

La consultation psychiatrique auprès des adolescents

Louis Morissette

Volume 13, numéro 2, novembre 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031467ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031467ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Morissette, L. (1988). La consultation psychiatrique auprès des adolescents. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 147–150. <https://doi.org/10.7202/031467ar>

La consultation psychiatrique auprès des adolescents¹

L'adolescence avait la réputation d'être une période de crise psychologique. Or les études récentes d'Offer et d'autres ont démontré que, pour la majorité des adolescents, cette étape de vie est un âge sans remous conscient ni trouble majeur du comportement. Ceci ne veut pas dire, par ailleurs, que l'adolescence n'est qu'une période de transition et de consolidation psychologique. C'est à l'adolescence que doivent se fixer les identifications, l'identité sexuelle, la préférence sexuelle, les objectifs futurs (travail, études, etc...). L'adolescent doit aussi se séparer des parents (reprise de la séparation-individuation), doit affronter les premières relations interpersonnelles teintées de sexualité. L'apprentissage de l'autonomie est source de nombreuses tensions.

Même si, pour la majorité des jeunes, l'adolescence se passe sans heurts, il n'en demeure pas moins, selon Klerman, que les adolescents des années 1960 à nos jours sont exposés à une augmentation dramatique des problèmes de santé mentale : suicides, dépressions graves, toxicomanie (drogue et alcool), accidents, morts violentes, etc... Cet auteur offre aussi des explications possibles à cette dégradation de la santé mentale des jeunes (comparativement à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées). Klerman suggère une interaction complexe entre gènes, environnement, cohorte nombreuse (« baby boom »). Concernant les facteurs environnementaux, il souligne l'urbanisation grandissante, la fluctuation démographique ($\varnothing > \sigma$), les changements dans la structure familiale, les changements dans les rôles des femmes, la plus grande mobilité géographique, tous les facteurs qui amènent des brisures dans les attachements émotifs et une plus grande anomie sociale.

Dans les prochains paragraphes, nous ébauchons quelques particularités du travail du psychiatre, spécialement lors de l'évaluation d'adolescents.

Motifs de consultation

Les motifs de consultation en psychiatrie de l'adolescence varient énormément selon l'endroit où se fait la consultation : bureau privé, clinique externe d'un hôpital (général ou psychiatrique), salle d'urgence, unité interne (médecine, chirurgie, psychiatrie), centre d'accueil, etc...

Le trait commun de la majorité des consultations, toutefois, c'est qu'elles sont rarement demandées par l'adolescent lui-même. Il y a le plus souvent un agent demandeur : parent, travailleur social, infirmière d'école, médecin traitant, ami, juge, avocat, etc... Cet intermédiaire fait partie de l'évaluation, on doit clarifier sa demande et ses attentes ainsi que lui demander sa version de l'histoire. L'adolescent profite souvent de cet intermédiaire pour prendre une position soit de passivité, soit d'opposition dans l'évaluation, ce qui complique l'exécution. Il faut aussi, parfois, distinguer le motif du référant et le motif de l'adolescent.

Luc, 16 ans, est amené par deux agents de sécurité à la clinique externe. Une lettre nous demande de produire un rapport psychiatrique. Luc nous dit qu'il n'est pas fou, qu'il ne sait pas pourquoi il doit nous rencontrer et qu'il doit repasser devant le juge dans un mois car il a volé dans des maisons. L'histoire qu'il donne est vague, imprécise : le psychiatre n'a qu'à consulter les travailleurs sociaux.

Marie, 17 ans, arrive avec 30 minutes de retard à son entrevue au bureau privé. Sa mère avait pris rendez-vous car Marie avait fugué à deux reprises dans le dernier mois. Marie collabore bien à l'entrevue mais ne parle pas des fugues. Questionnée, elle répond qu'elle a simplement couché chez Jacques, son ami de cœur (contre la volonté de sa mère). Elle souhaite continuer les rencontres car elle voudrait discuter de son choix de carrière.

Les demandes sont quelque peu différentes pour les filles et les garçons.

Les filles sont vues le plus souvent pour un geste ou une idéation suicidaire. Ensuite, on retrouve les problèmes de fugue, de sexualité (grossesse, prostitution), de drogue, de rendement à l'école. La délinquance (vol, vandalisme, violence) est rarement source de consultation même si elle est présente, car il semble que certains préjugés font minimiser la chose aux intervenants. Les victimes d'agression sexuelle (viol, inceste, etc...) sont rarement vues pour ce problème en psychiatrie, mais souvent le psychiatre retrouve de telles agressions dans l'histoire du cas. À partir de cette constatation, on pourrait suggérer une évaluation psychologique et/ou psychiatrique pour toutes les victimes d'agression sexuelle, car les séquelles d'une telle agression sont souvent chroniques et évoluent en sourdine. Parfois, une adolescente va consulter d'elle-même pour des problèmes d'anxiété, de tristesse, de phobie, d'obsession, de difficultés avec son enfant, etc... À l'hôpital, il y aura demande de consultation pour un avortement ou pour déterminer la capacité à être parent pour des problèmes psychosomatiques (asthme, douleurs abdominales et articulaires, rétention urinaire, etc)... On rencontrera aussi des patientes atteintes de maladie chronique débilitante ou de désordres alimentaires.

Les garçons posent des problèmes reliés surtout aux troubles de comportement (vol, agression, fugue, prostitution, etc...). Les mauvais résultats scolaires sont aussi une cause fréquente de consultation. Parfois, un garçon sera vu pour un geste suicidaire mais, plus souvent, pour une répétition de gestes autodestructeurs. La gravité du geste suicidaire provoque souvent la consultation, alors qu'un geste assez peu dangereux est banalisé, minimisé. Il faut détruire le mythe qui dit : « S'il voulait vraiment mourir, il aurait pris un moyen vraiment efficace. » Tout geste suicidaire doit être évalué en profondeur, il faut lui trouver un sens et retourner ce sens à l'adolescent. À l'hôpital, l'interniste demandera une consultation pour certains adolescents porteurs de maladie chronique (asthme, diabète, épilepsie). En général, les garçons consultent moins d'eux-mêmes, ont moins d'idées suicidaires conscientes et présentent peu de troubles alimentaires.

Pour en finir avec les motifs de consultation, soulignons que plusieurs intervenants et les adolescents

eux-mêmes hésitent à situer le problème dans une pathologie psychiatrique. On fait allusion à une situation familiale difficile, à des contacts sociaux délinquants, à l'usage de drogue et d'alcool, etc. Les symptômes rapportés sont le plus souvent des gestes, des comportements et rarement des phénomènes intérieurs (angoisse, idées, etc...). La peur d'être fou, d'être étiqueté « malade » est grande chez les adolescents (et les intervenants); cette non-reconnaissance provoque des tragédies qui pourraient parfois être évitées.

Déroulement de l'évaluation

Dans le cas des adolescents, l'évaluation fait partie intégrante du processus thérapeutique, non seulement à cause de l'apport du diagnostic au traitement, mais aussi, sinon surtout, à cause de la nécessité d'intervenir rapidement, car l'adolescent tolère mal un évaluateur-thérapeute neutre et il a tendance à ne venir qu'à quelques entrevues.

Le clinicien doit s'impliquer, interagir, sans pour autant être intrusif ni séducteur; il doit cerner rapidement la situation de l'adolescent pour pouvoir amorcer un changement (une thérapie). Plusieurs facteurs viennent limiter les suivis : peur de la dépendance, de la maladie, évaluateur passif, difficulté à cerner le problème et à le refléter à l'adolescent, interférences du milieu (parents, amis, centre d'accueil, etc...), scolarité, etc...

Rhéal, 16 ans, consulte en clinique externe, à la demande de sa mère, pour des idées suicidaires récurrentes, qui ont abouti à un geste peu léthal. Dans la première entrevue, il devient évident que Rhéal a de la difficulté à se séparer d'une mère qu'elle sent intrusive et contrôlante. Son comportement en entrevue est passif, le psychiatre doit se retenir pour ne pas lui poser des questions à la manière d'une mère intrusive. Après deux entrevues où elle commence à saisir l'origine de ses idées suicidaires et le type de relation qu'elle entretient avec sa mère, un coup de téléphone de cette dernière nous apprend que Rhéal désire cesser les rencontres, alors que déjà la troisième rencontre est prévue. Dans les explications de la mère, on dénote son insatisfaction par rapport aux services rendus à sa fille.

Il serait souhaitable (comme pour tous les groupes d'âge) que l'évaluateur soit celui qui puisse offrir un suivi, si besoin il y a. Les changements de thérapeute constituent sûrement un des motifs les plus

fréquents d'abandon du traitement et constituent, parfois, la répétition émotive de ce que le jeune a vécu dans son passé (abandon, placement, etc...).

L'adolescent peut sembler rompre facilement le suivi mais il conserve le souvenir du thérapeute, et il arrive qu'il rappelle celui-ci dans les mois qui suivent la dernière rencontre. Il me semble approprié de répondre rapidement à une demande de ce genre, car l'adolescent reproduit alors avec le thérapeute une forme de séparation-individuation où il a besoin de confirmer qu'on ne l'abandonne pas lorsqu'il fait des actes d'autonomie (actes parfois malhabiles).

Contenu de l'évaluation

D'abord, il faut clarifier la demande, les intervenants en cause et la destination de rapport s'il y en a un. Ensuite, les données démographiques sont prises en note ainsi que les circonstances de vie actuelle (où, avec qui, scolarité, ami(e) de cœur, travail). On doit connaître l'état de santé physique, la prise de médication, de drogues, d'alcool. L'adolescent est-il sexuellement actif? Est-il satisfait de son choix et de ses expériences?

Quels sont ses projets d'avenir (travail, étude, famille)? Quels seraient ses trois souhaits s'il rencontrait une fée?

L'adolescent a-t-il une personne à qui se confier, se raconter, chez qui il peut sentir un intérêt pour sa personne? On doit essayer d'obtenir le déroulement des relations inter-personnelles autant avec ses amis qu'avec sa famille.

L'histoire des symptômes (troubles de comportement, gestes délinquants, gestes ou idéations suicidaires, agressivité, résultats scolaires, etc...) doit être retracée et mise en perspective avec l'histoire sociale propre à l'adolescent (naissance, étapes développementales, déménagements, maladies, écoles, etc...). L'histoire de la famille doit être investiguée (sociale, médicale, psychiatrique).

L'examen mental est identique à celui qu'on passe aux adultes, et la systématisation est de rigueur même si les questions semblent parfois inutiles, superflues. Certains adolescents se présentent comme ayant comme symptômes des troubles de comportement et, à l'examen on met en évidence des idées de référence, de contrôle, etc...

Il faut rencontrer l'intermédiaire, le tiers ou l'agent demandeur pour obtenir une vision extérieure de la situation de l'adolescent. Nombre d'évaluateurs tombent dans le piège qui consiste à croire que l'adoles-

cent est autonome, indépendant, qu'il ne fait plus partie d'un système familial. Ce piège est tentant car l'adolescent nous laisse croire souvent à une pseudo-maturité ou à une pseudo-indépendance (qui n'est souvent qu'une défense contre la dépendance). On est alors tenté d'évaluer l'adolescent seul (comme on le ferait avec un adulte). Ce faisant, l'évaluateur risque fort de ne pas avoir toutes les informations pertinentes pour bien juger la situation et établir ensuite la conduite à tenir. Dans une entrevue d'évaluation, il est difficile d'analyser les projections de l'adolescent sur son entourage.

Jean, 14 ans, a tenté de poignarder sa mère. Elle est légèrement blessée et fait appel à la police. En évaluation à une unité interne de psychiatrie, on ne note pas chez lui de comportement ou de propos bizarres, étranges ou paranoïdes. En entrevue, il nous parle clairement de sa vie avec sa mère, qu'il décrit comme contrôlante, intrusive et ne le laissant pas respirer. Il nous parle de la mort de son père et des nombreux amis de sa mère. À la sortie de l'entrevue, le psychiatre est convaincu que la mère mérite ce qui lui est arrivé. En rencontre familiale, on observe une mère menue, retirée, qui se fait littéralement dévorer par son fils paranoïde et projectif.

La question de la confidentialité est brûlante. L'adolescent ou les parents insistent souvent pour nous parler sous le couvert du secret. L'évaluation est une étape du traitement où le principe de la confidentialité me semble moins strict mais, en même temps, il faut garder la confiance autant de l'adolescent que de ses proches. Il me semble possible de respecter le principe en disant qu'on est disponible à entendre tout ce que l'on veut bien nous dire, mais qu'on ne divulguera pas à l'autre partie ce que l'on a entendu, sauf exception (suicide, dangerosité, etc...).

Conclusion

Pour conclure, passons en revue quelques difficultés qui peuvent survenir dans l'évaluation d'adolescents et de leurs besoins en santé mentale.

D'abord, pour la demande venant d'une autre personne que l'adolescent, l'évaluateur doit dégager la demande précise de tout ce que l'on déverse sur son bureau, en prenant en considération la version de l'adolescent et celle du tiers.

Il faut éviter le piège de prendre partie, de croire que l'on sera de meilleurs parents, de décréter que les parents sont inadéquats, que les intervenants précédents ont failli, etc...

De même, il ne faut pas prêter à l'adolescent une indépendance émotive qu'il ne maîtrise pas encore.

Enfin, l'adolescence se terminant administrativement à 18 ans, le suivi de plusieurs jeunes et de leurs familles est rendu difficile, sinon impossible, car ce suivi doit franchir l'étape du transfert au système adulte (services sociaux, psychiatrie, etc...).

Note

1. L'auteur tient à remercier Madame Danielle Séguin-Marois

pour le travail de secrétariat et le Docteur Claude Marquette pour ses commentaires.

Références

- A.P.A., 1987, *Diagnostical Statistical Manuel III-R*, American Psychiatric Association, Washington, D.C., p. 567.
KLERMAN, G.L., 1988, The current age of youthful melancholial, *British Journal of Psychiatry*, 152, 4-14.
OFFER, D., OSTROW, E., HOWARD, K.I., 1984, The self-image of normal adolescents, *New Directions for Mental Health Services*, 22, 5-17.

Louis Morissette
Hôpital Sainte-Justine
Institut Philippe Pinel