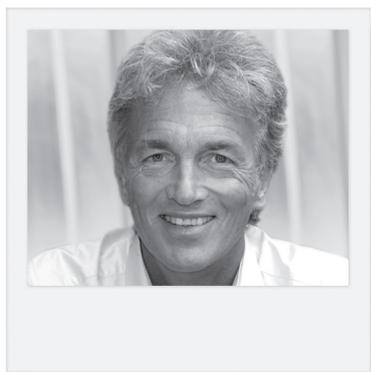


## LE DOSSIER Adolescence

# Les conduites à risque chez l'adolescent : jusqu'où laisser faire ?

**RÉSUMÉ :** Les prises de risque sont inhérentes à l'adolescence. Utiles pour accéder à l'autonomie, elles peuvent néanmoins être responsables de dommages physiques et psychologiques irréversibles. Laisser faire d'accord, mais jusqu'à quel point ? Le médecin traitant et le pédiatre sont souvent confrontés à l'interrogation des familles sur la dangerosité de certains comportements. Un challenge complexe dans un contexte sociologique où les tentations sont multiples et les règles éducatives plus laxistes.

Cet article fait le point sur l'origine psychopathologique des prises de risque et sur les nouveaux codes des adolescents. Il propose quelques conseils pratiques pour aborder l'adolescent en consultation, en insistant sur les questions simples à ne pas oublier de poser afin de faciliter le dépistage.



→ O. REVOL<sup>1</sup>, N. MILLIEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Chef de service,

<sup>2</sup> Chef de clinique-assistante.

Service de Neuro-Psychopathologie de l'Enfant, Hôpital neurologique, LYON.

Qu'entendons-nous par "conduite à risque" ? La prise de toxiques bien sûr, mais aussi les excès de vitesse et les mises en danger sur la route, l'absence de protection lors des rapports sexuels, l'appétence pour les sports violents ou extrêmes, la petite délinquance et, de façon plus élargie, toute entorse aux règles éducatives, familiales, sociétales confrontant l'adolescent au cadre éducatif.

Les études épidémiologiques récentes [1] confirment l'inflation de ces comportements. Parmi les jeunes de 17 ans, 68,4 % ont expérimenté le tabac (avec une initiation vers 14-15 ans), 58,5 % ont expérimenté l'ivresse alcoolique, 41,5 % ont essayé le cannabis, 3 % ont testé la cocaïne. Et les clignotants s'allument lorsqu'on s'intéresse aux usagers réguliers (10 consommations dans le mois au moins) : 31,5 % fument du tabac régulièrement, 6,5 % du cannabis, 10,5 % consomment de l'alcool régulièrement.

Il est difficile de trouver une définition précise de la "conduite à risque" [2, 3].

On évoque généralement une volonté active de la part de l'ado de s'exposer à un danger où sa propre vulnérabilité est en jeu alors qu'il en a pris lui-même la décision, sans obligation.

Mais l'adolescent en a-t-il pleinement conscience et, surtout, comment l'expliquer ?

### Une origine neuropsychopathologique

#### 1. Des causes psychologiques

Certains auteurs parlent d'une *recherche identitaire inconsciente inscrite dans le processus de développement*, voire d'une *recherche de sensations*, ou encore d'une *recherche de soi et des autres, en défiant l'autorité, bravant l'interdit, transgressant les règles...*, ou encore d'un *besoin d'expérience pour construire sa personnalité...* En somme, un flirt entre connu et nouveauté, légal et illégal, illustré par des actions de l'adolescent seul et surtout en bande, suscitant l'attention et la réaction de l'adulte, avec des consé-

## LE DOSSIER Adolescence

quences possibles sur le plan physique, psychologique, familial, social ou scolaires [2, 3].

Ces conséquences, immédiates ou plus lointaines, peuvent avoir un impact positif ou négatif sur le développement de la personnalité de l'adolescent.

>>> **Positif** comme une découverte initiatique de ses propres capacités, de ses limites, surtout lorsqu'elles permettent une prise de conscience, une réflexion, un mûrissement, une ouverture sociale, des discussions et un rapprochement familial...

>>> **Négatif** lorsqu'elles sont responsables de blessures ou de maladies graves, de handicap voire de décès, traumatisme psychologique, échec ou exclusion scolaire, marginalisation, épuisement familial et/ou rupture des liens.

### 2. Une lecture neurologique : un cerveau en formation

Il est établi que l'adolescence est une période de maturation et de remaniements cérébraux [4-6]. Cette plasticité cérébrale, synonyme de fragilité, requiert la vigilance et la protection des adultes. Au niveau cognitif et neurobiologique, la prise de risque s'explique par l'immaturation de certaines régions cérébrales qui altère l'évaluation du danger [7]. C'est sans doute le décalage entre un développement intellectuel, sexuel et statural accomplis et l'immaturation du cortex préfrontal qui explique la survenue de conduites excessives. On peut comparer le cerveau de l'adolescent à une voiture de course qui dispose de toutes les options mais dont le système de freinage n'est pas encore au point. De plus, on sait que les adolescents ont une appétence particulière pour la récompense et une aversion pour le délai [7, 8]. Ils sont dans l'immédiateté, veulent tout, tout de suite, tandis qu'ils évaluent très mal les effets délétères de

leurs comportements, à court terme et surtout à long terme.

En somme, équipés d'un cerveau qui les pousse vers la recherche de sensations et de nouveauté, les adolescents ont tendance à négliger le danger. Mais tous ces débordements ne sont pas les signes d'une affection mentale...

### Du normal au pathologique

#### 1. Des chiffres rassurants

La morbidité psychiatrique chez les enfants et les adolescents est sans doute bien inférieure à ce que redoutent les parents. Une étude de l'INSERM en 2002 rapportait l'existence de 12 % de troubles mentaux psychiatriques (10 % des enfants, 15 % des adolescents) dont 5 % de trouble anxieux, 3 % de trouble de l'humeur [9].

Ainsi, les adolescents vont plutôt bien sur le plan psychique. La plupart de leurs conduites à risque ne s'intègrent pas dans une pathologie mentale, mais dans le fonctionnement normal d'une génération dont il est important de bien comprendre les nouveaux codes. Ces constatations rendent le questionnement "jusqu'où laisser faire?" tout à fait licite pour le pédiatre ou le médecin généraliste, en première ligne dans le repérage et le dépistage des troubles mentaux. Un questionnaire que nous pourrions reformuler simplement par : ces comportements à risque sont-ils d'ordre psychiatrique ou juste initiatique?

Pour répondre à cette question, nous proposons d'aborder tour à tour les moyens de repérer la limite entre normal et pathologique au cours de la consultation, les nouveaux codes des adolescents d'aujourd'hui que le clinicien doit connaître pour éviter les malentendus et l'attitude médicale à adopter.

#### 2. Une limite pas toujours facile à définir

Le challenge pour le médecin de ville est de dépister, de créer le premier lien entre le patient et le milieu soignant, pour faire de la prévention primaire ou secondaire, puis de savoir orienter vers des soins spécifiques si nécessaire.

Un adolescent "normal" finit de se construire, le plus souvent "en contre" vis-à-vis de ses parents. Il peut se montrer apathique, isolé, irritable et souvent opposant dans son cercle familial et, à l'inverse, adopter un comportement serein à l'extérieur, avec des liens amicaux solides et de qualité. Mais si les prises de risque peuvent être les signes d'une adolescence "standard", surtout lorsqu'elles sont "dédiées" au milieu familial, elles peuvent être également les premiers symptômes d'authentiques pathologies psychiatriques : dépression externalisée, trouble anxieux (anxiété généralisée, anxiété de séparation, phobies, stress post-traumatique...), TOC, trouble oppositionnel avec provocation (TOP), trouble des conduites (TC), ou prodromes de pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie ou le trouble bipolaire, ou encore prémices de troubles de la personnalité à l'âge adulte (personnalité limite ou *borderline*, personnalité antisociale, personnalité histrionique).

Les études montrent que chez les adolescents qui ont une faible conscience de leurs propres émotions et de celles des autres, la tendance à la recherche de nouveauté et le manque de capacité à éviter le danger risquent de se transformer en de véritables prises de risque [10].

#### 3. Quelques repères pour faciliter le diagnostic

Face à un premier débordement, il importe de rechercher d'autres symptômes susceptibles d'orienter vers une affection psychique.

>>> L'adolescent qui présente un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est en permanence hostile, défiant, revendicateur, tandis que l'adolescent porteur de trouble des conduites (TC) a une faible empathie pour les autres. Il se montre volontairement dans l'agressivité psychologique ou physique à l'égard d'autrui, cela de façon répétée, sans culpabilité possible ni reconnaissance de ses actes, avec un discours projectif. Il accuse l'autre, ne supporte pas la frustration et se retrouve souvent impliqué dans des activités de délinquance.

>>> L'adolescent déprimé a tendance à être hypervigilant, à fleur de peau et ultrasensible aux émotions et au regard des autres.

>>> L'adolescent *borderline* a un rapport aux autres dans l'excès permanent. Très fusionnel, il peut être aussi brutalement rejetant. Il dit se sentir vide, avoir besoin de sensations fortes pour exister et, de ce fait, a très envie de prendre des risques, de se mettre en danger. Il peut se scarifier, est influençable et, craignant l'abandon, il recherche constamment la sympathie et l'amour de ses proches, à n'importe quel prix.

>>> L'adolescent au profil anxieux-obsessionnel est routinier, rigide, têtue ; il n'aime pas les imprévus et les changements, il anticipe en permanence, il cherche à maîtriser, à prendre le contrôle, il évite les situations qui lui sont anxieuses ; il est en hypervigilance constante, perfectionniste, pointilleux ; il se responsabilise trop, voire il est obsédé par des idées soudaines et répétitives. Il prend rarement des risques, mais il peut faire des accès de colère majeurs lors de moment de frustration.

>>> L'adolescente qui a une faible estime d'elle-même, souhaitant toujours faire plaisir et recherchant l'approbation de l'autre constamment, aura peur du jugement et du regard des autres, et

aura tendance à accorder beaucoup trop d'importance à son aspect physique. Elle risque alors d'être beaucoup trop préoccupée par son corps, par son poids, et de basculer rapidement dans un régime très restrictif. Le risque est alors l'apparition d'une anorexie mentale. Il faut faire attention aux mots employés dans nos recommandations sur l'alimentation, même si elle est en surpoids.

Mais ces notions doivent être relues à la lumière des modifications sociétales. Difficile de s'occuper d'adolescent sans effectuer un focus sur la différence de générations. L'approche générationnelle s'intéresse aux individus ayant connu les mêmes contextes éducatifs et géopolitiques. Elle permet de considérer comme "normaux" certains comportements qui auraient été étiquetés pathologiques et "à risque" il y a 30 ans.

### Les nouveaux codes des adolescents du XXI<sup>e</sup> siècle

Depuis la nuit des temps, l'adolescent se moque de l'autorité. L'adolescence est un conflit enfant-adulte intemporel. Mais une nouvelle génération d'adolescents s'est invitée à la fin du siècle dernier et reflète les mutations sociologiques du XXI<sup>e</sup> siècle. Il s'agit de la génération Y, génération "Why", née entre les années 80 et 2000, plus précisément les 18-30 ans d'aujourd'hui, qui désemparent les adultes. Ils ont partagé ensemble les catastrophes climatiques (tsunami, grands tremblements de terre, cyclones...), les événements violents (massacre de Colombine, 11 septembre...), les crises politiques et économiques, l'avènement d'Internet et des réseaux sociaux... Ils sont désabusés, veulent vivre principalement de plaisirs immédiats plutôt que de sacrifices ; ils sont impatientes, exigeants, égocentriques, narcissiques, cyberconnectés... Ils vivent dans l'instant présent ; ils sont ces enfants rois qui ont l'habitude d'avoir tout tout de suite.

L'influence de leurs pairs et les informations d'Internet sont beaucoup plus importantes que les valeurs familiales, religieuses ainsi que le savoir et l'expérience de plus âgés. Ils n'ont pas le même sens du travail ni la même confiance en leur hiérarchie que leurs aînés. Ils se renseignent très vite, connaissent déjà toutes les informations les concernant, pour mieux les questionner, et vivent dans l'instant et pour leur plaisir avant tout.

Ces adolescents se croient autonomes, mais ils sont anxieux et hypervigilants, soucieux de leur apparence et du regard des autres, constamment supervisés par leurs parents qui anticipent et réparent leurs écarts. Ils ne font pas l'expérience de la réalité, du coup ne savent pas rebondir sur leurs erreurs, n'ont pas appris à s'ennuyer et prendre leur temps. Particulièrement impatientes, ils détestent les entretiens longs ou répétitifs, et supportent mal les délais d'action des traitements, les échecs et les rechutes [11].

Face à cette évolution sociétale, le médecin doit savoir relire la signification des conduites à risque et adapter son discours, dans la forme et le fond.

### Quelle attitude adopter ?

#### 1. Soigner la forme

Les adolescents du XXI<sup>e</sup> siècle aiment le contact franc. Il faut leur parler avec sincérité, sans hésiter à les cadrer et les contenir, tout en les impliquant comme de futurs adultes et leur montrer régulièrement, à l'aide d'images, les preuves de l'amélioration de leur état [11, 12]. Il est difficile de ne pas être moralisateur, ou de ne pas réagir de façon agacée devant ces ados qui peuvent paraître hautains et rejetants. Mais ce sont leurs codes, leur façon de tester la solidité et la cohérence des adultes chargés de les accompagner. Il faut pouvoir voir

# LE DOSSIER

## Adolescence

### Annexe 1: Les 10 points pour aborder l'adolescent

- L'assurer du secret.
- Parler à "bâtons rompus", aborder les problèmes par la "périphérie".
- S'intéresser à ses loisirs.
- Être bienveillant tout en contrôlant la juste distance ; l'attitude du médecin doit confirmer la légitimité de ses soins.
- L'aborder comme un futur adulte, ne pas utiliser son jargon, ne pas s'exprimer comme lui.
- Le rencontrer seul à un moment, pour préciser sa demande et créer une alliance, ne pas être complice de ses parents.
- Se montrer franc, honnête et simple, ne pas l'écraser par un étalage scientifique.
- Tolérer son ambivalence : ne pas se formaliser face à ses variations d'humeur.
- Respecter nos engagements.
- Lui tenir un discours qui le responsabilise, qui l'implique et proposer des contrats "gagnant-gagnant" à court terme.

l'adolescent seul pendant un moment et utiliser le plus possible l'humour pour se parer de son opposition passive. La patience doit également être une de nos armes. N'hésitons pas à redonner un rendez-vous à un jeune patient dans les jours qui suivent la première consultation, afin de lui accorder davantage de temps et d'explorer la situation en dehors d'une journée beaucoup trop pleine d'urgences et d'imprévus. S'il se braque, l'astuce consiste à "convaincre plutôt que contraindre". Lui expliquer par exemple que moins il coopérera, plus ses parents seront inquiets et plus ils l'amèneront consulter (ce qui augmentera son impression de perdre du temps). Ne comparons pas l'adolescent en face de nous avec nos propres enfants, et sachons éviter les jugements trop hâtifs.

Ces techniques d'approche peuvent être résumées en 10 points (**annexe 1**).

### 2. Des questions spécifiques

#### >>> Pour créer une atmosphère de confiance, passer par la "périphérie"

Il est d'usage de débiter la consultation par des questions ouvertes, pour établir un climat convivial, mieux connaître l'adolescent et en savoir plus sur son insertion sociale, ses intérêts personnels et la qualité des liens avec ses parents.

● As-tu des amis dans ton collège/lycée? Comment sont-ils avec toi? Que fais-tu avec eux? Est-ce que tu les vois le week-end? Le soir après les cours? Te sens-tu en décalage ou plutôt en phase avec eux?

- As-tu des activités, des passions en dehors de l'école? Est-ce que ça te plaît, ça se passe comme tu le voulais?
- Comment ça se passe à la maison? Quelle est l'ambiance avec tes parents?

#### >>> Pour évaluer les prises de risque, aller à l'essentiel

Dans un second temps, il faut poser des questions plus fermées se rapportant aux conduites sexuelles à risque, aux prises de risque en voiture ou sur scooter, roller, vélo, trottinette, parachute et autre sport extrême... même si cela peut paraître intrusif ou incongru.

- Tu as un(e) petit(e) ami(e) en ce moment? Vous vous voyez seuls? Tu as déjà eu des relations sexuelles? T'es-tu senti(e) obligé(e)/forcé(e) d'être nu(e) avec lui/elle? Ça s'est passé comme tu voulais? As-tu pensé à mettre un préservatif/prends-tu la pilule?
- Tu as le permis? Tu conduis un scooter? Tu mets ton casque? Ta ceinture? Tu fais des pointes sur les routes de campagne? Ça t'es déjà arrivé de te dire que tu l'avais échappé belle, que tu avais failli mourir à un moment de ta conduite?

● Quand tu fais du roller/trottinette/VTT... tu vas dans les skateparks pour faire des figures sur les modules? Tu aimes te faire peur? Tu aimes relever des défis et aller toujours plus loin? Tes copains portent des protections? Et toi, tu en portes?

#### >>> Ne pas éviter d'aborder les sujets à forte connotation sociologique

La nouvelle façon de boire (*binge drinking*) et la banalisation des produits illicites (cannabis, ecstasy) affolent à juste titre les adultes. Une fois encore, la dimension sociétale doit être entendue. Il faut avant tout évaluer la quantité, les répercussions (sociales, scolaires, familiales), le contexte de la consommation et surtout rechercher des antécédents psychiatriques dans la famille.

- Avec tes potes, ça vous arrive de fumer/de boire? On t'en a déjà proposé? Combien de fois tu as testé? Tu trouves ça agréable, sympa? Tu en as pris l'habitude?
- Parmi tes copains, est-ce qu'il y en a qui sont allés trop loin?

L'inquiétude parentale peut parfois être démesurée et créer un climat de tension et un entraînement à consommer encore plus. Si notre évaluation est rassurante (consommation uniquement récréative, ponctuelle, toujours en groupe, critiquée...), n'hésitons pas à dire aux parents de lâcher la pression (ne pas sanctionner en confinant l'adolescent à la maison), pour éviter l'effet d'entraînement. Mais notre discours seul face à l'adolescent doit rester médical et ferme, et doit l'interpeller sur les risques immédiats (physiques et cognitifs, esthétiques, mise en danger de lui-même et des autres, sexualité non consentie...).

#### >>> Toujours rechercher les troubles de l'humeur

Prise de risque, crises clastiques à la maison, rupture de liens avec la famille,

mais aussi isolement social progressif, perte de ses intérêts habituels, problème de sommeil, provocation, colère, opposition... À l'adolescence, les dépressions sont souvent externalisées et bruyantes, il faut ne pas réagir en miroir et essayer plutôt d'attirer son attention sur nos inquiétudes quant à son épanouissement. De même, il ne faut pas hésiter à aller plus loin dans l'exploration de sa tristesse. Un adolescent désabusé n'est pas forcément déprimé, quand bien même il ait besoin d'être écouté. Poser la question à l'adolescent sur l'existence d'idées suicidaires ne va pas lui donner l'idée d'en avoir, mais au contraire pourrait lui permettre de se livrer s'il en a. Il faudra questionner l'adolescent sur ses moments de "coup de blues", de pleurs non maîtrisés, d'impression d'être seul, d'être fatigué en permanence et sur son envie d'arrêter sa souffrance... Aborder la question de façon large avant de terminer par une question fermée est souvent très instructif.

- As-tu l'impression d'être à fleur de peau, trop sensible? As-tu des "coups de blues", des moments où tu pleures sans le vouloir?
- Sens-tu que tu as perdu ton énergie? Es-tu fatigué la journée?
- Penses-tu souvent à des choses tristes? Es-tu devenu particulièrement pessimiste et défaitiste? En as-tu marre?
- Parfois est-ce que cela t'arrive de penser à la mort? Et toi, t'est-il déjà arrivé de penser que tu avais envie de mourir? As-tu réfléchi à te donner la mort? Et de quelle façon tu ferais cela?

### >>> Penser aux TOC: les ennemis intérieurs

Un ado qui fait des crises clastiques à la maison et qui semble préoccupé par ses pensées a peut-être des TOC.

- Fais-tu des choses que tu trouves toi-même bizarre mais que tu te sentes obligé de faire?
- Est-ce que ces choses tu aimerais les arrêter mais tu n'y parviens pas, et elles te prennent du temps dans ta vie?

- Est-ce que tu comptes ou tu te répètes des phrases dans ta tête? Est-ce que tu ranges/laves/touche les objets de façon répétitive? Est-ce que tu aimes vérifier que tout est bien fermé/bien rangé à sa place?

Si une écoute ferme et bienveillante est souvent suffisante pour rassurer, la mise en évidence de troubles psychiques incite à poursuivre les investigations.

### 3. Des outils pratiques

Il est très utile, lorsque l'on est pris dans l'anxiété des parents et l'urgence des consultations qui s'enchaînent, d'utiliser une échelle de dépistage pour y voir plus clair: la *Children's Depression Inventory* (CDI), ou l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) sont des échelles pour les enfants et/ou les adolescents qui permettent d'évaluer la présence et l'intensité d'un syndrome anxiodépressif [13]. Attention, ce ne sont pas des instruments diagnostiques. Leur cotation est simple. Le score seuil de la CDI est à 15 (27 items, coter de 0 à 2) et celui de l'HADS à 10 (cf. **annexe 2**). La restitution du score est très appréciée par les adolescents, habitués à s'évaluer sur les jeux vidéo, tandis qu'elle permet d'ouvrir le dialogue face à un patient peu expressif ("*Tu as écrit que tu te faisais du souci très souvent. Qu'est-ce qui t'inquiète?*").

### 4. Savoir passer la main et orienter

Face à une première conduite inquiétante, le rôle du médecin est d'évaluer rapidement l'existence de facteurs aggravants et/ou de facteurs protecteurs avec, au premier plan, l'influence des pairs mais aussi celle de la famille: les bonnes influences *versus* les mauvaises fréquentations, ou comme par exemple l'affection et le soutien familial *versus* un style familial éducatif désengagé, une relation difficile parents/enfant, la dissociation du système familial, l'incompréhension réciproque.

Il faut orienter assez rapidement vers un professionnel ou une équipe spécialisée lorsque les facteurs protecteurs semblent insuffisants, ou lorsque le diagnostic est flou et, dans tous les cas, quand des soins psy sont nécessaires.

L'adolescent peut ne pas avoir envie de voir quelqu'un d'autre que le premier médecin qui l'écoute, mais l'orienter c'est aussi lui signifier qu'il a franchi les limites et qu'il a maintenant besoin de soins plus spécifiques. La réalité de terrain veut aussi malheureusement que les délais d'attente sont très longs, il faut alors prioriser, ce qui est parfois difficile. Par principe, plus les relations parents-adolescent sont conflictuelles, distantes, peu chaleureuses, anxiogènes, plus il y aura urgence. De même, plus le risque vital est évident, plus il y a urgence (anorexie mentale, scarifications répétées, discours suicidaire avec planification...). On peut adresser aux psychologues ou aux psychiatres en cabinet ou, plus spécifiquement, à la Maison des adolescents la plus proche, ou orienter sur un CMP pour enfants et adolescents (ou pour adultes s'il a plus de 16 ans) mais aussi dans un centre CJC "Consultations Jeunes Consommateurs", ou un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Dans des situations familiales devenues trop compliquées du fait des comportements de l'adolescent, il peut être très utile d'orienter la famille sur le service social de leur secteur, afin que les parents puissent demander une aide éducative à la maison pour faire tiers avec leur enfant qui leur échappe.

Enfin, les urgences pédiatriques ou psychiatriques seront parfois aussi nécessaires dans les cas de crises clastiques majeures, crises suicidaires, scarifications importantes et répétées, mises en danger répétées: pour signifier à l'adolescent la gravité de ses actes

# LE DOSSIER Adolescence

## Annexe 2 : Échelle HAD

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réponse immédiate fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

<p><b>(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</b></p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p> <input type="text"/>	<p><b>(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b></p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p> <input type="text"/>
<p><b>(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b></p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p> <input type="text"/>	<p><b>(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b></p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p> <input type="text"/>
<p><b>(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b></p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p> <input type="text"/>	<p><b>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b></p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé</p> <input type="text"/>
<p><b>(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :</b></p> <p>0 Autant que par le passé 1 Pas autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p> <input type="text"/>	<p><b>(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b></p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p> <input type="text"/>
<p><b>(5-A) Je me fais du souci :</b></p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p> <input type="text"/>	<p><b>(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b></p> <p>0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais</p> <input type="text"/>
<p><b>(6-D) Je suis de bonne humeur :</b></p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p> <input type="text"/>	<p><b>(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b></p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p> <input type="text"/>
<p><b>(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</b></p> <p>0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p> <input type="text"/>	<p><b>(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de télé :</b></p> <p>0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement</p> <input type="text"/>

L'addition de chaque score fournit un total. On peut différencier des sous-scores "anxiété" (A) et "dépression" (D).

## LE DOSSIER Adolescence

et obtenir une courte hospitalisation de mise à distance d'avec la famille, ou avoir une hospitalisation de plus longue durée.

Il est très courant qu'à l'évocation du terme "psychiatrie", le jeune patient se braque et ses parents se montrent désemparés, ou alors que l'adolescent soit très peu expressif dans ses émotions. Orientons d'abord sur un professionnel utilisant la médiation corporelle. Cela peut permettre des premiers soins psychiques *via* le corps, sans en passer tout de suite par des entretiens avec des spécialistes. Si celui-ci est anxieux/nerveux/préoccupé/douloureux chronique/traumatisé/insomniaque : sophrologue, psychomotricien, ostéopathe... ont une action sur le psychisme en passant par le corps, sans avoir l'étiquette rebutante de "psy".

### 5. Quels conseils donner aux parents ?

Souvent les parents sont trop anxieux au regard des expérimentations adolescentes de leur enfant, il faut donc pouvoir leur dire en dédramatisant, et avec humour. Parfois, les parents sont trop laxistes et pas assez réactifs alors que leur adolescent en aurait besoin, il faut également pouvoir leur dire. Lorsque les parents sont réceptifs et à l'écoute, on doit leur parler franchement et leur demander d'amener leur adolescent chez un spécialiste si cela paraît nécessaire. Si la priorité est de restaurer des liens parents-enfants de meilleure qualité, demandons-leur d'avoir un discours positif et de valoriser les points forts de leur adolescent, conseillons-leur d'attirer son attention sur d'autres occupations, essayer de passer plus de temps avec lui le week-end pour mieux le connaître, en lui proposant une activité à deux (père-enfant ou mère-enfant, en alternant), ou accepter l'activité que propose leur adolescent... S'ils sont distants, peu confiants, ou anxieux et

donc peu à l'écoute, conseillons quelques lectures simples.

En effet, si les conseils peuvent être mal vécus et trop dévalorisants, lire permet de solliciter leur attention à leur moment de disponibilité; ils seront alors capables de recul voire de remise en question. Il faut une lecture courte, simple, avec des conseils de guidance concrets. Par exemple le CHU Sainte-Justine de Montréal a édité nombre de petits livres sur divers thèmes à destination des parents, mais on peut également leur conseiller les sites internet d'associations françaises de parents pour enfants malades, ou d'autres lectures spécialisées.

### Conclusion

La question était : jusqu'où peut-on laisser faire ? La limite se pose là où il y a une déviance délétère.

La prise de risque est inscrite dans la normalité de l'évolution de l'adolescent. Elle incite, au cas par cas, à évaluer son retentissement médical, familial, scolaire et/ou social.

Des indicateurs robustes permettent de savoir si la ligne jaune a été dépassée : conduites répétitives ou exponentielles, mauvaise influence des pairs, coexistence d'autres symptômes psychopathologiques, oscillations de l'humeur, autodestruction. Il convient alors d'informer l'adolescent et sa famille sur les conséquences et de les orienter vers une prise en charge spécialisée.

Sans oublier que notre mission de médecin et de parents est d'être des "passeurs", chargés d'accompagner l'adolescent vers l'autonomie.

"À grandir sans risque, on risque de ne pas grandir..." [12].

### Bibliographie

1. Source ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011: Enquête sur la santé et sur les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté (OFDT / Direction centrale du service national DSCN). <http://www.ofdt.fr/>
2. [www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf)
3. [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/86/22/91/PDF/lips\\_rachel.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/86/22/91/PDF/lips_rachel.pdf)
4. DAHL RE. Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. *Ann NY Academy of Science*, 2004;1021:1-22.
5. CASEY BJ, GETZ S, GALVAN A. The adolescent brain. *Developmental Review*, 2008;28:62-77.
6. ERNST E, KORELITZ K.E. Cerebral maturation in adolescence: behavioral vulnerability. *L'Encéphale*, 2009;supplément 6:S182-S189.
7. BOYER TW. The development of risk-taking: a multi-perspective review. *Developmental Review*, 2006;26:291-345.
8. BARBALAT G, DOMENECH P, VERNET M *et al*. Risk taking in adolescence: a neuroeconomics approach. *L'Encéphale*, 2010;36:147-154.
9. Expertise collective Inserm : La santé des enfants et des adolescents. 2009.
10. BREJARD V, BONNET A, PEDINIELLI JL. The role of temperament and emotional awareness in risk taking in adolescents. *L'Encéphale*, 2012;38:1-9.
11. REVOL O. Decoding for better caring. Psychological impact of acne on 21st century adolescents. *Br J Derm*, 2014, submission.
12. REVOL O. J'ai un ado mais je me soigne. 2010, JC Lattès. 280 p.
13. BOUVARD M. Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Vol. 1 et 2, 2008. Éd. Masson.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.