

Nouvelles des Congrès

par le Dr Luc Pineux • Médecin généraliste • 6850 Offagne

L'adolescence, faut-il en faire une maladie ? 19^e Colloque des Ardennes

Libramont, le 21 octobre 2006

Prévention primaire

Des études épidémiologiques menées en France par Marie Choquet en population générale d'adolescents scolarisés ont montré que les adolescents ayant fait une tentative de suicide ou avec des idées suicidaires consultaient beaucoup plus fréquemment leur médecin généraliste en raison de plaintes d'anxiété, de dépression ou somatiques, essentiellement fonctionnelles. D'où l'importance de noter avec précision dans le dossier médical les dates de consultation d'un enfant ou d'un adolescent ainsi que tout certificat scolaire rédigé avec les dates de durée de l'interruption. Ainsi, si un adolescent ou un enfant consulte plus de 2 à 3 fois sur l'année, a fortiori pour des plaintes vagues, fonctionnelles ou s'il requiert des certificats d'interruption scolaire à répétition, il faut faire une anamnèse systématique à la recherche d'une souffrance psychologique.

D'après l'exposé du Dr V. DELVENNE (Pédopsychiatre, Psychothérapeute, Espace Thérapeutique Enfants – Adolescents – Parents, Université Libre de Bruxelles): «L'ado en détresse, signes d'alarme».

Trois domaines à investiguer

L'adolescence, par essence, induit une crise, tant au niveau **personnel** psychique et corporel qu'au niveau **familial** où la crise d'adolescence se conjugue avec la crise de milieu de vie des parents. Les tâches de l'adolescence, au travers de la sexualisation du corps et de la nécessaire distanciation d'avec les figures parentales, ont pour conséquence une fragilisation du Moi de l'individu. Le narcissisme ainsi fragilisé puisera ses ressources dans son histoire. C'est ainsi que les défaillances narcissiques ayant pris racine dans les relations précoces à la mère mais aussi au cours de la première phase de séparation-individuation se révé-

leront à l'adolescence, d'autant plus difficilement que d'autres facteurs intercurrents viendront se rajouter à cette période. L'adolescence va ainsi mettre à l'épreuve la solidité des acquis antérieurs et faire ressortir les points de fragilité.

Au niveau familial, on assiste aussi à une crise de milieu de vie des parents, avec les tâches de vieillissement, le deuil de l'enfant idéal, le deuil de leur propres parents, les difficultés professionnelles souvent fréquentes, la baisse de la sexualité ou le «démon de midi» ainsi que la conflictualisation de l'adolescent.

Dès lors, quand un adolescent consulte plus de 3 fois par an pour des plaintes somatiques ou fonctionnelles, il est nécessaire d'évaluer son état psychologique. Trois domaines d'investigation permettent d'emblée d'évaluer la situation chez un adolescent: la famille, le groupe de pairs et l'école.

1. La famille

- évaluer la qualité relationnelle et la souplesse des liens familiaux;
- histoire familiale (ruptures, dissociations familiales, conflits conjugaux mais aussi le déni de la souffrance de l'adolescent, antécédents d'abus physiques ou sexuels);
- antécédents de psychopathologie parentale (dépression, abus d'alcool ou de toxiques, antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide).

2. Les pairs

- groupe d'appartenance d'aspect péjoratif s'il se développe dans un climat psychopathologique (ex: groupes délinquants, «gothiques», conduites à risques, consommations abusives de toxiques);
- qualité et souplesse des liens amicaux ainsi que l'étayage au groupe de pairs;
- désinvestissement de ces relations amicales, le retrait ou le changement radical de groupe.

3. L'école

- excellent indicateur de santé de l'adolescent;

- la qualité de l'insertion scolaire ainsi que le rôle des processus d'apprentissage comme source de valorisation constitue des facteurs de santé.

Après l'évaluation de ces 3 domaines et si l'on est inquiet pour le jeune, il convient d'investiguer plus avant le rapport de l'adolescent à son corps, les fonctions somatiques telles que l'alimentation et le sommeil, l'hygiène personnelle, sa concentration, sa mémoire ainsi que la manière dont il se sent dans son corps. Viennent ensuite les questions concernant les consommations et les éléments psychopathologiques proprement dits:

- les abus de tabac, d'alcool, de toxiques et de médicaments;
- l'impulsivité et l'agressivité;
- les passages à l'acte: coupures, conduites à risque, fugues, conduites antisociales;
- un état anxio-dépressif;
- des symptômes psychotiques.

D'après l'exposé du Dr V. DELVENNE (Pédopsychiatre, Psychothérapeute, Espace Thérapeutique Enfants – Adolescents – Parents, Université Libre de Bruxelles): «L'ado en détresse, signes d'alarme».

L'entretien avec l'adolescent

La qualité des premières rencontres est capitale. Il faut différer la question diagnostique et permettre d'abord à l'adolescent d'être entendu, reconnu, pris en compte, lui permettre de donner sens à ses symptômes en mettant des mots sur sa souffrance. Il ne faut pas être dans une urgence d'agir ou de prescription. Il faut temporiser.

Dans la rencontre avec l'adolescent, il faut être authentique, la relation transférentielle est en général immédiate.

La position de l'adulte qui reçoit un adolescent et la juste distance à trouver ne sont pas simples, entre une position d'adulte moralisateur ou une position trop proche et trop séductrice. Il faut pouvoir

l'entendre sans juger, sans critiquer et en se montrant soutenant.

Lorsque l'on sent un jeune en situation de fragilité face aux questions suicidaires, il importe de garder le contact et de porter la demande de la rencontre suivante. Il faut souvent différer la prescription médicamenteuse, si elle s'avère nécessaire, au moment où un bon lien de confiance est établi.

Il faut aussi évaluer si l'on peut s'engager dans le suivi avec ce jeune ou s'il faut d'emblée envisager la question du passage vers un professionnel de la santé mentale. À la fin de l'entretien, il faut fixer la date du prochain rendez-vous, assez rapide, en établissant les objectifs des rencontres et des limites de l'intervention du MG. Il importe en effet de préciser le caractère privé et couvert par le secret professionnel de cette rencontre, pour permettre à l'adolescent de se sentir en confiance. Toutefois, on doit aussi lui préciser que les limites du secret sont le risque de mise en danger. En cas d'inquiétude majeure, le médecin est tenu de se délier du secret professionnel. L'adolescent doit être informé que le médecin ne prendra jamais contact avec ses parents à son insu mais qu'il est tenu de le faire s'il se met en danger, et il le lui dira.

D'après l'exposé du Dr V. DELVENNE (Pédopsychiatre, Psychothérapeute, Espace Thérapeutique Enfants – Adolescents – Parents, Université Libre de Bruxelles): «L'ado en détresse, signes d'alarme».

Traitements pour déficits ou excès de croissance

L'adolescent ex-RCIU (retard de croissance intra-utérin), **de petite taille** mais quand même au-dessus du percentile 10 de la courbe de vitesse de la croissance staturale^(a) possède un déficit de masse non seulement grasse, mais aussi maigre et minérale. Il peut bénéficier, avant la puberté si possible, d'un traitement par hormone de croissance moyennant certains critères. Il présente souvent une adrénarche/pubarche prématurée. Il est également à risque accru d'hyperandrogénie ovarienne et de syndrome métabolique auquel cas, si d'autres études le confirment, une association flutamide – metformine, dont la dose minimale est à établir, pourrait être utile.

Une petite taille en-dessous du percentile 10 de la courbe de vitesse de la croissance staturale peut être **causée par un retard**

de puberté et de croissance. Ce syndrome s'accompagne souvent d'une inadaptation psycho-sociale comme en témoigne notamment l'incidence accrue de redoublement scolaire en 3^e et 4^e années du secondaire. Si l'enfant est à un stade pubertaire G1 ou G2 à un âge = 14 ans, il peut bénéficier d'un traitement par faibles doses de testostérone (Sustanon® 50 mg (0,2 ml) en IM 1 fois par mois, pendant 6 mois) pour des raisons psychosociales uniquement. En effet, ce traitement n'aura aucune influence sur la taille adulte.

L'adolescente avec puberté précoce (présentant un stade M2 à un âge inférieur à 8 ans — à revoir à la baisse?) est une fois sur quatre issue de l'adoption internationale. Elle peut bénéficier d'un traitement par agonistes de GnRH dont la justification première est d'ordre psycho-social, les effets bénéfiques sur la taille adulte ne concernant que les pubertés très précoces. À remarquer qu'elle est à risque accru pour les comportements exploratoires de l'adolescence, comme les pubertés avancées.

L'adolescent avec gynécomastie relève le plus souvent des causes «idiopathiques», aggravées par les adipomasties et le déficit androgénique. Il bénéficie éventuellement d'un traitement par tamoxifène mais l'inhibition des récepteurs œstrogéniques n'est pas sans effets potentiels sur d'autres tissus (os, SNC).

D'après l'exposé du Professeur J-P. BOURGUIGNON (CHU du Sart-Tilman – Liège): «Déficits ou excès en endocrinologie à l'adolescence».

Vaccins prophylactiques anti-HPVs

L'histoire naturelle du cancer du col utérin, deuxième cancer en fréquence chez la femme, le dépistage ne couvrant que 50 à 60% de la population féminine, est liée à celle de l'infection par Human Papilloma Virus (HPV). Celle-ci se fait lors des premiers rapports sexuels (entre l'âge de 15 et 20 ans). Il faut 10 à 15 ans d'évolution pour voir apparaître les premiers signes de dysplasie et de cancer du col. Treize à quatorze types d'HPV sont responsables de cancer du col, les HPV 16 et 18 prenant à leur compte plus de 70% des lésions cancéreuses.

Deux vaccins (Cervarix® de GSK et Gardasil® de Merck) ont été développés, le deuxième ayant, en plus des valences 16 et 18 décrites ci-dessus, les valences 6 et 11 responsables uniquement de lésions condylomateuses non-cancéreuses.

Ces deux vaccins possèdent un taux de

réponse proche de 100% avec comme effets secondaires peu fréquents un syndrome grippal et des symptômes gastro-intestinaux. Ils donnent une protection de 95 à 100% contre les infections spécifiques à HPV, les lésions invasives CIN 2 et 3 et les verrues génitales. Cette protection dure 4 ans.

Comme plus de 20% des Européennes de 15 ans ont déjà eu une expérience sexuelle, l'âge idéal de la vaccination se situe entre 11 et 16 ans, avec une extension aux 17-25 ans.

Cette vaccination ne supprime pas la nécessité du dépistage par frottis du col utérin. Elle nous permet d'améliorer la protection de la population féminine contre la survenue de ce cancer.

D'après l'exposé du Dr Frédéric GOFFIN (Gynécologie oncologique – CHU de Liège, CHR de la Citadelle – Université de Liège): «Cancer du Col Utérin: Vaccins Prophylactiques».

Un gros ? Où ça ?

Rappelons que l'obésité, définie par un BMI supérieur à 2 déviations standards sur la courbe de corpulence, est une maladie grave, encore aggravée si l'un ou les deux parents sont eux-mêmes obèses. La prise en charge doit se faire le plus rapidement possible, nécessitant un dépistage précoce. Utilisons donc les courbes de corpulence!. Cette prise en charge concerne non seulement l'adolescent mais aussi les parents et son environnement. Elle passe par quelques informations clés:

- 1) Une alimentation saine:** manger chaque jour une variété d'aliments de chacun des groupes alimentaires; augmenter la consommation de produits céréaliers, de fruits et de légumes; choisir plus souvent des aliments à faible teneur en matières grasses; boire de l'eau plutôt que du jus et des boissons gazeuses; manger moins de collations sucrées; manger régulièrement au moins trois fois par jour; équilibrer l'alimentation et l'activité physique.
- 2) Comprendre et adapter:** recommandations positives; respect des goûts et préférences; ne pas diaboliser certains aliments; pas d'aliments récompenses; détecter les «moments à risque»: grignotages, goûter seul à la maison; comprendre les liens entre les émotions et le comportement alimentaire: compulsions, grignotage, faim réelle, ennui, stress, gourmandise, envie de manger; attention à la culpabilisation, la baisse de l'estime de soi, la dépression.
- 3) Activités physiques:** faire un bilan précis des habitudes et des goûts y compris ceux de la famille; bouger, lutter contre la sédentarité; pas de com-

(a) Information par l'orateur de l'existence de courbes belges récentes (Hauspie et al, 2004) qu'il est possible de télécharger sur le site www.vub.ac.be/groeiocurve

pétition, pas de recherche de performance; club de sport ayant une vie sociale importante permettant de se faire des copains, ...

Entourage familial: ne pas se substituer aux parents; aider les parents sans les culpabiliser, améliorer l'image de l'enfant car il n'est pas nul en tout! ni le meilleur d'ailleurs; pas de guérilla diététique; gérer l'ensemble de la famille: frères et sœurs; préciser le rôle du père, de la mère et l'importance de réintroduire les limites.

En conclusion, les principes de la prise en charge d'un adolescent obèse consistent à apporter une somme de petits changements accessibles, destinés à durer, agréables et valorisants, portant sur l'ensemble du mode de vie.

D'après l'exposé du Professeur Olivier ZIEGLER (CHU de Nancy - France): «Le syndrome d'Obélix: «un gros, où ça?»».

Les pièges de la lombalgie

Une bonne anamnèse (âge, périodicité, antécédents personnels et antécédents familiaux) et un examen clinique complet sont nécessaires (évaluer la statique: scoliose, attitude scoliotique, hyperlordose; estimer la souplesse et les points électivement douloureux; examiner les tensions musculaires et les troubles statiques de profil ainsi que l'examen des rétractions musculaires ou troubles neurologiques des MI). S'il existe une nécessité d'examens complémentaires, il faut d'abord réaliser une RX de face et de profil sur un grand cliché debout avant d'éventuelles scintigraphies, scanner ou IRM.

Diverses affections lombaires d'origine organique peuvent être rencontrées et sont, en fonction de l'âge d'apparition:

- les **spondylodiscites** (même si la clinique étant souvent relativement frustrante, elle est diagnostiquée assez rapidement);
- les **spondylolyses et les spondylolyses** (plus tard dans la croissance, l'important étant de s'assurer de la non évolutivité de la lésion et de permettre aux enfants de recommencer les activités sportives une fois que la douleur a cédé par des anti-inflammatoires, des antalgiques ou une immobilisation de courte durée. La kinésithérapie reste également très utile pour pouvoir d'une part relaxer les muscles contracturés et d'autre part faire du stretching des membres inférieurs pour rééquilibrer correctement le bassin).

À côté de cela, il y a un vaste secteur de douleurs plus ou moins psychogènes (port de charges, facteurs dépressifs, stress, environnement, causes inflammatoires) qui nécessitent une écoute de la part du

praticien et parfois une prise en charge par une équipe multidisciplinaire comprenant un médecin algologue ainsi que des psychologues et des kinésithérapeutes.

Enfin, n'oublions pas les tumeurs intrarachidiennes dont les premiers signes peuvent être une scoliose douloureuse rapidement évolutive.

Rappelons l'importance d'une bonne hygiène de vie et d'activités physiques régulières.

D'après l'exposé du Pr J. LAMOUREUX (Orthopédiste à l'Hôpital des Enfants Reine Fabiola à Bruxelles): «Lombalgies: qu'est-ce que cela cache? Les pièges, comment les déjouer?...».

Qui a le droit?

Pour la table ronde, les organisateurs avaient décidé de confronter un juriste, un membre du conseil de l'Ordre et un philosophe au cas particulier d'une demande concernant une adolescente de moins de 14 ans (demande de contraception, d'IVG, de détection de drogue, de consentement pour une décision d'intervention chirurgicale, de consultation du dossier médical par les parents).

L'objectif de cette table ronde était de permettre aux médecins d'articuler des repères juridiques, déontologiques et éthiques pour aider au mieux les adolescents qui les consultent.

Le **juriste** rappelle la nouvelle loi sur le droit des patients (août 2002) et définira certains concepts permettant de se positionner dans des situations précises:

- l'incapacité de droit (inaptitude d'une personne à poser des actes juridiques valables);
- l'incapacité de fait (inaptitude d'une personne, capable de droit, d'exprimer sa volonté en raison d'une altération de la conscience);
- représentant du patient (autorisé par la loi à se substituer au patient incapable de droit ou de fait);
- personne de confiance (désignée par le patient pour recevoir des informations).

Dans le cadre de la représentation légale du mineur, il insiste sur deux notions importantes: l'autonomie et l'intérêt du patient. Sans qu'un âge précis ne soit fixé par la loi, un médecin peut considérer qu'un adolescent est suffisamment mature et doué de discernement et instaurer avec lui un colloque singulier, sans l'intervention des parents. Si l'adolescent n'est pas considéré comme autonome et a un représentant légal, le médecin peut déroger à la décision prise par le représentant s'il agit dans l'intérêt du mineur.

Le représentant de l'Ordre rappelle des règles de déontologie, comme le fait que le secret professionnel est d'ordre public et qu'il y a ainsi «protection de la chose confiée». Pour un enfant ou un adolescent

non capables de discernement (critère laissé à l'appréciation du médecin), le médecin n'est pas tenu au secret professionnel par rapport aux parents. Si un enfant ou un adolescent est capable de discernement, il a droit au secret total; à lui de décider d'informer ou non ses parents. Le praticien ne peut passer outre au refus du jeune d'informer ses parents, mais il peut refuser de le soigner s'il n'y a pas de danger immédiat pour sa santé. MAIS, s'il y a suspicion de maltraitance, le médecin doit, après en avoir parlé avec le jeune, prévoir une approche interdisciplinaire du problème, prendre des mesures imposées par la gravité de la situation (y compris en ne respectant pas le secret) et, s'il y a urgence, en informe le procureur du roi. Précisons un point important: toute relation sexuelle avant 14 ans est considérée par la loi comme un viol.

Le philosophe nous rappelle qu'en éthique il n'existe pas de règle! Dans une telle situation, le praticien est confronté à un choix: soit il refuse de répondre à la demande de l'adolescente pour ne pas enfreindre la loi, soit il accepte de l'aider même si cela peut faire l'objet de poursuite judiciaire. Quand on prescrit un contraceptif à une jeune de moins de 14 ans, il pourrait en effet y avoir plainte des parents pour incitation à la débauche. La question qui se pose est de savoir ce que, comme médecins, nous sommes prêts à assumer et pour quelles raisons. Nous pouvons répondre «non, je ne peux pas le faire» ou nous pouvons prendre le risque de faire ce qui est interdit, parce que nous connaissons le milieu défavorisé dans lequel elle vit, parce que nous trouvons primordial qu'elle garde un contact avec un adulte, parce que nous voulons éviter une grossesse et un avortement, ...

L'éthique n'est pas au-dessus de la loi ou de la déontologie, mais elle met en lumière les différents mobiles qui sont en jeu dans la situation, elle nous questionne à propos de nos valeurs et de nos limites, elle nous aide à donner du sens. Pour travailler avec des adolescents, le philosophe propose un fil conducteur: il faut savoir si l'adolescent est du côté de la réalité (et on peut alors considérer qu'il est capable de discernement) ou s'il s'enferme dans son imaginaire. Dans ce dernier cas, le médecin risque d'être l'instrument de son délire et d'être instrumentalisé par un jeune qui croit que le monde entier est à sa disposition. De nouveau, le praticien est devant un choix: accepter de faire ce que le jeune attend ou, au contraire, profiter de la consultation pour l'aider à sortir de son imaginaire et commencer à s'assumer.

D'après la table ronde «Qui a le droit?» modérée par les Dr C. BOLLY et C. PIRE avec M. J.-M. HUBAUX (juriste à la clinique St-Luc de Bouge), avec le Dr Y. BOTTU (Ordre des Médecins) et M. J.-M. LONGNEAUX (philosophe aux FNDD de Namur).