

Formation

Pour une médecine de l'adolescent

Apparus vers la fin des années 60 dans le monde anglo-saxon, les premiers services de « médecine pour l'adolescent » répondaient à un besoin relativement nouveau directement lié à l'efficacité des soins en pédiatrie : les enfants porteurs de maladie chronique et invalidante avaient une survie prolongée et accédaient à l'adolescence avec l'apparition, à cet âge, de multiples complications aussi bien somatiques que psychologiques. La médecine de l'adolescent fut d'abord une pratique hospitalière. En France, nous l'avons vu, le premier (et le seul) service hospitalier de médecine de l'adolescent fut créé en 1982 (CHU Kremlin-Bicêtre, service du Pr V. Courtecuisse). Parallèlement, des services spécialisés en psychiatrie de l'adolescent apparurent dans les années 70 (en France service du Pr H. Flavigny, hôpital de la Cité Universitaire ; unité de psychiatrie de l'adolescent dans le service du Pr D. J. Duché à l'hôpital de la Salpêtrière). Peu à peu émergea ainsi l'idée d'une « médecine de l'adolescent », nouvelle discipline plus que nouvelle spécialité en ce sens qu'il s'agit d'une médecine polyvalente attentive à l'ensemble de la personne, l'adolescent, dans les divers aspects de sa santé physique mais aussi développementale, psychologique, interactive avec sa

famille et ses parents, scolaire et sociale. De ce point de vue la « médecine de l'adolescent » ressemble plus à des disciplines comme la pédiatrie générale, la médecine interne ou plus encore la gériatrie : soigner la personne âgée implique un regard extensif sur l'ensemble de la situation.

Les adolescents ont recours au système de soins

Dans les années 80, la médecine de l'adolescent sort peu à peu de l'hôpital en particulier sous l'influence des enquêtes épidémiologiques (les études de M. Choquet et coll., unité Inserm 169) qui révèlent clairement le malaise diffus des adolescents, la nature très diversifiée de l'expression de ce malaise (dans le champ sanitaire certes mais aussi familial, scolaire, social, etc.) et l'important pourcentage de la population concernée. Contrairement aux idées reçues, ces enquêtes montrent également que les adolescents n'hésitent pas à consulter et que, sauf pour les populations les plus défavorisées, leur consommation médicale en terme de consultations (en particulier médecine générale, gynécologie, dermatologie, psychiatrie) ou d'hospitalisations brèves (après tentatives de

suicide, accident de la circulation, accident ou incident de sport) est loin d'être négligeable. Les graves problèmes de santé publique que représentent les tentatives de suicides (et suicides réussis) des adolescents et jeunes adultes, et les consommations de drogues ont renforcé cette sensibilisation, d'autant que les études épidémiologiques précédemment citées ont également montré ce que le clinicien savait par son expérience de cas individuels, que ces conduites déviantes ne surgissent pas *ex nihilo* mais sont en général précédées par toute une série de conduites de souffrance et de déviances survenant pendant les « années collèges », c'est-à-dire vers 12-15 ans.

Les principes de la médecine de l'adolescent

La « médecine de l'adolescent » ne concerne donc plus les seuls pédiatres et psychiatres travaillant dans les services hospitaliers très spécialisés. En même temps, les médecins recevant des adolescents (médecins généralistes, gynécologues, dermatologues, chirurgiens orthopédiques, médecins scolaires et autres spécialistes) ont rapidement compris que, s'ils voulaient avoir une véritable action de soin auprès de cette tranche d'âge, ils devaient acquérir une formation spécifique aussi bien dans le domaine somatique que dans la compréhension de leurs besoins psychologiques et relationnels.

La « médecine de l'adolescent » repose sur un certain nombre de principes que partagent les divers praticiens de l'adolescence.

Il existe des besoins très importants en santé publique, d'autant plus importants que les délimitations nosographiques de la pratique médicale habituelle ne résistent pas aux moyens d'expression souvent flous ou en décalage des adolescents. Un adolescent malade chronique peut masquer ou ignorer des signes de décompensation pourtant bien connus de lui, parce qu'il est dans une phase d'opposition ou de déni de sa maladie. Inversement, un autre peut mettre en avant et amplifier les habituels symptômes pour

exprimer une souffrance psychologique. Le corps est souvent l'objet « d'agressions » (tentatives de suicide certes, mais aussi conduites de risque, négligences somatiques diverses) en réponse à des moments d'angoisse. Le fléchissement ou l'échec scolaire traduit souvent des difficultés psychologiques ; la consommation de produit peut être un recours auto-thérapeutique face à ces menaces d'effondrement dépressif, etc.

Ces quelques notes montrent l'artifice voire le danger à opposer une « médecine » dite organique à une « médecine » d'origine psychologique ou même psychopathologique : l'adolescent s'engage « corps et âme » pourrait-on dire dans diverses conduites bruyantes et/ou déviantes comme autant de manifestations d'un malaise, d'un conflit psychique ou inversement exprime une souffrance d'origine somatique par des manifestations comportementales.

Les relations aux parents sont souvent au centre des problèmes rencontrés par l'adolescent mais il y a un changement majeur par rapport à l'enfant : l'adolescent doit être d'emblée considéré comme une personne, une individualité à part entière, bénéficiant de la confidentialité de sa rencontre avec le médecin. Toutefois, l'évaluation de la qualité des relations aux parents est un des éléments de l'évaluation clinique. Dans la grande majorité des cas, la prise en charge d'un adolescent doit en conséquence inclure une approche familiale.

S'inscrire dans un réseau de soins

Enfin, compte tenu de cette diversité d'expression du malaise ou de la souffrance, de la multiplicité des intervenants impliqués, un travail en réseau est le plus souvent nécessaire voire indispensable, dès que les difficultés de l'adolescent atteignent une certaine gravité : le médecin d'adolescent doit savoir travailler en établissant des liens avec les autres intervenants (médecins généralistes, psychiatres, spécialistes divers, psychologues, médecins scolaires, enseignants, éduca-

teurs, travailleurs sociaux, juges des enfants, etc.). Cette capacité à établir des liens, à s'inscrire dans un « réseau de soins » est d'autant plus importante que l'adolescent est en situation de rupture, de désinsertion, de déscolarisation.

Ainsi, la médecine de l'adolescent est une médecine de l'individu dans sa globalité, individu inscrit dans son contexte familial et environnemental. C'est pourquoi être médecin d'adolescent implique certes de connaître la psychologie pubertaire, les pathologies somatiques habituelles de cet âge, les implications psychologiques des maladies graves et chroniques, mais aussi les enjeux psychologiques propres à cet âge, les pathologies psychiatriques et enfin les aspects éducatifs, scolaires, sociologiques, culturels qui participent de la vie quotidienne des adolescents. À côté de cette médecine de l'adolescent, une « psychiatrie de l'adolescent » avec les spécificités qui la caractérisent est aussi indispensable. C'est pourquoi une collaboration régulière entre le médecin formé à la médecine de l'adolescent et le psychiatre d'adolescent est indispensable.

Enfin, et ce n'est pas le moindre, le médecin de l'adolescent doit se former à un type de relation particulier où le jeune adolescent doit à la fois être l'interlocuteur privilégié tout en ne méconnaissant pas son habituelle situation de dépendance familiale, une relation où la séduction doit être proscrite mais où l'excès de distance et de froideur empêche l'indispensable contact empathique. Cette « bonne distance » relationnelle, paramètre essentiel de la qualité de la relation thérapeutique, nécessite expérience et formation. ■

Daniel Marcelli

Professeur de pédopsychiatrie à l'Université de Poitiers