

Intervention auprès des jeunes adolescents

Roger S Tonkin MD FRCPC, Gabriola Island, British Columbia

Les stratégies d'intervention précoces comptent parmi les principes de base de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Pour les pédiatres, l'application de ces principes pendant l'enfance est depuis longtemps une priorité. Depuis quelques années, les partisans du développement du jeune enfant ont clairement établi l'importance d'une intervention précoce. L'agenda national canadien pour les enfants reflète aussi ce courant de pensée (1). Pourtant, certains craignent que ce type d'intervention n'éclipse les stratégies d'intervention précoces aussi utiles dans d'autres phases de la vie, particulièrement à l'adolescence (2-5). Steinhauer (4) et Henggeler et al (3) nous fournissent d'excellents exemples (evidence based) qui montrent comment des interventions tard dans l'enfance ou tôt durant l'adolescence peuvent avoir des effets très bénéfiques plus tard durant l'adolescence.

Il est reconnu que le comportement est la source principale de risques pour la vie et la santé future d'un adolescent (6-8). Il est aussi reconnu que les stratégies pour promouvoir un mode de vie sain auprès des adolescents canadiens ont connu un succès mitigé (9-11). Le but de cet article est de mettre l'accent sur la période de la jeune adolescence et de montrer que cette période du développement est remplie de défis mais également d'occasions d'interventions précoces. Ces occasions donnent la chance aux médecins et aux intervenants de la santé d'avoir un impact positif sur le résultat du développement à cet âge.

La jeune adolescence

La jeune adolescence commence avec l'avènement de la puberté et se poursuit jusqu'à l'adolescence. Elle peut s'étendre de la 6^e année du primaire à la 2^e année du secondaire car l'âge auquel la puberté débute varie beaucoup chez les adolescents canadiens. Cette période est caractérisée par des changements physiques rapides, l'instabilité émotionnelle, des liens intenses entre pairs, une pensée concrète et une expérimentation avec différents modes de vie. Les liens avec la famille et l'école s'atténuent et la résistance face à l'autorité des adultes croît. Des conflits intérieurs tout comme des conflits familiaux et scolaires sont couramment vécus par les jeunes adolescents. Cette période de la jeune adolescence a incité G Stanley Hall (12) à caractériser l'adolescence comme une période de tempêtes et de stress. C'est certainement une période où beaucoup d'adultes, face à un adolescent récalcitrant, sont enclin à lever les bras en signe de frustration et de dire : « j'abandonne ». Toutefois, Offer and Offer (13) et d'autres (14) ont contesté cette vision stéréotypée des jeunes adolescents et ont proposé que les adolescents ne connaissent pas tous cette période de tempêtes et de stress. Certains adolescents sont dans un état constant de tumulte, alors que d'autres connaissent des périodes de tumulte, suivies par des périodes de calme (13, 14). D'autres adolescents traversent calmement l'adolescence et la vivent comme une phase de développement sans tumulte. Ainsi, comme il est indiqué dans le tableau 1, il est possible de jumeler les différents styles d'adaptation à l'adolescence (tel que décrit par Offer and Offer [13]) avec les trois phases de

l'adolescence et créer une matrice à neuf cellules qui reflète bien la diversité de la population adolescente. Cette matrice fournit une structure que les cliniciens peuvent utiliser pour mieux comprendre chaque adolescent qu'ils rencontrent. En pairant le style d'adaptation de l'adolescent et/ou la phase de développement avec l'évaluation clinique, les cliniciens peuvent formuler d'avance des stratégies d'intervention qui auront de meilleures chances de succès (15).

Style d'adaptation	Stages de l'adolescence		
	Début	Milieu	Fin
État de tumulte constant	10%	10%	7%
Tumulte épisodique	16%	16%	10%
Comportement exempt de tumulte de façon continue	11%	11%	9%
Groupe d'âge approximatif (années)	12 à 14	15 à 17	18 à 19

Interventions stratégiques

Pour être efficaces, les interventions doivent être opportunes, appropriées au développement et doivent générer des résultats quantifiables. Elles peuvent exiger un style différent, un message différent ainsi que des moyens différents pour livrer le message chez le jeune adolescent par rapport à l'adolescent plus âgé. Par exemple, des campagnes anti-tabac menées par les élèves seront probablement plus efficaces à l'élémentaire, tandis que des interventions pour cesser fumer, faites par un clinicien durant la consultation, pourront avoir un impact plus significatif sur les adolescents plus âgés. Les interventions peuvent être universelles, applicables à tous les jeunes adolescents, ou peuvent cibler des individus ou groupes spécifiques. Par exemple, l'immunisation contre l'hépatite B, une maladie transmissible sexuellement, pourrait être offerte aux jeunes de la rue qui sont à haut risque ou à tous les élèves du primaire. L'efficacité de la première stratégie est grandement diminuée par le manque de compliance des jeunes ciblés, alors que la deuxième stratégie assure un meilleur niveau d'immunité de masse. Finalement, il y a longtemps que les cliniciens ont reconnu l'importance de saisir les occasions qui se présentent à des moments critiques à l'urgence ou en bureau. Un court message, au bon moment, peut souvent trouver une oreille plus attentive et ainsi contribuer à un changement majeur de style de vie.

Ce ne sont pas toutes les interventions qui peuvent prévenir les maladies, les blessures ou promouvoir des styles de vie sécuritaires chez les adolescents. Cet échec n'est pas attribuable au fait que les interventions des médecins sont mauvaises, mais plutôt au fait que les adolescents ont tendance à croire que « cela ne va pas leur arriver » quand on leur parle des risques d'être impliqué dans un accident demain ou d'avoir un cancer ou une maladie cardiaque plus tard dans la vie. Malgré les grandes campagnes médiatisées et les programmes scolaires, beaucoup trop d'adolescents fument, ne font pas d'exercice et

consomment beaucoup trop de gras et pas assez de fibre (16, 17). L'inefficacité apparente des messages de promotion de la santé à toucher ce groupe d'âge trouve une explication partielle quand on pense au stade cognitif du jeune adolescent (incapable de penser abstraitement) et à la fable personnelle qui l'anime (je sais comment éviter ces problèmes, ça ne peut m'arriver).

En plus, ce que les adultes voient comme des problèmes, les adolescents le voient comme des solutions à leurs plus grandes priorités (ex. contrôle du poids, besoin de socialisation).

En effet, le besoin de promouvoir la résilience chez l'adolescent est de plus en plus reconnu, non seulement a fin d'éviter les risques, mais aussi comme un moyen de véhiculer la promotion de la vigueur nécessaire pour faire face avec succès aux traumatismes de la vie (4, 18). En conséquence, plutôt que de considérer les adolescents (surtout les préadolescents) comme un problème, on a évolué vers une pensée plus positive qui voit l'adolescence comme une période où l'on vit des « initiatives » (19). Ainsi, les interventions à la préadolescence doivent être basées sur une compréhension de ce que les adolescents essaient de régler lorsqu'ils s'engagent dans un comportement à risque, et la détermination des moyens à utiliser pour convertir le problème en une opportunité de promotion de la croissance et du développement.

Le rôle du clinicien

Le rôle traditionnel

Les cliniciens peuvent défendre les techniques de prévention éprouvées. Les blessures sont la principale cause de consultations médicales chez les adolescents. Lorsqu'un adolescent est rencontré par un médecin, ce dernier peut utiliser l'occasion pour offrir des interventions ciblées pour promouvoir l'usage de la ceinture de sécurité, le port du casque en vélo, en moto ou sur un snowboard; les équipements de protection faciale pour les différents sports de balle (hockey, squash, baseball, etc.), et le harnais de sécurité lors de l'escalade. Les stratégies universelles, comme l'immunisation, peuvent être offertes si, par exemple, le statut d'immunisation de l'adolescent est surveillé et le médecin ou l'infirmière s'assure que les échéanciers recommandés sont suivis. À cet effet, The American Medical Association's Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) (20) fournit de l'information sur les stratégies de prévention possibles en bureau ou en cabinet pour les adolescents qui consultent.

Activités supplémentaires

L'ouvrage « Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) » (20) stipule aussi que les visites traditionnelles chez un clinicien sont aussi des moments appropriés pour aborder d'autres sujets moins courants de promotion de la santé. Par exemple, avec les adolescents sexuellement actifs, on peut parler de l'usage du condom, du contrôle des naissances, de la connaissance des contraceptifs d'urgence, et de la violence dans le couple (par exemple, où aller chercher de l'aide). L'adolescent qui a commencé à fumer peut sentir la pression des pairs pour boire ou expérimenter avec d'autres drogues, alors

que celui qui fait des poids et haltères ou le danseur de ballet peut sentir la pression pour une diète inappropriée ou des produits améliorant la performance. Lorsque ces problèmes ou d'autres surviennent lors de visites de jeunes adolescents, le clinicien, selon les lois en vigueur, est obligé de respecter le droit à la confidentialité et à l'intimité de l'adolescent. Ceci peut être fait sans saper l'autorité parentale, en définissant clairement les limites de la confidentialité aux parents et à l'adolescent.

Lorsque ils sont interrogés, les jeunes adolescents indiquent généralement qu'ils souhaitent que le clinicien leur parle plus souvent de sujets qui les préoccupent (21). Une façon de procéder est de fixer une visite avec suffisamment de temps pour entreprendre une bonne évaluation utilisant le schéma HEADSS (home-maison, éducation, activités sociales, drogues, suicide, sexe) (Tableau 2). Le schéma HEADSS pour la procédure d'entrevue des adolescents a été développé par la clinique de l'adolescence à l'hôpital pour enfants de Los Angeles en Californie et depuis a prouvé son utilité en tant qu'outil pour les cliniciens auprès des adolescents. Ce type d'évaluation semi-dirigée peut fournir des indices importants sur le quoi, le pourquoi et le comment des comportements des jeunes adolescents.

Table 2: L'histoire psychosociale d'un adolescent basée sur la maison, l'éducation, les activités, la drogue, le sexe, et le suicide. (MEADSS)	
M = Maison	Qui y habite, comment sont les relations, quels sont les conflits, pertes récentes ou sources de stress
E = Éducation	Qualité des résultats scolaires, les plaisirs, les accomplissements, la présence au cours, les plans pour l'avenir
A = Activités	Relations entre les pairs, expériences avec les meilleur(e)s ami(e)s et les relations amoureuses, activités scolaires et parascolaires, emploi, vocation, plans, intérêts, passe-temps, habiletés
D = Drogues	Légaux et illégaux, le type, la fréquence d'usage, dans quel environnement sont-elles utilisées, âge du commencement de l'utilisation, la relation entre l'utilisation et les émotions, les parents sont-ils au courant
S = Sexe	Orientation, âge de la première expérience, pratiques sexuelles sécuritaires, mauvaises expériences, nombre de partenaires.
S = Suicide	Tempérament, mauvais résultats scolaires, retrait des amis et de la famille, attentats précédents, pensées suicidaires, contact rapproché avec le suicide ou la mort.

Rôle étendu

Un autre moyen d'intervention durant la jeune adolescence est de développer une compréhension des vulnérabilités auxquelles un adolescent peut être confronté. Par exemple, l'adolescent en tumulte constant peut être en conflit incessant avec sa famille et l'école, alors que l'adolescent avec un style d'adaptation plus calme peut être confronté à des conflits et un stress plus subtils. Pour le premier, les conflits peuvent se manifester à travers la délinquance ou des échecs scolaire, alors que pour le deuxième, la manifestation serait l'anorexie nerveuse par exemple. Une compréhension du style d'adaptation de l'adolescent ainsi qu'une compréhension de son milieu familial peut aider le clinicien dans ses décisions lorsque l'intervention est nécessaire. Aider

l'adolescent à définir des limites claires mais flexibles fonctionne mieux avec celui dont le style d'adaptation est tumultueux, alors que réduire le stress et rediriger l'emphase mise sur certains stressors peut aider à prévenir un trouble du comportement alimentaires.

	Non-fumeur (%)	Fumeur Régulier (%)
Manquer l'école	17%	65%
Conducteurs qui ont déjà conduit après avoir consommé de l'alcool	16%	65%
Était passager dans une voiture conduite par une personne ayant bu dans le dernier mois.	12%	51%
A considéré le suicide	9%	29%
Tentative de suicide	3%	17%
Batailles ou bagarres dans la dernière année	23%	47%
A bu excessivement dans le dernier mois	23%	76%
A déjà bu de l'alcool	41%	99%
Buveurs d'alcool qui ont utilisé l'alcool plus de 100 jours dans leur vie	5%	38%
Utilisation de la marijuana	14%	94%
Utilisateurs de marijuana qui en ont consommé plus de 40 fois dans leur vie	14%	57%
Utilisation de drogues plus dures	14%	72%
A déjà eu une relation sexuelle	9%	67%
Première relation sexuelle à 14 ans ou moins	37%	53%
Première utilisation d'alcool à 14 ans ou moins	72%	90%
Première utilisation de marijuana à 14 ans ou moins	61%	86%

D'autres occasions moins évidentes pour l'intervention peuvent se présenter d'elles-mêmes durant une consultation médicale, particulièrement durant l'examen. Ce moment a toujours été important dans l'interaction adolescent-médecin. Dépendant des circonstances, cela peut être le temps de poser des questions sur les inquiétudes au niveau du corps. Après l'examen, il est opportun d'expliquer les constatations physiques et d'explorer toutes les vulnérabilités, tel que l'orientation sexuelle et les abus ou les inquiétudes que les adolescents ne sont pas conscients qu'ils peuvent discuter. Par exemple, les adolescents porteurs de maladies chroniques et ceux qui ont l'air plus vieux que leur âge auront plus de chance d'être abusés sexuellement, de faire abus des substances et de présenter des idées suicidaires (22, 23). Ces patients ont particulièrement besoin d'une évaluation à l'aide de l'outil HEADSS au début de l'adolescence.

La reconnaissance tardive d'un problème par les cliniciens est une critique fréquente des parents et des adolescents. Les adolescents pensent que les cliniciens savent déjà tout sur eux ou assument que partager un problème avec le clinicien risque de créer des ennuis. Par conséquent, les cliniciens ne peuvent pas attendre que les adolescents leur dévoilent le problème. Les cliniciens doivent apprendre à poser les bonnes questions et à écouter attentivement les réponses. Ils peuvent développer leur compétence d'intervieweur et être capables de comprendre les réponses et comment elles se comparent avec la norme des comportements des jeunes adolescents dans leur communauté (Tableau 3). Connaître ces caractéristiques et être capable d'identifier les adolescents qui ont des comportements différents de la norme est un outil de dépistage précoce très utile. Jessor (24) a noté que l'usage problématique d'alcool est plus fréquent lorsque les attentes de performance scolaire sont peu élevées, en l'absence de religiosité ou lors de relations médiocres avec les parents. Un âge précoce à l'initiation d'une consommation problématique d'alcool, à l'usage du tabac ou lors des premiers rapports sexuels est fortement associé avec de multiples comportements à risque dans le futur(15). Les adolescents qui ont de faibles liens avec leur famille ou l'école sont à plus haut risque pour les abus de substances, les activités sexuelles à risque et la violence (23).

Rôle de soutien

Certains adolescents sont à risque dû à des circonstances hors de leur contrôle. Ils nécessitent des interventions plus personnalisées et, si possible, l'occasion d'être en relation de façon continue à une personne n'ayant aucun lien avec la famille (qui peut être leur médecin, l'infirmière, etc.). Ce peut être des adolescents avec des conditions médicales et de santé mentale chroniques, des adolescents abusés, des adolescents qui ont des problèmes d'orientation sexuelle, des adolescents autochtones, des décrocheurs, etc. (22, 25, 26). Ce sont des groupes qui sont entrés dans l'adolescence avec un vécu qui perturbe leur croissance et leur développement et peut les débalancer. Trouver des façons de créer des liens avec eux est un élément essentiel dans l'intervention précoce et peut être une action des plus gratifiantes pour les professionnels.

Les adolescents avec des conditions chroniques telles que des maladies du rein, le diabète ou la fibrose kystique, et ceux qui ont survécu à des troubles néonataux ou un cancer accèdent souvent mal préparés à l'âge adulte. Souvent, ils sont devenus dépendants d'un système de soins surprotecteurs, et comptent sur leurs parents pour prendre la responsabilité de leur vie et de leurs soins médicaux. Le processus de transition dans la responsabilité des soins doit être introduit au début de l'adolescence (27).

Rôle spécialisé

Un autre groupe de jeunes adolescents à considérer est celui à très haut risque. Ce sont les jeunes de la rue ou sans abri, ceux du système pénal ou en foyer d'accueil ou ceux qui ne fréquentent plus l'école. Ils dérivent au début de leur adolescence et se dirigent vers l'environnement souvent mortel des rues des grandes villes. Lorsqu'ils atteignent ce stade, ils nécessitent quantités de temps, d'énergie et de ressources. Ils sont très souvent hors de portée des services et ont de tristes et courtes vies. Par contre, ils ne sont pas toujours

sans espoir; ils bénéficient grandement des services à l'échelle humaine, livrés à travers des modèles multidisciplinaires de soins alternatifs (3, 4, 11, 27, 28). Toutefois, la meilleure possibilité d'intervention précoce est de reconnaître qu'ils sont à risque, avant qu'ils quittent leur village ou leurs petites villes (29). Les interventions précoces ont de meilleure chance de succès à un coût optimal.

Conclusion

La jeune adolescence fournit une diversité d'occasions aux cliniciens pour jouer un rôle dans les interventions qui sont destinées à prévenir les maladies et les blessures, et pour optimiser la santé des adolescents plus âgés et des adultes. Ce fait a été récemment souligné dans le document fédéral « The Opportunity of Adolescence : The Health Sector Contribution (30) ». Les stratégies esquissées dans cet article sont en accord avec les grands principes de santé, mais leur mise en oeuvre requiert un changement des priorités des allocations de fonds. Développer des mécanismes pour améliorer les compétences des cliniciens, prendre plus de temps dans l'interaction entre les cliniciens et les adolescents, avoir la volonté de travailler dans des modèles de soins interdisciplinaires, promouvoir davantage la recherche biopsychosociale sur la jeune adolescence et le financement pour la recherche sur la pratique basée sur les évidences sont quelques défis que les cliniciens doivent accepter de relever.

Références

1. Federal-Provincial-Territorial Council on Social Policy Renewal. A National Children's Agenda: Developing a Shared Vision. Ottawa: Government of Canada, 1999.
2. Rutter M, Maughan B, Mortimer P, Ouston J. Fifteen Thousand Hours: Secondary Schools and Their Effects on Children. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
3. Henggeler SW, Melton GB, Smith LA, Schoenwald SK, Hanley JH. Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *J Child Fam Stud* 1993;2:283-93.
4. Steinhauer P. Clinical and service applications of the theory of resiliency with particular reference to adolescents. *Int J Adol Med Health* 2001;13:53-73.
5. Bruer JT. *The Myth of the First Three Years*. New York: The Free Press, 1999.
6. Tonkin RS, Frappier J-Y, Goldberg E, Westwood M. The health status of adolescents in Canada. *Int Pediatr* 1995;10:277-82.
7. Peters L, Tonkin RS. Measuring adolescent health status. *Baillieres Clin Pediatr* 1994;2:385-408.
8. Plan of Action for Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas 1998-2001. Washington: Pan American Health Organization, 1998.
9. *Youth Health: For a Change*. New York: UNICEF, 1997.
10. Kidder K, Stein J, Fraser J. *The Health of Canada's Children: A CICH Profile*, 3rd edn. Ottawa: Canadian Institute for Child Health, 2000.
11. Tonkin R. *The Future Needs of Canada's Youth*. Child and Youth Health Care in the 21st Century. Report of the 11th Ross Conference on Paediatrics. Canadian Paediatric Society, 1997.

12. Hall GS. Adolescence: Its Psychology and Its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex Crime, Religion, and Education, vols I & II. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1904.
13. Offer D. Offer JB. From Teenage to Young Manhood. New York: Basic Books, 1975.
14. Arnett JJ. Adolescent storm and stress, reconsidered. *Amer Psychol* 1999;54:317-26.
15. Tonkin RS. Youth Needs and Problems in Adolescent Medicine: The Challenge of the 1990s. In: Frappier J-Y, Westwood M, eds. In: Report of the 8th Canadian Ross Conference on Paediatrics. Canadian Paediatric Society, 1991.
16. King AJC, Boyce WK King MA. Trends in the Health of Canadian Youth. Ottawa: Health Canada, 1999.
17. Adolescent Health Survey: Province of British Columbia. Vancouver: The McCreary Center Society. 1993.
18. Burt MR. Why Should We Invest in Adolescence? Washington: Pan American Health Organization, 1998.
19. Larson RW. Toward a psychology of positive youth development. *Am Psychol* 2000;55:170-83.
20. Elster AB, Kuznets NJ. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Chicago: Williams and Wilkins, 1994.
21. Malus M, LaChance PA, Lamy L, Macaulay A, Vanasse M. Priorities in adolescent health care: The teenager's viewpoint. *J Fam Pract* 1987;25:159-62.
22. Adolescent Health Survey: Chronic Illness and Disability Among Youth in BC. Vancouver: The McCreary Center Society, 1994.
23. Healthy Connections: Listening to BC Youth. Burnaby: The McCreary Center Society, 1999.
24. Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *J Adolesc Health* 1991;12:597-605.
25. Being Out: Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Youth in BC. Burnaby: The McCreary Center Society, 1999.
26. Raven's Children. Burnaby: The McCreary Center Society, 2001.
27. Suris J-C. Issues and concerns for adolescents with chronic disease and disability. *Baillieres Clin Pediatr* 1994;2:345-57.
28. MacKenzie RG. Considerations in developing a system of health care for adolescents. *Baillieres Clin Pediatr* 1994;2:215-26.
29. Our Kids Too: Sexually Exploited Youth in British Columbia. Burnaby: The McCreary Centre Society, 1999.
30. Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee on Population Health. The Opportunity of Adolescence: The Health Sector Contribution. Ottawa: Government of Canada, 2000.

Tiré de: *Paediatric Child Health* Vol 6 No 7 September 2001, 424-428.,