

LE DIABÈTE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

2. Aspects particuliers chez l'adolescent

J-P. BOURGUIGNON, D. ROCOUR-BRUMIOUL, J. COLLARD, M.-C. LEBRETHON
ET L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIABÉTOLOGIE PÉDIATRIQUE (1)

RÉSUMÉ : L'adolescent diabétique confronte les «soignants» à quelques aspects spécifiques, tant au moment du diagnostic que lors du suivi. L'existence de diabète de type 2 ne doit pas être méconnue, étant donné la fréquence croissante de celui-ci en relation avec la progression de l'obésité chez les sujets jeunes. Lors de l'éducation initiale, la place des parents doit être prise en compte et réfléchi, tout en créant un espace propre pour l'adolescent. Dans le suivi, toutes les dimensions du processus adolescent seront prises en considération en plus du diabète. Ceci implique, notamment, les comportements exploratoires ou à risques, les sentiments de marginalisation, voire la révolte, et les difficultés de prendre en compte le risque de complications à long terme. Une attention particulière sera portée sur la période de transition vers une consultation pour adultes.
MOTS-CLÉS : *Adolescence - Enfance - Diabète - Education*

Cet article propose quelques aspects complémentaires à l'article précédent qui concerne l'enfant diabétique, en suivant la même démarche centrée sur deux périodes précises : le diagnostic et la prise en charge initiale d'une part, et le suivi d'autre part.

1. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE INITIALE

a. Diabète de type 1 versus type 2 : la prévalence sans cesse croissante de l'obésité conduit à l'apparition de plus en plus précoce de diabète de type 2 (1), diagnostic qui n'est pas toujours simple à suspecter dans la mesure où le diabète de type 1 peut se déclarer également chez des adolescents avec excès pondéral. Parmi les éléments de diagnostic différentiel, on soulignera l'histoire familiale généralement positive et l'absence d'auto-anticorps dans le diabète de type 2.

b. Education initiale : la dyade parents-adolescent : s'il faut viser à une autonomisation de l'adolescent dans la prise en charge, il ne faut pas ignorer le rôle des parents (2). Le même constat est fait chez l'adolescent en général et chez celui atteint de diabète : les parents gardent une place importante de par leur rôle de référents et d'encadrants que des attitudes «superficielles» de rejet de la part de l'adolescent ne doivent pas faire

DIABETES MELLITUS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE :

2. SPECIFIC ASPECTS IN ADOLESCENTS

SUMMARY : The management of adolescents with diabetes mellitus involves specific aspects at diagnosis and during follow-up. A type 2 diabetes should be excluded at diagnosis since this condition is increasingly observed in closed relationship with the progression of obesity in young people. During initial education process, the parents should be involved while a specific space and time for interaction with the adolescents is required. During follow-up, all aspects of the adolescent process should be taken into account together with diabetes. This includes risk-taking or exploratory behaviours, feeling of being different, anger and difficulties for the adolescents to consider the long-term complication risk. Special attention should be devoted to the transition towards adult care.

KEYWORDS : *Adolescent - Child - Diabetes - Education*

sous-estimer. A cet égard, l'éducation initiale est un moment clé où, aussi bien les parents (qu'ils vivent ensemble ou soient séparés) que l'adolescent, doivent recevoir la formation initiale.

c. Schéma d'insulinothérapie : par certains aspects, la vie de l'adolescent est mieux prise en compte par un schéma basal-prandial, associant une insuline ultra-longue avec 3 administrations d'insuline ultra-rapide avant les repas : possibilité d'éviter les collations et relative souplesse d'horaires des repas. Ce schéma permet également de décaler plus aisément le lever en périodes de week-end ou de vacance. Néanmoins, les contraintes du schéma basal-prandial sont aussi plus lourdes, surtout en terme de contrôles glycémiques, et impliquent une adaptation quotidienne des doses. De plus, certains adolescents tiennent à la collation du goûter, ce qui nécessite une quatrième injection d'analogue d'insuline à action ultra-rapide ou un remplacement de l'analogue à action ultra-rapide de midi par une insuline à action rapide dont la durée d'action est plus longue. Etant donné que le schéma classique à deux injections par jour permet d'assurer une équilibration moyenne satisfaisante à excellente durant la période de rémission, celui-ci reste proposé initialement chez un certain nombre d'adolescents.

2. LE SUIVI DE L'ADOLESCENT DIABÉTIQUE

a. Processus adolescent et prise en charge du diabète : l'adolescence est une phase critique de repositionnement identitaire, aussi bien pour l'adolescent lui-même que vis-à-vis de sa famille, de ses pairs et de la société. C'est de plus une période d'adaptation aux changements physiques

(1) L'équipe pluridisciplinaire comprend, Professeur J.-P. Bourguignon, Pédiatre-Endocrinologue, Docteur M.-C. Lebrethon, Pédiatre-Endocrinologue, Docteur D. Rocour-Brumioul, Pédiatre, Docteur Chr. Ernould, Pédiatre-Endocrinologue, Monsieur L. Collard, Assistant-social, Madame S. Peters, Diététicienne, Madame S. Ista et Monsieur B. Paggen, Infirmiers sur les terrains de vie, Mesdames C. Vanberg, S. Amato, C. Collard, S. Marziani, L. Piron, A. Sanfratello, C. Flamand, Infirmières référentes, Monsieur D. Philippart et Madame J. Collard, Psychologues et Madame G. Thomas, Infirmière coordinatrice.

de la puberté, y compris les modifications du rapport poids-taille qui la caractérisent. L'existence d'un diabète en surimpression de ces changements conduit fréquemment à des difficultés dans la prise en charge de la maladie (3-5). Ici, nous reprendrons simplement quelques éléments pour en souligner l'importance en pratique. L'adolescent souhaite à la fois s'individualiser et ressembler à tous les autres de son âge. Le diabète entraîne des sentiments de marginalisation que l'adolescent tentera de minimiser en évitant les comportements différents des autres (surveillance, alimentation). La perspective de la vie adulte fait peur et cette perspective est plus inquiétante encore avec le diabète. Ceci entraînera une réaction de prise en charge «au jour le jour» avec des attitudes automatiques. La dissimulation ou la tricherie, fréquemment observée chez l'adolescent, est un processus adaptatif pour éviter à l'adolescent de se retrouver confronté à la réalité des signaux d'alarme comme l'hyperglycémie fréquente. C'est peut-être aussi une manière de résoudre les effets stimulants de l'insulinothérapie sur la progression pondérale qui est souvent excessive et malvenue pour l'adolescent, en particulier chez la jeune fille. L'adolescence est également la période des conduites exploratoires, voire à risques, qui vont prendre des dimensions parfois dramatiques dans le contexte du diabète : sauter une ou plusieurs injections d'insuline, sauter des repas, boire de l'alcool, etc. Ces attitudes seront favorisées par un certain sentiment d'invulnérabilité que connaissent beaucoup d'adolescents («ça n'arrive qu'aux autres»). Le risque de complications n'est pas toujours bien compris. Derrière ces comportements se cachent parfois un défaitisme et une dépression qu'il ne faut pas sous-estimer. L'adolescence est une période où l'idéation suicidaire est fréquente et peut prendre un accent dramatique particulier dans le contexte d'un diabète. Toute la difficulté pour les soignants et les parents sera d'accompagner l'adolescent dans le processus de résilience à savoir, la capacité de faire face dans des conditions d'adversité.

b. Dimension individuelle versus familiale : comme nous l'avons déjà souligné à propos du diagnostic, la prise en compte simultanée des deux dimensions, celle de l'adolescent lui-même et la place des parents, sera importante dans le suivi (2). Très concrètement, cela nécessite souvent de ménager un temps pour l'adolescent seul, mais également un temps avec les parents à la consultation. Souvent, l'intervention d'autres membres de l'équipe sera précieuse comme la consultation psychologique orientée vers l'adolescent, mais aussi les parents, et l'intervention de l'infirmière à domicile ou à l'école. A cette période, la diététicienne est également un interlocuteur privilégié pour les nombreux adolescents

confrontés à des difficultés dans la gestion de leur poids. Le rôle des pairs et des phénomènes de groupe est également à prendre en compte. Ceci ressort particulièrement lors d'activités comme des week-ends sportifs et récréatifs organisés par l'équipe éducative pour les adolescents.

c. Dépistage des complications : l'adolescence est la période où le dépistage des complications doit devenir systématique, en particulier au-delà de 3 années d'ancienneté du diabète. La pression artérielle doit être suivie scrupuleusement et l'hypertension traitée précocement. La micro-albuminurie est également mesurée au moins une fois par an de même que l'examen du fond d'œil avec une éventuelle angiographie fluorescéinique. La neuropathie autonome cardiaque peut être recherchée par la réalisation d'un Holter.

d. Transition vers la consultation adulte : cette transition constitue un moment important symboliquement et doit être préparée (6). L'âge pivot est 18 ans, âge ultime de la prise en charge de la convention de rééducation pédiatrique. Les rares exceptions sont les adolescents pour lesquels un contexte tel qu'un trouble du développement mental ou d'autres problèmes peut justifier de prolonger quelque peu l'encadrement par l'équipe pédiatrique. Les modalités de cette consultation de transition dépendent de chaque médecin. Le rôle du pédiatre-diabétologue est de rassurer l'adolescent et également d'ouvrir l'espace libre nécessaire pour que le médecin et l'équipe qui s'occupent des patients adultes puissent s'investir.

RÉFÉRENCES

1. Willi SM, Egede LE.— Type 2 diabetes mellitus in adolescents. *Curr Opin Endocrinol Diabetes*, 2000, **7**, 71-76.
2. Anderson B, Ho J, Brackett J, et al.— Parental involvement in diabetes management tasks : relationships to blood glucose monitoring adherence and metabolic control in young adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatrics*, 1997, **130**, 257-265.
3. Gordon CM, Mansfield MJ.— Changing needs of the patient with diabetes mellitus during the teenage years. *Curr Opin Pediatrics*, 1996, **8**, 319-327.
4. Weissberg-Benchell J, Glasgow AM, Tynan WD, et al.— Adolescent diabetes management and mismanagement. *Diabetes Care*, 1995, **18**, 77-82.
5. Bourguignon JP, Maes M, Boden S, et al.— Adolescence et diabète. *Nouveau Guide du Jeune Diabétique*. Ouvrage collectif issu de centres conventionnés de diabétologie pédiatrique coordonné par Christian Ernould. NovoNordisk, Belgique, 2001, chap. 13, 179-182.
6. McGill M.— How do we organize smooth, effective transfer from paediatric to adult diabetes care? *Horm Res*, 2002, **57** (suppl 1), 66-68.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. J.-P Bourguignon, Service de Pédiatrie Ambulatoire, CHU - Sart Tilman, Liège.