

Questions flash - Préadolescence et adolescence

Quelles questions poser pour évaluer le risque suicidaire chez l'adolescent ?

→ **P. GUERIN**

Unité de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent,
Hôpital Armand Trousseau, PARIS.

Le suicide des adolescents représente un vrai problème de santé publique, même s'il reste rare. Il est la 2^e cause de décès après les accidents de la voie publique chez les 15-24 ans (6,4 décès pour 100 000). Les tentatives de suicide (TS) sont beaucoup plus nombreuses (pic de fréquence de 43 pour 10 000 chez les adolescentes de 15-19 ans). Cependant, les adolescents qui sont sur le point de réaliser un geste suicidaire consultent rarement en alléguant cette intention. Il convient de dépister les situations à risque suicidaire par des questions simples et claires, posées au cours de la consultation tout-venant dans une ambiance détendue favorisant la mise en confiance de l'adolescent.

C'est l'objectif du test "TSTS-CAFARD", qui se déroule en 2 parties selon les 2 acronymes mnémotechniques correspondants. Le premier TSTS comporte 4 questions dites d'ouverture, qui abordent 4 thèmes reconnus comme statistiquement liés aux conduites suicidaires :

- **Traumatologie** : "As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même anodin) cette année ?"
- **Sommeil** : "As-tu des difficultés à t'endormir le soir ?"
- **Tabac** : "As-tu déjà fumé (même si tu as arrêté) ?"
- **Stress** : "Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou par les deux ?"

Réponses positives au TSTS	Questions C.A.F.A.R.D	
Sommeil	Cauchemars	"Fais-tu souvent des cauchemars ?"
Traumatologie	Agression	"As-tu été victime d'une agression physique ?"
Tabac	Fumeur quotidien	"Fumes-tu tous les jours du tabac ?"
Stress	Absentéisme à l'école	"Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ?"
	Ressenti Désagréable dans la famille	"Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ?"

Fig. 1 : Questions complémentaires de la 2^e partie du test TSTS - CAFARD, à poser selon les 5 mots-clés suivants (acronyme CAFARD) : Cauchemars – Agression – Fumeur quotidien – Absentéisme à l'école – Ressenti Désagréable.

Dès qu'une réponse positive est donnée à l'un de ces 4 thèmes du TSTS, une question correspondante complémentaire est posée pour apprécier le niveau de gravité de la perturbation, et ce selon 5 mots-clés faciles à mémoriser grâce à l'acronyme CAFARD (*fig 1*).

Parmi les jeunes répondant positivement à 3 questions du CAFARD, 1 sur 2 a déjà fait une TS et plus de 3 sur 4 ont déjà eu des idées suicidaires. Le "TSTS-CAFARD" est un outil de dépistage acceptable (seuils de sensibilité de 79 %, de spécificité de 55 %), même si les items liés à la traumatologie et au tabac sont de moins bons indicateurs de risque suicidaire chez les garçons que chez les filles.

Les situations à risque suicidaire ainsi dépistées, l'interrogatoire peut explorer plus avant le risque suicidaire par lui-même selon les 3 dimensions de l'acronyme RUD :

- **R** pour les facteurs de **Risque** connus comme prédisposant au passage à l'acte suicidaire. Ces facteurs sont liés :
 - à la dynamique familiale ou psychosociale (dissensions parentales, violences intrafamiliales, maltraitance, abus sexuels) ;
 - aux antécédents psychiatriques familiaux, en premier lieu de suicides, troubles dépressifs et troubles bipo-

laire qui constituent en soi des facteurs intrinsèques de risque de suicide ;

- à l'adolescent lui-même (manque d'estime de soi, dépression).

- **U** pour le degré d'**Urgence** (l'adolescent a-t-il des idées suicidaires, un plan suicidaire précis ? voit-t-il d'autres alternatives au suicide ? est-il impulsif ?).
- **D** pour la **Dangerosité** du scénario suicidaire (le moyen envisagé est-il légal ? l'adolescent a-t-il facilement accès à ce moyen ?).

Dans le même temps, on recherche s'il existe des ressources familiales, amicales et propres à l'adolescent lui-même (valeurs morales, culturelles, religieuses), susceptibles de le protéger du passage à l'acte.

En conclusion, l'évaluation du risque suicidaire chez un adolescent n'est jamais aisée. Mais les questions préétablies du test "TSTS-CAFARD" permettent d'orienter les consultations tout-venant sur des préoccupations éloignées du motif initialement allégué par l'adolescent ou sa famille et de dépister ainsi des situations à risque de conduites suicidaires.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Questions flash - Préadolescence et adolescence

Anorexie de la fille prépubère : phénomène de mode ou véritable pathologie ?

→ **M.-F. LE HEUZEY**

Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Hôpital Robert Debré, PARIS.

L'anorexie mentale n'est pas une maladie récente. Les descriptions chez l'adolescente sont anciennes, et la terminologie d'anorexie mentale apparaît en France grâce à Lasègue (1873) et en Angleterre grâce à Gull (1874). Mais c'est peu de temps après, (en 1894) que le 1^{er} cas d'anorexie chez une fille prépubère âgée de 7 ans est rapportée par Collins.

Mais l'actualité est marquée par deux phénomènes :

- l'énigmatique persistance de l'anorexie mentale, comme le souligne T. Walsh : cette maladie anorexie mentale persiste depuis des siècles et ne nous a pas livré ses mystères ;
- l'augmentation des cas chez les enfants et les préadolescents.

Du fait de l'augmentation des cas avant la puberté, **les critères** diagnostiques dans la classification internationale DSM V ont évolué avec des critères plus comportementaux et disparition du symptôme aménorrhée :

- restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins ;
- peur de prendre du poids ou de devenir gros ;
- altération de la perception du poids ou de la forme de son corps ou déni de la maigreur.

Il existe deux sous types : type restrictif pur et type accès hyperphagique/purgatif.

La symptomatologie chez l'enfant prépubère est généralement une forme restrictive pure avec restriction alimentaire

quantitative et qualitative (tri alimentaire), sans vomissement et sans prise de laxatif. Il s'y associe une restriction hydrique drastique. Dans certains cas, le tableau est celui d'une aphagie totale. Les autres symptômes sont un hyperinvestissement scolaire et sportif, et une hyperactivité physique. La perte de poids est souvent très rapide.

L'enfant prépubère exprime rarement ses cognitions anorexiques, prétendant ne pas avoir faim ou avoir peur de vomir. Un bon signe d'appel est le fait de refuser son goûter (ou de le donner aux copains).

C'est une pathologie grave à court terme d'une part, la dénutrition et la déshydratation avec tous les risques associés, mais aussi à moyen terme avec le ralentissement voire l'arrêt de la croissance et la mise en jeu du pronostic statural. **Les facteurs de risque** sont multiples : facteurs génétiques, tempéramentaux (perfectionnisme), médicaux (pathologies digestives précoces), troubles précoces du comportement alimentaire (petit mangeur ou sélectivité) etc.

Ils sont aussi environnementaux avec une internalisation dès le plus jeune âge de l'idéal de minceur, par l'intermédiaire des messages sociaux, parentaux (orthorexie) et médicaux.

Le traitement est d'abord médical. Si possible en ambulatoire, avec une réalimentation progressive (diététicien), une hydratation sous la surveillance des parents et l'arrêt du sport.

L'hospitalisation est indiquée en cas d'échec, ou en cas d'aphagie totale nécessitant une nutrition entérale ou en cas de symptomatologie psychiatrique associée (dépression).

Le traitement psychothérapeutique repose sur la mise en place d'une thérapie familiale.

Au total, l'anorexie de la fille prépubère est une vraie pathologie, grave, mais la

mode y joue un rôle. Enfin, chez les prépubères, l'anorexie n'est pas seulement féminine puisque 30 à 40 % des cas sont des garçons.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Risques sanitaires chez l'adolescent : quels leviers pour leur prévention ?

→ **M.-F. LE HEUZEY**

Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Hôpital Robert Debré, PARIS.

Les risques sanitaires à l'adolescence recouvrent une multitude de conditions de morbidité ou de mortalité engendrées par les accidents de la route, de sports ou de loisirs, les violences (auto ou hétéro agressives), les gestes suicidaires (tentative de suicides et suicides), les conduites sexuelles à risque (maladies sexuellement transmissibles, grossesse non désirée, "michetonnage"), les consommations de tabac, d'alcool et de substances psychoactives, l'utilisation pathologique des écrans (consommation excessive, sexting, cyber agression et cyber harcèlement), les jeux dangereux et les défis, les troubles du comportement alimentaire (hyperphagie, boulimie, anorexie), l'échec et le décrochage scolaire. La liste n'est pas exhaustive et ces comportements à risque s'associent souvent entre eux.

L'expérience a montré **l'inefficacité des campagnes "traditionnelles"** chez l'adolescent comme celle du PNNS "Manger Bouger" ou celles contre le tabagisme. Certains messages peuvent même se

révéler incitatifs : c'est l'attractivité des fruits défendus.

Les facteurs de vulnérabilité aux comportements à risque

L'adolescence est une période de découverte, de curiosité, où l'on cherche à se construire en se singularisant par rapport aux parents (séparation/individuation). Les facteurs de vulnérabilité peuvent être d'ordre **personnel** : tempérament caractérisé par la recherche de nouveauté, la sensibilité à l'ennui et la recherche de sensation. Par un sport extrême, par un jeu dangereux ou une bouteille d'alcool, c'est la recherche d'un éprouvé intense, d'un vertige, d'une excitation par la peur qui conduit à la première expérimentation. Puis, pour renouveler ce plaisir, le comportement est renouvelé jusqu'à l'addiction.

Une mauvaise estime de soi est le point de rencontre de nombreuses mises en danger : "je suis nul, je suis grosse, je suis moche etc.... et comme je ne peux pas réussir (scolairement, sentimentalement...), je vais exceller dans la destruction (auto sabotage), en me prostituant, en buvant, en m'affamant.

Certaines conduites de risque peuvent s'apparenter à des conduites ordaliques dans une recherche d'identité. L'ordalie est un rite qui se prononce sur la légitimité de l'existence de celui qui la tente. "Ma vie a de la valeur si je survis à tel défi, à telle prise de drogue...". Le *flirt* avec la mort est connu et recherché.

La vulnérabilité se situe aussi dans les rapports à l'**environnement** : pour ne pas être seul, pour ne pas "se dégonfler" vis-à-vis des pairs, l'adolescent calque son comportement sur celui du groupe, en buvant, en fumant ou même en devenant agresseur.

L'échec et l'absentéisme scolaire sont des facteurs de vulnérabilité et de maintien (consommations excessives d'écrans,

fréquentation de groupes à tendance antisociale avec la facilitation des prises de toxiques, la perte des rythmes de sommeil et d'alimentation).

Les leviers pour la prévention ?

Il faudra veiller à :

- repérer les tempéraments à risque, les sujets à haut potentiel avides d'expériences, prendre en charge les sujets atteints de trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) particulièrement exposés à tous les comportements à risque ;
- diagnostiquer et traiter les états dépressifs mais aussi les troubles anxieux, exposés aux conduites suicidaires mais également aux autres comportements dans un but d'automédication ;
- diagnostiquer les troubles des apprentissages et mettre tout en œuvre pour empêcher l'absentéisme scolaire.

Dans tous les cas, il faut restaurer l'estime de soi qui est la colonne vertébrale de la santé psychique et physique. Et pour les parents, ne pas dévaloriser l'adolescent, maintenir un cadre et une écoute, rester des modèles et lui apprendre à gérer l'adversité (résilience).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Acné : quand passer la main ?

→ N. BODAK

Centre médical CMSEA,
Service de Dermatologie, CHU Necker, PARIS.

L'acné est une maladie inflammatoire du follicule pilo-sébacé induite par les sécrétions hormonales androgéniques de la puberté. La stimulation des glandes sébacées par les androgènes surrénaliens puis gonadiques entraîne une hyperséborrhée accompagnée d'une multiplication de la flore microbienne anaérobie du follicule pilo-sébacé, dominée par *propionibacterium acnes* (*p acnes*).

La flore microbienne ainsi qu'une modification biochimique du sébum sont responsables de l'inflammation de l'infundibulum du follicule pilosébacé. Cette inflammation entraîne une hyperkératinisation de l'infundibulum et la formation des lésions rétentionnelles de l'acné (comédons et microkystes). La multiplication de *P. acnes* au sein de ces lésions rétentionnelles les transforme en lésions inflammatoires (papules, pustules et nodules). Le traitement vise donc à être à la fois antimicrobien, kératolytique et anti-inflammatoire.

Il existe 2 grandes classes de traitements locaux : les rétinoïdes (adapalène et trétinoïne) dont l'action est kératolytique, et le peroxyde de benzoyle (PB) qui est un puissant anti microbien. Ils ont tous les deux un effet irritant et le PB décolore le linge. Les antibiotiques locaux ne doivent pas être prescrits en monothérapie ; ils peuvent être utilisés en association avec les rétinoïdes ou le PB, sur de courtes périodes afin de limiter le risque de résistance.

En cas d'acné plus sévère ou résistante au traitement local seul, on adjoint un traitement oral par cycline, soit doxycycline à 100 mg/j, soit lymécycline à 300 mg/j. Les cyclines agissent par leur activité anti inflammatoire et anti séborrhéique à des doses inférieures de moitié de celle

Questions flash - Préadolescence et adolescence

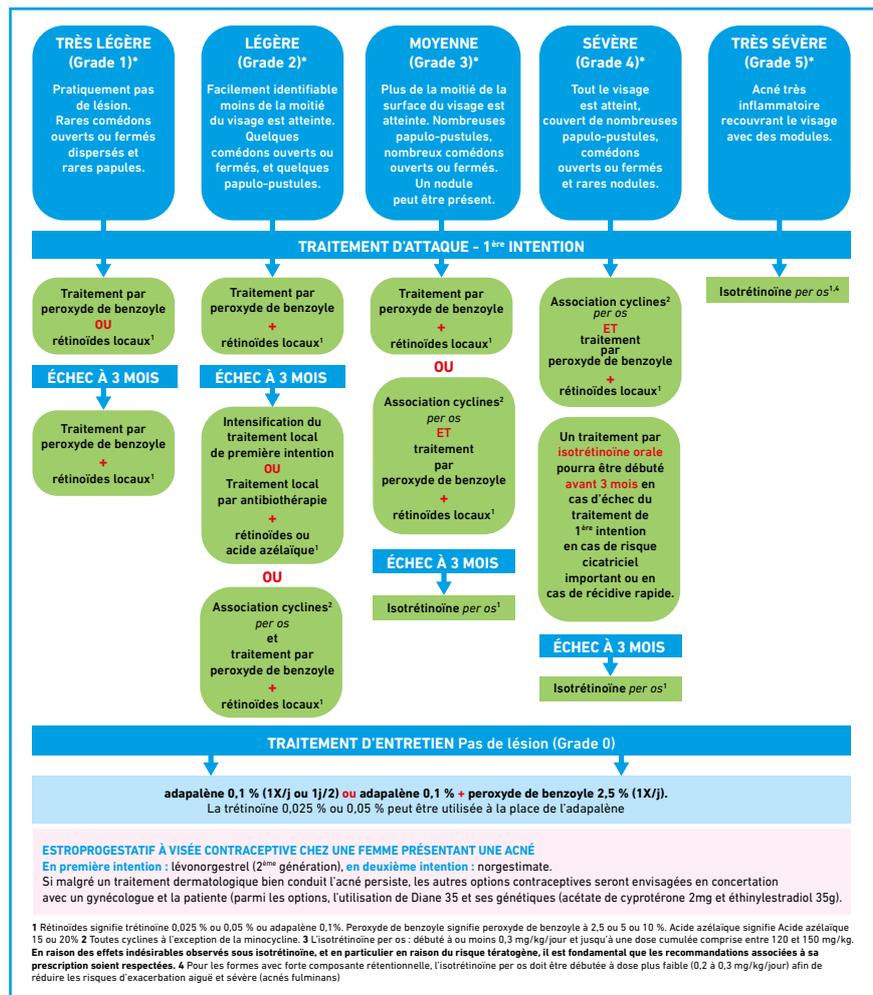


Fig. 1 : Les différents traitements de l'acné.

de l'activité antibactérienne. Elles sont utilisées sur des périodes de 3 mois afin de minimiser le risque de résistance bactérienne. Leur efficacité est perceptible au bout de 6 à 8 semaines. Leur principal effet secondaire est la phototoxicité. En cas d'acné sévère comportant des risques cicatriciels ou d'acné résistante à un traitement classique bien conduit d'au moins 3 mois, se pose l'indication de l'isotrétinoïne. Cette prescription nécessite une contraception chez la jeune fille et les mesures de prévention de la grossesse. La prescription initiale est réservée aux dermatologues. Enfin, chez la jeune fille en demande d'une contraception, un œstroprogestatif de 2^e génération peut être proposé.

Le pédiatre pourra instaurer le traitement de 1^{er} ligne par rétinoïde ou PB. Il pourra le compléter par une cycline en cas d'échec. Et passer la main quand il le souhaite lors des échecs ou des rechutes qui émaillent les années d'évolution de l'acné (fig. 1).

POUR EN SAVOIR PLUS

Recommandations de bonnes pratiques. Prise en charge de l'acné. Traitement de l'acné par voie locale et générale. Texte des recommandations. Société Française de Dermatologie.

Téléchargeable sur reco.sfdermato.org

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Troubles de la puberté à la préadolescence : quand agir ?

→ C. BOUVATTIER

Service d'Endocrinologie pédiatrique, CHU de Bicêtre, LE KREMLIN-BICÊTRE.

Le développement des seins doit être considéré comme pathologique et évalué s'il survient avant 8 ans

La puberté est précoce si le développement des seins survient avant l'âge de 8 ans. Cette limite d'âge est discutée actuellement en raison de l'avance séculaire de l'âge pubertaire. On distingue deux grands groupes de pubertés précoces : les pubertés précoces centrales, d'origine hypothalamo-hypophysaire, les plus fréquentes et les pubertés précoces périphériques, dues à une sécrétion de stéroïdes sexuels par une gonade autonome, indépendante des gonadotrophines. La puberté précoce centrale est liée au déclenchement prématuré, lésionnel ou non, de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Elle est environ 8 fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, et idiopathiques (sans cause retrouvée) dans 90 % des cas. Le tableau clinique retrouve un développement mammaire et une accélération de la vitesse de croissance accompagnée d'une avance de la maturation osseuse. En dehors de la recherche d'une cause, les conséquences d'une puberté précoce sont la fusion précoce des cartilages de croissance, la petite taille adulte, la survenue de règles précoces. Les conséquences psychologiques variables en fonction des enfants sont assez mal connues.

La prise en charge thérapeutique des formes centrales repose sur la prescription d'analogues du GnRH. Leur prescription n'est discutée que devant une puberté précoce évolutive risquant d'entraîner une petite taille. L'évolutivité d'une puberté précoce s'apprécie sur des manifesta-

tions pubertaires d'évolution rapide, une avance de la maturation osseuse de plus de 2 ans, et un pronostic de taille inférieure à 150 cm chez la fille. Le traitement est poursuivi jusqu'à l'âge normal de la puberté. Bien sûr, le traitement d'une éventuelle cause cérébrale sera réalisé en priorité.

L'augmentation du volume testiculaire doit être considérée comme pathologique et explorée lorsqu'elle survient avant 9 ans

La puberté est précoce s'il existe une augmentation du volume testiculaire > 4 mL ou 25 mm de longueur avant l'âge de 9 ans. On distingue deux grands groupes de pubertés précoces : les pubertés précoces centrales, d'origine hypothalamo-hypophysaire, les plus fréquentes et les pubertés précoces périphériques, dues à une sécrétion de stéroïdes sexuels par une gonade autonome, indépendante des gonadotrophines. La puberté précoce est beaucoup plus rare chez les garçons et lésionnelle dans 50-80 % des cas. L'IRM cérébrale est donc un examen indispensable de l'exploration d'une puberté précoce centrale.

Le tableau clinique retrouve un développement testiculaire et une accélération de la vitesse de croissance accompagnée d'une avance de la maturation osseuse. En dehors de la recherche d'une cause, les conséquences d'une puberté précoce sont la fusion précoce des cartilages de croissance et la petite taille adulte et des conséquences psychologiques variables mais moins notables que chez les filles.

Le développement d'une pilosité pubienne isolée avant 8 ans chez les filles et 9 ans chez les garçons doit être évalué.

Isolée, c'est-à-dire sans signe de démarrage pubertaire (pas de développement des seins ou d'augmentation de volume

des testicules), elle témoigne d'une production excessive d'androgènes, le plus souvent surrénaliens. La vitesse de croissance et la maturation osseuse sont parfois accélérées. Cette situation est parfois pathologique et est l'occasion du diagnostic de déficit enzymatique d'origine surrénalienne (déficit en 21-hydroxylase), ou plus rarement d'une tumeur maligne surrénalienne : cortico-surrénalome. Un dosage des androgènes : SDHA (sulfate de déhydroépiandrostérone), delta-4 androstènedione et testostérone confirmera la production excessive d'androgènes. Le dosage de la 17-hydroxyprogestérone permet le diagnostic de déficit en 21-hydroxylase. Le scanner surrénalien est le meilleur examen morphologique pour explorer la surrénale. L'adrénarcho (maturation physiologique de la surrénale) est un diagnostic d'élimination.

POUR EN SAVOIR PLUS

- OBERFIELD SE. Approach to the girl with early onset of pubic hair. *J Clin Endocrinol Metab*, 2011;96:1610.
- LATRONICO AC *et al.* Causes, diagnosis and treatment of central precocious puberty. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2016;4:265.
- BRAUNER R. Paediatric endocrinology: Treatment of girls with central precocious puberty. *Nat Rev Endocrinol*, 2015;11:386.
- CAREL JC *et al.* Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 2009;123:752.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Comment le pédiatre doit-il conduire une consultation d'adolescent ?

→ R. DE TOURNEMIRE

Unité de médecine pour adolescents, Pédiatrie, CHI, POISSY SAINT-GERMAIN-EN-LAYE.

La consultation auprès d'un adolescent requiert de la part du pédiatre une connaissance précise de l'adolescence mais également un savoir-faire. L'adolescence, période mouvementée, tant sur le plan du développement physique – croissance et acquisition des caractères sexuels secondaires – que sur le plan social et psycho-comportemental, transforme en quelques années l'enfant en sujet adulte. Le médecin doit adopter une attitude ouverte, respectueuse et empathique. Il doit montrer son intérêt pour l'adolescent sans être intrusif. L'adolescent doit être au centre de la consultation mais l'on doit veiller à donner une juste place aux parents. Un temps important de la consultation se fait en tête-à-tête, permettant un examen clinique et un entretien où prévention, dépistage et guidance – en termes de santé au sens large – sont abordés. Il s'agit d'une consultation souvent longue qui au mieux sera programmée.

Le pédiatre peut utiliser un auto-questionnaire de préconsultation, tel le questionnaire de Bicêtre, explorant tout à la fois le champ organique, psycho-comportemental et relationnel. Ces questionnaires, outils de médiation, permettent de repérer rapidement des problématiques à aborder.

■ Entretien

Des modèles d'entretien en médecine de l'adolescent existent, en particulier en langue anglaise. Le modèle le plus connu est celui de Goldenring,

Questions flash - Préadolescence et adolescence

créé en 1988 sous l'acronyme HEADS. Enrichi en tenant compte de nouvelles problématiques, HEEADSSS explore aujourd'hui : *Home & Environment, Education & Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression, Safety from injury and violence*. Nous proposons un acrostiche original, en langue française, explorant encore d'autres thématiques, autour du mot **ADOLESCENTS** : Alimentation, Développement physique et pubertaire, Osez explorer la sexualité, Loisirs et Lycée, Entourage familial et amical, Symptômes flous, Compliance, Événements traumatiques, Noir idées noires ou suicidaires, Toxiques, Suivis.

■ Examen clinique

Le médecin demande à l'adolescent de se mettre en sous-vêtement. Une attention particulière est portée à l'hygiène générale du patient. Après la mesure du poids et de la taille – on note les réactions et les commentaires faits par l'adolescent à ce sujet –, le médecin s'intéresse prioritairement aux préoccupations principales de l'adolescent : la peau, organe de relation, et les caractères sexuels, cachés et source de questionnement quant à leur normalité.

■ Courbe poids/taille, courbe de corpulence

Les échanges à l'occasion de la mise à jour de ces courbes démontrent souvent le vif intérêt porté par l'adolescent à ce sujet.

■ Vaccinations

Le pédiatre s'attache à vérifier l'état vaccinal de l'adolescent afin de rattraper les vaccins non faits (ROR, méningite C, hépatite B) et de réaliser les vaccins nécessaires à cette période de la vie (dTPCa vers 12 ans, HPV chez les filles entre 11 et 14 ans, vaccination contre la varicelle si absence de varicelle pendant l'enfance).

■ Prescriptions

Vitamine D et traitement contre l'acné ne doivent pas être oubliés. Une contraception peut également être prescrite à l'issue d'une consultation de "counseling". Il importe de rappeler que la prescription de psychotropes et notamment d'anxiolytiques, d'hypnotiques ou d'antidépresseurs doit être rare à cet âge, jamais au sortir d'une première consultation.

■ Fin de consultation

La fin de la consultation se fait en présence des parents ou de l'adulte référent qui accompagne l'adolescent (penser à proposer au père de venir quelquefois si l'adolescent est toujours avec sa mère) :

– réponse aux questions souvent nombreuses des parents tout en veillant à ce que cette consultation reste celle de l'adolescent. Le médecin peut guider les parents pour comprendre des réactions ou *habitus* parfois paradoxaux de leur enfant ;

– synthèse de la consultation tout en respectant la confidentialité nécessaire à une relation médecin-adolescent de qualité. Respecter la confidentialité ne signifie pas ne rien dire. C'est le rôle subtil du médecin de comprendre jusqu'où va la confidentialité. Parfois, le médecin peut proposer de parler lui-même aux parents d'un sujet difficile pour peu que l'on puisse attendre une aide de ceux-ci. Il peut être ainsi le porte-parole de l'adolescent. Dans d'autres cas, le médecin se donne le temps de quelques consultations pour mieux appréhender le contexte familial.

On veille, quel que soit le motif de la consultation, à encourager les parents à porter un regard optimiste et positif sur leur enfant.

POUR EN SAVOIR PLUS

- DE TOURNEMIRE R. L'adolescent en consultation. EMC (Elsevier Masson

SAS, Paris). *Pédiatrie*, 2010 (2017 à paraître).

- KLEIN DA, GOLDENRING JM, ADELMAN WP. HEEADSSS 3.0 The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. *Contemp Pediatr*. 2014;1:16-28.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Structures d'accueil des adolescents : quel avenir ?

→ R. DE TOURNEMIRE

Unité de médecine pour adolescents, Pédiatrie, CHI, POISSY SAINT-GERMAIN-EN-LAYE.

De nombreuses structures d'accueil existent en France pour les adolescents. On distinguera les structures ambulatoires et les lieux d'hospitalisation temps plein avant d'évoquer un autre rôle dévolu à ces structures à savoir la formation des jeunes pédiatres.

■ Les structures ambulatoires

Ces dernières années ont vu naître plus d'une centaine de maisons des adolescents (MDA) réparties sur tout le territoire français. Ces lieux permettent la rencontre entre une équipe pluri-professionnelle et l'adolescent, les familles et les professionnels sur de nombreuses thématiques. La plupart de ces MDA offrent une ligne téléphonique, un site Internet et des consultations. Il s'agit sans nul doute de la structure qui connaît le mieux les ressources existantes sur l'ensemble d'un territoire, d'un département.

À côté des MDA, on trouve (liste non exhaustive) :

– des lieux de soins psychologiques et psychiatriques tel les Centres Médico Psychologiques (CMP), sectorisés, les Centres Médico Psychopédagogiques (CMPP), les Points Écoute Jeunes;

– des lieux de soins autour des addictions : Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), Centres de Soins d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA);

– des lieux pour l’accompagnement des jeunes à travers leur vie affective et sexuelle : Centres de Planification et d’Education Familiale (CPEF), centres d’orthogénie, Centres de Dépistage Gratuit et Anonyme (CDGA);

– des lieux d’accompagnement autour de la vie professionnelle : Mission locale et Centres d’Information et d’Orientation (CIO).

Les structures d’hospitalisation

À côté des services de pédiatrie et des services de pédopsychiatrie, on remarque des évolutions dans deux domaines : les urgences pédiatriques qui accueillent de plus en plus les adolescents jusqu’à 18 ans et les unités de médecine pour adolescents, avec des lits, des lieux et des professionnels dédiés dans les services de pédiatrie.

La formation des pédiatres autour de l’adolescent

Chaque pédiatre doit être formé à la médecine de l’adolescent pour son futur exercice en libéral ou à l’hôpital. Les unités de médecine pour adolescents, de par leurs connections avec toutes les structures sus-citées offrent sans doute la meilleure formation à cette clinique. Les nouveaux DES de pédiatrie auront à faire un stage obligatoire en “médecine développementale” où la médecine pour adolescents a toute sa place.

Il faut également prévoir des pédiatres spécialisés en médecine pour adoles-

cents pour la centaine de services de pédiatrie et la centaine de MDA : outre une maquette d’internat à concevoir par l’étudiant avec son coordinateur et un senior en médecine de l’adolescent, il est souhaitable d’être titulaire du DIU “médecine et santé de l’adolescent”.

POUR EN SAVOIR PLUS

- DE TOURNEMIRE R, BOUDAILLIEZ B, JACQUIN P *et al.* Pédiatres de l’enfant jusqu’à 18 ans : de l’urgence d’acquérir des compétences dans des unités de médecine pour adolescents. *Archives de Pédiatrie*, 2016.
- DIU Médecine et Santé de l’Adolescent. Directeur de l’enseignement : Pr P Gerardin. Secrétariat 02 35 14 84 01. Les cours ont lieu à Paris.

L’auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d’intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Tatouages, piercings, scarifications : quelle signification chez l’adolescent ?

→ O. REVOL

Psychiatre, Service de Neuropsychopathologie de l’enfant et de l’adolescent, Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Hospices Civils de Lyon, BRON.

Les marquages cutanés ont été longtemps considérés comme des conduites marginales, révélatrices d’une intégration imparfaite (flibustiers, punks, délinquants), avant d’être réhabilités au début des années 1990 par les “people” [1]. De fait, tatouages et piercings prennent place dans la panoplie des *teen-agers* et s’y installent. Si les modes évoluent (skateurs, snowboarders, hipsters...), les marquages restent. Pas étonnant que les concepteurs de séries se soient inspirés de ces nouveaux

codes. En attendant la saison 5 de la série culte “Prison Break”, organisée autour du tatouage géant de Mickael Scoffield, héros surdoué et messianique, les adolescents adorent la série “Blindspot”, sortie en 2016 dans laquelle le corps entièrement tatoué de l’héroïne révèle des renseignements précieux au FBI.

Dans le même temps, l’explosion des scarifications des avant-bras chez les adolescentes en délicatesse avec elles-mêmes ou avec la vie confirme que l’enveloppe cutanée est devenue plus qu’un simple contenant. Comprendre ce phénomène, qui dépasse un classique effet de mode, impose de mettre en perspective la valeur symbolique reconnue à la peau et les particularités actuelles de l’adolescence [2].

■ L’adolescence à fleur de peau

L’adolescent doit élaborer des stratégies d’adaptation pour gérer les profonds remaniements physiques, intellectuels et sexuels qui l’affectent [3]. Les marquages cutanés prennent place dans cet arsenal adaptatif. Depuis leur “pré-histoire” embryologique, la peau et le psychisme entretiennent une vieille histoire d’amour. Frères ectodermiques et nostalgiques, ils nous rappellent sans cesse leur origine commune (eczéma, psoriasis, urticaire...), que confirme le langage populaire (“je l’ai dans la peau”, “il m’horripile”...). Pourtant, la peau, et sa fonction principale, le toucher, n’ont pas la même signification dans toutes les cultures. L’Asie et l’Afrique exaltent les contacts physiques comme outils éducatifs (massage des nourrissons) ou comme moyens de détente. En Occident, le rapport avec le contact physique est plus compliqué. Effleurer le bras de son voisin ou de sa voisine au cours d’un repas incite à s’excuser, preuve que le tact reste encore chargé d’un sens mystérieux.

Les fonctions de la peau accompagnent le développement de l’individu. C’est à travers les contacts cutanés précoces que le nourrisson va créer sa première iden-

I Questions flash - Préadolescence et adolescence

tité, dans une relation de confiance en l'autre, puis en lui, qui va fonder l'estime de Soi. Puis, tout au long de la vie, la peau assure ses deux fonctions essentielles de contention et d'échange [4]. Elle contient en effet le corps de l'enfant avec lequel elle grandit et se transforme. Mais elle contient aussi les émotions, qu'elle laisse paradoxalement souvent transparaître (pâleur, rougeur, sueur...).

Elle peut alors devenir un problème pour l'adolescent, dont elle trahit les états d'âme qu'il aimerait tant garder secrets.

Tatouages et piercings, de nouveaux rites

Mis à la mode dans les années 1990 par certains grands couturiers qui choisirent de parer la peau de leurs mannequins de tatouages transitoires (Jean-Paul Gaultier), les marquages cutanés ont rapidement été adoptés puis diffusés par des comédiens et chanteurs en vogue (Madonna, les Spice Girls), puis les joueurs de foot (David Beckham). Il n'est donc pas étonnant que les adolescents les plus "branchés" leur aient emboîté le pas. La banalisation des marquages cutanés est lancée. Un simple coup d'œil outre-atlantique, poste avancé des rites et coutumes adolescentes, nous renseigne sur l'avenir. Une enquête de 2001 rapporte que 51 % des jeunes américains portent un piercing et 23 % un tatouage [5]. Cette curieuse répartition est logique car le piercing est réversible.

Le mot tatouage provient de la traduction d'un mot tahitien ("ta-tau"), traduit par les anglais "tattoo". Cette pratique aurait été ramenée de Polynésie par les premiers navigateurs au XVIII^e siècle, et elle leur servait à authentifier leur voyage [6].

L'engouement touche avant tout les filles, dont on connaît la préférence à l'adolescence pour les manifestations "internalisées", à la différence des garçons qui préfèrent projeter à l'extérieur leur besoin d'expression (tags...). Les motifs



Fig. 1.



Fig. 2.

sont variés et reflètent volontiers les états d'âme. Le choix des filles se porte plutôt vers des animaux "mignons" (papillon, salamandre, dauphin...). Elles choisissent des emplacements assez stéréotypés : omoplates, bas du dos. Les garçons préfèrent inscrire aux mêmes endroits une typologie animale qui illustre une force, offensive ou défensive (serpent, dragon, aigle, tigre...). Les dessins à forte connotation tribale permettent quant à eux de souligner le galbe des muscles (biceps, mollet...) (fig. 1).

Les piercings, anglicisation du mot français perçage, concernent les deux sexes. On retiendra que la culture européenne a conservé une trace phylogénétique des premiers piercings, avec le perçage des oreilles des petites filles.

La demande concerne des régions *soft* comme les anneaux aux lobes d'oreilles ou les sourcils, et plus *hard* comme la langue ou les mamelons (fig. 2). Quant au bijou ombilical, discrètement révélé par les jeans "taille basse" et les minihauts, il est souvent le premier sujet de conflit entre les adolescentes et leurs parents.

Si chaque choix est sous-tendu par des raisons personnelles, on peut retrouver à l'origine de ces marquages une problématique commune.

Marquer pour se "démarquer"

[6]

Les choix vestimentaires, terriblement répétitifs, semblent actuellement insuffisants pour permettre aux jeunes de se différencier. La problématique de l'adolescent tourne autour de la question du *lien* et de l'*identité*. Le lien, car le grand enfant est dans l'obligation de se désengager sans rompre définitivement avec ses origines, l'identité car le challenge est de finir de se construire pour s'autonomiser sereinement. Un poète chinois estime que les deux choses principales à offrir à nos enfants sont "des racines et des ailes...".

Les marquages cutanés peuvent être relus comme une recherche de liens : lien avec les pratiques ancestrales, qui permettent de renouer avec nos origines. Lien intime, rappelant le rapport entre le corps utilisé comme présentoir, et l'esprit qui donne du sens à la symbolique exprimée. Lien entre la surface et la profondeur sous cutanée avec les piercings. Lien avec les autres, à travers leur regard, curieux, gêné ou horrifié, preuve que l'adolescent existe, différent d'un autre. Car au-delà du lien, c'est son identité qui s'exprime alors. Frappé de son propre sceau [6], l'adolescent prouve tout à la fois sa différence, et son appartenance à un groupe, donc sa bonne intégration sociale. Moins il sera persuadé d'être capable de s'inté-

grer, plus il aura besoin d'en rajouter. La surenchère des tatouages et surtout des piercings par le même enfant, qui le transforment peu à peu en hérisson menaçant, confirme sans doute cette incertitude fondamentale, en apportant la preuve que les premières tentatives d'apaisement se sont vite révélées insuffisantes...

Enfin, piercings et tatouages permettent de rassurer les adolescents sur la reprise du contrôle et de la maîtrise d'un corps qui semblait leur échapper.

Alors ces adolescents percés et tatoués, vont-ils bien ou mal ? Dans la plupart des cas, ces marquages doivent être relus comme une simple stratégie visant à apaiser une période critique, comme d'autres surinvestiront le sport, l'école ou les passages à l'acte. Dans ce sens, ils ne peuvent être considérés comme pathologiques, ce qui n'est pas le cas des scarifications.

Scarifications : se faire mal pour moins souffrir

Le problème des plaies que l'adolescent s'inflige est d'un autre ordre. Ici, pas de recherche esthétique. Ce que l'adolescent revendique est avant tout l'expression d'une douleur "exhibable". On retrouve à minima toutes les composantes symboliques des autres marquages, mais avec un "plus" qui en signe l'aspect pathologique : plus profond, plus archaïque, plus violent...

Beaucoup de choses ont été écrites sur le sens de ces comportements assimilés à tort par les parents à des automutilations (alors qu'il n'y a ni perte d'un membre ni d'une fonction, et que c'est plutôt l'équilibre familial qui se sent mutilé...)? [6]... La cause profonde de ces entailles, localisées en général en haut des avant-bras, est sans doute à rechercher dans le besoin de reprise du contrôle par l'adolescent de sa douleur. En choisissant où et quand il se fait mal, il oublie et/ou maîtrise sa souffrance psychique.

En apaisant la souffrance psychologique, la douleur physique permet d'éviter de penser à des choses plus graves, et de protéger l'appareil psychique, comme un disjoncteur protège le système électrique de la maison.

Cette fois, l'adolescent a su utiliser sa peau comme un message douloureux, à entendre et à respecter comme tel.

Conclusion

Avant de larguer les amarres, il vaut mieux être sûr de son embarcation [7]. Il est plus facile d'entrer dans l'adolescence lorsque l'on bénéficie d'une solide estime de soi, véritable assurance de pouvoir affronter le gros temps qui s'annonce. Dans sa lente traversée vers l'autonomie, chaque adolescent doit trouver en lui les stratégies nécessaires pour se maintenir à flot, malgré les courants souvent contraires.

Les marquages cutanés permettent à certains adolescents d'éprouver leurs propres limites, de vérifier leur étanchéité et de se rassurer sur leur capacité à intégrer le groupe social tout en manifestant leur opposition aux goûts des adultes.

Pour d'autres, tatouages et piercings ne sont que des artifices esthétiques sans signes inquiétants. Dans tous les cas, en dehors d'excès vite repérés, ils n'ont pas de valeur pathologique.

À l'inverse, les scarifications doivent être considérées comme des signaux de détresse, à interpréter comme un appel maladroit qui incite à ouvrir le dialogue. En somme, tous les marquages de la peau doivent être relus par les adultes comme des moyens adaptatifs, rappelant que nos jeunes loups de mer sont bien le fruit d'une alchimie complexe, faite de "chair et d'âme" [8].

Dans une société où les embûches s'annoncent et où l'ultra-libéralisme est de

règle, comment leur reprocher de tout essayer... pour sauver leur peau ?

BIBLIOGRAPHIE

1. REVOL O. Tatouages, piercing et scarifications à l'adolescence. *Réalités Pédiatriques*, 2009.
2. REVOL O. *J'ai un ado mais je me soigne*, 2010.
3. REVOL O. L'adolescence, nouveaux repères pour le pédiatre. *Réalités Pédiatriques*, 2009.
4. ANZIEU D. *Le Moi-Peau*, 1985.
5. www.santé.canada.ca
6. POMMERAU X. *Ado à fleur de peau*, 2006;265.
7. REVOL O. *L'attachement à l'adolescence. L'attachement*, 2009.
8. CYRULNIK B. *De chair et d'âme*, 2006.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Le refus scolaire anxieux : que faire ?

→ O. REVOL

Psychiatre, Service de Neuropsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Hospices Civils de Lyon, BRON.

Le refus scolaire anxieux (RSA), appelé jusqu'alors "phobie scolaire", concerne des enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions très vives de panique quand on essaye de les y forcer [1]. Il ne doit pas être confondu avec l'absentéisme scolaire, qui répond à une définition précise : déscolarisation au moins 4 demi-journées/mois, que la raison soit scolaire, somatique ou sociale (maladie, accidents, handicap, difficultés d'apprentissage, démotivation, erreur d'orientation, problème environnemental ou psychologique). L'absentéisme

I Questions flash - Préadolescence et adolescence

scolaire a concerné 4,5 % des élèves de secondaire français en 2015-2016. Le RSA n'est donc qu'une des causes d'absentéisme scolaire [2].

Le RSA touche 1 % des enfants d'âge scolaire. Plus fréquent chez le garçon (3 garçons pour 2 filles), il apparaît entre 5 et 13 ans, avec 3 pics qui correspondent aux changements d'établissement : CP, entrée au collège et au lycée.

L'enjeu est d'importance. Une absence prolongée compromet les tâches fondamentales d'apprentissage, de socialisation et de renforcement de l'estime de soi et affecte les stades de développement ultérieur [3].

Des signes cliniques stéréotypés : la détresse de l'aube

La forme classique démarre par des plaintes somatiques (maux de ventre, céphalées, vomissements, pâleur, tachycardie, dyspnée, aggravation d'un asthme, diabète préexistant...) survenant exclusivement les veilles d'école.

Le début est souvent brutal, avec un événement intercurrent considéré comme le déclencheur (colle, conflit avec un copain, racket, déménagement, deuil...). Le cœur du problème est un refus de se lever, puis de se rendre à l'école ou de pénétrer dans la classe. Tout forçage entraîne des manifestations d'angoisse intense. L'enfant s'agite, manifeste une grande panique, pleure, supplie ses parents, et semble inaccessible à tout raisonnement. S'il parvient à rentrer en cours, il risque de faire de nombreux séjours à l'infirmerie scolaire, avant d'être rapatrié chez lui. Le calme revient quand l'enfant est assuré de rester à la maison. Il rationalise son comportement (prof sévère, copains méchants...) et promet de retourner à l'école le lendemain. Malgré ses promesses, il en sera incapable. Au contraire, il s'isole de plus en plus, et restreint toutes ses sorties.

L'obsession de rentrer à la maison est pathognomonique. Lorsqu'il s'enfuit de l'école, ce n'est jamais pour faire l'école buissonnière, mais toujours pour retrouver son domicile. Quel que soit le prix à payer ! Comme Jade, 8 ans, qui a volé des ciseaux en cours d'art plastique pour découper le grillage pendant la récréation, et s'évader...

Un coup de tonnerre dans un ciel pas si serein

Le choc pour la famille est d'autant plus sévère que l'évitement scolaire survient chez un enfant sans antécédents, sans problèmes apparents, avec une intelligence normale ou supérieure. La poursuite de l'entretien révèle des particularités pas forcément visibles au premier abord. Derrière une apparente docilité, on retrouve un enfant anxieux, intolérant aux changements, très dépendant de l'entourage, avec un curieux manque de confiance en lui, malgré de bons résultats scolaires [4].

Les parents présentent fréquemment des profils anxieux, responsables d'une éducation marquée par une idéologie sécuritaire. Les mamans sont souvent plus inquiètes que la moyenne (peur des maladies, crainte des rechutes...), et le monde extérieur est vécu comme dangereux. Quant aux papas, ils sont décrits comme des "pères-copains", sans doute pas assez rassurants dans les moments difficiles.

Des causes variées

Plusieurs raisons doivent être envisagées et évaluées tour à tour [5] : anxiété de séparation, phobie sociale, troubles cognitifs, refus de l'autorité.

Sur le plan diagnostique, une stratégie simple permet de n'oublier aucune de ces dimensions. Il suffit de refaire le parcours nécessaire pour se rendre à l'école : d'abord, il faut pouvoir quitter la maison,

puis se confronter au regard des autres, ensuite utiliser ses capacités cognitives et accepter les règles et la discipline. Chaque étape peut être impactée par un problème différent : difficulté à s'éloigner des figures d'attachement, évitement des stimuli scolaires qui provoquent des émotions négatives de craintes, d'anxiété ou de dépression, évitement des situations sociales pénibles notamment lors des évaluations (contrôles, exposés, confrontations aux pairs, cours de sport), enfin, refus de l'autorité.

Des complications préoccupantes

Non traité, le refus scolaire anxieux s'enkyste et s'auto-entretient. Si le but inconscient est de se rassurer, et de rassurer toute la famille, le maintien à la maison arrange tout le monde. Pas de raison que cela évolue. Et c'est tout le processus d'autonomisation qui est mis à mal. Avec des conséquences sévères, comme un évitement de toutes situations sociales (école, amis, activité extra-scolaires, colonies et éloignement des parents). Il est fréquent que les plaintes somatiques réapparaissent, réclamant une attention médicale soutenue. Enfin, à long terme, on constate un risque accru de dépression, d'abus de substance toxique (haschich, alcool), d'addiction aux jeux vidéo en ligne, avec au minimum une perturbation du fonctionnement familial et social.

La sévérité de ce tableau évolutif impose une prise en charge structurée, mais compliquée.

- Se faire accompagner par un poisson pilote ("À deux, c'est mieux")
- Utiliser le dépose-minute ("Kiss and fly")
- Préférer une reprise progressive ("Faire trempe...")
- Organiser un accueil personnalisé ("You're welcome...!")

Encadré I : Quelques astuces pour amorcer le retour à l'école.

Quand ?
<ul style="list-style-type: none"> – Inefficacité des consultations – Situation familiale compliquée – Enkystement de la situation d'évitement
Comment ?
<ul style="list-style-type: none"> – Équipe rodée et cohérente – Activités variées – Psychothérapies – Retour progressif

Encadré II : Critères d'hospitalisation.

■ Il est urgent d'intervenir

L'objectif prioritaire est le retour à l'école [6,7]. Plusieurs étapes sont nécessaires :

- instaurer une alliance thérapeutique ;
- Après avoir expliqué à la famille qu'il n'y a pas de pathologie somatique (et en avoir fait la preuve) [8], il importe de fournir des informations claires, fermes et bienveillantes sur la problématique sous-jacente (“ *il ne s'agit pas d'un caprice, ni d'une faute éducative, mais d'une vraie maladie mentale qui s'articule autour de l'anxiété de séparation...*”).
- préparer le retour par une guidance familiale et pédagogique ;
- On commence par redéfinir les rôles familiaux (adopter une attitude ferme et cohérente entre les deux parents, collaborer avec les enseignants...), avant de rappeler que le retour à l'école n'est pas négociable (“ *comme la ceinture de sécurité en voiture...*”).
- rescolariser progressivement par contrats, avec des stratégies empiriques, qui ont pour objectif de rendre l'école plus accessible (**encadré I**) ;
- soutenir l'enfant et ses parents, sans jamais sous-estimer le “mur infranchissable” que représente le retour à l'école, valoriser ses efforts (+++).

En cas d'impossibilité de rescolarisation, une hospitalisation peut être proposée, selon des critères précis (**encadré II**).

■ Conclusion

Le RSA est une organisation psychologique complexe, invalidante et volon-

tiers résistante. Si l'anxiété de séparation est la cause la plus fréquente, on doit rechercher des indices évocateurs de phobie sociale, ou des particularités cognitives qui rendent l'école insupportable. Les enfants à Haut Potentiel sont souvent concernés. Le rôle du médecin de famille est essentiel. Il est garant de l'évaluation et de l'intervention précoce, est en première ligne pour “éviter l'évitement”, et doit rapidement adresser la famille à une structure médico-psychologique, ambulatoire voire hospitalière, dès que la situation devient chronique.

BIBLIOGRAPHIE

1. REVOL O, HIRSCH E, MEYSSAT D *et al.* Quoi de neuf en pédopsychiatrie. *Réalités Pédiatriques*, 2016.
2. GALLÉ-TESSONNEAU M, DORON J, GRONDIN O. Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire : une revue de littérature internationale systématique. *Pratiques Psychologiques* [Internet]. [cité 26 juillet 2016]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176316000225>
3. HOLZER L, HALFON O. Le refus scolaire. *Archives de Pédiatrie*, 2006;13: 1252-1258.
4. REVOL O. *Même pas grave, l'échec scolaire, ça se soigne*. 2006,183.
5. KEARNEY CA, PURSELL C, ALVAREZ K. Treatment of School Refusal Behavior in Children with Mixed Functional Profiles. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2001;3:11.
6. BENRIKA S. Le refus anxieux scolaire : A propos de 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy. Faculté de médecine de Nancy, 2010.
7. GASPARD J-L, BRANDIBAS G, FOURASTE R. Refus de l'école : les stratégies thérapeutiques en médecine générale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2007;55:367-373.
8. KATZ F, LEITH E, PALIOKOSTA E. Fifteen-minute consultation for a child not attending school: a structured approach to school refusal. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 2016; 101:21-25.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

La préadolescence, phase de latence ou période clef ?

→ O. REVOL

Psychiatre, Service de Neuropsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Hospices Civils de Lyon, BRON.

Longtemps considérée comme calme et tranquille, la préadolescence se révèle être en fait une période riche et informative pour les médecins d'enfant¹. Elle offre l'opportunité de repérer, voire de prévenir des troubles psychologiques que l'on pensait réservés à l'adulte. Le sujet est difficile parce que cette période évolue et reflète les changements sociaux et culturels.

■ Un concept récent

Si la notion d'“adolescence” existe depuis la fin du XIII^e siècle, le mot “préadolescence” est apparu à la fin des années 1950. Comme souvent, les références culturelles ont anticipé les observations des scientifiques. En 1955, l'écrivain Nabokov crée le “buzz” avec son roman “*Lolita*”. Sulfureux et fort critiqué à l'époque, cet ouvrage augurait des profonds changements à venir dans les mentalités, comme cette accélération sociétale qui pousse les enfants très tôt vers l'adolescence. Un nouvel espace de transition s'est ouvert pour une catégorie de la population qui ne peut plus être considérée comme des enfants, mais pas encore comme des adolescents.

Les héros de BD reflètent les intérêts des nouvelles générations. Le modèle du préado a été longtemps représenté par Titeuf, qui est venu rafraîchir la notion de préadolescence et attester de sa sexualisation. Âgé de huit ans au début de la série, Titeuf parle de sexualité de façon

¹ “La préadolescence: période de latence ou adolescence précoce?” Colloque organisé le 11 mars 2011 à Paris par l'Afar.

I Questions flash - Préadolescence et adolescence

directe, mais dédramatisée, sans complexe pourrait-on dire. Il reste un amoureux transi de Nadia, une camarade de classe. Il ressemble aux enfants de son âge, avec leurs aspirations et leurs faiblesses. Tout se passe comme s'ils étaient adolescents avant d'être pubères, ce qui perturbe les parents et vient compliquer les interactions familiales.

Une BD plus récente, Pico Bogue², illustre cette évolution du concept de préadolescence. Pico, 10 ans, et sa petite sœur Ana Ana, sont des enfants typiques de leur époque, avec déjà une jolie expérience de la vie, une grande lucidité et un humour (im) pertinent.

■ Des émotions en “jachère” ?

La préadolescence est située classiquement entre 8 et 13 ans, c'est-à-dire avant l'orage hormonal et les modifications physiologiques de la puberté. L'entrée au collège lui sert de cadre. L'enfant n'accède pas encore à l'autonomie, mais pour la première fois il fait un certain nombre d'activités seul. Entre l'enfance, où le parent est censé exercer encore une maîtrise totale sur l'enfant, et l'adolescence où tout contrôle finit par lui échapper, se trouve une étape délicate, un entre-deux, que le médecin généraliste, le pédiatre et le psychiatre apprennent à redécouvrir.

Au moment où la notion de préadolescence a émergé, la psychanalyse dominait la psychopathologie. Selon celle-ci, il existe une période de latence qui va du déclin du complexe de la sexualité infantile (vers 5 ou 6 ans) jusqu'au début de la puberté. L'évolution de la sexualité marquerait un temps d'arrêt, et permettrait à l'enfant de réserver son énergie aux apprentissages scolaires. L'enfant prépubère, débarrassé des préoccupations hostiles et sexuelles de la petite enfance, serait particulièrement bien dans sa peau. Il est vrai que son développement physique, intellectuel et affectif

est intense et harmonieux. Vif, créatif, joueur, il est sensible aux règles et à l'ordre moral. En particulier les préados de la génération Z (nés après 2000), particulièrement attachés à la recherche de stabilité et de sécurité [1].

Sur le plan affectif, la préadolescence serait “l'âge rêvé pour la colo” !

Au niveau cognitif, Piaget avait établi que l'intellect se modifie à cet âge, et que le jeune passe d'une pensée intuitive à une pensée plus abstraite. Cette perspective s'est élargie lorsque l'on a montré, grâce à l'imagerie médicale, que la neurogénèse se poursuivait activement pendant l'adolescence. C'est la période de l'élagage neuronal, justifiant de stimuler les fonctions que l'on souhaite conserver, voire enrichir. Sous peine de perdre les neurones inutilisés ! (“ *use it or lose it*”) [2].

■ Une période de plus en plus courte

La nouveauté de cette période est d'abord la réduction de sa durée. Prématurément aspirés par l'adolescence, les préados paraissent très (trop ?) vite absorbés par des préoccupations autour de l'autonomie et de la sexualité. Ils exigent des adultes qu'ils reconnaissent leur nouveau statut, tandis qu'ils empruntent les codes adolescents dès le primaire : intérêt pour les vêtements de marque, revendications de téléphone portable et à l'accès aux réseaux sociaux (Facebook). Les sociologues ont renommé “*tweens*” ces enfants très courtisés par le marketing et la publicité. L'accès aux écrans et à Internet les surexpose à des découvertes prématurées, notamment en matière de sexualité et de toxiques. Et tout cela pendant que leurs parents tentent de rester jeunes, que les familles se recomposent et que la menace du chômage se fait plus forte.

Sur le plan clinique, la période est importante car le clinicien peut repérer certaines affections passées inaperçues dans l'enfance.

■ Une période clef pour dépister des troubles neuro-psychopathologiques

Le Trouble Déficit d'Attention avec Hyperactivité (TDAH) combine de façon variable une hyperactivité, une impulsivité et un déficit de l'attention. Le diagnostic est posé en général vers l'âge de 7 ans, après que le trouble ait entraîné des difficultés d'apprentissage à l'école et/ou des troubles du comportement à la maison [3]. Il arrive que le diagnostic ne soit établi qu'à la préadolescence parce que le TDAH était jusque-là bien contenu par les règles éducatives ou parce qu'il a été compensé par une éventuelle avance intellectuelle. La coexistence d'un Haut Potentiel Intellectuel et d'un déficit d'attention est un piège classique. Les bonnes capacités intellectuelles ont pu longtemps masquer les déficits cognitifs, et vice versa. L'apparition au collège de premières difficultés scolaires, chez un enfant jusque là bon élève, incite à faire pratiquer une évaluation du QI, avant de parler de paresse ou de démotivation [4]. C'est le modèle classique d'un trouble révélé à la préadolescence alors qu'il existait dès l'origine.

Les troubles de l'humeur apparaissent plutôt à l'adolescence où ils prennent souvent l'allure de débordements comportementaux. Ils peuvent avoir été précédés par des manifestations passées inaperçues du fait de leur atypicité. Le préado déprimé est volontiers impulsif, agressif, voire instable sur le plan moteur. Les recherches actuelles s'orientent sur le décryptage d'un éventuel trouble bipolaire, masqué derrière l'irritabilité et l'instabilité psychomotrice. L'agitation pourrait en effet s'imposer comme un équivalent hypomaniaque chez l'enfant, compliquant le diagnostic différentiel avec un authentique TDAH. C'est durant la préadolescence qu'une enquête anamnétique bien conduite amène de solides arguments en faveur d'un des deux syndromes [5].

² Créé par la scénariste Dominique Rogue, et illustré par son fils, Alexis Dormal.

Les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) apparaissent vers l'âge de 10 ans. Les obsessions portent sur la propreté, la sexualité, la religion ou la peur des catastrophes. Les compulsions prennent la forme de rituels de lavage ou de vérification, surtout à certains moments de la journée (coucher, toilette ou repas). Le challenge consiste à ne pas rater les rituels idéiques (comptage, répétitions de mots...), invisibles alors que très fréquents à cette période. Ils imposent de poser à l'enfant qui nous paraît préoccupé des questions simples : *“t'arrive-t-il d'avoir des pensées bizarres qui reviennent tout le temps dans ta tête, qui t'empêchent de réfléchir et dont tu ne peux pas te débarrasser ?”* [6].

L'anxiété généralisée se manifeste vers 8 ou 9 ans. Elle prend la forme de soucis excessifs concernant les performances scolaires par exemple. Elle va de pair avec des troubles du sommeil, une asthénie ou une agitation fébrile. Si les *attaques de panique* s'installent plutôt à l'adolescence, les *phobies sociales* s'expriment au cours de la préadolescence. Malheureusement, ces troubles anxieux ne sont souvent reconnus qu'après la survenue de complications (refus scolaire, troubles du comportement, tentative de suicide).

Des demandes de consultations variées

C'est toujours l'environnement du préado qui est à l'origine de la consultation. L'initiative peut venir de l'école, alertée par le retard de certains apprentissages (langage, lecture, écriture), des difficultés d'interaction sociale ou des troubles du comportement [6]. Le plus souvent, elle vient des parents, lorsque le préado évolue différemment de ses frères et sœurs par exemple, ou devant la survenue de difficultés symptomatiques : agitation, irritabilité, plaintes somatiques, surcharge pondérale, insomnies ou parasomnies

(somnambulisme, terreurs nocturnes), persistance de l'énurésie nocturne ou de l'encoprésie, isolement social, rejet par ses pairs, voire victimisation, addictions aux jeux vidéos +++ (joue la nuit en cachette), tabac, conduites à risque, soit licites (VTT, trottinette...) soit illicites (alcool, haschich). Certains comportements sont liés à la personnalité de l'enfant et existent depuis toujours. Par contre, tout changement brutal chez un enfant prépubère (donc non imputable à l'adolescence) est à prendre en compte.

Quels que soient les signes d'appels, il revient au médecin de famille d'en déterminer le caractère morbide ou pré-morbide. Un questionnement simple aide à répondre à cette question : le symptôme incriminé a-t-il un retentissement péjoratif sur la vie familiale, scolaire ou sociale de l'enfant ? Lorsque la réponse est négative, on doit rester vigilant, mais on ne peut parler de trouble mental.

Enfin, la préadolescence est le moment idéal pour proposer des évaluations psychométriques qui pourraient révéler des décalages spécifiques, voire une avance intellectuelle [7]. Dans tous les cas, le challenge consiste à ne pas rater la rencontre avec le préado.

Un contact particulier

L'entretien avec un préadolescent est le plus souvent facile, bien qu'il puisse varier selon le degré de maturité. Il est préférable d'éviter les techniques habituellement utilisées avec les enfants (dessin ou jeu). Le préadolescent n'a aucune envie de revenir à l'enfance dont il cherche à s'éloigner à marche forcée. Il est préférable d'aborder le préado comme un adolescent : le recevoir un moment seul, sans ses parents, et privilégier une approche périphérique en discutant à bâtons rompus et en s'intéressant en premier lieu à ses loisirs, avant d'aborder le problème pour lequel il est amené à la consultation.

La préadolescence, une période à redécouvrir

Classiquement réputée tranquille, la préadolescence est certainement plus mouvementée qu'elle n'y paraît. Les jeunes n'attendent plus la "crise d'adolescence" pour s'affirmer. Ils le font avant même l'entrée au collège [8]. Cette période devient un observatoire intéressant pour le clinicien. Le bain hormonal pré-pubertaire fait apparaître progressivement des traits de caractère, inaperçus jusqu'alors, bien que présents depuis l'origine dans la trame de la personnalité de l'enfant. La préadolescence s'impose ainsi comme un puissant révélateur, qui offre au clinicien averti une photographie intéressante du profil psycho-comportemental de l'enfant [9].

Le repérage de signes précurseurs d'affections psychiques va permettre d'agir avant l'explosion provoquée par l'adolescence. La proposition d'une approche psychothérapique est plus facilement acceptée lorsque l'enfant n'est pas encore totalement engagé dans le processus d'indépendance qui l'amènera tôt ou tard à s'opposer aux injonctions des adultes.

Ce qui est nouveau à la préadolescence :

- réduction de la durée et remodelage de la période ;
- débuts anticipés de certaines pathologies de l'adolescence ;
- révélation de troubles infantiles masqués.

Pour la pratique :

- aborder les préados comme de jeunes adolescents ;
- encourager les stimulations artistiques et sportives ;
- repérer les signes évocateurs de troubles de l'humeur ;
- rechercher des troubles anxieux ;
- penser à l'éventualité d'une avance intellectuelle ;
- analyser la gravité des symptômes en évaluant leur impact dans les 3 domaines importants à cette période : familial, social et scolaire.

Questions flash - Préadolescence et adolescence

BIBLIOGRAPHIE

1. REVOL O. Quoi de neuf en pédopsychiatrie. *Réalités Pédiatriques*, 2016.
2. REVOL O. *J'ai un ado mais je me soigne*, 2010.
3. REVOL O. *On se calme, enfants agités, parents débordés*, 2013.
4. REVOL O, BLÉANDONU G. Précocité, talents et troubles d'apprentissage. *Approche Neuropsychologique des troubles d'apprentissage* (sous la direction de Chokron S. et Démonet J-F), 2010.
5. DA FONSECA D, FAKRA E. Phase pré-morbide du trouble bipolaire. *L'Encéphale*, 2010;1,S3-S7
6. REVOL O. Même pas grave, l'échec scolaire ça se soigne, 2006.
7. REVOL O. 100 idées pour aider les enfants à Haut Potentiel, 2015.
8. DE SINGLY F. Les adonaissants, 2006.
9. REVOL O, BLÉANDONU G. Les consultations à la préadolescence. *La revue du praticien*, 2011;61.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



19^{es} JOURNÉES INTERACTIVES DE RÉALITÉS PÉDIATRIQUES



JEUDI 22 MARS ET VENDREDI 23 MARS 2018

PALAIS DES CONGRÈS – VERSAILLES

Le nouveau portail de Performances Médicales

| www.performances-medicales.com |

performances
médicales

QUI SOMMES-NOUS NOS REVUES NOS ÉDITIONS SPÉCIALES NOS CONGRÈS

Médicaments qui peuvent causer ou exacerber une insuffisance cardiaque

Par F. Delahaye

RÉALITÉS CARDIOLOGIQUES | RECOMMANDATIONS ACC/AHA

NOS REVUES

 ACCÉDER AU SITE S'ABONNER À LA VERSION PAPIER			
 ACCÉDER AU SITE S'ABONNER À LA VERSION PAPIER			

NOS CONGRÈS

 JOURNÉES INTERACTIVES DE FORMATION DE RÉALITÉS OPHTALMOLOGIQUES EN SAVOIR PLUS	 JOURNÉES INTERACTIVES DE RÉALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN DERMATO-VÉNÉROLOGIE EN SAVOIR PLUS	 JOURNÉES INTERACTIVES DE RÉALITÉS PÉDIATRIQUES EN SAVOIR PLUS
---	---	--

| Un accès à tous nos sites de spécialités à partir d'une seule et même inscription. |

0,30 mg
EPIPEN[®]
> 30 Kg

0,15 mg
EPIPEN[®]
15 à 30 Kg

ANTICHOC

Auto-injecteur d'adrénaline intra-musculaire

TRAITEMENT D'URGENCE DES RÉACTIONS ALLERGIQUES SÉVÈRES

(choc anaphylactique) provoquées par exemple par des morsures ou piqûres d'insectes, des aliments, médicaments ou autres allergènes, ainsi que dans le traitement du choc anaphylactique idiopathique ou induit par un exercice physique.

Les auto-injecteurs EpiPen[®] sont destinés à une administration immédiate chez les patients qui ont un risque élevé de réaction allergique sévère, y compris ceux présentant des antécédents de réactions anaphylactiques.⁽¹⁾

AUTO-INJECTEUR AVEC 2 LONGUEURS D'AIGUILLE

Aiguille recouverte
et non visible avant
et après l'injection

ADULTE*
EpiPen[®] 0,30 mg

15,5 mm



ENFANT**
EpiPen[®] 0,15 mg

12,5 mm



Longueur d'aiguille exposée (+/- 2,5 mm)

* Adultes, adolescents et enfants > 30 kg : la dose usuelle est de 300 µg.
** Enfants de 15 kg à 30 kg : la dose usuelle est de 150 µg (0,01 mg/kg).
Enfants < 15 kg : utilisation non recommandée sauf en cas de risque vital ou décision du médecin.⁽¹⁾

(1) RCP EpiPen[®]



Mentions légales disponibles sur la base de données publiques des médicaments:
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
et sur www.epipen.fr