

L'adolescence

Maladies chroniques

H.Lefèvre Pédiatre

Maison des Adolescents de Cochin Février 2017

Les adolescents...

1970

Adolescence

adulescere => grandissant

2016

11 Ans

14 Ans

*Moment de Transition
entre enfance
au carrefour des
psychologiques,*

18 Ans

*et de Transformation
et l'âge adulte
facteurs biologiques,
sociaux et culturels*

Adulte

adultus, qui a grandi

20 – 22 Ans

Autres définitions

- Multiples...
- Engage dans une expérience, celle de vivre, dans un problème, celui d'exister » (Winnicott, Psychanalyste, 1962)
- Consensus sur début, moins vrai pour la fin
- Pas une tranche d'âge précise
- durée X 2 dans nos Stés en 30 ans ?
- Fin plus tardive après 20 ans -> 25 ans ?
- Avant : 13-18 ans -> Aujourd'hui : 11-25 ans !

Transformations Physiques

Période de transformations corporelle :

Action synergique des hormones de croissance et sexuelles:

- pic de croissance pubertaire
- + 20 à 25 cm chez la F
- + 25 à 30 cm chez le G
- Développement des caractères sexuels

Différences interindividuelles

Durée variable (2 à 5A)

Stade	Organes génitaux externes de l'homme	Pilosité faciale de l'homme	Pilosité pubienne de l'homme	Pilosité axillaire	Pilosité pubienne de la femme	Développement mammaire	
1		0					Enfance
2		+					
3		++					Puberté
4		+++					
		++++					Age adulte

Travail psychique de l'adolescence

- prendre conscience et s'adapter aux transformations physiques subies, « sans choix ni maîtrise »,
- accepter cette nouvelle identité symbolisée par ce nouveau corps,
- se fabriquer son identité personnelle dont sexuée,
- 3 niveaux de perturbation interactive

du corps

Construction de son image corporelle

période de doute +++ => Intégrer ce changement

- ***Comment changer en restant le même ?***
- ***Suis-je normal par rapport aux autres ?***

⇒ sentiment d'étrangeté et d'inadéquation

Participe aux remaniements des relations à l'autre

Source d'hypersensibilité face aux regards extérieurs

du corps



- image corporelle fortement liée à l'estime de soi,
 - évolue selon l'âge et le sexe,
 - Pression des critères de normalité, (esthétiques, médiatiques),
 - en relation à une contrainte => jugement social
-
- Corps = objet de consommation & faire valoir pour la réussite sociale et affective
 - => les adolescents se concentrent sur leur corps et sur celui des autres

de la famille



Transformation des relations parentales pour s'en séparer

Travail de désengagement

Origine des satisfactions de + en + extérieure > parentale
déplace ses besoins sur relations aux autres

Objectifs

Etre + autonome et maintien du lien avec les parents

de la famille

- Fantasme de tristesse et d'abandon
 - Fluctuation de l'humeur (cafard)
 - Souffrance par détachement enfance, recherche d'indépendance,
 - Joie (accès à la maturité, prise de décisions, de responsabilité)
- Crise d'originalité (prise de conscience de soi, s'affirmer)

=> oscillation affective: dysphorie pubertaire

social

- s'individualise et se rapproche du groupe de pairs
- rôle sur le travail identitaire de l'adolescent
- le groupe permet de construire son identité
 - expériences
 - en miroir
 - figures d'identification
 - rassurant...

social



Affirmation de soi inscrit l'adolescent dans un espace public

Utilisation quasi généralisée de Smartphone & réseaux sociaux

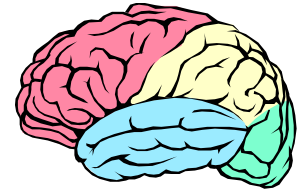
Mise en scène de l'« *identité agissante* », échange d'informations qui les décrit et resserre les liens avec leur communauté

Travail de figuration où l'adolescent négocie son « moi sublimé »

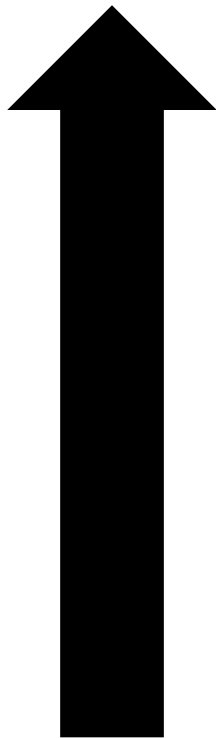
« corps subi » est problématique

- Met à mal le narcissisme de l'enfance
- ❑ Soit s'appuie sur des assises, des figures rassurantes.
 - **Si l'assume** = facteur de bon développement
 - accès à la subjectivation : **sujet de ses actes et pensées**
- ❑ Sinon, souffre d'un abîme de « contenance ».
 - multiples angoisses se focalisant sur le corps,
 - difficulté d'assumer ce « corps étranger »
 - **expulse** par la projection ou le passage à l'acte/ fugue, conduite à risque, scarification...

développement cognitif



19 ans



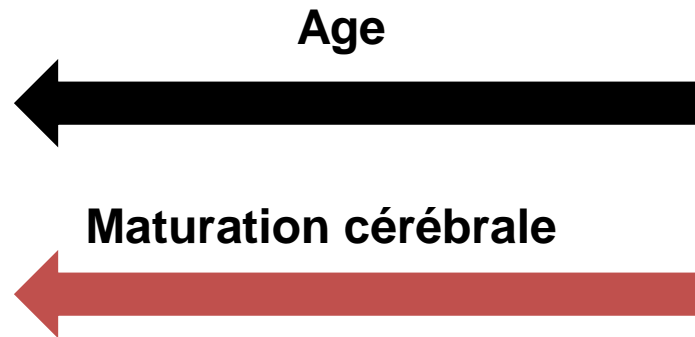
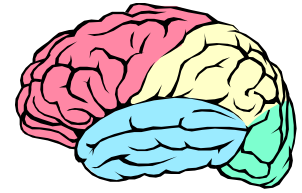
10 ans

Capacité à

- *Penser abstraite*
- *Analyser des situations de façon logique*
- *Penser de manière réalistes à l'avenir*
- *Raisonner*
- *Évoquer des hypothèses*

- *Besoin de conseil pour prise de décision rationnelle*

Développement cognitif

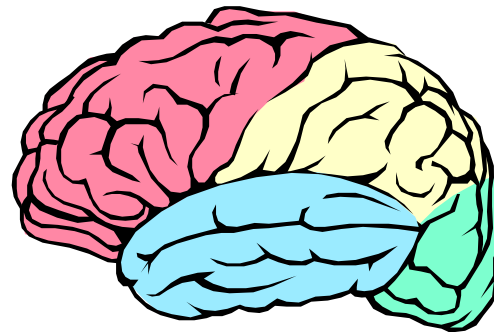


Avant

Arrière

Cortex pré frontal

Planification,
Hiérarchisation,
Organisation des pensées,
Contrôle des impulsions

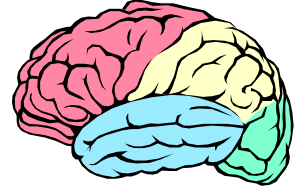


Zones qui coordonnent ces fonctions

Zones sous corticales

Langage
Mémoire
.../...
Perception des stimuli sensoriels

Développement cognitif



Restructuration de l'activité mentale:

- *apprend à se connaître*
- fait évoluer sa propre théorie
- appréhende le réel avec de nouveaux outils cognitifs
- **pense à ses pensées**
- se forger une opinion

Adolescence

- ✓ Période de *transition*, de remaniement psychique
- ✓ Au centre : une transformation sexuée pubertaire
- ✓ Individualisation-séparation des parents
- ✓ Déplace ses besoins sur relations aux pairs (copains, ami(e)s)
- ✓ Fragilisation face aux regards extérieurs
- ✓ Sexualisation
- ✓ Penser et réaliser ses projets
- ✓ Se forger sa propre identité en lien à la « peer norm » et en autonomie vis à vis des parents

Fin de l'adolescence est déterminée par des critères sociaux (conjugale, financière, civique)

Maladies chroniques

Children and Youth with Special Health Care Needs (CYSHCN)

- Asthma
- ADHD
- Diabetes mellitus
- Sickle cell disease
- Cerebral Palsy
- Cystic fibrosis
- Chronic kidney disease
- Inflammatory bowel disease
- Spina bifida
- Down syndrome
- HIV-AIDS
- Genetic and neuromuscular disorders
- Congenital heart disease
- Childhood cancer survivors
- Solid-organ transplant recipients

Prévalence de la MC chez l'AJA

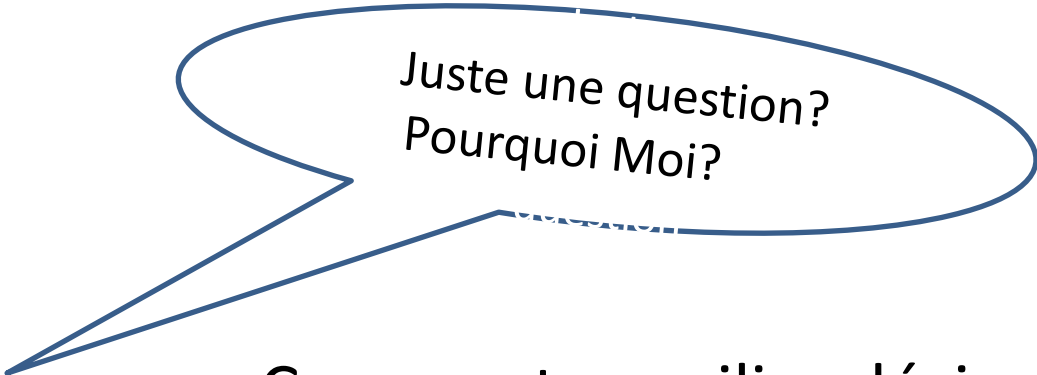
- ↑ 15-20% des adolescents souffrent de maladie chronique
- après 14 ans (7.4%)
- ↓ mortalité infantile, amélioration Dg + Tt

près de 90% atteignent 20 ans (*Jalkut et Jackensen Allen, 2009*)

Diagnosis	Survival Info.
Childhood Cancers	<ul style="list-style-type: none"> • 46% of survivors are 20-40 y.o. • 18% of survivors are > 40 y.o.
Cystic Fibrosis	<ul style="list-style-type: none"> • Median survival 37 y.o. • 50% are > 18 y.o.
Congenital Heart Disease	<ul style="list-style-type: none"> • 85% reach adulthood • Over 1,000,000 living with CHD
Down Syndrome	55-year life expectancy
Hemophilia	60- year life expectancy
Sickle Cell Disease	66- year life expectancy
Spina Bifida	> 80% reach adulthood

Source: Chang W. Transitioning the Chronically Ill Child to Adult Care. Aug. 26, 2011

Maladies Chroniques



*Juste une question?
Pourquoi Moi?*

- Comment concilier désir, besoin d'indépendance ET dépendance aux traitements, aux soins?
- réinvestir libidinalement un corps malade et d'en retrouver la maîtrise

Diabète

Asthme

*Maladies
génétiques*

*Polyarthrites
AJI*

**Pronostic / Gravité
Retentissement / Douleur,
Handicap/Visibilité
Précoce / tardive
Connue / orpheline
Tt codifié / recherche
Taille - poids
puberté/ fertilité**

Mucoviscidose

Crohn et RCH

Handicap

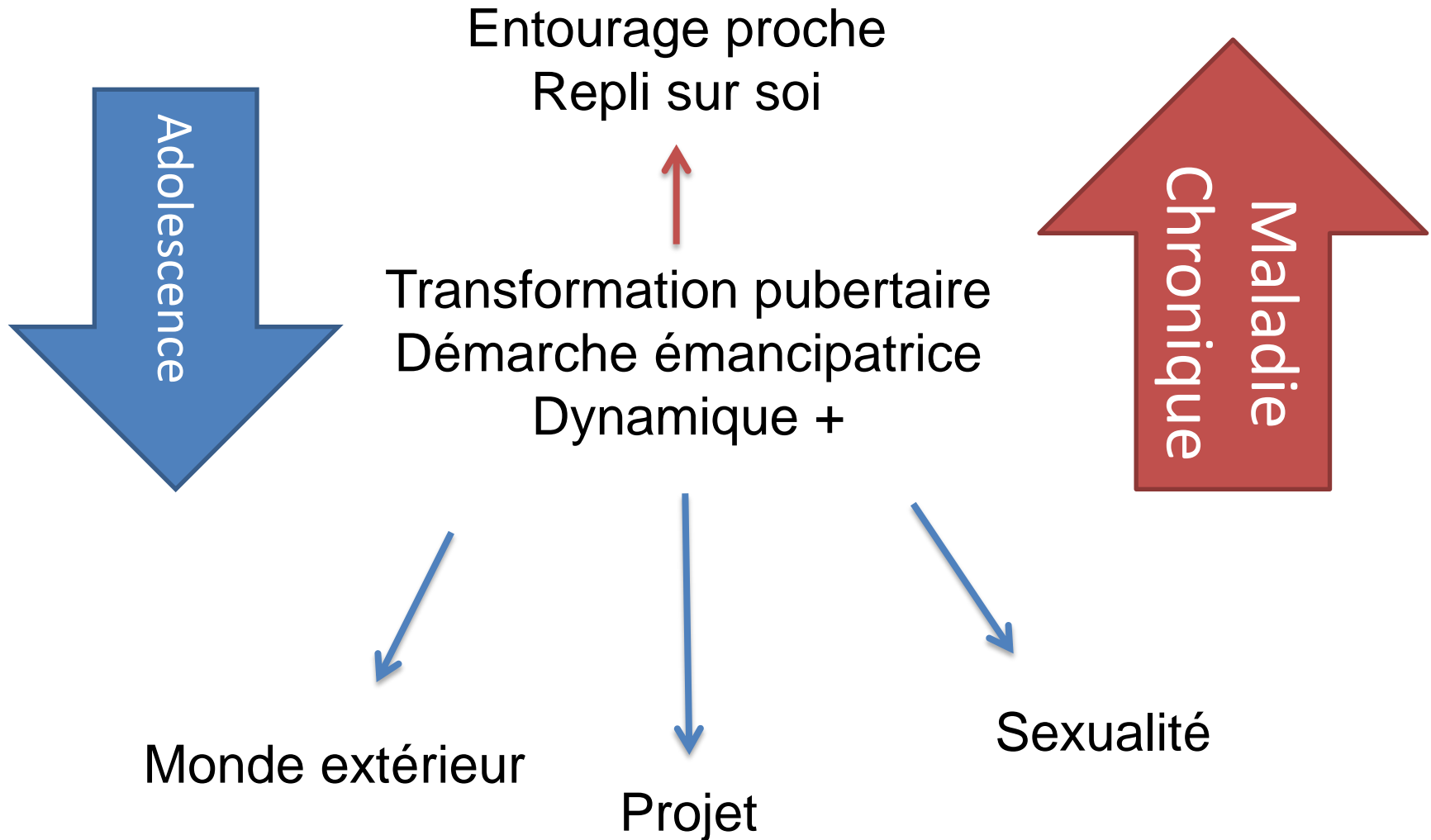
Drépanocytose

Epilepsie

Cancers

...

2 systèmes de force antagoniste crée *un (autre) conflit*



Retentissements psychologiques

- Population hétérogène (visible, handicap, douleur...)
- Augmentation des troubles psy (X2)
- Majoration des fragilités antérieures
- Non liés au type de pathologie
- Renforcement des dépendances
- Possible entrave au processus d'individuation

Retentissements psychologiques

- Peut modifier les processus maturatifs:
- Parfois impact +

Assume responsabilités, Réappropriation de sa maladie,
Prise sur avenir, Acteur de soin

- Parfois impact –

sur compliance, Sentiment d'être différent des autres, Peur
de dépendance

- Pour les adolescents qui vont mal

corps : lieu d'expression des conflits avec le désir de le faire
souffrir,

« corps subi + malade » est problématique

Répétition et/ou gravité de Cpt

- ✓ Déni de la maladie,
- ✓ Défaut de compliance (vérification/normalité),
- ✓ Mal être (psy, relat, scol...)
- ✓ Conduites à risque
 - ✓ tester l'interdit médical,
 - ✓ Passage à l'acte : injection occulte d'insuline, rupture de suivi
 - ✓ Toxiques (cannabis)



Maladie chronique et individuation

❖ Selon l'âge d'apparition

- Pendant l'enfance renforce le lien de dépendance et de soins
- A l'adolescence,
 - contre-pied des exigences développementales,
 - parfois régression affective, vécu de culpabilité etc.

Maladie chronique et individuation

✓ Place des parents

- Dépendance % intégration de la MC dans les interactions familiales.
- Si lien intense mère – enfant malade : risques
 - de perturber les autres liens familiaux (couple, fratrie)
 - de conflictualisation autour de ce lien (conduite de rupture)
- W sur la culpabilité et le deuil que tout parent confronte à la maladie grave et/ou chronique doit effectuer:
angoisse, dépression, agressivité

✓ Place des parents

- deuil de l'enfant malade
- inquiets ou désabusés par son comportement (soins, école, relations)
- trouvent que leur adolescent
 - N'est pas responsable
 - Manque de connaissance
- Peur de vieillir (complications)

➤ Transition:

- Sentiment d'abandon
- déstabiliser à changer d'environnement
- d'être relégués au 2nd plan

✓ Place des équipes médicales

- Adolescent sujet de soins, remaniement relationnel au niveau médical.
- Passage d'une attitude passive à + de maîtrise: *dynamique de la Transition*
- Face à un adolescent « absent », non compliant, récalcitrant, opposant, inhibé, mutique, triste, agressif?
- Pédiatre et attachement ?
- Interniste?
 - Maturité? Besoins psychosociaux?
 - Connaissances?
 - Prise en charge des parents?
- **Aborder les autres questions ado**

(Peter G Pediatrics 2009)
(Greenlee MC Ann Intern Med 2016)

✓ Place des pairs

- Rôle du regard de l'Autre,
 - Intégration dans le groupe = facteurs d'autonomisation,
 - Relations sollicitées mais redoutées
 - Perception du niveau de santé + sur retentissement que son étiologie
 - + isolés,
 - Moins d'activités sociales, culturelles, de loisir.
 - Liés aux symptômes, soins, la dépendance familiale accrue, parfois au rejet
 - Surtout si retentissements sur croissance, puberté, l'apparence du corps,
- ⇒ mais aussi les réactions de repli
- ⇒ Scolarisation difficile, risque d'absence, CNED

Adolescence + maladie chronique

Psychodynamique

Psychopathologie*

X 2

Médico-Socio-
éducatif

Image de Soi

Individuation

Groupe pairs

Maturation

Opposition

Conflit

Parent(s)

Médecins, soins

Ecole
Société

Fonctionnement
Limite

Troubles de
Humeur et/ou
Anxieux

Troubles
Comportement

Autres paramètres à intégrer...

Quelle Maladie Chronique

Quelle adolescence?

Quel environnement ?
« *Ecological factors* »

Situation familiale

Langue? Ethnie?

Situation sociale

Religion? Croyances?

Situation scolaire

Adolescent & maladie chronique

- Tous les ado MC ne sont pas « difficiles » y compris en présence d'un gd nb de FDR
- Épisode(s) prolongé(s) et/ou sévère(s)
- Dépister en amont les situations à risque
- Pas de guidelines sur adolescent difficile
- Collaborer avec un 1/3 (MDA, CMPP, ASE, Ecole)
- Retarder la transition en cas de difficulté aigue
- Parfois effets + d'une transition

Conclusion

- « Il n'existe qu'un remède à l'adolescence et un seul, c'est le temps qui passe, les processus de maturation graduelle qui aboutissent finalement à l'apparition de la personne adulte » (Winnicott DW).