

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

MODULE ADOLESCENT

Ce module se déroule sur deux séances de deux heures

1. La consultation d'un adolescent.

2. L'adolescent en difficulté.

Le diagnostic situationnel évolutif
La souffrance psychique de l'adolescent
La désespérance, la maladie chronique et l'handicap
Les troubles de l'humeur
Le suivi de l'adolescent en difficulté
L'adolescent obèse,
Le PAI
Les sévices à mineur,
L'adolescent suicidaire
L'adolescent et les sectes

LA VALIDATION

La validation de ce module se fera, à chaque séance, en répondant par écrit à deux questions sur le contenu de la séance.

Enseignante : Dr Cécile Peyrebrune

Année universitaire 2004/2005

LE DIAGNOSTIC SITUATIONNEL EVOLUTIF

A partir du dépistage grâce u diagnostic situationnel minimal doit évaluer l'état de santé de l'adolescent

Selon le Pr Widlöcher :

” Toute conduite doit être envisagée pour elle-même, puis replacée dans l'ensemble des conduites du sujet en appréciant l'harmonie, la fluidité de ces groupes de conduites ou au contraire la dissonance, la rigidité ”.

INTERETS, il permet

D'examiner systématiquement les points fragiles de l'adolescent :

Les dents, la colonne vertébrale, le poids et la taille (ce qui engendre bien souvent un échange fructueux), la vue et l'audition, la peau: acné, tatouage, marque d'injection, piercing.

A l'adolescent de poser des questions sur la normalité de son corps.

À savoir : le médecin peut informer, mais non juger d'une normalité.

Ce dernier doit lui apprendre à prendre possession de son corps. Ce corps peut être source de pathologie (attitude scoliotique), avoir une pathologie (scoliose), ne pas être accepté, être oublié. L'adolescent recommence ses découvertes (lui et le monde extérieur), la recherche de ses limites. Il fait des excès qui, s'ils ne doivent pas être jugés, ne doivent pas pour autant être passés sous silence ou banalisés.

Attention : la deuxième consultation peut-être délicate.

L'adolescent peut-être de toute autre humeur, ne plus penser la même chose. La reprise du dialogue est quelques fois délicate. L'adolescent doit en être laissé l'initiateur.

D'évaluer la gravité, les causes et leurs conséquences actuelles et pour demain.

De faire de la prévention avec souplesse.

Le diagnostic situationnel évolutif prend en compte la grande possibilité d'évolution de l'adolescent.

Les quatre axes du diagnostic situationnel évolutif

Axe horizontal : situation actuelle

- ▶ Médicale complète
- ▶ Sociale, difficultés pécuniaires : chômage d'un parent, logement, alimentation et hygiène de vie, nuisances.
- ▶ Affective : isolement familial, culturel, isolement dans la famille
- ▶ Scolaire : difficultés, désinvestissement

Le vécu par l'adolescent, les demandes et les manques

Moyen : bilan complet médical, social, affectif, scolaire

Axe vertical : Mettre le problème dans son contexte évolutif

- ▶ Conjoncturel ? Récent, causes extérieures ?
- ▶ Enkystement ?
- ▶ Structurel ? Anamnèse, antécédents familiaux ?

Notions de : précocité, intensité, récurrence, évolutivité, d'irréversibilité

Lien entre les causes et les conséquences, présent ?

Moyens : biographie, arbre généalogique.

Axe intérieur : ressources personnelles

- ▶ Vécu des problèmes, de leur histoire : causes et conséquences, verbalisation, somatisations, violences ?
- ▶ Possibilités personnelles ?
Intellectuelles, psychologiques, physiques ?
- ▶ Moyens de défense ?
Altruisme, Intellectualisation, Création, Humour, Exhibition,
- ▶ Le clivage : brusque passages d'un extrême à l'autre, d'une pensée à l'autre comme une mise en place de barrière pour éviter un trajet rectiligne, angoissant

Evaluation de la fluidité de la personnalité.

Moyens : Recherche de rupture et de manque dans le raisonnement,

■ **Axe extérieur :**

▶ **Ressources extérieures ;**

Cellule familiale, famille élargie, cercle amical,
Autres intervenants médicaux présents ou joignables ?
Structures sociales et/ou scolaires déjà en place ?

► **Difficultés extérieures :**

Violence, deuil, ruptures, difficultés familiales
Handicap et/ou maladie d'un membre de la famille,

Solitude objective ou subjective ?

Moyens : Situation affective familiale, qui fait quoi ?

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ L'ADOLESCENT

Il est toujours difficile d'évoquer une notion de norme en santé mentale. Ce concept se doit d'évoluer au fur et à mesure de l'évolution des sociétés et des systèmes de pensée des humains.

L'adolescent est à la fois en quête d'indépendance et de réassurance : autonomie et tutelle.

Il expérimente son statut de sujet, joue avec les interdits sociaux.

Par l'action, l'adolescent met son corps pubère à l'épreuve et explore son environnement et les réactions de son entourage.

Insaisissable pour lui et pour les autres, il peut mettre son entourage en difficulté. La confrontation à lui et aux autres est une mise à l'épreuve dans la quête de soi.

La famille joue un rôle protecteur important. En cas de défaillance ou d'absence de sa part, l'adolescent se retrouve en grande vulnérabilité.

L'instauration de limites symboliques lui permet de se situer en tant que partenaire actif au sein du lien social : mutuelle reconnaissance. Il a le sentiment de sa nécessité personnelle, de la valeur et du sens de la vie.

S'il a un sentiment de confiance, un goût de vivre, l'adolescent ne cherchera pas à savoir si la vie vaut ou pas d'être vécu.

A l'inverse, l'insuffisance du goût de vivre lui ouvre un abîme qui l'expose au pire.

La souffrance des adolescents est due, en partie, à :

- A la peur de faire souffrir ses parents,

- La non-prise en compte des plaintes de l'adolescent qui lui fait perdre l'estime de soi¹.

La notion de souffrance psychique des adolescents est vague, souvent silencieuse, la révolte exprimant plus fréquemment une sortie de souffrance. Elle est souvent l'objet d'un déni de la part de ceux qui la vivent, puisqu'elle ne reçoit pas autour d'eux de légitimité sociale.

Une attention particulière doit être portée à la répétition, la continuité et à la multiplication des troubles entraînant un décrochage par rapport à la conduite habituelle.

Quand le sentiment de soi est encore fragile, le corps est le champ de bataille de l'identité.

Attaché au monde, le corps se change en objet transitionnel destiné à amortir le désarroi d'être soi. L'adolescent le couve, l'écorche, l'aime, le hait suivant son histoire et son lien à son entourage. Il s'agit d'accoucher de soi dans un corps à corps avec le monde. Lorsque la mentalisation est mise en échec, la résolution des tensions implique le passage à l'acte ou les conduites addictives. S'il échappe à la mort, après avoir été un instant à son contact, une réponse lui est donnée sur la valeur de sa valeur personnelle.

En se mettant en danger, l'adolescent lance un appel et resserre les liens autour de lui par les soins ou l'attention qu'on lui prodigue. Si ceux, qui sont les plus importants à ses yeux, restent indifférents, la récurrence est brutale, voire le comportement à risque se transforme en addiction.

Les raisons de se mettre en danger ne se comprennent qu'à travers une histoire personnelle et l'ambivalence propre à un jeune dans son rapport au monde. L'aboutissement à une grande fragilité des assises de la personnalité, liée à des failles précoces dans le tissage des liens, génère une souffrance de plus en plus difficile à contenir et qui peut exploser dans la réalité sociale : c'est une externisation de menaces internes.

La fixation pathologique survient après une période de mal-être ou une répétition des conduites à risque associant différents troubles qui désorganisent la trajectoire d'insertion.

Le recours fréquent aux comportements addictifs à valeur d'autothérapie, mais les conduit plus ou moins rapidement à aggraver leur processus d'autodestruction et de coupure du monde adulte. Il apparaît alors flagrant à la société soit en restant en dehors, soit en entrant dans l'illégalité.

Les conduites à risque ne relèvent pas de la volonté de mourir mais de la volonté de s'assurer de la valeur de l'existence.

¹ J. Caughlin, professeur de communication à l'université de d'Urbana dans l'Illinois

Les petits signes sans légitimité d'une sémiotique médicale :

- Les fléchissements scolaires, retards, absences non motivée. (surtout le lundi matin)
- Les pertes d'appétit, l'anorexie, l'insomnie,
- La difficulté à rester en place en classe,
- Avoir la position de bouc émissaire en classe,
- L'incapacité à ne pas perturber la classe : rires, mouvements incontrôlables,
- Le déni de souffrance
- L'inhibition affectivo-cognitive : refus de ressentiment, non reconnu par l'adolescent.
- Malaise en classe et/ou à l'école
- Le renfermement sur soi : pas d'expression de tendresse, d'affection.
- Le calfeutrage dans ses vêtements, pas de recherche vestimentaire.

Les situations de crise :

Il ne s'agit pas véritablement de crise mais d'un mode d'être et de fonctionnement organisé depuis des années : **impulsivité, rupture, variations d'humeur, intolérance, frustration, incapacité d'attendre, violence.**

Les accidents de sport ou de loisirs sont la moitié des accidents des adolescents. Les accidents de la route en sont le quart. Les accidents sont les 2^{ème} problèmes somatiques chez les garçons et le 3^{ème} pour les filles (INSERM) 28% des jeunes accidentés présenteront un accident au cours de l'année suivante. Lors d'accidents répétitifs on retrouve :

- 83% d'anxiété sévère ou majeure, 25% d'épisode dépressif majeur
 - Soit acte manqué dans un contexte de culpabilité ou d'auto-agression punitive
 - Soit médiocre intérêt pour les pensées, les émotions, les affects, prédominance de l'agir

— 58% de dépressivité, 25% de recherche de sensation élevée (prise de risque mal évaluée).

Les conséquences psychologiques des accidents avec traumatismes graves ne sont pas à négliger chez l'adolescent.

Le fonctionnement psychologique des adolescents présentant des accidents à répétition doit être scrupuleusement évalué.

Les accidents sont la première cause de décès chez les adolescents, le suicide est la deuxième cause avec, dans un tiers des cas, des difficultés psychologiques préexistantes.

L'insécurité psychique du premier âge :

- Agressivité contre soi ou contre les autres,
- Une brusquerie de gestes, d'affects, d'attitude, sans angoisse préalable au passage à l'acte ni culpabilité ultérieure,
- L'instabilité sous toutes ses formes : comportemental, motrice, affective, de l'humeur, des activités sociales, traduisant un besoin de satisfaction immédiat, faute de possibilités de contrôler et sublimer ses pulsions,
- L'incapacité de supporter ses frustrations, problème avec les limites et les sanctions,
- Les grandes difficultés relationnelles avec avidité affective,
- Effondrement dépressif à la moindre déception,

LES QUATRE CHAMPS DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DE L'ADOLESCENT

A.L'adolescence, métamorphose physique et psychique (voir poly adolescent)

B. La désespérance, conjoncturelle et extérieure

Points de travail d'équipe.

Problèmes extérieurs : sociaux, médicaux, affectifs

- Les difficultés sociales de la famille : chômage, expulsion, dettes,
- Maladie grave d'un membre de la famille, deuil,
- Affectives, les situations mettant en difficulté l'adolescent :
 - ▶ Surinvestissement ou sous investissement des parents,
 - ▶ Transfert des angoisses des parents,
 - ▶ Surprotection des parents,
 - ▶ Concurrence parent-enfant,
 - ▶ Difficultés conjugales, abandon
 - ▶ L'agressivité de sa famille dans toutes ses composantes : non reconnu, battu, incesté, abandonné.

CONNAITRE

LE SYSTEME DE PROTECTION JUDICIAIRE DE L'ENFANT ET DE LA JEUNESSE

MESURE JEUNE MAJEUR

LA CONFIDENTIALITE DES SOINS, LES MINEURS ET L'AUTORITE PARENTALE

L'HEBERGEMENT D'URGENCE

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE DE L'ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT SCOLAIRE

C. La maladie chronique, le handicap

Points d'intervention

Situation somatique structurelle ou accidentelle

- Les maladies chroniques: diabète, asthme, SIDA, hépatites C
- Handicap de naissance ou acquis,
- Les maladies graves : cancers : hématologiques, testicule, osseux et les rares,
- Les changements de l'image corporelle

IMPORTANCE DE:

- L'âge de l'arrivée du problème,
- Du retentissement sur son évolution
- Vécu de l'adolescent : fermé sur sa maladie, son handicap, déni, angoisse, image du corps dévaluée.
- Ressources de l'adolescent : personnalité constituée.

MAIS AUSSI

- De la focalisation des soignants sur la maladie ou le handicap : notion de distance pour le soignant
- Du soutien, de la reconnaissance, de l'affection de l'entourage.
- Du degré de culpabilisation et d'angoisse de l'entourage
- De la coopération, de la cohérence, du soutien mutuel entre les intervenants

LES TROUBLES CONJONCTURELS PEUVENT DEVENIR STRUCTURAUX

Les usages à risque, facteurs de gravité et indicateurs de risque.²

Les usages à risque font le lit de l'usage nocif et de la dépendance. Il justifie une intervention claire et juste du médecin.

² La revue du Praticien, N°561 :Service de psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Paul Brousse.

Trois catégories de risque :

RISQUE SITUATIONNEL : « Trop, c'est quand ».

- Les tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice : conduite...
- La grossesse.
- La prise concomitante de médicaments, notamment les psychotropes.

RISQUE QUALITATIF : " Trop, c'est comment ".

- Consommation précoce.
- Cumul des substances psychotropes.
- Consommation à visée auto thérapeutique.
- Consommation à la recherche d'ivresse, d'anesthésie.
- Répétition de ce genre de consommation.

RISQUE QUANTITATIF : " Trop, c'est combien ".

- Corrélation entre la quantité consommée et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité pour informer ou intervenir au bon moment.
- Les seuils d'information correspondent au seuil d'augmentation de la morbidité.
- Les seuils d'intervention au seuil où la consommation fait courir des risques tels que l'intervention médicale, devient légitime.

Quand parler des comportements à risque ?

“ Un adolescent se sent en bonne santé lorsqu'il y a un équilibre entre lui et son entourage ”

Ce peut-être :

- A partir du motif de la consultation :
 - » La contraception et cigarette.
 - » Une aptitude au sport et alcool.
- Lorsque le motif de la consultation peut-être une conséquence, entre autre, d'un comportement à risque:
 - » Problèmes de peau ou de cheveu, de circulation veineuse, de manque de souffle et la cigarette.
 - » Des troubles digestifs, une mauvaise forme physique et l'alcool.
 - » Un syndrome amotivationnel et le cannabis.
 - » Une prise de poids ou une maigreur, une fatigabilité...et un déséquilibre alimentaire.
- A partir d'une information recueillie pendant l'interrogatoire ou d'un signe physique découvert pendant l'examen clinique.
- Si certains faits de la vie de l'adolescent paraissent prédisposer à la prise de risque ou faire supposer que l'adolescent prend des risques graves :

LES SIGNES FREQUENTS DE DIFFICULTES REELLES CHEZ L'ADOLESCENT

- » Fumer avant 15 ans, consommer de l'alcool avant 18 ans
- » Le tabagisme, les ivresses, l'usage de cannabis : la polyconsommation à risque
- » Absentéisme scolaire, le de bouc émissaire. Le fléchissement scolaire.
- » Les troubles alimentaires et/ou du sommeil avec répercussion dans sa vie.
- » Violences subies, violences agies.
- » Dépressivité, usage de médicaments.
- » Idées de suicide, sentiment de grande solitude. (perception négative de l'entourage)
- » Identification à un groupe à risque.
- » Accidents à répétition, comportements sexuels dangereux.
- » Le déni de souffrance et l'inhibition affectivo-cognitive, non reconnu
- » Le renfermement affectif et social : calfeutrage dans sa chambre, dans ses vêtements.
- » Problèmes sociaux et familiaux: désorganisation de son environnement, désespérance.
- » Deal, racket

Signes de gravité :

Dans la pratique, les risques pris seront d'autant plus lourds de conséquences que :

- » L'adolescent n'a pas de discours sur sa façon de prendre des risques.
- » Il ne semble pas voir les risques qu'il prend, sans fanfaronnade, ni fausse modestie.
- » Il ne voit pas le lien évident qu'il y a entre sa conduite et ses maux, même quand le généraliste les lui suggère.
- » Il a une conduite nocive répétitive, non consciente.
- » L'adolescent a l'impression d'être verrouillé dans sa vie, sans porte de sortie.

► Il écrante sa vie par une conduite addictive quel qu'elle soit.

Il porte atteinte à sa santé de façon irréversible.

- Une conduite, à risques graves, peut survenir chez un adolescent qui ne semblait pas avoir de raisons et/ou un comportement de cette pratique.

Attention :

- Une conduite bruyante et/ou gênante pour la famille, la société n'est pas synonyme de pathologie : une prise de cannabis non égal à toxicomanie, un vol non égal à délinquance, homosexualité non égal à perversité.
- Etiqueter un adolescent avec un diagnostic, va à contre sens de la nature même de l'adolescent. Ce qui ne veut pas dire qu'une analyse, souple, ne doit pas être faite.

Le suivi implique, alors, un travail souvent complexe à mettre en place. Ces risques ont deux facettes : le fonctionnement global de la personnalité avec plus ou moins de fluidité et les conséquences même de ces conduites sur le développement de la personnalité et du corps de l'adolescent. Les conséquences physiques sont souvent la porte d'entrée d'une demande d'aide de l'adolescent. Leur résolution passera, au moins dans un deuxième temps, par une prise en charge globale avec une équipe médico-sociale.

Comment parler des comportements à risque ?

- Lors d'une prévention systématique : l'information doit être la plus juste et objective possible, en rapport avec les pratiques des adolescents, de cet adolescent. Elle permet d'être un repère pour lui et qu'il se sente reconnu comme personne responsable, unique.
 - L'information doit être actuelle, donc, susceptible d'être actualisée. La notion d'actualisation, peut donner en toute logique le besoin de renouveler cette information. Il est, pour cela, préférable de noter dans le dossier ce qui a, déjà, été donné comme information, afin de la personnaliser, à nouveau. C'est, pour l'adolescent, un signe concret d'intérêt pour lui.
- Lors de la découverte d'un comportement à risque :

Il est important de mettre en place, dès la première consultation sur ce comportement, une relation de confiance :

- Ecouter sans jugement.
- Donner des informations objectives, personnalisées, sur le court terme.
- Rester dans le domaine médical.
- L'interrogatoire doit être précis, mais demande une hiérarchisation. Tout ne peut être demander, tout de suite :
 - Centrer l'interrogatoire sur le comportement à risque et ses conséquences immédiates.
 - Faire un diagnostic minimal et proposer un suivi pour un diagnostic situationnel évolutif.
 - Ne pas poser de questions qui infèrent une confiance qu'il n'a, pas encore, pour le médecin. Elle sera éludée et difficile à reposer.

Demander, si possible, à revoir l'adolescent sur un motif médical. Il le fera plus volontiers, s'il sent l'intérêt que lui porte le médecin, s'il ne se sent pas corseté par le discours médical, s'il ne s'est pas senti obligé de répondre la vérité ou un mensonge.

La fixation pathologique survient après une période :

- De mal-être,
- Une répétition des conduites à risque, associant différents troubles qui désorganisent la trajectoire d'insertion.

La prise en charge globale de la santé de l'adolescent avec les différents intervenants doit être faite aussi rapidement que possible en tenant compte de :

- Urgences médicales,
- Urgences de l'adolescent
- Ce qui fait lui plaisir immédiatement,

Une désespérance suite à un événement extérieur, divorce, déménagement, deuil etc.,
Une dépression pubertaire mal accompagnée
peut entraîner une incompréhension et une souffrance, s'ils perdurent : conduite addictive, tentative de suicide, une violence contre les autres ou contre lui-même

Les conduites à risque chez l'adolescent

Les conduites à risque exposent l'adolescent, de façon non négligeable, à :

- Léser son avenir personnel,
- Mettre sa santé en péril,
- Se blesser, mourir,
- par
 - Des troubles alimentaires,
 - La vitesse sur la route, des défis dangereux, des blessures délibérées,
 - L'addiction : toxicomanie, alcool,
 - Des tentatives de suicide.

Certaines :

- S'inscrivent dans la durée : mode de vie.
- Marquent un passage à l'acte.
- Sont des tentatives uniques liées aux circonstances,

ANXIETE ET DEPRESSION DEUX FACES DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DE L'ADO

L'anxiété et la dépression, pathologies de l'adaptation

• **L'anxiété est :**

- » Une vision d'un environnement menaçant, « la vie est difficile »
- » La crainte de ne pas y arriver, « pourvu que j'y arrive »
- » Des tentatives de lutte, « je vais essayer »

L'anxiété non traitée peut évoluer vers la dépression.

• **La dépression est :**

- » Sans espoir, « la vie n'a pas de sens »,
- » Inutilité de la lutte, "inutilité de se battre",
- » Renoncement à faire face, « je renonce »

Mais, il existe :

- » Coexistence des deux,
- » Des symptômes dépressifs dans l'anxiété,

L'anxiété résiduelle est fréquemment facteur de rechute, lors de dépression.

ANXIETE ET DEPRESSION

	ANXIETE NORMALE	ANXIETE PATHOLOGIQUE
Les symptômes Physiques et psychologiques	Inconstants	Constants : 1/jour au moins
L'entourage	Comprend	La trouve excessive
Les répercussions	Somatique, peu	Nombreuses, troubles : Du sommeil, De l'appétit, De la sexualité, Du transit Tensions musculaires,
Le contrôle	Possible	Impossible
Les capacités	Peuvent être stimulées	Diminuées : toute son énergie et sa créativité sont « brûlées

D. Les troubles psychologiques structuraux. Points d'analyse

La mise en acte : la psychopathie pour le protéger du conflit intériorisé et de la souffrance psychique.

1. Un moment socioculturel :

L'adolescence est un moment de fragilité :

- ▶ Moins de défense,
- ▶ Période de fixation physique et de construction de la personnalité.
- ▶ Période d'apprentissage,
- ▶ Changement d'environnement. (importance du groupe)
- ▶ Plus de responsabilité.

Les situations fragilisantes

- ▶ La situation familiale : éclatement familial, inceste
- ▶ Les secrets de famille :
les problèmes de filiation,
le deuil parental non fait d'une terre d'origine,
les actes délictueux,
les disparitions douloureuses et secrètes.
- ▶ La situation sociale : chômage, expulsion,
- ▶ Les traumatismes ponctuels : maladies, accidents, décès

Evaluer les racines auxquelles les adolescents nourrissent leur protection interne.

Les mesures de réparation :

- ▶ Capacité de sublimation, d'intellectualisation, estime de soi,
- ▶ Altruisme,
- ▶ Sens de l'humour, sens du spectacle, créativité.

2. Une personnalité : la pathologie

Autour de 20 ans, éclosion des troubles psychiatriques

Comprendre une personnalité :

Toute la pathologie comportementale de l'adolescence peut être envisagée comme aménagement de ses difficultés.

- **La mise en oeuvre des comportements a pour but de compenser :**
 - ▶ Sa souffrance,
 - ▶ Sa perte de plaisir,
 - ▶ Son manque d'envie de vivre.
- **L'adolescent tentera de substituer, à une souffrance intolérable**
 - ▶ Une relation d'emprise sur un « objet » sans satisfaction véritable, d'où cercle vicieux d'auto-renforcement : l'addiction. « Le cannabis pour se détendre, l'alcool pour la socialisation, la cocaïne pour se maintenir éveillé, l'ecstasy pour prendre son pied » Mais aussi l'addiction d'un produit non toxique, sans produit.
 - ▶ Prise de risque : Les accidents à répétition (1^{ère} cause de mortalité des adolescents), les tentatives de suicide (2^{ème} cause), les troubles du comportement alimentaire, l'addiction.
 - ▶ Une maladie somatique : asthme, problèmes ORL récidivants, ulcère à l'estomac, accidents à répétition.

Se faire mal pour avoir moins mal.

L'épreuve personnelle est un chemin détourné pour retrouver le jeu de vivre.

Ces conduites à risque ne relèvent pas de la volonté de mourir, mais de s'assurer de la valeur de la vie, voire relève de l'autothérapie.

Ces conduites à risque montrent la résistance de l'adolescent qui lutte contre l'effondrement des sens.

Ni vraiment fous, ni simplement délinquant, les adolescents dont les troubles se manifestent essentiellement par des comportements socialement inadaptés et inacceptables, mettent en grande difficulté les professionnels chargés de leur venir en aide :

« Quelqu'un qui pose des actes, ne demande rien et n'exprime pas de plainte, nous renvoie à une grande impuissance, parce que nous sommes pas formés à décrypter des agis, forme substitutive de la parole et de la pensée, mais plutôt de sens mentalisé » Y. Dubois responsable de l'intersecteur de pédopsychiatrie à Marseille.

► **Une psychose** : sortie du monde réel.

Périodes délirantes, voire hallucinatoires très angoissantes pour l'entourage.

Etre psychotique, c'est se croire au centre du monde (mission à accomplir), l'objet de la préoccupation de tous ses semblables.

La psychose naissante n'a pas de trouble de la conscience, ni de l'identité.

Il ne peut plus dire « Je », car il est tout le monde d'où la « panne » de la parole qu'il ne faut pas prendre pour un trouble de la vigilance (Pr H. Grivois)

La psychose peut être accidentelle, sans de vulnérabilité personnelle si ce n'est la vulnérabilité de l'âge, l'adolescence, et la conséquence incertaine de gestes contingents posés au moment de l'événement. (22% Pr H. Grivois)

Il peut y avoir à cet âge des épisodes délirants, voire même hallucinatoires, extrêmement saisissants et angoissants pour l'entourage. Ils présentent un caractère brutal, aigu, s'associant à des troubles de l'humeur et des manifestations d'excitation ou de dépression. Ils sont souvent transitoires et passagers n'entachant pas nécessairement le pronostic d'avenir, même s'ils demandent des soins spécifiques.

Les psychoses, surtout la schizophrénie aux débuts insidieux. Le diagnostic ne doit être porté, si les manifestations sont durables : troubles graves de la pensée, bizarreries sérieuses du comportement, hallucinations et propos délirants.

Autres troubles : hystérie, phobies, obsession états dépressifs.

LE PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT

L'intervention

- L'intervention peut être urgente, au décours de la consultation
 - Mise au courant des parents quand le problème est lourd et même si majeur. Le recours aux parents, mais :
 - » L'adolescent doit être prévenu de la prise de contact avec ses parents.
 - » Il est possible de soigner l'adolescent sans l'accord des parents : la confidentialité des soins, les mineurs et l'autorité parentale.
 - La prise en charge de la famille est souvent nécessaire, soutien socio-psychologique.
 - Aide aux adolescents, en étude, parti de chez eux :
 - » Mesure jeune majeur.
 - » Le système de protection judiciaire de l'enfant et de la jeunesse.
 - Structures pour l'adolescent : CMP, Service hospitalier, orthophoniste, l'assistante social de l'établissement scolaire.
- Pour éviter la sacralisation, d'être le seul recours pour l'adolescent source de manipulation et d'échec.

LE SUIVI

- **Sécuriser et responsabiliser** l'adolescent à son niveau,
 - » **L'informer sur notre champ d'action et ses limites**
 - » **Faire un suivi somatique** : remettre en santé et respecter ses besoins esthétiques
 - » Lui apprendre à connaître et à aimer son corps, son fonctionnement, ses particularités, ses fragilités.
 - » **Lui faire lier " hier " à " aujourd'hui " et " aujourd'hui " à " demain ".**
Entre ses désirs, ses besoins et ce que son corps peut supporter, il n'y a pas toujours de correspondance.
Prévoir ou comprendre, ce qui lui arrive, lui permettra de prendre sa vie en mains.
- **L'alimentation et le sommeil sont des points de repère**
 - **Prévenir la violence** : remplacer une relation de peur et la désignation de boucs émissaires par des relations d'êtres à êtres.³
 - **L'aider dans l'enjeu essentiel de l'adolescence : la gestion de la distance relationnelle.**
Et son corollaire : « Qu'est-ce que j'ai dans le ventre » ?
Plus l'adolescent arrivera à acquérir une sécurité intérieure, une estime de soi suffisante, nourri de la qualité des liens avec l'environnement, plus il sera capable de gérer la distance avec l'environnement avec une certaine souplesse

A SAVOIR

- » **Le médecin doit comprendre et faire savoir** à l'adolescent qu'il est en pleine évolution physique mais aussi intellectuelle et psychique
Ne pas reprendre les arguments, les idées dits par l'adolescent lors des consultations précédentes. Ses idées, arguments peuvent changer rapidement.
- » **L'adolescent redécouvre le monde extérieur.**
Il va modifier ses pensées, ses actions, ses occupations.
La question doit tous être pour le thérapeute : son choix est du a :
 - Son nouveau statut d'adolescent,
 - Une désespérance, pression extérieure : retard pubertaire, problèmes économique...
 - Un handicap, une maladie
 - Des troubles de l'humeur,
- » **Rester un repère : L'adolescent est souvent qualifié de manipulateur, surtout lors de comportement à risque.**
Ne cherche-t-il pas plutôt à savoir si le médecin est un repère stable ?
Signifier à l'adolescent notre rôle et s'y maintenir, ne pourra que l'aider.
- » **Tout traitement de l'humeur doit avoir l'aval d'un psy**

³ Violences et quêtes identitaires chez l'ado, M.BOVAY psychologue, thérapeute systémique, Intervenant juillet 1999

LA GESTION DU SUIVI

- **Les prises de rendez-vous** : les horaires, la facilité de venir en urgence, la gestion de l'absentéisme,
- **Les particularités du dossier médical** :
Noter toutes les informations sociales, scolaires et personnelles.
Noter un numéro de téléphone pour le joindre rapidement, directement.

PLACE DU GENERALISTE AUPRES DES PARENTS, DE L'ECOLE ET AUTRES ACTIVITES

La réanimation de l'affectivité de l'adolescent par le sport, la musique ou des nouveaux liens familiaux est importante Dr J-P Soubrier

Le MG peut être amené à débloquer une situation de fait : le renvoi de l'adolescent, la rupture. Le maillage avec les autres intervenants dans la vie de l'adolescent est essentiel.

- **En s'inscrivant dans le réseau santé de la ville**, il s'inscrit comme médecin pouvant être interpellé et interpellé
- Il doit faire connaître, à ces publics, le rôle précis du généraliste.
- Inversement, le médecin doit connaître le champ d'intervention des autres professionnels.

LE TRAVAIL DU GENERALISTE AVEC LA FAMILLE

- **Intervention dans la famille et l'environnement**, rendre les adultes capables de :
 - » Comprendre ce qui se passe à l'adolescence,
 - » De se souvenir de leur adolescence avec lucidité,
 - » De construire les acteurs de demain
- **Prendre en compte l'autorité parentale et le respect mutuel** entre le parent et l'adolescent,
- **Connaître les personnes ressources et les personnes en difficultés dans la famille.**
- **Savoir prendre des décisions avec l'accord de l'équipe.**

LE TRAVAIL EN EQUIPE

La découverte d'une conduite à risque demande une prise en compte de la santé de l'adolescent selon l'OMS.

Se sécuriser et travailler en équipe

Les intervenants du champ médico-social permettent:

- Une aide dans les domaines complémentaires,
- Ils permettent d'être à plusieurs avec l'adolescent : il y a moins de risque de focalisation,
 1. **les assistantes sociales**, ne pas oublier celles de la CAF, de la Sécu, de l'école,
 2. **L'ANPE**, c'est aussi la recherche et le montage d'un projet professionnel,
 3. **Mais aussi la gynécologue, le dentiste, l'orthophoniste, le kiné, le médecin du sport, le médecin scolaire.**
 4. **Les psychologues** : celles de l'école
 5. **Les psychiatres, le CMP, les services spécialisés, la thérapie familiale.**

La prise en charge médico-psychologique peut aider l'adolescent

- » A se reconstruire physiquement et psychologiquement.
- » A prendre en compte les causes et conséquences physiques : problèmes esthétiques, gynécologiques, dentaires... Une hygiène de vie bien comprise.
- » Eviter la récurrence surtout si elle est complétée par une prise en charge globale de la famille.
- » Transformer sa « haine, sa rage, sa honte en quelque chose d'utile et créatif.
« Voir le psychiatre, ce n'est pas être fou c'est utiliser un médiateur pour gérer la frontière entre un trouble et une maladie. » Pr P.Jeammet.

6. La diététicienne

Travailler avec d'autres intervenants du champ sanitaire et social, demande :

- Une certaine concertation, au moins informelle.
- De connaître les compétences de chacun, de s'entre aider,
- D'être à égalité avec toute l'équipe,
- De partager le secret professionnel quand cela est nécessaire.
- De préparer l'adolescent à cette rencontre, pas d'abandon.

QUE PEUT CONSEILLER LE MEDECIN AUX PARENTS QUI DECOUVRENT LA TOXICOMANIE DE LEUR ENFANT ?

- **De rester calme :**
 - Ne pas blâmer ou chasser l'enfant.
 - Ne pas se culpabiliser.
- **D'avoir une attitude commune vis-à-vis de leur enfant ni trop sévère ni laxiste.**
- **Comprendre ce qui a poussé leur fils à se droguer :**
 - Eviter la douleur physique (maladie sous-jacente ?) ou morale.
 - Résoudre un mal-être : échec scolaire ou amoureux, manque de confiance en lui...
 - Faire comme les autres copains ou idole.
 - Braver l'interdit et la morale qui l'empêcherait de s'épanouir.
 - Espérer que tout ira mieux en « planant ».

La drogue est, souvent, une façon de soulager sa souffrance qui, en fait, s'accroît par cette prise de drogue : c'est un traitement d'urgence.

- **Faire sentir à son enfant qu'il peut faire confiance à ses parents.** Ne jamais rompre la communication.

- **L'objectif principal est de savoir pourquoi il se drogue et non qu'il arrête.**

Une aide extérieure peut être très utile aux parents et à l'enfant. Ne jamais en faire l'économie.

Le suivi permet au médecin de voir les éventuels premiers signes de dépendance à une drogue :

- Un changement de comportement envers le médecin et/ou dans sa vie.
- Pupilles anormalement rétrécies ou dilatées.
- Baisse brutale et incompréhensible des résultats scolaires.
- Absence répétée à l'école ou au travail.
- Consommation excessive d'eau la nuit.

Voire, plus tardivement :

- Négligence soudaine de l'hygiène corporelle et de l'habillement.
- Malaises fréquents : vomissements, maux d'estomac...
- Transpiration excessive.
- Effondrement face à l'effort.
- Absence mentale : trous de mémoire, confusions.
- Problèmes de concentration, apathie, indifférence.
- Irritabilité et agressivité soudaine.

Signes tardifs, souvent rapportés par la famille spontanément ou lors d'un questionnement du médecin :

- Besoin d'argent, vente d'objets personnels.
- Vols dans le milieu familial, dans son entourage proche, en magasins.
- Blessures au pli du bras.
- Gélules ou sachets, ustensiles typiques (cuillère noircie, seringue, pipes, paille...), utilisation de citrons.

ATTITUDE PRATIQUE DEVANT UN ENFANT OBESE

Conséquences de l'obésité : une morbidité et une mortalité vasculaire accrues à l'âge adulte.

Prévention :

- Lors d'une obésité parentale.
- Surveillance de la courbe d'évolution de l'IMC ($IMC = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)}^2}$), le rebond avant six ans doit amener une prévention.

PRISE EN CHARGE CLINIQUE

Apprécier le degré de surcharge pondérale : courbe de Sempé et Pédrón (carnet de santé)

Rechercher une cause organique à la surcharge pondérale :

- Une cause endocrinienne doit être recherchée seulement lorsqu'il existe un ralentissement de la croissance staturale : régulière ou accélérée, inutilité des recherches des troubles endocriniens.
- Obésité et dysmorphies et/ou retard mental : recherche du syndrome de Willi-Prader, syndrome de Laurence-Moon-Biedl.
- Des mutations sur les gènes de certains neuropeptides impliqués dans le contrôle hypothalamique de la prise alimentaire de transmission récessive, lors de consanguinité ou la mutation du gène du récepteur de type 4 aux mélanocortines, de transmission dominante, lors d'antécédents familiaux d'obésité devraient pouvoir être recherchées.
- Rechercher une complication de l'obésité :
 - L'insulino-résistance existe chez la moitié des enfants obèses (pas d'intérêt pratique). Elle est responsable parfois d'un acanthosis nigricans (pigmentation noirâtre sur une peau épaissie, quadrillée, localisée principalement aux aisselles, cou, régions génito-crurales).
 - L'intolérance au glucose et surtout le diabète non insulino-dépendant sont exceptionnels chez l'enfant.
 - Une dyslipidémie (surtout une diminution du HDL-cholestérol et une hypertriglycémie) est présente chez un tiers des enfants obèses. Elle doit être recherchée, car nécessite des mesures diététiques propres.
 - Une HTA doit être confirmée par un brassard adaptée. Elle régresse avec la perte de poids.
 - Les apnées du sommeil doivent être recherchées lors de ronflement par un enregistrement polygraphique ventilatoire nocturne.
 - Les lithiases biliaires sont plus fréquentes chez les enfants obèses.
 - Une stéatose hépatique existe chez un tiers des enfants obèses, sans expression clinique, parfois elle s'accompagne d'une ascension des transaminases.
 - Le genu varum est fréquemment constaté, sans conséquences majeures.
 - L'épiphysiolyse de la tête fémorale et le tibia vara sont des complications rares mais qui nécessitent une cure chirurgicale.
 - Les anomalies de la statique vertébrale doivent toujours être recherchées.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Diététique, augmentation de l'activité physique, soutien psychologique.

Aucune des thérapeutiques médicamenteuses n'a d'indication pour l'enfant dans son autorisation de mise sur le marché.

■ Mesures diététiques.

- Interrogatoire détaillé afin de déterminer le régime spontané de l'enfant.
- Apporter les corrections quantitatives et qualitatives :
 - Besoins énergétiques moyens des enfants normaux.

	Garçon	Fille
1-2 ans	1150 Kcal/j	1150 Kcal/j
2-3 ans	1350	1350
3-5 ans	1550	1550
5-7 ans	1850	1750
7-10 ans	2100	1800
10-12 ans	2200	1950
12-14 ans	2400	2100
14-16 ans	2600	2150
16-18 ans	2850	2150

- Aspects qualitatifs : réduire les apports lipidiques au profit des glucides complexes, accroître la consommation énergétique au petit déjeuner, abolir le grignotage, réduire les ingesta en fin de journée.
- Les produits allégés et les édulcorants doivent être évités pour rééduquer le goût.

■ Augmentation de l'activité physique :

- Encourager la marche (réduction des lipides) une demi-heure/jour, réduire les activités sédentaires.
- Les activités sportives sont à conseiller surtout comme autre pôle d'intérêt, elles augmentent que faiblement l'apport calorique et n'utilisent que le glycogène. Elles doivent se faire en plus de la marche.

■ Le soutien psychologique.

- Souvent indispensable.
- Il évalue et stimule la motivation de l'enfant et de l'environnement familial.
- Il prend en charge d'éventuels troubles du comportement associés
- Il aide à maîtriser les sentiments de frustration qu'entraînent les modifications de régime alimentaire et de mode de vie.

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE DE L'ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT SCOLAIRE : PAI

La prise en charge scolaire d'un élève atteint de maladie chronique grave comporte trois étapes :

- L'hospitalisation : il peut bénéficier d'aide d'instituteurs et de professeurs spécialisés.
- Le retour au domicile : L'assistance pédagogique l'aide à maintenir, à reconstruire son niveau scolaire.
- Son retour dans son établissement scolaire : le PAI va lui permettre de mieux vivre sa scolarité.

Comment établir le PAI

- Le PAI est établi à la demande de la famille qui s'adresse :
 - Au chef d'établissement : elle fait part de sa demande de PAI, elle n'a pas d'obligation de lui faire part du diagnostic de l'handicap de son enfant.
 - Au médecin traitant.
- Le médecin traitant doit contacter le médecin de l'éducation nationale qui exerce dans l'établissement de l'enfant. (coordonnées sont disponibles à l'inspection académique auprès du médecin responsable départemental)
Il lui adresse sous pli cacheté :
 - Une ordonnance précisant les médicaments à prendre à l'école, posologie et horaires.
 - Les résultats du bilan spécialisé, si l'élève relève d'une éviction alimentaire stricte.
 - La conduite à tenir en cas d'urgence.
- Le médecin de l'éducation nationale définit, en relation avec la famille, le chef d'établissement, l'infirmier(e), les personnels en contact avec l'élève et les collectivités locales, les besoins de l'élève, les aménagements nécessaires, la prise en charge des soins et des régimes alimentaires.
Il est le garant du secret médical et le seul habilité à donner à l'institution, en accord avec la famille, les informations nécessaires à la mise en place des mesures adaptées aux besoins de l'élève.

Connaître les besoins spécifiques

- Accessibilité des locaux scolaires : transport scolaire et circulation dans l'établissement, adaptation du mobilier.
- Conditions d'accueil : temps et lieux de repos.
- Mesures d'hygiène : ex : problèmes allergiques.
- Aides pédagogiques : assistance pédagogique à domicile.
- Orientation professionnelle.
- Pour ses examens : un élève atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap définitif ou temporaire (plusieurs mois et englobant la période **des examens**) peut bénéficier d'un tiers temps supplémentaire pour le passage des contrôles et des examens avec les aménagements rendus nécessaires par sa maladie.
- La PAI devra préciser les activités sportives recommandées ou déconseillées.
- La prise en charge des repas, possibilité de panier repas sous condition : possibilité de conservation des repas dans les règles d'hygiène. (protocole type à demander au médecin responsable départemental conseiller technique à l'inspection académique)
- Les médicaments peuvent être pris dans l'établissement scolaire avec l'adhésion de l'équipe éducative à partir de l'ordonnance adressée sous pli confidentiel par le médecin traitant au médecin de l'éducation nationale.
 - Ils doivent être limités à l'essentiel.
 - Leur prescription doit être claire et précise.
 - Les ordonnances ne doivent jamais être adressées à l'enseignant ou au responsable de l'école.
- Les soins d'urgence qui ont été signalés précisément par le médecin traitant au médecin de l'éducation nationale ne peuvent être imposés ou exigés. Cela exige une bonne entente entre la famille et le personnel de l'établissement et une bonne information du personnel. La responsabilité du personnel n'est pas engagée car ces soins ne relèvent pas de l'exercice de leur profession.

LE SIGNALEMENT DES SEVICES ART 226-14 du code pénal

L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1. A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privation ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance, et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.
2. Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la république les sévices ou privations qu'il a constatées, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession, et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuels ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire.
3. « Le signalement aux autorités compétentes effectués dans les conditions prévues au présent article ne peut l'objet d'aucune sanction disciplinaire »

L'ADOLESCENT SUICIDAIRE⁴

Il apparaît, d'après de nombreuses études (conférence de consensus « le risque suicidaire : reconnaître et prendre en charge 19-20/10/00), que le repérage, le plus tôt possible, du niveau d'impulsivité et de vécu douloureux, d'un dysfonctionnement familial, des échecs scolaires et des séparations, est important pour un travail préventif sur l'adolescent(e) suicidaire.

Epidémiologie des 15 -16 ans :

- Dans l'hexagone, les suicides constituent la deuxième cause de décès entre 15-24 ans et la première pour les 25-34 ans.
- Deux tiers des filles dépendantes du tabac, ayant souvent des cauchemars et dînant seule le soir, ont fait une TS.
- Deux tiers des garçons violents lors de colère, voulant fuir la vie familiale et toujours stressés par le travail scolaire, ont fait une TS.
- La mortalité est plus fréquente, chez les garçons d'autant qu'ils n'ont pas l'habitude de se soigner, qu'ils se plaignent moins, et chez les filles et les garçons qui n'ont pas l'habitude de parler mais de somatiser.
- L'acte perpétré peut être la reproduction d'un suicide ou d'une tentative de suicide effectué par un proche ou un ascendant. Il succède très souvent à la trace ou à la crainte de violences incestueuses et parricides, réelles ou imaginaires. Ces actes souvent minorés par l'entourage : fatigue, surmenage, rupture affectives.

Terrain à risque :

- Consommateurs de produits toxiques, même que le tabac + Anxiété avec cauchemars + Sentiment d'être mal accueillis dans leur famille.
- Les ados violents, qui veulent fuir leur famille, stressés par le travail scolaire.
- Les maltraitances
- Antécédents de tentative de suicide, dans les 6mois qui suivent risque de récives.
- Le suicide d'un parent, méconnu par déni de la famille.
- Ruptures affectives, placements institutionnels, dislocation familiale,
- Les troubles de l'humeur : dépression, troubles du comportement de type impulsif, les addictions, les troubles de la personnalité : la schizophrénie, les maniaco-dépressif, la paranoïa.
- Les états limites :
 - Tendance à l'attachement intense, exclusif, mais instable : idéalisation/ rejet.
 - Une trop grande proximité relationnelle suivie d'un rejet massif,
 - La crainte constante d'être abandonné,
 - La survenue de comportement agressif (colères, rixes)
 - Des vomissements provoqués, les conduites boulimiques,

⁴ - « Risque suicidaire : comment l'évaluer ? » D.Cremniter et J.S. Wartel hôpital H. Mondor Revue Du Praticien n°598 janvier 2003

- Les personnalités antisociales avec transgression sociale, tendance au vol ou à la violence, une absence de culpabilité.

Les adolescents présentant des troubles de la personnalité et des troubles de conduite s'intègrent mal dans la société. Ils ont de mauvaises relations avec leurs pairs, parents, enseignants. Ils sont solitaires et ont une mauvaise image d'eux qu'ils cachent dans des attitudes de fausse assurance. La conduite suicidaire peut venir de façon brutale, imprévue.

Identifier précocement.

- Chez les garçons :
 - Les attitudes issues de tension familiale et/ou scolaire.
 - Les excès de comportement (prises de risque inconsidérées) ou de consommation. (Alcool surtout), non reconnu.
 - Les victimes d'agression. (particulièrement sexuelles)
- Chez les filles :
 - Les comportements impulsifs
 - Les angoisses.
 - La mésestime de soi.
 - Le sentiment d'abandon relationnel
 - La répétition des consultations.
 - Les prises de médicament.
 - La précocité des relations sexuelles..
 - Les symptômes somatiques : syncopes, évanouissements ou troubles alimentaires.

Les divers comportements de rupture frappant toutes les relations : casser.

Les signes de gravité :

- Le cumul ou le développement progressif de ces troubles,
- La présence de conduites de rupture particulières à l'autre sexe.

Prévenir précocement

1. Eliminer un diagnostic psychiatrique
2. Supprimer toutes médications non justifiées,
3. Installer une surveillance étroite et bienveillante,
4. Ne pas minimiser un geste suicidaire,
5. Evaluer le risque : bilan complet + travail d'équipe médico-psycho-sociale.

Que faire ?

- Questionnaires systématiques possibles :
 - TSTS : Traumatismes, Sommeil, Tabac, Stress
 - CAFARD: Cauchemars, Agression, Fume tous les jours, Absentéisme scolaire , Ressenti, Désagréable familial
 - PIR :Précocité, Intensité Répétitivité

Le test à deux questions. Dr J-L Demeaux (Bordeaux) :

- Est-ce qu'il (elle) n'a pas l'impression de ne plus s'intéresser à ce qu'il (elle) faisait avant avec plaisir ? (Est-ce qu'il (elle) se passionne pour autre chose ?)

- Est-ce qu'il (elle) n'a pas l'impression d'être en permanence abattu ou déprimé ?

Il hospitalise systématiquement ceux qui ont fait une tentative « tant est grande leur souffrance ».

Il les suit sachant, que les difficultés n'apparaissent pas tout de suite, mais dans les mois qui suivent, quand ils vont abandonner le suivi médical.

Parler ouvertement de suicide. Dr X. Pommereau

Devant des conduites de rupture, sans aide de l'entourage, Le généraliste doit se permettre de lui poser ouvertement la question du suicide. Si le médecin ne se sent pas gêné de poser la question, cela ne gênera pas l'adolescent(e).

Le déni par l'adolescent et son entourage de la gravité de l'acte est fréquent. Si on ne doit pas d'accepter les causes invoquées d'ouvrir une voie vers à une perspective globale de la santé de l'adolescent pour un suivi plus long, prévention des rechutes.

- Dr J-P Soubrier : ne jamais banaliser une tentative « il n'y a pas de suicide sans tentative antérieure »
La réanimation de l'affectivité est importante que ce soit par le sport, la musique. Beaucoup de jeunes pensent que les études ne mènent à rien ou sur un échec annoncé ce qui entraîne une rupture avec les adulte puis une rupture avec la vie.
Lors de passage à l'hôpital, de prise en charge par une équipe psy, le généraliste peut être le référent qui coordonne ces interventions pour les harmoniser.
- Dr S. Leleu : Le travail en réseau est indispensable. Le généraliste, le spécialiste, la famille, les amis... (conseillé d'orientation, assistante sociale, les centres sportif...)
- Examen, après tentatives
 - ▶ A la recherche de troubles psychiatriques associés actuels ou dans les antécédents.
 - ▶ Du geste suicidaire :
 - Lieu,
 - Présence du tiers,
 - Annonce du geste aux proche
 - Moyens utilisés
 - ▶ Intentionnalité suicidaire
 - Gravité du geste ?
 - Ambivalence envers la vie ?
 - Facteur déclenchant ? Notion de rupture ?
 - Exemple familiale ou d'une référence ?

L'abord d'une tentative de suicide sera somatique, psychiatrique et sociale (retisser le lien)
La surveillance devra être faite sur plus d'un an pour éviter les risques de récives.
Panorama du Médecin novembre 20002 n°4867 Psychiatrie : Le suicide Pr M. Lejoyeux Hôpital L.Mourier

Conseil à l'entourage

- Reconnaître sa détresse en la mettant en mot
- Inviter l'adolescent au dialogue, en parlant aussi de soi.
- Reconnaître ses propres difficultés et en parler : se mettre en question ne veut pas dire qu'on est de mauvais parents
- Proposer de voir ensemble un spécialiste.

Services à contacter :

Evaluer le risque suicidaire en pratique

1. la tonalité dépressive de l'humeur : morosité, crises de larmes, idées d'auto-dépréciation, une absence de projet pour l'avenir,
- 2 Une anxiété intense plus insidieuse que paroxystique : je n'ai pas envie de sortir, j'ai peur de la foule, je n'arrive pas à dormir, je ne suis pas en forme le matin, j'ai du mal à avaler.
3. Une inhibition de l'agressivité vis-à-vis d'autrui avec retournement contre soi :je veux voir personne, tout le monde m'embête, tout le monde m'en veut.
4. Une rupture des habitudes dans les jours qui précèdent.

L'ADOLESCENT FACE AUX SECTES : QUE FAIRE ET COMMENT REAGIR

Les sectes s'intéressent de près au public des adolescents car **ce sont des « cibles » très sensible à leurs sollicitations, car :**

- Période de quête identitaire;
- Aspirations à se rattacher à une « famille d'adoption ».

On estime aujourd'hui que près de 60 000 mineurs seraient soumis de près ou de loin à une influence sectaire. La plupart ne sont que des victimes du choix de leurs parents. S'il n'existe pas de solution toute faite, rester vigilant, s'informer et informer ses patients, c'est déjà se donner les moyens de la prévention active.

Quelle explication peut-on donner à l'envie d'aliéner sa liberté ?

Profil psychologique type d'adolescent victime de secte ?

Pas de personnalités pathologiques, mais une période délicate de la vie d'un individu, surtout au moment de l'adolescence où les repères sont fragiles. Nul ne peut se prétendre immunisé contre les risques d'embrigadement. Il est à cet égard très difficile de diagnostiquer ce genre de symptôme en une seule consultation, car le processus qui conduit un individu à sombrer dans la sujétion physique et psychologique est toujours très progressif.

Choix religieux ou manipulation sectaire : comment faire la différence ?

Aucune religion n'est malheureusement à l'abri d'une interprétation erronée de ses préceptes par quelques fanatiques. Tout mouvement qui isole l'individu du reste de la société s'avère évidemment toujours suspect.

Quant peut-on considérer que commence le danger ?

L'asservissement à un groupe sectaire peut conduire l'individu à se mettre en danger en :

- S'imposant des régimes alimentaires draconiens, refusant les soins, l'hygiène ou les traitements médicaux « traditionnels ».
- Etant victime de violences physiques, de sévices, d'abus sexuels,
- Etant poussé au suicide dans le cas de sectes dites « apocalyptiques ».
- Transgressant les lois ou s'y opposant par fanatisme
- Commettant des actes délictuels ou mettant en péril la santé de leurs proches.

Comment réagir lorsque le doute n'est plus permis ?

Devant certains signes évocateurs le médecin doit s'efforcer

- D'établir une relation de confiance avec l'adolescent et l'inciter à une thérapie.
- S'il entretient de bons rapports avec ses parents,
 - ▶▶ De conseiller – sans enfreindre le secret médical – de rester à son écoute et d'être très attentifs.
 - ▶▶ De demander de l'aide auprès d'associations d'aide aux familles, s'ils se sentent dépassés par la situation,
 - ▶▶ De ne pas tout accepter sans réagir : laisser leur enfant transformer la chambre en salle d'armes ou chapelle démoniaque par exemple.
- Une thérapie familiale peut alors s'avérer bénéfique pour démêler le fil du nœud qui bloque la communication.
- En revanche, si un médecin constate des mauvais traitements sur mineur, ou s'il apparaît clairement que ce dernier court un réel danger du point de vue de sa santé physique ou de son équilibre mental, sous l'emprise de ses parents adeptes d'un groupe sectaire, il est de son devoir d'alerter le procureur de la République et de signaler le cas aux autorités compétentes.

LES SIGNES QUI DOIVENT ALERTER

Le diagnostic différentiel entre dérive sectaire, crise d'adolescence et entrée dans la schizophrénie est difficile. On doit néanmoins suspecter une mise en sujétion psychologique ou physique lorsqu'un adolescent présente plusieurs des signes suivants :

- **changement brutal de comportement alimentaire** associé ou non à des modifications radicales de son apparence physique ;
- signes de **fatigue** ou de **surmenage** évidents ;
- discours ponctué de **leitmotive** et d'expressions récurrentes, élocutions mécaniques évoquant une leçon apprise, humeur exaltée associée à une rigidité d'esprit dans la démonstration des travers de la société ou de l'entourage familial ;
- tendance marquée au **repli**, goût du secret avec isolement progressif et mise à distance du cercle familial ;
- rejet de ses anciens amis ou de sa famille ;
- comportement **méfiant**, réaction suspicieuse devant toute question concernant ses activités ou son nouveau groupe d'adoption ;
- attitudes de **fuite** et d'évitement (réticence aux contacts, regard fuyant...) ;
- **besoin d'argent** croissant, disproportionné et inexplicable.

Bibliographie :

- DOLTO.F, La cause des adolescents, Livre de poche,1989.
David LE BRETON : Conduites à risque ; des jeux de mort au jeu de vivre (PUF 2002)
MARCELLI.D, BRACONNIER.A, Adolescence et psychopathologie, Masson, 1995.
ANATRELLA.T, La différence interdite, Flammarion, 1998.
PEYREBRUNE.C, in L'adolescence et sexualité :les liens, le maillage, L'Harmattan,1999.
LESOURD.S,Violente adolescence, pulsions du corps et contrainte sociale, ERES 1998.
DE RIVOYRE.F, Souffrance psychique : souffrance ordinaire ? L'Harmattan 1998.
P. TOUNIAN Hôp. Trousseau Paris. « Enfant obèse, que faire ? » Concours médical 9/02/02 No5 :
Dr M-C ROMANO (ministère de l'éducation nationale) Comment assurer la continuité des soins à l'école ? Rev Prat n°544 du 10/09/01
M CHOQUET, S LEDOUX :Adolescents : enquête nationale. Analyses et prospectives. Paris Inserm, 1994
OMS 2001« La prévention du suicide » Traduction Dr Soubrier
Dr P.Binder , médecin généraliste, service « info-Relai » 17430 Lussant : Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres. Rev Prat n°545 du 17/09/01
« La souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes » ed.ENSF Haut Comité de la Santé Publique février 2000.