

L'accueil de patients adolescents et de leurs parents en cabinet de pédiatrie¹

Jürgen Grieser; Urs Eiholzer, Zurich

L'adolescent: des changements à tous les niveaux

Le patient adolescent² vit une transition entre l'enfance et l'âge adulte; sa vie se ressent de changements intervenant à tous les niveaux. Tant au plan physique, psychique que relationnel, tout change, rien ne reste comme avant. Parmi les grands enjeux de développement de l'adolescence, citons:

1. l'intégration des changements physiques dans la représentation de soi,
2. la réorganisation de la relation aux parents et aux pairs,
3. l'adoption de l'identité sexuelle masculine ou féminine,
4. l'obligation de se situer par rapport à la scolarité, aux études et au choix d'une profession.

Les niveaux biologique, psychologique et social des changements de l'adolescence se concrétisent dans trois demandes que le jeune adressera au médecin qu'il consulte:

1. «Est-ce que je suis malade?» (aspect biologique et médical)
2. «Comment est-ce que je me sens?» (aspect psychologique)
3. «Suis-je normal?» (aspect social et développemental).

Même les adolescents sains et en bonne santé éprouvent face à leur corps un malaise occasionnel. Contrairement au corps enfant avec lequel il ne faisait qu'un, l'adolescent vit son corps comme une force dotée d'une charge sexuelle et d'une maturité nouvelle. Ce corps sexué ne lui est pas familier et est perçu comme «intrusivement modifié» (King, 2002, p. 172). L'adolescent a perdu le corps «évident» de l'enfance et est sommé de s'approprier ce corps nouveau, porteur de possibilités nouvelles mais aussi cause d'em-

barras et de préoccupations. D'où des doutes et des questionnements récurrents sur le point de savoir si telle ou telle modification physique s'inscrit dans un processus normal ou relève d'un développement pathologique.

L'adolescent est de plus en plus sensible aux injonctions de ses pairs et tend à s'affranchir de celles de sa famille. Le groupe des pairs définit également la normalité et les comportements conformes en matière de santé et de maladie. A cet âge, le fait d'accepter sa différence et de se comporter «autrement» que ses pairs suppose de la part de l'adolescent une autonomie et une assurance peu communes (cf. conformisme de groupe en matière de musculature abdominale («chocolats») chez les garçons ou de conduites alimentaires de type anorexique chez les filles). Ainsi, l'observation d'un plan de traitement médical n'est pas toujours chose facile, notamment en vacances ou en camp. A l'inverse, les pairs peuvent être des relais plus efficaces que les parents s'ils sont correctement informés et peuvent ainsi influencer favorablement la compliance du patient adolescent (cf. Hagen et Noeker, 1999).

Difficultés de l'accueil des adolescents

L'un des enjeux de l'adolescence est de s'émanciper des parents et d'accéder à une certaine autonomie du corps. Dès lors, la consultation médicale peut placer l'adolescent dans une situation ambiguë. Ce sont en général les parents qui prennent rendez-vous et l'un d'eux est presque toujours présent. De ce fait, l'adolescent vit la consultation médicale dans le rôle de l'enfant dépendant.

Comme ce sont souvent les mères qui ont la charge de la santé des enfants, la maladie de l'adolescent va renforcer la relation mère-enfant et tendra à éclipser la relation au père, à contresens du phénomène d'émancipation de l'adolescent. Il appartiendra au médecin de ménager, au niveau du setting et de ses interventions, des possibilités de renforcer les aspects plus matures de la personnalité de l'adolescent et de sa relation à ses parents.

Par rapport à la vie de tous les jours, la consultation médicale va de pair avec une perte d'autonomie physique et psychique qui vient contrecarrer les efforts de l'adolescent en direction d'une plus grande autonomie par rapport aux adultes. Il y devient objet de discussion, souvent en présence de ses parents, se sent mis à nu au plan psychique, y est sommé de se déshabiller, une mise à nu physique souvent mal vécue. Si le corps dont il est question chez le médecin est bien le même que celui dont on parle en cours de biologie, c'est aussi un corps lourd de sens, de sensations et de pulsions sexuelles qu'il répugne à révéler aux parents ou à un inconnu. Enfin, certains examens médicaux seront d'autant plus embarrassants pour l'adolescent que ses parents ou des tierces personnes seront présents.

Parce que les adolescents et les parents vivent dans deux mondes structurés par des représentations et des besoins différents, il conviendra de s'assurer de la demande que les deux parties adressent au médecin. Les préoccupations et les projets parentaux coïncident-ils avec la demande de l'adolescent? Comme les conflits entre enfants adolescents et parents constituent la règle plutôt que l'exception, il y a lieu de supposer que la consultation médicale elle-même peut être cause ou objet de conflits.

Pour autant que le médecin réussisse à créer un bon contact tant avec l'adolescent qu'avec ses parents et à maintenir une égale distance professionnelle entre les deux, il sera mieux à même d'aborder l'adolescent que s'il se sent trop proche de l'une des deux parties ou qu'il s'allie, fût-ce inconsciemment, à l'une d'elles.

Le praticien devra être particulièrement attentif à la tentation, inspirée d'une vision sommaire du besoin d'autonomie de l'adolescent, de s'allier à ce dernier contre ses parents. Une telle relation achoppa immanquablement sur une posture professionnelle répandue chez les pédiatres et que Berger résume en ces termes: (1997, p. 112): «Suridentification à l'enfant, tendance à l'infantilisation et reproches latents en direction des parents, difficulté à remettre en question ou à relativiser certaines positions de type émotionnel regardant par exemple la situation de la famille». Il convient également de rappeler que l'émancipation par rapport aux parents n'est pas la panacée des problèmes de l'adolescence. Trop souvent, les

1 Synthèse d'un article publié dans «Handbuch der Jugendmedizin», sous la direction de B. Stier et M. Weisenrieder, sous presse au Springer-Verlag.

2 Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons le genre masculin («l'adolescent», «le médecin») pour désigner les deux sexes.

adolescents sont projetés trop vite hors de la famille, confrontés à un projet parental d'indépendance irréaliste ou insuffisamment supportés sur la plan émotionnel par leurs parents.

Du setting en pédiatrie au setting en médecine des adolescents

Lorsqu'on suit un adolescent depuis des années, voire depuis sa naissance, le passage de la relation pédiatre-mère-(enfant) à un rapport de type médecin-adolescent -(mère) ne va pas sans poser des problèmes à toutes les parties prenantes. Mais si la transition ne se fait pas en temps et en heure, l'adolescent sera un client perdu. Tout au long de l'enfance, c'est la qualité de la relation entre le pédiatre et la mère qui détermine la fidélité du patient. A l'adolescence, c'est le jeune qui décide de revenir ou pas. La mère est souvent désireuse de perpétuer le schéma classique (pédiatre-mère-(enfant)), mais dans l'intérêt du suivi médical, il importe de faire passer l'adolescent de l'état d'objet au rang de sujet et de le faire devenir acteur de ses choix, y compris du choix du médecin. C'est à lui de décider s'il veut être vu par son pédiatre ou s'il préfère s'adresser à un médecin pour adultes.

Les deux choix sont parfaitement défendables: familiarité, suivi du dossier, connaissance des antécédents et qualité de la relation militent en faveur du choix du pédiatre. Pour les enfants malades chroniques, un changement forcé de médecin est souvent contre-indiqué. Ils risquent de quitter leur pédiatre sans retrouver une prise en charge équivalente chez un autre praticien. Le choix d'un médecin pour adultes se justifie par le remplacement de la relation pédiatre-mère-(enfant) par le schéma médecin-adolescent-(parents). Le changement de médecin peut également avoir le mérite de permettre un regard neuf sur l'état de santé de l'intéressé, et donc de nouvelles approches diagnostiques ou thérapeutiques.

Le changement de setting se manifestera dans le fait que la consultation sera dorénavant divisée en deux parties: une première partie réservée au médecin et l'adolescent seuls, et une deuxième partie en présence de la mère et/ou du père. Ce changement devra être communiqué et discuté au préalable avec le patient et les parents. «Tu es

assez grand maintenant, la prochaine fois, on pourrait peut-être se voir entre quatre yeux avant de parler de ton cas avec tes parents». Le médecin prendra note des réactions de l'adolescent et de ses parents et adaptera son approche en conséquence. Ce moment voit en général un échange intense entre parents et enfant: regards, gestes, mimiques, quelques mots, souvent révélateurs du climat familial. Il arrive que les parents acceptent mal d'être relégués en salle d'attente et se sentent exclus. A ce stade de la rencontre, il importe avant tout de veiller à ne brusquer personne.

L'âge à partir duquel on proposera à un adolescent ou un enfant prépubère un examen médical et un entretien sans la présence d'un parent dépendra de la maturité de l'intéressé ainsi que de la qualité de la relation entre lui et son médecin. En règle générale, une telle démarche se justifie à partir de l'âge de 13 ans.

Si le pédiatre tient à pouvoir suivre des jeunes pendant et après leur puberté, il aura soin de réserver une plage horaire distincte au premier âge, aux enfants et aux adolescents dans l'emploi du temps de son cabinet. Les adolescents se sentent souvent mal à l'aise dans une salle d'attente pleine de bébés, d'enfants et de mamans. Quant au médecin, il a tout à gagner à ne pas devoir changer de mode de communication à chaque patient.

La consultation avec l'adolescent

Souvent l'adolescent ne vient pas seul, mais accompagné de son père, de sa mère, d'un frère ou d'une soeur ou d'amis. C'est à ce moment que le médecin doit choisir la démarche qu'il suivra lors de la consultation: voir le patient seul, en compagnie de l'un ou des des deux parents, etc.

Il est indispensable de préparer brièvement la consultation et de relire les notes des consultations précédentes. Les jeunes supportent moins bien que les adultes d'être traités en patient lambda. Si l'anamnèse comporte des indications sur les loisirs, la scolarité, les projets professionnels du jeune patient, la prise de contact sera facilitée et la discussion pourra reprendre là où on l'aura laissée lors de la consultation précédente. Cette manière de faire est rassurante pour le patient («mon médecin s'intéresse à moi») et permet

au médecin d'arriver plus vite à de meilleurs résultats lors de l'entretien.

La situation psychosociale de l'adolescent doit être abordée lors de chaque consultation. Comme les jeunes répugnent en règle générale à en parler spontanément, il appartient au médecin d'aborder la question par les biais classiques: scolarité, sport, loisirs, copains/copines. Le médecin doit savoir comment le patient se comporte à l'école ou avec sa bande de copains. Les mêmes questions posées ensuite aux parents permettent de révéler l'existence de conflits, de différences de perception et d'apprécier le sens des réalités de l'adolescent. Il importe de savoir quels sont pour l'adolescent les instances qui le valorisent ou qui valident ses choix et quels sont les modèles par rapport auxquels il se situe ou auxquels il essaie de se conformer pour bien appréhender sa situation.

De nombreux adolescents ne souffrent pas d'une pathologie proprement dite mais de l'impression de ne pas être conformes à la norme: ils se sentent trop grands, trop petits, trop gros, trop maigres, trop inhibés, etc. Très souvent, il suffira de les examiner et de rapporter le résultat à norme médicale correspondant à leur âge pour les rassurer. Mais il leur arrive aussi de souffrir de véritables problèmes d'estime de soi du fait d'un hiatus perçu entre l'idéal physique dominant et la perception qu'ils ont de leur propre corps.

Après validation de la demande de l'adolescent – «Qu'est-ce que tu attends de moi?»- «Qu'est-ce que je peux faire pour toi?»*, le médecin procèdera à la visite médicale proprement dite dont il ne sera pas question ici faute de place. Il importe de bien expliquer la nature et la raison d'être de chaque geste. L'examen médical amène souvent des questions concernant le développement normal du corps, du type «Est-ce que la taille de mon pénis est normale?», «Est-ce qu'il doit être courbé comme ça?», «Pourquoi le prépuce est attaché ici? (frein du prépuce)». Les adolescentes posent des questions concernant leurs seins. Si la question est du type: «Est-ce qu'ils vont rester comme ça?», elle exprime une insatisfaction quant à la forme ou

* NdT: Nous avons conservé la forme du tutoiement, même si le tutoiement adulte-adolescent n'obéit pas exactement aux mêmes règles en allemand qu'en français.

la taille des seins. De nombreux adolescents entretiennent des idées bizarres quant à la forme et à la taille du membre masculin. L'examen de la verge et des testicules permettra au médecin de confirmer la parfaite normalité des organes, même en l'absence de question. Les adolescents manquent de repères et tirent l'essentiel de leur éducation de l'imagerie pornographique. Des idées fausses quant au développement normal d'autres organes sont tout aussi courantes. Ainsi, les représentations aberrantes quant au développement musculaire normal et à la possibilité de le promouvoir par la pratique du sport ou la prise de substances médicamenteuses sont légion.

En cours de consultation, l'échange informel permet de glâner des informations précieuses. Tant que les parents ne sont pas présents, l'évocation de la scolarité, de l'activité professionnelle et des loisirs n'est pas perçue comme un viol de l'intimité mais comme une marque d'intérêt. Les réponses de l'adolescent permettront de se faire une idée de ses problèmes scolaires, d'intégration au groupe, de stress au quotidien. Une discussion à bâtons rompus sur les projets personnels (professionnels, etc) permettra d'apprécier la maturité et l'intégration de la réalité extérieure chez l'adolescent. A-t-il déjà un projet professionnel? Cherche-t-il une place d'apprentissage? Ses projets et ses aspirations sont-ils réalistes?

L'un des aspects importants de la consultation réside dans l'impression que l'adolescent produit sur le médecin: («Je le ressens comment? Quel effet peut-il produire sur ses parents? Sur les gens de son âge? Est-il un meneur? Un souffre-douleur? Un ergoteur?»). Avant de conclure, on posera la question suivante: «Est-ce qu'il y a autre chose qui ne va pas, est-ce que j'ai omis d'examiner quelque chose qui te préoccupe?», «Est-ce qu'il y a quelque chose dont tu aimerais parler avant que je fasse entrer tes parents?». Il arrive alors que le patient se souvienne de quelque chose, formule une plainte ou une demande souvent essentielle (contraception, pilule chez les jeunes filles...)

L'entretien avec l'adolescent et ses parents

Si l'adolescent n'est pas venu consulter seul, les parents sont invités à entrer à la fin de la

consultation. On est régulièrement frappé par le fait que des adolescents parfaitement capables de communiquer «en adultes» avec le médecin retombent dans un rôle infantile dès qu'ils se retrouvent en présence de leurs parents.

Le médecin fait une synthèse de la demande qui lui est adressée, des constatations qu'il a faites et de ses conclusions. Ce faisant, il observe les réactions des personnes présentes. C'est à ce moment que l'on verra si les parents sont sur la même longueur d'onde que leur enfant, si la demande faite au médecin par leur fils ou leur fille rejoint la leur ou s'en écarte. Souvent, le «problème» n'est pas présenté de la même manière par le jeune et ses parents, et la différence peut aller jusqu'au désaccord manifeste quant à la finalité de la consultation. Il faut alors que le médecin confronte la parole du patient, qui souvent ne peut s'exprimer qu'en tête-à-tête avec son médecin, à celle des parents tout en défendant son point de vue, qui est celui du tiers.

La plus grande vigilance est de mise dans l'utilisation des informations et des demandes exprimées par l'adolescent. Quand on résumera les propos du patient, on aura soin de ne pas enfreindre le secret médical, qui est opposable même aux parents. Le médecin est tenu de respecter la confiance que le patient a placée en lui, et même dans une relation enfant-parents, le secret médical est une obligation forte. Il aura soin d'évoquer cette obligation qui le lie et de signaler ainsi à la famille que l'adolescent a droit à une sphère privée, une intimité que les parents ne peuvent prétendre connaître par le truchement du médecin si leur enfant n'y consent pas. Les parents sont souvent très désireux de savoir comment va leur enfant quand ils consultent. Dire «votre fils/votre fille m'a dit ceci et cela tout à l'heure quand nous parlions entre nous», c'est contrevenir aux obligations du médecin et risquer de compromettre la relation de confiance qui le lie au patient. Il faudra donc s'assurer que l'information des parents ne se fasse qu'avec le consentement exprès du patient.

Mais il importe également de permettre que les contradictions s'expriment. De nombreux adolescents ont une perception biaisée de la réalité. Des différences de fond peuvent apparaître entre leur vision des choses et celle de leurs parents, qui est parfois, mais

pas nécessairement, plus réaliste. Un cas type est celui du déni, par l'adolescent, de ses difficultés scolaires ou relationnelles. A l'inverse, les parents qui surprotègent leur enfant auront tendance à exagérer ses difficultés et à se montrer excessivement alarmistes.

L'entretien avec le patient et les parents comporte, au-delà des communications purement verbales, des non-dits et des informations implicites révélatrices en matière de dynamique familiale. Le médecin s'efforcera de les capter et de les expliciter le plus clairement possible. En fin de consultation, il pourra revenir au point de départ pour bien faire comprendre au patient et aux parents l'intérêt des deux entretiens séparés. Exemple: «Nous constatons que tes parents et toi n'êtes pas d'accord pour traiter ton acné tout de suite. Et ça, on a pu le constater que parce que, face à moi, tu as pu exprimer ce que tu ressentais de façon plus nette que face à tes parents. Et tes parents, ils sont heureux de savoir enfin comment tu vis ton acné et comment tu envisages de te soigner.» Cette synthèse du médecin indique à la famille que le choix de voir le patient et les parents séparément était le bon, et que la mise à plat des désaccords permet de débloquer la situation. Il arrive d'ailleurs que les parents se rallient à l'avis du médecin et demandent que leur enfant aille seul à la consultation suivante.

L'adolescent a besoin d'un vis-à-vis doté d'une identité clairement circonscrite, d'un Autre qui ne se confond pas avec lui et qui peut de ce fait devenir objet de son intérêt. Dans sa relation au patient, le médecin ne peut pas prétendre devenir l'ami de l'adolescent. Une identification biaisée avec l'adolescent ou avec ses parents produit inévitablement des effets pervers. Succomber à la tentation de s'allier à l'adolescent contre ses parents, c'est s'exposer au risque de voir l'adolescent prendre le parti de ses parents et de se retrouver dans une impasse professionnelle autant que relationnelle.

Conclusion

Les jeunes patients atteints d'une maladie chronique et leurs parents éprouvent plus de difficultés que d'autres familles à gérer le processus d'émancipation et de renégociation des rapports entre membres de la famille parce que la maladie contraint le pa-

tient à demeurer enfant vis-à-vis de ses parents-soignants. Les parents craignent de responsabiliser l'enfant devenu adolescent, et l'adolescent exploite le pouvoir sur ses parents que lui confère sa maladie et l'évolution de sa symptomatique. Le rôle de médecin pourra être celui de révélateur et de catalyseur des problèmes d'émancipation et d'autonomisation de l'adolescent. Le médecin devra donner l'exemple et mettre lui-même le jeune face à ses responsabilités, même si les parents et l'adolescent lui-même pourront dans un premier temps se montrer réfractaires à une redistribution des pouvoirs et des responsabilités.

Une telle approche du patient adolescent et de ses parents en cabinet de pédiatrie permettra au médecin pédiatre d'intervenir avec profit sur les aspects médicaux de la puberté et de l'adolescence en s'appuyant tant sur la demande du patient adolescent que sur celle de ses parents.

Références

- Berger, Margarete (1997): Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Kinderärzten. *Kinderanalyse 2/97*, S. 103-123.
- Eiholzer, Urs (1991) Über die Notwendigkeit einer speziellen Jugendmedizin. *Schweizerische Ärztezeitung* Nr. 72, S. 95-100.
- Hagen, Cornelia von; Noeker, Meinolf (1999): Entwicklungsergebnis bei chronischer somatischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter: Psychische Störung versus Kompetenzgewinn. In: Oerter, Rolf; Hagen, Cornelia von; Röper, Gisela; Noam, Gil (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim (Psychologie Verlags Union).
- King, Vera (2002): *Die Entstehung des Neuen in der Adoleszenz*. Opladen (Leske + Budrich).

Correspondance:

PD Dr med U. Eiholzer
Stiftung Wachstum Pubertät Adoleszenz
Möhrlistrasse 69
8006 Zürich
urs.eiholzer@childgrowth.org