

Le médecin généraliste et l'adolescent : trouver le juste équilibre

The general practitioner and the teenager: Finding the right balance

Francis Abramovici

Rédacteur en chef de Médecine
francis.abramovici@unaformec.org

• **Mots clés**

médecine adolescente ; guidance de l'enfant ; maltraitance des enfants ; suicide [medicine ; adolescent ; child guidances ; child abuse ; suicide].

DOI: 10.1684/med.2018.323

Venu du latin « *Adolescere* » (croître, grandir), l'adolescence désigne cette partie de la vie de l'homme qui fait transition entre l'enfance et la vie adulte [1].

Il arrive fréquemment que des parents fassent appel à leur médecin de famille lors de difficultés relationnelles avec l'adolescent. C'est aussi en cas de maladie chronique le moment d'acquérir des compétences de soins comme le décrit l'article de Maxime Morsa dans ce numéro [2]. C'est dire si le médecin généraliste a sa place dans l'accompagnement de l'adolescent, en tant qu'interlocuteur de la famille, aux confins des maux du corps et de l'âme. Et cette place est difficile à tenir.

Le médecin aussi est un ex-adolescent

Le médecin a au moins une certitude face à un adolescent, c'est qu'il a lui-même vécu cette expérience de passage. Le souvenir qu'il en a gardé peut avoir été effacé par le temps, en particulier le temps des études et de sa pratique de médecin. Et s'il a lui-même ressenti de l'inconfort lors de son adolescence, ses propres positions d'adultes, potentiellement fragiles et incomplètement réconciliées, entrent en jeu. L'état d'adulte est précaire, toujours à refaire. Avoir vécu cette expérience a été son premier apprentissage de l'adolescence avant de devenir soignant et elle va influencer sur son attitude.

Chaque adolescent, quelles que soient sa personnalité, son histoire et la relation qu'il a nouée avec son médecin, se présentera toujours en consultation face à un adulte doublé d'un professionnel de la santé. Il est en droit d'en attendre une guidance dans cette période de choix, d'incertitudes, de découvertes, mais ne le sait pas toujours. Et le médecin, lui, ne se sent pas toujours la légitimité de pénétrer dans l'intimité de cet ado qui lui fait face. Il risque alors de manquer à sa mission de référent d'une sorte d'autorité liée au savoir et de complicité liée à la fonction d'aidant, surtout si l'adolescent se présente « recroquevillé » comme le homard sans carapace de Françoise Dolto [3].

Un nouveau modèle de relation

Pour l'enfant qui devient adolescent la relation aux adultes change dans ce passage de sa vie où lui-même se prépare à devenir adulte. S'il est face à celui qui est son médecin de famille il faudra néanmoins aux acteurs de la consultation apprendre à créer un nouveau modèle de relation. D'autant que, le médecin de famille étant aussi le médecin de la famille, il se doit de devenir le médecin de la personne sur son chemin d'autonomie. Dès que l'enfant est capable de discernement, notion que les juges estiment généralement acquise vers dix ans, il peut exiger de consulter seul son médecin [4]. Il est utile de marquer cette nouveauté en informant l'adolescent de son droit au secret professionnel, tout en rappelant qu'en dehors des exceptions seul l'adolescent peut en décharger son médecin pour

lui demander par exemple de devenir médiateur de sa parole vers sa famille. À l'opposé si la relation est récente, il faudra apprendre à se connaître.

Une attention particulière au risque de suicide

Dans tous les cas c'est une nouvelle expérience commune à inventer où parfois chacun cherche sa place. C'est d'autant plus important que le suicide à cette période de la vie est une cause majeure de décès, la France se situant parmi les pays connaissant un taux élevé de suicides (10^e rang sur 32 en Europe), avec 8 885 décès par suicide enregistrés en France métropolitaine en 2014, et le suicide est la deuxième cause de mortalité parmi les 15-24 ans, après les accidents de la route. S'y ajoutent les tentatives de suicides avec un pic chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans, en moyenne 39 pour 10 000 [5].

Une conduite suicidaire chez un adolescent n'est jamais « normale » ; même si elle paraît minime en apparence et sans conséquence somatique grave, elle ne doit jamais être prise à la légère. Ajoutons que dans la population adolescente, les comportements marqués par une prise de risque sont fréquents et pourraient même être une marque de l'adolescence [6]. Or, dans les cas marqués par une issue fatale, il est souvent impossible de faire la part entre conduite suicidaire et « simple » conduite à risque. La « crise » de l'adolescence (« *crisis* » c'est le jugement en grec, le moment où les choses se départagent, où elles sont pesées et différenciées) peut et doit être repérée et accompagnée afin de prévenir la rupture car ce qui est pathologique ce n'est pas la crise mais la rupture. Soixante pour cent des adolescents ayant fait une tentative de suicide avaient consulté leur médecin généraliste pour divers motifs somatiques dans l'année [7].

La maltraitance est un facteur de risque majeur de suicide qu'elle soit physique, sexuelle ou psychologique. Elle est ou fut bien souvent mixte, le plus souvent dissimulée par l'entourage, souvent tue par le sujet lui-même par honte et sentiment de culpabilité de l'enfant. Les adolescents et jeunes adultes ayant un vécu de mauvais traitements dans l'enfance ont un risque de comportement suicidaire multiplié par trois, mais aussi de dépression, d'addictions, d'anxiété, de troubles du comportement alimentaire, de trouble panique, et de phobie [8]. Or, l'enquête *Comportement Sexuel des Français* [9] révèle que les enfants sont nombreux à être victimes de viol : 16 % des femmes et 5 % des hommes déclarent avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie majoritairement avant 18 ans. Face à cette réalité c'est au médecin qu'incombe la responsabilité d'apprendre à poser la question en s'y étant formé.

Comment tenir sa place de médecin face à l'adolescent ?

Comment louvoyer entre une expertise autorisant la guidance et une maïeutique permettant d'aider l'autre à s'exprimer tout en se découvrant ? Pour être un

interlocuteur valable de la médiation délicate des relations entre le jeune et sa famille, le médecin généraliste doit savoir se tenir à la « bonne distance » de l'adolescent et de ses parents. Il a également à entendre la souffrance psychique derrière les maux du corps pour différencier la crise « normale » de l'adolescence, d'une crise révélatrice d'une psychopathologie sous-jacente. Pour cela repérer les situations à risques, repérer les signes de gravité d'un comportement addictif (consommation de cannabis, d'alcool, etc.) permettra d'adresser à bon escient un adolescent à un confrère, généraliste ou psychiatre, au psychologue, au CMP, à la maison des adolescents. . .

Autant de missions nécessitant de savoir accéder au point des propres enjeux de l'adolescent. Quitter l'enfance et rentrer dans l'âge adulte suppose une différenciation corporelle et en particulier sexuelle, familiale, professionnelle. . . À ce moment où la réalité doit prendre le pas sur le fantasme, l'individu doit poser des choix qui vont l'engager pour le restant de sa vie. Or choisir c'est éliminer : si ce n'est pas l'un c'est l'autre et certains choix sont plus ou moins irréversibles entraînant une certaine dépression. Le choix est toujours moins bien dans la réalité que dans le fantasme, et accéder à ses désirs comporte toujours une part de déception.

Si les questions ouvertes ont leur place, entrer dans le monde de l'autre, l'aider à se découvrir, en témoignant parfois de sa propre expérience passée d'adolescent, est à la fois attendu et redouté par le jeune. Dans ce passage difficile le médecin peut se présenter comme le réparateur des arches des ponts, n'attendant pas que les piliers aient été sapés par la rivière pour aller les consolider. C'est une manière d'aborder à la fois la scène extérieure de la vie de l'adolescent (ce qu'il y a au-dessus de l'eau : les éventuels signes cliniques, la famille, l'environnement, l'investissement scolaire et professionnel. . .) et sa scène intérieure (les piliers du pont sous l'eau : le monde psychique interne avec ses angoisses et la qualité de l'humeur, le rapport au corps et ce qu'il en dit, au corps sexué et à la masturbation, la distance à l'autre dans la famille, les pairs, le groupe. . .). Pour cela des questions directes sont nécessaires, questions auxquelles l'adolescent dans sa relative indifférenciation répondra parfois par un bref « *normal. . . comme tout le monde. . .* », réponses qu'il faudra savoir l'aider à dépasser pour l'aider à se connaître.

L'adolescent doit trouver ses solutions, il est pour cela indispensable qu'une identification soit possible. Celle au médecin généraliste peut en être une provisoirement, le temps de la consultation. Souvenez-vous de votre médecin généraliste lorsque vous étiez adolescent : il se peut qu'il ait compté dans votre choix de métier.

Explorer les cinq piliers du pont que sont la santé (l'humeur et le corps, l'alimentation et les produits. . .), les amis (et la qualité de la relation), les amours (et la sexualité), la famille (proche et élargie) et le travail (actuel et futur) aide l'adolescent à se découvrir en même temps que le médecin le découvre. Savoir poser la question d'une éventuelle violence subie (ou d'un viol) évitera d'ignorer un traumatisme initial, souvent du fait du sentiment de honte, ou de l'oubli lié à la phase de latence de l'état de stress post-traumatique.

Ces questions annoncent également qu'il est légitime de parler de ces choses de la vie, et qu'il sera toujours possible de revenir en parler car tout ne peut se faire en une seule consultation. Si le médecin a besoin d'outils pour se lancer rappelons que les tests « TSTS » et « CAFARD » [10] reprenant certains des items ci-dessus ont été validés. L'important reste la qualité de la relation qui se noue entre deux personnes lors d'une consultation de l'adolescent. De cette qualité dépendra le travail en commun parfois pour longtemps, comme la possibilité si nécessaire d'orienter dans de bonnes conditions.

Et la famille ?

Le médecin de famille peut reprendre cette parole de la Bible : « *Et l'on ne dira plus : les pères ont mangé des raisins verts, et les dents des enfants en ont été agacées* » [11]. L'on sait que l'environnement social déclenche des réponses épigénétiques et depuis peu des hypothèses fortes sont en faveur d'un lien entre maltraitance, abus sexuel dans l'enfance et le risque de suicide par un effet sur les gènes [12].

Aujourd'hui, s'il est devenu assez facile de faire sortir la famille qui accompagne l'adolescent, ce pourrait être parfois trop facile. Il est nécessaire de l'évaluer, au moment opportun. La rencontre avec l'accord de l'adolescent pose la question du secret professionnel évoqué plus haut, de la médiation éventuelle par le généraliste d'une parole trans-générationnelle : c'est au médecin d'en prendre la responsabilité. Pour l'oser sans que l'adolescent risque de se sentir trahi il est nécessaire que cette consultation se fasse en sa présence.

Cette consultation en commun outre les renseignements épidémiologiques, l'histoire trans-générationnelle permettra d'observer comment la famille fonctionne et de mieux se représenter l'environnement sur les dires de l'adolescent et sur ceux de sa famille.

C'est une raison de plus de la place nécessaire et difficile du médecin auprès de l'adolescent et de sa famille. Osons la tenir.

~ **Liens d'intérêts** : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Jeammet PH. L'adolescence. Paris : Solar, 2002.
2. Morsa M. L'adolescent, sa maladie chronique et son médecin généraliste. *Médecine* 2018 ; 14 (5). Sous presse.
3. Dolto F, Percheminier C, Dolto C. *Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard*. Paris : Gallimard Jeunesse, Folio Junior, 2007.
4. Fil santé jeune. Santé. Sexualité. Amour. Mal Être. Ma santé : je suis mineur, quels sont mes droits par rapport à mes parents ? [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.filsantejeunes.com/ma-sante-je-suis-mineur-quels-sont-mes-droits-par-rapport-a-mes-parents-5786>.
5. Observatoire national du suicide. SUICIDE Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3^e rapport/février 2018.
6. Le Breton D. *Conduites à risque : des jeux de mort aux jeux de vivre*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 2002.
7. Binder P, Chabaud F, Balima S, Saillard C, Robin S, Taugourdeau R, Choquet M. Enquête de santé perçue auprès de 3 800 adolescents d'un département français : aspects méthodologiques. *Santé publique* 2001 ; 13 (4) : 367-77.
8. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey 1. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 (12) : 1048-60.
9. Salmona M. Enfants victimes de violences sexuelles. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. Colloque « La maltraitance des mineurs ». Cour de Cassation. 6 octobre 2016. https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2016Enfants_victimes_de_violences_sexuelles_ENM_colloque_cour_de_cassation.pdf.
10. MASEF. Médecins auteurs de sharewares et freewares. <https://www.masef.com/scores/adoetsuicidetstscafard.htm>.
11. Livre d'Ézéchiel. Chapitre 18 ; versets 1 à 9.
12. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry* 2013 ; 12 (2) : 149-54.