

Rôle du médecin de famille dans la promotion de la santé des adolescents

«Life course approach»

Anne Meynard^a, Dagmar Haller^b

^a Unité Santé Jeunes, Programme adolescents et Jeunes Adultes, Département de l'enfant et de l'adolescent, HUG

^b Unité de Médecine de Premier recours, Faculté de Médecine, Université de Genève et Unité Santé Jeunes, HUG

L'adolescence est souvent décrite comme une étape tumultueuse de la vie échappant au contrôle et à la raison et donc à toute action de prévention. Cette vision médiatisée de l'adolescence fait parfois oublier qu'il s'agit surtout d'une période d'opportunités extraordinaire pour promouvoir des comportements qui définiront la santé de l'individu pour toute sa vie adulte.

Introduction

Cibler les risques pour agir sur un comportement spécifique (prises de risques sexuelles, consommations, alimentation ...) est insuffisant. Une approche moderne de la promotion de la santé à l'adolescence doit plutôt s'appuyer sur une vision équilibrée entre les prises de risque et les ressources à la fois pour la santé et le développement [1]. Au cours du siècle dernier les progrès de la médecine ont amélioré la santé des enfants et des adolescents (santé materno-foetale, vaccinations, programmes de nutrition, progrès dans la prise en charge des maladies chroniques) de façon globale. Cependant, les adolescents et les jeunes adultes (10–24 ans selon la définition de l'OMS) sont les premières victimes des conditions socioéconomiques défavorables et de la violence [2]. C'est durant l'adolescence que les comportements qui auront la plus grande influence sur la mortalité et la morbidité future (consommation d'alcool et de tabac, activité physique, alimentation saine ...) sont adoptés. D'autre part la majorité des problèmes qui affectent directement la santé des adolescents et jeunes adultes (accidents, affections mentales, maladies sexuellement transmissibles ...) ont des causes qui peuvent être prévenues. La majorité des adolescents consultent un médecin généraliste au moins une fois par année, en général pour des motifs somatiques courants. Ces consultations représentent autant d'occasions d'actions préventives [3]. L'approche «life-course» qui prend en compte et situe l'adolescence dans un continuum et comme une étape de vie cruciale pour la santé future peut en ce sens redonner aux médecins de famille (pédiatres et médecins généralistes) un rôle central. Par exemple, les actions préventives autour du tabac à l'adolescence: repérer les jeunes qui fument est une stratégie recommandée non seulement pour l'action préventive à long

terme mais également car la consommation de tabac est un indicateur reconnu de mauvaise santé mentale à l'adolescence. Repérer une consommation de tabac à l'adolescence peut permettre à la fois un message de prévention personnalisé complémentaire aux actions de santé publique et l'accès à des soins appropriés [4, 5].

Des programmes de vaccination à l'adolescence (il faut rappeler que si les enfants sont de mieux en mieux vaccinés, la vaccination à l'adolescence n'est pas toujours optimale) agissent sur leur propre santé mais également sur la santé de leurs futurs enfants (par ex. coqueluche) [6].

Vignette clinique première étape

En tant que médecin de famille, vous suivez plusieurs membres de la famille Bäker (situation fictive). Vous suivez Monsieur Bäker et son ex femme (divorcés depuis 6 ans), ainsi que leurs 3 enfants et les parents de Monsieur Bäker.

Question no 1: A partir des éléments à disposition quels sont les risques et les ressources pour la santé et le développement des 3 adolescents de la famille Bäker?

Facteurs protecteurs: liens intergénérationnels forts. Parents ayant complété une formation secondaire.

Facteurs de risque: plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires se retrouvent chez plusieurs membres de la famille, ainsi qu'une consommation excessive d'alcool. Les troubles de l'humeur et la consommation excessive d'alcool chez la mère, le trouble alimentaire chez sa propre sœur.

Il est important d'observer le style relationnel familial. Des parents qui à la fois savent être à l'écoute et en même temps se positionnent clairement et avec autorité, possibilités de négociation et d'expression

Grand parents: très investis pour leurs petits-enfants

Monsieur Bäker père: 75 ans, ancien boulanger, aime jardiner, HTA, surpoids, malaise récent sur possible AIT, fumeur, depuis l'adolescence, OH régulier.

Madame Bäker mère: 69 ans, horlogère retraitée, active dans une association d'aide aux requérants d'asile, surpoids, hypercholestérolémie, cancer du sein il y a 10 ans en rémission complète.

Parents divorcés depuis 6 ans, tensions pour la garde des enfants.

Monsieur Bäker fils: 45 ans, CFC Ferblantier, AI suite à accident, tabac dès 14 ans, OH régulier. Nouvelle compagne avec 1 fils adolescent. Une sœur vit à l'étranger avec un fils «adolescent à problème»

Madame ex Bäker: 46 ans, RH société horlogerie, migraines dès adolescence, épisode dépressif en post partum (3^{ème} enfant) avec hospitalisation en psychiatrie, OH excessif, suivi irrégulier seulement en urgence. Pas de relation stable. Peu de contact avec sa famille, une sœur souffre d'un trouble alimentaire depuis l'adolescence.

des émotions ainsi que des frontières claires entre les générations sont des facteurs protecteurs pour toutes les prises de risque (substances, sexualité, alimentation, meilleure santé mentale ...) à l'adolescence.

Vignette clinique deuxième étape

Les enfants Bäker

Marc 18 ans: apprenti de commerce, pas de problèmes particuliers. A consulté pour certificat d'entrée en apprentissage sinon ne consulte jamais.

Julien 14 ans: très sportif, se blesse souvent, consulte très souvent pour des petites urgences. Inquiète ses parents par ses prises de risque.

Emma 11 ans: léger surpoids, pas encore débuté la puberté, suspicion d'hyperactivité, difficultés scolaires. Le pédiatre a pris sa retraite et les parents vous ont demandé de reprendre aussi son suivi.

Question no 2: avec ces éléments que faut-il avoir en tête lorsque vous recevez ces jeunes en consultation et pour quels enfants êtes-vous le plus en souci? Pourquoi est-il important de s'intéresser à cette phase de la vie?

Beaucoup de comportements préjudiciables pour la santé débutent à cet âge et comme décrit plus haut, la majorité des décès ont des causes évitables. Les troubles psychiques sévères débutent dans cette période de la vie mais passent souvent inaperçus car peu spécifiques et rapidement mis sur le compte de la «crise d'adolescence». Il est important de s'intéresser non seulement au comportement mais au contexte dans lequel il survient. L'adolescence (puberté, développement social) est une étape de vie cruciale pour le

développement cérébral avec un remodelage intense des structures neuronales. La plasticité neuronale peut permettre une amélioration de troubles développementaux liés à des carences ou traumatismes dans l'enfance par contre des consommations excessives ou des difficultés relationnelles peuvent entraver la mise en place de circuits neuronaux essentiels entraînant des troubles cognitifs ou émotionnels durables.

Actions préventives au cabinet: l'exemple de la famille Bäker

Favoriser l'accès aux soins des jeunes: environnement et accueil (brochures pour les jeunes, réceptionnistes formées aux aspects spécifiques aux jeunes comme le besoin de confidentialité ...); aborder les questions financières et de confidentialité avec les parents et les jeunes.

Favoriser un comportement de recours aux soins adapté. Evaluer une prise de risque impact sur la santé et le développement. Message personnalisé (entretien motivationnel) en s'appuyant sur les campagnes de santé publiques actuelles (alcool, IST, sport, réseaux sociaux ...). Avoir plusieurs points de vue (adolescent, entourage familial et scolaire).

Evaluer les étapes de vie de la famille et favoriser la communication dans la famille. Crise fréquente pour les parents d'adolescents: vieillissement et perte d'autonomie de leurs propres parents, soucis professionnels, de couple et de santé et prise d'autonomie des enfants.

Favoriser la cohérence des interventions: transition pédiatre – médecin généraliste, réseau avec la santé scolaire, structures de protection de l'enfance ...

Au fil du temps et des entretiens

Une vision systémique peut permettre au médecin de famille de prendre en compte les membres de la famille et leurs besoins individuels mais également les relations et les événements familiaux pouvant affecter la santé des membres de la famille [9].

Avec Marc 18 ans

Marc est un jeune adulte actuellement en train de prendre son autonomie avec un projet professionnel. Au cours des entretiens même en urgence le médecin de famille doit explorer son estime de lui et les aspects de santé mentale en priorité même s'il est souhaitable que les autres éléments du HEADSSS soient aussi explorés. Le problème d'alcool et les problèmes de santé mentale de sa mère ainsi que le divorce lorsqu'il avait 12 ans ainsi que les problèmes de santé de son père peuvent peser sur lui depuis longtemps. Dans ces situations, on retrouve souvent un comportement hyperraisonné «parentification» entraînant une difficulté à demander de l'aide et un risque de troubles psychiques ou de difficultés d'autonomisation (relations aux pairs ...).

Tableau 1: Objectifs d'un bilan de santé à l'adolescence [7, 8].

Avec l'ado seul: Bilan somatique, développement pubertaire et de la croissance, capacité de raisonnement.

Mise à jour des vaccins.

Plainte actuelle, habitudes de vie et anamnèse psycho-sociale: HEADSSS (habitat, éducation, alimentation, activités, drogues, sexe, sécurité, santé mentale).

Examen clinique (poids, taille, image du corps, scarifications, hygiène, état dentaire, questions autour de la normalité du corps).

Avec parents et l'ado: Discussion de l'impact de l'adolescence sur les relations familiales.

Représentations des parents sur l'adolescence et la prise d'autonomie de leurs enfants.

Histoire médicale.

Avec Julien 14 ans

Une évaluation de sa puberté et de son stade de développement. Les accidents de sport fréquents peuvent être en lien avec des consommations mais également avec une difficulté à estimer ses capacités physiques, un décalage entre le désir d'expérimentation et l'anticipation des risques potentiels et une maladresse liée au développement physique et à la croissance. Le besoin d'appartenir à un groupe de pairs peut aussi à la fois lui permettre de s'appuyer sur l'extérieur mais peut aussi être une façon de fuir la situation familiale pesante.

Avec Emma 11 ans

Emma n'a pas encore débuté sa puberté, présente un discret surpoids et une suspicion d'hyperactivité entraînant des difficultés scolaires.

Il conviendra d'exclure un trouble alimentaire et des troubles de l'humeur (anxiété, dépression): mère ayant eu une dépression dans le post partum, tante maternelle souffrant de trouble du comportement alimentaire, addictions.

Avec Emma et ses parents: la promotion de l'activité physique, alimentation saine et l'exploration de l'impact de l'adolescence sur les relations familiales peut grandement contribuer à stabiliser la situation. En cas de persistance des troubles, une évaluation pédo-psychiatrique (pas uniquement centrée sur une possible hyperactivité) s'impose.

Le médecin de famille peut ensuite se mettre en contact avec l'école afin d'encourager l'amélioration des conditions d'apprentissage, la participation à des activités visant à réduire le poids.

Le partage d'informations avec l'école peut permettre une mise en perspective des symptômes observés lors des entretiens médicaux.

Attention à pouvoir voir les enfants avec leurs deux parents ou en cas de divorce avec les deux parents à tour de rôle. Trop souvent un seul parent est impliqué au risque de disqualifier l'autre.

Avec les parents et les grands parents

Encourager la communication dans la famille. En cas de grandes difficultés ou de parents fragiles, l'accès à une thérapie familiale permet un soutien parental et peut se révéler très utile pour les adolescents (consommations, troubles alimentaires, troubles du comportement ...).

Conclusion

Le médecin de famille de par sa position peut jouer un rôle actif dans la promotion de la santé à l'adolescence. La prise en compte des facteurs familiaux, du développement de l'adolescent et de ses ressources dans l'évaluation d'une prise de risque est crucial. Tout doit être et mis en œuvre pour repérer rapidement les *red flags* [tab. 2] développementaux qui sont des signaux d'alerte non spécifiques d'un arrêt du développement pouvant avoir des conséquences à long terme.

Tableau 2: Red Flags développementaux à l'adolescence

Physique: perte ou prise de poids marqués, maladie chronique, sport excessif, trouble alimentaire

Cognitif: baisse des notes, absentéisme, difficultés d'apprentissage, rupture scolaire

Emotionnel: isolement ou difficultés relationnelles récurrentes

Social: absence totale de passion ou intérêt (à différentiel du point de vue des parents)

Références

- Catalano RF, et al. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*. 2012. 379(9826):1653-64.
- Viner RM, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012. 379(9826):1641-52.
- Haller DM, et al. Opportunities for prevention in primary care in a country with universal insurance coverage. *J Adolesc Health*. 2008. 43(5): 517-9.
- Resnick MD, et al. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet*. 2012. 379(9826): 1564-7.
- Sawyer SM, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012. 379(9826): 1630-40.
- Brabin L, et al. Current issues in adolescent immunization. *Vaccine*. 2008. 26(33):4120-34.
- Meynard A. et al. Risk-taking in adolescence. Screening and counseling strategies for primary care professionals. *Rev Med Suisse*. 2008. 4(161):1451-5.
- Fonseca H. Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *Adolesc Med State Art Rev*. 2010. 21(1):152-60xi.
- Ausloos G. La compétence des familles Temps, chaos, processus. 2^{ème} ed. Toulouse: Eres; 2012.

Correspondance:
Anne Meynard
Unité Santé Jeunes
HUG
Bvd de la Cluse 87
1211 Genève
anne.meynard[at]hcuge.ch