

LE CENTRE DE SANTÉ DE L'ADOLESCENT

I. Justifications d'une approche bipolaire et analyse des motifs de consultation

J.-P. BOURGUIGNON (1), F. GLOWACZ (2)

RÉSUMÉ : Cet article et le suivant rapportent l'expérience d'une prise en charge des adolescents dans un centre ambulatoire pluridisciplinaire, sur un mode bipolaire grâce à une approche conjointe médicale et psychologique. Plus des deux tiers des adolescents reçus sont adressés par un médecin. Les motifs de consultation sont le plus souvent un ou des symptômes somatiques plus ou moins précis avec, en filigrane, des plaintes aux niveaux émotionnels et relationnels. Ces différents motifs de consultation cadrent avec la problématique des adolescents telle qu'elle ressort des grandes enquêtes nationales. Notre expérience confirme qu'il est important que le praticien puisse entendre, au travers des plaintes somatiques des adolescents, leurs attentes possibles sur le plan psychologique. Toutefois, l'adolescent est rarement prêt, d'emblée, à prendre conscience de ses besoins au niveau psychologique. Ceci justifie une prise en charge dans un centre où l'abord médical initial peut conduire à un accompagnement psychologique dédramatisé et concerté.

INTRODUCTION

En mars 1997, un "Centre de Santé de l'Adolescent" (CSA) a été mis sur pied au sein des Policliniques Universitaires du Centre-Ville (L. Brull), au CHU de Liège. Cet article vise à préciser dans quel contexte et avec quels objectifs cette initiative fut prise, à la lumière de l'expérience de la médecine de l'adolescent dans les pays étrangers. L'expérience initiale du CSA est également rapportée dans cet article : à l'initiative de qui et pour quelles raisons les adolescents consultent-ils ? Un article complémentaire à celui-ci décrira et analysera les différentes stratégies de prise en charge des adolescents reçus en consultation.

L'ADOLESCENCE ET SES CARACTÉRISTIQUES

Dans son récent rapport sur la santé des Jeunes, l'OMS situe l'adolescence dans la tranche d'âge entre 10 et 19 ans (1). En fait, l'adolescence est un état de transition dont les limites d'âge sont variables d'un individu à l'autre. L'adolescent a perdu ou quitté sa place parmi les enfants mais n'est pas encore intégré parmi les adultes. Il est donc en recherche de son identité d'adolescent qui n'est plus celle d'un enfant et pas encore celle d'adulte. Cette recherche est souvent douloureuse car elle s'ac-

ADOLESCENT CARE CENTER

SUMMARY : This paper and the next, report on the experience of adolescent care in an ambulatory and multidisciplinary center based on a bifocal medical and psychological strategy. Two thirds of the adolescents are referred by a physician. The most common reasons are one or several somatic symptoms with a background of emotional complaints. Those reasons are consistent with the general adolescent health problems as revealed by studies of large national samples. It appears critical to read the adolescent complaint in a psychological register together with the somatic aspects. Initially, the adolescents are however rarely open for awareness of their psychological needs. This justifies care in a center where the initial medical management may secondarily result in psychological management.

KEY WORDS : Adolescent - Ambulatory care - Multidisciplinary.

compagne d'indécision subjective et d'incertitude sociale. Ce "mal de vivre" (plutôt que "mal-vivre") est la voie possible, voire nécessaire, vers un "mieux-vivre". L'adolescence s'avère, en effet, fondatrice sur le plan de la personnalité et de sa structuration.

L'adolescence est une période déterminante de par les orientations affective, sexuelle, psychosociale et professionnelle prises à ce moment de la vie. L'adolescence est également marquée par d'importantes modifications physiques, notamment liées à la puberté et au pic de croissance qui y est associé. C'est donc à la fois dans les dimensions psychiques et physiques que se jouent les bouleversements qui rendent l'adolescent particulièrement sensible aux consonances aussi bien qu'aux dissonances entre son vécu somatique et son vécu psychique.

Parce que l'adolescent est soumis à de profonds remaniements dans la perception de son environnement aussi bien que de lui-même, les situations pathogènes et les manifestations pathologiques chez celui-ci ne sont pas assimilables à celles de l'enfant ou de l'adulte. Les questions auxquelles est confronté l'adolescent, débordent du cadre individuel et privé. Ces questions mettent en cause les liens familiaux et sociaux. Ainsi, des manifestations comme l'anorexie, le suicide, la dépression et la délinquance, renvoient-elles à un malaise individuel, familial et de société.

LES BESOINS DE L'ADOLESCENT EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Quelques affections physiques ou mentales, comme les troubles de la puberté, sont plus particulières à l'adolescent. Toutefois, les besoins

(1) Chargé de cours, Université de Liège, Chef de Service, Pédiatrie ambulatoire et Médecine de l'Adolescent, CHU Liège.

(2) Psychologue, Assistante, Université de Liège, Service de Psychologie de la Délinquance et de l'Inadaptation sociale (Pr. M. Born).

De par sa nature ambulatoire réservée aux adolescents et sa localisation en ville dans un site sans hospitalisation, le Centre se veut accessible au plus grand nombre d'adolescents.

Pour le corps médical, le Centre vise à offrir un relais lorsque le médecin, en particulier le généraliste, est confronté à un adolescent dont le symptôme ou la plainte intrique des aspects physiques et psychologiques alors que le versant psychologique du problème ne peut être ni exprimé, ni entendu par l'adolescent. Cette situation "d'impasse" n'est pas rare pour le médecin de famille qui assume la place d'interlocuteur privilégié de l'adolescent, mais aussi des parents. Cette position du médecin, qui offre l'avantage de la proximité du terrain de vie, peut avoir pour corollaire un manque de distance qui empêche l'adolescent de se sentir véritablement dans la confidentialité. Un Centre extérieur permet la distance nécessaire par rapport à l'environnement familial et scolaire, qui y seront néanmoins pris en compte. De par son fonctionnement bipolaire, le Centre offre également une porte d'entrée médicale qui permet de dédramatiser une éventuelle intervention ultérieure du psychologue ou du pédopsychiatre. Celle-ci est évidemment toujours subordonnée à l'accord de l'adolescent qui est obtenu, ou non, au terme du travail initial de clarification. Le Centre constitue, enfin, une structure de formation dans un domaine où le médecin a été, jusqu'à présent, un autodidacte.

L'EXPÉRIENCE INITIALE DU CENTRE DE SANTÉ DE L'ADOLESCENT À LIÈGE : CONSULTATIONS À L'INITIATIVE DE QUI ET POUR QUELS MOTIFS ?

L'analyse rapportée ici concerne 114 adolescents reçus en consultation médicale au CSA, pour la première fois, entre mars et septembre 1997. Ces données ne reprennent pas celles relatives à une dizaine d'adolescents vus initialement en consultation psychologique.

La majorité des adolescents reçus étaient âgés de 12 à 17 ans (fig. 1). Sept adolescents sur dix ont été adressés explicitement par un médecin, un généraliste dans la plupart des cas. Le reste des adolescents ont été reçus à l'initiative des parents qui ont pris rendez-vous alors que pratiquement aucun adolescent n'a été personnellement à l'origine de la démarche de consultation. Cette observation est cohérente avec la position de deuxième ligne choisie par le CSA, en continuité avec la médecine de terrain ou de première ligne assurée, avant tout, par le généraliste. Bien entendu, ce fonctionnement "en réseau" ne

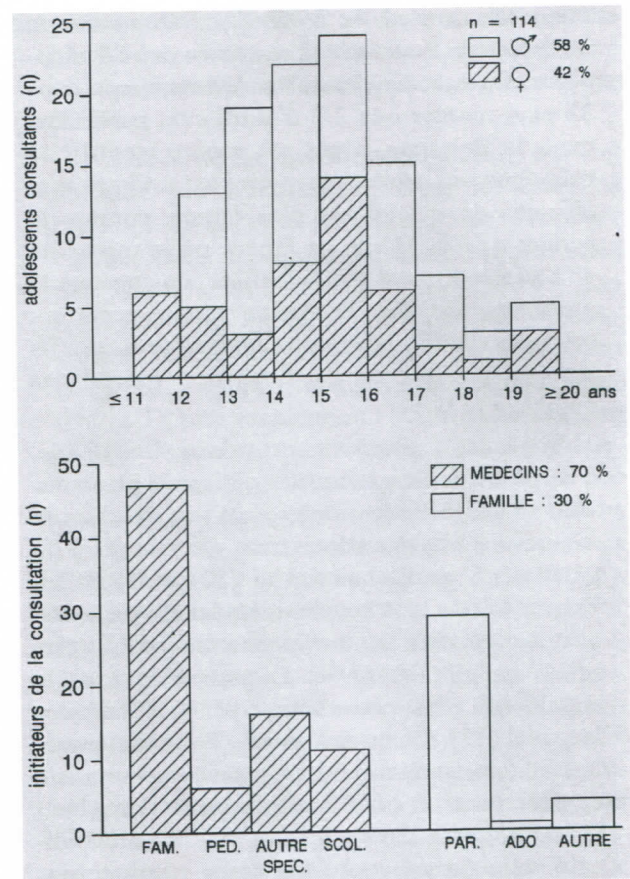


Fig. 1. Distribution, en fonction de l'âge et du sexe (panneau supérieur) et de la personne à l'initiative de la consultation (panneau inférieur), de 114 adolescents ayant consulté pour la première fois le Centre de Santé de l'Adolescent entre mars et septembre 1997. Fam. : médecin de famille, ped. : pédiatre, autre spec. : autre spécialiste, scol. : médecin scolaire, par. : parents, ado : adolescent.

prend son sens et son efficacité que dans la mesure où le praticien peut reconnaître le besoin d'une prise en charge complémentaire chez un adolescent aussi bien que l'existence des structures susceptibles d'assurer celle-ci.

Nous rapportons, dans le tableau I, la fréquence avec laquelle différents problèmes de santé ont été évoqués par les adolescents lors de la consultation initiale au CSA. Pour 114 adolescents, 331 motifs de consultation ou problèmes ont été relevés, soit 3 par individu. Pour une moitié (n = 170), ces motifs étaient spontanément évoqués par les adolescents alors que pour l'autre moitié (n = 161), ils ressortaient de l'anamnèse systématique ou de l'examen. A titre de comparaison, nous avons repris les fréquences avec lesquelles les mêmes problématiques étaient mentionnées dans des vastes enquêtes récemment menées auprès d'échantillons de 12 à 15.000 adolescents, en Belgique (17), en France (15) et aux Etats-Unis (16).

La porte d'entrée "somatique" est la plus largement utilisée avec, en premier lieu, l'excès de

poids et, dans une moindre mesure, l'hypotrophie. Ces problèmes vont de pair avec les troubles du comportement alimentaire dominés par l'anorexie. Ainsi qu'il ressort des grandes enquêtes (15, 17), mais également d'autres expériences de consultations pour adolescents (18), l'obésité ou l'hypotrophie par crainte de celle-ci sont très fréquentes chez l'adolescent avec une prévalence, chez la fille, 2 à 3 fois supérieure au garçon. Les problèmes relatifs à la taille ou à la puberté constituent, quant à eux, un motif de consultation plus singulier qui traduit sans doute un biais résultant de la qualification endocrinologique du médecin. Il n'en reste pas moins vrai que ces questions touchent de près à la problématique psychosomatique plus générale de l'adolescent et peuvent également bénéficier d'une prise en charge bipolaire.

Chez 4 adolescents sur 10, des plaintes somatiques "fonctionnelles" telles que céphalées, douleurs abdominales ou fatigue sont relevées. Il faut cependant souligner que seulement un quart de ces adolescents mentionnent spontanément ces plaintes parmi les motifs de consultation. Pour les trois quarts restants, ces plaintes sont relevées lors de l'anamnèse systématique. Elles sont néanmoins importantes de par leur fréquence, comme dans les enquêtes nationales (15, 17) où ces plaintes sont deux fois plus fréquemment manifestées chez la fille que chez le garçon. Par l'ancrage somatique et médical qu'elles offrent, ces plaintes peuvent être exploitées dans la prise en charge conjointe médico-psychologique.

Chez 3 adolescents sur 10, un symptôme particulier est présent et celui-ci est avancé par l'adolescent lui-même, 2 fois sur 3. Parmi ces symptômes, on retrouve des problèmes précis et fréquents chez l'adolescent tels que le goitre, l'acné, la gynécomastie, l'énurésie ainsi que des manifestations moins précises telles que malaises, douleurs plus ou moins localisées, tremblements, etc. Aucun adolescent reçu n'a consulté pour une maladie aiguë infectieuse ou autre, ni des vaccinations ou des questions liées directement à une pratique sportive. Ceci indique sans doute, à l'instar des études étrangères (5, 14) que ces questions sont confiées au médecin généraliste. Il en va de même pour les affections chroniques. Celles-ci, avec les allergies en tête de liste, touchent 1 adolescent sur 10 dans les enquêtes nationales (15, 17) et jusqu'à 3 adolescents sur 10 dans une enquête américaine ciblant cette question particulière (19). Nous n'avons vu que 2 % des adolescents dans le cadre d'affections chroniques, ce qui indique que celles-ci sont effectivement prises en charge

par d'autres médecins et structures de soins. Nous n'avons vu aucun adolescent victime de violences physiques ou d'accidents, alors que ceux-ci touchent, dans l'année écoulée, 15 à 32 % des adolescents interrogés dans les enquêtes nationales, particulièrement les garçons deux fois plus souvent impliqués que les filles (15-17). L'absence d'adolescents victimes de traumatismes à nos consultations est probablement liée à la nature ambulatoire du CSA car les traumatismes constituent la première raison d'admission des adolescents dans un service hospitalier (20).

Chez l'adolescent, l'absentéisme ou la rupture scolaire constituent un signe d'appel souvent révélateur de difficultés non directement liées à l'école et à ses contraintes. Une rupture scolaire doit toujours amener à se poser la question des raisons sous-jacentes (15). Ce symptôme concerne effectivement 1 adolescent sur 3 vu au CSA, soit trois fois plus que dans un large échantillon d'adolescents (15, 17). Pour la moitié d'entre eux, la rupture scolaire est avancée comme premier motif de consultation. Les troubles de l'humeur ou émotionnels de l'adolescent comprennent l'anxiété, la nervosité et les symptômes dépressifs. Ceux-ci sont fréquemment mentionnés puisqu'ils concernent un tiers de nos consultants. Les adolescents, trois fois plus souvent les filles que les garçons, se plaignent de "déprime" environ 1 fois sur 5 dans une consultation d'adolescent (21), comme dans les enquêtes nationales (15-17). Ce sentiment doit être distingué de la dépression authentique ou majeure qui concerne 2 à 3 % des adolescents (22). Près d'1 adolescent sur 3 souffre également de difficultés relationnelles intrafamiliales qui sont, pour la majorité d'entre eux, mises en lumière par l'anamnèse systématique.

L'importance de la problématique suicidaire chez l'adolescent est bien établie. En cette matière, il est capital de distinguer trois situations : les pensées suicidaires touchent 1 adolescent sur 10 (15, 16); les tentatives de suicide (3 filles pour 1 garçon) sont nombreuses (1 adolescent sur 15 à 25). Le plus souvent, il s'agit de tentatives "a minima" (ex. : ingestion de médicaments inoffensifs) qui n'entraînent donc pas d'admission à l'hôpital. Ces tentatives ne sont pas pour autant banales et moins préoccupantes que des intoxications médicamenteuses graves. Enfin, le suicide aboutit au décès chez 3 garçons pour 1 fille, avec une fréquence de 4/100.000 par an au Royaume-Uni (23) et 20,7 aux Etats-Unis (24). La problématique suicidaire n'a été évoquée que par 7 % des adolescents au cours de la première consultation médicale. Il est vrai que

cette question n'a pas toujours pu être soulevée d'emblée et qu'elle est apparue dans les entretiens médicaux ou psychologiques au cours du suivi, chez plusieurs adolescents.

En Belgique comme à l'étranger, la consommation régulière de drogues illégales, le plus souvent des dérivés du cannabis, est le fait d'1 adolescent sur 10 (15, 16). Cependant, très peu d'entre eux ont évoqué cette question lors de la première consultation. Ceci résulte peut-être du fait que nous n'avons pas voulu que le CSA soit identifié comme une structure prioritaire pour les toxicomanies alors que diverses initiatives existent déjà dans ce domaine, en région liégeoise. Peut-être notre constat est-il également en rapport avec la banalisation de la consommation de certaines drogues, dans le courant de dépenalisation que véhicule notre société. Nous pensons qu'il est très important d'évaluer, chez l'adolescent consommateur de drogues illégales, le contexte individuel, familial et social pour lequel une prise en charge peut être la voie obligée vers un affranchissement possible vis-à-vis de la toxicomanie.

Enfin, les questions liées à la sexualité ont conduit très peu d'adolescents à consulter alors que 1 sur 5 est sexuellement actif avant l'âge de 14 ans (15, 17). Cette constatation peut s'expliquer par le fait que des questions telles que la contraception ou la prévention des maladies sexuellement transmissibles font partie des objectifs de structures à visée plus préventive et ciblée tels les centres de planning familial. Néanmoins, il est apparu opportun qu'une consultation gynécologique soit attachée au CSA pour des questions diagnostiques et thérapeutiques auxquelles nous sommes confrontés chez certaines adolescentes (hirsutisme, aménorrhée, etc.).

CONCLUSION

La médecine de l'adolescent est une discipline dont la spécificité est liée aux caractéristiques particulières de la relation, en profonde mutation, de l'adolescent à lui-même, à sa famille et à la société. Les problèmes de l'adolescent s'enracinent souvent à la fois dans les registres somatique et psychique mais avec des symptômes ténus ou tronqués. Une prise en charge individualisée et bipolaire (somatique et psychologique), dans une vision réunifiante de ces deux aspects, est proposée au Centre de Santé (ambulatoire) de l'adolescent.

L'analyse initiale des adolescents ayant consulté au cours des six premiers mois révèle que la grande majorité sont adressés par un

médecin, souvent généraliste, pour des motifs divers le plus souvent somatiques mais également pour des symptômes liés au vécu émotionnel et relationnel. Les motifs de consultation cadrent avec la problématique générale des adolescents telle qu'elle ressort de vastes enquêtes nationales. La prise en charge des adolescents ayant consulté et les différentes stratégies suivies font l'objet de la deuxième partie de ce travail (25).

BIBLIOGRAPHIE

1. *La santé des jeunes. Un défi, un espoir.* Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1994.
2. Alvin P.— Les adolescents, l'hôpital et la médecine pour adolescents, in *Assises Nationales de Médecine de l'Enfant, Enseignement et avenir de la pédiatrie.* Doin, Paris, 1995, 19-24.
3. Yancy WS.— Adolescence, in Hoekelman RA, Friedman SB, Nelson NM, Seild HM, Ed, *Primary pediatric care.* 2nd ed. Mosby Year Book, Baltimore, St Louis, 1992, 744-745.
4. Fisher M.— Adolescent inpatient units. *Arch Dis Child*, 1994, **70**, 461-463.
5. Ryan SA, Millstein SG, Greene B, Irwin CE.— Utilization of ambulatory health services by urban adolescents. *J Adolesc Health*, 1996, **18**, 192-202.
6. Marks A, Malizio J, Hoch J, et al.— Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in a suburban population. *J Pediatr*, 1983, **102**, 456-460.
7. Klein JD, Slap GB, Elster AB, Schonberg SK.— Access to health care for adolescents. *J Adolesc Health*, 1992, **13**, 162.
8. Lear JG.— School-based services and adolescent health: past, present, and future. *Adolesc Med*, 1996, **163**-180.
9. Ryan S, Jones M, Weitzman M.— School-based health services. *Curr Op Ped*, 1996, **8**, 453-458.
10. Burgio GR, Ottolenghi A.— Adolescence and paediatrics in Europe. *Eur J Pediatr*, 1994, **153**, 706-711.
11. Mathieu H.— Commentaires sur la pédiatrie dans les centres hospitaliers et universitaires (CHU), in *Assises nationales de Médecine de l'Enfant, Enseignement et avenir de la pédiatrie.* Doin, Paris, 1995, 111-119.
12. Oppong-Odiseng ACK, Heycock EG.— Adolescent health services - through their eyes. *Arch Dis Child*, 1997, **77**, 115-119.
13. Choquet M.— Les adolescents face aux soins. consultation, l'hospitalisation. INSERM U1 Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, rapport 1991.
14. Kramer T, Illiffe S, Murray E, Waterman S.— W adolescents attend the GP. *Br J Gen Pract*, 1997, **327**.
15. Choquet M, Ledoux S.— *Adolescents : enquête nationale.* Editions INSERM, Paris, 1994.
16. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al.— Protection of adolescents from harm. *JAMA*, 1997, **278**, 823-832.

17. Piette D, Prevost M, Boutsen M, et al.— *Vers la santé des jeunes en l'an 2000 ? Etude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994*. Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, 1997.
18. Moore CDC.— Body image and eating behavior in adolescent girls. *AJDC*, 1988, **142**, 1114-1118.
19. Newacheck PW, McManus MA, Fox HB.— Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. *AJDC*, 1991, **145**, 1367-1373.
20. Henderson J, Goldacre M, Yeates D.— Use of hospital inpatient care in adolescence. *Arch Dis Child*, 1993, **69**, 559-563.
21. Capelli M, Clulow MK, Goodman JT, et al.— Identifying depressed and suicidal adolescents in a teen health clinic. *J Adolesc Health*, 1995, **16**, 64-70.
22. Harrington RC.— Affective disorders, in Rutter M, Taylor E, Hersov L, ed. *Child and adolescent psychiatry : modern approaches*. 3rd Ed. Blackwell Scientific, Oxford, 1994, 330-350.
23. Centers for Disease Control.— Programs for the prevention of suicide among adolescents and young adults. *MMWR*, 1994, **43**, 1-7.
24. Shaffer D, Gould M, Hicks RC.— Worsening suicide risk in black teenagers. *Am J Psychiatr*, 1994, **151**, 1810-1812.
25. Glowacz F, Bourguignon JP.— Le centre de santé de l'adolescent. II. Stratégies de prise en charge. *Rev Med Liege*, 1998, **53**, 344-349.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. J.-P. Bourguignon, Service de Pédiatrie ambulatoire et Médecine de l'Adolescent, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.