

révéler incitatifs : c'est l'attractivité des fruits défendus.

Les facteurs de vulnérabilité aux comportements à risque

L'adolescence est une période de découverte, de curiosité, où l'on cherche à se construire en se singularisant par rapport aux parents (séparation/individuation). Les facteurs de vulnérabilité peuvent être d'ordre **personnel** : tempérament caractérisé par la recherche de nouveauté, la sensibilité à l'ennui et la recherche de sensation. Par un sport extrême, par un jeu dangereux ou une bouteille d'alcool, c'est la recherche d'un éprouvé intense, d'un vertige, d'une excitation par la peur qui conduit à la première expérimentation. Puis, pour renouveler ce plaisir, le comportement est renouvelé jusqu'à l'addiction.

Une mauvaise estime de soi est le point de rencontre de nombreuses mises en danger : "je suis nul, je suis grosse, je suis moche etc.... et comme je ne peux pas réussir (scolairement, sentimentalement...), je vais exceller dans la destruction (auto sabotage), en me prostituant, en buvant, en m'affamant.

Certaines conduites de risque peuvent s'apparenter à des conduites ordaliques dans une recherche d'identité. L'ordalie est un rite qui se prononce sur la légitimité de l'existence de celui qui la tente. "Ma vie a de la valeur si je survis à tel défi, à telle prise de drogue...". Le *flirt* avec la mort est connu et recherché.

La vulnérabilité se situe aussi dans les rapports à l'**environnement** : pour ne pas être seul, pour ne pas "se dégonfler" vis-à-vis des pairs, l'adolescent calque son comportement sur celui du groupe, en buvant, en fumant ou même en devenant agresseur.

L'échec et l'absentéisme scolaire sont des facteurs de vulnérabilité et de maintien (consommations excessives d'écrans,

fréquentation de groupes à tendance antisociale avec la facilitation des prises de toxiques, la perte des rythmes de sommeil et d'alimentation).

Les leviers pour la prévention ?

Il faudra veiller à :

- repérer les tempéraments à risque, les sujets à haut potentiel avides d'expériences, prendre en charge les sujets atteints de trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) particulièrement exposés à tous les comportements à risque ;
- diagnostiquer et traiter les états dépressifs mais aussi les troubles anxieux, exposés aux conduites suicidaires mais également aux autres comportements dans un but d'automédication ;
- diagnostiquer les troubles des apprentissages et mettre tout en œuvre pour empêcher l'absentéisme scolaire.

Dans tous les cas, il faut restaurer l'estime de soi qui est la colonne vertébrale de la santé psychique et physique. Et pour les parents, ne pas dévaloriser l'adolescent, maintenir un cadre et une écoute, rester des modèles et lui apprendre à gérer l'adversité (résilience).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Acné : quand passer la main ?

→ N. BODAK

Centre médical CMSEA,
Service de Dermatologie, CHU Necker, PARIS.

L'acné est une maladie inflammatoire du follicule pilo-sébacé induite par les sécrétions hormonales androgéniques de la puberté. La stimulation des glandes sébacées par les androgènes surrénaliens puis gonadiques entraîne une hyperséborrhée accompagnée d'une multiplication de la flore microbienne anaérobie du follicule pilo-sébacé, dominée par *propionibacterium acnes* (*p acnes*).

La flore microbienne ainsi qu'une modification biochimique du sébum sont responsables de l'inflammation de l'infundibulum du follicule pilosébacé. Cette inflammation entraîne une hyperkératinisation de l'infundibulum et la formation des lésions rétentionnelles de l'acné (comédons et microkystes). La multiplication de *P. acnes* au sein de ces lésions rétentionnelles les transforme en lésions inflammatoires (papules, pustules et nodules). Le traitement vise donc à être à la fois antimicrobien, kératolytique et anti-inflammatoire.

Il existe 2 grandes classes de traitements locaux : les rétinoïdes (adapalène et trétinoïne) dont l'action est kératolytique, et le peroxyde de benzoyle (PB) qui est un puissant anti microbien. Ils ont tous les deux un effet irritant et le PB décolore le linge. Les antibiotiques locaux ne doivent pas être prescrits en monothérapie ; ils peuvent être utilisés en association avec les rétinoïdes ou le PB, sur de courtes périodes afin de limiter le risque de résistance.

En cas d'acné plus sévère ou résistante au traitement local seul, on adjoint un traitement oral par cycline, soit doxycycline à 100 mg/j, soit lymécycline à 300 mg/j. Les cyclines agissent par leur activité anti inflammatoire et anti séborrhéique à des doses inférieures de moitié de celle

Questions flash - Préadolescence et adolescence

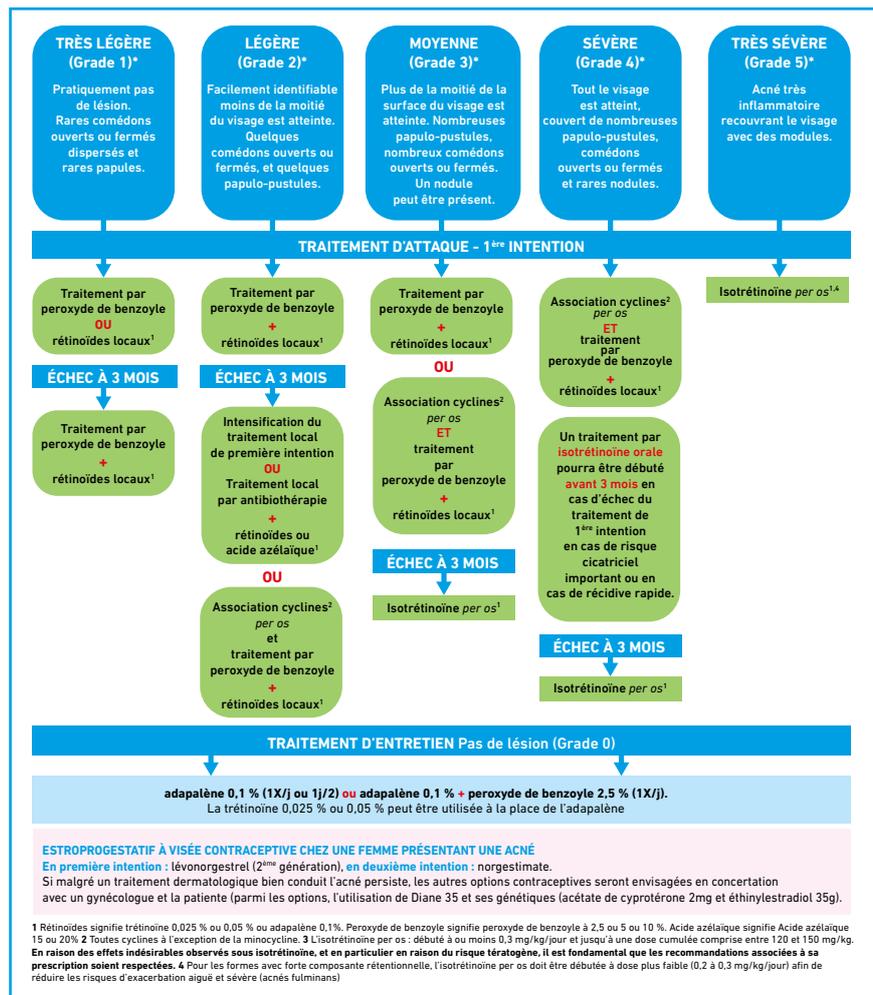


Fig. 1 : Les différents traitements de l'acné.

de l'activité antibactérienne. Elles sont utilisées sur des périodes de 3 mois afin de minimiser le risque de résistance bactérienne. Leur efficacité est perceptible au bout de 6 à 8 semaines. Leur principal effet secondaire est la phototoxicité. En cas d'acné sévère comportant des risques cicatriciels ou d'acné résistante à un traitement classique bien conduit d'au moins 3 mois, se pose l'indication de l'isotrétinoïne. Cette prescription nécessite une contraception chez la jeune fille et les mesures de prévention de la grossesse. La prescription initiale est réservée aux dermatologues. Enfin, chez la jeune fille en demande d'une contraception, un œstroprogestatif de 2^e génération peut être proposé.

Le pédiatre pourra instaurer le traitement de 1^{re} ligne par rétinoïde ou PB. Il pourra le compléter par une cycline en cas d'échec. Et passer la main quand il le souhaite lors des échecs ou des rechutes qui émaillent les années d'évolution de l'acné (fig. 1).

POUR EN SAVOIR PLUS

Recommandations de bonnes pratiques. Prise en charge de l'acné. Traitement de l'acné par voie locale et générale. Texte des recommandations. Société Française de Dermatologie.

Téléchargeable sur reco.sfdermato.org

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Troubles de la puberté à la préadolescence : quand agir ?

→ C. BOUVATTIER

Service d'Endocrinologie pédiatrique, CHU de Bicêtre, LE KREMLIN-BICÊTRE.

Le développement des seins doit être considéré comme pathologique et évalué s'il survient avant 8 ans

La puberté est précoce si le développement des seins survient avant l'âge de 8 ans. Cette limite d'âge est discutée actuellement en raison de l'avance séculaire de l'âge pubertaire. On distingue deux grands groupes de pubertés précoces : les pubertés précoces centrales, d'origine hypothalamo-hypophysaire, les plus fréquentes et les pubertés précoces périphériques, dues à une sécrétion de stéroïdes sexuels par une gonade autonome, indépendante des gonadotrophines. La puberté précoce centrale est liée au déclenchement prématuré, lésionnel ou non, de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Elle est environ 8 fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, et idiopathiques (sans cause retrouvée) dans 90 % des cas. Le tableau clinique retrouve un développement mammaire et une accélération de la vitesse de croissance accompagnée d'une avance de la maturation osseuse. En dehors de la recherche d'une cause, les conséquences d'une puberté précoce sont la fusion précoce des cartilages de croissance, la petite taille adulte, la survenue de règles précoces. Les conséquences psychologiques variables en fonction des enfants sont assez mal connues.

La prise en charge thérapeutique des formes centrales repose sur la prescription d'analogues du GnRH. Leur prescription n'est discutée que devant une puberté précoce évolutive risquant d'entraîner une petite taille. L'évolutivité d'une puberté précoce s'apprécie sur des manifesta-