

Rôle du pédiatre auprès d'adolescents : Exemple de la consultation pédiatrique au sein d'une maison des adolescents.

Dr Elsa Massabie
Elsa.Massabie@chlc.fr

Les maisons des adolescents sont nées de la volonté d'offrir aux adolescents et à leurs familles un accueil généraliste et des réponses pluridisciplinaires de qualité en un même lieu, facile d'accès et adapté à leurs besoins.

La première réponse médicale est une des portes d'entrée de ces lieux.

Rendre accessible un médecin sensibilisé à l'adolescence voire formé à la médecine de l'adolescent est véritablement une des plus values de ces dispositifs.

L'autre performance est de faire travailler sur la même plateforme et dans les mêmes conditions (gratuité, confidentialité, libre adhésion) différents acteurs de l'adolescence comme autant d'outils que peut saisir le jeune à un moment donné de son parcours.

Alors que les questionnements autour de l'adolescence sont très souvent l'affaire des « pys », pédopsychiatres en premier lieu, il serait une erreur de ne pas tenir compte des besoins de santé spécifiques des adolescents et de la

place prépondérante prise par le corps à ce moment de la vie.

A ce titre, de nombreuses maisons des adolescents ont développé des partenariats avec des médecins dits « somaticiens », généralistes ou spécialistes. Pourtant, si la maison des ados se veut être un lieu d'accueil d'un adolescent et non d'un comportement donné, la place faite à son corps peut être fractionnée en spécialités : permanences de dermatologue, de gynécologue, voire d'endocrinologue.

Il est un professionnel qu'il ne faudrait pas mettre de côté tant sa consultation auprès d'un ado est riche : c'est le pédiatre.

Mais le pédiatre, c'est le médecin de l'enfant... !!

Et justement !

Loin du tout petit, mais pas si éloigné non plus, l'adolescent trouve chez le pédiatre un interlocuteur de choix. Car il est surtout le médecin du sujet en devenir dans une approche

nécessairement **globale et dynamique** de son jeune patient.

Globale, car à la fois attentif au développement physique, moteur et psychique, il s'attache à connaître l'environnement de l'enfant, son rythme et ses lieux de vie, ses loisirs et tout ce qui fait son quotidien...autant d'éléments de la rencontre qui ont du sens pour l'adolescent.

Sa mission de santé publique et de prévention est bien identifiée dans de nombreux domaines, des vaccinations aux accidents domestiques pour les plus jeunes. L'adolescence étant le moment de la vie où peuvent être adoptés des comportements néfastes pour la santé (comme l'arrêt d'une activité physique, une alimentation déséquilibrée, la consommation de produits, le tabagisme), sa mission de prévention prend alors une dimension majeure à l'échelle de l'individu dans une transmission du « prendre soin de soi ». Sans parler de l'entrée dans la sexualité...

Dynamique, car ce qui est commun entre la pédiatrie et l'adolescence, c'est la nécessité de s'adapter aux changements.

L'adolescence, c'est le moment de la vie unique par sa dynamique de transformations dans les domaines de l'intime, du corps au corps social, articulé autour de l'avènement d'un corps sexué.

Le pédiatre peut donner sens à ce grand chantier qui est la puberté par son savoir de l'avant et de l'après, par sa lecture intégrative des chamboulements

physiques, psychiques mais aussi intimes et relationnels.

Le pédiatre intègre l'instant dans le passé et dans le long terme. Et c'est par cet **arrêt sur image** mis dans la perspective de la continuité qu'il répond aux besoins propres de l'adolescent.

Mais les ados ne veulent plus voir de pédiatre... !

Il s'agit là encore d'un a priori de la part des adultes, levé par la pratique auprès des adolescents.

Le pédiatre, effectivement reconnu comme spécialiste de la petite enfance, a pour avantage d'être un professionnel bien identifié par une majorité des jeunes, et souvent même avec une pointe de nostalgie bienveillante. Ce n'est pas toujours le cas des professionnels du « psy » qui peuvent effrayer par les représentations dont ils sont porteurs, bien malgré eux. Bien sûr, ce n'est pas systématique mais l'expérience d'un refus catégorique de rencontrer un psy chez ceux qui en ont hélas le plus besoin n'est pas rare.

L'adolescent qui consulte questionne avant tout le « **Suis-je normal** » et « **suis-je aimable** ». Rencontrer d'emblée un psy peut biaiser les réponses par « je vois un psy, donc je suis fou », « je suis fou, donc personne ne voudra de moi ».

Il en est de même pour les familles qui peuvent parfois être elles-mêmes marquées par la psychiatrie de manière plus ou moins proche.

La consultation avec un adolescent est nécessairement longue. Généralement

une heure, surtout si c'est la première rencontre.

Elle comporte des étapes et s'organise autour d'un temps fort, **l'examen clinique**, qui ne prend sens, pour le jeune comme pour le professionnel, que s'il fait suite à un entretien soigné, bienveillant et adapté à l'âge de l'adolescent.

Toujours se méfier d'un ado qui « paraît plus » ou qui « paraît moins ». C'est aussi ce qu'enseigne la pédiatrie : rien de tel que l'âge civil, précis au mois près, car l'apparence peut jouer des tours et surtout chez les adolescents !

La puberté est un passage à l'acte de la nature sur lequel l'adolescent n'a pas de prise. Elle s'impose quand le temps biologique lui semble venu et peut faire décalage avec là où en est le sujet.

N'avez vous jamais rencontré d'adolescente âgée de 12 ans mais qui en paraît 16 ou de jeune garçon en fait bientôt majeur ?

Ce décalage joue bien des tours, aux familles, aux différents professionnels et à l'adolescent lui-même.

Parfois bien vécu, cela reste souvent une source de souffrance pour le jeune. Cette apparence trompeuse, ne reflétant pas la réalité psychique du jeune, peut être la cause de mal être d'expressions multiples passant des attaques du corps (scarifications, troubles des conduites alimentaires, tentatives de suicide), aux prises de risque diverses.

Ainsi, une toute jeune adolescente nous disait volontiers que si elle pouvait changer quelque chose chez elle, ce serait « *mes hormones* ».

Embarrassée par un corps de femme à 12 ans, elle mettait cette puberté pressée sur le compte d'un inceste vécu dans sa petite enfance mais dont elle n'avait aucun souvenir. Son corps était alors porteur de ce trauma et cette avance pubertaire était, pour elle, le rappel de cette sombre histoire. Voilà le sens qu'elle donnait à ce décalage somapsyche.

D'autres, au contraire, sont ravis de cette métamorphose rapide et vont exhiber avec plaisir leur nouveau « costume », panoplie souvent trop grande et dans laquelle les adultes et eux-mêmes se prennent les pieds. A ce titre, combien de parents se confient à leur enfant qu'ils croient être « déjà adulte » oubliant qu'ils n'ont pas encore tous les outils psychiques et même cérébraux pour gérer leurs émotions ?

Pour ne pas se faire avoir, le carnet de santé et les courbes de croissance sont des outils particulièrement précieux pour objectiver, ou mettre en « vrai » ce qui est subjectif et non palpable.

Dans une maison des adolescents, le pédiatre intervient rarement en première ligne mais plutôt à la demande de l'équipe d'accueil ou, à la demande du jeune. Il s'agit souvent d'une « orientation interne » à la structure mais pour laquelle l'adolescent a toujours été concerté et qui ne se fait qu'avec son accord.

Il est vrai que c'est très confortable de rencontrer le jeune dans ce contexte: personne n'est pris dans le guet apens de l'entretien « manigancé » qui aboutit rarement à une rencontre authentique.

Les indications sont multiples : besoin d'un éclairage différent sur la situation d'un adolescent, questions autour d'une éventuelle pathologie, demande de l'adolescent de faire le point sur sa santé avec comme porte d'entrée, les interrogations classiques autour du poids, de la taille et du sommeil.

L'entretien minutieux et orienté permet de placer l'adolescent dans son contexte de vie. Connaître son environnement, ses loisirs, ses projets (même s'il n'en a pas), ses expérimentations et premières fois diverses sont autant d'éléments qui permettent de poser le décor et de rencontrer le jeune de manière authentique.

Vient ensuite la revue du carnet de santé, intéressant à commenter avec l'adolescent car il déborde de renseignements sur l'enfant passé.

Les courbes de croissance (staturale, pondérale, et de corpulence) sont retranscrites à partir du carnet de santé.

C'est toujours très riche de voir l'adolescent se pencher sur ses courbes, rechercher dans sa mémoire à quoi peut correspondre un rebond, une cassure...

C'est ainsi que souvent, sans que personne ne s'en soit véritablement inquiété, on remarque une prise de poids rapide après un divorce des parents, un déménagement, ou un début de cassure pondérale bien avant que l'anorexie mentale ne soit évoquée...

Ces courbes sont un peu le reflet de l'enfant que l'adolescent était...

Vient enfin le temps de l'examen clinique et c'est à la lumière de l'ensemble des éléments précédemment recueillis qu'il va prendre sens. Poids, taille, pouls, tension (parfois pour la

première fois), auscultation du cœur, des poumons, examen du dos, de la peau, ... c'est un examen non pas exhaustif mais spécifique à l'adolescent et surtout commenté. Parfois aidé de planches comme celle de Tanner qui permettent d'évaluer le stade pubertaire.

Puis arrive le temps de la synthèse avec l'adolescent, **ce fameux arrêt sur image de là où en est le jeune dans son corps, dans sa tête, le chemin parcouru et celui qui lui reste à faire.**

L'entretien avec les parents se fait dans un dernier temps, précieux à bien des égards pour le professionnel et pour le jeune. Son histoire est racontée, partant souvent de très loin, dès la vie in utero ! Là encore, l'attitude des parents est riche tant parfois les souvenirs restent vifs.

Le pédiatre garde toujours une oreille attentive aux premiers instants de vie du bébé : la grossesse, l'accouchement, les premiers soins, une éventuelle séparation en lien avec une hospitalisation en réanimation ou en néonatalogie, l'existence d'une souffrance néonatale ou d'une infection materno-fœtale... cela raisonne par l'expérience que le pédiatre a de ces différents services et maladies. Les conséquences peuvent être lourdes, parfois sur le plan physique, souvent en terme d'attachement et de culpabilité parentale.

Autant d'éléments qui peuvent venir teinter l'adolescence de l'enfant.

Cette consultation de médecine d'adolescent sera parfois unique,

toujours rediscutée entre l'adolescent et son référent de la maison des adolescents. Elle pourra se conclure par une orientation coordonnée « hors les murs » ou par un autre rendez-vous. **La seule règle doit être celle du « cas par cas ».**

Pour comprendre l'intérêt d'un pédiatre au sein d'une maison pour adolescents, nous illustrerons notre propos par les histoires de trois jeunes.

Il y a tout d'abord **Marion, âgée de 16 et demi ans** au moment où elle vient à la MDA avec sa mère devant des difficultés scolaires nécessitant un accompagnement pour son orientation. Elle est scolarisée dans un lycée privé en 2nde BAC pro SPV L. Marion et sa mère rencontrent d'abord un professionnel sur l'espace d'accueil qui, rapidement, propose une consultation avec le pédiatre.

Le contexte de cette adolescente est le suivant : ses parents sont divorcés, seul le père a refait sa vie. Marion ne s'entend pas avec son père qui tient des propos systématiquement dévalorisants à son égard. Sa mère semble être à bout pour différentes raisons : la scolarité de sa fille d'une part, qu'elle porte à bout de bras depuis toujours, et les problèmes de poids de Marion qui ne semble pas concernée par ce problème de santé. En effet, Marion dévore, engloutit et met en échec tous les suivis diététiques. Madame a récemment été interpellée par le proviseur indiquant que Marion n'avait pas le niveau pour rester dans la filière choisie et que son comportement en stage posait problème. Madame est

désemparée, Marion semble plus exaspérée par sa mère que par sa situation.

D'emblée, la présentation de l'adolescente interpelle. Elle est obèse (96kg pour 1m68), souffre d'une myopie sévère. Il existe quelques discrets traits dysmorphiques. Son contact est aussi relativement atypique, sans barrière, enfantin, elle fait preuve d'une spontanéité que l'on imagine bien déranger dans le cadre d'un stage professionnel.

Marion n'a jamais eu de suivi en dehors de consultations diététiques. Ses importantes difficultés scolaires n'ont jamais été investiguées.

Sur le plan familial, Madame avoue à demi-mots que les relations avec le père de Marion se sont dégradées progressivement, dès la naissance de cette dernière. Madame protégeait beaucoup sa fille, là où son père pouvait se sentir attaqué par une enfant peu valorisante...

Devant cette adolescente présentant un tableau d'allure syndromique associant obésité morbide, myopie sévère, traits dysmorphiques, difficultés scolaires et défaillances des habiletés sociales, un bilan dans le service de génétique est proposé grâce à une porte d'entrée autour des difficultés d'apprentissage. L'orientation est acceptée par les deux. Les résultats, obtenus quelques mois après, mettent en évidence chez Marion la délétion d'un gène, déjà décrite dans la littérature comme pouvant expliquer l'obésité et la déficience intellectuelle modérée que présente la jeune.

Pour cette adolescente, la consultation pédiatrique a permis de prendre en considération l'ensemble de ses

difficultés, en intégrant la problématique de l'obésité au même titre que celle des difficultés scolaires et en repérant les discrets éléments dysmorphiques comme faisant partie d'un même ensemble.

L'entretien avec la mère, en présence de la fille, a soulevé la question du handicap craint par tous depuis longtemps mais dans le déni entretenu par une maman qui n'a eu de cesse d'aider sa fille pour qu'elle réussisse, ce qui a eu pour effet de masquer un temps la réalité des difficultés.

L'histoire de **Gaëlle, 18 ans et demi** quand elle arrive la première fois à la maison des adolescents.

Elle vient via la porte d'entrée culturelle. Passionnée de dessins, elle trouve son intérêt dans un atelier animé par une plasticienne et par un professionnel de la maison des adolescents dont l'objectif est la création d'un livret. Gaëlle ne fait rien d'autre ni de ses journées, ni de sa semaine car elle est déscolarisée depuis plusieurs années.

Tout chez Gaëlle évoque un trouble du spectre autistique. Son contact est distant, elle est étrange à bien des égards. Sa vêtue est toujours la même : jean, chemise et foulard.

Dans le groupe ouvert qu'elle fréquente, elle trouve néanmoins sa place, gardant les autres à distance, mais intégrée grâce à l'accueil bienveillant des professionnels. Pendant des mois, les professionnels l'approchent, l'apprivoisent.

Gaëlle croise le pédiatre à chaque fois qu'elle vient.

Enfin, au bout de plusieurs propositions, Gaëlle accepte la consultation pédiatrique. L'objectif est de l'accompagner vers des soins psychiques qu'elle serait en mesure d'accepter (Gaëlle est majeure). Après l'entretien, vient le moment de l'examen clinique.

Gaëlle, très réticente, accepte néanmoins de relever ses manches, de retirer son foulard découvrant alors sur un goitre thyroïdien volumineux, dur et bosselé.

L'orientation vers des soins psychiatriques n'est plus la priorité... Gaëlle est rapidement adressée au service adapté. Elle sera opérée puis traitée pendant plusieurs mois pour un cancer d'une agressivité extrême.

L'histoire de Gaëlle illustre la difficulté de certains jeunes pour consulter un médecin, même « leur » généraliste. Gaëlle a accepté de rencontrer le pédiatre parce qu'il faisait partie d'un tout, la maison des adolescents. Ce temps autour de son corps, même bref, lui a certainement sauvé la vie.

Marc, âgé de 13 ans 3 mois quand il est reçu pour la première fois à la maison des adolescents.

Il présente des troubles obsessionnels compulsifs très envahissants dans son quotidien et très handicapants pour l'ensemble de la famille.

L'histoire de ce jeune adolescent est lourde, marquée par le décès du papa.

Physiquement, il est marqué : pâle, cerné, chétif, triste. Il transpire l'angoisse. Cette première consultation est longue car la maman qui accompagne son fils prend le temps pour exposer la situation. Marc, qui était d'accord pour la consultation, accepte de

revenir. Cette deuxième consultation est l'occasion de faire un examen clinique et de discuter puberté avec lui.

Marc présente un retard de croissance staturale-pondérale (1m40 pour 32kg), un début de pilosité mais un stade pubertaire encore côté 1 (son père aurait eu lui-même une puberté un peu tardive). Sur le plan alimentaire, ses rations ne sont pas suffisantes, Marc décrivant des difficultés à s'alimenter dans le contexte. Devant la souffrance du jeune, l'invasion de son quotidien par ses troubles, les éléments en faveur d'une dépression de l'adolescent, une hospitalisation via les urgences pédiatriques est organisée, afin de permettre à chacun de souffler, d'une part et de compléter l'évaluation somato-psychiatrique d'autre part.

Marc ne revient à la maison des adolescents que 2 ans plus tard... entre temps, il a été hospitalisé en pédiatrie brièvement puis en pédopsychiatrie puis pris en charge dans un hôpital de jour psychiatrique pour adolescents.

C'est Marc qui a fait la demande de revenir car à 15 ans, il ne mesure qu'1m48 pour 34 kg, sa puberté commence timidement (stade 2 de Tanner).

La situation à la maison s'est un peu apaisée mais reste extrêmement fragile.

Marc souffre de son apparence physique. Pour autant, il « traîne » avec des ados plus âgés, fume tabac et cannabis régulièrement, avec eux. Il a déjà fait le mur pour aller les retrouver.

Sur le plan biologique, il existe des signes de dénutrition : préalbumine effondrée, IGF1 et IGF-BP3 basses. Marc est à nouveau adressé aux pédiatres du CHU pour compléter le bilan qui n'a pas

été réalisé lors de la première hospitalisation.

Les résultats sont en faveur d'un déficit en hormone de croissance isolé simple. Un traitement par GH est débuté. Après quelques mois, Marc mesure 1m53 et pèse 43 kg, sa puberté reste balbutiante laissant encore de la place pour sa croissance.

L'histoire de Marc illustre la difficulté de mener de front les urgences pédopsychiatriques et somatiques. Il y a un temps pour tout... pour autant, on peut se poser la question d'un retard diagnostique et de l'intérêt certain qu'il aurait eu à débiter l'hormone de croissance plus tôt.

Cette vignette montre aussi que le retard pubertaire n'est pas protecteur de conduites à risque, au contraire même. Ce jeune, pour s'intégrer dans le groupe de pairs, a adopté des comportements potentiellement dangereux pour lui.

Et enfin, Marc avait identifié le pédiatre de la maison des adolescents comme étant le professionnel qui s'était aussi intéressé à son corps et questionné quant à son retard de croissance, alors même qu'il était en pleine « crise ». Raison pour laquelle il a demandé à revenir à la maison des adolescents deux ans après la première rencontre.

Ainsi, le pédiatre au sein des maisons des adolescents apporte un regard d'une très grande richesse pour le jeune mais aussi pour les autres professionnels qui bénéficient d'un éclairage particulier sur la situation d'un adolescent.

Bien sûr, son rôle reste celui d'un **interlocuteur de passage** et ne peut et

ne doit se substituer au médecin de famille ou à un suivi spécialisé.

Mais laisser sa place au corps de l'adolescent, en l'intégrant dans une continuité, en restant attentif aux interrogations voire aux inquiétudes du jeune quant à la bonne santé de ce corps est absolument nécessaire à ce moment de la vie. Et ce, d'autant plus que les maisons des adolescents sont des lieux d'accueil généralistes, non stigmatisants et que les profils des jeunes qui y sont reçus est, de fait, très divers, hétérogènes. Parmi eux, il y a les plus craintifs par rapport au « médical », ceux là même qui en ont généralement le plus besoin...

Pour aller plus loin :

- *V. Courtecuisse.* L'adolescence, les années métamorphose. STOCK.
- *P. Alvin et D. Marcelli.* Médecine de l'adolescent. 2^{ème} édition 2005. Masson.
- www.anmda.fr