



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II

Faculté de Médecine de Marseille
Université Aix – Marseille II

Maître de stage : Dr Bataillon Geneviève

Récit de situation clinique
authentique d'un déni de grossesse

4^{ème} Semestre de Mai - Novembre 2009

Caroline Leurent
IMG – DES Médecine Générale

*Je remercie le Docteur Bataillon Geneviève
qui m'a enseigné une médecine humaine et de qualité.*

PLAN

1	Description de la situation rencontrée	4
2	L'exposé de la problématique	6
3	Piste de recherches	6
4	Les compétences et les connaissances nécessaires	6
5	Prise en charge, Recommandations et consensus sur la pathologie : Le point sur le déni de grossesse	6
6	Prise en charge recommandations et consensus	7
1	Modalités de la consultation de l'adolescent chez le généraliste et son suivi.....	7
2	Education thérapeutique et prescription d'une contraception en médecine générale	8
3	Modalités d'une annonce d'un diagnostic difficile en médecine générale:	11
7	Prise en charge et spécificités de la Médecine Générale.....	12
1	Le premier recours	12
2	La prise en charge globale.....	12
3	La coordination des soins	12
4	La continuité des soins.	12
5	Le rôle d'acteur de santé publique	12
8	Conclusion.....	13
	Annexe 1	14

1 Description de la situation rencontrée

Mlle M. est une jeune étudiante célibataire de 19 ans. Elle vit chez ses parents avec sa sœur et a également un grand frère qui vit à Nantes.

J'ai entendu parler pour la première fois de cette patiente par l'intermédiaire de sa sœur, venue en consultation une semaine auparavant.

Elle nous demande de prescrire qqch à Mlle M. qui présente depuis une semaine un gonflement abdominal avec sensation de ballonnement. Mlle M. l'a accompagné au cabinet mais a préféré rester dans la salle d'attente car elle ne souhaitait pas se faire examiner ce jour là.

Nous lui avons prescrit du Carbozymag® 2 gélules 3 fois par jour pendant 7 jours (par l'intermédiaire de sa sœur) avec comme consigne de venir consulter si elle ne ressentait pas d'amélioration à son état.

Notre jeune patiente revient la semaine suivante (le 23/07) en consultation pour ballonnement et douleurs abdominales. C'est la première fois que je la rencontre, c'est une jeune fille souriante, assez mince, elle porte un petit short et un haut ample au niveau de la taille.

Je ne m'étais pas aperçue jusqu'à ce qu'elle se déshabille pour l'examiner qu'elle avait un ventre de femme enceinte.

Elle va s'allonger sur la table d'examen et je commence à lui palper le ventre. Je perçois alors le bébé me donner un coup, je lui demande si elle l'a senti, mais elle me regarde avec des grands yeux et ne comprend pas ma question.

Le doute m'étreint, je commence à réaliser qu'elle ne sait pas qu'elle est enceinte, car depuis le moment où elle s'est déshabillée, je n'imaginai pas qu'elle puisse ignorer l'existence de sa grossesse. Je continue de lui palper le ventre le temps de réfléchir à la situation, puis je commence à l'interroger.

Je lui demande la date de ses dernières règles, si elles sont régulières, de même abondance, elle me répond qu'elle est régulière; elle a eu ses règles il y a 3 semaines, elle devrait les avoir dans 3 jours, il n'y a pas eu de modification selon elle.

Je lui demande si elle a une contraception et des rapports sexuels. Elle me dit qu'elle n'a pas de contraception et que son dernier rapport sexuel date de 3 mois auparavant.

Je lui examine les seins, je lui demande si sa poitrine n'a pas augmenté de volume (elle a une poitrine de femme enceinte avec des aréoles hyperdéveloppées), elle prétend qu'elle a toujours eu une grosse poitrine et qu'elle ne s'est pas modifiée...

Je retourne m'asseoir à côté de mon maître de stage, avec laquelle on discute de la prise en charge. Je proposais une échographie pelvienne de datation et un dosage des β -HCG, mais elle m'explique que le dosages des β -HCG n'aura pas forcément un grand intérêt.

Je lui prescris donc du spasfon pour ses douleurs et une échographie pour augmentation du volume abdominal inexplicé (avec comme précision: pas de contraception et persistance des règles selon la patiente) hésitant à lui révéler qu'elle est enceinte, ne sachant comment réagir face à ce déni de grossesse. Je lui dis de revenir dès qu'elle a les résultats de l'échographie.

Elle revient 5 jours plus tard (le 28/07) sans échographie, elle n'a pas réussi à avoir de

rendez vous avant une semaine, en revanche elle est allée faire une prise de sang avec dosage des β -HCG car elle se posait malgré tout des questions après notre discussion.

Le dosage des β -HCG est positif, elle s'est renseignée un peu pour l'avortement et les délais légaux, et nous demande si c'est trop tard pour l'avortement.

Son taux est à 14450 UI/ml et cela pourrait correspondre à entre 16 et 29SA. Je lui explique que les taux de β -HCG ne sont pas fiables en cas de grossesse déjà avancée comme c'est son cas.

J'insiste sur l'importance de faire une échographie de datation afin de savoir si un interruption de grossesse est possible, en France ou à l'étranger. Nous l'informons que les délais sont un peu plus longs en Espagne mais elle le savait déjà en fait car avait fait des recherches.

Elle me dit qu'elle n'a eu qu'un seul rapport sexuel (son 1er) et non protégé vers fin avril-début mai.

On appelle un cabinet de radiologie qui la prend en urgence le soir même et on lui donne du MAG2 pour des crampes.

Elle revient le lendemain matin en consultation comme prévu avec son échographie: âge gestationnel évalué à 29 SA donc un début de grossesse autour du 18/01/2009. Elle prétend que c'est impossible qu'elle n'a pas eu de rapport à cette époque là.

On lui annonce qu'il n'y a plus d'IVG possible à ce terme en France ni ailleurs. Elle dit ne pas vouloir garder l'enfant à la naissance et veut accoucher sous X.

Je me renseigne sur sa situation sociale, car seule sa sœur est au courant, elle a peur de la réaction de son frère et sa mère qui seront opposants selon elle (pas de problème de religion). Elle craint que son frère qui est très protecteur s'emporte et l'envoie à l'hôpital...

Je lui propose, si elle le souhaite, de prendre RDV avec sa famille pour qu'on leur annonce la nouvelle ensemble.

Elle décline mon offre et dit qu'elle en parlera à sa mère le soir même avec sa sœur.

On lui prescrit un bilan prénatal et on l'adresse à notre correspondant gynécologue à Font Pré après lui avoir téléphoné pour lui expliquer le cas et avoir un RDV rapidement.

On demande à notre patiente de nous tenir au courant de la situation et de ne pas hésiter à venir nous voir si besoin.

Nous avons appelé le gynécologue un mois(le 28/08) après pour avoir des nouvelles de notre patiente. Il nous a informé que la grossesse évoluait normalement mais persiste dans son désir d'accoucher sous X, elle refuse de voir le bébé sur les échos. Elle a rencontré l'assistante sociale, la psychologue et a un suivi régulier par la sage femme.

N.B.: Mlle M. est venue en consultation le 11/12/08 avant le début de mon stage, car elle désirait une contraception remboursée. Après interrogatoire, examen et information sur la contraception, du MINIDRIL® lui a été prescrit pour 3 mois. (date du début de grossesse autour du 18/01/09)...

2 L'exposé de la problématique

1. Le problème du suivi médical des adolescents et jeunes adultes
2. La difficulté de l'annonce de la grossesse face à ce déni.
3. Le manque d'information sur le fonctionnement de la contraception.
4. Le contexte social et familial à prendre en compte(étudiante, célibataire, famille opposante)

3 Piste de recherches

1. Modalités de la consultation de l'adolescent chez le généraliste et son suivi
2. Contraception en médecine générale
3. Annonce d'un diagnostic difficile en médecine générale.

4 Les compétences et les connaissances nécessaires

1. les connaissances biomédicales

- connaître la prise en charge d'une grossesse: consultation prénatal déclaration obligatoire bilan sanguin..

2. les compétences psychologiques et relationnelles

- Savoir être à l'écoute des difficultés psychologiques du patient, de ses angoisses
- Savoir poser les « bonnes questions »
- Ne pas juger

3. les compétences organisationnelles

- Avoir un réseau de correspondants compétents (gynécologue) et savoir servir de médiateur médical pour aider le patient dans ses démarches

5 Prise en charge, Recommandations et consensus sur la pathologie : Le point sur le déni de grossesse

Chaque année en France, plus de 2300 femmes seraient touchées par le déni de grossesse.

Le déni de grossesse est une méconnaissance par la femme de son état de grossesse. Il est partiel si la perception de la grossesse finit par se faire même tardivement, et total s'il se poursuit jusqu'à l'accouchement.

Le déni se caractérise par l'absence de signe de grossesse. Les règles continuent (ou des saignements sont pris comme tels), la prise de poids est faible (2 ou 3 kg). Le ventre ne s'arrondit pas. Le fœtus ne bouge pas (ou la mère ne ressent pas ses mouvements, les prenant

pour des désordres intestinaux). Il se développe normalement, mais “en secret” le long de la colonne vertébrale, comme dans le cas de notre patiente (son ventre ne s'est arrondi qu'une semaine avant sa première consultation.)

Ce trouble peut toucher toutes les femmes quels que soient la catégorie sociale, le niveau intellectuel et l'âge. Il peut survenir après des grossesses désirées et pleinement vécues. Ces femmes ne sont atteintes ni de troubles psychiatriques ni de mythomanie. Aussi surprenant que cela puisse paraître, par l'absence de signe et de transformation corporelle, l'entourage passe également à côté de la grossesse. C'est la contagion du déni.

La difficulté pour nous, les médecins, est de savoir si, réellement, la femme n'a pas conscience d'être enceinte ou si elle refuse sa grossesse, parce qu'elle se trouve confrontée à des problèmes sociaux, familiaux, religieux, etc.”

Dans le cas de Mlle M., il s'agit d'un déni partiel de grossesse, il semblerait qu'elle n'est pas eu conscience d'être enceinte, mais une fois devant le fait, elle l'a très bien accepté.

6 Prise en charge recommandations et consensus

Bibliographie

- 1.) HAS, Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires, septembre 2005
- 2.) Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 :1073-1077
- 3.) Paulus D, Doumenc M, Pestiaux D. Adolescents : quelles portes d'entrées dans la consultation ? Centre Universitaire de médecine générale-UCL Bruxelles. Rev Prat Med Gen 2003;17:1048.

1 Modalités de la consultation de l'adolescent chez le généraliste et son suivi

L'adolescence est une période de transformations physiques et psychiques constantes. On note actuellement un allongement de sa durée : de 11-12 ans à plus de 20 ans. Elle est devenue un statut, un état relativement durable même si c'est un état toujours instable.

Le rapport à autrui y est bouleversé avec une influence de l'environnement d'autant plus déterminante que l'étayage interne a été fragilisé. La relation au médecin généraliste n'y échappe pas.

Malgré tout, les adolescents consultent volontiers et en premier lieu le médecin généraliste, 2,3 fois par an en moyenne. Nous voyons, en moyenne, un adolescent par jour. Ce sont le plus souvent les parents qui prennent l'initiative de la consultation et ils accompagnent leurs enfants, même à 18 ans, encore dans la moitié des cas.

Le motif de consultation est essentiellement somatique (75%), souvent administratif et préventif (certificat d'aptitude au sport, vaccination.. à 19%), rarement psychologique (6%).

La demande de l'adolescent est souvent imprécise, voire ambivalente ; il est à la fois rassuré et gêné par la présence du tiers. Déjà naturellement peu explicite sur ses symptômes, son expression se dégrade en cas de problèmes relationnels.

Cette situation se complique d'une représentation assez floue du champ d'action du généraliste qu'il cantonne le plus souvent au soin somatique.

En effet, si 92 % pensent que ces praticiens peuvent les aider sur la santé physique, ils ne sont que 55 % à le penser pour leurs problèmes sexuels, et seulement 32 % pour une éventuelle dépression.

À sa place, modeste mais importante, le médecin traitant peut aider l'adolescent à passer le ou les caps difficiles, à condition de profiter d'une consultation motivée par un problème ponctuel pour en élargir le contenu et établir une vraie relation thérapeutique dans la durée.

Toute consultation d'adolescent peut être élargie de façon simple. (Cf annexe 1)

Le groupe ADOC a mis au point un test de dépistage du risque suicidaire, simple à utiliser en médecine générale, validé et recommandé par la HAS : le test TSTS-CAFARD.

Il a aussi élaboré un référentiel d'attitudes permettant d'élargir le contenu des consultations aux champs psychologique et social avec tout adolescent consultant.

Voici ces propositions :

- Après l'exposé du motif de la consultation, en respectant un court temps de silence, poser la simple question : « À part ça ? » « oui mais encore ? » permet de tripler les consultations abordant le mal-être.
- Pour intégrer le tiers accompagnant, se demander et demander : « Qui souffre ? » puis « Qui demande quoi ? Pour qui ? » et enfin : « Que dire à qui et pourquoi ? »
- Commenter l'examen clinique : l'adolescent est soucieux de sa normalité et est très attentif aux remarques du médecin touchant son corps. L'examen est aussi l'occasion d'aborder les divers champs de vie (consommation de produits, alimentation, sexualité, etc.)
- Dépister un éventuel mal-être par le test TSTS, complété en cas de réponse positive par la recherche des clés de gravité CAFARD et ainsi aborder les divers champs de vie de l'adolescent, à explorer lors de consultations ultérieures.

2 Education thérapeutique et prescription d'une contraception en médecine générale

Bibliographie

- 1) HAS, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [2004]
- 2) SOGC, Directive clinique canadienne de consensus sur la contraception hormonale continue et de longue durée [2007]
- 3) SOGC, Consensus canadien sur la contraception [2004]
- 4) OMS, Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives [2007]

La France est le pays d'Europe où le recours à une contraception médicale est le plus élevé. Selon l'enquête « les Français et la contraception » BVA-INPES Mars 2007, la majorité des personnes en âge de procréer utilise un moyen de contraception :

- pilules (58%),
- préservatif (28%)
- stérilet (21%)

C'est chez les jeunes que l'usage de la pilule est le plus important, 80,8 % des femmes de 20-24 ans l'utilisaient. On note aussi une utilisation plus systématique de la contraception lors du premier rapport sexuel.

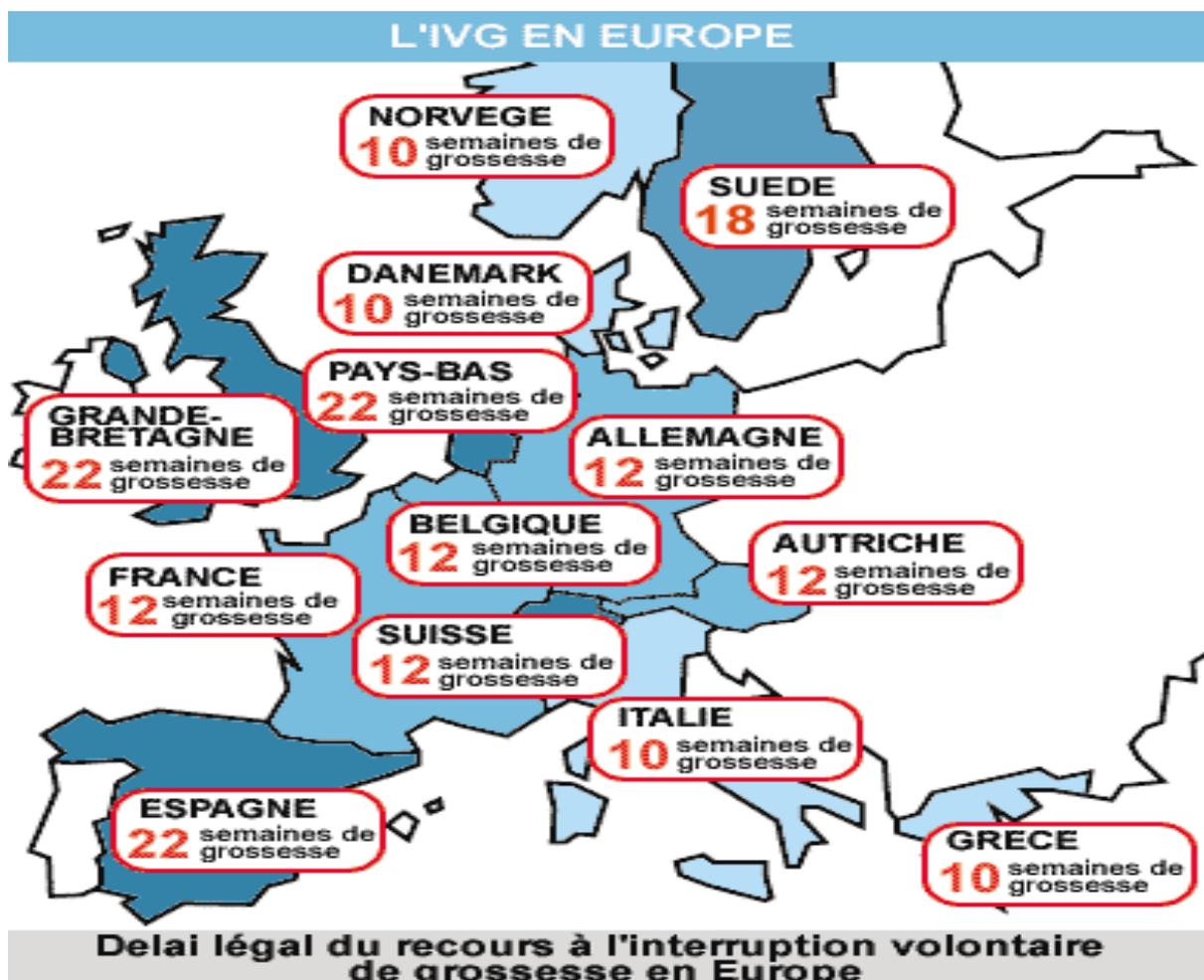
En effet, seules 8,9 % des femmes qui ont eu leur premier rapport au cours des 5 dernières années n'ont pas utilisé de moyen de contraception lors de ce premier rapport (tandis qu'elles étaient presque 30 % parmi celles qui ont eu leur premier rapport avant 2000.)

Plus spécifiquement, le recours au préservatif lors du premier rapport a régulièrement et fortement augmenté depuis 20 ans. Ainsi, environ 85 % des jeunes ayant eu leur premier rapport entre 2000 et 2005 ont alors utilisé un préservatif. Malheureusement notre patiente n'en faisait pas partie...

La France se trouve dans une situation paradoxale où d'une part:

- le taux de recours et de diffusion de la contraception est l'un des plus élevés d'Europe et où, d'autre part,
- le nombre d'interruptions volontaires de grossesse se stabilise à un niveau élevé (un peu plus de 200 000 IVG par an) et tend même à augmenter dans certaines tranches d'âge qui s'explique en partie par une difficulté à gérer sa contraception au quotidien.

Il y a 360000 grossesses par an qui seraient non désirées. Les 2/3 de ces grossesses non désirées surviennent chez des femmes ayant une contraception en cours.



Le tableau ci dessus montre les délais des IVG en Europe

Les causes d'échecs à la contraception sont dans:

- 60% des cas chez les utilisateurs de pilule (tardive oubli)
- 18% maladie(vomissement)
- 21% pas d'explication
- 8,7% pour le stérilet
- 12% pour le préservatif

Elles existent plusieurs raisons :

- *Explications médicales non pertinentes?*

64% des Français considèrent qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse durant le cycle de la femme.

22% des français pensant que la pilule peut rendre stérile

- *Mauvaise utilisation?*

Une femme sur cinq oublie sa pilule au moins une fois par mois (INPES 2007)

- *Méthodes mal adaptées..?*

50% considèrent qu'il faut déjà avoir eu un enfant pour utiliser un stérilet.

En regardant les causes d'échec à la contraception et les idées reçues des patients, on réalise l'étendue du travail du médecin généraliste tant dans son rôle d'information que de prévention.

Pour nous aider à délivrer l'information et qu'elle soit intégrée par le patient, quelques règles peuvent être utiles lors de la consultation:

1. Contrôler le flot des informations médicales:
 - Structurer le discours
 - Ne pas noyer,
 - Faire revenir
2. Aborder la sexualité : rapports sexuels ou non
3. Faire reformuler pour s'assurer de son niveau de connaissance:
 - Sur la pilule et son fonctionnement
 - Sur les MST et l'utilisation du préservatif
4. Questionner les craintes
5. Toujours distribuer un plaquette d'information (cf INPES)
6. La pilule contraceptive bon choix à cet âge, facilité d'utilisation , effet bénéfique sur les cycles, normo-dosées ou 3^{ème} génération.
7. Bilan complet à la recherche d'une contre indication: atcd familiaux, thrombose veineuse, diabète, hyperlipidémie
8. Aborder le problème du tabac
9. Prévoir un deuxième consultation : examen clinique, résultats du bilan, éducation thérapeutique (que faire si oubli, spotting, etc.....).

3 Modalités d'une annonce d'un diagnostic difficile en médecine générale:

Pour un médecin, annoncer un diagnostic à son patient est d'une grande banalité.

Ceci peut faire oublier que si la démarche du médecin a une dimension technique, l'état d'esprit du patient est plutôt celui de quelqu'un qui, occasionnellement, attendrait une sorte de verdict.

En effet, d'une certaine façon, si le patient apporte des symptômes, c'est le médecin qui va « créer » la maladie en la nommant. Jusqu'à ce moment précis, ne sont en cause que des gênes variées, des douleurs, mais il n'y a pas encore, « officiellement », de maladie. Celle-ci ne sera identifiée, légitimée, authentifiée qu'au moment où le médecin va dire : « Vous souffrez de telle ou telle pathologie ».

Dès cet instant, non seulement le patient, mais aussi son entourage (et même la collectivité) sait de quoi il s'agit. Il a acquis le statut de malade vis-à-vis du reste du monde. Ici, le statut de Mlle M. devient celui d'une future maman.

Dans ces conditions, annoncer un diagnostic n'est jamais banal et impose, au minimum, de faire attention à ce que l'on dit (ou ne dit pas).

Dans la version de 1995, à l'article 35 : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. » Le droit à l'information du malade s'ajoute donc au devoir d'information du médecin.

Si l'on décide de ne rien dire, il risque de s'installer, entre malade et médecin, une relation où le « non-dit » va jouer un rôle éventuellement péjoratif. Par ailleurs, le médecin peut être poussé à se taire en pensant que le doute sera plus « confortable » pour tout le monde, y compris pour lui, médecin.

Une fois la situation de « mensonge » installée, il n'est pas toujours facile de revenir en arrière.

En dehors de toute considération théorique, il faut reconnaître, dans la pratique quotidienne, que les patients qui veulent savoir savent (que l'on ait dit ou non), et que ceux qui ne veulent pas savoir ne savent pas (que l'on ait dit ou pas).

En fait, il est possible que la question posée par ce type de situation ne soit pas : « Faut-il dire la vérité ou pas ? », mais plutôt : « Comment partager cette vérité avec le patient ? ».

7 Prise en charge et spécificités de la Médecine Générale

1 Le premier recours

Nous sommes en tant que généraliste le premier contact avec le système de soins avec une approche centrée sur le patient. Nous intervenons au stade précoce et non différencié des maladies. Ici, la patiente est venue pour un gonflement et des douleurs abdominales d'évolution récente, nous lui avons annoncé sa grossesse.

2 La prise en charge globale

Au cours de ces consultations, en plus de l'examen gynécologique, nous avons vérifié ses sérologies, nous avons traité ses crampes musculaires par du magnésium et nous sommes restés attentifs à l'évolution de son comportement psycho-social .

3 La coordination des soins

Le médecin généraliste se place au centre du parcours de soins entre les différents intervenants (Gynécologue, Radiologue, Assistante sociale...). Il joue un rôle pivot dans le réseau multidisciplinaire prenant en charge le malade et son entourage. Dans notre cas, nous avons contacté et pris rendez vous pour elle chez le radiologue, puis nous avons organisé son suivi spécialisé avec le gynécologue en l'appelant au téléphone et lui adressant un courrier.

4 La continuité des soins.

La patiente est suivie régulièrement après la première consultation. Pour les résultats des Béta HCG, après son échographie de datation ou même par téléphone lorsqu'elle a eu des problèmes avec le gynécologue (rôle de médiateur).

5 Le rôle d'acteur de santé publique

Information et éducation thérapeutique sur la contraception, sur la grossesse. Action de prévention: Vaccination (gardasil?), MST etc....

8 Conclusion

Le médecin généraliste est au centre du système de coordination des soins, adressant le patient aux intervenants successifs en fonction des besoins. Il guide le patient, et le conseille sur les nécessités d'examens.

Par ailleurs, il est souvent amené à servir d'interprète, reformulant et adaptant au mieux l'information donnée à son patient.

Comme nous l'avons vu, la consultation de l'adolescent a des caractéristiques propres et un enjeu qui dépasse largement le motif évoqué. Son abord par le médecin relève plus d'une complexité relationnelle que médicale. Elle fait davantage appel à des qualités du comportement que du savoir pour établir une relation de confiance en sécurité. Le généraliste doit privilégier au quotidien des attitudes de vigilance, d'attention et d'ouverture.

Quand le médecin prescrit une méthode contraceptive il doit prendre en compte de façon individualisée la vie affective, sociale et sexuelle de chaque femme.

Les points délicats de cas clinique ont été de lui apprendre qu'elle était enceinte sans lui faire peur, afin de garder le lien et de lui annoncer lorsqu'elle est revenue avec son échographie qu'elle ne pouvait plus avorter comme elle le souhaitait et qu'elle devrait aller jusqu'au bout de cette grossesse non désirée.

L'annonce d'une maladie, ou de l'absence de maladie, ou d'un risque de maladie engage personnellement le médecin.

Cette démarche peut être simple ou compliquée, selon la nature des problèmes, mais aussi en fonction des personnalités du patient et du médecin. Le fait d'annoncer un diagnostic demeure une des tâches importantes que le médecin ne peut déléguer.

Il est possible de se préparer à cette situation, en formation initiale et/ou continue, mais il ne peut exister de « recette » toute faite.

Je pense que si la situation se représentait, j'agirai différemment. Lors de la première consultation, je commencerai à lui dire qu'il est possible qu'elle soit enceinte et qu'il faut faire des examens supplémentaires pour s'en assurer afin qu'elle se prépare psychologiquement. Je creuserai plus le côté psycho-social afin de mieux comprendre pourquoi elle nie avoir eu des rapports sexuels à la période où elle est tombée enceinte.

Annexe 1

La consultation de l'adolescent chez le généraliste

1. Accueil de l'adolescent

- Rappeler le **cadre de la consultation** : prévention et ouverture aux questions explicites et implicites de l'adolescent, rôle du médecin, confidentialité
- Entendre le motif premier de la consultation puis ouvrir : « et à part ça ? »
- Gérer le tiers (parent, ami..) : ensemble ou/puis séparément

2. Examen clinique

- Commenté, rassurant sur la normalité et informatif sur l'anatomie et la physiologie,
- Croissance en taille, poids, évolution de l'IMC, Evolution pubertaire
- Recherche de problèmes dentaires, visuels, troubles de la statique rachidienne

3. Dépistage d'un éventuel mal-être et de conduites à risque, avec des test très simples et validés

TSTS

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

CAFARD :

À chaque réponse positive obtenue au TSTS, il est proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 «mots clés » :

- Sommeil **Cauchemars** :« *Fais-tu souvent des Cauchemars?* »
- Traumatologie **Agression**: « *As-tu été victime d'une Agression physique?* »
- Tabac **Fumeur quotidien**: « *Fumes-tu tous les jours du tabac?* »
- Stress scolaire **Absentéisme**: « *Es-tu souvent Absent ou en Retard à l'école?*»
- Stress familial **Ressenti Désagréable** familial « *Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable?* »

L'examen clinique et les réponses aux questions du test précédent sont l'occasion d'explorer avec lui les champs de vie de l'adolescent :

- Le corps, le sport, les accidents, les agressions, les maladies
- Le tabac, l'alcool, le cannabis, les autres produits, le plaisir, la sexualité
- Le sommeil, la vie psychique, les croyances, les représentations

4. La prévention :

- Les vaccins : DTCP, ROR, hépatite B, HPV
- La sexualité : contraception, prévention et éventuel dépistage des IST
- La nutrition
- L'activité physique, le sport

5. Les suites : proposer une aide et/ou une prise en charge

- **Ecouter l'adolescent**, donner son point de vue, rencontrer ses parents avec son accord
- Lui proposer de le revoir en lui fixant un **rendez-vous**

L'orienter, si besoin, vers un professionnel de santé ou social et /ou une **structure spécialisée**