

Archives de pédiatrie xxx (2009) xxx–xxx

## La première consultation avec un adolescent

### The first consultation with an adolescent

C. Stheneur\*, P. Alvin, B. Boudaille, P. Gronnier, P. Jacquin, G. Picherot, J.-Y. Renondeau, C. Salinier, R. de Tournemire, S. Lemerle, les membres de la Com'ado de la Société française de pédiatrie

Service de pédiatrie générale, hôpital Ambroise-Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne, France

#### Résumé

La première consultation avec un adolescent est une rencontre à ne pas manquer. Les étapes essentielles à son bon déroulement sont reprises dans cet article : le temps à consacrer, la préparation de la consultation, les thèmes indispensables à aborder lors de l'entretien, le déroulement de l'examen clinique, la conclusion de la consultation, la prescription et le suivi.  
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

It is crucial not to miss the first consultation with an adolescent. This article reviews some of the essential step necessary to help make the first consultation a success: the time to devote to the patient, the preparation of the consultation, mandatory issues to address, clinical/physical examination, conclusion of the consultation, the prescriptions and the follow-up.  
© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Adolescent ; Consultation

La première rencontre avec un adolescent est souvent déterminante pour la mise en place d'une relation de confiance. Souvent non-demandeur de cette consultation, l'adolescent est très sensible à tout ce qui indique de la part du professionnel de soins un réel intérêt et un respect pour lui ou, au contraire, ce qui compromet définitivement l'établissement de cette relation : l'absence de confidentialité, l'attitude parentale, le copinage, la séduction, l'intrusion, l'incompétence, etc. Il est donc préférable de préparer cette rencontre. Le guide que nous proposons ici est rempli d'évidences, mais permet d'avoir en tête le schéma de la consultation, les thèmes à aborder pour réaliser un bilan global de santé du jeune et réussir cette rencontre.

#### I. LE TEMPS

La première consultation avec un adolescent est très consommatrice de temps ; aussi, quand le temps manque au

praticien, il pourra tout à fait l'expliquer à l'adolescent à condition de lui proposer un autre rendez-vous dans un délai court (une semaine) et de consacrer un peu de temps à écouter sa demande et lui montrer l'intérêt qu'on lui porte.

Une des particularités de la consultation à l'adolescence est la nécessité de donner à l'adolescent la place d'interlocuteur principal, tout en accordant aux parents une place et une écoute suffisantes. Même si la majorité du temps passé l'est avec l'adolescent seul, il faut inclure le ou les parent(s) au début, à la fin ou aux deux temps de la consultation. À la fin de la consultation, le praticien en restitue les points clés et formule des projets avec l'adolescent, mais aussi avec les parents ou l'accompagnateur référent, en ayant si besoin préparé avec l'adolescent ce qui pouvait leur être dit.

Pour aborder un adolescent en consultation, quel qu'en soit le motif, il est nécessaire de se référer aux questions fondamentales de l'adolescence : les transformations corporelles plus ou moins bien acceptées de la puberté, la recherche de l'autonomie, les interrogations quant à l'identité et à la normalité.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chantal.stheneur@apr.aphp.fr (C. Stheneur).

## 2. AVANT LA CONSULTATION

On pourra faire remplir à l'adolescent un autoquestionnaire confidentiel. Ce dernier a les avantages suivants :

- il rassure d'emblée, par sa nature confidentielle, sur l'intention du médecin de respecter le droit de l'adolescent au secret professionnel ;
- il indique, par le choix des questions, la position d'anticipation du médecin et la valeur qu'il accorde a priori à certaines préoccupations familiales à beaucoup d'adolescents ;
- il représente un outil de médiation implicite permettant à l'adolescent de prendre d'emblée et sans trop de risques une part autonome et active dans le processus de la consultation ;
- il permet au médecin de gagner du temps tout en ayant la possibilité de relancer ou d'approfondir telle ou telle réponse.

Nous proposons l'autoquestionnaire du service de médecine pour adolescents du CHU de Bicêtre. Il s'agit d'un questionnaire confidentiel comportant 41 items à réponses fermées (oui/non) et deux items à réponse libre. Sont notamment abordés les habitudes générales, les consommations, les conduites à risques, les symptômes flous, les inquiétudes développementales, les relations avec les parents et les pairs, la sexualité, les idées suicidaires.

Il ne remplace naturellement ni l'entretien, ni l'examen clinique complet et commenté.

## 3. L'ENTRETIEN DE DÉBUT DE CONSULTATION

La prise de contact est, comme on l'a dit plus haut, un moment délicat. Il est nécessaire de montrer à l'adolescent que l'on s'intéresse à lui sans a priori, et que l'on souhaite lui proposer une aide professionnelle adaptée à sa situation. L'anamnèse élargie que nous détaillons ci-dessous permet de balayer les principaux domaines de la vie passée et actuelle du jeune dans son environnement. Elle peut être réalisée au cours de plusieurs entretiens différents selon les conditions et les objectifs de ces consultations.

Le tutoiement ou le vouvoiement dépend de l'habitude du praticien et n'est pas une règle.

Afin de permettre une meilleure acceptation des questions par l'adolescent et, par-là, d'obtenir des réponses plus faciles, la façon de poser les questions est importante. Ainsi, on pourra proposer des questions commençant par : « Parmi les adolescents qui viennent me voir, beaucoup me disent que... » plutôt que la traditionnelle question « Est-ce que tu... ».

Conditions de vie actuelles : famille et cadre de vie. Au-delà des informations essentielles, il sera utile et intéressant de réaliser un arbre généalogique (ou génogramme). Sont annotés sur ce schéma, réalisé avec l'adolescent, les maladies, les causes de décès, la profession des parents, l'âge et la scolarité de la fratrie et toute autre information jugée pertinente concernant la famille. Cet arbre généalogique peut être réalisé plus tard mais il ne doit pas être oublié.

Les antécédents médicaux de l'adolescent sont passés en revue, avec l'aide du carnet de santé : les antécédents médicaux et chirurgicaux, et, pour les filles, antécédents gynécologiques (l'âge ou la classe dans laquelle elle se trouvait au moment des premiers signes de développement mammaire [thélarche], l'âge des premières règles [ménarche], la régularité des cycles, le dysménorrhée et le traitement éventuel).

Les événements de vie doivent être identifiés s'ils ne l'ont pas été lors de la constitution du génogramme : les séparations parentales, les deuils, les déménagements, les antécédents de violences subies – qu'elles soient verbales, physiques ou sexuelles.

Le parcours scolaire est précisé : la classe actuelle, le type d'établissement, le redoublement éventuel, les difficultés spécifiques, le projet à court et plus long terme.

Les relations avec les pairs (« comment t'entends-tu avec tes camarades de classes ? », « as-tu un(e) meilleur(e) ami(e) ? »), ainsi qu'avec les adultes responsables de sa scolarité. La pratique de sport, sa fréquence et son intensité, l'existence de hobbies sont aussi recherchées. Le temps passé devant un écran est important à faire préciser, ce qui ouvre sur internet (blogs, sites... ) et la musique (le type de musique oriente parfois sur la problématique, le repli sur soi... ), l'appartenance à un groupe formalisé/camps de vacances (autonomie intégration/solitude).

Les relations amoureuses et la sexualité doivent faire l'objet d'un échange. Cela indique que l'on peut en parler, qu'il est important d'y réfléchir, d'en parler avec l'autre, de réfléchir à la question d'en parler aux parents. Cela permet d'apporter, en fonction du stade où en est l'adolescent, les informations et les précisions nécessaires, des conseils de prévention, voire de rédiger une ordonnance.

L'équilibre alimentaire est exploré : repas sautés (petit déjeuner souvent), grignotages, expérience de « régimes », apports lactés, consommation de boissons sucrées... .

La question de la corpulence est essentielle. Une grande proportion d'adolescents (filles surtout) se trouve « trop grosse », bien au-delà des 15 % d'adolescents médicalement en surpoids. L'utilisation d'une courbe de corpulence permet d'expliquer facilement l'augmentation normale de l'indice de masse corporelle à cet âge. Lorsque l'on suspecte un trouble des conduites alimentaires, il faut véritablement questionner l'adolescent sur son comportement alimentaire : restrictions, hyperphagie boulimique, vomissements provoqués.

La consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, mais aussi ecstasy, héroïne, cocaïne, médicaments, en particulier somnifères, psychotropes... ) est recherchée. L'âge du début et les modalités de consommation (fréquence, lieu, entourage, but poursuivi) sont évalués afin de repérer les risques d'addiction. Là encore, le rôle du médecin est d'inciter à la réflexion et au choix personnel en matière de santé, de donner à l'adolescent des précisions et conseils et d'indiquer la possibilité de changements. Si un adolescent n'a jamais fumé de tabac (cigarettes mais aussi narguilé aujourd'hui à la mode), il est rare que l'on retrouve une consommation de stupéfiants.

D'autres conduites à risque tels que les sports dangereux, recherches de sensations, errances, fugues... sont aussi recherchées.

Les troubles du sommeil seront recherchés : difficultés d'endormissement, réveils, cauchemars, décalage de phase ou hypersomnie. Ils seront à différencier des modifications physiologiques du sommeil à l'adolescence.

S'enquérir de l'existence d'idées noires, de stress, d'anxiété d'idées « bizarres », etc. permet un repérage essentiel. La question sur d'éventuelles idées suicidaires n'est ni intrusive ni dangereuse et peut au contraire procurer un grand soulagement. En France, les différentes enquêtes en population auprès d'adolescents de plus de 15 ans révèlent que près de 10 % d'entre eux ont souvent pensé au suicide dans l'année, et trop de professionnels restent réticents à aborder un sujet aussi « sensible ».

À travers ces échanges, on évalue l'estime de soi de l'adolescent.

#### 4. L'EXAMEN CLINIQUE

Il est ensuite un moment indispensable, quel que soit le motif de consultation. Il ne doit pas se dérouler dans un silence gênant et angoissant mais permettre de continuer l'échange sur des sujets parfois plus difficiles à aborder en face-à-face. Le médecin veillera particulièrement à dépister les maladies les plus fréquentes : l'obésité, l'asthme et les troubles de la statique vertébrale.

Une attention particulière est portée à l'hygiène générale du patient.

Contrairement au sens étymologique du mot « clinique », une grande partie de l'examen se fait en position debout. L'adolescent aura ainsi le sentiment d'une moindre perte de contrôle, notamment lors de l'évaluation des stades pubertaires.

Le médecin veillera à rassurer l'adolescent sur sa normalité et à dépister les maladies les plus fréquentes : l'obésité, l'asthme et les troubles de la statique vertébrale. Il est nécessaire d'aller au devant des préoccupations principales de l'adolescent : le

pois et la taille, la peau, l'organe de relation visible et les caractères sexuels cachés et la source de questionnement quant à leur normalité.

Nous conseillons ainsi de débiter l'examen par la peau, avec recherche de cicatrices, piercings, tatouages... et de conclure par la cotation de Tanner (stades pubertaires) et l'examen génital, en informant l'adolescent au fur et à mesure des différentes étapes de l'examen.

Le médecin reconstitue avec l'adolescent les courbes staturopondérales ainsi que la courbe de corpulence (la courbe qui permet de suivre l'indice de masse corporelle ou IMC est présente dans les carnets de santé depuis 1995). Tout changement de couloir, notamment sur la courbe de corpulence, doit faire rechercher, après avoir écarté les rares causes organiques, un trouble des conduites alimentaires. Les échanges à l'occasion de cette étape démontrent souvent le vif intérêt porté par l'adolescent à ce sujet. La taille cible, fonction de la taille des parents est notée ( $T_{\text{mère}} + T_{\text{père}} \pm 11$  le tout divisée par 2, en centimètres). En fonction du déroulé pubertaire, rapporté sur les courbes de croissance, le pic de croissance attendu est précisé et un pronostic de taille peut être avancé.

Le médecin s'attachera à vérifier l'état vaccinal de l'adolescent afin de rattraper les vaccins non faits et réaliser les vaccins nécessaires à cette période de la vie. Le Tableau 1 résume les recommandations officielles du Haut Comité de santé publique.

#### 5. LA FIN DE LA CONSULTATION

Une première synthèse de la consultation se fait avec l'adolescent, en rassemblant les informations collectées les plus significatives. Il est important de permettre à l'adolescent de réfléchir à d'autres commentaires, par exemple au cours du remplissage silencieux du dossier. Puis on reprend, en présence des parents ou de l'adulte référent, les motifs et conclusions de cette consultation. Il faut s'attacher à faire préciser « qui demande quoi ? ». Lorsque l'adolescent est venu seul, on proposera de rencontrer ses parents lors d'une prochaine consultation.

Tableau 1

Vaccinations à l'adolescence – recommandations 2008.

Maladie(s) concernée(s)	Vaccins	Adolescents concernés	Âge (ans)	Schéma
DTP + coqueluche	Tetravac acellulaire <sup>®</sup> Infanrix Tetra <sup>®</sup>	Tous	11–13	Une dose
Diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTP) Rougeole-oreillon-rubéole (ROR)	Revaxis <sup>®</sup> (dTP) MMRVaxPro <sup>®</sup> Priorix <sup>®</sup>	Tous Non vaccinés	16–18	Une dose Deux doses avant 15 ans Une dose après 15 ans
Hépatite B	HBVax Pro 5 et 10 <sup>®</sup> Engerix 10 et 20 <sup>®</sup>	Non vaccinés		Trois doses À 0,1 et cinq à 12 mois
Infection à HPV	Gardasil <sup>®</sup> Cervarix <sup>®</sup>	Toutes les jeunes filles	14	Trois doses À 0,2 et six mois
Varicelle	Varivax <sup>®</sup> Varilrix <sup>®</sup>	Sujets indemnes de varicelle	12–18	Une ou deux doses

Vaccinations recommandées chez tous les adolescents (2008) : dTP coqueluche entre 11 et 13 ans ; dTP entre 16 et 18 ans. Rattrapage du coquelucheux si pas d'injection à 11–13 ans, deuxième dose de ROR si non reçue, on pourra aussi proposer le vaccin antiméningocoque A + C. Vaccination recommandée chez toutes les jeunes filles : Papillomavirus humain. Le vaccin est recommandé à toutes les jeunes filles de 14 ans avec une mesure de rattrapage proposée aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 24 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle.

Les objectifs de ce dernier temps de la consultation sont multiples :

- **répondre 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 parfois paradoxales de leur enfant ;
- **observer** les relations entre adolescent et parents : agacement ou soumission de l'adolescent dont les parents répondent à sa place, changement complet du comportement de l'adolescent en présence de ses parents, grande proximité physique avec l'un des parents ;
- faire une synthèse de la consultation tout en respectant la confidentialité nécessaire, ce qui ne signifie pas ne rien dire. Tel adolescent sera, par exemple, soulagé que l'on aborde avec ses parents la question d'une consommation de cannabis sur un mode addictif. 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 donnera le temps de quelques consultations pour mieux appréhender le contexte familial. On veillera, quel que soit le motif de la consultation, à encourager les parents à porter un regard optimiste et positif sur leur enfant.

## 6. LA PRESCRIPTION

La prescription est un moment délicat car elle cristallise tous les moments de la consultation et notamment, permet de savoir si la demande de l'adolescent a été bien entendue. Nous n'aborderons pas ici le problème de l'adolescent malade chronique ni de l'observance, qui feront partie d'autres textes de bonnes pratiques.

La prescription d'une contraception ne peut souvent pas être différée. Au contraire, la prescription parfois réclamée d'un psychotrope (« pour mieux dormir », « pour ne plus être angoissé pendant les révisions » ou « ne plus être déprimé », etc.) doit toujours, elle, être différée à la première consultation et en imposer d'autres...

Il faut toujours poser la question à l'adolescent s'il accepte de prendre un médicament au collège ou lycée. En cas de difficulté, on peut penser à un autre schéma thérapeutique pour éviter la non-prise systématique de milieu de journée.

## 7. LE SUIVI

À la fin de la consultation, la question du suivi doit être posée avec l'adolescent. Le médecin doit se positionner sur le suivi qu'il pense nécessaire pour l'adolescent, mais l'adolescent doit être entendu dans sa demande. Que souhaite-t-il ?

### Important

- L'autonomie de l'adolescent est sous-jacente et modifie la relation ;
- rechercher une demande derrière le symptôme évoqué ;
- respecter la confidentialité ;
- la consultation est longue car le dossier doit comprendre, outre l'examen clinique, la famille, la scolarité, les prises de risque, les activités extrascolaires, les hobbies, les antécédents (ATCD), en particulier développement pubertaire, gynécologique, activité sexuelle éventuelle, les idées suicidaires ou tentative de suicide (TS) déjà effectuées ;
- la place des parents est différente de celle du reste de la pédiatrie mais absolument primordiale.

## CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun.

## POUR EN SAVOIR PLUS

Recommandation pour la pratique clinique. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Paris: Haute Autorité de santé; 2005, disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Alvin P. Relation de soins en médecine généraliste avec l'adolescent. In: Alvin P, Marcelli D, editors. Médecine de l'adolescent. Collection pour le praticien. Paris: Masson; 2005.

Alvin P. Dépister. In: L'envie de mourir, l'envie de vivre. « Un autre regard sur l'adolescent suicidant ». Paris: Doin/Lamarre; 2009.

de Tournemire R. Examen clinique de l'adolescent. Encycl Med Chir, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-001-C-15, in press.