-là, surtout j'ai l'impression qu'après la sortie du covid, et notamment dans les services d'urgences ped, il y a plus de motifs pour mal-être, idées noires, crise suicidaire. Enfin, j'ai l'impression qu'il y a un petit peu plus de ça*

Les MG se sentaient débordés par ces problématiques, finissaient par douter de leurs compétences et de leur aptitude à aider les adolescents.

*M9 : On est complètement démuni, on fait ce qu'on peut. Un accompagnement.*

### **3.2 Une communication brouillée avec l'adolescent**

L'adolescence étant une phase de transition vers l'âge adulte, les jeunes dont les capacités d'adaptation sont fortement sollicitées s'avèrent être une population difficilement accessible pour les MG.

### 3.2.1 L'interférence des parents

#### 3.2.1.1 Une relation ambivalente de l'adolescent avec ses parents

Les MG rapportaient que l'adolescent en phase d'émancipation vis-à-vis de ses parents peine à trouver sa place en consultation ; il se sent tiraillé entre le nouveau besoin d'intimité et d'indépendance et le besoin du soutien parental qui reste un cocon protecteur.

*M15 : Parce que quand tu dis est-ce que ça dérange l'enfant, bah il peut répondre un peu en mode, je ne vais pas dire à maman de sortir quand même parce que c'est ma mère et je ne voudrais pas qu'elle croit que je lui cache des choses.*

*M18 : Je demande à l'ado ce qu'il veut par rapport à la présence des parents, en sachant pertinemment qu'il ne va peut-être aussi pas dire aux parents de sortir pour pas les décevoir ou pas se mettre en difficulté après.*

Les MG décrivaient la présence des parents comme un frein à l'expression des adolescents en consultation. En effet, ils affirmaient qu'elle impacte le déroulé de la consultation en modifiant le comportement de leur enfant et en l'empêchant librement d'aborder tous les sujets.

*M14 : Mais il y a la famille qui est là et du coup c'est très succinct, très rapide.*

*M18 : Le comportement oui est modifié par la présence du parent clairement on ne va pas aborder la même chose quand l'ado est seul.*

*M4 : Le fait d'être le médecin à la fois des enfants et des parents ça n'aide peut-être pas aussi l'ado à se livrer à son médecin et disant peut-être qu'il le dira à ma mère après.*

Certains parents se positionnant même comme interlocuteur incontournable, voire exclusif, ne laisseraient aucune place à l'adolescent.

*M3 : Du coup c'est le parent qui parle en fait. Alors moi j'ai l'impression que c'est souvent ça et tu as le parent qui raconte en fait tout ce qu'il s'est passé s'il a fait une TS, pourquoi... En fait, il prend complètement la parole et la place de l'ado, et l'ado du coup, je ne sais pas s'il se renferme encore plus ou s'il laisse son parent prendre la parole donc du coup on n'en sait pas plus.*

*M15 : C'est surtout sa maman qui a pris le lead de la consultation donc c'était un peu difficile parfois de le réinclure dans le dialogue parce que la maman prenait beaucoup de place*

Les MG rapportaient même qu'il arrive que la relation avec les parents soit la source du problème des adolescents et complique manifestement la prise en charge.

*M10 : J'ai une jeune ado que je suis depuis une dizaine d'années, qui est dans un contexte de remariage de la maman, donc il y a un conflit entre le papa biologique et la maman. Elle a un demi-frère qui est issu de la seconde union, et c'est une maman qui est avec un profil psychologique assez particulier, et j'ai l'impression qu'elle entraîne cette adolescente, ses deux enfants d'ailleurs, dans une problématique. [...] Et là, elle vient me voir pour une déscolarisation, une phobie scolaire, et des idées suicidaires. Donc, il y a une prise en charge très problématique de cette adolescente. [...] elle est problématique puisque je pense que c'est la mère qui est en grande partie responsable.*

*M14 : C'était compliqué comme histoire, il y a un gros conflit intrafamilial, c'était une situation un peu galère.*

Cependant, les MG signalaient que les parents présents en consultation avec leur adolescent peuvent également être un élément facilitateur de la consultation.

En effet, les jeunes confortés par la présence de leurs parents oseraient s'exprimer plus facilement.

*M9 : L'ado il est moins... [...] Ça rassure l'ado d'avoir ses parents.*

*M15 : Quand c'est les parents qui l'emmènent et qu'il a capté qu'il y avait un espace de parole etc, souvent il y a déjà des choses qui ont été initiées par les parents et du coup le dialogue est plus facile, parce que le parent est probablement à l'écoute aussi.*

*M6 : Ceux qui sont plus réservés, ils vont avoir tendance à dire, viens avec moi ou ceux que je connais moins bien.*

Par ailleurs, le parent représenterait un garant des informations données et reçues.

*M9 : On les aborde avant lui alors, ça libère la parole. Je pense que lui a entendu la bonne parole, les parents ont entendu la bonne parole aussi. Même si l'ado ne s'exprime pas forcément.*

### **3.2.1.2 Un patient supplémentaire à gérer**

La présence des parents en consultation représente un patient supplémentaire à prendre en compte par le MG.

Les parents pouvant être à l'initiative de la consultation, les MG les considéraient comme les personnes en demande d'avis médical même s'ils affirment être le porte-parole de leur enfant.

*M4 : Ils arrivent le soir parce qu'ils viennent de se confier à leurs parents et que les parents sont paniqués, ils consultent aux urgences.*

*M5 : Oui ou alors c'est le parent qui amène l'ado, parce qu'il y a un problème et que l'ado ne veut pas parler.*

*M14 : Je pense qu'il y a beaucoup de questions pour les ados, beaucoup de motifs de consultation où ce sont les parents en fait qui les amènent parce qu'il y a quelque chose*

*qui les inquiètent eux*

*M 5 : Et à la fin la mère a voulu me parler seule mais la fille pense qu'elle savait pourquoi elle voulait me parler seule et c'était pour me dire « qu'est-ce que je fais ? Elle a 12ans, elle veut devenir un homme. » ..., au secours ma fille veut devenir euh transgenre.*

Les MG disaient devoir donc les intégrer comme interlocuteur dans la consultation, gérer leurs émotions et questionnements, et ménager les susceptibilités des uns et des autres.

*M12 : Moi pour l'humour, je fais ça plutôt pour détendre les parents, surtout si c'est de la dimension sexuelle, en fait c'est assez facile.*

*M12 : Mais là je pense que c'est une bonne idée d'avoir une vraie salle pour s'isoler parce que parfois les parents ça les met en colère aussi.*

*M9 : Il faut quand même délivrer l'information qu'il y a des consultations anonymes, gratuites et ça ne passe pas bien. Les mamans font la tête après.*

*M14 : Le schéma que j'aime bien faire c'est commencer en double, la consultation avec le parent, [...], en jetant un petit coup d'oeil au parent de temps en temps, en demandant qu'est-ce que vous en pensez, juste raccrocher un peu pour que le parent se sente inclus*

Par ailleurs, les MG affirmaient devoir faire accepter aux parents l'émancipation de leur enfant limitant leur autorité parentale.

*M12 : Souvent la plus grosse crainte des parents, alors déjà souvent ils n'acceptent pas que les gosses grandissent, mais souvent quand c'est par contre les parents qui s'opposent à mettre la pilule à une gosse qui a déjà eu plein de fois des rapports en cachette, je dis que c'est quand même mieux que de se trouver avec un avortement ou voilà avec une IVG ou avec un gosse que la mère doit élever, du coup on rigole parfois un tout petit peu, ...*

*M12 : Ou parfois l'inverse, quand ils proposent des capotes, c'est les parents qui se rendent compte que c'est des ados maintenant.*

*M12 : Après, souvent quand c'est à part avec les jeunes filles, notamment quand la mère elle dit : oui mais vous mettez la pilule juste pour les boutons, il ne faut pas qu'elle fasse ce qu'elle veut avec. Alors je rappelle bien qu'en effet bien sûr normalement c'est aussi pour ne pas tomber enceinte.*

Enfin, cela impose aux MG une vigilance particulière quant au secret médical entre les membres d'une même famille.

*M12 : Mais s'il faut, les mamans vraiment aimantes ou les pères, ils disent : est-ce que tu veux que je sorte, ils proposent eux-mêmes souvent et alors après ils vont en salle d'attente et on les récupère après. Et sinon parfois c'est les grands-parents, parfois ils ont plus de facilité de venir avec les grands-parents pour parler, ou les grandes sœurs ou frères. Je rappelle le secret médical toujours tout de suite à tout le monde*

### **3.2.2 Une période parasitée par les changements de l'adolescence**

#### **3.2.2.1 Des changements physiques et psychiques**

Les MG constataient que l'adolescence est une étape difficile entre l'enfance et l'âge adulte. Ils rapportaient que les jeunes sont fragilisés par les nombreux changements qu'ils subissent. La puberté entraîne un cortège de modifications corporelles avec notamment l'apparition des caractères sexuels, et la fin de la croissance ; ce qui est source de grandes préoccupations pour les adolescents qui semblent devoir se réapproprier leur corps. D'autant plus que ces modifications ne se produisent pas au même rythme chez tous les adolescents engendrant des disparités parfois difficiles à accepter.

*M9 : Chez les ados, c'est plus, est ce que je suis normal. Est-ce que j'ai des grosses*

*totottes ? Est-ce que j'ai une grosse bite ? Un truc terrible avec les filles c'est la taille des petites lèvres. Est-ce que je suis normale physiquement, est ce que je pense la même chose que les autres ?*

*M9 : Est-ce que j'ai des poils, pas de poils, c'est torturant. Pour moi la manière de rentrer c'est physique.*

*M14 : C'est juste qu'il est normal, il a une morphologie normale, certes mince mais comme toute sa famille, et du coup il a fallu quand même beaucoup expliquer, il avait quand même toujours cette pensée avec les standards qu'il avait en tête.*

Par ailleurs, les MG rapportaient une évolution psychique concomitante de leurs patients chez qui ces changements engendreraient de nombreuses remises en question ayant un fort impact sur leur vie quotidienne, et leur relation aux autres.

*M14 : C'est une période, on va pas se mentir, un petit peu ingrate l'adolescence où du coup ça peut être plus méchant, ça peut tacler davantage et il y a des personnes qui peuvent en pâtir je pense beaucoup plus et surtout c'est une période où déjà de base les ados sont un petit peu fragiles.*

*M8 : Est-ce que je rentre dans la case ? Est-ce qu'il faut rentrer dans la case ?*

*M10 : mais j'ai quand même l'impression de voir plus de filles qui sont en difficulté à la période de l'adolescence. ... la construction de l'identité sexuelle c'est quelque chose aussi qui revient assez fréquemment, et la construction par rapport au cadre de vie familial ou aux parents c'est quelque chose qui revient là aussi assez fréquemment je pense.*

### 3.2.2.2 Des changements à l'origine de nouveaux motifs de consultation

Les MG constataient donc que tous ces changements peuvent être à l'origine de nouvelles situations subies par l'adolescent et source de mal-être.

*M5 : Bah oui, je trouve qu'ils viennent quasiment que pour de l'infectio ou pour un truc non*

*urgent soit des problèmes à l'école soit des problèmes sentimentaux qui découlent d'un mal-être ou qui découlent de trucs psy quoi !*

*M5 : Oui parfois aussi le sentimental, quand par exemple ils sont ados et qu'ils sortent avec des hommes majeurs ou ce genre de choses. Ça peut arriver.*

Ils affirmaient voir ainsi émerger de nouveaux motifs de consultation parmi lesquels l'on retrouvait les troubles du comportement alimentaire, le harcèlement, les idées suicidaires et les désordres psychiques, la phobie scolaire, les addictions avec la découverte des toxiques et la sexualité.

*M14 : Ça m'est arrivé aussi, je suis une jeune en situation de phobie scolaire où je l'ai eu tout le long des 6 mois*

*M16 : après moi là, depuis 2 ans, j'ai énormément eu d'adolescentes, je suis en plus des psychiatres, psychologues, surtout là deux adolescentes avec des troubles du comportement alimentaire*

*M 10 : J'ai un jeune homme qui est venu avec des tocs. Donc, effectivement, le harcèlement scolaire, c'est quelque chose qui revient assez fréquemment,*

*M5 : Mal-être, euh, pffff, la dernière fois j'ai eu transgenre.*

### **3.2.2.3 Des changements à l'origine d'une gêne en consultation**

Les transformations des adolescents, corporelles et autres, leur fait expérimenter le regard des autres pouvant être source de gêne, voire de traumatisme. Ainsi, la puberté marque l'apparition de l'intimité des adolescents que les MG disaient observer en consultation sous forme d'une gêne et d'un repli sur soi.

*M9 : Le pire c'est le vestiaire en sport... Quand tu es bien dans ta tête, tu t'en fous mais quand t'es pas bien dans ta tête et qu'on te regarde et te dis qq chose, tu traines ça toute*

*ta vie.*

*M7 : Savoir se positionner par rapport aux autres.*

*M14 : Ce sont des choses qui arrivent assez souvent à cet âge-là, de se comparer dans les vestiaires de sport etc.*

*M15 : Lui était très pudique et ne voulait pas en parler,*

### **3.2.3 Un signal faible**

#### **3.2.3.1 Le recours au médecin traitant rare de l'ado**

Tout d'abord les MG déplorait leur faible accès aux adolescents en consultation de médecine générale. En effet, durant l'enfance le suivi médical est cadré et jalonné de consultations obligatoires et les parents consultent assez régulièrement le MT pour leurs enfants. En grandissant ces consultations se font plus rares et les MG regrettaient de ne pas voir suffisamment souvent leurs patients adolescents alors même qu'ils traversent une période charnière de leur existence.

*M6 : On voudrait les voir plus souvent, plus longtemps.*

*M5 : Il y a 11ans, 14ans s'ils n'oublient pas le deuxième Gardasil et après on les voit plus trop sauf s'il y a une grosse grippe et que du coup ils peuvent plus aller au collège ou au lycée. Mais entre-temps, du coup ils n'ont plus trop de nouvelles de leur médecin traitant et donc euh*

*M17 : Moi les adolescents, je ne les vois pas énormément*

#### **3.2.3.2 Le mutisme de l'adolescent**

Une des principales difficultés évoquées par les MG était la pauvreté de communication et de l'échange en consultation avec les adolescents.

Devant un adolescent s'exprimant peu ou en monosyllabes, les MG reconnaissaient qu'il est difficile d'établir une conversation et un lien.

*M2 : Ils arrivent et euh c'est ... une espèce d'enveloppe mais y a rien dedans. Il dit rien, il fait rien, il exprime rien.*

*M4 : Mais si l'ado n'est pas du tout en demande de la consultation c'est difficile d'y accéder. Vraiment difficile.*

*M5 : Bah j'en ai eu un récemment et c'était pas fou. C'était oui ou non !*

*M8 : Il a dit, je n'ai pas besoin de parler de quoi que ce soit. Donc en gros euhhh hein ?*

Pourtant, les MG révélaient user de stratagèmes pour capter leur attention, briser leur carapace et les mettre en confiance afin d'espérer obtenir une participation à leur échange.

*M13 : Là en général je lance des grosses punch lines et ça peut être à double tranchant, ça passe ou ça casse, après ceux qui ont un peu de second degré, ça les sort de leur zone de confort, et du coup forcément ils répondent, et là je sais que j'ai une accroche, mais parfois ça éloigne encore plus l'ado.*

*M15 : Ce n'est pas évident d'avoir un vrai échange avec l'adolescent, des fois c'est difficile d'initier le dialogue et de gagner sa confiance.*

*M1 : Donc si tu es très abrupte dès le premier abord à une première consultation, il ne va jamais vraiment tu faire confiance derrière. Enfin pour autre chose peut être.*

Par exemple, l'humour, la diversion ou la provocation leur permettraient de faire réagir les adolescents en les sortant de leur zone de confort, les incitant ainsi à s'ouvrir et s'exprimer.

*M2 : Et c'est là où je suis amené parfois à être un peu frontal et à leur dire ba ... c'est soit*

*on essaie de coopérer, soit tu coopères pas et ... je fais sans toi.*

*M10 : Les outils qui ont déjà évoqués c'est sûr qu'on les utilise tous, l'humour. Il faut être vigilant sur tout ce qui est verbal et non verbal, communication non verbale pour voir si jamais on arrive à accrocher. Effectivement, l'humour, on peut avoir un humour décalé.*

*[...]. L'écoute, souvent les laisser parler, éviter d'interrompre les discours quand il y en a.*

*M11 : Jouer un peu la comédie, c'est comme un peu l'attitude clownesque que M13 pouvait avoir. On essaye de jouer un petit peu la comédie.*

### **3.3 La conquête d'un nouveau système**

Face à cette situation insatisfaisante les MG avaient pourtant identifié des besoins de changements concrets.

#### **3.3.1 Une place pour l'adolescent au centre du système**

##### **3.3.1.1 Une personne à part entière**

Les MG pensaient qu'il est important de prendre conscience que les adolescents ne sont plus des enfants et par conséquent qu'il faut commencer à les considérer comme des adultes.

*M10 : La responsabilisation je pense, leur faire comprendre qu'ils passent à l'état d'adulte et qu'ils ont une vraie main mise sur leur destin et leur comportement.*

L'adolescent devant devenir l'interlocuteur privilégié du MG. Pour cela, il leur semblait nécessaire de s'intéresser à eux et leur environnement non médical, afin de créer une certaine proximité, voire complicité. En fonction de l'âge, du genre et des centres d'intérêts communs la construction de cette relation privilégiée leur paraissait plus ou moins aisée.

*M11 : Mais moi c'est sûr qu'avec les adolescents garçons, on essaye de parler d'autres choses, on parle de foot, de ligue des champions, etc... et du coup on arrive finalement à capter leur attention et à donner finalement une certaine confiance qui se met en place et surtout on essaye de s'intéresser à leurs intérêts à eux, à leurs centres d'intérêts à eux,*

*M15 : Après je pense qu'il y a une sensation de proximité, genre je pense que j'ai plus de facilité tu vois avec une jeune fille, surtout quand tu leur parles de ton expérience personnelle, tout de suite, elle s'identifie et se livre plus, quand toi tu baisses un peu le côté pro et que tu lui dis-moi à ton âge, quand tu parles de ton expérience personnelle, ça te rend peut-être un peu plus humain, je ne sais pas, moins professionnel, et il y a plus un partage d'expériences et ça c'est vrai que chez les adolescentes, tu vois comme sur des sujets comme l'acné, sur des trucs un peu physiques, quand tu leur dis-moi personnellement, j'utilise ce gel nettoyant, tu sens qu'elles accrochent plus que tu fais juste une prescription.*

*M14 : Mais surtout parler à l'adolescent, c'est lui qui est au centre du motif, de la problématique, parler avec lui, échanger avec lui*

### **3.3.1.2 Un affranchissement de l'emprise des parents**

Les MG soulignaient par ailleurs l'importance de mener une consultation au rythme de l'adolescent, parfois même sans l'aval des parents.

*M9 : Quitte à forcer la main aux parents d'ailleurs, souvent c'est les mamans qui veulent pas parler de sexualité. Il faut quand même délivrer l'information qu'il y a des consultations anonymes, gratuites et ça ne passe pas bien.*

*M4 : Après, pour l'examen clinique, je propose quand même assez systématiquement que les parents sortent de la salle.*

L'adolescence étant une période d'émancipation vis-à-vis des parents, il leur

paraissait important de savoir aider l'adolescent à gérer sa crainte de l'autorité parentale, notamment en consultation.

*M12 : Je dis aussi souvent tes parents ne vont pas s'énerver, tes parents ne vont pas te punir. Ça les engage un peu moralement, même après quand tu sors du cabinet, tes parents ne vont pas te faire de reproches, on peut en parler librement.*

*M16 : Moi, ça m'est arrivé de dire devant les parents, les parents sont prêts à ne pas venir en consultation avec toi s'il y a quelque chose dont tu veux me parler, dont tu ne veux pas qu'on en parle devant eux, même si toi tu leur en parles après*

*M9 : Je demande rarement aux parents de sortir, je demande aux ados de revenir tout seul. C'est humiliant pour le parent de sortir. Donc je dis aux parents, ça serait bien qu'il revienne tout seul*

Et, afin de laisser l'opportunité à l'adolescent de s'exprimer sans l'influence d'une tierce personne, il leur semblait nécessaire de lui laisser le choix de consulter seul, ou de choisir la présence d'un tiers lors de la consultation, mais également de proposer une consultation en deux temps avec, puis sans le parent.

*M12 : Alors, à la fois il faut voir en présence des parents comme ça se passe mais aussi absolument les voir seuls si c'est possible.*

*M14 : [...] l'examiner et après au moindre moment où je sens que c'est un peu plus limite, souvent il peut dire, alors il y a plein de façons de le faire mais souvent ce que je fais, c'est un peu plus insidieux, je dis est-ce que peut-être tu veux que maman sorte pour qu'on discute un petit peu, voir s'il y a des choses que tu ne souhaites pas trop dire devant maman, et souvent ce qui est bien c'est que le parent dit oui, je peux, ça ne me dérange pas, et dans ce cas-là, j'essaye de rebondir sur la situation et dire de toute façon, juste après, elle revient, si ça te va, elle attend juste devant la porte, on discute un peu entre nous et dès que c'est fini, elle rentre.*

*M14 : Surtout en parlant à l'adolescent mais avec le parent qui reste toujours à proximité, un peu en fil conducteur, et à un moment dire est-ce qu'on peut se voir à deux et ensuite refaire un temps ensemble à la fin, un temps commun*

### 3.3.1.3 L'adolescent maître de son parcours de soin

Enfin, selon les MG interrogés, l'adolescent en tant qu'adulte devrait être responsabilisé comme tel et donc considéré comme principal décisionnaire de sa prise en charge médicale.

*M18 : Après moi, je pars du principe, je ne passe pas outre les désirs de l'adolescent [...] je pense que ce n'est pas à moi à décider à la place de l'ado, comme ça je demande à l'ado ce qu'il préfère lui et c'est lui qui décide quoi qu'il en soit.*

Les MG pensaient donc qu'il est important que l'adolescent choisisse lui-même son médecin traitant, et sa, ou ses personnes ressources.

*M16 : Les parents disent on va faire remplir le papier de médecin traitant, moi je dis ok je veux bien mais toi est-ce que tu veux que je reste ton médecin, que ce soit en tout cas écrit sur le papier ?*

*M10 : Il est pas forcément actif dans le choix de son médecin traitant, c'est parfois les parents qui décident du médecin traitant et l'ado, il n'a peut-être pas l'accroche qu'a le parent avec le médecin. Donc, ça doit être un choix qui est proposé à l'enfant mais pas une systématisation à mon sens.*

Le médecin généraliste devrait laisser l'adolescent prendre l'initiative en consultation et ne se positionner qu'en tant que modérateur ; par exemple, laisser l'opportunité à l'adolescent d'exprimer ses préférences quant aux conditions de consultation (présence d'un tiers, mode d'expression, fréquence, durée, thèmes abordés).

*M16 : Moi, ça m'est arrivé de dire devant les parents, les parents sont prêts à ne pas venir en consultation avec toi s'il y a quelque chose dont tu veux me parler, dont tu ne veux pas qu'on en parle devant eux,*

*M15 : Très bien puisqu'elle savait ce qu'elle voulait. Ce n'est pas toujours le cas, après elle avait une idée bien précise de ce qu'elle voulait, elle voulait une pilule oestroprogestative comme sa copine et elle est arrivée en disant bonjour, je voudrais une contraception.*

*M12 : Alors du coup, c'est les ados eux-mêmes qui nous facilitent la tâche, parfois je dis aussi est-ce que tu préfères parler à quelqu'un d'autre, ou écrire, écrire ou faire un dessin quand ils sont plus petits.*

*M12 : Mais ça, on peut dire, moi j'ai déjà dit, comme on a tous des internes, j'ai dit est-ce que tu préfères parler à un homme ou à une autre femme.*

### **3.3.2 Une adaptation à un nouveau mode de communication**

#### **3.3.2.1 Un repérage des non-dits**

Comme évoqué précédemment, les adolescents peuvent se montrer peu expressifs en consultation chez les MG. Ces derniers soulignaient donc l'importance d'être attentifs à la communication non verbale des adolescents et de savoir interpréter finement leurs réponses fermées afin de comprendre leurs réelles préoccupations et découvrir, le cas échéant, le motif caché de consultation.

*M9 : Il y a beaucoup dans le non verbal quand même en consultation. On voit bien comment l'ado réagit aux entrées de jeu qu'on va lui faire. Pour moi ce n'est pas limitant du tout bien au contraire.*

*M15 : Moi je me suis rendue compte que souvent la question comment ça se passe à l'école, je la posais quand ils étaient sur la table d'examen, quand j'étais en train de faire*

*l'auscultation et que j'étais proche d'eux, je me sentais plus en mesure d'analyser leurs réponses*

*M18 : Donc le problème dentaire avait été rapidement évacué, [...] Au début, il ne voulait pas à s'exprimer, il regardait ses pieds et c'est la dame de la famille d'accueil qui parlait pour lui. Rapidement, il a commencé à me dire qu'il avait des troubles du sommeil et c'est là qu'on a réussi un petit peu à enclencher le dialogue, c'est un dialogue avec un ado donc c'était des réponses assez simples et assez basiques, mais globalement il y avait des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes, des reviviscences de la scène, des cauchemars*

La passivité des adolescents ne devrait pas les faire renoncer.

*M1 : C'est assez binaire comme réponse, c'est des oui et des non, c'est vraiment poser des questions pour que ça avance. Et avoir des questions ouvertes faciles pour qu'on puisse avancer dans le ...*

*M14 : C'est assez rare les fois où ils sont, assez spontanément ils viennent en parler, ils viennent, ils racontent un peu ce qu'il se passe de façon précise, souvent il faut y aller, faut charbonner pour essayer de trouver des infos et des fois c'est même vraiment à l'occasion d'une consultation tout à fait anodine qu'on peut avoir des retours comme ça*

*M14 : J'ai quand même essayé de creuser aussi si ça avait été suite à des remarques qu'il avait reçues au collège ou autre [...] j'ai essayé plusieurs fois de formuler la question de façon un peu différente*

### **3.3.2.2 Un ajustement pour comprendre l'adolescent**

Les MG reconnaissaient la nécessité de se rendre accessible aux adolescents afin de tisser un lien avec eux. Pour ce faire, ils disaient devoir adapter leur langage en le simplifiant et en utilisant du vocabulaire familier à l'adolescent, utiliser des

références connues des jeunes (séries, jeux, influenceurs), et se servir de moyens de communication appréciés et utilisés par cette génération (applications, réseaux sociaux, vidéos).

*M5 : Je sais qu'ils ont quand même beaucoup accès à internet, plus qu'on ne le croit.*

*M6 : Même si on doit faire de la prévention des écrans, si on veut les toucher, il faudrait presque agir sur les réseaux sociaux. On les trouvera plus et on ciblera plus d'ados sur les réseaux.*

*M9 : Explication de la tasse de thé. Ça a été inventé par des Canadiens. C'est sur le consentement. C'est une vidéo YouTube de qq minutes. [...] ça marche aussi bien sur les garçons que les filles.*

*M12 : Je pense qu'il faut qu'ils puissent s'identifier. Ou les célébrités, par exemple, Lindsay, celui qui s'est suicidé, 13 ans, parce qu'il pensait être homosexuel, on pourra imaginer par exemple trouver des footballeurs célèbres qui ont fait leur coming out et leur dire voilà, votre idole untel, et prendre des exemples positifs.*

*M6 : On a la chance d'avoir une association ici, ou ils organisent des soirées de prévention des risques entre ados. Ils abordent tous les sujets de prévention. Ils communiquent aussi sur les réseaux comme Facebook ®.*

### 3.3.2.3 La manière de délier les langues

Les MG connaissaient l'importance d'instaurer un climat de confiance propice à la confiance des adolescents. Pour accompagner au mieux l'adolescent, ils insistaient sur le fait de savoir lui délivrer des informations adaptées à ses besoins et préoccupations (que l'on avait su rechercher).

*M8 : Non il n'avait pas de demande mais j'ai lancé le truc en disant que si tu veux parler de quoi que ce soit, tu as bien vu qu'il n'y avait pas de tabou, vu tout ce dont on a parlé. La*

*maman qui a redit, si tu as besoin je peux sortir, il n'y pas de problème. J'ai fini la consultation en disant, n'oublie pas de faire ta 2e injection de gardasil dans 6 mois avec le médecin de ton choix. Et si tu as la moindre envie de parler, même tout seul, je suis toujours ouverte. Ça a terminé en disant, au revoir docteur et peut être à dans 6 mois.*

Ils pensaient que cela permet de le rassurer et de déconstruire certains de ses préjugés afin de lever d'éventuels blocages concernant par exemple la sexualité.

*M8 : Je lui ai dit que s'il avait besoin de capote, il pouvait m'en demander.*

*M9 : Bah soit elle devient toute rouge, soit elle dit oui ou non. Si elle dit non c'est intéressant alors je demande comment ça se passe sans rentrer dans les détails. Est-ce que tu dois faire des choses que tu n'as pas envie de faire ? est ce qu'il y a des préliminaires ? Tu fais des choses sans ton consentement ? Est-ce qu'ils sont plusieurs ?*

Et finalement, réussir peut-être à aborder des sujets initialement gênants en consultation et à faire ainsi de la prévention.

*M2 : Moi j'avais eu sur le ressenti sur des abus antérieurs et sur les troubles, les dysphories de genre. Justement les ados ne voulaient pas qu'on en parle mais c'était quand même lié à l'histoire pour laquelle ils venaient à consulter donc ils me le signalaient mais ils ne voulaient pas que ce soit abordé par les parents.*

Toutefois, les MG affirmaient qu'il est primordial de prendre en compte la gêne et les réticences des patients, voire d'accepter leur refus et en tout état de cause de rester disponible.

*M14 : Oui revenir sur ça, chez les ados, quand d'une façon ou d'une autre je sens, même chez l'adulte, mais du coup quand la conversation, le dialogue est un peu plus fermé, que je sens qu'il y a quelque chose qui reste, je vais beaucoup plus insister sur le fait, il ne faut pas hésiter à reconsulter si besoin, je vais le dire plusieurs fois pendant la consultation, et*

*je vais le redire à la porte, je tends des perches, n'hésitez pas, ma porte est toujours ouverte ou des choses comme ça, des petites phrases qui peuvent marquer éventuellement et après à voir si ça porte ses fruits ou pas*

*M8 : Je me suis dit que de tout façon s'il a besoin, il a compris qu'il pouvait venir, que la maman était ouverte à ce que je le revois toute seule, elle était même prête à le faire.*

*Après je ne vais pas aller à pêche, je pense qu'il ne faut pas non plus être trop intrusive non plus. J'étais plutôt bien et je me suis dit, on verra bien s'il appelle et s'il a besoin.*

*M3 : Après on peut laisser entrouverte la porte en fait et ça je pense que c'est aussi notre rôle donc si de toute façon lui il est fermé et c'est juste que le parent qui « l'amène » on peut juste lui dire « si t'as envie d'en reparler on est là quoi ».*

### **3.3.3 Le temps, facteur pour se positionner comme une personne ressource**

#### **3.3.3.1 Un temps dédié aux adolescents**

Même s'il paraissait évident aux MG qu'ils devaient être considérés comme des personnes ressources par les adolescents, ils avaient le sentiment que les adolescents n'en ont pas conscience.

*M1 : Le Medgé c'est celui qui pèse, qui mesure et qui prescrit le doliprane pour l'année. Mais le jour où ça va pas c'est pas forcément lui qu'il va voir. Voilà chez des enfants qui vont bien qui n'ont pas de problèmes de santé de base ils ne connaissent pas forcément.*

Les MG rapportaient donc qu'il est important de prendre le temps d'informer de façon proactive les jeunes sur le rôle du médecin traitant, son implication auprès de ses patients, ses compétences, et sur le secret médical avec ses limites.

*M12 : Alors là, juste là j'ai un mot, un mot toujours : disponibilité, alors bienveillance et disponibilité. [...] je rappelle systématiquement aux ados le secret médical total, de dire voilà ici tu es en sécurité, tu peux tout dire. [...] Je leur dis, je reste disponible, la porte est*

*ouverte, si tu as besoin de parler, tu viens, prends rendez-vous quand même, mais tu viens si besoin, et voilà.*

*M2 : Moi je sais que je fais un rappel de la déontologie aux ados. Justement dans les consultations comme ça, je leur dis « je suis médecin, je suis soumis au secret médical » et je leur explique que j'ai pas le droit de répéter ce qu'ils veulent pas que je répète aux parents. Et je leur demande à la fin de la consultation une fois que j'ai fait un entretien que avec eux en leur disant : « est ce que ça je peux le dire ? est-ce que ça je peux le dire ? est-ce que ça je peux le dire ? ». Et sinon je ne dis rien.*

*M15 : On devrait pouvoir le glisser en plus en fin de consult en disant hésite pas si un jour tu as besoin, juste dire qu'on est disponible en fait,*

*M12 : Votre médecin traitant est un gardien de secrets et c'est quand même lui qui vous connaît le mieux.*

Ils pensaient qu'il est important de discuter avec l'adolescent des personnes identifiées dans son entourage comme des ressources et de lui proposer d'en faire partie.

*M12 : chaque médecin traitant doit être d'office personne ressource. [...] parlez-en aux grands, aux adultes, aux parents, et si ce n'est pas possible à votre médecin traitant. Si ce n'est pas à nous qu'ils font confiance, c'est à nous de proposer les 8 séances chez le psy par exemple. [...] Il y a des numéros verts pour les ados, [...] Moi, je pense que chacun doit se référer à sa personne de confiance, ça peut être la grand-mère, ça peut-être le boulanger, ça peut être le généraliste mais absolument par contre faire identifier que le généraliste il est là pour ça, parce qu'en fait ils ignorent ça beaucoup,*

Cette tentative d'établir un lien leur semblait d'autant plus légitime qu'elle s'inscrivait dans une volonté d'initier une démarche globale d'écoute, de disponibilité

et d'instaurer un suivi au long cours de l'adolescent par le médecin.

*M5 : Et même en sortant euh..., mais dans ces cas-là moi j'avoue j'ai reconvoqué parce qu'il y avait peu de phrases, peu de « on va résoudre le problème ensemble ».*

*M1 : Bah je pense que tu es censé installer une relation de confiance dans le long terme.*

### 3.3.3.2 Un temps pour la prévention

De l'avis des MG interrogés, la prévention devait largement être intégrée dans la prise en charge des adolescents.

*M14 : C'est vrai qu'on ne fait pas suffisamment de prévention chez les garçons surtout ce qui est IST*

*M12 : Voilà, mais la disponibilité, la bienveillance et le secret médical, et je pense que c'est vraiment en prévention du mal être ou un dépistage parfois, pour préparer le terrain quoi.*

En effet, ils disaient pour l'heure essayer d'exploiter toute consultation (pour motif bénin comme un vaccin ou une demande de contraception) pour aborder des thèmes courants de prévention tels que la sexualité, les MST, ou les toxiques.

*M8 : J'ai fait une consultation d'un gamin de 14 ans, il venait pour sa première injection de gardasil, un garçon, euh il venait juste pour ça en gros, je viens juste pour ça docteur.*

*Rires. Avec sa mère. Bon forcément ce qui s'est passé de ce que j'ai fait, prévention, tabac, stupéfiants, rapport sexuels, MST, euh, préservatifs, euh la totale. Rires*

*M15 : alors s'il y a la contraception, forcément je vais parler, après c'est un peu plus tard dans l'adolescence, mais je vais forcément évoquer tout ce qui est IST, je propose systématiquement le bilan d'IST et je donne l'ordonnance en leur disant tu peux la garder, tu peux y aller quand tu veux.*

Mais que, confrontés aux difficultés liées à la période de l'adolescence, ils trouvaient intéressant d'intégrer également la prévention des problèmes de mal-être aux thèmes habituels.

*M12 : Souvent, je parle des écrans aussi, comment ça se passe à l'école et qu'il vaut mieux avoir un bon copain ou copine que cinq mauvais. Je fais un peu une batterie de rappels brefs aussi, voilà, tout ce qu'il se passe avec le sexting et sites pornographiques. Je leur rappelle aussi des sentiments, l'amour et tout, et ce qu'ils ne voudraient pas faire.*

*M15 : Et puis, j'ai un peu l'habitude de demander au moins à l'école comment ça se passe, si ça va ou pas, et même avec une question fermée, au final souvent je pose la question comment ça va à l'école,*

*M14 : C'est que quand ils viennent pour autre chose, ça va pas bien, ils parlent d'angoisse, un moyen de dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas derrière, dans ce cas-là à ce moment-là, mais c'est vrai que ça reste assez rare quand même. Du coup c'est la prévention de la santé mentale c'est ça ?*

Enfin, les MG interrogés pensaient que la recherche de signes précoces et précurseurs de mal-être chez les adolescents pourrait également permettre au médecin de se rendre disponible et d'anticiper certaines situations complexes comme la crise suicidaire.

*M14 : Ce serait vachement pertinent de le faire parce qu'en plus, que ce soit un peu dans les mœurs de savoir qu'ils peuvent nous en parler si jamais il y a quelque chose qui ne va pas sur le plan du moral et ça devrait sans doute pouvoir éviter des drames.*

*M16 : Oui c'était ça, c'était le repérage des signes du suicide, des comportements à risque suicidaire de l'adolescent.*

### 3.3.3.3 Un temps pour accompagner

Les MG interrogés estimaient donc qu'être une personne ressource pour l'adolescent fait partie de leur rôle de médecin traitant. A cette fin, au cours des entretiens, il ressortait que les MG souhaitaient accompagner les adolescents dans les changements qu'ils subissent, dans leur recherche de repères sociaux et dans l'acquisition de nouvelles responsabilités.

*M1 : Et lui expliquer qu'en tant que Medgé c'est aussi notre rôle de l'accompagner dans les moments où ça va moins bien parce qu'ils le savent peut-être pas forcément.*

*M5 : Alors que c'est la première personne normalement du chaînon. [en parlant du médecin généraliste]*

*M5 : Voilà ! Des trucs où soit ils sont spectateurs et c'est aussi à ... enfin il y a aussi une part de donner l'alerte et de responsabiliser en disant tu peux faire quelque chose et ça agit.*

Ils affirmaient qu'il faut donc s'accorder le temps d'évaluer le retentissement des événements chez les patients, de rechercher les causes et les conséquences d'un potentiel mal-être.

*M5 : Donc peut-être leur laisser des trucs en mode : bah ça c'est pas normal, si vous voyez que tout le monde se moque, si vous voyez que la personne elle est triste dans son coin euh..., enfin voilà des trucs un peu..., ou qu'elle pleure souvent.*

*M9 : Oui on a des repérages avec des ados qui sont déscolarisés, qui commencent à faire des bêtises mais ça va en s'aggravant.*

*M12 : C'est super bien connu les facteurs de risque et typologie des personnes qui sont plus facilement agressées que d'autres. [...] Est-ce que tu es harcelé parce que tu es en surpoids, parce que tu es bi ou gay ou est-ce que tu es dyslexique. Il pourrait y avoir*

*plusieurs portes d'entrée justement.*

Face aux nombreux changements auxquels sont confrontés les adolescents, il leur semblait souhaitable de discuter de la normalité et de ses limites avec eux.

*M1 : Oui leur donner des repères pour*

*M14 : C'est juste qu'il est normal, il a une morphologie normale, certes mince mais comme toute sa famille, et du coup il a fallu quand même beaucoup expliquer, il avait quand même toujours cette pensée avec les standards qu'il avait en tête.*

*M4 : Ouais des espèces d'alerte, ce qui normal. M9 : Il faut leur expliquer que ce n'est pas comme dans les films. Ce n'est pas je te suce, un coup devant puis derrière etc. Ce n'est pas comme ça dans la vie. (Rires de tout le monde) C'est hyper important.*

Les MG mentionnaient notamment de les informer sur leur corps qui change (apparition des caractères sexuels, taille, etc.), mais aussi sur le comportement d'autrui (avec la notion du consentement par exemple ou le respect des libertés de chacun).

*M2 : Et puis aussi la compréhension du harcèlement n'est pas la même je trouve. Parce que justement quand ils se font harceler sur les réseaux sociaux pour certains c'est pas du harcèlement et ça c'est un peu compliqué des fois de réussir à déterminer si oui ou non ils se font harceler parce que pour eux non. S'ils ne se font pas taper, agresser c'est pas du harcèlement et en revanche sur les réseaux c'est la cata.*

*M9 : Après les vidéos, j'en avais déjà parlé, il y a une vidéo sur le consentement avec le thé notamment qui est aussi intéressante.*

Les MG suggéraient également de les sensibiliser aux différences, c'est-à-dire accepter que tout le monde ne présente pas les mêmes caractéristiques physiques,

sociales, psychologiques, etc. Et enfin de savoir les ramener à la réalité sans se laisser influencer par les tendances actuelles ou de les aider à identifier quelle forme peut prendre le harcèlement.

*M5 : Ah oui ! Oui ou alors moi je voyais en mode euh bah si tu vois quelqu'un dans la cour euh qui se fait chahuter ou que tu vois du cyberharcèlement sur les réseaux ou tu vois euh... Ba peut être donner l'alerte ou te dire que là il y a un problème. [...] Et à la fois euh tu peux être victime ou acteur sans même t'en rendre compte d'ailleurs. Et on ne se rendait pas compte de la gravité de la situation.*

*M5 : Oui ce qui est le harcèlement de ce qui n'en est pas. Souvent ils pensent que ça n'en est pas alors que ça en est.*

*M6 : Et puis la définition du harcèlement scolaire ce n'est pas la même. Le harcèlement vécu par l'ado ce n'est pas le même, il y en a plein qui vont le vivre de façons différentes, il y en a un qui embête et c'est tout. Et il y en a dès qu'ils titillent un peu ben voilà, ils se sentent harcelés.*

*M7 : C'est à partir des différences que naît le harcèlement.*

### **3.3.4 Le concours des ressources existantes**

#### **3.3.4.1 Le choix des moyens**

Les MG souhaitant être reconnus comme personne ressource par les adolescents évoquaient la nécessité de s'appuyer sur les outils existants notamment pour mieux identifier les adolescents en situation de mal-être. En interrogeant les MG, il ressortait qu'ils disposaient de peu d'outils adaptés et destinés à la communication avec les adolescents. Ils ne les utilisaient pas fréquemment et chacun mettait en place ses propres moyens, comme la vidéo de la tasse de thé sur YouTube ®.

*M9 : Moi c'est la tasse de thé, depuis que j'ai découvert la tasse de thé, je leur mets*

*souvent la tasse de thé. La tasse de thé est magique car on met la tasse de thé sur le portable à l'ado et on peut discuter avec les parents. Ce qui fait qu'en discuter avec les parents l'ado peut recevoir des messages visuels, et pendant ce temps, on peut envoyer d'autres messages.*

*M6 : J'en parle et je leur donne un post-it avec le lien pour les joindre*

Les MG reconnaissaient pourtant la nécessité de connaître les outils existants et de tests reconnus afin de pouvoir les utiliser à bon escient en consultation et proposer une prise en charge à la fois des problématiques somatique et psychique.

*M13 : Il y a des échelles éventuellement aussi, je pense que c'est le BITS pour savoir pour le harcèlement. Après, moi, j'ai une pratique de nutrition, donc les TCA c'est assez fréquent chez les adolescents, donc le SCOFF je le fais.*

Il existait donc une vraie demande d'outils simples, utiles, courts et faciles à intégrer dans la consultation avec les adolescents, afin de leur délivrer des messages d'information et de prévention adéquats.

*M13 : Après, la spécificité sur ces tests, ça reste aussi de reformuler ou de le caser au cours de la consultation pour ne pas que ça arrive comme un cheveu sur la soupe : [...] mais il y a plein d'autres questions qu'il faut peut-être saupoudrer au cours de la consultation, tout en sachant que derrière on a notre fil conducteur de notre test.*

Il était évoqué l'idée de proposer un support vidéo, un jeu comme moyen caché d'apprentissage ou encore le recours à des techniques d'entretien motivationnel.

*M10 : Moi, ce que j'utilise préférentiellement, ce sont les outils de communication basés sur l'entretien motivationnel, et ce genre d'outils, donc le reflet, explorer les freins en changement s'il y a un changement à envisager, et puiser le discours maintien, des choses comme ça, le DCRB.*

*M5 : A la base c'est boring et beaucoup trop compliqué du coup apprendre par le jeu ça reste pédagogique, sympa, ludique, tu passes un bon moment et du coup tu apprends des trucs. Sympa quoi !*

*M10 : L'apprentissage par le jeu, comme je venais de le dire, c'est toujours quelque chose qui fonctionne*

*M13 : Par contre, j'utilise pas mal le format vidéo puisqu'il y a une vidéo sur la souffrance de l'adolescence qui avait été faite par Philippe Blender.*

### 3.3.4.2 Le choix de ses alliés

Par ailleurs, les MG évoquaient la nécessité de ne pas rester isolés dans cette démarche, de savoir s'appuyer sur les structures existantes pour répondre au mieux aux besoins et attentes des adolescents. Les MG soulignaient donc l'importance d'un exercice coordonné particulièrement dans la prise en charge du mal-être et des pathologies psychiques chez les adolescents.

*M16 : Donc c'est une adolescente que je prends en charge conjointement avec le pédopsychiatre, les psychologues, on va dire des parce qu'il y a ceux de l'école et aussi ....*

*M15 : Donner des contacts pour tout ce qui est psychologue, rester disponible aussi pour l'équipe éducative s'ils ont besoin de nous, faire un certificat s'il y a des coups et blessures évidemment pour constituer un dossier pour le port de plainte, informer les parents aussi sur les différentes ressources, les applications, les numéros verts.*

En effet, ils reconnaissaient le besoin et la nécessité de déléguer certaines compétences à des professionnels de santé adaptés.

*M5 : Oui je l'ai réorienté à la consultation de transidentité du CHU. Qui est une consultation de pédopsychiatrie, euh, avec une endocrino-péd qui est spécialisée là-*

*dedans et qui fait la part des choses entre euh est-ce que c'est vraiment une transidentité ou est-ce que c'est un trouble du mal-être.*

*M1 : Ça je pense que c'est plutôt les psychiatres qui sont à jour que les médecins traitants pour le coup.*

Ils pensaient donc qu'il est important de pouvoir exercer la médecine générale au sein d'un réseau, notamment de pédopsychiatres, services hospitaliers, mais aussi de structures comme les maisons des adolescents et les établissements scolaires, qu'ils connaissaient afin d'orienter au mieux les patients.

*M5 : Ou est-ce qu'il voit déjà, oui c'est ça tu demandes souvent suivi psy, psychiatre, CMP .... Et en fait on devrait juste rajouter médecin traitant quoi. C'est vrai qu'on ne le fait pas.*

*M10 : Elle est allée voir un gastro pédiatre qui voulait lui mettre un régime particulier, qui voulait l'isoler de la cantine, qui ne voulait pas qu'elle mange avec les autres élèves. Heureusement, il m'a contacté. Je lui ai expliqué un peu ma vision des choses et il l'a comprise, donc il n'y a pas eu cette mise en place.*

*M16 : Après, il y a beaucoup de repérages faits dans les lycées avec les infirmières scolaires. Je trouve que ça c'est quand même, enfin pas toujours, mais disons qu'une ado qui va trois fois dans la même semaine pour une crise de spasmophilie à l'infirmerie, il y a l'infirmière scolaire qui met un peu son nez dans l'affaire quoi*

Ils mettaient en avant la nécessité toute particulière d'améliorer la communication et la coordination entre les différents acteurs pour réussir une prise en charge globale et multidisciplinaire des adolescents.

*M15 : Au collège on avait fait un truc, c'était une boîte à questions, mais tu sais la boîte à questions elle avait genre duré 15 jours, les gens avaient le temps de mettre des petites questions et c'était vraiment anonyme et c'était une infirmière du planning familial qui était*

*passée dans la classe et qui avait lu toutes les questions et qui avait répondu à toutes les questions.*

*M16 : Et même d'avoir appelé moi-même l'infirmière scolaire en disant je suis embêtée avec une ado, est-ce que vous pouvez trouver une solution pour la voir mais mine de rien.*

### **3.4 Un outil au service de l'alliance médecin-adolescents**

Face à la frustration des MG d'assister impuissant à la dégradation de leur relation avec les adolescents en devenir, l'*escape game* était proposé comme un outil innovant permettant de faire de la prévention auprès des adolescents et d'améliorer le lien médecin-patient.

#### **3.4.1 Une réponse aux besoins**

##### **3.4.1.1 Les besoins du MG**

Les MG évoquaient l'importance de faire de la prévention à la fois primaire et secondaire, notamment concernant les situations de mal-être des adolescents, pour atteindre un large public.

*M14 : En répondant, je me disais en fait non, ce n'est pas forcément nécessaire que ce soit un ado qui n'aille pas bien, au contraire, ça peut être l'occasion de le faire en amont.*

*En le disant je me suis dit bah non en fait, ça peut être proposé un peu plus largement*

*M4 : Dans un but purement de prévention primaire surtout.*

*M15 : Oui, ça peut être proposer systématiquement à l'adolescent, c'est vrai qu'instinctivement, je l'aurais proposé plutôt à un jeune où tu, alors que peut-être justement, ce serait de la prévention primaire et pas de la prévention secondaire*

Ils pensaient nécessaire d'utiliser des méthodes alternatives de communication

et de prise en charge qui pourraient intervenir de manière moins formelle et sortir du cadre strictement médical d'une consultation classique. Créer un lieu ou un espace dédié pour permettre à l'adolescent de s'exprimer était une des propositions.

*M1 : Donc pourquoi pas créer aussi des lieux où ils peuvent se sentir en confiance pour parler.*

*M4 : Mais je pense que c'est quand même important qu'il y ait le médecin qui y participe pour euh le voir dans un autre contexte. Ça peut être un peu moins formel que celui de la consultation où on prend rendez-vous, on vient pour parler de quelque chose.*

*M13 : Un jeu d'apprentissage ou un jeu de réalité virtuelle ou une simulation sur des jeux vidéo ? Parce qu'il y a ça aussi les jeux de mises en situation avec des casques de réalité virtuelle ou des choses, et ça nous permet de tester des situations et de voir quels sont les moyens qu'on met en place pour s'en sortir, si je puis dire.*

Pour cela, ils se montraient convaincus de l'intérêt de la pédagogie par le jeu et étaient enthousiastes à l'évocation de l'*escape game*. En effet, il s'agit d'un jeu relativement récent, connu et apprécié à la fois des jeunes et des plus âgés qu'il leur paraissait donc facile de promouvoir.

*M14 : Si c'est bien fait oui il y a moyen de trouver un moyen de faire un peu dans les deux sens, que l'ado joue et qu'en même temps il reçoive des infos*

*M10 : Donc, je connais l'escape game mais je n'y ai jamais participé. Je pense que ça peut être une excellente idée parce que l'apprentissage par le jeu, comme je venais de le dire, c'est toujours quelque chose qui fonctionne...*

*M10 : L'apprentissage par le jeu, c'est quelque chose qu'on maîtrise [...] c'est quelque chose qui fonctionne bien puisqu'on n'a pas l'impression d'apprendre et il y a des messages qui passent naturellement.*

En outre, le principe coopératif et immersif du jeu leur semblait être une bonne idée favorisant l'ancrage mémoriel de l'expérience et des informations communiquées.

*M2 : Et puis surtout vu que c'est dans des schémas pas conventionnels des fois il y a des ... un effet à long terme, t'as pas un effet juste sur le moment. Si l'enfant ou l'ado se retrouve à nouveau confronté à la situation ou qu'il reconnaît une situation de l'escape game peut-être qu'il se dire « ah tiens on avait déjà fait ça ! ».*

*M4 : Ça fait adhérer vachement l'enfant à ce qu'on lui présente et après il a envie d'y revenir parce qu'il en bon souvenir s'il s'est amusé.*

*M15 : Après je pense que quand tu as le côté un peu genre où tu le vis par ... genre nous on apprend plus en stage des fois que dans notre livre mais parce que tu retiens, genre tu l'as vécu quoi, alors que quand on te dit juste attention faut faire çà, quand c'est juste de la prévention et que tu es juste passif dans la solution qu'on t'apporte, ce n'est pas la même chose que quand tu es actif et impliqué en physique quoi, en vrai j'ai cette sensation-là.*

*M2 : C'est équipe et coopératif.*

### 3.4.1.2 Les besoins des adolescents

Les MG rappelaient également l'importance pour ce nouvel outil de répondre aux besoins des adolescents. Ils souhaitaient donc que leurs avis et attentes aient été recueillis afin de concevoir un outil ciblé efficace.

*M5 : Bah tu vois ce serait intéressant de demander aux ados aussi.*

*M10 : La problématique que moi j'y verrai, c'est de trouver un thème commun qui puisse intéresser les ados. C'est que nous, quand on voit un ado, il a une problématique qui est assez spécifique [...] Donc, je pense que ça pourrait être intéressant de pouvoir recruter plusieurs adolescents qui ont une problématique à peu près similaire pour leur proposer un travail puisque l'escape game en solitaire ça n'a pas d'intérêt, donc il faut trouver*

*plusieurs problématiques proches je pense, et c'est un des écueils que j'y verrai moi.*

Par exemple, le choix d'un thème attractif pour les adolescents apparaissait important pour eux tout comme le scénario qui pourrait se baser sur des situations réelles choisies par les jeunes.

*M1 : Il faut chercher la forme qui leur plairait et du coup trouver le fond qui pourrait être euh...*

*M12 : Tous les médecins qui se sont une fois prêtés à l'exercice vont essayer dans la tête des jeunes comme ça, essayer de comprendre si vous travaillez avec des vrais verbatim, des vraies situations vécues, des retours d'expériences.*

*M12 : A partir des vraies histoires, faire du verbatim. Vous allez recueillir du verbatim peut-être des gens. Du verbatim de jeunes et partager ça, faire découvrir ça.*

De même, les participants seraient à recruter selon les souhaits des adolescents (entre amis, personnes de même genre, etc.) et d'une durée adaptée.

*M2 : Bah après c'est euh, ça peut être bien, mais est-ce qu'il n'y aura pas peut-être un frein sur le fait qu'ils ne vont pas se connaître. Ce sera peut-être une situation où ils vont être mal à l'aise ? Donc sur le papier ouais mais en pratique est-ce que ça va marcher en fait ?*

*M4 : Bah tu le fais avec des copains !*

*M10 : Oui mais encore une fois, je pense que ça ne doit pas être une obligation, ça doit être une proposition.*

*M15 : Est-ce qu'ils se diraient je refuserai parce qu'il y aura untel de telle classe, qui ne fait pas partie de mon groupe de potes, du coup je serai peut-être un peu jugé ou alors lui aussi vit la même situation et à l'inverse ça va les rapprocher, je ne sais pas, ça c'est un*

*truc je ne sais pas comment eux les adolescents ils appréhendent le fait que ce ne sera pas de vrais anonymes.*

Les MG pensaient qu'il serait par ailleurs probablement nécessaire de trouver un moyen de motivation pour favoriser la participation des patients, par exemple un goûter ou autre avantage.

*M4 : Ouais ça on connaît tous la difficulté de donner de la motivation aux adolescents.*

*M10 : Mais je ne sais pas comment le prendrait l'ado sur une prise en charge où il n'a pas besoin absolument d'un résultat positif ou négatif pour participer ou pour passer en classe supérieure, enfin je ne sais pas si je mets fait comprendre quand je dis ça.*

#### **3.4.1.3 Les thèmes**

Plusieurs thèmes étaient proposés par les MG pour ce nouvel outil que serait l'*escape game*. Il s'agissait de sujets auxquels ils avaient l'impression d'être souvent confrontés, face auxquels ils se sentaient les plus démunis ou encore ceux pour lesquels ils estimaient faire peu ou pas de prévention en consultation par manque de temps. Nous pouvons donc citer : le harcèlement et cyberharcèlement, le mal-être des adolescents avec éventuellement la crise suicidaire, l'accompagnement aux changements et l'éducation aux différences, les règles hygiéno-diététiques notamment par rapport au temps passé devant les écrans et le sommeil, et enfin une sensibilisation aux problématiques liées aux réseaux sociaux.

*M4 : Sur le plan de la prévention, déjà le rappel des règles hygiéno-diététiques de sommeil, d'écran, de consommation des réseaux sociaux tout ça qui sont quand même hyper impactant dans la santé mentale.*

*M5 : Oui j'avoue le cyberharcèlement il faudra peut-être en parler aussi. On verra ce qu'ils voudraient mais*

*M12 : Le harcèlement scolaire, franchement tristement en recrudescence là, en recrudescence et violences. On regarde juste les nouvelles, les suicides. Tout ce qui est inclusivité, orientation sexuelle, d'ailleurs, j'espère que ça va bientôt paraître dans Exercer. [...] Moi, je pense que ça sera le thème, parce que ça englobe tout.*

*M14 : C'est vrai que le mal-être typiquement c'est un sujet qui s'y prêterait vachement bien en escape game*

Les MG ont également proposé d'utiliser cet outil pour définir les limites de la normalité avec les adolescents et pour leur apprendre à identifier les signes d'alerte de situations à risques.

*M3 : Et la même chose pour toutes les situations de harcèlement sur un réseau. Peut-être les situations où c'est pas normal.*

*M1 : C'est un truc assez psychologique si on veut parler de l'état mental si on fait un escape game très professionnel mais il faut pas trouver des codes etc., c'est plutôt des énigmes à résoudre qui fait réfléchir sur leur personnalité, leur place dans le monde, dans leur vie actuelle.*

*M9 : Chez les ados, c'est plus, est ce que je suis normal. Est-ce que j'ai des grosses totottes ? Est-ce que j'ai une grosse bite ? Un truc terrible avec les filles c'est la taille des petites lèvres. Est-ce que je suis normale physiquement, est ce que je pense la même chose que les autres ?*

### **3.4.2 L'escape game un outil fédérateur précurseur d'une nouvelle ère**

#### **3.4.2.1 Les prérequis organisationnels**

Les MG, adhérant à l'idée d'utiliser un *escape game* comme outil de prévention des situations de mal-être chez les adolescents, insistent sur certains aspects

organisationnels pour la mise en œuvre de cet outil innovant.

*M14 : Et après c'est vrai que ça ce serait peut-être plus pertinent dans des cabinets de groupe, dans des maisons médicales, dans des choses où il y a plus de monde donc plus d'interlocuteurs et une équipe médicale peut-être plus grande et avec plus de temps pour le faire, et du coup plus de place,*

*M5 : Bah ça dépend des endroits dans les MSP normalement il y a toujours une espèce de salle de réunion euh. Moi j'en ai une où il y a une salle de réunion où c'est le repas aussi enfin c'est un peu la salle à fourre-tout de dès qu'on doit se réunir donc ça pourrait largement faire office de. Cabinet de groupe généralement c'est un peu...*

*M9 : Alors le problème c'est comment tu les mets dans ton escape game ? Le jeu se fait où ?*

Ils proposaient de valoriser cet outil dans une démarche de santé publique, et donc d'intégrer la réalisation de l'*escape game* aux projets de MSP comme les ateliers Education Thérapeutique du Patient (ETP).

*M14 : Mais oui c'est vrai que les moments comme tu dis les demi-journées d'éducation thérapeutique qui sont dans les maisons médicales, ce serait vachement pertinent*

*M5 : C'est un peu en effet comme l'ETP quand tu es en MSP et que tu fais des samedi matin de diabète.*

De même que pour ces ateliers, le jeu se déroulerait donc au sein de la MSP dans un local dédié, le financement pourrait provenir des fonds attribués par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une personne dédiée à son organisation et animation serait à prévoir.

*M2 : Bah dans les MSP typiquement les MSP avec des MSU ça peut être intéressant. Ça fait que tu es présent sur la structure, t'as par exemple ton interne à côté qui fait ses*

*consult. Et toi t'es à faire ton escape game donc t'es pas sur un soin urgent t'es pas sur un truc urgent et tu peux te détacher rapidement pour euh aider l'interne ou ce genre de choses.*

*M2 : Parce qu'ils ont des obligations en tant que MSP pour être à l'ARS d'avoir justement tous les ans soit des protocoles qu'ils réétudient soit justement des actions locales etc, donc c'est là-dessous que ça peut s'inscrire.*

*M9 : Si on connaît l'outil. Après on peut l'intégrer dans le projet de santé de la MSP, soit avec un partenaire ou trouver un financement. Ça peut s'intégrer dans un projet de maison de santé, ce n'est pas un souci ça. Il faut qu'on connaisse l'outil.*

*M9 : Il faut trouver la personne référente qui comprend le jeu et organise ça.*

Les MG pensaient en outre qu'il serait bénéfique qu'un professionnel de santé y participe (infirmière, médecin) pour justifier d'une certaine crédibilité scientifique et médicale auprès des adolescents.

*M15 : Où ce n'est pas juste des cartes que tu coches, où tu as vraiment l'équipe de la maison médicale qui s'implique. Alors après en termes de faisabilité voilà*

*M14 : Par contre un professionnel médical c'est peut-être plus pertinent quand même qu'un personnel lambda, et du coup l'adolescent pourra mettre tout le monde dans la même case en mode ce sont des alliés*

*M14 : Les soignants c'est des alliés, plutôt que si c'est quelqu'un qu'ils ne connaissent ni d'Eve ni d'Adam ou alors qui n'a aucun lien avec le milieu médical où ils se diront c'est un peu théorique. Mon avis personnellement ce serait plutôt quelqu'un du domaine médical.*

Et notamment les MG pensaient qu'ils pourraient avoir un rôle à jouer dans la validation de ce nouvel outil. Ils souhaitaient donc tester l'escape game en amont afin

d'en connaître le contenu exact et le déroulé avant de le proposer à leurs patients.

*M9 : Si on connaît l'outil en amont, on se réunit dans le cadre de la MSP avant pour l'installer. On peut trouver un partenaire qui va jouer avec. A condition que l'outil lui plaise.*

*M15 : Je pense que j'aurais besoin de faire une première fois pour, tu vois y participer en tant qu'individu et pas en tant que docteur, pour voir ce que c'est,*

Par ailleurs, ils se posaient des questions concernant le recrutement des patients qui selon eux devrait se faire sur la base du volontariat avec une limitation du nombre de participants pour former de petits groupes homogènes d'adolescents.

*M10 : Mais j'imagine bien que MSP ou CPTS, c'est quelque chose qui peut vraiment faire lien et être intéressant justement pour recruter 2-3 adolescents avec une problématique similaire ou suffisamment proche pour qu'elle puisse faire l'objet d'un serious game ou d'un escape game.*

*M14 : Parce qu'un médecin seul n'aura pas forcément de quoi faire une partie tous les 2-3 mois forcément. Si à l'inverse tu proposes à un ado et qu'il faut attendre 3 ans pour avoir une équipe de 4-5, forcément tu perds le bénéfice.*

*M16 : Après je pense que rien n'est impossible, [...] mais identifier un groupe d'ados prêts à participer ensemble à un escape game, à un après-midi sur la prévention du harcèlement sous la forme d'un escape game, ça paraît possible, pas simple à mettre en place*

#### **3.4.2.2 Les prérequis à une bonne relation médecin-adolescent**

Les MG pensaient qu'il serait utile de se servir de l'outil pour informer les adolescents sur les rôles du médecin traitant, du psychologue, de l'infirmière scolaire, du CPE, des parents, avec chacun leurs spécificités et la manière dont ils peuvent s'articuler autour de l'adolescent. Et de permettre ainsi au médecin traitant de se

positionner clairement dans la relation avec l'adolescent.

*M10 : Ça dépend ce que l'on appelle personne ressource, si c'est personne intégrée dans le cercle de prise en charge derrière, oui. [...] je pense en tout cas que ça serait bien de proposer aux ados que le médecin traitant puisse être réceptionnaire des conclusions du jeu ou autre. Donc, c'est à l'ado aussi de dire, je veux que mon médecin soit intégré, ou non.*

*M14 : C'est vraiment tout l'intérêt de faire ça, justement pour montrer qu'on est là, et ceux qui n'ont pas envie de l'être, ne feront pas l'escape game, les médecins qui n'ont pas envie d'être le point de contact. Enfin je ne sais pas, c'est mon avis.*

*M4 : Peut-être aussi leur rappeler dans l'escape game, le rôle de chacun des intervenants qu'ils peuvent rencontrer. Le rôle du médecin traitant, le rôle de l'infirmière scolaire, le rôle du psychologue, ...*

Il leur semblait également intéressant de prévoir un retour d'expérience des adolescents afin que l'escape game puisse constituer un précurseur à une consultation avec le médecin traitant.

*M15 : En gros tu fais une consultation, tu proposes après un mercredi d'éducation thérapeutique dans ta maison médicale et tu lui donnes rendez-vous 1 semaine - 15 jours après en lui disant qu'est-ce que tu en as pensé, est-ce qu'il y a des trucs dont tu aimerais parler ? Surtout ceux avec qui tu as eu le feeling, où tu t'es dit peut-être qu'il ne m'a pas tout dit.*

*M5 : Oui oui, justement ça créerait du lien avec l'ado. Donc on le reverrait ensuite euh. Et puis il serait plus à même de revenir justement si jamais il voit un truc qu'il a vu à l'escape game et donc oui pourquoi pas.*

*M6 : Même un entretien avant et après, ça permettrait aussi de savoir ce qu'il a percuté ou*

*pas et s'il y a des améliorations à apporter au jeu.*

Cet outil pourrait même être un facilitateur d'entretien dans certaines situations délicates ou sur certains sujets gênants. Il était donc important pour les MG qu'il soit intégré dans un parcours de soins ou une prise en charge globale déjà existante.

*M6 : il faudrait presque que ce soit un parcours d'ETP [...] avec un entretien avant avec des objectifs au jeu... fin j'exagère ... mais qu'ensuite on fasse le jeu et qu'il y ait un retour, une évaluation partagée de ce jeu, de ce qu'il a apporté, ce qu'il a appris pendant le jeu etc.*

*M18 : En tout cas moi oui, comme personne ressource ça me branche bien, si besoin d'un intervenant, si besoin de solliciter quelqu'un après avoir été détecté comme un risque, y compris hors patientèle pourquoi pas, si la personne veut en parler avec quelqu'un d'autre que son médecin habituel.*

*M14 : Ils se disent bah lui il me comprend aussi et peut-être que du coup ça peut ouvrir un petit peu plus facilement le dialogue entre eux et même avec le médecin.*

Enfin, en fonction des thèmes abordés, les MG pensaient intéressant de prévoir un support informatif destiné aux adolescents avec les grandes informations communiquées au cours du jeu.

*M15 : Et peut-être à la fin donner une petite fiche récapitulative un peu des numéros verts, des sites, ou se renseigner pour que tu aies un support écrit avec les ressources.*

*M5 : Mmmmmm, ouai, euh, oui je pense qu'en ayant, oui s'il y a des take home messages, sans que ce soit que de l'amusement je pense que ça peut l'être.*

### 3.4.3 Les pièges à éviter

#### 3.4.3.1 La simplification

Même si les MG interrogés étaient globalement enthousiastes concernant l'idée d'un outil innovant dédié à l'adolescent, les MG craignaient que la mise en place d'un nouvel outil de type *escape game* ne leur occasionne une surcharge de travail, leur prene du temps et que le recrutement soit complexe.

*M14 : C'est vrai que je pense qu'il faut qu'il y ait un temps dédié pour ça c'est sûr, parce qu'après c'est vrai qu'il y a le facteur temps qui risque d'être limitant même pour les deux, pour l'ado et pour le médecin, il y a le facteur temps qui peut être un frein quand même pour la réalisation de cet escape game*

*M1 : La question c'est genre « est ce que vous donneriez une demi-journée pour faire ça dans votre mois ? ». Nous on répond oui mais eux, enfin certains médecins qui ont 55-65ans qui ont des patientèles énormes qui ont déjà pas de temps pour euh autre chose, ils vont pas. Je parle à leur place mais ...*

*M1 : Ça demande clairement de l'investissement. Du temps et ...*

Ils avaient donc mis l'accent sur la nécessité d'un outil dont la gestion des contraintes spatio-temporelles ne leur reviendrait pas et dont la mise en place serait simple avec peu de formalités administratives.

*M2 : C'est si t'en as un qui est branché là-dedans, pour eux c'est un peu du pain béni parce que si tu leur livres un kit complet en leur disant « ba voilà ça fait tant de temps, il faut vous former avec ça, tout est fourni ». Ils ont pas besoin de grand-chose donc ça peut être aussi pas mal hein.*

*M16 : S'il y a un support pédagogique qui nous permet de faire ça, pourquoi pas un atelier d'éducation thérapeutique.*

Ils avaient évoqué une solution clé en main avec un intervenant extérieur comme gestionnaire et formateur.

*M10 : Je pense qu'il faut un kit tout fait d'utilisation, [...] donc je pense qu'il faut qu'il y ait des spécialistes de cette technique qui nous livrent [...] on ne fait qu'appliquer un protocole qui est très bien huilé, qui est en constant renouvellement, en constantes adaptations, donc ça peut être intéressant mais ce n'est pas à nous de le mettre en place, il faut qu'on utilise quelque chose qui soit clé en main.*

### 3.4.3.2 L'implication des médecins

L'implication des MG dans la mise en œuvre du jeu est primordiale. Les MG souhaitaient que le jeu leur soit présenté en amont afin qu'ils puissent le valider avant son utilisation.

*M9 : Oui, si le jeu me plaît oui mais je ne proposerai pas un jeu sans l'avoir vu avant. Il y a de l'information délibératoire, il y a information et publicité et il ne faudrait pas que je sois mal à l'aise, pas d'accord par rapport à ce qu'il a dedans.*

*M9 : Non non, mais je ne voudrai pas être en porte à faux après par rapport à mes propres convictions, « qu'un ado me dise dans le jeu vous avez dit ça et que je ne sois pas d'accord » Il faut connaître l'outil avant de le proposer.*

Il serait donc nécessaire de prévoir une séance de formation à destination des médecins et de pouvoir rendre le jeu adaptable en fonction des besoins et expériences de chacun.

*M16 : A partir du moment où on a la formation, on peut utiliser le support pédagogique*

*M9 : Si on connaît le jeu, on saura vous dire qu'elle sera la personne ressource localement qui pourra l'utiliser le mieux.*

Les MG insistent sur l'importance pour eux de maîtriser l'outil avant de le

proposer à leurs patients notamment afin de pouvoir répondre à d'éventuelles questions.

*M6 : En ETP, il faut avoir été formé. Il y a forcément des questions qui vont se poser. Il faut que l'animateur puisse avoir les informations à faire passer si elles sortent pendant le jeu. Et de la bonne façon.*

## 4 Discussion

### 4.1 La discussion autour des principaux résultats

L'analyse des données a permis la construction d'un premier modèle intégratif.

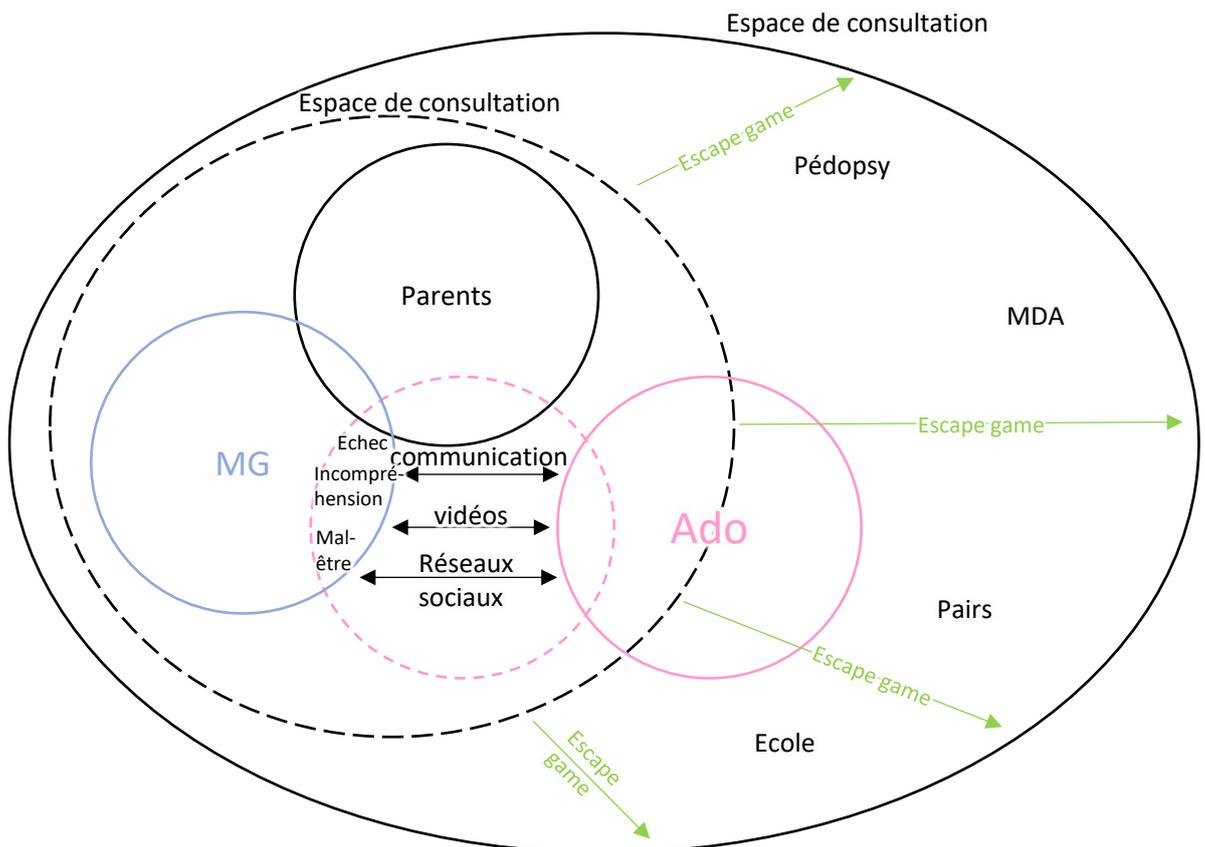


Figure 1 L'extension nécessaire de l'espace de consultation

Puis, la confrontation avec les résultats obtenus dans la thèse miroir réalisée par Elise Planchez sur les représentations des adolescents, a permis de réaliser un nouveau modèle. Ce nouveau schéma a donc été construit en réalisant une synthèse des résultats des deux études et en les analysant cette fois à la lumière des retours des adolescents et des MG.

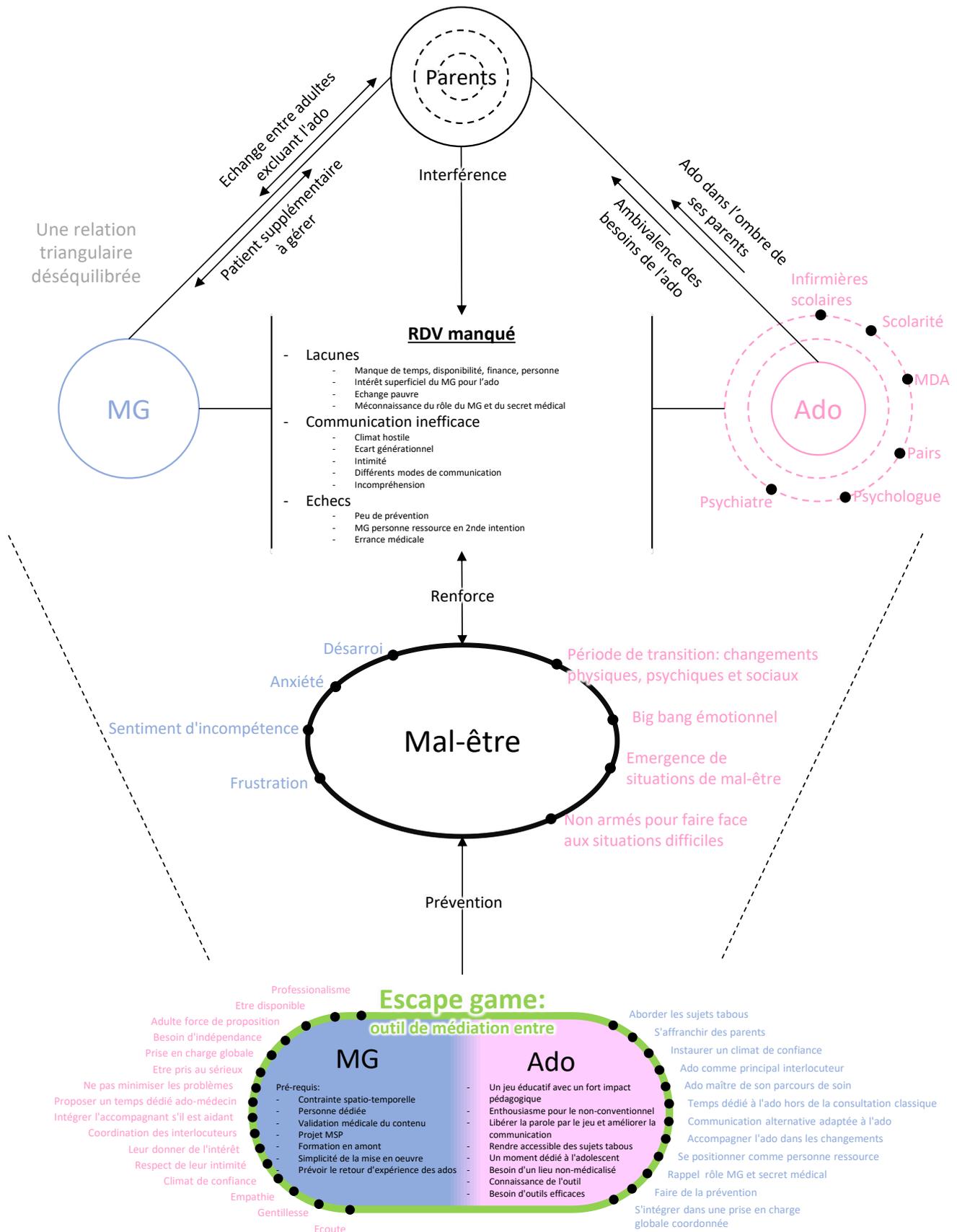


Figure 2 Schéma : L'escape game un outil de sensibilisation aux situations de mal-être, facilitateur de la rencontre entre l'adolescent et son médecin généraliste.

### **4.1.1 Une relation complexe**

#### **4.1.1.1 Lacunaire**

Les MG se sentaient désarmés et le manque de ressources auquel ils affirmaient être confrontés leur donnait l'impression de ne pouvoir effectuer qu'une prise en charge lacunaire des adolescents (17), ce qui affectait leur relation avec le patient. Dans la littérature on retrouve effectivement que les consultations avec les adolescents sont une source d'anxiété importante pour les MG (18).

Ils relataient en outre éprouver des difficultés de communication avec les adolescents, qu'ils attribuaient à un décalage de génération, une incompréhension globale et un sentiment de manque de compétences, perturbant ainsi la confiance mutuelle, comme le décrit également Philippe Binder (2).

La littérature caractérise cette situation comme un rendez-vous manqué entre les MG et les adolescents (6) : l'accumulation du manque de ressources et des difficultés relationnelles qui jalonnent le parcours médical des adolescents, entraînaient un sentiment d'échec chez les MG leur faisant craindre que leur prise en charge des adolescents soit inadaptée, inefficace, voire bâclée.

#### **4.1.1.2 Triangulaire**

Dans la littérature, il est mis en évidence que l'emprise du tiers accompagnant l'adolescent s'exprime de diverses manières en consultation (2).

L'évolution de la relation de l'adolescent avec ses parents fait partie des nombreux changements qui surviennent à l'adolescence. Cette évolution provoque un déséquilibre dans la relation triangulaire existant entre le médecin traitant, l'entité parentale et l'enfant.

Les MG rapportaient que l'adolescent sujet à des sentiments ambivalents

partagés entre émancipation et besoin de réassurance vis-à-vis de ses parents, peine à trouver sa place en consultation. Dans les focus groupes réalisés, il ressortait que la présence des parents représente un patient supplémentaire à prendre en compte par les MG, qui doivent donc les intégrer à la consultation et dont les interactions avec l'adolescent impactent le déroulé du rendez-vous.

Il est toutefois évoqué dans la littérature que les MG ont tendance à surévaluer l'impact négatif des parents sur l'expression de leur enfant (30).

#### **4.1.1.3 Un contexte difficile**

L'adolescence était perçue par les MG comme une période au cours de laquelle leurs patients subissent des changements physiques et psycho-sociaux importants, engendrant une réserve, voire un retranchement, constatation qui est également retrouvée dans la littérature (1) (2).

Une des principales difficultés évoquées par les MG était la pauvreté de la communication et de l'échange en consultation avec les adolescents, pauvreté accentuée par une distanciation dans la relation qui semble être liée à la réduction du nombre de consultations pendant l'adolescence. En effet, on retrouve dans la littérature que les adolescents consultent moins que la population générale (31).

Les MG ressentaient une certaine frustration face à leurs patients adolescents avec qui le lien s'étirole au fur et à mesure de l'adolescence sans qu'ils ne réussissent à l'empêcher.

Les adolescents sont une population de patients vivant une situation complexe de transition que les MG considéraient comme une population difficilement accessible, avec laquelle ils ont par conséquent des difficultés à créer une relation de confiance et à la pérenniser. Plusieurs travaux de recherches ont été effectués afin de répondre à la question de comment aborder la consultation de médecine générale avec les

adolescents (2)(6). L'INPES a d'ailleurs conçu un outil d'intervention en éducation pour la santé « *EntreNous* » afin d'aider les professionnels de santé à initier et mettre en œuvre une démarche auprès des adolescents pour favoriser et entretenir les relations avec eux (32).

#### **4.1.2 L'*escape game* : un outil de médiation**

##### **4.1.2.1 Un espace dédié aux adolescents par leur MG**

Les médecins étaient donc convaincus de la nécessité de replacer l'adolescent au centre de la consultation pour l'investir comme interlocuteur principal et le rendre acteur de sa prise en charge. Favoriser une approche globale de la santé, centrée sur l'adolescent est d'ailleurs un des principaux objectifs du guide de l'INPES « *EntreNous* » (32).

L'*escape game*, utilisé comme nouvel outil de sensibilisation des adolescents notamment sur un sujet tel que le mal-être, suscitait un enthousiasme chez les MG qui indiquaient se sentir démunis face à ces patients. Il permettrait de répondre au besoin de disposer d'un temps informel pour les adolescents et renforcerait, via leur participation au jeu, leur relation avec le médecin traitant.

Il pourrait ainsi permettre aux MG de se positionner de manière précoce comme personne ressource pour les patients jeunes, tout en donnant à l'adolescent l'opportunité de s'exprimer hors cadre médical. L'*escape game* pourrait donc être utilisé par les MG pour le suivi des adolescents comme outil de sensibilisation sur des sujets délicats, et être précurseur à une consultation de retour d'expérience.

##### **4.1.2.2 Une communication adaptée : un langage commun**

L'adolescent ne s'exprimant plus comme un enfant et utilisant des nouveaux modes de communication, les MG avaient identifié la nécessité de s'adapter en

utilisant des moyens adaptés et conformes à leurs usages (réseaux sociaux, vidéos), afin de maintenir une communication qui permettrait d'acheminer le patient vers une nouvelle relation médecin-adolescent. Certaines études menées auprès des adolescents mettent également en évidence ce besoin de renouvellement dans les outils de communication notamment dans un but de prévention (33) (34).

Dans les entretiens avec les MG, il ressortait une réelle volonté d'aide et une remise en question des MG quant à leur prise en charge médicale. Ceux-ci avaient identifié des besoins et leviers d'action pour améliorer leur communication avec les patients adolescents sans pour autant réussir à les mettre en pratique en consultation.

L'*escape game*, proposé comme un outil permettant de faire de la prévention auprès des adolescents, par son caractère innovant, informel, et ludique, pourrait donc répondre à la fois aux besoins des adolescents et des MG, faciliter leur communication et améliorer le lien médecin-patient.

#### **4.1.2.3 La sensibilisation pour lever les tabous**

Être une personne ressource impliquait, selon les médecins interrogés, d'être disponible, de faire de la prévention et d'accompagner les adolescents dans leur parcours. Tels sont les prérequis également mentionnés à plusieurs reprises par Philippe Binder (2) (6).

L'*escape game* serait donc proposé aux MG comme outil de prévention, en particulier pour les situations de mal-être chez les adolescents, afin de modifier et consolider durablement le lien médecin-adolescent. Et ce, de telle sorte que le médecin soit, en cas de besoin, clairement identifié et accepté comme personne ressource par l'adolescent.

L'*escape game* était envisagé par les MG comme un dispositif devant s'inscrire dans un cadre opérationnel sous forme de projet de prévention des jeunes en MSP ou

en collaboration avec les établissements d'accueil des adolescents (MDA, scolaire). En effet, les MG évoquaient l'importance de disposer et de maîtriser de moyens techniques et humains et de faire partie d'un réseau coordonné pour une prise en charge globale. Il existe d'ailleurs depuis novembre 2016 le plan « *Bien-être et santé des jeunes* » qui vise à améliorer la santé des jeunes en France à travers la mise en place de nouvelles actions (35).

## **4.2 Les forces et limites de l'étude**

### **4.2.1 Les forces de l'étude**

#### **4.2.1.1 L'originalité de l'étude**

Cette étude était innovante dans son domaine car elle s'intéressait d'une part à une problématique de santé publique d'actualité, à savoir la santé des adolescents, et d'autre part à l'utilisation en santé des jeux d'évasion ou *escape game*. Bien que largement appréciés et reconnus comme activité de loisir grand public, les jeux d'évasion restent peu utilisés dans le domaine de la santé. On retrouve dans la littérature quelques mentions de leur utilisation dans un but pédagogique à destination des étudiants et soignants mais très peu pour les patients. Par ailleurs, les nombreuses campagnes d'information actuelles concernant la santé des adolescents, notamment au sujet du harcèlement scolaire, mettent peu en avant le rôle du médecin généraliste auprès des adolescents. Il n'existe pas de travail de recherche s'intéressant aux besoins des médecins généralistes concernant la prise en charge des situations de mal-être chez les adolescents et encore moins sur l'utilisation d'un jeu d'évasion comme outil de sensibilisation en médecine de ville. Le deuxième atout novateur de cette étude est la réalisation en miroir d'un travail de recherche sur une population

d'adolescents.

#### 4.2.1.2 La scientificité de l'étude

La méthodologie qualitative s'inspirant de la méthode par théorisation ancrée était adaptée pour cette étude qui visait à recueillir le ressenti des médecins généralistes sur leurs interactions avec les adolescents ainsi que leurs besoins.

Le recrutement d'un échantillonnage raisonné théorique a permis d'obtenir des avis pertinents et adaptés au fur et à mesure de l'analyse séquentielle des données. Ainsi, la population recrutée était diversifiée aussi bien du point de vue démographique (âge, sexe, parentalité) que de l'expérience professionnelle (exercice rural/urbain, installés/remplaçants, MSP/cabinet seul, enseignants ou non, formations annexes, activité complémentaire).

Les entretiens menés sous forme de focus groupes semi-dirigés ont permis d'étudier et de comparer les points de vue des médecins. La présence de pairs a contribué à animer les débats, stimuler la réflexion collective et enrichir les échanges. Ils ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien évolutif jusqu'à l'obtention de la suffisance des données (annexe 6 et 7).

Tous les entretiens ont été retranscrits *ad integrum*, et les verbatim enrichis de nuances non verbales (annexe 8), permettant une interprétation plus fine des échanges.

L'analyse des données a systématiquement été l'objet d'une triangulation par une deuxième chercheuse, limitant ainsi la subjectivité des résultats obtenus.

Cette étude respectait trente critères de la grille COREQ sur trente-deux (annexe 1).

Enfin, la chercheuse principale a tenu un journal de bord tout au long du travail de recherche renforçant la scientificité des résultats de l'étude (annexe 9).

Même s'il n'est pas possible d'affirmer que les participants de l'étude sont parfaitement représentatifs d'une population cible, le recueil et l'analyse des verbatim a permis la construction d'un modèle explicatif cohérent. Par ailleurs, il s'accorde avec les données recueillies dans le travail de recherche réalisé en miroir chez des adolescents. Enfin, ainsi que mentionné précédemment, les résultats obtenus concordent avec la littérature.

#### 4.2.2 Les limites de l'étude

Ce travail était la première étude qualitative de la chercheuse, qui ne connaissait donc pas cette méthodologie auparavant. Elle avait suivi le cours « *Initiation à la recherche qualitative en santé* » dispensé pendant son cursus à la faculté de médecine de Lille et complété sa formation en s'aidant du livre « *Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire* » (36). Par ailleurs, la chercheuse ne connaissait pas la technique d'entretien semi-dirigé et n'avait pas d'expérience pour l'animation d'entretiens de groupe, ce qui a pu être une limite à la fluidité des entretiens et l'expression des participants. Un entretien pilote avait été mené en conditions réelles afin que la chercheuse se familiarise avec ce type d'échange et afin de valider le guide d'entretien.

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 pour la plupart des entretiens et la réalisation en visioconférence pour l'un d'entre eux, pouvaient entraîner une perte d'informations, en particulier concernant les interactions des protagonistes. Toutefois, les entretiens ont été menés en présence d'une co-chercheuse dont le rôle d'observatrice a permis de

porter une attention particulière aux réactions individuelles et interactions du groupe et donc d'aider dans la modération des échanges. Et il a donc été possible de consigner le plus fidèlement possible les réactions non verbales des participants dans les verbatim (annexe 8).

La subjectivité et l'interprétation de la chercheuse font intrinsèquement partie de la recherche qualitative, et en particulier la qualité d'interne en médecine générale de la chercheuse constitue un biais majeur puisqu'elle était influencée par son expérience personnelle sur le sujet étudié et qu'elle entretenait une relation particulière avec les médecins interrogés, à la fois des pairs et des aînés. Mais une méthodologie rigoureuse, la triangulation des analyses par la co-chercheuse et la tenue d'un journal de bord consignant la réflexivité de la démarche ont permis de préserver au maximum la scientificité de l'étude (annexe 9).

L'échantillonnage théorique classiquement utilisé dans les études qualitatives s'inspirant de la méthode par théorisation ancrée ne permettait pas le recrutement d'une population représentative de médecins généralistes. Mais, le recrutement des participants au fil des entretiens guidé par la théorie émergente assurait une démarche inductive de qualité.

Enfin, il existait un biais avec un recrutement géographique car les médecins interrogés exerçaient uniquement dans la région des Hauts-de-France. De plus, les médecins ayant accepté de participer à un travail de recherche font déjà preuve d'une certaine curiosité et ouverture d'esprit. Néanmoins, il fut porté une attention particulière aux caractéristiques variées des participants telles que l'âge, le mode (cabinet individuel, MSP) et lieu d'exercice (rural, urbain), ainsi qu'aux activités connexes (enseignement, orientation particulière de la patientèle).

## 5 Ouverture et perspectives

Les besoins des MG ont été recueillis et analysés, afin de pouvoir répondre à l'objectif de l'étude, d'évaluer la pertinence de l'introduction d'un *escape game* comme nouvel outil de communication avec les adolescents et renforcer le lien avec leur médecin.

Une étude a été menée en parallèle auprès d'adolescents à propos de leur ressenti et leurs attentes face aux MG, notamment concernant l'utilisation d'outils innovants. Les deux travaux de recherche retrouvent des résultats concordants puisqu'à la fois les adolescents et MG souffrent d'une relation patient-médecin non satisfaisante et non aboutie, et ils se sont montrés ouverts à l'utilisation d'un nouveau mode de communication pour faciliter leur rencontre. Les MG ont pu, en particulier, réaffirmer leur volonté d'être clairement identifiés comme personnes ressources pour les adolescents tout au long de leur parcours de vie et de santé. En outre, il a été mis en évidence que les adolescents, de leur côté font peu appel aux MG, en partie par manque de confiance et de connaissance. En revanche, dans une relation décrite comme triangulaire, entre les médecins, les adolescents et leurs parents, le troisième protagoniste n'a pas été interrogé. Or, il a été montré qu'il occupe une place importante dans la vie de l'adolescent et dans sa relation à son médecin. Une étude pourrait permettre de mieux comprendre comment intégrer de manière bénéfique les parents dans la prise en charge médicale des adolescents.

Outre l'évocation de quelques initiatives locales, il n'a été trouvé qu'un unique article dans la littérature, ayant pour objectif l'évaluation de l'utilisation des jeux d'évasion à visée de prévention pour les patients adolescents (29). Il serait donc intéressant de mettre en pratique et d'expérimenter l'*escape game* en conditions réelles afin d'évaluer la faisabilité d'une telle démarche en médecine de ville et les

moyens de l'intégrer dans la pratique médicale à plus grande échelle. A posteriori, il pourrait également être pertinent de mener un travail de recherche, évaluant l'impact de la participation des patients à ce type d'expérience, à la fois auprès des MG et des adolescents, sur leurs connaissances, et modifications comportementales éventuelles.

Enfin, cette étude s'est concentrée sur les adolescents et leur relation avec leur médecin traitant. Il est cependant possible d'imaginer que de tels outils pourraient être mis en place pour d'autres patients, appliqués à d'autres pratiques médicales (hospitalières par exemple) et permettre par exemple un nouveau mode d'éducation thérapeutique sur tout un panel de pathologies chroniques.

## 6 Conclusion

L'étude montre que la consultation avec les adolescents est vécue comme un échec par les médecins généralistes. En effet, ils rapportent être confrontés aux changements de l'adolescence rendant les jeunes peu accessibles à la discussion en consultation, avoir avec eux des difficultés de communication, et devoir faire face à celles-ci avec des ressources insuffisantes ou inadéquates.

Ce désarroi est d'autant plus frustrant pour les MG, qu'ils pensent être en mesure d'aider les adolescents, en particulier ceux souffrant de mal-être, et de les accompagner tout au long de cette période de transition, sans y parvenir. Ils ont identifié des leviers d'action pouvant favoriser le lien avec les adolescents, pérenniser cette relation et, de cette manière, se positionner comme personne ressource. Ainsi, il serait primordial de replacer les adolescents au centre de la consultation, de les investir comme interlocuteurs principaux, indépendants de leurs parents, et de les rendre acteurs de leur prise en charge. Ensuite, les MG doivent réussir à comprendre les besoins et préoccupations de leurs patients adolescents, les amener à communiquer plus ouvertement et se tenir à leur disposition en cas de besoin, et permettre ainsi d'établir une relation de confiance durable.

Les MG ont mis en avant la nécessité de s'adapter aux usages des adolescents (communication par les réseaux sociaux, informations, vidéos, etc.) ainsi qu'aux méthodes d'apprentissage actuelles (pédagogie par le jeu, etc.) en leur proposant un outil et un temps dédiés, leur offrant l'opportunité de s'exprimer dans un contexte moins formel et créer une amorce de discussion en consultation sur des sujets de prévention identifiés comme tabous. L'*escape game*, perçu comme support pédagogique innovant, a donc suscité l'intérêt et l'enthousiasme des MG semblant correspondre à leurs besoins.

Il serait donc intéressant d'en concevoir un répondant à ces attentes et de le mettre en pratique afin d'évaluer concrètement la faisabilité et l'apport réel de cet outil dans la relation médecin adolescent.

## 7 Références bibliographiques

1. [www.pedia-univ.fr](https://www.pedia-univ.fr) [Internet]. Puberté normale et pathologique. Disponible sur: <https://www.pedia-univ.fr/deuxieme-cycle/referentiel/croissance-developpement/puberte-normale-pathologique>
2. [ado2-binder-exercer142-2018.pdf](https://www.medicin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/ado2-binder-exercer142-2018.pdf) [Internet]. Disponible sur: [https://www.medicin-ado.org/addeo\\_content/documents\\_annexes/ado2-binder-exercer142-2018.pdf](https://www.medicin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/ado2-binder-exercer142-2018.pdf)
3. I.Cisamolo , L.Cazottes , M.Cransac , L.Gimenez , E.Escourro. Perception des adolescents sur leur santé mentale et le mal-être. mai 2021;196-202.
4. La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. 2023;
5. [Fiche-EnCLASS-2018-sante-mentale.pdf](#).
6. Binder P. La consultation de l'adolescent ne va pas de soi. Pour qu'elle ne soit pas un rendez-vous manqué, il est nécessaire d'en élargir le contenu par des allusions simples, de renforcer le lien de confiance en situant le rôle de l'accompagnateur et en commentant l'examen clinique et, par des questions simples, de dépister un éventuel mal-être ou des éléments suicidaires. Rev Prat. 2005;
7. Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. Br J Gen Pract. 1 déc 2006;56(533):924-31.
8. Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? Eur J Gen Pract. 1 oct 2016;22(4):247-54.
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. 2019;
10. [WONCA\\_European\\_Definitions\\_2\\_v2.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/1052d347-829a-4f3b-80f2-4eb3d2676dbf/WONCA_European_Definitions_2_v2.pdf) [Internet]. Disponible sur: [https://www.woncaeurope.org/file/1052d347-829a-4f3b-80f2-4eb3d2676dbf/WONCA\\_European\\_Definitions\\_2\\_v2.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/1052d347-829a-4f3b-80f2-4eb3d2676dbf/WONCA_European_Definitions_2_v2.pdf)
11. Constitution [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
12. Décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire. 2019-137 févr 26, 2019.
13. Article 11 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001262582](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001262582)
14. La revue francophone de médecine générale [Internet]. Disponible sur: [https://www.exercer.fr/full\\_article/1662](https://www.exercer.fr/full_article/1662)

15. Home page [Internet]. Disponible sur: <https://www.medecin-ado.org/>
16. Accueil de l'adolescent en médecine générale [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/accueil-adolescent-medecine-generale>
17. Roberts JH, Crosland A, Fulton J. "I think this is maybe our Achilles heel..." exploring GPs' responses to young people presenting with emotional distress in general practice: a qualitative study. *BMJ Open*. 1 sept 2013;3(9):e002927.
18. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators | *British Journal of General Practice* [Internet]. Disponible sur: <https://bjgp.org/content/64/622/e254#xref-ref-24-1>
19. 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*. déc 2017;23(1):182-9.
20. Sanchez É. Enseigner et former avec le jeu: développer l'autonomie, la confiance et la créativité avec des pratiques pédagogiques innovantes. Paris: ESF sciences humaines; 2023. (Pédagogies).
21. éditions Questions Théoriques [Internet]. Introduction au Serious Game / Serious Games: An Introduction - - Julian ALVAREZ, Damien DJAOUTI (EAN13 : 9782917131282) | Editions Questions Théoriques – esthétique, poétique, cultures numériques, sciences humaines & création.... Disponible sur: <https://www.questions-theoriques.com/produit/2/9782917131282/introduction-au-serious-game-serious-games-an-introduction>
22. Moutat A. Valérie Lavergne Boudier, Yves Dambach, Serious game, Révolution pédagogique, Paris, Lavoisier, Hermès science, 2010. *Interfaces Numér*. 12 déc 2017;1(1):205-8.
23. Alvarez J, Taly A, Vermeulen M. Présentation. *Sci Jeu* [Internet]. 20 oct 2021 . Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sdj/3434>
24. S'capade pédagogique avec les jeux d'évasion - Apprendre grâce aux *escape games* - De la maternelle à la formation d'adultes [Internet]. Disponible sur: <https://www.editions-ellipses.fr/accueil/267-s-capade-pedagogique-avec-les-jeux-d-evasion-apprendre-grace-aux-escape-games-de-la-maternelle-a-la-formation-d-adultes-9782340035461.html>
25. Chabrier A, Atkinson S, Bonnabry P, Bussièrès JF. Utilisation des jeux d'évasion en santé : une revue de littérature. *Can J Hosp Pharm*. 2019;72(5):388-402.
26. Courrier picard [Internet]. 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>

27. Aguilera M. *Escape game* l'Odyssée Santé à la MDA! [Internet]. Maison des adolescents du Gard. 2019 Disponible sur: <https://www.mda30.com/escape-game-lodysee-sante-a-la-mda/>
28. Rachel BUCAILLE, Fabien LEVENQ. En quoi l'*escape game* ou jeu d'évasion pédagogique est-il un outil favorisant l'engagement des élèves dans l'apprentissage ? COLLOQUE EN SCIENCES DE L'EDUCATION, HUMAINES ET SOCIALES (CSEHS 2018). nov 2018;
29. Abdollahi AM, Masento NA, Vepsäläinen 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. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2021.674404>
30. 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.
31. Céline R, Pascal C, Chantal S, Bertrand C. Les adolescents pris en charge en médecine générale : étude descriptive à partir de la base de données de l'« Observatoire de la médecine générale ».
32. 121-4-entrenousinpes.pdf.pdf.
33. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. *Arch Pédiatrie*. 1 mars 2010;17(3):219-25.
34. Dreux C, Bégué P, Cabanis EA, Charpentier B, Dreux C, Dubois G, et al. La prévention en santé chez les adolescents. *Bull Académie Natl Médecine*. juin 2014;198(6):1197-241.
35. plan\_bienetrejeunes\_29novembre2016.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_bienetrejeunes\\_29novembre2016.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf)
36. Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone, Lebeau Jean-Pierre, Aubin-Auger Isabelle médecin, Cadwallader Jean-Sébastien, Gilles de la Londe Julie, Lustman Matthieu, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Saint-Cloud: Global média santé; 2021. 192 p.

## Annexes

## Annexe 1 : GRILLE COREQ

| N° Guide questions/description  | Items   | Réponses   |
|---|---|--|
| <b>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</b>  |   |  |
| <b>Caractéristiques personnelles</b>  |   |  |
| 1. Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus groupe)   | Enquêteur/animateur                                   | Clothilde Levasseur (modératrice) et Elise Planchez (observatrice) |
| 2. Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD  | Titres académiques                                    | Validation du 2ème cycle des études médicales                      |
| 3. Quelle était leur activité au moment de l'étude ?  | Activité  | Interne en médecine générale                                       |
| 4. Le chercheur était-il un homme ou une femme ?  | Genre   | Femme  |
| 5. Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?   | Expérience et formation                               | Initiation à la recherche qualitative                              |
| <b>Relations avec les participants</b>  |   |  |
| 6. Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?  | Relation antérieure                                   | Non  |
| 7. Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche   | Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur | Interne en médecine générale réalisant sa thèse d'exercice         |
| 8. Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche | Caractéristiques de l'enquêteur                       | Interne en médecine générale réalisant sa thèse d'exercice         |
| <b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>  |   |  |
| <b>Cadre théorique</b>  |   |  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 9. Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu | Orientation méthodologique et théorique | Analyse par théorisation ancrée   |
| <b>Sélection des participants</b>   |   |   |
| 10. Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif   | Echantillonnage                         | Echantillonnage raisonné théorique  |
| 11. Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel   | Prise de contact                        | Face-à-face, courriel, téléphone  |
| 12. Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?   | Taille de l'échantillon                 | Dix-huit participants   |
| 13. Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?  | Non-participation                       | Dix, non intéressés, manque de temps  |
| <b>Contexte</b>   |   |   |
| 14. Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail  | Cadre de la collecte de données         | Cabinet médical, cadre privé, visioconférence                                     |
| 15. Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?   | Présence de non-participants            | Non   |
| 16. Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date   | Description de l'échantillon            | Médecins généralistes remplaçants ou installés dans la région des Hauts-de-France |
| Recueil des données   |   |   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 17. Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?  | Guide d'entretien                      | Non. Oui le guide d'entretien a été préalablement testé par un entretien exploratoire. |
| 18. Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?   | Entretiens répétés                     | Non  |
| 19. Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?  | Enregistrement audio/visuel            | Audio  |
| 20. Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? | Cahier de terrain                      | Oui, sur le guide d'entretien  |
| 21. Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?                                 | Durée                                  | En moyenne cinquante-huit minutes  |
| 22. Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?  | Seuil de saturation                    | Oui (suffisance des données atteinte)  |
| 23. Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?                         | Retour des retranscriptions            | Non (non proposé aux participants)   |
| <b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>  |  |  |
| <b>Analyse des données</b>   |  |  |
| 24. Combien de personnes ont codé les données ?  | Nombre de personnes codant les données | Deux   |
| 25. Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?  | Description de l'arbre de codage       | Oui par modélisation du codage   |
| 26. Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?  | Détermination des thèmes               | Déterminés à partir des données  |
| 27. Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?  | Logiciel                               | Excel® et Word®  |
| 28. Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?   | Vérification par les participants      | Non  |
| <b>Rédaction</b>   |  |  |

|  |                                    |     |
|--|------------------------------------|-----|
| 29. Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ?<br>Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant | Citations présentées               | Oui |
| 30. Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?   | Cohérence des données et résultats | Oui |
| 31. Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?  | Clarté des principaux thèmes       | Oui |
| 32. Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?   | Clarté des thèmes secondaires      | Oui |

## Annexe 2 : Récépissé – Attestation de déclaration 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](mailto:dpo@univ-lille.fr)

### Responsable du traitement

|  |   |
|--|---|
| Nom : Université de Lille                    | SIREN: 130 029 754 00012                        |
| Adresse : 42 Rue Paul Duez<br>590000 - LILLE | Code NAF: 8542Z<br>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<br>Interlocuteur (s) : Mmes Clothilde LEVASSEUR – Elise PLANCHEZ    |

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 20 février 2023

Délégué à la Protection des Données

## Annexe 3 : Note d'information à l'intention des MG interrogés

### Information thèse d'exercice

Bonjour,

Je suis Clothilde Levasseur, étudiante en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur la prévention des problèmes de santé mentale chez les adolescents. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de recueillir l'avis des médecins généralistes sur l'utilisation d'un outil préventif ludique, si cela répond à un besoin en matière de sensibilisation aux problèmes de santé mentale chez les adolescents, et s'ils pourraient être intéressés par la mise en œuvre de cet outil et selon quelles modalités.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste installés ou remplaçants dans les Hauts de France. Il s'agit d'une étude qualitative au cours de laquelle les médecins généralistes participeront à des focus groupes de 5 personnes. Ces entretiens d'une durée d'environ 1 heure se dérouleront selon vos disponibilités soit en présentiel autour d'une collation, soit par visioconférence. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Ces discussions seront enregistrées afin d'être retranscrites puis analysées par mes soins. Les données recueillies seront anonymisées afin de garantir la confidentialité et le respect de vos informations personnelles. 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 thèse. 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.

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](mailto:dpo@univ-lille.fr). Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Si vous acceptez de participer à l'étude, merci de me contacter soit par téléphone au 0620424142 ou par mail à [clothilde.levasseur.etu@univ-lille.fr](mailto:clothilde.levasseur.etu@univ-lille.fr).

Une thèse complémentaire est menée en parallèle par Elise PLANCHEZ. Elle évaluera ce que pensent les adolescents de l'utilisation d'un jeu par leur médecin traitant pour les sensibiliser aux enjeux de la santé mentale. Nous co-animerons donc les focus groupes et une synthèse commune des résultats sera présentée. Ainsi, certains de vos patients adolescents (âgés de 11 à 15 ans) seront peut-être intéressés pour y participer, n'hésitez pas à leur en parler ou à leur transmettre nos coordonnées.

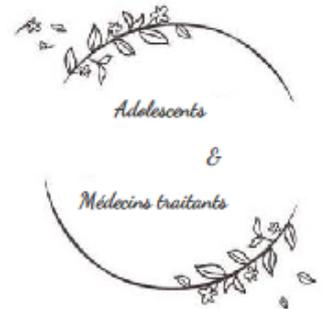
Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [clothilde.levasseur.etu@univ-lille.fr](mailto:clothilde.levasseur.etu@univ-lille.fr).

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon projet de recherche et reste à votre disposition pour toute question.



## Annexe 4 : Affiche de recrutement

# Travail de recherche



## ✿ Qui sommes-nous ?

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

## ✿ Objectif

- Prévention des problèmes de santé mentale chez les ados avec un jeu

## ✿ A vous de jouer !

- Participation à un focus groupe
- Durée 1h
- Autour d'un repas

## ✿ Projet

- 2 thèses :
  - ✓ Enquête auprès des ados
  - ✓ Enquête auprès des médecins généralistes
- Groupes d'entretiens conviviaux
- Recueil d'avis pour réaliser un outils proche des besoins



## ✿ Nous contacter

- [elise.planchez@gmail.com](mailto:elise.planchez@gmail.com) ou 06.34.12.08.81
- [clothilde.levasseur@gmail.com](mailto:clothilde.levasseur@gmail.com) ou 06.20.42.41.42

## ✿ Plus d'informations en page 2

**Annexe 5 : Fiche de renseignements remplies par les MG interrogés****Fiche de renseignement pour les médecins**

*Pour rappel, les données recueillies seront anonymisées afin de garantir la confidentialité et respecter vos informations personnelles.*

Nom :

Prénom :

Sexe :

Age :

Avez-vous des enfants ? si oui, combien et quel âge ont-ils ?

Statut : Installé ou remplaçant ?

Nombre d'années d'exercice de la médecine générale :

Type d'exercice :

- cabinet seul
- groupement de médecins
- MSP
- Mixte (hôpital et ville)

Lieu d'exercice :

Situation d'exercice principale :

- urbain
- semi-urbain
- rural

Voyez-vous régulièrement des adolescents en consultations ?

- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour

A quelle fréquence consultent en moyenne vos patients adolescents :?

- Moins d'une fois par an
- Une fois par an
- Une fois par trimestre
- Une fois par mois
- Une fois par semaine

Avez-vous des formations complémentaires, si oui, lesquelles ?

**Annexe 6 : Guide d'entretien version 1**

## Guide d'entretien

- **Présentation**

Elise, médecin remplaçante diplômée de l'université de Lille depuis nov 2021, et moi, interne en Medgé 5<sup>ème</sup> semestre. On fait notre thèse d'exercice.

- **Objectif**

Notre objectif est de proposer un outil éducatif supplémentaire aux médecins traitants afin d'aborder les problèmes de santé mentale avec les adolescents de manière innovante. On réalise donc une étude préliminaire pour recueillir l'intérêt des médecins généralistes à l'utilisation d'un *escape game* comme outils de sensibilisation des adolescents aux problèmes de santé mentale. Étude qualitative sous forme de focus groupes.

L'objectif du focus groupe est donc de recueillir vos avis, besoins et idées sans préjugés, qu'ils soient positifs ou négatifs, divergents et sans limites. Les échanges seront enregistrés afin de nous aider à la retranscription de la séance. Par la suite, les enregistrements seront effacés et les données seront anonymisées.

En parallèle, la thèse d'Elise vise à recueillir l'avis des adolescents sur l'utilisation d'un *escape game* par leur médecin traitant pour les sensibiliser aux enjeux de la santé mentale. Nous co-animons donc les focus groupes et une synthèse commune de nos résultats sera présentée. Ainsi, certains de vos patients adolescents seront peut être intéressés pour y participer, n'hésitez pas à leur en parler ou à leur transmettre nos coordonnées.

- **Question brise-glace :**

Racontez-nous votre dernière consultation avec un ado (thème, ressentis, sujets tabous abordés?).

- **Questions ouvertes regroupées en thèmes**

- A quoi ressemble une consultation type avec un adolescent ?
  - Quels sont les principaux motifs de consultations des ados ?
  - Comment vous sentez-vous en consultation avec eux ?
  - Quels sont vos difficultés ou points forts lors des consultations avec les ados ?
- Etes-vous amenés à faire de la prévention chez les ados et dans quels domaines ?
  - Etes-vous confrontés à des problèmes de santé mentale chez les ados ?
  - Comment y faites-vous face ? Avez-vous des outils à disposition pour cela ?
  - Pensez-vous qu'il y a un intérêt à sensibiliser les adolescents de manière préventive aux problèmes et questions de santé mentale qu'ils pourraient rencontrer ?
- Avez-vous déjà participé à un *escape game* ? Qu'est-ce qu'un *escape game* ?
  - Que pensez-vous de l'apprentissage par le jeu ?

- L'utilisation d'un jeu type *escape game* peut-il favoriser les échanges en consultation sur les sujets tabous ?
- Pensez-vous qu'un *escape game* puisse permettre de faire passer des messages préventifs à des adolescents ?
- Dans quelles conditions accepteriez-vous de faire participer vos patients à un *escape game* ?
  - Vous sentiriez-vous à l'aise de le proposer au cours d'une consultation avec un ado?
  - Qui pourrait animer ces séances de jeux ? Vous ? Collège ? Infirmière ? Prof ? Femas?
  - Dans votre MSP, une salle/un lieu pourrait-il être mis à disposition pour organiser un *escape game* à visée éducative/préventive ?
  - Quid de la rémunération ?
  - Quelles informations vous semblent importantes à figurer dans ce jeu éducatif ? Thème (santé mentale ou autre ?) contenu (par exemple : rappel sur confidentialité, aides possibles, contact) ?

- **Conclusion**

Merci de votre participation. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous communiquer les résultats de nos études.

**Annexe 7 : Guide d'entretien version 2****Guide d'entretien v2**

Servir verres et donner questionnaires

- **Présentation**

Elise, médecin remplaçante diplômée de l'université de Lille depuis novembre 2021, et moi, interne en Medgé 5<sup>ème</sup> semestre. On fait notre thèse d'exercice.

- **Objectif**

Notre objectif est de proposer un outil éducatif supplémentaire aux médecins traitants afin d'aborder les problèmes de santé mentale avec les adolescents de manière innovante. On réalise donc une étude préliminaire pour recueillir l'intérêt des médecins généralistes à l'utilisation d'un outil innovant de sensibilisation des adolescents aux problèmes de santé mentale. Étude qualitative sous forme de focus groupes.

L'objectif du focus groupe est donc de recueillir vos avis, besoins et idées sans préjugés, qu'ils soient positifs ou négatifs, divergents et sans limites. Les échanges seront enregistrés afin de nous aider à la retranscription de la séance. Par la suite, les enregistrements seront effacés et les données seront anonymisées.

En parallèle, la thèse d'Elise vise à recueillir l'avis des adolescents sur l'utilisation d'un outil innovant par leur médecin traitant pour les sensibiliser aux enjeux de la santé mentale. Nous co-animons donc les focus groupes et une synthèse commune de nos résultats sera présentée.

L'adolescence vient du latin adolescere, qui signifie « grandir ». Elle correspond à la période de vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Elle commence avec l'apparition d'une puberté physiologiquement normale et se termine lorsque l'identité et le comportement adultes sont acceptés. Cette période de développement correspond approximativement à la période entre 10 et 19 ans, conformément à la définition de l'adolescence établie par l'Organisation mondiale de la santé. Nous avons choisi de nous concentrer sur les adolescents âgés de 11 à 15 ans, période pendant laquelle s'opère les plus grands changements physiques et sociaux.

- **Question brise-glace**

Racontez-nous votre dernière consultation avec un ado (thème, ressentis, sujets tabous abordés ?).

- **Questions ouvertes regroupées en thèmes**

- A quoi ressemble une consultation type avec un adolescent ?
  - Quels sont les principaux motifs de consultations des ados ?
  - Comment vous sentez-vous en consultation avec eux ?
  - Quels sont vos difficultés ou points forts lors des consultations avec les ados ?
  - Quelle place occupe les parents de l'adolescent dans la consultation ?
  - Quelle relation réussissez-vous à construire avec le patient adolescent ?

- Pouvez-vous nous parler de la manière dont vous réussissez à faire de la prévention chez les ados et quels sont les principaux domaines abordés ?
  - o A quelle occasion avez-vous été confrontés à des problèmes de santé mentale chez les ados ?
  - o Comment y avez-vous face ? Avez-vous des outils à disposition pour cela ?
  - o Pensez-vous qu'il y a un intérêt à sensibiliser les adolescents de manière préventive aux problèmes et questions de santé mentale qu'ils pourraient rencontrer ?
  - o Est-ce que vous acceptez d'être identifié comme une personne ressource auprès des adolescents en situation de mal être ?
- Que pensez-vous de l'apprentissage par le jeu ?
  - o Qu'est-ce qu'un *escape game* ? Avez-vous déjà participé à un *escape game* ?
  - o Comment selon vous l'utilisation d'un jeu type *escape game* pourrait favoriser les échanges en consultation sur les sujets tabous ?
  - o Dans quelle mesure pensez-vous qu'un *escape game* puisse permettre de faire passer des messages préventifs à des adolescents ?
- Dans quelles conditions accepteriez-vous de faire participer vos patients à un *escape game* ?
  - o Qu'est-ce qui vous permettrait d'être à l'aise de le proposer au cours d'une consultation avec un ado ?
  - o Qui pourrait animer ces séances de jeux ? Vous ? Collège ? Infirmière ? Prof ? Femas ?
  - o Comment dans votre MSP serait-il possible un *escape game* à visée éducative/préventive ? Une salle/un lieu pourrait-il être mis à disposition ?
  - o Quid de la rémunération ?
  - o Quelles informations vous semblent importantes à figurer dans ce jeu éducatif ? Thème (santé mentale ou autre ?) contenu (par exemple : rappel sur confidentialité, aides possibles, contact) ?
  - o

- **Conclusion**

Merci de votre participation. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous communiquer les résultats de nos études.

N'oubliez pas, certains de vos patients adolescents seront peut être intéressés pour participer à notre étude, n'hésitez pas à leur en parler ou à leur transmettre nos coordonnées.

➔ **Donner le flyer/fiche info ado**

Récupérer questionnaires

## Annexe 8 : QR-Codes – Focus Groupes MG

- Entretien 1



[https://docs.google.com/document/d/13-](https://docs.google.com/document/d/13-dkli2xqcD_UYu14a3ZKWCEsamfrLm6/edit?usp=drive_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true)

[dkli2xqcD\\_UYu14a3ZKWCEsamfrLm6/edit?usp=drive\\_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/13-dkli2xqcD_UYu14a3ZKWCEsamfrLm6/edit?usp=drive_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true)

- Entretien 2



[https://docs.google.com/document/d/1b0O3iQAbSqwouStxqFiXMOOGt5WACEhy/edit?usp=drive\\_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true](https://docs.google.com/document/d/1b0O3iQAbSqwouStxqFiXMOOGt5WACEhy/edit?usp=drive_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true)

[e&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1b0O3iQAbSqwouStxqFiXMOOGt5WACEhy/edit?usp=drive_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true)

- Entretien 3



[https://docs.google.com/document/d/12BNiknaZL\\_uVh7kskAEc2fd36E2BIP89/edit?usp=drive\\_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&s](https://docs.google.com/document/d/12BNiknaZL_uVh7kskAEc2fd36E2BIP89/edit?usp=drive_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true)

[d=true](https://docs.google.com/document/d/12BNiknaZL_uVh7kskAEc2fd36E2BIP89/edit?usp=drive_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true)

- **Entretien 4**



[https://docs.google.com/document/d/1gBJ5qS3I7VX9Rm1IFQPKAKMbPjeC8WMf/edit?usp=drive\\_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1gBJ5qS3I7VX9Rm1IFQPKAKMbPjeC8WMf/edit?usp=drive_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true)

- **Entretien 5**



[https://docs.google.com/document/d/15r67MASOLOF78g2SqyadllhgTJLDhZDf/edit?usp=drive\\_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/15r67MASOLOF78g2SqyadllhgTJLDhZDf/edit?usp=drive_link&oid=105137218863153301351&rtpof=true&sd=true)

**Annexe 9 : QR-Code – Journal de bord**



[https://drive.google.com/file/d/1115dbh-WIIZII0m-ZOee6Lvsd3qbr3a/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1115dbh-WIIZII0m-ZOee6Lvsd3qbr3a/view?usp=drive_link)

**AUTEURE :**           **Nom :** LEVASSEUR           **Prénom :** Clothilde

**Date de soutenance :** 25 octobre 2023

**Titre de la thèse :** L'*escape game*, un outil vecteur de rencontre entre le médecin traitant et l'adolescent?

Etude des représentations des médecins généralistes sur leur relation avec les adolescents

**Thèse – Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** *Médecine Générale*

**DES + FST/option :** *DES Médecine Générale*

**Mots-clés :** Adolescents, Médecin généraliste, Mal-être, Prévention, *Escape game*

**Résumé :**

**Contexte :**

Les consultations avec les adolescents sont source d'anxiété pour les médecins généralistes, en particulier la prise en charge des problèmes de mal-être.

L'adolescence est une période de transition, synonyme de bouleversements physiques et psychiques, qui perturbent la communication et modifient la relation établie avec les MG. Or, les jeux d'évasion pédagogiques sont en plein essor, notamment dans le milieu de la santé. L'objectif de ce travail est donc de comprendre dans quelle mesure un *escape game*, utilisé comme outil de sensibilisation aux situations de mal-être, peut répondre aux besoins des médecins généralistes de faciliter leur rencontre avec les adolescents.

**Méthode :**

Etude qualitative, menée sous forme de focus groupes auprès de médecins généralistes exerçant dans la région des Hauts de France. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à l'obtention de la suffisance des données, ils ont été retranscrits sous forme de verbatim. Les données, anonymisées, ont été analysées selon la méthode de la théorisation ancrée avec triangulation, permettant la construction d'un modèle intégratif. Une autorisation auprès de la CNIL a été préalablement obtenue. Une thèse en miroir s'intéressant aux représentations des adolescents a été menée respectant la même méthodologie et a donné lieu à une synthèse commune.

**Résultats :**

Cette étude montre que les consultations avec les adolescents sont vécues par les MG comme un échec, puisqu'il semble que ces derniers pourraient être en mesure d'aider les adolescents, en particulier ceux souffrant de mal-être, mais n'y parviennent pas. Pour remédier à cette situation les MG identifient la nécessité de les rendre acteurs de leur prise en charge, et de s'adapter à leurs usages (réseaux sociaux, vidéos, ...) ainsi qu'aux méthodes d'apprentissage actuelles (pédagogie par le jeu, ...). La mise en place d'un *escape game* de sensibilisation au mal-être semble répondre à ce besoin d'outils innovants dédiés aux adolescents, permettant de faciliter la rencontre avec leur MG, qui se positionne alors comme personne ressource.

**Conclusion :**

L'utilisation d'un outil moderne et attractif, tel qu'un *escape game* pédagogique, semble particulièrement adaptée pour répondre aux besoins communicationnels des MG. Utilisé comme outil de sensibilisation auprès des adolescents, il permettrait de créer un échange informel entre les adolescents et les professionnels de santé et renforcerait la relation entre les jeunes et les MG.

**Composition du Jury :**

**Président :** Pr François MEDJKANE

**Assesseurs :** Dr Jan BARAN

**Directeur de thèse :** Dr Charles CAUET