

La consultation médicale chez l'adolescent : nouveaux visages, nouveau regard

Marc A. Girard

Volume 13, Number 2, November 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031466ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031466ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Girard, M. A. (1988). La consultation médicale chez l'adolescent : nouveaux visages, nouveau regard. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 144-147. <https://doi.org/10.7202/031466ar>

La consultation médicale chez l'adolescent : nouveaux visages, nouveau regard.

En médecine de l'adolescence, l'intervenant doit toujours considérer les composantes psychosociales qui influencent la santé des jeunes. Mais, fait nouveau, notre travail clinique auprès des adolescents nous a permis de constater, au cours des dernières années, que ces facteurs psychosociaux influencent aussi leur mode de consultation : certaines présentations cliniques augmentent ou sont inédites et voient de plus en plus les vrais motifs de ces visites médicales.

À partir de trois exemples cliniques auxquels sont rajoutées des notions de développement à l'adolescence et des réflexions sur les aspects sociaux d'influence, nous illustrerons ces changements dans les modes de consultation et en dégagerons les étologies possibles.

Brigitte et les M.T.S.

Brigitte est âgée de 17 ans. Elle a eu ses premières relations sexuelles à 15 ans. Suite à une cervicite à Chlamydia il y a 3 mois, elle accuse une dyspareunie. Son partenaire a deux ans de plus qu'elle, et elle le fréquente depuis un an.

Les M.T.S. ne seraient plus des maladies honteuses, du moins en apparence. Malgré les campagnes d'information qui décrivent l'activité sexuelle à l'adolescence comme normale et qui poussent à parler librement des maladies qui peuvent en résulter, les M.T.S. ont gardé un pouvoir culpabilisant. Ces maladies continuent d'inspirer de l'angoisse, non seulement dans la population en général, mais aussi chez l'adolescente qui redoute la trahison d'un lien affectif qu'elle considère sans faille et le retentissement de cette maladie sur sa santé physique et mentale (Tordjman, 1984). Le médecin lui-même est mal à l'aise face à l'obligation d'identifier les contacts et face au risque de briser le lien du couple. L'augmentation des M.T.S. et l'apparition récente du S.I.D.A. remettent en question les limites de ses interventions.

On sait que l'adolescente développe progressive-

ment ses capacités d'intimité et d'autonomie. Elle forme des liens affectifs et éventuellement s'engage dans des relations sexuelles qui, au moins pour quelque temps, se déroulent dans le secret (Wallot, 1986). Les parents, ami(e)s et les intervenants n'apprendront que plus tard le début de cette vie sexuelle active. Ce décalage explique la demande tardive de moyens contraceptifs et la fréquence élevée de grossesses au début de la vie sexuelle des adolescentes. La découverte, souvent, imprévue, d'une M.T.S. vient rompre l'harmonie de ce développement et éventer le secret bien gardé de l'adolescente.

Que peut susciter l'idée ou l'annonce d'une M.T.S. chez l'adolescente? Elle est d'abord anxieuse. La présence d'une infection rompt le sentiment d'invulnérabilité face à ces maladies et sème le doute sur son intégrité physique, actuelle et future. « Ma santé n'est plus la même ; l'infection va-t-elle monter dans mes trompes? Pourrais-je avoir des enfants plus tard? » (Soulayrol et al., 1986) Cette anxiété, l'adolescente veut la partager, mais avouer la présence de l'infection, c'est perdre son intimité face à ses parents, c'est risquer d'ébranler le lien de confiance avec l'ami et c'est susciter en elle-même des angoisses sur les perceptions que les autres auront d'elle (Chiland, 1985). L'adolescente se retrouve donc seule face à sa sexualité et aux difficultés qu'elle rencontre (Viala et al., 1986).

La culpabilité entretenue par les médias n'épargne pas l'adolescente : « Je suis trop jeune », « L'amour ça se protège, » etc. L'apparition d'une M.T.S. l'oblige à réévaluer son système de valeurs : elle s'interroge sur ses expériences sexuelles antérieures et remet en question son vécu sexuel (Marcelli, 1985). Chez Brigitte, l'abstinence peut lui apparaître le seul moyen sécuritaire d'éviter une M.T.S. et la dyspareunie le seul moyen d'éviter les contacts sexuels avec son partenaire (Poudat et Jarrousse, 1985). Les M.T.S., comme toutes les maladies qui affectent des parties de notre corps hautement investies, se soldent souvent par un sen-

timent de dévalorisation dont les conséquences, évidentes ou masquées derrière des manifestations psychosomatiques, ont comme dénominateur commun la possible perte d'un intérêt sexuel et l'ébranlement du lien amoureux (Braconnier, 1985). Ceci peut s'accompagner d'inconfort, sinon de douleurs, lors de la relation sexuelle.

Toutes ces craintes et tous ces sentiments que pourra éprouver l'adolescente porteuse d'une M.T.S. ou qui en soupçonne la possibilité, vont souvent modifier son comportement et constituer la toile de fond de la consultation médicale. Dans ce contexte, il n'est pas rare de voir, sous de fausses plaintes parfois banales ou derrière une demande d'examen gynécologique, se cacher une suspicion de M.T.S. Et sous ces mêmes motifs, de plus en plus d'adolescentes vont consulter afin d'être rassurées sur leur intégrité physique. Celles qui ont déjà eu une M.T.S. pourront demander des cultures répétées ou présenter des symptômes qui sont la conséquence des craintes et réactions provoquées par cette maladie (Arvis, 1984).

Comme tout intervenant, le médecin doit donc comprendre et reconnaître l'impact des M.T.S. chez l'adolescente en tenant compte de son développement particulier et des réactions que l'infection peut provoquer.

Emmanuel et la fatigue

Emmanuel est sportif. Agé de 16 ans, athlète admiré de son collège privé, sa réussite ne fait pas de doute. Ses parents l'accompagnent chez le médecin car, depuis deux mois, il accuse de la fatigue et ses performances sont à la baisse. Le questionnaire et l'examen physique sont normaux.

La situation d'Emmanuel est typique et plutôt fréquente en consultation. Il convient d'abord de bien définir le terme fatigue. La définition donnée par Shipman se révèle fort intéressante : « La fatigue est un état du corps et de l'esprit qui résulte de continues conditions de vie ou de travail défavorables, amenant une faiblesse des capacités physiques et mentales. » (Vigne, 1986).

Cette fatigue, chez l'adolescent, repose sur une déficience d'énergie physique et implique un manque d'élan, d'enthousiasme, la crainte de régresser, bref une intrication somatique et psychique. Ce qui surprend parents, professeurs et parfois entraîneurs, c'est cette rupture souvent brusque dans le cheminement, jusque là sans défaut, du garçon. « Mon fils

est très intelligent mais il ne fournit pas d'effort. » « Il veut réussir mais il s'endort en classe. » « Il est incapable de se réveiller le matin. » « Il ne veut plus s'entraîner car ses genoux bloquent. » Il y a plein de bonne volonté mais le ressort s'est cassé.

Décrivons le portrait type de cet adolescent. Fils unique, il a toujours été l'objet d'attentes parentales élevées : stimulation précoce, classe pré-maternelle, participation à plusieurs équipes sportives élitistes. Très jeune, il doit survivre à la compétition et à la comparaison. Il demeure tiraillé entre un père qui encourage et valorise ses performances athlétiques, malgré une constitution un peu frêle, et une mère qui privilégie ses résultats académiques. Ses parents comprennent la double exigence qu'ils imposent à leur fils mais poussés par leurs aspirations et sous prétexte de liberté, ils ne l'aident pas à établir un choix. L'adolescent se trouve alors face au dilemme de décevoir l'un ou l'autre de ses parents.

Au début de son adolescence, ses parents lui accordent une allocation ; il assume l'entretien de sa chambre, il devient responsable de ses achats personnels et doit économiser pour s'assurer des vacances estivales. Il doit gérer son temps afin d'obtenir de bons résultats scolaires et sportifs, de fréquenter son groupe d'amis, d'établir un lien affectif avec une amie et peut-être de se reposer. Entre-temps, les parents sont fiers de l'indépendance de leur fils, mais ils s'interrogent sur la qualité de leur lien conjugal. Les conflits se font plus nombreux entre eux (Mc Guire et al., 1987).

Alors nous y sommes à la fatigue, résultat de conditions de vie défavorables ! (Greene et al., 1985). La compétition exige souvent des efforts obstinés pour maintenir et dépasser les réalisations antérieures. Quand de bons résultats dans un domaine risquent de déplaire à l'un des parents s'ils sont obtenus au détriment d'un autre champ d'activité, le risque de régression et d'échec est élevé. L'adolescence est une période d'autonomisation graduée. La fausse maturité de cet adolescent amène les parents à lui déléguer précocément des responsabilités. Celles-ci écrasent l'adolescent et il n'arrive même plus à réussir les tâches minimales. L'abandon, l'échec et la dépression qui se manifestent par la fatigue, en sont des conséquences possibles. Enfin, de plus en plus, les adolescents grandissent dans des familles en voie de rupture. L'instabilité du couple, la disparition de la famille élargie et l'individualisme dans nos sociétés diminuent la quantité et la qualité du

réseau de soutien de l'adolescent et provoque l'épuisement rapide de ses propres mécanismes d'adaptation (Rowland, 1986).

Rien ne remplace l'harmonieuse alternance d'un repos intelligent et d'une activité correctement exercée dans les limites du possible physiologique et mental de l'adolescent. L'adolescence est plus qu'un marathon, c'est souvent une course à obstacles; il faut y mettre le temps sinon on risque de trébucher.

Catherine et les standards

Catherine a 16 ans. Quelque peu obèse, elle consulte pour des céphalées occasionnelles en fin de journée, de la dysménorrhée et quelques crampes abdominales matinales. L'examen physique est normal.

Aucune des plaintes décrites ne nous apparaît grave et nous nous interrogeons sur la pertinence de ses motifs de consultations. Nos mères et nos grand-mères auraient trouvé sûrement réponses à ces malaises, qui deviennent aujourd'hui le pain quotidien de tout omnipraticien. On aura beau accuser la disponibilité des soins et la surmédicalisation mais ne se cache-t-il pas d'autres explications? » (Lipowski, 1986).

Etant un peu obèse, Catherine se retrouve hors de la norme. Les amies, sa famille, tous lui répètent qu'elle mange trop. D'autre part, les magazines, la télévision, les media vantent les mérites de la minceur. Les garçons se pâment devant des « stars » au corps effilé. Catherine a honte, elle déçoit. Son apparence physique la gêne; malgré plusieurs efforts diététiques et l'inscription à des programmes d'exercice physique, elle n'a pas perdu les quelques kilos qui limitent ses activités sociales. Elle consulte; elle espère que le médecin lui redonnera la taille rêvée et la possibilité de « vivre ». Le médecin la rassure au sujet de son poids et lui explique la pression sociale dont elle est victime, mais elle lui rappelle les autres malaises qui la tenaillent.

Des sondages récents faits auprès d'adolescents ont montré que la santé est une valeur prédominante chez eux et que leur attente pour l'an 2000 est un prolongement de la vie et la disparition ou le contrôle de maladies comme le cancer et le sida. Par ailleurs, on confond souvent la bonne santé avec l'absence de douleurs ou de malaises physiologiques. (Ford, 1986) La machine parfaite, « le robot » n'a pas droit à quelques maux de tête, quelques crampes

abdominales ou musculaires. La notion de santé a perdu de son sens; ainsi, l'adolescent, qui désire une mécanique sans faille, donne l'alerte aux premiers symptômes. Les parents, convaincus des miracles médiatisés de la médecine et alarmés à l'idée de perdre éventuellement un enfant unique et précieux, consulteront précocément et souhaiteront des investigations extensives et coûteuses.

Enfin, l'adolescent a appris au cours de son développement que la douleur ne peut être tolérée et que tous maux méritent remèdes. Souvent amplifiée par le comportement des parents, l'auto-médication devient un problème chez certains adolescents.

L'importance de l'image corporelle, la fausse définition de la santé comme un état sans malaise plutôt que sans maladie et la non-acceptation de la douleur comme phénomène normal amènent l'adolescent à se questionner sur son intégrité physique, à consulter et à rechercher de fausses solutions (Smith, 1986). Le médecin doit en être conscient et bien connaître ces nouveaux motifs de consultations et leur fondement pour mieux intervenir (Zelter et LeBaron, 1984).

Conclusion

Dans cet article, nous avons présenté trois exemples qui illustrent bien certains changements, survenus au cours des années 80, dans les modes de consultation des adolescents. Nous avons aussi brièvement analysé quelques éléments psychosociaux qui modulent la demande de ces adolescents, permettent d'en retracer le vrai motif et le contexte, et mènent à une meilleure évaluation de leurs besoins et des interventions.

Message social contradictoire ou culpabilisant sur la sexualité adolescente, pressions familiales visant l'excellence, absence de réseau de soutien face à l'adolescent isolé et précocément autonomisé, valorisation excessive de la santé ou de l'image corporelle, peur de la moindre vulnérabilité de cette mécanique complexe qu'est le corps, tous ces éléments amènent l'adolescent à consulter sous un motif simple et souvent banal, qui cache parfois un désarroi important et un questionnement anxieux.

Pour mieux évaluer toutes ces situations, le médecin devra bien connaître la croissance et le développement à l'adolescence, et les facteurs sociaux d'influence propres à cet âge. Possédant toutes ces données des problèmes et comprenant les interac-

tions entre le physique et le psychisme, il pourra mieux intervenir. Cette intervention, faite sous le couvert du maintien de l'intégrité physique de l'adolescent, abordera également les principales acquisitions propres à cet âge et devra faire progresser l'adolescent.

Marc. A. Girard
Médecin interniste
Hôpital Ste-Justine