

## **L'autonomie et la relation du médecin avec l'adolescent.**

*Hubert Doucet, éthicien, professeur d'éthique aux facultés de médecine et de théologie, Université de Montréal*

*Jean Wilkins, professeur titulaire de pédiatrie, Université de Montréal ; médecine de l'adolescence, Hôpital Ste-Justine.*

NB. Nous reproduisons une réflexion éthique écrite il y a déjà plusieurs années. L'intemporalité du sujet traité la rend toujours actuelle. Puisse-t-elle vous inspirer encore.

Nous abordons le thème de l'autonomie et de la relation médecin/adolescent en choisissant l'angle de la dynamique relationnelle spécifique à l'éducation. L'aspect légal ne sera donc pas directement touché. Ce dernier aspect n'est sans doute pas faux, il est même nécessaire bien qu'il puisse être parfois réducteur comme toute approche légale. A la base de notre perspective, un postulat doit être reconnu: la médecine d'adolescence ne peut se pratiquer que dans une perspective éducative. Ce postulat guidera l'ensemble de la présente démarche.

### **Situer l'autonomie**

Dans la littérature actuelle, le thème de l'autonomie paraît surgir dans toute son exigence lors des situations médicales difficiles et graves. C'est au moment où la mort se fait plus proche et que les décisions tournent à l'irréversibilité que l'on saisit mieux le caractère déterminant de l'autonomie. Si le médecin reconnaît la responsabilité du malade ou si ce dernier exige qu'on la lui reconnaisse, la décision de prolonger, de pallier ou d'arrêter les traitements peut s'avérer bien différente. Toute la réflexion récente sur la mort avec dignité a mis à la première place cette notion. L'expérimentation humaine est un autre des lieux où le concept d'autonomie a été particulièrement mis en relief ces dernières années. Aux Etats-Unis d'abord et, par la suite, dans les autres pays occidentaux, les différentes lignes directrices élaborées par les gouvernements ou les organismes subventionnaires ont été une occasion privilégiée de mieux faire le point sur toute cette problématique de la liberté du sujet. Dans la réflexion éthique qui s'est développée depuis environ vingt ans, le paternalisme, le droit à la vérité, le consentement éclairé qui sont tous des facettes de l'autonomie ont été particulièrement scrutés sous un angle légal parce qu'ils se posaient aux moments de choix déchirants. Peut-être ce contexte a-t-il fait perdre de vue à la médecine que la question de l'autonomie se pose dans le quotidien de sa pratique. C'est du moins ce que manifeste de façon exemplaire la médecine de l'adolescence.

Quelques exemples montreront comment la question qui fait l'objet de cette étude se pose dans la pratique des soins de santé aux adolescents. A la section de médecine de l'adolescence de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal un parent appelle: il voudrait amener ou envoyer son adolescent en consultation même si ce dernier n'est pas intéressé ou n'est pas d'accord. Il est alors conseillé à ce parent de prendre un rendez-vous pour l'adolescent, de l'informer à l'avance et de venir avec lui parce que les adolescents comme les parents ont besoin de venir. La plupart du temps, même si c'est à reculons, l'adolescent se présentera au rendez-vous. A d'autres occasions, il pourra y être obligé, par un travailleur social, par exemple. Voilà donc une relation qui commence mal puisqu'elle a été organisée en dehors de l'être concerné. Et si dans la rencontre initiale, le professionnel de la santé

ne réussit pas à créer un lien avec l'adolescent pour qu'il perçoive que s'ouvre à lui une possibilité d'un espace de liberté, c'est toute la thérapeutique qui ne pourra vraiment pas s'engager, particulièrement s'il s'agit de contraception, d'un problème d'usage de drogue, d'idées suicidaires, etc. Un second exemple fera voir une autre perspective devant la même question: il s'agit du suivi lors de l'utilisation de certains contraceptifs. Un certain nombre d'adolescentes rencontrées en clinique sont très ambivalentes par rapport à l'utilisation des anovulants qui leur ont été prescrits. Elles ont des relations sexuelles de façon régulière, même si quelque peu espacées dans le temps, mais, quel que soit le motif, elles sont peu empressées d'utiliser des anovulants. Elles constituent un groupe à risque. La stratégie de suivi sera adaptée pour elles. Ces adolescentes sont parfois rappelées pour s'informer de leur fidélité à l'utilisation des anovulants ou pour rappeler un rendez-vous manqué. Plusieurs professionnels interprètent cette politique comme une négation de la responsabilité adolescente puisqu'elle ne respecterait pas son désir d'être traité en adulte; elle serait plutôt une action qui favorise l'infantilisation. Pour d'autres au contraire, cette attitude proche du maternage manifeste un profond respect de la personne puisqu'elle lui fait toucher du doigt l'importance qu'elle occupe dans les préoccupations d'un adulte, ce qui est essentiel pour favoriser la maturation et la prise en charge. Un dernier exemple de la problématique de l'autonomie telle qu'elle se pose dans la pratique de la médecine d'adolescence sera celui de l'anorexie mentale. Lorsque l'anorexique consulte à l'hôpital, elle nie sa maladie; il faudra du temps pour que l'adolescente reconnaisse son état pathologique et accepte le traitement. Mais avant ce stage, il faut que le médecin s'y prenne d'une manière quelconque pour que l'anorexique accepte de se faire traiter. Séduction ? Manipulation ? Discussion ? Coercition si risque vital ?

Dans ces trois exemples, l'objectif de l'action est bien la capacité de l'adolescent qui consulte de se prendre lui-même en charge. En même temps, les pratiques mises de l'avant reconnaissent que l'autonomie n'existe pas du fait que l'adolescent s'affirme; les sciences humaines nous ont trop bien appris les jeux de l'inconscient et la puissance des conditionnements pour avoir à y insister ici. L'autonomie n'existe pas en soi, à la manière d'un concept univoque et définitivement achevé; elle est plutôt une dimension de la personne concrète, dimension située dans une histoire individuelle et différemment vécue selon l'époque particulière du développement de la personne. L'autonomie, dans ce sens, n'est pas un en soi abstrait : mais relationnelle. La maturation de la responsabilité peut ainsi passer par des voies qui semblent ne pas la reconnaître. Le maternage, entre autres, constitue parfois, pour ne pas dire souvent, dans la relation avec les adolescents, un processus éducatif éminemment positif. Malgré ses dimensions paradoxales, l'autonomie est, dans la médecine d'adolescence, une dimension fondamentale, en même temps qu'originale, de la relation qui s'instaure ou se poursuit entre le professionnel de la santé et le jeune patient. Afin de mieux saisir cette perspective, une phénoménologie de l'être adolescent sera maintenant présentée.

### **Phénoménologie de l'être adolescent**

Les paragraphes précédents ont tenté de montrer que la pratique de la médecine d'adolescence doit se mouler dans la réalité concrète de la personne qui consulte. Chaque adolescent cependant, même s'il vit un processus de développement spécifique, est aussi membre d'une classe. Edgar Morin parlera de la réalité adolescente contemporaine en termes de catégorie anthropologique (Morin, 1975, p. 179). S'il veut rencontrer la jeune personne, tout professionnel de la santé ne peut oublier cette situation fondamentale. Dans cette phénoménologie de l'être adolescent, il sera d'abord question de l'adolescence, en tant que telle ; en second lieu, nous passerons de l'adolescence à l'adolescent.

Quand on parle de l'adolescence, on pense d'abord à un processus de développement. Piaget, Erikson et nombre d'autres ont chacun à leur manière décrit les stades de développement propres à cet âge. En raison de ce qu'elle est, l'adolescence est définie comme un âge qui devient; c'est l'âge du futur. Les titres de la littérature adolescente vont dans ce sens.

Cette interprétation de l'adolescence pour juste qu'elle soit n'est pas sans risques; cette classe est alors réduite à celle d'un âge entre deux âges, l'observateur perdant alors de vue qu'elle possède une identité spécifique. L'attitude des adultes de concevoir l'adolescence comme une étape vers autre chose correspond à une facette de cet âge. S'il est vrai que la période de la vie adulte constitue "la plus grande chance biologique d'approcher l'équilibre humain" (Ricoeur, 1967, p. 404)", il n'en demeure pas moins qu'en identifiant humain et adulte, on perd de vue que ce dernier est aussi faiblesse et manque par rapport à l'adolescence et que celle-ci est une actualisation humaine qui a en soi sa perfection et son unicité. Aucun âge n'épuise la réalisation humaine.

L'adolescence est un moment unique d'humanité. Piaget, pour caractériser la spécificité humaine de cet âge, écrit que ce dernier "n'est pas une maladie mais une crise normative (1968, p. 163)". Si Piaget prend soin de qualifier le mot crise, c'est que le seul substantif renvoie à catastrophe, rupture, et ne rend pas compte de tout le vécu adolescent. Un autre mot pourrait être utilisé pour rendre compte de cette période, c'est l'ambiguïté. Ce mot fait ressortir la tension à l'intérieur même du vécu de la personne et permet de percevoir que les traits flous et imprécis appartiennent à l'expérience adolescente. Distinguer chez un adolescent, par exemple le normal du pathologique, se révèle parfois délicat. Vivre l'adolescence c'est vivre sur une ligne de crête.

L'ambiguïté adolescente est représentée d'une façon exemplaire dans la dialectique entre l'affirmation de l'autonomie et la recherche du lien. Psychosocialement, l'adolescent tout en consolidant sa propre identité va s'engager dans un "processus de décentrage" (Piaget, 1968, p.68). Comme le note A.A. Schneiders, "c'est le paradoxe par excellence de l'adolescence: le fait que les jeunes sont motivés à la fois par deux tendances contraires, le besoin de sécurité et le besoin d'indépendance et d'émancipation de la maison (1951, p.176)". Pour mieux situer l'autonomie dans la relation médecin-adolescent, il importe de préciser quelque peu les éléments constitutifs de cette dialectique.

L'autonomie est le premier terme à présenter. Depuis quelques années, les législations et les réglementations dans différents pays cherchent à déterminer la place complexe que l'autonomie doit prendre dans les soins de santé aux adolescents. Le droit parle de "mature minor". Pour l'adolescent cependant, l'autonomie ne se limite pas à un droit mais surgit naturellement comme un appel profond de tout l'être. En elle, se nouent les différentes aspirations de la jeune personne. En effet, si l'histoire de toute personne, à quelque âge que ce soit, constitue une marche continue vers l'autonomie, celle-ci demeurant plus une tâche qu'un donné, il faut cependant souligner qu'au moment où l'adolescent coupe le cordon parental, l'autonomie est vécue à un niveau tel qu'on pourrait le qualifier de symbolique. Elle est sacrée.

Dans l'autonomie, l'adolescent cherche à s'identifier. La fragilité ressentie au moment où l'être de l'adolescent se défait et se refait, tente de se solidifier par la quête d'intégrité: s'affirmer, c'est exister. "Tendre vers l'indépendance est le premier pas vers l'établissement d'une saine relation de dépendance avec le monde (Schneiders, 1951, p. 179). S'affirmer passera par de multiples formes d'expérimentations car tout devient une invitation à s'essayer: véhicules moteurs, vitesse, sexualité, etc. Se mesurer avec le monde caractérise cette période de la vie: c'est l'âge du risque.

Ces perspectives posent à tout éducateur et spécialement au professionnel de la santé des dilemmes sérieux: faut-il et jusqu'où respecter cette autonomie ? Ainsi, par exemple, en contraception, l'injection de dépo provera doit-elle être préférée à la pilule lorsque l'on sait que l'adolescente, dans son affirmation d'indépendance, ne prendra pas la pilule? Parce que l'éducateur reconnaît la place centrale de l'autonomie dans le processus développemental, jusqu'où va-t-il laisser s'empêtrer l'adolescent pour respecter son désir de prise en charge ? Jusqu'à la grossesse indésirée ?

La seconde dimension de l'ambiguïté adolescente est la recherche du lien. Si le besoin de se rendre autonome surgit de tout l'être adolescent, le détachement impliqué ne se fait pas sans douleur ni déchirement. Certains adolescents, parce que mal préparés au défi de l'identité, vont même refuser ce passage à l'indépendance. Une des manifestations de ce refus de maturation est l'anorexie mentale (Minuchin et al., 1979, pp. 1-2).

Même si l'adolescent peut bien réagir au défi de l'indépendance, se sentir relié demeure pour lui nécessaire. Le risque qui est la face la plus apparente des comportements adolescents ne peut se séparer de la sécurité. Celle-ci est d'autant plus appelée que normalement elle est liée à l'estime que l'individu a de lui-même. C'est pourquoi chercher à se rassurer sur lui-même prendra toutes sortes de formes qui devront à la fois nier les objets infantiles i.e. la famille, et offrir une force de soutien similaire. La quête du lieu sécurisant prendra la forme de la participation à des activités sportives ou autres, de l'intégration dans des groupes de pairs, des premières expériences amoureuses, de l'admiration pour des prototypes idéaux (Guindon, 1982, pp. 87-98). Et lorsque les sociétés, en raison de leur organisation socio-économique, empêchent les adolescents de vivre leur quête d'un nouvel espace sécurisant en annihilant leurs possibilités créatrices et étouffant leurs désirs, il reste la délinquance, le suicide, la toxicomanie (Cohen, 1980, pp. 174-175; Leblanc, 1980, p. 194, McKenry et al, 1982, pp. 266-270). Comme le note Erikson, si l'adolescent ne baigne pas dans un environnement favorable qui lui permet d'accorder sa foi en ce qui lui procure assurance, il se fera cynique (Erikson, 1968, p 129).

L'intégration du double mouvement ne se fait pas en un jour. C'est graduellement que l'adolescent affermit son identité personnelle, laquelle se développe à travers la dialectique de la rupture et du lien, du désengagement et de l'engagement. La prise de conscience de cette situation dialectique est essentielle à tout éducateur.

Avant de toucher directement la pratique de la médecine d'adolescence, il faut passer à la personne de l'adolescente et de l'adolescent. L'adolescence est devenue dans nos sociétés une catégorie sociale avec sa culture propre, portant en elle des valeurs spécifiques et occupant un temps de plus en plus long dans la vie de chacun. La crise des générations apparaît souvent comme une lutte de classes. La classe des adultes réduit le monde adolescent à une immense masse indifférenciée. Pourtant, le contact avec les jeunes apprend concrètement que chaque adolescent vit une expérience unique.

La singularité ne s'identifie pas à l'adolescence; elle appartient à toute personne. Elle est cependant une dimension que la rationalité occidentale arrive mal à laisser s'exprimer quoiqu'elle soit au fondement du discours culturel moderne. A l'adolescence, le sentiment et la réalité de la singularité sont comme exacerbés. En raison des transformations profondes qu'il vit et des désirs qui l'animent, l'adolescent s'affirme pour ne pas se laisser prendre dans "l'enfermement" de la culture occidentale

(Foucault, 1972, p. 74). Cette singularité, elle est vérifiée quotidiennement lorsque l'on travaille auprès d'eux.

L'adolescence est différente pour chacun. Bien qu'aux yeux des adultes, les adolescents semblent exagérément préoccupés d'agir en conformité avec les pairs, il n'en demeure pas moins que l'adolescence est vécue sur un mode personnel. Chacun se développe à son rythme. Le moment de la puberté diffère selon les personnes; l'âge biologique n'équivaut pas à l'âge chronologique. L'histoire de la jeune personne, son environnement, sa réalité génétique font de sa quête d'identité une aventure originale.

L'adolescent, particulièrement au moment où son être s'affirme et veut occuper un espace majeur de l'existence, a la conscience de sa singularité. Son sentiment d'originalité n'a pas encore eu besoin de se mouler aux conditions concrètes de l'existence sociale. Cette situation qui fait que l'autonomie et la quête du lien sont vécues sur un mode individuel devient déterminante dans la relation de l'adulte avec lui. Ce dernier plus qu'un autre a besoin de se faire reconnaître comme quelqu'un alors que souvent l'adulte a le goût de dire "ce n'est qu'un adolescent. Ils sont tous pareils".

### **Médecine d'adolescence et médecine**

Face à l'adolescent, comment le médecin tout comme les professionnels de la santé doivent-ils se comporter ? Pour répondre à cette question, nous voudrions d'abord présenter le sens de la médecine d'adolescence et voir comment il s'intègre dans une série de recherches actuelles sur l'être de la médecine. De là nous pourrions mieux préciser le mode de relation thérapeutique à privilégier par cette médecine.

Lorsque le docteur Roswell Gallagher établit, en 1951, la première clinique spécifique pour adolescents au Children's Hospital Medical Center de Boston, il le fait parce qu'il reconnaît des besoins spécifiques de santé pour ce groupe d'âge (Gallagher, 1954). La nouvelle réalité de l'adolescence telle qu'elle se manifeste dans toutes les sociétés occidentales entraîne l'apparition de nouvelles pathologies. Les transformations physiques, psychologiques et sociales influencent en profondeur la vie des adolescents tant dans leurs relations familiales et leurs activités scolaires que dans leur santé physique et psychique. En même temps que certains hôpitaux pédiatriques développent des sections pour adolescents, en même temps se créent, dans les années 1960, en dehors des centres hospitaliers, des cliniques de rue qui, même si elles disparaîtront peu à peu, cherchent à répondre aux besoins pressants des adolescents. Dans les deux cas, les travailleurs de la santé sont préoccupés de rejoindre la réalité vivante de l'adolescent, trop souvent coincée entre l'enfance et l'âge adulte pour être reconnue dans toutes ses dimensions.

Les adolescents ont des besoins spécifiques et réels de santé. Cette affirmation est, comme nous venons de le dire, à l'origine d'un nouveau type de pratique médicale; elle rejoint mal cependant l'impression qui se dégage dans le public pour qui l'adolescence n'est pas une période de la vie où se posent généralement des problèmes sérieux de santé. De fait, les jeunes utilisent relativement peu les services de santé (Kovar et al, 1978, p. 13). Une lecture "biopsychosociale" de leur santé nous montre pourtant autre chose; elle nous révèle que l'adolescence est l'une des périodes les plus éprouvantes de la vie (1977, p. 27). Les problèmes de santé des adolescents détruisent la qualité de leur présent et hypothèquent l'avenir. À écouter d'ailleurs les besoins de santé tels que définis par les jeunes, d'autres définitions que les habituelles ressortent: "il est certain que les besoins et

problèmes socio-émotionnels priment sur les besoins et problèmes médicaux traditionnels" (Resnick, 1982, p. 14).

Le travail médical et infirmier à l'égard de l'adolescent en raison de la réalité même du patient ne peut adéquatement se pratiquer qu'en accueillant l'individu comme un tout: "L'adolescence étant une période de transformations aux plans biologique, psychologique et social dans un contexte culturel particulier, une approche de l'individu dans sa globalité était justifiée" (Wilkins, 1980, p. 149). Un professionnel de la santé ne peut traiter un adolescent sans prendre conscience de toute sa situation dans le monde actuel. Grossesse non désirée, drogue, suicide, dépression, accidents sont liés à toute une série de facteurs qui tiennent à l'allongement de la durée de l'adolescence, au développement de sous-cultures propres à ce groupe d'âge, aux transformations majeures de la famille et de l'école, etc. Des exemples encore plus précis font bien voir l'impact socio-sanitaire des sous-cultures. Prenons d'abord la mode disco. La mode disco a obligé à avoir un corps mince et entraînait ainsi l'adolescente à modifier sa diète de façon à perdre du poids (Wilkins, 1982, p. 858). Les danseuses de ballet soumises aux mêmes manipulations diététiques expérimenteront une incidence élevée de troubles de menstruation (Frisch et al, 1980, pp. 17-19). On pourrait aussi mentionner les "adolescents-nature" qui se donnent aux sports en vue d'une bonne santé. Les "joggers" développent une pathologie orthopédique particulière (Brody, 1980, pp. 2-36). L'anorexie mentale dont l'incidence connaît une forte hausse est liée aux modes alimentaires et aux pressions sociales qui favorisent le corps mince (Garner et al., 1980, pp. 647-656). Le corps malade ne peut donc s'exclure de la personne totale.

Ce sens de la médecine pour adolescent s'inscrit dans les nombreuses réflexions contemporaines sur l'être de la médecine. En raison des perspectives qui ont présidé à sa naissance et continuent à marquer sa pratique, cette médecine ne se réduit pas à l'analyse du corps en tant qu'objet de science mais s'intéresse à toute la personne. La pensée analytique en médecine n'est pas son point de départ: "the analytic thought mode is, by its essential nature, depersonalizing, as each step in the explanation of the body moves further from the individuality of one person's body to the universality of biological process" (Cassel, 1975, p. 2). A l'inverse de la pensée analytique, la médecine d'adolescence est la reconnaissance du fait qu'on ne peut séparer la maladie de la personne chez qui elle se produit. Son modèle conceptuel est biopsychosocial et non biomédical pour reprendre les distinctions de George L. Engel (1977, pp.129-135).

Cette perspective n'implique pas que ce type de médecine aurait fait rupture avec la démarche scientifique pour se lancer dans la voie d'Illich. Il est évident que par toute sa pratique, cette médecine ne peut se contenter d'un modèle dit biomédical puisque "le caractère complexe de l'adolescence oblige le professionnel à travailler en équipe interdisciplinaire et que tous les membres du groupe doivent définir des modes d'implication tant au niveau de la famille et de l'école que des amis." (Wilkins, 1980, p. 155). Cette médecine est de soi dialoguante puisque "le processus de valorisation de la personne naît du dialogue, et implique un jeu de donner et recevoir entre le patient et le médecin" (Cassel, 1975, p. 3). Elle demeure cependant médecine puisque son objectif est "de jeter les bases de la compréhension des déterminants de la maladie et d'arriver à des traitements rationnels" (Engel, 1977, p. 132). Son fondement réside dans l'événement clinique. Cette médecine, comme toute pratique médicale est une interaction clinique (Pellegrino et al., 1981, p. 59, 62). La médecine d'adolescence rejoint, d'une manière exemplaire serions-nous portés à dire, les essais de définition de la médecine de E.D. Pellegrino et D.C. Thomasma. Elle est "une sorte de

métier artisanal qui implique la guérison du corps par le corps, le tout dans une relation non balancée" (Pellegrino et al., 1981, pp. 72-73).

Si "le patient et le médecin entre mutuellement dans une relation thérapeutique" (Pellegrino et al., 1981, p. 64), quel sera, en médecine d'adolescence, le modèle de leur interaction? Les modèles possibles sont nombreux. Samuel W. Bloom les a résumés ainsi d'un point de vue socio-historique: "The literature on the doctor-patient relationship by many distinguished sociologists illustrates the major theoretical paradigms of the past fifty years: structural functionalism, structural-conflict theory, and neo-marxism. The result has been a changing portrait of both doctor and patient - from a dominantly psychological perspective of "a pure person-to-person relationship" as Sigerist wrote in 1931, to a sharp turn when the social system frame of reference was introduced, shifting the analysis to the social roles of the therapist and client." (Bloom, 1978, 1663).

Reprenant le point de vue de Bernard Barber, nous nous limiterons d'abord à présenter les deux modèles dominants, en sociologie de la médecine, pour expliquer les modes possibles de relation médecin-adolescent. Un premier modèle est d'esprit contractuel. Dans cette ligne de collégialité, telle qu'expliquée par Talcott Parsons, il sera question d'une entreprise commune dans laquelle "les patients sont vus comme coopérants avec leur médecin ou l'équipe de thérapeutes" (Parsons, 1969, p. 334). Le cadre de la coopération est celui de la solidarité puisqu'il y a "un consensus présumé sur les buts et moyens et par conséquent une légitimité" (Barber, 1980, p. 54). La collégialité n'équivaut pas cependant à la complète égalité entre le patient et le médecin en raison de l'écart dans la compétence. Ce dernier ne doit pas pour autant être exagéré si l'on tient compte "que d'autres types de connaissances sont impliqués dans la relation médicale et que les médecins n'ont pas nécessairement une compétence spéciale dans ces autres types de connaissances" (Barber, 1980, p. 55). Ce modèle peut paraître sans doute un idéal de haute qualité particulièrement lorsqu'il est pratiqué dans une perspective éducative "basée sur la prémisse que le soutien se fait sur le comportement ou des problèmes à long terme" (Mechanic, 1978, 1670).

Ce modèle d'inspiration collégiale répond mal à la pratique de la rencontre clinique médecin-adolescent. En effet, la confiance est souvent manquante ou prend du temps à s'instaurer de manière à ce qu'elle soit une caractéristique essentielle de la relation (Pellegrino et al., 1981, pp. 66-67). L'anorexique en est ici un exemple évident. De même en est-il pour l'adolescent dont la visite au médecin a été obligée par les parents ou une autre autorité. L'inverse est vrai car ce peut être le professionnel de la santé qui n'a pas confiance en sa jeune patiente. En raison de la nature et de la limite des anovulants comme moyen de contraception à l'adolescence et en raison de la difficulté possible de l'adolescente de s'engager dans une action à long terme, le professionnel ne peut faire pleinement confiance à sa patiente (Doucet, 1982, p. 863). Rappelons aussi la situation du jeune malade chronique incapable d'accepter sa maladie et d'agir en conséquence. La prise en charge par le patient de son propre traitement s'avère à cet âge particulièrement difficile, d'autant que le jeune craint d'être dominé. Ce modèle ne rencontre pas, dans sa totalité, l'interaction clinique entre le médecin et l'adolescent.

Opposé au modèle de la solidarité, se trouve le modèle de la dominance. Eliot Freidson fait particulièrement ressortir la structure d'autorité dans la relation clinique. "La profession médicale a utilisé ce que Parsons appelle *l'écart de compétence* pour subordonner le patient et d'autres groupes" (Barber, 1980, p. 57). La subordination aux médecins "est basée sur la prémisse qu'un professionnel a une connaissance si spéciale et ésotérique à propos des intentions humaines qu'il

devrait être seul à décider ce qui est bon pour l'individu non initié" (Freidson, 1970, p. 132). Cette dépendance ne vaut pas seulement dans le cadre de la relation immédiate patient-médecin mais aussi pour toute l'organisation du système de santé. L'ensemble des relations dans le système de santé sont construites autour du médecin comme seul responsable, une interdisciplinarité rigoureuse est, dans ce modèle, impossible à réaliser.

Le modèle de la relation thérapeutique telle qu'expliquée par Freidson est sans doute vécue par plusieurs médecins dans leur rencontre avec les adolescents. En raison des images que le médecin s'est donné de sa profession et des adolescents, il agira en autorité sachant ce que l'adolescent doit faire. La médecine d'adolescence tant dans son origine que dans son organisation tente de dépasser une pratique fondée sur la dominance. Cette dernière en effet ne reconnaît pas la personne même de l'adolescent, ce qui est le caractère fondateur de la médecine d'adolescence qui, pour atteindre ses objectifs, cherche à être effectivement interdisciplinaire, ce qui va à l'encontre même du modèle de dominance.

Les deux modèles ne rejoignent pas la réalité de la médecine d'adolescence car ils sont fondés sur des relations d'ordre statique alors que l'interaction clinique en adolescence est d'ordre du cheminement dont l'objectif est de favoriser l'autonomie et la prise en charge de la jeune personne. Nous expliciterons la réalité de ce modèle en présentant l'autonomie et la relation médecin-adolescent.

### **L'autonomie et la relation médecin-adolescent**

Terrence F. Ackerman notait récemment: "l'autonomie du patient est devenu un mot-clé central pour la profession médicale". Il ajoutait, pour montrer l'impact évident du concept sur la pratique de la médecine contemporaine: "le respect pour l'autonomie des patients a donné lieu à plusieurs droits des patients, parmi ceux-ci, le droit de refuser un traitement, le droit de donner un consentement éclairé, le droit à la confidentialité, et le droit à des soins médicaux compétents prodigués dans le respect de la dignité de la personne (1982, p. 14)". Or il est remarquable que le concept (autonomie) ne trouve pratiquement pas place dans les dictionnaires spécialisés ou les encyclopédies philosophiques. Lorsque le concept y est présenté, il l'est dans un contexte kantien (Akoun, 1977, p. 56; Rooten et al., 1972, p. 35). Même si l'expression paraît de nature philosophique, son utilisation en bioéthique prend sa source dans le droit. Les chartes des droits qui sont apparues avec le XVIIIe siècle et se sont multipliées depuis témoignent de l'importance accordée à la primauté de l'individu. L'autonomie signifie, au premier plan, que la décision d'un patient jugé apte ne doit pas être soumise au contrôle d'agents extérieurs. C'est ainsi que, dans les milieux de santé, le mot paternalisme en est venu à exprimer le comportement médical qui ne laisse pas le patient prendre la décision qu'il juge appropriée. Ainsi en est-il de James F. Childress pour qui le paternalisme, par opposition à l'autonomie "se centre sur les besoins du patient plutôt que sur ses droits (Childress, 1979, p. 18)." Des travaux de plus en plus nombreux mettent en relief les limites de cette perspective éthico-légaliste (Siegles, 1982; Smith et al., 1982, p. 10). On ne peut perdre de vue que la lecture de l'autonomie telle que maintenant mise en oeuvre, c'est-à-dire à partir et contre le paternalisme (Beauchamp, 1979, p. 59; Belmont, 1978, p. 58) et dans une perspective légale, est en quelque sorte, issue de Kant et de sa morale d'obligation.

En faisant remonter l'autonomie à Kant (Beauchamp, 1979, p. 58), l'interprétation du concept ne peut être que d'inspiration rationaliste. L'autonomie kantienne fait sans doute ressortir la maîtrise du



sujet rationnel (Kant, 1949, p. 19), mais passe par la négation de la personne. La personne, dans sa densité, ses contradictions et ses désirs, semble hors du domaine de la morale. L'approche kantienne de l'autonomie parce que contraire à la structure même de l'action (Ricoeurs, 1974, pp. 340-341) coupe le principe de la moralité de la faculté de désirer et est ainsi réductrice de la réalité de la personne.

Cette limite inhérente à l'interprétation kantienne de l'autonomie est ressentie au niveau de la relation médecin-patient. Ackerman, par exemple, note que "de sérieuses contraintes sur l'autonomie proviennent intrinsèquement du fait d'être malade" et que "la connaissance de la situation psychologique et sociale du patient est nécessaire pour l'aider à agir comme une personne autonome (Ackerman, 1982, p. 16)." Cette dimension de totalité comme élément intégrant de la réalité personnelle, Beauchamp le reconnaît implicitement lorsqu'il affirme que plusieurs cas "illustrent la complexité des interactions si l'on veut tenir compte de manière équilibrée de l'autonomie, du bienfait à accomplir et de la justice dans le traitement (1979, p. 162)."

L'opposition entre paternalisme et autonomie fait ressortir la relation médecin-patient comme une dialectique de lutte entre deux pouvoirs opposés, l'un en face de l'autre comme des étrangers ou des frères ennemis. L'ordre des rapports de force est-il le seul modèle fondateur d'une éthique qui reconnaîtrait la priorité au patient comme sujet responsable ? Nous ne le croyons pas. Ainsi le modèle éthique qui préside au développement des hospices en Angleterre (Smith, 1982, pp. 8-10) nous apparaît caractéristique d'un autre type d'éthique fondée sur une communication en cheminement pour favoriser la responsabilité du patient (Twycross, 1982, p. 95). Ainsi en va-t-il de la pratique de la médecine d'adolescence.

La pratique de la médecine d'adolescence tire son origine, comme nous l'avons montré, de la reconnaissance du sujet dans sa réalité. Elle essaie de rejoindre l'adolescent dans ses problèmes spécifiques de santé. Prendre au sérieux l'adolescent, non seulement en tant que personne mais en tant que relié à toute une sous-culture, c'est respecter sa crise d'identité laquelle a des implications sur ses problèmes de santé. En effet, "les facteurs qui interfèrent avec un fonctionnement optimal et la santé ne sont pas les causes classiques de morbidité, mais bien plus des facteurs qui tiennent aux relations avec les autres, particulièrement la famille, les amis et les professeurs (Resnick, 1982, p. 17)."

Dans ce contexte où la qualité de la relation est fondamentale pour la vie de l'adolescent, la question posée au médecin est la suivante: comment va-t-il vivre la relation clinique avec son patient ? L'exemple de la confidentialité peut ici servir de fil conducteur. Le professionnel de la santé s'il veut respecter la réalité de l'adolescent ne peut le considérer comme un enfant où la dépendance a priorité sur l'autonomie ni comme un adulte où l'autonomie occupe la place centrale. Il doit accueillir la personne de l'adolescent pour ce qu'elle est, ce qui n'est pas sans placer le professionnel dans une situation délicate. Celui-ci ne peut oublier, entre autres, que les parents se préoccupent de leur adolescent et en ont la responsabilité légale; c'est ce qui explique que ce sont souvent les parents qui ont initié la démarche. Quelle attitude le praticien doit-il prendre à leur égard quand il sait que l'une des caractéristiques de l'adolescence consiste à s'opposer aux parents ? Se préoccuper de l'adolescent qu'il rencontre et pour qui la confidentialité apparaît une donnée capitale est un devoir du médecin. Ce devoir tient non seulement au fait que le droit à la confidentialité appartient de soi à l'éthique médicale mais aussi au fait qu'il faut le reconnaître fondamentalement comme l'appel profond de l'être. Un adolescent en plein développement vit tout entier dans ses problèmes;

il ne sépare pas l'objectif du subjectif, le corporel du psychologique ou du spirituel. Que quelques facettes de son secret viennent à se révéler, il le ressent comme l'étalement en public de toute sa vie: c'est une destruction. En adolescence, briser la confidentialité détruirait d'autant plus totalement l'adolescent qu'en rupture avec le monde des adultes, il avait fait confiance à l'un d'entre eux.

Dans un tel contexte, comment à la fois respecter les aspirations de l'adolescent et les attentes des parents ? Faire ici oeuvre éducative ne consiste pas à s'adresser directement aux parents, mais à rendre l'adolescent capable d'instruire le dialogue nécessaire avec les siens. Toute une série de "négociations" vont ici prendre place. Mais comment une telle démarche peut-elle être favorisée s'il n'y a pas une équipe interdisciplinaire pour soutenir l'adolescent dans un cheminement fort traumatisant ? Toute une recherche serait à entreprendre pour trouver des formules concrètes qui permettent à l'adolescent d'être profondément respecté dans sa démarche avec des professionnels de la santé tout en favorisant le dialogue avec les parents: tâche profondément éthique dans une culture comme la nôtre (Doucet, 1982, p. 862). Cette tâche s'impose d'autant plus que les coupures budgétaires risquent de rendre encore plus difficiles les efforts pour développer des démarches de type éducatif.

L'exemple de la confidentialité fait ressortir de quelle manière concrète le professionnel de la santé est au service de la totalité de la personne. Celle-ci doit saisir que l'on prend au sérieux sa démarche d'autonomie et son affirmation d'intégralité. En même temps, le professionnel doit soutenir l'adolescent pour que cette indépendance s'acquiert dans la reconnaissance de l'ensemble de sa situation, i.e. qu'elle ne soit pas pure rupture. Etre ainsi soucieux du développement de toute la personne exige que "le médecin transcende sa profession, et comme personne, devienne un modèle, un éducateur, pour le meilleur et pour le pire, qu'il le veuille ou non (Silber, 1980, p. 55)." Ce modèle, c'est celui d'une communication en cheminement pour favoriser la responsabilité de la personne.

Pour agir ainsi et respecter le cheminement du sujet, le médecin doit se situer comme autre, i.e. comme un adulte soucieux de permettre à l'adolescent de devenir. S'il disparaît en tant qu'entité distincte en voulant se fondre dans l'adolescent pour mieux s'en approcher, l'adulte le trompe; c'est là tout le paradoxe de l'éducation. L'adolescent a besoin de sentir qu'il est sujet de préoccupation pour autrui sinon il ne se sentira pas valorisé; en même temps, il a besoin que cette valorisation vienne d'un autre et non seulement d'un même, sinon il ne peut s'engager dans un "un processus de décentrage". ***L'expérience des éducateurs plus que toute enquête scientifique apprend que peu importe l'idéologie de l'éducateur, si ce dernier est proche de l'adolescent, sensible à ses rêves, respectueux de ses inquiétudes mais aussi capable d'exprimer clairement et parfois durement des désaccords, l'adolescent vit une relation valorisante et libératrice. La démarche éducative consiste, de la part de l'adulte, à être proche et différent, engagé et distancié. Une telle démarche permet à l'adolescent de devenir affirmatif de lui-même sans vivre par personne interposée.***

Ce qui protège du paternalisme, ce n'est pas le non-interventionnisme, c'est la visée de l'agir en situation concrète: l'autre dans sa liberté à prendre en main. Une personne devient autonome à travers un cheminement psychologique où la relation d'amour joue un rôle fondamental. Dans les sociétés actuelles, plusieurs enfants et adolescents souffrent de fortes carences affectives. Ce contexte explique que la voie vers l'autonomie peut passer par le maternage s'il conduit l'adolescent à des échanges interpersonnels avec un adulte significatif lui inspirant confiance (Guindon, 1982, p.

97). Pour y parvenir, le cheminement peut être long et douloureux; il faut prendre l'adolescent là où il est avec les forces et les faiblesses qui l'habitent.

La contraception peut éclairer notre propos. Partir de la réalité, c'est reconnaître une augmentation continue du nombre d'adolescents ayant des relations sexuelles à un âge de plus en plus précoce et une multiplication de grossesses chez les jeunes filles de 14-15 ans avec tous les problèmes inhérents de mortalité et morbidité. Dans un tel contexte, comment agir? Le professionnel rencontre un premier dilemme; s'il juge l'adolescente trop jeune pour faire usage d'un moyen contraceptif, il doit cependant reconnaître, lorsque la jeune fille est sexuellement active, les bénéfices inhérents à une prescription de contraceptifs. Dans certaines situations, le médecin doit se faire insistant pour offrir une protection avec tout ce que cela implique au niveau d'un suivi. Un autre dilemme se pose aussitôt. La nature même de l'adolescente rend difficile l'utilisation des anovulants lesquels exigent régularité alors que les relations sont épisodiques. La moindre occasion sera motif à interruption des anovulants. Dans certaines situations, le stérilet serait sans doute plus approprié mais les dangers de salpingite sont toujours possibles. Une décision cependant s'impose; elle devra tenir compte des points de vue de la jeune fille mais aussi de sa "compliance" appréhendée face au moyen choisi. Il y a donc toute une série de comportements que le médecin doit développer pour favoriser le meilleur choix. Quelle que soit la décision, il importera de suivre l'adolescente de près. En effet, plusieurs adolescentes cesseront l'usage de la contraception d'où l'importance d'intervenir pour favoriser le maintien du comportement préventif et développer un sens de la responsabilité. Un certain paternalisme est ici la voie de l'autonomie.

## Conclusion

Le modèle éthique privilégié ici en est un de cheminement dialogique en vue de favoriser l'autonomie de la personne adolescente. La relation médecin-patient telle qu'elle est proposée considère le cheminement comme un élément essentiel de l'interaction clinique puisque celle-ci se fonde sur la totalité de la personne qui est d'être en situation. Dans cette perspective, la pratique de la médecine d'adolescence favoriserait un élargissement du concept d'autonomie. A son origine, le mot autonomie a d'abord une dimension politique. C'est ce que nous apprennent les historiens grecs Thucydide et Xénophon. Dès le départ, le mot porte question, "l'autonomie implique-t-elle la souveraineté ? S'accommode-t-elle au contraire de certains arrangements de dépendance mutuelle [...] ou même de subordination ? (Bouricaud, 1968, p. 898)." Il faudra attendre Aristote pour que l'idée passe des réalités politiques à l'individu humain. Et lorsque la notion renaîtra dans l'histoire socio-politique, à l'époque moderne, la question sera la même que celle des Grecs: être autonome, est-ce être indépendant ? Dans l'autonomie, une question demeure: peut-on à la fois être lié et libre ? Peut-on à la fois vivre son affranchissement et ses déterminations ? Le mot vise la liberté mais une liberté située et si le mot est ambigu cela tient sans doute à la réalité du sujet. La relation médecin-adolescent nous renvoie à ce sens originel du mot autonomie.