

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

**Pertinence du concept de
psychiatrie de l'adolescent et du
jeune adulte**

FENEAU Lucie

Née le 14/08/1992 à Lorient (56)

Sous la direction de Mr le Docteur IFRAH Guillaume

Membres du jury

Mme le Professeur GOHIER Bénédicte | Président

Mr le Docteur IFRAH Guillaume | Directeur

Mr le Docteur MALKA Jean | Codirecteur

Mme le Docteur LUSVEN Marion | Membre

Soutenue publiquement le :
26 octobre 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Lucie FENEAU
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 20/10/2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarde

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédiopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie

COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie

SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

Au Professeur Bénédicte Gohier, pour avoir bien voulu présider ce jury, pour votre aide et votre indulgence ces trois dernières années. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

Au Docteur Guillaume Ifrah, pour m'avoir accompagnée avec patience et optimisme dans ce travail. Je te remercie également pour les conseils et les connaissances que tu continues à me transmettre.

Au Docteur Jean Malka, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de co-diriger mon travail. Un immense merci pour votre bienveillance et pour les temps que vous m'avez octroyé au cours de mon internat. Ce fut une grande chance d'avoir pu effectuer un semestre dans votre service et de bénéficier de vos interventions et réflexions cliniques toujours passionnantes. J'admire votre humanité et votre humilité qui resteront des exemples pour moi. Veuillez croire en l'expression de ma profonde considération et mon profond respect.

Au Docteur Marion Lusven, pour avoir accepté au dernier moment de juger ce travail, après avoir été ma co-interne, après que j'ai assisté à ta propre thèse. Merci pour le soutien que tu as pu m'apporter dans des moments difficiles.

Au Docteur Christian Lochet, de m'avoir influencée dans le choix de ce beau métier (même si je n'ai finalement pas choisi la médecine générale) et incarné le médecin accessible et humain que j'aimerais être à mon tour. Je vous fais part de toute ma reconnaissance pour votre disponibilité et vos encouragements depuis la première année.

Au Docteur Marie Brière et au Docteur Pauline Marche, je tiens à vous exprimer ici ma profonde reconnaissance.

Aux équipes soignantes du SPAL, pour tous ce que vous m'avez appris au cours des 3 semestres passés parmi vous, vos encouragements, votre investissement auprès des patients, ainsi que les bons moments passés ensemble. Aux secrétaires pour votre soutien et vos encouragements, aux psychologues et aux assistantes sociales avec qui j'apprécie de travailler au quotidien. Merci à Maxime pour tes précieux conseils, ton humour et ta gentillesse, merci Samia. Au Docteur Yvon Ebale N'Lo, merci de m'avoir permis d'exercer ce poste de FFI au SPAL, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe médicale.

A l'équipe médicale et paramédicale du secteur Maine B, notamment au Dr Anne-Isabelle Bouyer, Dr Aurore Etienne, Dr Virginie Léon et Dr Léo Lévy que je remercie pour leur bienveillance.

À l'équipe médicale du service de Psychiatrie-addictologie du CHU et aux secrétaires pour leur gentillesse. J'ai apprécié de pouvoir venir travailler sur ma thèse dans le service cette dernière année. A Mathilde et Benjamin de m'avoir laissé squatter leur bureau ainsi que pour leur soutien.

À toutes les belles personnes, co-externes, co-internes, soignants, administratifs, médecins, etc., mais aussi patients, que j'ai eu la chance de côtoyer au cours de mes études, à Brest et à Angers. Merci à Aude pour les bons et les moins bons moments traversés ensemble durant l'externat.

REMERCIEMENTS

A ma sœur Manon, pour ton soutien sans faille en dépit de ce que tu as vécu au cours des 10 dernières années, pour avoir pris soin de Sulky durant ces derniers mois où j'étais bien occupée. Je te souhaite le meilleur et que tes beaux projets se réalisent.

A mes parents, pour m'avoir permis de suivre mes études dans les meilleures conditions possibles et m'avoir offert le plus beau des cadeaux qui partage ma vie depuis 9 ans. En hommage à notre petite Gribouille, pour m'avoir tenu compagnie durant les longues journées de révisions passées à roupiller sur mon bureau.

A Christophe, Christine, Marine, Titouan, à Fanny pour ton réconfort dans des moments difficiles.

A mes grands-parents pour ces beaux souvenirs d'enfance, en hommage à mon grand-père, parti trop tôt.

A mon petit poney, ma bulle d'oxygène, à la joie de vivre que tu dégages et à tout ce que tu m'apportes au quotidien, je te dois énormément.

A Véronique et Gaëtan, pour leur professionnalisme et leur dévouement qui m'ont permis de garder Sulky à mes côtés à Brest puis à Angers.

A Dominique pour ton soutien et les séjours de répit au fin fond de l'Aveyron.

A Charlotte et Nicolas pour tous les bons moments que j'ai pu passer à La Cavale Bleue, à Annick de m'avoir réveillée.... À Catherine pour ton ordonnance d'encouragements pré-PACES que j'ai conservé précieusement.

En hommage à Vincent, j'aurais aimé pouvoir t'aider...

A Carole, Anne-Sophie et Anaïs, mes amies de lycée.

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
AJA	Adolescents et jeunes adultes
API	Alcoolisations ponctuelles importantes
ASE	Aide sociale à l'enfance
BED	Binge eating disorder
BLIPS	Brief Limited Intermittent psychotic symptoms
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DUP	Duration of untreated psychosis
DPNT	Durée de psychose non traitée
EBM	Evidence based medecine
EDC	Episode dépressif caractérisé
EM	Entretien motivationnel
EMR	État mental à risque
EPA	European psychiatric association
FDA	Food and drug administration
GO-AJA	Groupe onco-hématologie adolescents et jeunes adultes
INCa	Institut national du cancer
MDA	Maison des adolescents
NDMDA	National depressive and manic-depressive association
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Psychiatrie adulte
PEA	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PPAC	programme personnalisé de l'après-cancer
PTSD	Syndrome de stress post-traumatique
RRC	Réseaux régionaux en cancérologie
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SDP	Schizophrénie à début précoce
SDTP	Schizophrénie à début très précoce
TB	Trouble bipolaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TIPP	Traitemen et intervention précoce dans les troubles psychotiques
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TS	Tentative de suicide

Plan :

INTRODUCTION

MÉTHODOLOGIE

1. Définitions et position du problème

- 1.1. Indétermination sociologique du statut de l'adolescent-jeune adulte (AJA)
 - 1.1.1. L'adolescence est une construction sociale « floue »
 - 1.1.2. Arguments sociaux pour définir les formes de l'adolescence (dans nos sociétés occidentales)
- 1.2. Complément de définition par l'approche développementale (évocation succincte)
 - a) Modèle physiologique/physique
 - b) Modèle cognitif
 - c) Modèle psychologique (et psychodynamique)
- 1.3. La synthèse : La définition de l'OMS

2. Argument neurodéveloppementaux

- 2.1. Anatomie développementale
- 2.2. Cognitions et neurodéveloppement à l'adolescence
- 2.3. Implications sur le plan clinique
 - 2.3.1. Prise de risque, conduites addictives
 - 2.3.2. Adolescence et émergence des pathologies psychiatriques

3. Arguments épidémiologiques

- 3.1. Epidémiologie spécifique des pathologies médicales à l'adolescence
- 3.2. Epidémiologie des pathologies mentales à l'adolescence
 - 3.2.1. Troubles de l'humeur à l'adolescence
 - a) Troubles dépressifs :
 - b) Troubles bipolaires :
 - 3.2.2. Les conduites suicidaires
 - 3.2.3. Troubles anxieux et liés à des facteurs de stress à l'adolescence
 - 3.2.4. Addictions à l'adolescence
 - a) Le tabac :
 - b) L'Alcool :
 - c) Le cannabis :
 - d) Autres substances psychoactives :
 - e) Les médicaments :
 - f) Les écrans :
 - 3.2.5. Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence
 - 3.2.6. TDAH à l'adolescence
 - 3.2.7. Psychose à l'adolescence

4. Arguments cliniques

- 4.1. Une prise en charge thérapeutique souvent spécifique
- 4.2. Enjeux cliniques d'un abord AJA en psychiatrie
 - 4.2.1. Spécificités cliniques dans les troubles de l'humeur
 - a) Enjeux diagnostiques et repérage précoce des troubles bipolaires
 - b) Particularités de la dépression de l'AJA
 - 4.2.2. Spécificités cliniques dans les troubles anxieux et liés à des facteurs de stress
 - a) Quelques généralités au préalable

- b) Particularités symptomatologiques des principaux troubles anxieux retrouvés chez les AJA
- c) Comorbidités
- d) Évolution des troubles anxieux de l'AJA
- e) Exemples de facteurs de stress particuliers à l'adolescence
- 4.2.3. Spécificités des addictions à l'adolescence
 - a) Introduction
 - b) Pistes de compréhension
 - c) Facteurs influençant les conduites addictives
 - d) Complications
- 4.2.4. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
 - a) Physiopathologie
 - b) Particularités et conséquences du TDAH à l'adolescence
 - c) TDAH et comorbidités chez l'AJA
 - d) Cas particulier du recouplement nosographique TDAH-Trouble bipolaire de l'AJA
 - e) Le TDAH, de l'adolescence à l'adulte
- 4.2.5. Spécificités cliniques dans les troubles du comportement alimentaire
 - a) L'anorexie mentale
 - b) La boulimie
 - c) Hyperphagie boulimique ou « binge eating disorder »
- 4.2.6. Spécificités cliniques dans les psychoses

5. Arguments organisationnels et sociologiques

- 5.1. La réponse de l'oncologie aux besoins spécifiques adolescents
- 5.1.1. Contexte : Les AJA se situent dans une faille du système de soins :
 - a) Le processus de transition de soins
 - b) Pédiatrie ou Médecine Adulte ?
 - c) Les AJA en service adulte
- 5.1.2. Vers une optimisation de la prise en charge des AJA en oncologie
- 5.2. En psychiatrie : la nécessité de formations spécifiques
 - a) La formation de l'entourage
 - b) La formation des soignants (au sens large)

5.3 Le cas des adolescents difficiles et de la nécessaire articulation au médico-social

- 5.4 Le groupe des pairs et l'hospitalisation : effets à double tranchants
- 5.4.1. L'hospitalisation en psychiatrie
- 5.4.2. Les groupes de pairs
- 5.4.3. La pair-aidance

6. Conclusion

❖ **BIBLIOGRAPHIE**

❖ **LISTE DES FIGURES**

❖ **TABLE DES MATIERES**

INTRODUCTION

De plus en plus de disciplines médicales, notamment l'oncologie, développent des stratégies de prises en charges spécifiques aux adolescents / jeunes adultes (protocoles de soins, thérapeutiques spécifiques, services dédiés...).

L'OMS publiait en septembre 2020 que les problèmes de santé mentale représentent 16% de la charge mondiale de morbidité chez les sujets âgés de 10 à 19 ans. Ces troubles sont pourtant encore trop rarement détectés suffisamment tôt. Selon l'OMS, plus de 50 % des pathologies psychiatriques de l'adulte apparaissent entre 15 et 25 ans. Or les troubles développés précocement sont d'autant plus susceptibles d'impacter sévèrement le cours de la vie ultérieure, de part notamment un risque majeur de désocialisation et de déscolarisation. Plus largement, c'est la qualité et l'espérance de vie du sujet qui sont menacées, notamment au travers du risque suicidaire, troisième cause de mortalité chez les 15-19 ans.

Se posent alors nombre de questions quant à l'optimisation de la prise en charge de cette population particulière sur le plan psychiatrique, avec, en arrière-plan, l'enjeu capital du pronostic, sur le plan médical comme en termes de fonctionnalité globale au quotidien.

Les changements physiques, intrapsychiques et environnementaux majeurs caractéristiques de l'adolescence, entraînent une perte de repères anxiogène. La période des 15-25 ans est également celle de choix cruciaux pour la construction de l'avenir du sujet, qui fait face à d'importantes pressions (examens, orientation professionnelle, permis de conduire, acquisition de

responsabilités...). On comprend alors aisément que l'adolescence constitue une période propice à l'éclosion de difficultés psychiques.

Le contexte et le terrain sur lesquels ils se développent explique certaines spécificités de la physiopathologie des troubles psychiatriques du jeune et de leur expression clinique. Ainsi, il résulte de l'immaturité du système cérébral - en particulier des circuits cérébraux inhibiteurs - une expression privilégiée de la souffrance au travers d'une clinique de l'agir, au détriment de la mentalisation. Les conduites à risque et les passages à l'acte de tous ordres constatés chez les jeunes individus se font le témoin de cette impulsivité caractéristique, exposant à un risque majeur de décès par suicide ou par accident. Ce n'est qu'autour de 25 ans que s'achèvera la maturation cérébrale. En outre, l'expérience clinique appuie l'importance de dédier un paragraphe aux adolescents difficiles, qui sont nombreux à fréquenter les urgences, souvent de manière répétée. Les difficultés grandissantes des structures éducatives à accueillir ces individus à la symptomatologie souvent bruyante voire violente, amènent à une sollicitation de plus en plus fréquente de la psychiatrie pour des problématiques qui n'étaient pas considérées à l'origine comme étant de son ressort. La nécessaire articulation avec les partenaires médico-sociaux prend alors toute son importance, dans le cadre d'un accompagnement du jeune considéré dans sa globalité.

Enfin, plus que chez l'adulte, l'importance des pairs et de l'effet de groupe est à considérer, puisqu'il interfère avec la prise en charge institutionnelle. A l'hôpital comme en ambulatoire, celle-ci se veut d'être inventive et attrayante afin de favoriser l'alliance et l'implication durables dans les soins de cette

catégorie particulière de patients. La prise en compte de la composante développementale et systémique est par ailleurs primordiale à cet âge.

L'adolescent ou l'adulte en devenir ne sont pas des « adultes miniatures » et la connaissance des facteurs de vulnérabilités spécifiques au développement des troubles mentaux dans cette catégorie de population, la psychopathologie particulière, ainsi que leur sémiologie doivent permettre d'engager des stratégies et efficaces de prévention des troubles, ainsi que le développement d'outils de détection précoce.

Pour le jeune entré dans les soins, reste ensuite, lorsqu'arrivent les 16 ans, à négocier la phase de « transition », c'est-à-dire le transfert de compétences entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers la psychiatrie adulte. La planification rigoureuse de cette étape est décisive en termes de continuité des soins, avec un risque majeur de rupture thérapeutique à ce moment précis.

Relever ce triple défi de prévention, repérage précoce et prise en charge adaptée, ne peut se passer d'une poursuite des travaux de recherche dans ces domaines et de l'engagement de moyens matériels et humains dédiés. Les études réalisées constatent un manque de professionnels spécialement formés au sein des services de psychiatrie accueillant des adolescents / jeunes adultes. Les actions de sensibilisation et de formation doivent également être offertes à l'ensemble des intervenants gravitant autour de l'adolescent (partenaires médico-sociaux, enseignants, etc).

Ce travail a vocation à répondre à deux objectifs :

Objectif principal :

A partir de l'exemple de l'oncologie, examiner l'intérêt d'une individualisation similaire des adolescents et jeunes adultes en psychiatrie, au moyen d'une revue narrative de la littérature.

Objectif secondaire :

Proposer un cahier des charges qui nous semblerait pouvoir offrir une prise en charge psychiatrique idéale aux adolescents et jeunes adultes souffrant d'un trouble mental.

MÉTHODOLOGIE

La question de l'intérêt d'une prise en charge en psychiatrie spécifique aux adolescents et jeunes adultes est vaste, et sera traitée ici au mieux, par une revue narrative qui s'intéresse succinctement aux différents aspects de la question (sociologique, épidémiologique, clinique, thérapeutique, institutionnel...)

Par sa construction, elle s'appuiera sur des requêtes diverses dans les bases de données Pub Med, Science Direct, CAIRN, Google Scholar, EM Premium, ainsi que dans des ouvrages publiés dans ce champ.

1. Définitions et position du problème

1.1. Indétermination sociologique du statut de l'adolescent-jeune adulte (AJA)

Si le sujet de l'adolescence a été très peu abordé pendant des siècles, on en parle beaucoup à l'inverse aujourd'hui. Les travaux d'anthropologues et d'historiens sur ce concept tendent à montrer que la notion d'adolescence, telle qu'on l'entend de nos jours, est une création sociale apparue au 19^{ème} siècle, parallèlement à l'évolution des rapports démographiques entre les générations.

« Adolescence » est un mot qui prend racine dans la langue latine, dérivant du terme *adolescens*, participe présent de *adescere*, qui signifie grandir. D'un point de vue étymologique, l'adolescent est donc celui qui « est en train de grandir », alors que le participe passé *adultus*, signifie-lui, celui qui « a cessé de grandir ». Lorsqu'ils apparaissent dans la langue française vers le 16^{ème} siècle, ces termes font référence au processus de développement et de croissance (description de la puberté), avec donc, une conception sous un angle médical, physiologique. Progressivement ensuite, le concept d'adolescence s'invite dans le champ de la psychologie, notamment à la toute fin du 19^{ème} siècle (1). L'adolescence est alors placée par les adultes sous le sceau de l'inquiétude, de l'agitation et de la violence. En 1904, la publication aux Etats-Unis du premier livre de psychologie de l'adolescent de Stanley Hall, contribuera par la suite au développement des connaissances sur cette période de la vie. Néanmoins, dans la continuité des idées dominantes au 19^{ème} siècle, sa conception du développement humain est calquée sur la théorie de l'évolution. Il donne une place importante au biologique, tout en reprenant le concept romantique d'une adolescence tumultueuse, synonyme

d'enthousiasme, de fougue, mais aussi d'instabilité. Stanley Hall y voit une répétition de la période troublée qui, dans l'histoire de l'humanité, aurait précédé l'apparition de la civilisation. Alors que ce point de vue a longtemps imprégné la psychologie américaine, la sociologie s'empare du sujet dès le début du 20^{ème}, faisant de l'adolescence une « classe d'âge » à part entière. Par l'étude d'autres sociétés, elle pointe les limites des descriptions antérieures et le rôle déterminant endossé par la culture dans la caractérisation de l'adolescence. Cette dernière a alors fait l'objet de multiples définitions, qui diffèrent plus ou moins selon les cultures donc, mais également selon les époques et l'orateur (2).

En France, la notion de « crise d'adolescence » a été introduite par Maurice Debesse en 1941 (psychologue et pédagogue) dans son livre sur la crise d'originalité juvénile. Ceci a largement contribué à répandre cette notion. En 1988, R. Cahn proposait la définition suivante : « L'adolescence constitue ce temps où la conjonction du biologique, du psychique et du social, parachève l'évolution du petit homme ». Dans le prolongement, Marcelli et Braconnier proposent quatre principaux modèles de compréhension de l'adolescence qui ne s'excluent pas les uns les autres : le modèle physiologique ; le modèle cognitif ; le modèle psychologique et enfin, le modèle sociologique et environnemental (3). Néanmoins, la possibilité d'autres modèles reste à questionner. On pourrait notamment envisager un modèle juridique : Le système de justice des mineurs prévoit aujourd'hui un durcissement des peines selon l'âge. De la même façon, les droits des jeunes varient entre 12 à 26 ans. On peut par exemple : à 12 ans, ouvrir un livret jeune avec l'accord de ses parents ; à 13 ans, il peut s'inscrire sur la liste nationale des refus de

prélèvement d'organes, décider d'un changement de nom ou de son adoption sans l'accord de ses parents ; à 14 ans, être embauché pour un job d'été, valider son brevet de sécurité routière et conduire un scooter ; à 15 ans, signer un contrat d'apprentissage, commencer la conduite accompagnée ; à 16 ans, arrêter sa scolarité, avoir sa propre carte vitale et désigner seul son médecin traitant, faire un service civique, participer à la création d'une association ; à 17 ans, s'inscrire au permis de conduire, passer le brevet d'aptitude d'animateur (Bafa), être réserviste dans l'armée ; à 18 ans, être élu à un mandat local ; à 25 ans, bénéficié du RSA.

On rencontre aussi des définitions plus larges : Marcelli propose par exemple que l'adolescence se termine lorsque l'individu cesse de poser des actes pour plaire ou pour déplaire à ses parents, ce qui permet d'étendre encore la période de l'adolescence. Quant au début, il semble qu'il soit placé de plus en plus tôt, puisque l'on détache même maintenant la tranche des *préadolescents*, aux comportements « déviants » plus précoces par rapport aux générations précédentes. Ainsi, d'une manière générale, l'adolescence débute plus tôt et tend à se rallonger. Enfin, la notion de « passage » est essentielle dans la modélisation de l'adolescence. L'adolescence est un cap dont la négociation est complexe car elle nécessite à la fois de se défaire de l'enfant qui est en soi et de (re)chercher l'adulte en devenir. À l'extrême, l'adolescence n'existerait pas ou plus. Pour P. Huerre, psychiatre, elle est une création moderne des adultes : ceux-ci, refusant de vieillir et cherchant à bannir le risque de leur quotidien, excluent les jeunes du monde des grands (4). Enfin, certains sociologues évoquent la fin du concept « classique » : on vivrait dans une société

adolescente marquée par la « défonce », les excès, le plaisir, et dans laquelle la manière de vivre des plus jeunes s'infiltrerait totalement.

Tous les éléments mentionnés ci-dessus entrant en compte dans la détermination du concept d'adolescence, on comprend que la délimitation en termes d'âge de cette période particulière fait toujours l'objet de débats.

1.1.1. L'adolescence est une construction sociale « floue »

« *Bien entendu, la jeunesse n'existe pas. La notion de jeunesse est culturelle, elle se décline en maintes définitions d'une société ou d'une époque à l'autre. Elle est une catégorie socialement construite* » (5).

L'adolescence est une construction sociale : elle n'a pas toujours existé et n'a pas été de tout temps reconnue par la société. L'historien Philippe Ariès, dans son ouvrage *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, soutient l'idée que l'enfant et l'adolescent de l'époque ne bénéficiaient pas de la place qui leur est faite aujourd'hui tant dans la famille qu'en société. Selon lui, l'individualisation de l'adolescence s'est opérée tardivement, lorsque l'âge et le niveau scolaire ont été mis en rapport. En effet, jusqu'aux alentours du 18^{ème} siècle, pouvaient se côtoyer dans la même classe des enfants de 10 ans, des adolescents et même de jeunes hommes de 25 ans. Ses travaux peuvent donc laisser présumer que le phénomène d'adolescence, dans ses considérations psychiques et sociales, est resté transparent durant des siècles. L'adolescence était confinée au champ du développement et désignait plutôt un âge de la vie, parfois une crise (4).

Notre notion actuelle et occidentale de l'adolescence ne s'est donc dessinée que vers le milieu du 19^{ème} siècle. L'usage des termes apparaît d'ailleurs dans

les ouvrages à partir de l'Antiquité (6). Chez les latins, l'entité *adulescens* ne concerne que les garçons situés dans une tranche d'âge de 17 à 30 ans. A partir du 17^{ème} siècle, le terme *adolescence* se repend. Il désigne longtemps une période qui s'étend jusqu'à 30 voire même 35 ans.

Cette évolution des termes à travers l'Histoire, ainsi que ces fluctuations dans l'extension de la phase d'adolescence sont en grande partie liées à des facteurs socio-économiques qui favorisent ou ralentissent l'accès à la vie adulte. L'intervalle temporel entre l'enfance (où l'on s'instruit) et l'état adulte (où l'on participe à la vie publique et sociale) est donc plus ou moins tronqué selon cette organisation sociale (1).

Par ailleurs, les sociétés évoluent et les normes et valeurs sociales propre à une tranche d'âge se modifient de façon concomitante à cette évolution sociétale. Ainsi, avoir 17 ans en 1960 et avoir 17 ans en 2021 correspond à une même classe d'âge, mais à une génération différente. Il revient à chaque individu de réaliser un travail de construction de son identité sociale à travers l'apprentissage des codes sociaux propres à la fois à son âge et à sa génération.

Depuis le milieu du 19^{ème} siècle, l'évolution rapide de la société marchande de consommation, modifie considérablement le pouvoir d'achat et l'accès aux biens d'une génération à l'autre. Ainsi, alors qu'il était exceptionnel de détenir une voiture à 18 ans dans les années 70, accéder à ce bien matériel est aujourd'hui banal pour un jeune de cet âge. « *Ce qui pour la génération 1 était une conquête de toute la vie, est donné dès la naissance, immédiatement, à la génération 2* » (7). Ainsi, une génération pourra passer toute son existence à

conquérir un bien ou une situation, quand la génération suivante se verra donner de façon presque innée et immédiate ce bien.

Ce décalage entre les générations, avec les enjeux de lutte entre les "jeunes" et les "vieux" en remaniement permanent, peuvent catalyser des conflits sociaux et intergénérationnels. Les générations se confrontent entre elles et aux nouvelles normes, avec des transmissions, des conflits, des apprentissages mutuels. Le processus de socialisation se déroule donc finalement tout au long de la vie, avec un potentiel de changement qui diminue néanmoins à mesure que l'individu avance en âge. L'avancée en âge fixerait progressivement l'identité sociale de l'individu, qui ne dispose alors plus de la souplesse nécessaire pour s'ajuster aux nouvelles normes sociales. Cela pourrait fournir une explication au fossé qui se creuse habituellement entre les générations.

Dans la théorie fonctionnaliste – paradigme de bon nombre d'études américaines traitant du sujet entre 1940 et 1960 – l'adolescence est reliée à l'exigence fonctionnelle de la société industrielle, où l'on assiste à une prolongation du parcours scolaire ouvrant la voie à des métiers de plus en plus qualifiés au sein d'un marché du travail nettement différencié.

Alors que la délimitation de l'adolescence est sujette à désaccord, les travaux de plusieurs historiens montrent que la perception du fonctionnement des adolescents par les différentes sociétés reste une constante : l'adolescence apparaît comme un moment de crises et de ruptures, notamment dans les rapports avec la famille. En revanche, la relation que la société entretien avec ses jeunes gens est propre à chacune d'elle.

Au 19^{ème} siècle par exemple, on se représente la population adolescente comme étant une « *classe dangereuse* », une classe d'âge, selon Christian Colbeaux, « *qui remet en cause le leadership des lois patriarcales dont ils se sentent non redevables* ». Durkheim affirme même que les jeunes sont des facteurs de désintégration de la société et même que « *l'adolescent a le goût du viol et du sang* ». Pourtant, c'est cette même jeunesse angoissante qui va s'illustrer peu après par son courage dans les deux guerres mondiales (8).

Les sociétés diffèrent également dans les modalités d'encadrement socialisé du passage de l'enfance à l'âge adulte, plus ou moins ritualisé (ex : première communion, baccalauréat, service militaire, rites autour du mariage...). En occident, ces rites ont décliné après la première guerre mondiale et ont perdu leur force symbolique. Il reste néanmoins toujours aujourd'hui des sociétés qui, à l'inverse de la nôtre, accordent une place prépondérante à la distinction des phases du cycle de vie. Marcel Gauchet décrit ainsi des sociétés, en Afrique notamment, au sein desquelles il existe des organisations dites « à classe d'âge », où la catégorisation des personnes selon leur appartenance temporelle est un pilier du fonctionnement du système social.

Dans notre société, il semble que cela soit différent et l'on observe à la fois « *le déclin des liens de parenté* » mais également « *le relâchement de l'organisation en âges en tant qu'armatures explicites de la société* » (9).

C'est notamment à Rousseau que l'on devrait cette déconstruction des âges : « *Pour l'auteur d'Emile, il ne peut y avoir de hiérarchie des âges ; l'enfance, l'adolescence, l'adulte et le vieux participent de la même humanité. Rousseau est le philosophe qui a hissé l'enfance au même niveau que l'adulte. Il a contribué, d'une certaine façon à l'ébranlement de la figure adulte, à*

l'aspiration frénétique de l'éternelle jeunesse et au règne de l'enfant roi qui caractérisent notre époque ». L'âge n'est plus un organisateur de la société aujourd'hui, mais ce sont les liens politiques, juridiques et économiques qui l'ont remplacé dans cette fonction structurante de nos sociétés modernes (10).

La jeunesse est aujourd'hui conçue comme un processus évolutif de prise d'indépendance, d'individuation, avec une trajectoire de développement propre à chacun. Cette conception récuse l'idée de seuil, de passage, d'inéluctable. Il s'agit en effet d'un processus subjectif, d'un auto-positionnement dans le cycle de vie. En effet, il est courant d'entendre un individu qui, en dépit d'une situation objective de dépendance, se définit en tant qu'adulte. A l'inverse, un jeune totalement indépendant (un jeune actif par exemple), lui, ne se reconnaîtra pas dans le terme d'adulte. Ce positionnement semblerait reposer sur la construction identitaire et relationnelle du sujet, la perception qu'il a de lui-même, l'âge biologique (qui reste un critère statutaire de l'âge adulte), la position sociale, le niveau de dépendance aux parents, ou encore et de façon non exhaustive, l'entrée dans la parentalité.

Il semble donc qu'il n'y ait pas de balise permettant de définir la sortie de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte dans nos sociétés occidentales contemporaines où l'adolescence n'est progressivement plus considérée comme « *une brève et pénible transition entre deux âges* » mais comme une période relativement longue dans laquelle on peut se plaire voire « *s'installer* » sciemment (11). « *L'âge adulte devient une ligne d'horizon mouvante et subjective, associée à l'idée de responsabilité et de maturité* » énonce la sociologue Cécile Van de Velde (2008) (12). Cette absence de repère pourrait

favoriser le sentiment d'incertitude et d'indétermination, qui habite les jeunes d'aujourd'hui.

Il existe néanmoins un relatif consensus en ce qui concerne le début de l'adolescence, vraisemblablement aux premières manifestations physiques de la puberté (autour de 12 ans). Cette relativité tient en ce que l'on observe de plus en plus précocement, l'apparition de comportement attribué à l'adolescence chez le jeunes gens (ex : l'hypersexualisation des petites filles, la consommation de plus en plus précoce de substances, les libertés d'aller et venir grandissantes, l'exigence d'autonomie, etc.). Devant ces phénomènes d'individualisation précoces, apparaissent alors des néologismes tels que la « pré-adolescence », les « adonaissants » (13). De même, à l'autre extrémité temporelle de l'adolescence, on parle de « post-adolescence » (18-25 ans) et des « adulescents » (25-30 ans) (14). Certaines études épidémiologiques classent leurs résultats portant sur la tranche des 15-24 ans dans la catégorie des « jeunes ». Sous l'impulsion de la Société française de Pédiatrie et du Défenseur des Enfants au début des années 2000, il est maintenant reconnu de façon officielle dans la circulaire du ministère de la Santé et de la Protection sociale du 28 octobre 2004, que la pédiatrie concerne les enfants de 0 à 18 ans. Les SROS (Schémas régionaux d'organisation des soins) définissent généralement les adolescents selon la tranche des « 12-18 ans », ou celle des « collèges et lycées ».

1.1.2. Arguments sociaux pour définir les formes de l'adolescence (dans nos sociétés occidentales)

L'adolescence apparaît donc comme un fait social, en ce qu'elle est différente selon l'histoire et la culture. D'un point de vue culturel, plus la société est

complexe, plus l'adolescence apparaît longue et conflictuelle. Comme vu précédemment, sa durée est relativement variable tandis que les rites de passage sont différents et plus ou moins symboliques selon les ethnies. La sociologie de l'adolescent est récente en France et sujette à discussions.

Nombreux sont les sociologues qui préfèrent le terme de jeunesse à celui d'adolescence. La jeunesse renvoie à une période assez chaotique de la vie au cours de laquelle l'individu est encore un être largement dépendant, aussi bien sur le plan économique que sur le plan civique. Si l'on s'en tient à ce paramètre, la période de l'adolescence pourrait dès lors s'étendre jusqu'à 30 ans, dans le contexte sociétal actuel d'allongement des études, d'un taux de chômage important voire de conditions de précarité. Être adulte renvoie au contraire à une certaine stabilité, à l'autonomie financière et à une forme de responsabilité.

Pourtant, adolescence et jeunesse sont deux notions ni superposables (la jeunesse commence avant et se poursuit après l'adolescence), ni partiellement inclusives (l'adolescence n'est pas seulement un âge de la jeunesse) (15). Alors que la notion de « jeunesse » renvoie à une catégorie socio-démographique extrêmement hétérogène, celle d'« adolescence » renvoie quant à elle à une expérience universelle, nécessaire et unique dans l'histoire de vie d'une personne. Elle se présente à chacun comme passage obligé entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescence peut être conceptualisée comme une phase d'apprentissage, de formation à l'âge adulte qui est censée générer une séparation (« *apartness* ») entre les générations (16). L'émergence d'une culture adolescence spécifique en est une illustration parlante. C'est également une période pouvant être émaillée de difficultés relationnelles, de conflits avec

les parents, de troubles psychiques et de repli sur le groupe de pairs et sur la culture juvénile. Cette image de l'adolescence a pu être critiquée avec le reproche qu'elle tendrait à maintenir et amplifier la ségrégation de l'adolescence (17).

➤ Sociologie de la jeunesse :

Les premières analyses sociologiques sur les questions de l'âge et du cycle de vie émergent en France dans les années 1950. Elles seront surtout théorisées à partir des années 1970-1980, à travers notamment les ouvrages d'Edgar Morin, Pierre Bourdieu, André Béjin, ou encore Olivier Galland.

Edgar Morin défend l'idée que la culture juvénile influencerait la culture de masse qui « *assimile une partie des expériences adolescentes* ». Les valeurs juvéniles s'infiltreraient ainsi dans les valeurs culturelles contemporaines en y laissant leur empreinte, aboutissant finalement à une réorientation du système de valeurs (18). La jeunesse est le moment où se développent les aspirations, la quête sociale et identitaire. Avant la seconde guerre mondiale, les aspirations sociales étaient puisées dans le groupe d'appartenance, c'est-à-dire la famille. A partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les ambitions des jeunes sont bien moins définies par le milieu d'origine et la transmission intergénérationnelle, que par le groupe de référence (par exemple les amis, le groupe de pairs). Ce dernier a la particularité de pouvoir être choisi et désigne le groupe dans lequel on cherche à se faire accepter, ou à maintenir cette acceptation. Dans cette dynamique, l'individu adopte les valeurs de son groupe de référence, qui détermineront ses attitudes et ses comportements. Selon ce modèle, les processus d'identification aux générations antérieures sont

obsolètes. Une traduction en est la crise de 1968, à la suite de laquelle Edgar Morin souligne comment la forte solidarité au sein du groupe de jeunes contribue à renforcer l'opposition au monde des adultes.

Pierre Bourdieu prône l'existence de non pas « une jeunesse », mais « des jeunesse ». Il défend sa position en proposant une comparaison entre deux catégories de jeunes, relativement caricaturales au 19^{ème} siècle :

- Les jeunes actifs, déjà dans le monde du travail, ayant acquis une certaine indépendance ;
- Les adolescents du même âge biologique, encore étudiants et peu indépendants ;

Les premiers font face aux contraintes de la réalité économique et financière, sont souvent moins étayés sur le plan familial, avec une vie sociale et de loisirs relativement peu fournie. Les seconds connaissent à l'inverse plus souvent une certaine aisance économique, assistés par la famille, avec un accès facilité aux découvertes culturelles, plus d'aisance sociale et une existence plus insouciante, sous-tendue par la semi-dépendance adolescente que maintien leur statut d'étudiant.

Entre ces deux situations, on trouve tout un panel de positions intermédiaires. Il est alors admis que la jeunesse n'est pas un groupe social homogène, l'intérêt est donc à une sociologie *des* jeunesse. En outre, l'évolution de la société, notamment avec l'accès facilité à l'enseignement secondaire et aux aides financières de l'État, permet à des jeunes de sortir de la trajectoire du « jeune ouvrier privé d'adolescence », et de connaître ce statut adolescent, intermédiaire et éphémère : « mi-enfant, mi-adulte ; ni enfant, ni adulte », caractérisé par une mutation rapide des représentations, des goûts, des

aspirations et des conduites. Bien sûr, le principe de l'exercice de l'autorité par les adultes sur ceux qui ne le sont pas encore reste incontestable et d'autre part, s'il n'est pas possible de traiter des adolescents comme des adultes, il est hors de question de leur donner, sans contrepartie, des droits que les adultes n'ont pas ou qu'ils peinent à acquérir. Pierre Bourdieu considère finalement l'adolescence comme d'une « *mise hors-jeu symbolique* ». Une sorte d'existence séparée (des autres classes d'âge sociales), qui met « *hors-jeu socialement* ».

Les années 1990-2000 voient se redéfinir la jeunesse. Le jeune effectue un apprentissage lent et complexe, parfois déstabilisant, de la gestion d'une autonomie partielle et potentiellement révocable. Il n'a pas encore accès à la totalité des rôles adultes, mais il acquiert une certaine part d'indépendance à l'égard de ses aînés. Le jeune n'est plus un enfant sans être encore un adulte. Il s'agit d'une phase de préparation à l'endossement des rôles adultes : le jeune construit son identité sociale, cherche à s'ajuster avec son environnement en passant par un processus de socialisation et d'expérimentation, fait d'essais et d'erreurs. Ainsi, « *ce n'est plus la société qui lui procure l'assurance que sa place est acquise parmi les autres, c'est à lui de la trouver* » (5). Le rythme d'accésion aux différents domaines inclus dans le statut d'adulte est très variable. Dans la société actuelle, par la force des liens familiaux, les parents aident volontiers le jeune à accéder à son indépendance. Dans ce contexte, les oppositions et les conflits entre générations tendent logiquement à s'amoindrir. La jeunesse est une phase à part entière du cycle de vie, avec des fonctions propres. Elle n'est pas une « parenthèse ». Elle établit une continuité entre les deux âges que sont l'adolescence et l'âge

adulte, en gommant les contrastes. Elle est une expérience au cours de laquelle, l'individu devient sujet et acteur au sein de la société, après avoir été objet dépendant (enfant, et adolescent). La jeunesse pourrait ainsi correspondre, d'une part, à une intégration active dans une communauté socioculturelle, et d'autre part, au développement de conduites stratégiques pour réaliser des objectifs individuels (19). Selon cette hypothèse, la jeunesse n'est donc pas une adolescence prolongée et n'a pas forcément un caractère régressif. Elle serait devenue une phase normale et fonctionnelle préparant l'accès aux rôles adultes (15).

➤ Sociologie de l'adolescence :

L'adolescence est la première phase de la jeunesse. S'ils s'en distinguent d'un point de vue culturel, les adolescents restent néanmoins sous la dépendance quasi-totale et la protection des adultes (parents ou éducateurs). En ce sens, l'adolescence est plus proche du monde de l'enfance. L'adolescence est une étape de construction identitaire. De fait, l'adolescence, dans son aspect sociologique, peut se prolonger au-delà de l'âge limite de l'adolescence physiologique (en post-pubertaire). Elle est donc actuellement considérée par les sociologues comme une période de maturation sociale. Elle fait l'objet de nombreux questionnements, de nombreuses craintes et de nombreux fantasmes de la part du monde adulte et maints préjugés existent à son égard.

L'adolescence, et plus largement la jeunesse, constituent un objet d'étude commun pour la psychiatrie et la sociologie. Les deux disciplines s'attellent à comprendre les comportements des adolescents, l'une sur son versant

individuel et psychique, l'autre sur son versant sociétal, historique et anthropologique.

➤ L'émergence de la post-adolescence :

A partir des années 1980, l'appauprissement du marché du travail dans de nombreux pays occidentaux, contribue à renforcer la tendance à une généralisation de la poursuite de longues études. Les jeunes sont ainsi maintenus dans une relation de dépendance à leurs parents et ce, qu'ils restent vivre au domicile parental ou qu'ils possèdent un logement distinct, en partie ou totalement financé par ses parents. Déjà illustré plus haut, le maintien dans cette forme d'« irresponsabilité », pour certains auteurs, se prolonge au-delà de la limite de l'adolescence physiologique (15). Dénommée « post-adolescence », elle est donc une phase de la jeunesse à part entière, où le jeune se trouve dans une situation ambiguë d'autonomie (identitaire) sans indépendance (matérielle).

➤ La catégorie des jeunes adultes :

Cicchelli, sociologue français ayant travaillé spécifiquement sur cette population spécifique, conçoit la dénomination « jeunes adultes » telle un « compromis » entre les jugements opposés portés sur l'allongement de la dépendance aux parents, bien admise aujourd'hui, associée à une cohabitation prolongée des générations et une prise en charge familiale qui s'étire :

- *Jugement négatif* : Le choix du terme de « jeune adulte » sous-entend « ce que le sujet n'est pas encore », alors qu'il aurait déjà dû l'être :

indépendant, mûr, responsable..., c'est à dire toutes les caractéristiques communément attribuées à l'âge adulte.

- *De manière plus positive* : Cette juxtaposition peut être une façon de reconnaître que, malgré leur état de dépendance, ces jeunes ont des besoins, des exigences et des requêtes d'adultes.

Dans tous les cas, il est intéressant d'aborder ce concept dans une perspective d'interdépendance, entre les individus entre eux, les individus et les institutions d'appartenance et les générations entre elles, sur le plan normatif autant qu'affectif. De façon illustrative, Cicchelli rapporte les propos d'un jeune qui, interrogé sur son statut, pouvait se percevoir ainsi : « *Dans un sens, je suis autonome, parce que si j'avais l'occasion, je ne serais plus à la maison, mais d'un autre côté je suis grave dépendant, parce que c'est clair que je peux pas m'assumer... que mes parents financent tout, enfin une grande partie... En fait, je suis dépendant financièrement et autonome autrement quoi !* » (20).

Cicchelli conçoit l'autonomie telle « *une perception positive et irremplaçable de soi, vers laquelle l'individu tend, en s'astreignant à un travail de déchiffrement de soi et de son entourage* ». Celle-ci est selon-lui indissociable de la notion inverse, l'hétéronomie, pôle opposé de la même tension conceptuelle où le sujet reçoit sa loi du dehors, au lieu de la tirer de lui-même. Autonomie et hétéronomie s'intriquent différemment pour chaque jeune et selon une dynamique qui évolue au cours du temps. Cet éclairage permet finalement de comprendre comment « *on peut être soi-même dans une relation d'interdépendance* ». Cicchelli considère ainsi les jeunes qu'il interroge comme autonomes, dans le sens où ils peuvent se considérer hétéronymes à l'égard

d'un domaine et parfaitement autonomes dans l'autre. Cette catégorie théorique d'individus est confrontée à un ensemble de 3 paradoxes :

- *Premier paradoxe* : Les âges peuvent être scindés dans des catégories de plus en plus fines alors même que ce qui les distingue tend à se brouiller (21) ;

- *Deuxième paradoxe* : Alors qu'elle est encadrée par des institutions et des instances de tutelle ou de médiation, l'entrée dans l'âge adulte s'accomplit par une individualisation des trajectoires biographiques (22) ;

- *Troisième paradoxe* : Il part de l'idée que les jeunes sont de plus en plus assignés par les adultes à une situation d'« *apesanteur sociale* », bien qu'on leur demande de faire preuve, au cours d'une très longue période, de maturité et de responsabilité (23).

➤ L'accès à l'âge adulte :

Jusque dans les années 1970-1980, l'accès au monde adulte se définissait par l'acquisition d'un emploi stable, d'une autonomie financière, et par l'engagement dans une vie familiale. Ce modèle traditionnel se caractérisait par une certaine synchronie temporelle du franchissement de ces étapes. De nos jours, on note un retard au franchissement de ces seuils et une désynchronisation des étapes. On peut dire d'ailleurs qu'aucun marqueur social unanime ne définit plus l'entrée dans la vie adulte. La définition statutaire de l'âge adulte est donc une définition subjective : c'est le sentiment par le jeune lui-même d'avoir franchi un seuil dans son existence qui définit l'accès au statut d'adulte. Sur des critères relationnels et identitaires, de plus en plus de jeunes gens se pensent, se sentent adulte, sans répondre aux « critères

d'indépendance » de l'âge adulte (ils sont célibataires, vivent chez leurs parents, n'ont pas de travail ni de revenu stables). L'évolution des relations intra-familiales et des valeurs éducatives permet de conjuguer cohabitation familiale et autonomie individuelle, c'est ce que De Singly nomme l'*« individualisme dans la vie commune »* (13).

Le statut d'adulte est pensé comme être responsable et autonome, plus qu'être indépendant matériellement. Il est défini en termes de maturité, de construction personnelle et de responsabilité morale plus que d'installation professionnelle ou matrimoniale qui, dans nos sociétés contemporaines occidentales, ne sont plus l'apanage de la jeunesse. L'évolution socio-économique qui favorise, voire exige la mobilité fait de l'âge adulte une période de la vie ne pouvant plus se définir par la stabilité et la linéarité professionnelle et conjugale, mais plutôt par un « *devenir soi* » (12).

1.2. Complément de définition par l'approche développementale (évocation succincte)

L'adolescence est considérée sur le plan développemental comme le deuxième processus de séparation/individuation et comme une étape fondamentale du processus de subjectivation (24,25). L'approche développementale de l'adolescence implique de considérer plusieurs dimensions : physiologique, cognitive et psychologique. Les maturations psychologiques et cognitives de cette période sont intimement intriquées à la maturité physique pubertaire. Elles ont un impact majeur, aussi bien sur le plan de la santé que de la construction de la personnalité du futur adulte et convoquent autant les capacités d'adaptation de l'adolescent que celles de son entourage. Les mouvements qui animent l'adolescent au cours de cette période sont plus ou

moins simultanés et contradictoires, ce qui donne un aspect parfois paradoxal et fluctuant à son comportement.

Certains facteurs de risque, tels que des antécédents de carences, l'excès ou l'ambivalence dans les liens familiaux, etc., peuvent entraver le travail psychique de l'adolescence et ainsi amener le sujet à attaquer son propre corps (mouvements d'auto agressivité, troubles des conduites alimentaires) ou remplacer leur dépendance ressentie vis-à-vis d'autrui, insupportable à leurs yeux, en une dépendance envers les produits, conduites, objets addictifs qu'ils ont l'illusion de pouvoir maîtriser. Des mouvements dépressifs sont fréquents (26,27). Le tableau ci-dessous propose une synthèse des différentes caractéristiques développementales universelles au sein des trois axes énumérés plus haut, du début de l'adolescence à l'âge adulte. Le processus de l'adolescence est alors divisé en trois grandes étapes :

Étapes de l'adolescence	Développement physique	Développement cognitif	Développement psychologique
Début de l'adolescence ~ 11-13 ans "Collégiens"	Métamorphose physique – Premiers signes pubertaires : • filles : seins, pilosité, début des menstruations, croissance staturale ; • garçons : augmentation du volume testiculaire et du pénis, pilosité, premières éjaculations, mue de la voix, augmentation de la musculature, croissance staturale.	<ul style="list-style-type: none"> • Les intérêts intellectuels se développent. • Apparition de l'intelligence opératoire formelle [11], raisonnement hypothético-déductif, augmentation de la capacité d'abstraction. • La pensée formelle porte à présent sur des énoncés verbaux. • Réflexion sociétale plus approfondie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupations liées à l'image du corps, questionnements sur la normalité des transformations pubertaires. • Début du processus de séparation/individuation entraînant éventuellement des conflits avec les parents. Nécessité d'un espace intime physique et psychologique. • Influence plus importante du groupe de pairs. • Oscillation entre des comportements d'enfant et des comportements adultomorphes. • Caractère "lunatique", sautes d'humeur. Expression émotionnelle plus agie que verbalisée. • Test des règles et des limites. • Intérêt croissant pour la différence des sexes.
Mi-adolescence ~ 13-17 ans "Lycéens" Phase d'expérimentation et de subjectivation	Dernières étapes des transformations physiques de la puberté. Poursuite de la croissance.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de l'augmentation de la capacité d'abstraction. • Apparition de la logique des propositions permettant d'accéder à un nombre infiniment plus grand d'opérations. • La concentration peut être perturbée par les mouvements émotionnels. • Intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. • Réflexions sur le sens de la vie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraste entre les sentiments d'invulnérabilité, de toute-puissance et un manque sous-jacent de confiance en soi. • Phase d'expérimentation et de prise de risque dans tous les domaines afin d'accéder à la construction de l'identité (processus de subjectivation). Réactions impulsives face à des situations anxiogènes ou dépressiogènes. • Tendance à la distance avec ses propres parents. • Ajustement continu au corps changeant. • Importance de réussite de l'intégration dans un groupe de pairs. Questionnements sur la normalité. • Amélioration des capacités d'expression émotionnelle. • Expérimentation des sentiments amoureux et passionnels. Intérêt augmenté pour la sexualité.
Fin de l'adolescence 17-21 ans Stabilisation identitaire	Fin de la croissance pubertaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités de mener un raisonnement complet du début à la fin. • Capacités de stabilisation des relations intimes affectives et sexuelles. • Préoccupation augmentée pour l'avenir. • Poursuite de l'intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Affirmation plus marquée de l'identité, en particulier de l'identité sexuelle. • Amélioration de la stabilité émotionnelle. • Augmentation de la préoccupation pour les autres et leurs désirs. • Meilleure confiance en soi. Augmentation de l'indépendance. • Les rapports avec les pairs restent importants, développement de relations duelles plus approfondies. • Regain d'intérêt pour les traditions et la culture.

Figure 1 : *Étapes du développement physique, cognitif et psychologique à l'adolescence. Inspiré du Lancet, Sawyer (2012)(27)*

a) Modèle physiologique/physique

Le processus de l'adolescence est déclenché par les transformations pubertaires (28). L'origine du mot « puberté » provient du latin *pubere*, qui signifie « se couvrir de poils ». Ce phénomène physiologique est en lien avec la maturation hypothalamo-hypophysio-gonadique, qui se caractérise par l'apparition de nombreuses transformations physiques, avec au premier plan la mise en place des organes de la reproduction. Certains la définissent comme

l'ensemble des phénomènes de maturation dans leurs composantes hormonales, physiques mais également psychologiques. Classiquement, elle commence vers 10,5-11 ans chez la fille, et vers 12-13 ans chez le garçon.

D'un point de vue biologique, la puberté débute quand la sécrétion pulsatile de la neurohormone GnRH (gonadotropin releasing hormone) par l'hypothalamus active l'axe hypothalamo-hypophysogonadique. S'en suit alors une sécrétion pulsatile de FSH (follicle stimulating hormone) et LH (luteinizing hormone) hypophysaires dont l'action sur les gonades en périphérie, aboutit secondairement à la production de stéroïdes sexuels (testostérone et œstradiol) avec des répercussions sur les tissus périphériques. L'activation hypothalamique serait probablement génétiquement programmée et influencée par des facteurs environnementaux. Le début de la puberté est modifié par différents facteurs, entre autres les produits chimiques perturbateurs endocriniens estrogènes-like (29). Mais de nombreux autres systèmes hormonaux existent en dehors des hormones sexuelles de la puberté. On peut citer les systèmes adrénnergiques et corticotropes qui peuvent moduler l'expression de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique ou encore jouer un rôle majeur dans les phénomènes adaptatifs mis en jeu dans la réponse au stress, en association avec le système neurovégétatif. Les variations pubertaires du taux d'ocytocine chez les femelles et de la vasopressine chez les mâles seraient en cause dans les phénomènes d'attachement social, des liens avec les pairs et du comportement parental dans différentes espèces dont l'être humain. Néanmoins, les connaissances sur la biologie pubertaire et ses effets dans l'émotionnalité humaine et le développement de l'intérêt pour la sexualité à l'adolescence restent encore à approfondir (30).

L'évolution pubertaire est évaluée grâce aux stades de Tanner. La puberté est dite précoce si les premiers signes pubertaires apparaissent avant 8 ans chez les filles et avant 9 ans 6 mois chez les garçons (31). Elle est retardée si ces premiers signes apparaissent après 13 ans chez les filles et après 14 ans chez les garçons (32). Dans ces cas, des examens complémentaires sont nécessaires, débouchant parfois sur la mise en place d'un traitement spécifique. Le décalage pubertaire (avance ou retard) est fréquemment mal vécu, pouvant être à l'origine de victimisation par les pairs et conduisant à davantage de symptômes dépressifs. Les filles et les garçons ayant eu un rapport sexuel avant 15 ans auraient débuté leur puberté plus tôt que la moyenne. D'autres études auraient néanmoins positionné « *la norme sociale ambiante ressentie* », c'est-à-dire la perception du niveau d'expérience sexuelle des amis fréquentés, comme un des facteurs semblant important pour débuter ou non une vie sexuelle (26).

Les caractères sexuels secondaires se développent progressivement (morphologie, voix, musculature, pilosité), les organes sexuels se transforment, la production de spermatozoïde devient possible chez le garçon et les premières règles apparaissent chez la fille. Les modifications staturales se traduisent par l'augmentation de la taille, le développement musculaire et l'apparition des derniers points d'ossification. D'un point de vue morphologique, certaines parties du corps peuvent se modifier, parfois transitoirement et de façon pas toujours harmonieuse : augmentation du volume du nez dans les deux sexes, élargissement du bassin et localisation du tissu adipeux au niveau des cuisses et des hanches chez les filles... Toutes ces transformations s'accompagnent parfois de stress, d'émotions variables

(tristesse, honte, colère, étonnement, ...) voire de confusion. Le jeune cherchera à cacher sa taille et ses formes ou il ne parviendra plus à coordonner harmonieusement ses mouvements. Il pourra être très sensible aux remarques de ses pairs, notamment dans les cas de surpoids. Il peut se focaliser sur certains aspects de son corps, comme son nez, être complexé par rapport à une transpiration accrue ou une acné importante. Mais à l'inverse, il s'agit aussi parfois d'une période stimulante et attendue. Dans tous les cas, le dialogue est souvent nécessaire, avec les parents ou un tiers. Encourager l'hygiène et le respect de soi peut aussi nécessiter des aides extérieures, dans le domaine esthétique, diététique ou somatique.

b) Modèle cognitif

L'adolescence, signe aussi le développement d'une nouvelle forme d'intelligence : on décrit le passage d'une intelligence, dite *concrète*, à un mode de pensée, dit *abstrait*, que l'on appelle aussi la *pensée formelle*. En raison notamment de maturations neurologiques, le jeune acquiert par exemple la capacité de pouvoir raisonner par hypothèse et probabilité et à penser la réciprocité pour pouvoir s'engager dans des relations sociales différentes. Ces nouvelles possibilités de raisonnement ou ces nouvelles maturations cérébrales offrent au sujet d'autres réflexions et problématiques, dont des questionnements existentiels rarement soulevés auparavant.

L'avènement de l'imagerie par résonance magnétique a permis de faire la lumière sur le cerveau des jeunes adolescents. Une étude s'appuyant sur des données obtenues au moyen de l'imagerie cérébrale, lancée par le National Institute of Mental Health américain (NIMH) en 1989, a constitué en un suivi

régulier sur près de vingt ans de 387 personnes âgées de 3 à 27 ans dans le but étudier le fonctionnement du cerveau d'adolescents évalués « sains ». De cette étude ont pu être dégagés trois points fondamentaux concernant le développement du cerveau adolescent, qui se caractérise par :

- *Une maturation neurologique* qui dure jusqu'à 25 ans, remettant en cause l'âge limite de 18 ans.
- *Une perte de matière grise et un gain de matière blanche* : Entre 7 et 11 ans, on observe un pic de matière grise et des connexions plus nombreuses qu'à n'importe quel âge. À partir de là, de nombreuses connexions interneuronales vont disparaître, alors que celles qui « servent » en revanche vont survivre. Ce processus porte le nom d'« *élagage synaptique* » (33). Ainsi, des connexions spécifiques des circuits neuronaux de l'adolescent seront renforcées s'il fait de la musique, du sport ou une autre activité. En revanche, s'il reste couché sur le canapé, joue aux jeux vidéo ou regarde la télévision, ce sont d'autres connexions qui seront activées. En ce qui concerne la matière blanche, elle va se densifier jusqu'à l'âge de 19 ans. La vitesse de connexion s'accélère grâce aux gaines de myéline. En somme, en grandissant, certains « câblages » vont être privilégiés et gagner en efficacité.
- *Un inachèvement des circuits de l'information* : Le cortex préfrontal est parmi les derniers circuits à se mettre en place. Il est le siège de différentes fonctions cognitives dites supérieures (langage, mémoire de travail, raisonnement, fonctions exécutives). On comprend dès lors mieux les difficultés, régulièrement observées, de prise de décision ou de gestion des émotions chez les adolescents. D'autres études cognitives mettent en

évidence - toujours grâce à l'imagerie par résonance magnétique - les difficultés à pouvoir interpréter les émotions des autres, bien que ces données restent à vérifier (34).

Enfin, nous pouvons citer les travaux de Bjork, décrivant un cerveau adolescent (12-17 ans) qui, pour pouvoir s'activer et se motiver, a besoin de stimulations et d'excitations beaucoup plus importantes que celui d'un jeune adulte (22-28 ans) (35).

Le cerveau des adolescents est donc unique, tant par la puissance de ses potentialités que par sa faillibilité lorsqu'il s'agit de reconnaître les émotions des autres, tandis qu'il est difficile à mobiliser. Pour reprendre la métaphore d'Hauswald G. dans son ouvrage « L'adolescence en poche », on pourrait ainsi le comparer à une « *super-fusée qui nécessite beaucoup de carburant au décollage, et qui n'a pas toujours la capacité d'atterrir là où elle voudrait* » (2).

c) Modèle psychologique (et psychodynamique)

Dans la psychologie développementale en particulier, au cours de l'adolescence l'individu est censé acquérir son propre regard sur le monde qui le guidera tout au long de sa vie. Pour y parvenir, il teste son adéquation à la vie sociale par tâtonnements, selon le modèle essai et erreur. Comme le dit de façon polémique H. Klein, seule l'adolescence est considérée comme « *un temps d'expérimentation afin de retenir celui qui convient et de rejeter les autres* » (36). Les principales problématiques rencontrées à cette période de la vie sont celles concernant la dépendance et l'autonomie, les problématiques corporelles et pulsionnelles, les mécanismes de défense érigés face aux nombreux

changements, le travail de deuil indispensable pour grandir et la place centrale du narcissisme chez un sujet en quête identitaire et identificatoire.

➤ *La problématique de dépendance-autonomie :*

Il s'agit de la problématique majeure rencontrée à cet âge. L'adolescence, en tant que processus maturatif psycho-affectif, implique un mouvement de distanciation vis-à-vis des figures parentales. Le travail est intrapsychique, selon une transformation progressive et non sous forme d'une rupture brutale. Ce mouvement de distanciation et la quête d'autonomie qui lui est associée, se traduisent notamment par l'investissement de nouvelles personnes et activités, souvent en s'appuyant sur un groupe de pairs. Cette ouverture relationnelle va participer à la consolidation des identifications. Pour autant, l'adolescent reste encore dépendant de ses parents, tant sur le plan affectif que matériel.

Mais la problématique de dépendance-autonomie affecte également le couple parental. En miroir des mouvements psychoaffectifs de l'adolescent, les parents sont habituellement confrontés eux aussi à un indispensable réajustement dans leur relation avec leur enfant. Cela implique l'acceptation de ne plus être l'objet privilégié de ce dernier, mais aussi de renoncer aux projections qu'ils seraient tentés de faire sur leur enfant, de leurs propres désirs infantiles. Les difficultés inhérentes à ce travail peuvent s'exprimer par une certaine agressivité, au minimum, une appréhension anxieuse vis-à-vis des nouveaux investissements relationnels du jeune. De plus, l'accès de celui-ci à une maturité physique et sexuelle place aussi les parents face à leur propre vieillissement, aux choix et aux concessions qu'ils ont dû faire tout au long de leur vie d'adulte et à la nécessité d'aménager autrement leurs

investissements (notions de « crise parentale » et de « crise du milieu de vie ») (28).

➤ *Les problématiques corporelles :*

Comme mentionné précédemment, physiologiquement le corps subit de profondes modifications et « trahit » parfois le jeune. De nouveaux repères internes et externes perturbent son rapport à l'environnement, provoquent des sentiments de bizarrerie et d'étrangeté, voire de véritables épisodes de dépersonnalisations. Le corps est très fortement impliqué dans la notion de narcissisme, à l'investissement ou au désinvestissement de soi, révélant des manques ou des satisfactions. L'hyperinvestissement de son apparence par le jeune peut devenir pathologique lorsqu'il l'empêche de s'intéresser à autre chose que lui-même. Le corps est ainsi souvent le moyen d'expression privilégié de conflits ou de symptômes divers. Les marques qui lui sont infligées, dont les scarifications sont un exemple, reflètent ces nombreuses contradictions.

• *Les problématiques pulsionnelles :*

Les différentes pulsions qui animent l'enfant (orales, anales, etc.) conditionnent son développement psychoaffectif. Outre l'aspect irréversible et imposé des transformations corporelles, la puberté inscrit l'adolescent dans une différenciation corporelle sexuée l'ouvrant aux possibles de la sexualité adulte. Si pour certains, l'activation de la sexualité est attendue avec impatience, elle peut aussi être l'objet de craintes et de questionnements.

• *Les mécanismes de défense :*

Bien qu'ils ne soient pas l'apanage de cette période d'instabilité puisque nous en usons tous, les mécanismes de défense sont particulièrement actifs à la fin de la phase de latence pour faire face aux nouvelles angoisses et aux pulsions.

Le caractère imposé des transformations corporelles provoque un vécu de passivité chez l'adolescent qui, en réaction, peut être incité à agir pour tenter de reprendre le contrôle de ce qu'il subit. Les longs moments d'apathie alternant avec un « besoin de bouger » impérieux en sont une des illustrations, mais on observe tout aussi couramment des passages à l'acte, des phénomènes de clivage ou encore d'identification projective, de façon non exhaustive (28).

- Le travail de deuil :

L'adolescent est particulièrement confronté au travail de deuil. Alors que tout change autour de lui, la perte de repères est majeure, il est « celui qui a tout perdu » et il n'est ainsi pas étonnant que les conduites suicidaires soient si fréquentes dans cette population. Le jeune doit gérer la perte de l'« objet oedipien » qu'implique l'accès à la sexualité adulte et doit inventer de nouvelles modalités d'expression affectives vis-à-vis de ses proches et notamment des parents dont il est pourtant encore très dépendant matériellement et affectivement. Il doit renoncer au cadre rassurant auprès des siens, et à l'image parentale idéalisée. Cette situation est source d'une insécurité affective le poussant à revendiquer une zone d'intimité plus affirmée au sein de l'environnement familial mais aussi à rechercher, en dehors, d'autres repères affectifs sécurisants. Face à ces nécessités, beaucoup d'adolescents expriment un vécu de menace de rupture avec le monde de l'enfance, voire un sentiment

de perte définitive qui les renvoient à la notion de mort (28). Ils peuvent mettre de nombreuses stratégies en place pour se protéger contre la perte d'objet et les conflictualités multiples, par exemple, investir de nouvelles personnes (membres ou amis de la famille, idoles, etc.), s'investir soi-même de manière exagérée, ou tout simplement faire preuve de régression. Celle-ci peut s'amalgamer à ce que l'on appelle encore « l'âge bête », alors-même que la neurologie démontre paradoxalement que les potentialités d'intelligence peuvent atteindre leur paroxysme à cette période de la vie.

Ainsi, l'enjeu probablement présent dans toute psychothérapie d'adolescent, sera de l'aider à rester en lien avec l'univers affectif de son enfance et à préserver une continuité entre ce passé et ce qu'il vit présentement (37).

- Le narcissisme et l'identité :

Le développement du narcissisme implique que le sujet doit choisir de nouveaux objets d'investissement, mais aussi se choisir soi-même en tant qu'objet à investir. On peut fréquemment observer un narcissisme « pathologique » à cet âge tout comme un désintérêt à l'égard du monde extérieur (égoïsme) ou des idées de grandeurs (mégalomanie). Mais à côté de cela vient s'ajouter une autre instance, appelée « *idéal du Moi* », dont les adolescents sont en quête, en tant qu'image satisfaisante d'eux-mêmes susceptible de leur apporter un soutien narcissique. La difficulté réside en ce que cet idéal du moi du jeune est souvent en tension avec le surmoi, incarnant une valeur plus antérieure, transmise par les générations précédentes. Enfin, l'adolescent doit réévaluer son identité : rejeter ou non des identifications

antérieures et s'identifier à de nouvelles, en somme, trouver la sienne et sa fonction.

1.3. La synthèse : La définition de l'OMS

A la lumière du chapitre précédent, on constate étonnamment que les deux approches sociologique et développementale partagent les mêmes soubassemens : conceptualiser l'adolescent comme un être inachevé psychiquement et/ou socialement et l'âge adulte comme le stade ultime de maturation tous domaines confondus, qui le condamne à l'inertie. Le passage de l'un à l'autre suit un processus orienté et linéaire puisque les stades s'enchaînent chronologiquement. En revanche, la différence réside dans les variables explicatives de ce processus : endogènes, strictement internes au psychisme du sujet dans le cas des sciences psychologiques et exogènes dans les sciences sociales et historiques, déterminées par des normes sociales.

On note que, si le sociologue ne tient pas compte de la dimension intrapsychique individuelle du jeune dans ses études en population, le psychiatre quant à lui peut omettre de résituer le patient dans son contexte environnemental et sociétal pour expliquer certaines conduites. C'est à l'individu dans sa globalité qu'il convient de s'intéresser. La sociologie se révèle être d'une grande aide pour le psychiatre dans la compréhension du jeune patient. Psychiatrie et sociologie semblent être deux disciplines complémentaires dans l'étude des AJA et de leurs comportements. L'interdisciplinarité, avec le partage des savoirs qui lui est inhérente, permet de progresser dans la compréhension du fonctionnement du sujet, qui est tout à la fois un être social et une psyché singulière et particulière.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, l'adolescence est « *la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans* ». En 2015, les adolescents représentaient un sixième de la population mondiale. Il s'agit d'une période de transition qui se caractérise par une vitesse de croissance importante et des changements psychologiques conséquents. Bien que cette définition soit celle qui est reconnue, l'ensemble des réflexions ci-dessus interroge la nécessité de réactualiser cette délimitation pour que la législation, les différents services et la politique restent pertinents à l'égard de ces jeunes. Toujours selon l'OMS, c'est la survenue de la puberté qui marque le passage de l'enfance à l'adolescence. Mais la fin de cette même période n'est pas à déterminer au hasard et devrait aussi tenir compte d'argument biologique, particulièrement de la maturation cérébrale qui ne s'achève qu'aux alentours de 20-25 ans. Ce n'est qu'à partir de ce moment que le sujet sera armé « biologiquement » du moins, pour assumer ses responsabilités d'adulte. Pour la suite du texte, nous prendrons donc en compte la post-adolescence (jusqu'à 25 ans) et nous tenterons d'analyser la pertinence d'une individualisation des adolescents-jeunes adultes en psychiatrie.

2. Argument neurodéveloppementaux

2.1. Anatomie développementale

En plus des modifications corporelles et physiologiques, l'adolescence correspond à une période de grands changements sur le plan comportemental, émotionnel et cognitif. Ces derniers sont supportés par des modifications au niveau cérébral, tant sur le plan anatomique, structurel que fonctionnel. La

neuro-imagerie, qui permet un accès non invasif à l'anatomie et à la physiologie du cerveau *in vivo*, est un outil de choix pour étudier ces différentes composantes et développer les connaissances neurobiologiques sur cette période singulière de la vie (38).

- *La neuro-imagerie structurelle* permet de quantifier les volumes de substance grise et de substance blanche, de suivre leurs évolutions respectives au cours de la période d'adolescence.
- *L'imagerie par tenseur de diffusion* permet de visualiser les faisceaux de fibres constitutives des différents réseaux neuronaux et d'étudier la connectivité entre les différentes structures cérébrales.
- *La neuro-imagerie fonctionnelle* permet de mettre en évidence les régions mises en jeu lors de la réalisation d'une tâche.

Les données collectées par ces différentes modalités d'imagerie corroborent avec la théorie d'une neurobiologie propre à la période de l'adolescence, bien distincte du mode de fonctionnement retrouvé dans l'enfance d'une part, et à l'âge adulte d'autre part. Ces constatations amènent à percevoir l'adolescence non comme une simple transition, mais comme une entité à part entière sur le plan neurodéveloppemental (39).

Les études menées en neuro-imagerie structurelle à différents âges ont montré que le cerveau humain continue à se développer pendant de nombreuses décennies. À 6 ans, le cerveau a déjà atteint une taille d'environ 90% de celle de l'adulte (l'augmentation ultérieure du périmètre crânien est surtout liée à l'épaississement de la boîte crânienne). La maturation régionale cérébrale à l'adolescence touche l'ensemble du cerveau, mais de façon ni linéaire, ni homogène, à la fois quantitativement et qualitativement et se caractérise par :

- Une diminution de la substance grise ;
- Une augmentation de la substance blanche ;
- Le développement de réseaux neuronaux spécifiques ;

La **substance grise**, est constituée par les corps cellulaires des neurones et leurs arborisations dendritiques. Son volume augmente progressivement dans l'enfance pour atteindre un pic en début d'adolescence. Cette augmentation de matière grise visible à l'IRM correspond en fait à un processus de croissance dendritique complété d'une synaptogenèse. S'en suit une diminution progressive de la substance grise corticale et sous corticale, principalement imputable à un phénomène d'élagage synaptique, aussi dénommé « synaptic pruning ». Alors-même que le nombre de neurones n'est pas affecté, 30 000 synapses disparaissent ainsi chaque seconde durant l'adolescence, ce qui équivaut à une perte d'environ la moitié du nombre de synapses par neurone cortical. Cet élagage s'effectue selon le principe du « use it or lose it ». Seront conservées et développées, uniquement les connexions utilisées par l'individu, dans une logique d'affinement et de spécialisation des fonctions neuronales, en réponse aux stimulations sociales, émotionnelles et comportementales. On perçoit alors toute l'influence que pourraient avoir les activités de l'adolescent sur sa structure cérébrale définitive du cerveau (40).

La dynamique de l'évolution de la substance grise durant l'adolescence a pu être étudiée par la réalisation régulière d'IRM cérébrales structurelles au cours du développement. Ces recherches ont permis d'objectiver une augmentation du volume de substance grise au sein du lobe frontal et du lobe pariétal à la fin de l'enfance. Le phénomène atteint son paroxysme aux alentours de 12 ans. Par la suite, on observe une réduction progressive de ce volume au fil de

l'adolescence (33). Au sein des lobes temporaux, les tendances sont identiques, avec un pic néanmoins plus tardif, vers l'âge de 17 ans.

De plus, la maturation cérébrale au cours de l'adolescence apparaît liée au sexe. Chez les filles, le cortex préfrontal et plus spécifiquement le cortex préfrontal dorso-latéral, qui est lié au contrôle cognitif et à la prise de décision, se développent en étroite synchronie, ce qui n'est pas le cas chez les garçons. Cela pourrait expliquer des différences de comportement entre filles et garçons à l'adolescence, en particulier en ce qui concerne la problématique des conduites à risques (41). Il existerait également une relation significative entre sexe et statut pubertaire dans les régions cérébrales que l'on sait aujourd'hui riches en récepteurs d'hormones stéroïdes sexuelles : la matière grise cérébrale et les structures temporales internes (amygdales bilatérales et hippocampe droit notamment) sont d'autant plus volumineuses que les adolescents masculins sont matures sexuellement. C'est l'inverse qui est observé chez les filles, les volumes des mêmes structures diminuant au fil de la maturation pubertaire. La différence de volume des mêmes structures entre les filles et les garçons au même stade pubertaire s'accroît au fil de la maturation sexuelle. Ces constats suggèrent que les dimorphismes sexuels dans les régions temporales internes et la matière grise corticale sont davantage déterminés par les influences pubertaires que par d'autres facteurs accompagnant l'avancée en âge pendant l'adolescence (42). Cette maturation cérébrale différentielle entre filles et garçons peut contribuer aux différences observées entre les sexes en termes de développement social et cognitif pendant l'adolescence ainsi qu'à des dimorphismes sexuels durables dans le cerveau adulte.

Le volume de **substance blanche** - constituée par les axones, la glie et la myéline - s'accroît globalement de l'enfance à l'adolescence puis ce processus ralentit et se stabilise chez le jeune adulte. Ce phénomène est en rapport avec une myélinisation axonale progressive associée à une augmentation du calibre axonal.

Le processus de myélinisation permet de multiplier par 100 la vitesse de transmission, facilitant ainsi les traitements cognitifs et l'intégration de multiples sources d'informations. Les connexions cortico-sous-corticales entre le cortex frontal, l'hippocampe et les noyaux amygdaliens augmentent considérablement durant l'adolescence. La myélinisation du cortex préfrontal est la plus tardive.

Lorsqu'on considère les **réseaux neuronaux**, les connexions entre le cortex frontal, l'hippocampe et les noyaux amygdaliens se multiplient intensément durant l'adolescence. L'élagage synaptique achève ensuite l'arborisation dendritique des neurones et d'une certaine façon, spécialise ces réseaux. Cette période s'étend de la puberté (10–12 ans) jusqu'à 25 voire 30 ans pour la myélinisation des dernières régions.

Les pics de croissance des fibres connectant les cortex temporo-pariétaux (associatifs et langagiers) s'atténuent après la puberté et s'accompagnent d'une perte de substance grise sous-corticale. Le corps calleux, structure d'intégration interhémisphérique constituée d'environ 180 millions d'axones myélinisés se développe également, selon une direction rostro-caudale.

2.2. Cognitions et neurodéveloppement à l'adolescence

Le développement cérébral est un phénomène complexe, qui s'étend de la vie fœtale à la maturité. Comme abordé précédemment, la maturation cérébrale n'est pas un processus linéaire mais suit une série d'événements ordonnés incluant des périodes critiques de plasticité. Au fil de ces étapes vont se définir la spécialisation spatio-temporelle des différentes régions cérébrales, ainsi que leurs relations fonctionnelles actuelles et futures. Le manquement d'une étape « critique » ne pourra être compensé ultérieurement.

Ainsi, tout comme les phases de développement précoces, l'adolescence est une période cruciale de la maturation cérébrale et toute perturbation des processus devant avoir lieu durant cette période au sein des réseaux neuronaux, est susceptible d'avoir des conséquences fonctionnelles à long terme : retard, décrochage ou accélération de maturation, perturbations de l'équilibre des afférences excitatrices/inhibitrices ou de la synchronisation du développement des régions et circuits cérébraux provoquant des troubles cognitifs ou mentaux durables. L'exemple prototypique est l'amblyopie, où l'absence de stimulation visuelle avant 5 ans aboutit à une cécité corticale, même quand l'obstacle est levé, du fait que la maturation des circuits corticaux ait été empêchée pendant la période spécifiquement dédiée (43). Le cerveau est particulièrement sensible à l'environnement pendant ces phases critiques, qui constituent donc des fenêtres de vulnérabilité accrue. La maturation cérébrale est également influencée par l'expérience et la plasticité cérébrale particulièrement importante à cet âge de la vie offre des potentialités immenses de fonctions et d'adaptations pour l'individu en construction (41,44).

Les connaissances sont encore minces quant à la relation existante entre la puberté et le développement neurologique chez les humains. Des chercheurs ont suggéré que les hormones pubertaires puissent modifier la structure et la fonction du cerveau humain en développement et être en cause dans les cognitions et comportements associés à l'adolescence, bien que la réalité de leurs effets dans l'émotionnalité humaine soit difficile à estimer(45). La testostérone augmenterait l'ambition et la motivation à atteindre un statut plus élevé dans la hiérarchie, avec des effets spécifiques sur le comportement qui seraient néanmoins dépendant du contexte social et développemental (46). Le rôle de la testostérone sur la libido de l'homme est bien connu et reste valable chez les adolescents.

L'action des hormones – variable individuellement en fonction de facteurs génétiques, épigénétiques, du sexe, de l'âge, du stade pubertaire – sur les cognitions et les comportements, est d'autant plus complexe qu'elle est modérée par la nature, les valeurs et les forces normatives du milieu socioculturel (famille, groupe de pairs, religion, société) (26).

2.3. Implications sur le plan clinique

2.3.1. Prise de risque, conduites addictives

Classiques chez les adolescents, leurs fondements siégeraient dans l'immaturité des régions cérébrales impliquées notamment dans le circuit de la récompense :

- Le noyau accumbens :

Structure sous-corticale localisée à la partie antéro-inférieure du noyau caudé, il est impliqué dans le ressenti de plaisir et la recherche de récompense. Son immaturité à l'adolescence expliquerait une recherche d'excitation maximale

pour un effort minimal, c'est-à-dire une prise de risque, la recherche de sensations fortes et le renouvellement de ces expériences (47).

- Les noyaux amygdaliens :

Ils sous-tendent les réponses émotionnelles. Hyperactivés durant l'adolescence, ils favorisent le traitement des événements au travers du seul prisme émotionnel, générant les comportements explosifs souvent retrouvés à cette période.

- Le cortex préfrontal :

Il est le lieu de contrôle des fonctions exécutives et ainsi impliqué dans la régulation émotionnelle, la prise de décisions, la planification, l'établissement des buts et la prévision des conséquences des actes ou encore la conscience de soi. Il est une des régions cérébrales dont le développement est le plus prolongé chez les êtres humains : il commence à se développer très tôt dans l'enfance et continue sa maturation jusqu'à l'âge de 20 ans environ (48).

Cette maturation progressive pourrait expliquer l'amélioration du contrôle de soi au fur et à mesure que l'individu se rapproche de l'âge adulte.

Les disparités dans la maturation des différents circuits cérébraux engendrent « physiologiquement » des déséquilibres dans la régulation du comportement. Par comparaison au cortex préfrontal, la maturation des circuits sous corticaux survient plus précocement dans l'adolescence. La plus grande disparité entre les stades développementaux de ces deux structures se situe durant le début et à la mi-adolescence. Cela pourrait ainsi expliquer la prépondérance des réactions émotionnelles ou dirigées par les récompenses chez l'adolescent, quand la logique et la raison sont reléguées au second plan (27). Ils peuvent

ainsi faire des choix incompréhensibles au regard de leur connaissance des risques encourus.

Ce déséquilibre fonctionnel cortico-sous cortical peut expliquer d'autres changements comportementaux de l'adolescence, en particulier l'impulsivité, l'absence de planification, la recherche de nouvelles expériences qui, de concert avec l'immaturité du circuit de la récompense, renforce la vulnérabilité de l'adolescent aux problèmes liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues.

Les adolescent sembleraient effectivement être plus maladroits que des adultes dans la prise de décision en situation stimulante ou stressante - caractéristique dite de « hot cognition » - d'avantage marquée en présence des pairs (47).

Enfin, la substance elle-même exerce une action désinhibitrice, conduisant le jeune à prendre encore d'avantage de risques, à laquelle s'ajoute l'effet potentiellement neurotoxique de ces produits et ses conséquences sur le développement cérébral, sur lequel les dommages sont d'autant plus importants que l'individu est jeune.

➤ L'exemple de l'effet du cannabis sur le développement cérébral :

Le système endocannabinoïde exerce un rôle majeur dans les processus neurodéveloppementaux, notamment en ce qui concerne la mise en place et la maturation des connexions synaptiques dont il module l'efficacité et la plasticité (49). Il est largement distribué dans le cerveau, représenté par les récepteurs aux cannabinoïdes (CB1R et CB2R), activés par des substances endogènes, les endocannabinoïdes. Il intervient dans la prolifération et la

différenciation des progéniteurs neuraux, dans la migration neuronale, dans la guidance des axones et dans la mise en place des connexions synaptiques entre régions cérébrales. L'endocannabinoïde est synthétisé selon le besoin par le neurone post-synaptique et permet de réguler la libération de neurotransmetteurs par le neurone pré-synaptique, en se fixant sur le CB1R présent sur la membrane de ce dernier (50).

Chez les souris, l'absence de CB1R seraient prédisposerait à des comportements de type dépressif et à un développement cérébral aberrant, telles que des niveaux diminués de facteurs neurotrophiques, des altérations de l'axe hypothalamo-hypophyse-surrénalien et de sécrétion de cytokines pro-inflammatoires.

Dès le développement très précoce, la densité des récepteurs endocannabinoïdes au cours du temps au sein des différentes zones cérébrales est finement contrôlée. À l'adolescence, l'expression de CB1R augmente dans les zones cérébrales clés ; impliquées dans la maturation (cortex frontal, le striatum et l'hippocampe, le noyau Accumbens...) (51). Ces mêmes zones du cerveau jouent un rôle dans le traitement de l'information émotionnelle, l'apprentissage et la mémoire et sont impliquées dans de nombreux troubles neuropsychiatriques (52).

Parmi les nombreux composants du cannabis, le THC (ou tétrahydrocannabinol) est le principal composant psychoactif. Il se lie au CB1R et agit comme un agoniste partiel. Le THC peut ainsi perturber le fonctionnement du système endocannabinoïde, soit directement en tant qu'agoniste partiel des récepteurs cannabinoïde de type 1 CB1R, soit indirectement, par la perturbation de la signalisation dépendante du CB1R ou

encore en interagissant dans la régulation d'autres systèmes de neurotransmission, notamment dopaminergique, glutamatergique NMDA ou GABAergiques (53).

Alors que des rongeurs exposés à l'âge adulte au THC ont peu de déficits qui persistent à distance, l'exposition à l'adolescence entraîne des troubles de la mémoire à court terme, de la mémoire de travail spatiale et des interactions sociales à l'âge adulte. Ces anomalies s'accompagnent d'une diminution des protéines impliquées dans la plasticité synaptique et de l'expression du récepteur cannabinoïde CB1R, ainsi que d'une perturbation de la maturation des systèmes dopaminergiques, glutamatergiques, sérotoninergique et GABAergique dans l'hippocampe et le cortex préfrontal et même de la morphologie dendritique niveau préfrontal (54). Le THC à l'adolescence altère aussi l'expression de réseaux de gènes impliqués dans la morphogenèse cellulaire, le développement dendritique et l'organisation du cytosquelette au niveau préfrontal (55). Cependant, il existe des différences interindividuelles dans la réponse et la sévérité du retentissement suivant une exposition au THC. Des études réalisées chez l'animal sont en faveur de l'existence d'un phénomène de résilience/vulnérabilité, fonction de la présence ou non d'une prédisposition génétique (56).

En tant que facteur environnemental intervenant lors d'une période critique de neurodéveloppement, il a été montré que l'exposition au cannabis durant l'adolescence, aigue ou chronique, altérait de nombreuses fonctions cognitives primordiales chez l'individus : apprentissage verbal et mémoire, attention et fonctions psychomotrices, avec des effets d'autant plus marqués que la consommation est précoce (57).

Les études d'imagerie cérébrale chez l'homme montrent que l'exposition chronique au cannabis induit :

- Une réduction de volume de matière grise dans les régions cérébrales présentant une concentration élevée de CB1R, c'est-à-dire, dans l'hippocampe, le cortex préfrontal, l'amygdale et le cervelet (58) ;
- Une altération de la substance blanche dans de nombreuses zones du cerveau (tractus préfrontal, limbique, pariétal et cérébelleux) chez les consommateurs de cannabis adolescents. Les modifications sont plus marquées pour une concentration élevée en THC et une consommation précoce, ce qui souligne l'interaction entre THC et développement cérébral (59).

Sur le plan fonctionnel, chez les adolescents, la consommation de cannabis chronique altère l'activation cérébrale dans des tâches impliquant le fonctionnement exécutif, l'attention, la mémoire de travail, l'apprentissage verbal, le traitement affectif et le traitement des récompenses. Le profil d'activation est différent entre consommateurs adultes et adolescents (44). À nouveau, l'utilisation plus précoce et plus intense de cannabis est associée à des altérations plus marquées de la structure et de l'activation des régions cérébrales mises en jeu lors de tâches cognitives nécessitant une prise de décision et une inhibition, tel que le cervelet (59,60). Enfin, il a récemment été suggéré qu'une activation anormale du réseau central exécutif et du mode par défaut persiste chez des adolescents consommateurs de cannabis après 25 jours d'abstinence (61).

2.3.2. Adolescence et émergence des pathologies psychiatriques

Le dynamisme du cerveau à l'adolescence et les changements qui s'y produisent conditionnent l'accès à l'âge adulte. Ils font également toute la vulnérabilité du cerveau à cette période de la vie. Il est aujourd'hui bien démontré que les troubles psychiatriques, ceux de l'enfant comme ceux de l'adulte, sont favorisés par une altération du neurodéveloppement et sont en lien avec la maturation cérébrale.

C'est ainsi que les trois-quarts des troubles psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans, avec un pic entre 12 et 30 ans.

L'évolution des connaissances suggère néanmoins qu'en affinant les critères diagnostiques on pourrait permettre d'identifier les symptômes plus précocement, avant même l'adolescence. En effet, un certain nombre de facteurs pourrait être présents chez l'individu dès le plus jeune âge, pour ne s'exprimer sur le plan comportemental qu'au moment de l'adolescence. Ceux-ci comprennent la génétique avec, comme illustration, le constat que le développement de la schizophrénie chez le garçon surviendrait 4 ans plus tôt que chez les filles, ou encore, d'une prévalence plus importante de la dépression chez les femmes (2 femmes pour 1 homme) vers le milieu de la puberté, alors que le sex-ratio est de 1 avant la puberté.

D'autres facteurs tels que l'augmentation de l'influence hormonale (les hormones étant connues pour influencer l'humeur) ou encore l'évolution du contexte psychosocial à l'adolescence participent très probablement au développement des troubles, avec une interaction entre ces différents facteurs qui reste à clarifier (39).

3. Arguments épidémiologiques

3.1. Epidémiologie spécifique des pathologies médicales à l'adolescence

Qu'elle soit physique ou psychique, une maladie est qualifiée de chronique lorsqu'elle évolue depuis plus de 6 mois. En France, ce sont 15% des adolescents qui en seraient affectés. La prévalence serait en augmentation pour deux raisons principales :

- Les progrès de la médecine qui permettent la survie de jeune atteint d'une affection ou de malformations graves, autrefois mortelles.
- L'augmentation des pathologies favorisées par un contexte environnemental délétère (allergie, obésité, addictions, pathologies mentales) (62).

Pour la plupart des jeunes, la maladie poursuivra son évolution à l'âge adulte. Elle interfère fortement avec la vie quotidienne et le processus adolescent par son retentissement sur son bien-être physique, mental, relationnel et sur son développement en général. Quelle que soit la nature de la maladie, il se créer de nombreuses interférences réciproques entre celle-ci et les mutations rapides physiques, psychiques, familiales et sociales contemporaines de l'adolescence. Ainsi, la pathologie est susceptible d'entraver le processus développemental et maturatif de l'adolescence, de fortifier les liens de dépendance aux parents, de compromettre la socialisation, ou encore, d'empêcher la construction d'une identité propre avec une bonne estime de soi, en somme, de mettre en échec ou de reporter le processus adolescent. Par ailleurs, son impact est loin de se limiter à l'adolescent mais s'étend à toute la famille, sans omettre la fratrie. Les enjeux diffèrent bien-sûr selon le type de maladie, l'histoire de l'adolescent

et la dynamique familiale, mais tous ces jeunes vivent une expérience similaire, impliquant contraintes, obstacles et interdits, en plus du stress, de la peur et du sentiment de restriction de la liberté personnelle.

L'annonce diagnostic marque le début du parcours de soin. Il s'agit d'une étape cruciale pour la suite de la prise en charge. L'irruption d'une maladie grave dans l'existence du jeune et de sa famille est toujours un bouleversement. Paradoxalement, elle peut également constituer un soulagement quand elle pose un mot sur des symptômes jusqu'alors non identifiés. Aussi, des processus d'ajustement psychologique sont concomitants et nécessaires. Au même titre que le travail de l'adolescence, un travail de la maladie va s'imposer au jeune, avec l'enjeu de parvenir à une acceptation de celle-ci et de la place qu'elle va prendre dans le quotidien et l'histoire du jeune et de sa famille. Alors qu'elle peut être vécue comme une forme de sabotage venant compromettre ou annuler ses acquis, ses idéaux, aspirations, représentations... Un des objectif de ce travail de la maladie, va être d'éviter que le jeune ne se construise une identité exclusivement forgée sur la maladie, l'aider à se réapproprier son corps, même défaillant, sans pour autant se sentir psychiquement diminué et ainsi lui permettre de développer une estime et une image de soi qui ne soient pas abîmées par la pathologie... (63).

L'apparence et le regard des autres prennent à l'adolescence une importance majeure. Les jeunes patients s'interrogent systématiquement sur leur normalité, questionnement qui inclue la sexualisation en cours. Cette question – suis-je normal(e) ? – est d'autant plus présente en cas d'affection chronique alors que bien souvent ni l'apparence physique ni la puberté ne sont altérées par la maladie. Le sentiment de dépréciation ou de rejet n'est en effet pas

corrélé avec la visibilité des symptômes. Lors d'une maladie « invisible » comme c'est le cas de la maladie psychiatrique, la comparaison à la norme semble plus pertinente et le sentiment de différence peut être plus marqué. La différence qui n'apparaît pas, ne discrédite pas encore le sujet mais n'empêche pas qu'il ne s'éprouve et se pense discréditable : « l'individu n'est pas discrédié, mais bien discréitable » (64). Se développent ainsi une hypervigilance autant orientée vers les autres qui pourraient découvrir la tare que constitue la maladie, qu'envers soi-même, pour continuer à ne pas apparaître différent et éviter ainsi le risque d'être disqualifié.

Un retard statural et pubertaire s'observe dans les maladies qui associent, à des degrés divers, insuffisance d'organe, inflammation et malnutrition. Il peut aussi être iatrogène, secondaire à des traitements médicamenteux (corticoïdes, chimiothérapie...), chirurgicaux (tumeur hypophysaire...) ou irradiants (65). En psychiatrie, le traitement par Ritaline donné dans le TDAH, est de la même façon, connu pour donner un retard de croissance staturo-pondéral. Ce décalage maturatif dessert à la construction d'une bonne estime de soi, particulièrement chez les garçons. Le poids peut également devenir un objet sensible de fixation : les comportements inadaptés de contrôle du poids sont en effet plus fréquents chez les adolescents porteurs d'une maladie chronique, notamment les filles.

On observe souvent également un retentissement sur les interactions familiales et sociales, ces adolescents semblant plus immatures que leurs pairs du même âge. De ce fait, leurs parents peuvent éprouver plus de difficulté dans le processus de séparation et peuvent tendre à traiter le jeune comme des enfants plus jeunes, de même que les adultes en général. Le retard

maturatif peut aussi avoir altéré durablement l'image de leur corps : parvenus à l'âge adulte, certains jeunes se ressentent toujours en décalage avec leurs pairs, ce alors que la taille adulte a fréquemment regagné la zone normale et que la puberté se sera déroulée jusqu'à son terme.

En outre, la maladie chronique présente paradoxalement le risque de faire négliger les besoins de santé fréquents à cet âge : les troubles bucco-dentaires, l'acné, les dysménorrhées, une scoliose doivent être recherchés et pris en charge chez tous les adolescents. La médecine spécialisée en charge de la maladie chronique ne doit en aucun cas se substituer à la médecine « de première ligne ».

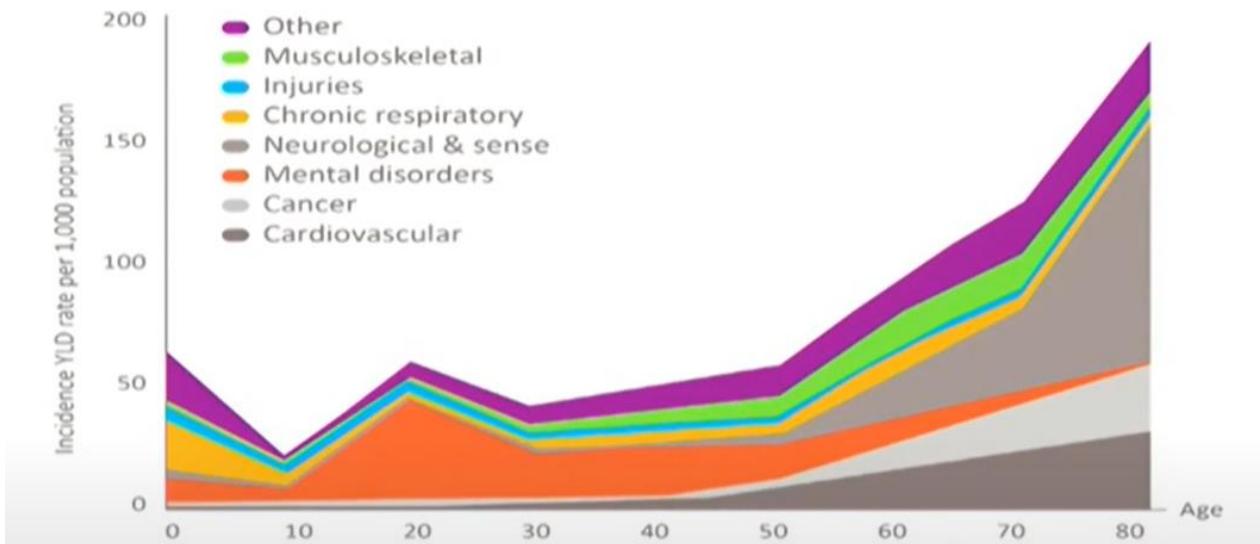
En conclusion, la présentation des jeunes atteints d'une maladie chronique est bien souvent indiscernable de celle d'un adolescent ordinaire, avec leur côté tout aussi irritant qu'attachant. Ils sont habités par les mêmes préoccupations profondes que leurs pairs, même si celles-ci peuvent être plus ou moins « colorées » par la maladie chronique. Travailler avec ces adolescents nécessite de faire preuve d'empathie tout en restant ferme sur les exigences concernant le traitement de la maladie et en soutenant les parents dans leur rôle éducatif. Prendre en charge l'adolescent malade nécessite enfin de pouvoir faire preuve d'humilité, en restant conscient de ses limites et en acceptant une certaine impuissance. L'adolescence est néanmoins loin d'être un obstacle au suivi médical, mais le médecin devra relever un double défi : d'abord s'assurer que le soin dispensé est optimal, en accompagnant famille et adolescent dans l'observance des prescriptions, ensuite il veillera à valoriser et promouvoir les processus développementaux normaux de l'adolescence en les

préservant de l'influence de la maladie. Peu importe le nombre des intervenants et l'organisation de la prise en charge, un médecin coordinateur est indispensable, qu'il soit spécialiste d'organe, généraliste, pédiatre ou médecin d'adolescent (66).

3.2. Epidémiologie des pathologies mentales à l'adolescence

Les troubles psychiatriques sont fréquents, une personne sur 5 sera touchée au cours de son existence. Ils débutent tôt dans la vie : les trois quarts des troubles psychiatriques apparaissent avant 25 ans, touchant 6-8% des individus de moins de 25 ans. Ils sont de loin la première cause de handicap chez les jeunes de 10 à 30 ans, avec un pic se situant aux alentours de 20 ans, avec des coûts sociaux et humains associés qui sont phénoménaux : perte d'espérance de vie (15 à 20 ans pour les troubles psychotiques), stigmatisation, difficulté d'intégration, surmortalité due aux abus de substances, perte de qualité de vie. Du fait de l'insuffisance des traitements habituels, de la nécessité d'un suivi prolongé, des comorbidités médicales et de la désinsertion sociale qu'ils entraînent, les troubles psychiatriques représentent un enjeu de santé publique considérable, engageant 109 milliards d'euros par an (cour des comptes 2011) (67) .

Figure 2 : Charge mondiale de morbidité (68)



La charge de morbidité est un indicateur développé par l'OMS, la banque de santé mondiale et l'université d'Harvard. Il quantifie la perte de vies ou d'activités humaines pour cause de décès précoce, de maladie et d'incapacité. La charge de morbidité est exprimée en années de vie ajustées sur l'incapacité mesurant la charge globale d'une maladie en rapprochant avec les années de vie potentielles perdues et les années de vie productives perdues selon les cas.

Pathologies complexes, mal comprises, stigmatisées, les troubles psychiatriques s'appuient sur des champs scientifiques variés : médecine intégrative, sciences biologiques, neurosciences intégratives, mais aussi psychologie et sciences humaines et sociales. Malgré les avancées issues des travaux de recherche de chacun de ces domaines, celles-ci sont insuffisamment traduites sur le terrain clinique, constituant une perte de chance pour les patients, alors qu'environ 1/3 d'entre eux ne répondent pas aux traitements actuels.

Des traits généraux, personnels ou socio familiaux sont observés chez de nombreux adolescents en difficulté (69). Il peut s'agir, selon les cas :

- D'éléments familiaux : Beaucoup d'adolescents sont dans une situation de dépendance prolongée à leur famille, ce qui tend à favoriser de façon concomitante une lutte active contre cette dépendance. Ainsi, certaines conduites peuvent être perçues comme des recours ultimes du sujet pour affirmer son individualité, lorsque d'autres tentatives d'implication et d'alerte auprès de l'entourage ont été vaines ;
- De facteurs sociaux : tels que la confrontation aux incertitudes sociales et professionnelles, source de frustrations et de réactions à ces dernières ;
- De modes de réaction aux conflits propres à l'adolescence : avec tendance à l'agir et prédominance d'une expression à travers le corps plutôt que la mentalisation et la résolution des problèmes rencontrés. En témoigne indirectement la fréquence des préoccupations des jeunes par rapport à leur corps et des plaintes somatiques, en particulier chez les filles, qui peuvent être de véritables signes d'alarme. Certaines tendances impulsives et violentes, notamment chez les garçons, peuvent s'exprimer dans des passages à l'acte agressif, des ivresses, un attrait pour des activités et comportements dangereux, certaines de ces conduites ayant parfois valeur « d'équivalent suicidaire ». L'adolescence, période de maturation de la personnalité, ne saurait être marquée d'un sceau pathologique à la vue des éléments précédents, lesquels ne concernent d'ailleurs qu'une partie des adolescents. Pour autant, on ne peut pas les négliger.

3.2.1. Troubles de l'humeur à l'adolescence

a) Troubles dépressifs :

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que les troubles dépressifs représentent le premier facteur de morbidité et d'incapacité sur le plan mondial (communiqué de mars 2017). En France, on estime que près d'une personne sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie.

La dépression est une maladie qui touche tous les âges, depuis l'enfance jusqu'à très tard dans la vie. L'âge moyen du premier épisode dépressif caractérisé (EDC) est de 14.7 ans chez la fille et 15.9 ans chez le garçon. La diversité des présentations permet de comprendre l'extrême variabilité de la fréquence des dépressions retrouvée parmi les études. Dans son rapport de 2014, la HAS rapporte la présence de sentiments dépressifs modérés et transitoires chez 30 à 45% des adolescents de 12-18 ans. 4 à 8% des individus de cette tranche d'âge souffriraient d'un véritable EDC, contre une prévalence de 0.5 à 3% chez les enfants. Dans cette population particulière, le sex-ratio fille-garçon est de 2 pour 1 environ. La durée moyenne d'un épisode dépressif varie selon l'échantillon. Elle est de 7 à 9 mois en population clinique et de 1 à 2 mois en population générale. Dans 90% des cas, la rémission surviendrait dans l'année, avec néanmoins un risque de récurrence important pouvant atteindre 50 à 70% dans les 5 ans. La durée de l'épisode augmenterait avec la sévérité clinique de la dépression, la présence de comorbidités, d'événements de vie négatifs, de pathologies psychiatriques parentales, ou encore un moins bon fonctionnement psychosocial (70).

Une revue systématique de la littérature internationale canadienne retrouve que les étudiants universitaires comptent parmi les populations qui sont les plus touchées. En effet, il a été relevé une prévalence moyenne de 30,6% chez cette population, un taux nettement plus élevé que celui observé dans la

population générale (71). Ce trouble mental affecte les étudiants universitaires de plusieurs manières, pouvant aller d'une moins bonne performance académique, jusqu'au suicide. En ce qui concerne la dysthymie, sa prévalence chez l'adolescent est estimée entre 1.6 et 8% selon les études est probablement sous-évaluée, en dépit de son retentissement à l'adolescence pouvant également être sévère (70).

b) Troubles bipolaires :

Les toutes premières descriptions de manie chez le jeune reviennent à Esquirol en 1838. Dès le début du 20ème siècle, Kraepelin met en évidence par ses travaux publiés en 1921, une prédominance du début de la « psychose maniaco-dépressive » entre 15 et 20 ans.

Le trouble bipolaire (TB) est une pathologie psychiatrique développementale sévère qui se traduit cliniquement par des fluctuations pathologiques de l'humeur, d'intensités variables.

Pour rappel, le DSM-5 individualise principalement :

- Les troubles bipolaires de type I (TB-1) : caractérisés par la présence d'au moins un épisode maniaque ou mixte.
- Les troubles bipolaires de type II (TB-2) : caractérisés par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs et d'au moins un épisode d'hypomanie.

En 2014, la HAS indiquait une prévalence du trouble bipolaire autour de 1% à 2,5% en s'appuyant sur les études en population générale, tout en émettant la réserve d'une probable sous-estimation de ce chiffre (72). Le sex-ratio est de 1. Longtemps attribués exclusivement à l'adulte, il est aujourd'hui bien admis que

les troubles bipolaires appartiennent au champ des pathologies psychiatriques développementales, pouvant fréquemment débuter à l'adolescence. Dans une étude prospective néo-zélandaise portant sur 1037 sujets, la prévalence vie entière chez l'adolescent entre 11 et 18 ans a été estimée à 0,1% pour le TB-1 et à 1% pour toutes les expressions cliniques confondues (73). Des études rétrospectives conduites chez l'adulte souffrant de TB-1 retrouvent des premiers symptômes apparaissant avant l'âge de 20 ans dans 60% des cas et avant l'âge de 10 ans dans 10 à 20% des cas (74,75).

Le premier épisode est dépressif dans la grande majorité des cas, jusqu'à 70% selon les études de la National Depressive and Manic-depressive Association (NDMDA) (76), tandis que l'âge moyen de survenue du premier épisode serait en moyenne à 11,75 ans, le plus souvent sous la forme d'un épisode dépressif (77). Dans une cohorte d'adolescents hospitalisés pour TB, on retrouve dans 41% des cas des antécédents d'épisode dépressif (78). Le délai entre un épisode dépressif majeur et un épisode hypomaniaque ou maniaque signant le diagnostic de troubles bipolaires est en moyenne de 4,9 ans (79). Il n'existe aucune différence significative entre les sexes.

Le principal facteur de risque au développement du trouble est la présence d'antécédents familiaux de bipolarité. On retrouve une héritabilité de 70% et un taux de concordance entre jumeaux homozygotes de 59 à 87% (80). Le risque de développer la maladie est ainsi multiplié par 10 chez un sujet dont un parent au premier degré serait atteint. Un sujet dont les deux parents sont porteurs du trouble, voit son risque d'en être également atteint majoré à 50-60%. À ce jour, la composante génétique paraît complexe, impliquant vraisemblablement plusieurs gènes (77).

3.2.2. Les conduites suicidaires

Le suicide a causé le décès de 9 300 personnes en 2016 en France métropolitaine. A ce chiffre s'ajoutent environ 200 000 tentatives de suicide donnant lieu à un contact avec le système de soins par an. Le taux de suicide est plus faible chez les adolescents que dans la population générale. Mais, comme peu de personnes décèdent à cette période de la vie, le suicide est une cause de mortalité parmi les plus fréquentes chez les 15-24 ans. Selon le dernier rapport de l'Observatoire National du Suicide en 2018, il représente 16% des décès entre 15 et 24 ans et 20% chez les 25-34 ans, alors qu'il représente moins de 1% des décès chez les 75 ans ou plus, et ce sont les jeunes hommes qui en meurent le plus souvent, ce ratio homme/femme restant en faveur de l'homme tout au long de la vie.

Santé Publique France, en 2017, rapporte que 5,6% des jeunes filles de 18 à 24 ont présenté des idées suicidaires durant les 12 mois précédent l'enquête, contre 3,6% chez les garçons. L'enquête ESCAPAD menée en France en 2017 à l'occasion de la journée de défense et de citoyenneté, révélait que plus d'un jeune de 17 ans sur dix (11,4%) avait rapporté avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, tandis que 4,3% des filles de 17 ans et 1,5% des garçons auraient fait au cours de leur vie une tentative de suicide (TS) ayant entraîné une hospitalisation. La dépression apparaît comme le facteur le plus fortement associé au risque de tentative de suicide (ESCAPAD, 2017)(81).

Par ailleurs, au sein d'un groupe de 66 jeunes (13-19 ans) hospitalisés en Psychiatrie, dont 37 adolescents suicidants, Brent et al. ont pu constater que les sujets ayant fait des TS étaient plus susceptibles de présenter des traits ou un trouble de personnalité pathologique avec un plus grand nombre de

symptômes limites. Il n'y avait aucune différence entre les groupes en termes d'antécédents d'agression au cours de la vie, d'antécédents de comportement agressif ou les mesures d'auto-évaluation de la tendance à l'agression impulsive. Les personnes ayant fait une tentative de suicide et souffrant de troubles psychiques étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir déjà fait une tentative. Par ailleurs, il obtient une différence de prévalence significative pour les troubles de l'humeur: 86,5% chez les suicidants contre 55,2% chez les témoins (82).

La majorité des TS a lieu avant 25 ans avec une proportion de suicidants nettement plus importante dans la tranche des 15-19 ans. L'âge moyen à la première TS était de 13,6 ans sans différence entre les filles et les garçons. Les jeunes femmes de cette tranche d'âges représentent 30,1% des suicidants tandis que les garçons en représentent 19,5% selon Santé publique France (83). Dans une autre étude « EnCLASS » menée auprès de 7 155 lycéens français de la seconde à la terminale en 2018, 13,9% des lycéens ont déclaré avoir fait au moins une TS dans leur vie et 2,5% rapportent avoir fait une TS au cours de leur vie qui les a conduits à l'hôpital (3,9% des filles et 1,2% des garçons) (83). Les antécédents de tentatives de suicide constituent chez les adolescents et les jeunes adultes (de 12 à 26 ans), l'un des principaux facteurs de risque de décès par suicide (84).

Le recueil des données sur les conduites suicidaires reste néanmoins fastidieux, avec des écarts significatifs entre les chiffres des différentes enquêtes, du fait notamment de la non-médicalisation d'un nombre conséquent de TS, ou encore d'une fausse allégation des symptômes résultants de la TS qui passe donc inaperçue. D'autre part, intervient à nouveau la question des

conduites à risque. En plus de leur vulnérabilité au suicide, les adolescents sont en effet des candidats à toute forme de morts violentes dites "accidentelles". En 2019 sur les routes françaises, les jeunes adultes (18-24 ans) étaient impliqués dans 28% des accidents, tout moyen de transport confondu et représentaient 18% des conducteurs accidentés. Quant aux jeunes adultes tués, les chiffres qui étaient en baisse entre 2000 et 2019 sont repartis à la hausse en 2019 (+9,1% contre -4,5% dans la dernière décennie) avec des jeunes adultes conducteurs plus souvent présumés responsables que leurs ainés. Du côté des adolescents (14-17 ans), on compte 92 tués dont 43 conduisaient un deux-roues motorisé. Mais le processus qui sous-tend certains de ces accidents de la circulation, ou le jeu avec la vie et la mort auquel se prêtent certains jeunes conducteurs de véhicule peuvent-ils s'apparenter à une conduite suicidaire ? Par ailleurs, dans le cadre des consommations de substances, nombre d'overdoses ne sont-elles en fait qu'une conduite suicidaire déguisée dans le jeu avec la mort auquel se prête le consommateur ? Enfin, la violence croissante chez les jeunes, n'est-elle pas l'illustration d'une emprise mortifère ? (85).

Pour David Le Breton (2014), les conduites à risque chez les adolescents, et en particulier les conduites suicidaires, sont influencées par les normes sexuées qu'imposent la famille, l'école, les médias et la société. Ainsi, les filles exprimeront préférentiellement leur souffrance par des plaintes et des attaques du corps (douleurs auto-infligées, troubles alimentaires, scarifications, etc.) dont les TS sont une forme d'expression. Les garçons agiraient davantage leur souffrance par le recours à la force, à la violence et à la prise de risque

(délinquance, alcoolisation, drogues, excès de vitesse sur les routes, errance, etc.) dont les décès par suicide sont une démonstration (86).

Les dernières recommandations de bonnes pratiques publiées par l'HAS en juillet 2020, rappellent que le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs. Ces facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux sont de mieux en mieux connus. Ils permettent d'identifier des populations d'individus vulnérables chez qui les idées suicidaires sont davantage susceptibles d'émerger et la crise suicidaire de se produire lorsqu'apparaissent des situations de tension individuelles, familiales, relationnelles ou socioéconomiques (87). Il conviendrait également d'étudier l'effet que peut avoir la conjonction de la place plus importante des mondes virtuels, de l'affaiblissement du rôle protecteur des familles et de l'exigence de performance individuelle, associée aux changements psychiques et physiques liés à l'adolescence, sur les conduites suicidaires des jeunes. L'interaction de ces différents facteurs est mal connue. En particulier, le rôle des médias, du Web et des réseaux sociaux dans l'encouragement et la contagion des comportements suicidaires doit être éclairé. D'autres travaux devraient, à l'inverse, interroger le rôle des réseaux sociaux comme outil potentiel de repérage des pensées suicidaires et d'intervention préventive.

En France, le programme Papageno vise par exemple à limiter les effets de contagion suicidaire par les médias et promeut l'entraide et le recours aux soins. Il consiste à travailler avec les journalistes sur la modération de la communication à la suite de suicides ou de TS et, au travers des opportunités qu'offrent les médias et les nouvelles technologies de l'information, penser la diffusion de messages de prévention pour réduire le risque de contagion. Il

s'agit notamment de parvenir à remplacer les identifications à risque (identifications aux figures suicidaires) par des identifications protectrices (identification à des personnes qui ont traversé ou aidé à traverser une crise suicidaire).

La plupart des enquêtes semblent montrer l'importance de l'idéation morbide puis suicidaire dans la genèse d'un passage à l'acte. Elles montrent également qu'avant leur geste, les adolescents consultent fréquemment un médecin somaticien en mettant en avant une problématique somatique. Ainsi, 42% des suicidants ayant fait une TS et 46% des multirécidivistes, cumuleraient au moins trois plaintes (la liste comprenant : céphalées, gastralgies, nausées, dorsalgies, asthénie, cauchemars, réveils nocturnes), contre 18% des non suicidants (88). Il est donc primordial dans la prise en charge de tout adolescent consultant pour motif somatique, d'être attentif à la souffrance psychique parfois sous-jacente, de s'intéresser au contenu du discours manifeste, mais encore plus d'essayer d'approcher au plus près le contenu latent et de s'intéresser à sa singularité psychique.

Enfin, les études épidémiologiques sur le suicide dans cette population révèlent que les conséquences somatiques des tentatives de suicide chez les jeunes seraient moins sévères que chez les adultes, leur durée d'hospitalisation est plus courte en moyenne, et ils auraient moins fréquemment un diagnostic psychiatrique avéré (cela pouvant aussi s'expliquer par la courte durée d'hospitalisation). Cependant, les jeunes sont plus fréquemment réhospitalisés pour une récidive de tentative de suicide. Ce constat défend donc l'intérêt de miser sur une prévention adaptée dans ce groupe, plus encore que chez les

adultes, notamment au moyen de dispositifs de veille, de maintien du contact et de prise en charge à la sortie de l'hospitalisation (89).

3.2.3. Troubles anxieux et liés à des facteurs de stress à l'adolescence

Selon les critères des classifications internationales (CIM, DSM), la prévalence des troubles anxieux de l'AJA, tous types confondus serait en moyenne entre 5 et 8% en population occidentale (comparable à celle de l'adulte). En tant que catégorie diagnostique, les troubles anxieux constituent l'entité clinique la plus fréquemment rencontrée chez les jeunes, et celle dont l'apparition est la plus précoce, apparaissant dès l'âge de 5 ans. Typiquement, les troubles anxieux sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons et ce dès l'enfance. Cette prédominance chez les filles augmente encore avec l'âge, pour atteindre un ratio de 2/1 à 3/1 à l'adolescence (90). Néanmoins, le déclenchement du trouble est difficile à situer, survenant en effet chez des jeunes déjà constitutionnellement inhibés, craintif et anxieux selon leur entourage (62). Les données épidémiologiques montrent aussi que de nombreux jeunes souffrant d'anxiété ne sont jamais diagnostiqués et ne reçoivent donc pas le traitement adapté.

Il s'agit notamment du trouble panique (0,6% de prévalence), du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (environ 1%), du trouble d'anxiété généralisée (4,6%), du trouble obsessionnel compulsif (1,9%) et de diverses phobies. La répartition par sexe varie selon les troubles et l'âge d'apparition (91).

3.2.4. Addictions à l'adolescence

Le spectre addictif tant chez l'enfant et l'adolescent, que chez l'adulte, recouvre aussi bien l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool,

cannabis, médicaments...), que les addictions comportementales, « sans drogues », tels que les troubles du comportement alimentaire, le jeu pathologique (usage abusif d'internet et de jeux vidéo en ligne), mais aussi tentatives de suicide à répétition, sport, achats compulsifs et pathologiques, kleptomanie, etc. (92).

Ces trois dernières décennies, une augmentation spectaculaire de la consommation de psychotropes chez les adolescents, tout comme les autres conduites à composante ordalique (fugues, impulsivité et violence, activités délictueuses, tentatives de suicide...), est observée au niveau mondial, concernant autant le nombre « d'expérimentateurs » que celui des consommateurs réguliers (93). Plus précisément, les enquêtes épidémiologiques montrent que la population entre l'enfance et la préadolescence (9-10 ans à 13-14 ans) est de plus en plus concernée par la consommation de certaines drogues licites ou non (alcool, tabac, haschich) ou de certains produits dérivés de leur usage naturel (colle, solvants, médicaments). En parallèle, il semble que la précocité de l'initiation à la consommation serait le facteur le plus prédictif de la survenue d'une dépendance ultérieure à un produit : un enfant qui fume du tabac ou boit de l'alcool aurait ainsi 65 fois plus de probabilités de consommer par la suite du cannabis et 104 fois plus de probabilités de consommer par la suite de la cocaïne (94).

➤ *La trajectoire du jeune consommateur :*

C'est principalement à l'adolescence que se fait l'initiation à la consommation de substances psychoactives licites (alcool/tabac) mais aussi de certaines substances illicites (cannabis...) : selon le rapport de l'INSERM de 2014 à ce

sujet, seuls 6,6% des adolescents de 17 ans n'ont expérimenté aucun de ces 3 produits. Ceux-ci se révèlent peu sensibles à la mise en garde vis-à-vis des risques sanitaires à long terme du fait qu'ils les perçoivent davantage comme un danger lointain (95).

Si certains auteurs ont souligné que la majorité des adolescents qui consomment des toxiques n'évoluent pas irrémédiablement vers l'abus ou la dépendance, d'autres mettent en évidence par des études longitudinales, les risques de glissement de la consommation occasionnelle à la consommation régulière, voire à la dépendance (96) et les passages progressifs de la consommation de substances légales (alcool, tabac) au cannabis, puis à d'autres drogues, selon la théorie de la porte d'entrée (97). Du point de vue épidémiologique et clinique, l'usage des toxiques et les conduites déviantes sont classiquement associés. Celles-ci se renforcent réciproquement, les troubles des conduites précédant généralement l'usage de drogue, et les consommations se majorant avec la gravité de la délinquance.

Denise Kandel et al. (1987), défendent un modèle selon lequel les usages de substances psychoactives seraient un processus à étapes trouvant son origine à l'adolescence et pouvant s'arrêter à tout moment (98) :

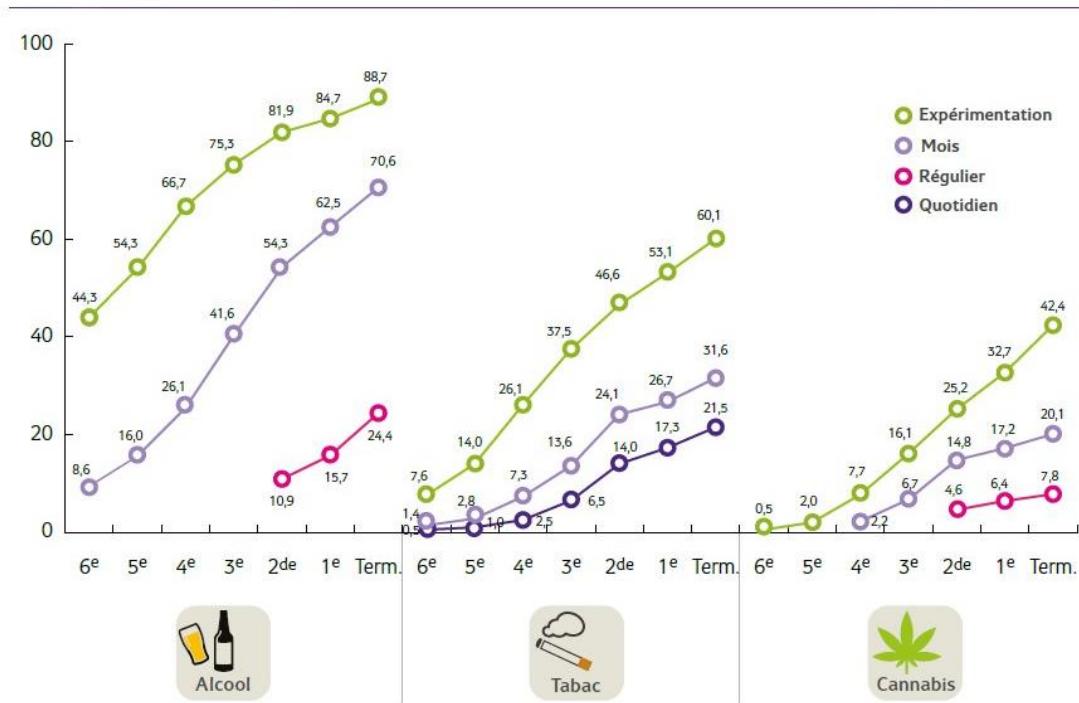
- 1ère étape : Les usages se limitent aux drogues exclusivement légales, comme l'alcool ou le tabac, essentiellement dans le cadre d'un phénomène social généralisé.
- 2ème étape : S'introduirait à ce moment les consommations illicites et essentiellement du cannabis, sous l'influence majoritaire des pairs consommateurs de drogues.

- 3ème étape : Plus rare, caractérisée par l'intégration d'autres drogues illégales telles que les amphétamines, la cocaïne, l'héroïne, etc. À l'adolescence, ces consommations seraient principalement influencées par des phénomènes contextuels tels que l'équilibre et les relations intrafamiliales, ou encore la présence d'une comorbidité psychiatrique. Une dynamique familiale dysfonctionnelle, une détresse psychologique et un comportement mimétique par rapport à des connaissances consommatoires, favoriseraient l'usage régulier des autres drogues illicites. A noter cependant que la problématique toxicologique du jeune va réciprocement déstabiliser les relations familiales et qu'elle peut donc non seulement être un prolongement du dysfonctionnement familial mais aussi une cause des perturbations relationnelles au sein de la famille.

La figure 3 ci-dessous, illustre les statistiques épidémiologiques obtenues récemment concernant l'évolution du nombre de consommateurs pour les trois principales substances en fonction du niveau scolaire. L'expérimentation du tabac et de l'alcool s'observe ainsi dès l'entrée au collège. Selon les données de l'OFDT, 44% des élèves de 6ème ont déjà consommé de l'alcool, tandis qu'ils seront 75% en 3ème, mais moins d'un sur dix rapporte un antécédent d'ivresse alcoolique. L'expérimentation de cigarette reste rare au début du collège, mais sa diffusion s'accélère brusquement entre la 5ème et la 4ème, progressant de 14,0% à 26,1%. À l'identique de la dynamique observée pour l'alcool, les « années collège » apparaissent avant tout comme une phase d'initiation, avec un nombre croissant mais restant faible de consommateurs quotidiens. Le premier contact avec le cannabis est plus tardif, à partir de la 4ème où 7,7% des élèves se présentent comme expérimentateurs. Cependant,

pour ces trois produits, les niveaux de consommation ont globalement baissé entre 2000 et 2017 et, bien que restant à un niveau élevé, les dernières prévalences d'usage mesurées en 2017 étaient parmi les plus basses jamais enregistrées (99).

Figure 3: Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 (en%)



Source : EnCLASS 2018

Définitions des usages : expérimentation : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie / usage actuel ou usage dans l'année : au moins une fois dans l'année / usage dans le mois : au moins 1 usage au cours des 30 jours précédant l'enquête / usage régulier : 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours / usage quotidien : une consommation renouvelée chaque jour.

Note : Les progressions des usages d'un niveau à l'autre sont toujours statistiquement significatives à l'exception de l'expérimentation d'alcool, des usages dans le mois et réguliers de tabac et cannabis entre la 2^{de} et la 1^e et la 1^e et la terminale. Ces usages progressent globalement et de manière statistiquement significatives entre la 2^{de} et la terminale.

a) Le tabac :

Même si la plupart des pathologies liées au tabac se déclarent à l'âge adulte, elles trouvent leur origine dans l'exposition au tabac dès le plus jeune âge, y compris le tabagisme passif auquel 43% des adolescents seraient exposés selon l'OFDT. Tout cela souligne combien la période de l'adolescence doit être

considérée comme un moment clé pour déployer les stratégies de prévention les plus efficaces afin de limiter drastiquement l'entrée dans le tabagisme.

Le tabac tue en France plus de 75 000 personnes chaque année. Parmi elles, une très large majorité a débuté son histoire tabagique dès l'adolescence : 4 fumeurs sur 5 ont commencé à fumer avant 18 ans. L'OFDT publie en février 2021 que 4% des adolescents français ont déjà fumé à l'âge de 11 ans, 14% à 13 ans, 45% à 16 ans et 67% à la fin de l'année de terminale. Ces chiffres sur l'expérimentation du tabac placent la France au 10ème rang européen (101).

Si l'expérimentation domine durant les « années collège », la consommation et la dépendance se manifestent plus spécifiquement au lycée, à l'âge de 17 ans en particulier. En 2017, 25,1% des jeunes âgés de 17 ans déclarent fumer quotidiennement. Il s'agit de la prévalence de tabagisme quotidien la plus faible observée en France depuis 20 ans. Les chiffres concernant les consommations occasionnelles sont tout aussi encourageants, passant de 26,5 à 17,6% en ce qui concerne l'usage au cours du mois à 15 ans, entre 2014 et 2018 (100).

Enfin, la cigarette électronique provoque un véritable engouement chez les jeunes, ce qui n'est pas sans générer de préoccupations dans le domaine de la santé. En 2018, l'expérimentation de la vape concernait près du tiers des élèves de 4ème et de 3ème et plus de la moitié des lycéens (100). Entre 2015 et 2018, le vapotage chez les adolescents est passé de 10 à 16,6%. Près de 10% des lycéens l'ayant expérimenté n'avaient jamais fumé de cigarette auparavant et l'analyse des données de l'enquête ESCAPAD, réalisée en 2017 sous l'égide de l'OFDT à l'occasion de la journée de préparation à la Défense, montre que 43% des adolescents ayant expérimenté la cigarette électronique

n'ont jamais expérimenté le tabac par la suite. De même, 6% des lycéens déclarent avoir fumé exclusivement une cigarette électronique au cours du mois. L'ensemble de ces données de prévalence laissent entendre que l'utilisation de la vape tendrait à se dissocier de l'usage du tabac chez les adolescents, excluant un effet « passerelle ». Néanmoins, les données disponibles à ce sujet étant contradictoires elles justifient de maintenir l'interdiction de vapoter aux mineurs et d'en limiter la publicité.

b) L'Alcool :

En ce qui concerne l'alcool, les adolescents français se démarquent par la précocité de leur expérimentation de boissons alcoolisées : 32% et 49% à 11 et 13 ans respectivement contre 15% et 34% pour les autres pays européens. A 16 ans, les jeunes Français rejoignent toutefois la moyenne européenne de 79%, comptant pour leur part 80% d'individu initiés. L'enquête ESCAPAD a retrouvé une proportion de consommateurs réguliers d'alcool de 12% chez les garçons et de 4.6% chez les filles de 17 ans, représentant un net déclin en comparaison à 2014.

Les modalités de consommations de l'adolescent diffèrent de celles des adultes en ce qu'elles prennent plus volontiers une forme toxicomaniaque chez l'adolescent, avec un objectif délibérément recherché de défoncage (101). La consommation d'alcool au collège a pu être reliée à des problèmes comme l'agressivité, les idées suicidaires, les difficultés à satisfaire aux exigences académiques et les problèmes interpersonnels. Enfin, d'autres études mentionnent que la liberté associée avec la transition vers les études post-

secondaire est une période dans la vie de l'étudiant pouvant contribuer à une augmentation de l'usage d'alcool et de drogues (102).

Santé Publique France et l'OFDT ont montré l'émergence ces dernières années d'un « modèle » proches du binge drinking anglo-saxon, défini comme l'ingestion en une occasion d'un maximum d'alcools, forts, en un minimum de temps pour atteindre rapidement un état d'ivresse. L'âge moyen d'initiation de ces ivresses est de 15 ans. Ces alcoolisations ponctuelles importantes (API) ou alcoolisations paroxystiques s'organisent sous forme de regroupements de jeunes de 12 à 25 ans, qui consomment de grandes quantités d'alcool dans les lieux publics. Le même phénomène se retrouve lors des soirées étudiantes du jeudi soir, suivies d'une nouvelle alcoolisation le samedi soir ou dans ces repas de fin de trimestre devenus des « soirées cartables » alcoolisées. En 2014, environ 50% des jeunes de 17 ans déclaraient une API au cours du mois, 20% en ont connu trois, et 2% dix ou plus, ce dans un contexte d'acceptation sociale globalement plus élevée de l'ivresse publique (103). Chez les plus de 20 ans, notamment chez les étudiants, ces API au cours du dernier mois ont augmenté, tandis que les niveaux d'alcoolisation à risque ont doublé parmi les chômeurs pré-trentenaires.

L'alcool amplifie l'effet des drogues et de certains médicaments, et peut servir de « relais » entre deux prises de drogue. L'usage de l'alcool s'accompagne donc fréquemment d'autres substances telles que le tabac, le cannabis et d'autres drogues illicites. Enfin, une initiation précoce à l'alcool et une consommation excessive à l'adolescence sont des facteurs de risque d'usages problématiques ultérieurs (104).

c) Le cannabis :

Concernant le cannabis, on assiste à une envolée spectaculaire de sa consommation chez les adolescents depuis plusieurs décennies dans les pays occidentaux. Ce phénomène se vérifie autant du côté des expérimentateurs que chez les usagers réguliers. Bien que la France affiche des prévalences d'usage de cannabis à l'adolescence parmi les plus élevées d'Europe (comme cela était déjà le cas en 1999), elle est également l'un des pays où le niveau d'usage récent a le plus baissé en 20 ans (moins 10 points) (105). Plus précisément, en 2019, 23% des jeunes Français de 16 ans (26% des garçons et 20% des filles) ont déclaré avoir fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie et 13% au cours du mois. Ces mêmes jeunes français de 16 ans en 2019 sont 4,5% à rapporter une première consommation avant 14 ans, suggérant que la diffusion du cannabis dans la population adolescente s'accélère à partir de 13 ans.

Le cannabis est la substance illicite la plus communément expérimentée par les adolescents européens. Le premier contact s'effectue souvent en groupe en faisant « tourner le joint ». L'adolescent découvre alors les premiers effets : fous rires, levée des inhibitions et amélioration de la convivialité entre copains. Le cannabis jouerait un rôle modulateur sur l'humeur, le contrôle moteur, les perceptions, l'appétit et le sommeil. Les fumeurs décrivent souvent une exacerbation des perceptions sensorielles et une impression de ressentir le monde qui les entoure avec une acuité plus grande.

Les manières de consommer le produit son très variable au sein de la population adolescente. Pour certains, l'usage du cannabis reste festif et associé à la convivialité. Pour d'autres, généralement les plus fragiles, les effets relaxants et hypnotiques ressentis lors des premières prises sont mis à

profit dans un but auto thérapeutique. Le cannabis va alors pouvoir progressivement devenir indispensable pour les bénéfices qu'il apporte et, bien qu'il n'y ait pas dépendance au sens propre du terme, il n'est pas rare d'observer à la longue des signes de sevrage en cas de périodes d'abstinence tels de l'anxiété, de l'irritabilité, des perturbations du sommeil et de l'appétit, et surtout une envie quasi irrépressible de reprendre du produit. Reste enfin la défonce à visée « anti-pensée », parfois de mise à distance de problèmes psychologiques sous-jacents. Généralement, ces jeunes procèdent à des prises importantes du produit sous forme de « bongs », des pipes à eaux permettant d'absorber une grande quantité de produit en un minimum de temps. Arrêter la consommation devient alors synonyme de retour au réel et l'on comprend la difficulté à se séparer du produit, d'autant plus que l'on sait aujourd'hui qu'à quantité consommée égale, les adolescents développent plus volontiers une dépendance au cannabis que les adultes (106).

Le syndrome de dépendance concernerait ainsi un tiers des adolescents consommateurs quotidiens de cannabis. Comme les autres produits de façon générale, la précocité des premières expériences constitue un indicateur pronostic fiable : plus tôt dans la vie débute la consommation de substances psychoactives, plus grand est le risque d'abus et (ou) de dépendance, de polyconsommation et de transfert vers d'autres drogues illicites avec un coût sanitaire élevé à l'âge adulte.

Beaucoup d'études ont rapporté une association fréquente entre pathologie psychiatrique et consommation de cannabis. Selon Jeammet, les spécificités neurophysiologiques de l'adolescent ne sont probablement pas assez prises en compte dans l'évaluation des risques psychiatriques induits par le produit. La

généralisation de l'usage de cannabis pourrait ainsi laisser présager d'un âge de moyen de décompensation de plus en plus bas. A côté de l'induction de troubles psychiatriques caractérisés, l'impact de l'addiction au haschisch en termes de morbidité sociale est majeur et peut chez certains jeunes, favoriser la chronicisation de la consommation, le développement de comorbidités sévères, ou encore laisser émerger des psychopathologies dormantes potentiellement explosives (107).

d) Autres substances psychoactives :

Les usages d'autres drogues illicites que le cannabis, notamment la cocaïne, restent en retrait mais sont néanmoins monnaie courante dans les soirées festives. Les consommations de cocaïne, crack, MDMA/ecstasy, LSD et héroïne restent limités en Europe à 16 ans. En France, 6,1% des jeunes de cet âge déclarent en avoir déjà consommé au moins une, sans différence significative entre les sexes. Stable depuis 20 ans, ce niveau d'usage se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne (4,8%). Dans la plupart des pays, l'ecstasy/MDMA et la cocaïne-poudre sont les substances les plus fréquemment expérimentées.

A côté de celles-ci, l'usage de substances atypiques (inhalants par exemple) englobant de nombreux produits psychoactifs utilisés à visée récréative ou stimulante, rend d'autant plus difficile le repérage des jeunes consommateurs. Ces produits ont en commun d'être relativement faciles d'accès, soit parce qu'ils sont disponibles en vente libre dans le commerce ou sur Internet, soit parce qu'ils sont très présents dans les milieux festifs fréquentés par les adolescents (105).

e) Les médicaments :

L'addiction médicamenteuse occupe une place croissante dans les phénomènes d'addiction, devenant un enjeu majeur de santé publique. Cette évolution est d'autant plus marquée en France que ce pays reste parmi les plus forts consommateurs de médicaments psychotropes en Europe (108). Parmi ceux-ci, les benzodiazépines constituent les substances les plus largement prescrites. Généralement bien tolérées, elles peuvent également être à l'origine d'abus et de dépendance. Cette addiction recouvre plusieurs profils situationnels distincts tels que :

- Les usagers de drogue (usage volontairement détourné de médicaments, trafic, en grande partie avec les traitements de substitution de la dépendance aux opiacés) ;
- Une addiction médicamenteuse méconnue, s'installant progressivement à la suite d'une prescription médicale, par exemple une pseudo-addiction dans le cadre d'une douleur chronique ;
- Une réelle addiction médicamenteuse impliquant tout type de médicament avec un comportement compulsif de prise ;

La tendance actuelle semble également être au recours de plus en plus précoce, y compris chez les enfants, à des prescriptions et polyprescriptions. Les limites fragiles entre prescription médicale et abus de toxiques sont donc un sujet de réflexion.

f) Les écrans :

Internet est un outil dont les adolescents sont particulièrement friands car il satisfait parfaitement à leur soif d'éloignement et d'exploration du monde, sans

même avoir à sortir du cocon familial rassurant. Il est important de ne pas s'en tenir à la consommation d'écran de l'adolescent, mais bien d'analyser l'usage qu'il en fait. Ce n'est effectivement pas l'écran en soi qui peut être source de dépendance mais ce qu'on y fait (93).

Les réseaux sociaux, particulièrement utilisés par les filles, leur permettent de ne jamais perdre contact avec leur groupe de pairs et leur double identitaire. Les jeux vidéo et leur mise en réseau sont plus l'apanage des garçons. Ils y expérimentent leurs compétences, rivalisent avec les autres joueurs plus ou moins virtuels et testent ainsi leur toute-puissance. Cependant, les écrans exposent également à des dérives parfois dangereuses, lorsque le monde virtuel prend le pas sur le monde réel, ou encore que les réseaux sociaux se pervertissent en un théâtre de harcèlement dont il devient impossible de se sortir, tandis que leur consommation intensive en elle-même peut mener à une forme d'addiction, tout comme les pages que le jeune visite, notamment à teneur pornographiques. Ces complications sont fréquemment inhérentes à une fragilité psychopathologique sous-jacente, qu'il faudra traiter pour elle-même (26).

L'usage problématique a été défini comme une préoccupation et une motivation excessive à l'égard des médias sociaux et le fait de consacrer tellement de temps et d'efforts aux réseaux que cela nuit aux autres activités sociales, aux études/à l'emploi, aux relations interpersonnelles et/ou à la santé et au bien-être. Près de la moitié des jeunes de 17 ans estiment y passer trop de temps, les filles étant largement plus concernées par ce ressenti (58,7%) que les garçons (38,4%). Pourtant, seuls un tiers de ces jeunes indiquent avoir eu des remarques de leurs parents à ce sujet. Enfin, une minorité d'entre eux

(12,9%) reconnaissent qu'ils deviennent de mauvaise humeur lorsqu'ils ne peuvent consacrer du temps aux réseaux sociaux (109).

Cependant, les études sont jusqu'à présent surtout descriptives et il semble que les connaissances sur les pratiques des jeunes, la fréquence des usages problématiques, les modalités optimales de repérage et d'intervention restent à développer.

Les jeux vidéo constituent un objet d'addiction maintenant reconnu dans la classification du CIM 11. Une des particularités est de jouer sur un effet de captation de l'attention du plus grand nombre, bien spécifique de l'hyper-modernité (110). Les MMORPGs (Massively Multiplayer Online Role Playing Game), proposent des univers complexes, dans lesquels le joueur a la possibilité d'évoluer de manière illimitée tout en se liant aux autres joueurs dans des communautés virtuelles. Selon un modèle de conditionnement opérant, on renforce et récompense l'utilisation prolongée et fréquente, tandis qu'à l'inverse, le joueur est « sanctionné » (perd des acquis) lorsqu'il ne joue pas assez longtemps ou pas assez souvent. Le phénomène est amplifié par la difficulté croissante des missions à remplir, suscitant le besoin de s'améliorer sans cesse et de ce fait, la dépendance.

En plus de leur capacité à induire un sentiment de toute puissance, ces jeux génèrent également un sentiment d'appartenance à un groupe ce qui peut rendre plus difficile l'arrêt du jeu. Le jeune se leurre en pensant avoir beaucoup d'amis, « rencontrés » en ligne, au détriment d'un cercle amical dans le monde réel. En somme, il semble que les réseaux sociaux exacerbent plutôt les difficultés sociales de ces jeunes.

Les jeux d'argent ou de hasard en ligne sont également susceptibles de tenter le jeune derrière son écran, avec un potentiel addictogène bien connu. En France, la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne vise à protéger les mineurs du jeu excessif ou pathologique. Ainsi, les opérateurs de jeux ou de paris en ligne mettent théoriquement en place, lors de toute connexion à leur site, un message avertissant que les jeux d'argent et de hasard sont interdits aux mineurs. La date de naissance du joueur est exigée au moment de son inscription et à chacune de ses visites sur le site de l'opérateur.

L'enquête ESCAPAD de 2017, fourni une synthèse de la problématique des écrans au sens large chez les adolescents. Elle révèle l'omniprésence des écrans dans la vie des jeunes puisque la quasi-totalité de ceux-ci (99,4%) possèdent un téléphone portable, un ordinateur à leur domicile (97,6%) - 7 fois sur 10 dans leur chambre - de même que d'un téléviseur (97,4%). 85,1% des foyers des jeunes sont par ailleurs équipés de consoles de jeux et pour les tablettes 76,6%. Dans près d'un cas sur deux, téléviseurs et/ou consoles sont présents dans la chambre des adolescents répondants, alors que l'on observe que les temps d'usages de ces écrans sont étroitement liés à la présence des appareils dans la chambre. Si l'on additionne les durées moyennes d'utilisation de ces quatre types d'écrans au cours de la semaine écoulée, 57% des jeunes y ont passé au moins quatre heures quotidiennes et 39% plus de six heures, tandis que la part de ceux qui n'ont pas du tout fréquenté ces écrans est de 3%. En ce qui concerne spécifiquement le téléphone, utilisé pour de multiples tâches tout au long de la journée, plus de 60% déclarent ne pas éteindre leur

portable la nuit, 70% le gardent allumé en classe et 75% lorsqu'ils font leurs devoirs, démontrant ainsi l'incapacité des jeunes à se déconnecter de ce média.

3.2.5. Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence

Les principaux types de troubles du comportement alimentaires (TCA) caractérisés décrits à l'adolescence sont l'anorexie mentale, la boulimie ainsi que l'hyperphagie boulimique. A côté, on compte de nombreuses formes sub-cliniques, aux présentations diverses, appartenant à la catégorie des « troubles alimentaires non spécifiés » dans les classifications internationales. Cette distinction assez rigide entre les troubles ne doit pas faire oublier qu'en clinique, les TCA évoluent en réalité dans un continuum et une alternance entre les différentes formes au cours de la vie du sujet. Ainsi, 50% des patients anorexiques vont évoluer vers une symptomatologie boulimique, et 20 à 36% des patients boulimiques ont des antécédents d'anorexie mentale (111). Par ailleurs, les TCA sub-syndromiques seraient en réalité 5 à 10 fois plus fréquent que l'anorexie mentale et la boulimie et vont constituer, de la même façon, un facteur de risque pour l'émergence à l'âge adulte des pathologies physiques et psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, syndrome de fatigue chronique, troubles douloureux chroniques, syndromes neurologiques...) (112).

La majorité des personnes atteintes de TCA débutent déclenchent la maladie à cette période de la vie, avec un âge de début moyen à 17 ans pour l'anorexie mentale (avec deux pics de fréquence vers 13-14 ans et à 18 ans), et quelque peu retardé, vers 19-20 ans pour la boulimie. Il existe souvent un retard au diagnostic du fait de la difficulté pour les patients à faire part de leur

problématique à un médecin avec bien souvent, une part de déni, particulièrement dans l'anorexie et/ou de honte.

La prévalence de l'anorexie mentale chez les adolescentes est de 0,5 à 1%, et celle de la boulimie est de 1 à 3%. Cela fait des TCA la troisième pathologie en termes de fréquence chez les adolescents après l'obésité et l'asthme. Il existe une franche prédominance féminine des TCA avec un sex-ratio homme/femme compris entre 1/6 et 1/10 pour l'anorexie, ce déséquilibre étant moins net concernant la boulimie (113).

L'incidence des troubles semble rester relativement stable, bien que les données épidémiologiques ne soient pas homogènes sur le sujet, et alors que cela contraste avec les préoccupations corporelles et les perturbations alimentaires qui tendent à se majorer chez les adolescents. S'il n'y a donc pas d'épidémie des TCA caractérisés, l'évolution des formes subcliniques est difficile à évaluer du fait de leur cadre diagnostique plus flou.

Les études de devenir dans les TCA apportent des résultats parfois très disparates, du fait des variations méthodologiques : modalités de recrutement (patients ambulatoire ou hospitalisés), critères diagnostiques retenus, critères d'évaluation de l'évolution, durée de suivi, etc. La plupart des études avancent tout de même des taux de guérison entre 60% et 80% si l'on s'en tient aux aspects les plus apparents comme le poids et l'aménorrhée, après une période d'évolution très variable mais souvent sur plusieurs années, et rarement inférieure à quatre ans (114). Il apparaît en fait que l'amélioration des symptômes pris séparément est meilleure que l'amélioration globale (115) et cette évolution favorable est le plus souvent émaillées de périodes de rechutes ou de stagnation. Ces résultats sont d'ailleurs à nuancer car dans 25% à 75%

des cas, on observe une persistance des conduites restrictives, des préoccupations pondérales et corporelles, des troubles anxiodépressifs ou encore des difficultés relationnelles. Les formes chroniques de l'anorexie mentale concerneraient près de 20% des patientes que ce soit par la persistance de la triade « anorexie-amaigrissement-aménorrhée » ou par l'évolution vers un syndrome boulimique. Certaines études montrent qu'entre un tiers et la moitié des anorexiques rechutent l'année qui suit une hospitalisation. Pour ce qui est de la boulimie, les chiffres disponibles quant à l'évolution du trouble sont peu nombreux et assez anciens. Flament et Jeammet (2000) ont effectué une revue de la littérature d'études longitudinales réalisées sur une durée allant de 1 à 10 ans. Les taux de rémission oscillaient entre 13% et 71%. L'évaluation des patientes à deux ans a montré la persistance des comportements boulimiques chez 25% des sujets, des symptômes boulimiques partiels chez 37%, un Binge Eating Disorder chez 4% et une guérison chez 34% (116).

Enfin, Corcos et al. (2008) soulignent que les chiffres ne sont pas les mêmes selon la définition que l'on attribue au terme « guérison ». Sa détermination ne devrait pas en effet se contenter sur l'évaluation des symptômes clés, mais se soucier plus globalement du fonctionnement psychique, de la perception pondérale et corporelle, de l'adaptation scolaire ou professionnelle, de la qualité des relations affectives, de la dynamique intrafamiliale... (117)

3.2.6. TDAH à l'adolescence

Sur le plan épidémiologique une méta-analyse américaine portant sur 102 études internationales incluant un total de 171 756 sujets âgés de moins de 18 ans, a estimé la prévalence globale du TDAH à 5,29% en population

générale infantile (118). L'étude de Fayyad et al. (2007) a déterminé que la proportion d'adultes atteints d'un TDAH en France était de 7,3%, toutefois des limites dans la méthodologie peuvent être perçues, notamment lors du recrutement par téléphone, ainsi que pour les outils utilisés et la faible proportion de cas étudiés (N=727) (119). Ces chiffres sont néanmoins à relativiser car deux tiers des cas de TDAH ne seraient jamais diagnostiqués et seulement 11% des malades recevraient un traitement approprié (120,121).

Trois formes cliniques de TDAH sont habituellement distinguées :

- Forme inattentive pure (20-30% des individus en milieu clinique) ;
- Forme impulsive/hyperactive pure (15% des individus) ;
- Forme mixte, la plus fréquente (50-75%) (119) ;

La probabilité d'être diagnostiqué avec un TDAH semble plus grande chez les garçons que chez les filles avec un ratio de 2 à 3 garçons pour 1 fille dans des échantillons issus de la population générale et un ratio voisin de 9 garçons pour 1 fille en population clinique (122). Les différentes formes cliniques ne sont pas non plus représentées également dans les deux sexes. Les formes inattentives pures sont préférentiellement retrouvées chez les filles et les formes combinées plutôt retrouvée chez les garçons. De plus, les filles présenteraient moins de comorbidités et quand elles en présentent, elles sont souvent plus « internalisées » et s'apparentent souvent à des troubles anxieux, ce qui est moins bruyant sur le plan comportemental. Cela suggère que le TDAH n'est peut-être pas moins présent chez les filles, mais seulement moins bien diagnostiqué et donc moins souvent traité, expliquant donc le sex-ratio du trouble es symptômes ont en outre une intensité variable au fil du

développement, avec un remaniement de leur prévalence relative au cours de l'adolescence (123).

3.2.7. Psychose à l'adolescence

Le syndrome schizophrénique est fréquent puisqu'il concerne environ 0.5 à 1% de la population générale adulte, avec un taux d'héritabilité de 65-80% selon les études de jumeaux. Ainsi, le risque de développer une schizophrénie est d'environ 50% pour le jumeau monozygote (même patrimoine génétique) d'un patient, de 10% pour la fratrie ou un enfant et de 46% si les deux parents sont atteints (62).

Le diagnostic de trouble schizophrénique est posé le plus souvent entre 15-25 ans, certaines formes rares peuvent débuter encore plus tôt.

Deux formes cliniques sont classiquement admises pour la période de l'enfance et de l'adolescence :

- La *schizophrénie à début précoce (SDP)*, apparaissant avant l'âge de 18 ans
- La *schizophrénie à début très précoce (SDTP)* ou *schizophrénie infantile*, apparaissant avant l'âge de 13 ans.

L'apparition d'une schizophrénie durant l'enfance reste rare. Ainsi, la prévalence de SDP est estimée à 0,03%, dont seulement 20% prolongeraient une forme de SDTP. La fréquence du trouble augmente à partir de l'âge de 15 ans, avec une incidence estimée chez les 15-18 ans de l'ordre de 1 à 2 pour 10 000 par an. L'incidence de la schizophrénie croît encore en fin d'adolescence et chez l'adulte jeune, avec 13,5% des cas se déclarant avant 20 ans, puis 47,3% entre 21 et 30 ans. L'adolescence représente donc l'une des principales périodes à risque d'éclosion de ce trouble. Le sex-ratio de la schizophrénie est

actuellement estimé à 1,4 garçon pour 1 fille, mais les SDP et SDTP toucheraient davantage les garçons que les formes adultes.

Les principales comorbidités psychiatriques sont par ordre de fréquence : le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (40%), les troubles de l'humeur (37%), le trouble oppositionnel avec provocation (31%) et l'énurésie/encoprésie (14%). Une déficience intellectuelle est également fréquemment associée aux SDTP et SDP, de l'ordre de 10 à 20%. La discussion et la possible confusion diagnostique est encore plus marquée lorsque les symptômes inauguraux de la maladie émergent à l'adolescence où les abus de substance sont fréquents, mais aussi du fait de l'émergence de troubles de la personnalité, principalement de type borderline (124).

D'une façon générale, les pathologies psychiatriques (au premier rang desquelles les troubles schizophréniques, et les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques) constituent la première source de handicap chez les jeunes. Les coûts engendrés sont considérables, comprenant des coûts directs (consommation de soins, hospitalisation complète ou de jour, etc.) et des coûts indirects (perte d'emploi ou non-accession à l'emploi, absentéisme, défaut de cotisations sociales, coûts liés au logement, impact sur l'entourage). Aux coûts proprement liés aux troubles psychiatriques eux-mêmes, s'ajoutent ceux engendrés par les troubles somatiques et les complications des traitements, particulièrement chez ces patients traités par antipsychotiques au long cours : une personne souffrant de troubles schizophréniques perd quinze ans en moyenne d'espérance de vie.

Par ailleurs, la schizophrénie est une maladie chronique ayant souvent un fort impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement des patients qui en

souffrent. Le pronostic de cette maladie n'a pas beaucoup évolué durant les dernières années malgré les multiples efforts de recherche déployés dans ce domaine. Une méta-analyse publiée en 2013 a montré que seulement 13,5% des patients schizophrènes présentent une rémission clinique et retrouvent leur niveau de fonctionnement antérieur à la maladie (125). Ces chiffres décevants montrent l'importance de développer les connaissances sémiologiques et les stratégies préventives autant que curatives sur ces pathologies bien souvent - et plus ou moins sournoisement - installées durant l'adolescence.

4. Arguments cliniques

4.1. Une prise en charge thérapeutique souvent spécifique

➤ L'exemple du cancer :

Chaque année en France, un diagnostic de cancer est porté chez environ 2 000 adolescents et jeunes adultes (AJA) âgés de 15 à 25 ans. Même si le pronostic s'est amélioré au cours du temps, le cancer reste dans cette tranche d'âge la troisième cause de mortalité après les accidents et les suicides, du fait du pronostic très sévère de certains cancers, tel que le gliome infiltrant du tronc cérébral. Bien que les caractéristiques communes aux différents cancers soient de mieux en mieux connues, il demeure des variantes interindividuelles des différentes maladies. Les cancers des enfants, des adolescents, mais aussi certains cancers du jeune adulte ont par ailleurs des spécificités qui les distinguent des cancers de l'adulte. Ainsi, les principaux cancers retrouvés chez les jeunes sont : lymphomes hodgkiniens, sarcomes osseux et extra-osseux, tumeurs germinales, leucémies aiguës et tumeurs du système nerveux central.

La cancérologie d'adultes n'est pas la même que celle de l'enfant et de l'adolescent. En pédiatrie les traitements sont moins « protocolisés », car pour nombre de patients il n'existe pas de traitement de référence à appliquer. Les essais de phase I (essais précoces) y sont aussi bien moins nombreux.

Les progrès thérapeutiques ont bénéficié aux AJA avec plus de 80% des sujets vivants à 5 ans. Cette population spécifique (15-24 ans) est longtemps restée marquée par des indicateurs défavorables en termes de survie et d'incidence par rapport à la tranche d'âge des 0-14 ans, pour plusieurs localisations de cancers.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces différences en termes de survie :

- Des caractéristiques physiologiques et biologiques différentes des tumeurs ;
- Une hétérogénéité des schémas thérapeutiques et des parcours de soins parfois non optimaux en comparaison avec les prises en charge pédiatriques et adulte ;
- Un moindre taux d'inclusion dans les essais cliniques ;
- Une mauvaise observance des traitements, très courante dans cette population de patients ;
- Une métabolisation et donc une réponse à la thérapeutique potentiellement différente de chez l'adulte ;
- Des raisons propres aux AJA, telles que le retard au diagnostic du cancer, un défaut de couverture sociale, d'adhésion thérapeutique ou encore des difficultés psychologiques préexistantes ou exacerbées par la maladie et les traitements (126,127).

Ces éléments justifient donc des mesures spécifiques de prévention, de dépistage et de suivi, et la délivrance de soins adaptés spécifiquement pour cette population. Dans la suite de ce chapitre, nous verrons que ces spécificités cliniques chez l'adolescent et le jeune-adulte concernent également le champ des maladies psychiatriques.

4.2. Enjeux cliniques d'un abord AJA en psychiatrie

4.2.1. Spécificités cliniques dans les troubles de l'humeur

➤ Influence du contexte

Quelle que soit la problématique qui amène à la consultation, le cadre de soin que l'on se donne et la qualité de l'environnement relationnel sont centraux dans le soin des adolescents et ce dès la première rencontre. Il en va du repérage du trouble et de la qualité de la prise en charge ultérieure.

C'est en effet toujours la relation qui soigne et le travail avec l'adolescent exige un ajustement permanent de la distance (ou de la proximité) à l'autre. Le médecin se doit d'adopter une attitude bienveillante face à la souffrance exprimée, parfois de façon frustre et différente de la présentation classique du trouble à l'âge adulte. Hostilité, hyperéactivité, instabilité psychomotrice voire agressivité, souvent non intentionnelles, sont en effet courantes et suscitent parfois des contre-attitudes peu empathiques alors même que leur fonction est défensive. Les adolescents formulent difficilement une plainte directe, mais le symptôme constitue une adresse à l'autre auquel le soin se doit d'apporter une réponse. Le raisonnement clinique doit intégrer le contexte dans lequel les symptômes s'expriment, notamment sur le plan environnemental, mais également le contexte développemental. L'adolescence est une étape du développement qui remanie les relations avec l'entourage. Soigner un

adolescent implique donc de prendre en charge ses proches, en particulier les parents qui apporteront en outre des données précieuses d'anamnèse et leur appréciation de l'évolution clinique tout au long de la thérapie. La place de ceux-ci dans la prise en charge et les règles de confidentialité doivent être clarifiées dès la première consultation. La prise en charge initiale est le plus souvent ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique. Les premières consultations, le plus souvent auprès du médecin généraliste vont permettre, à partir des éléments recueillis, de définir les objectifs et le cadre des soins avec l'adolescent et la famille :

- L'amélioration jusqu'à la rémission des symptômes, à partir du moment où ils entravent le développement de l'adolescent.
- La prise en compte des facteurs de risque ou comorbidités (usage de toxiques, troubles des conduites alimentaires, troubles anxieux)
- L'évaluation essentielle du contexte familial : capacité de support et d'étayage, instabilité, problématique systémique...
- La prévention secondaire à visée de réduction du risque de récidive.

Quels que soient sa modalité ou le lieu où elle s'effectue, tout l'enjeu de la prise en charge sera de fournir un espace de réassurance narcissique, propice au réaménagement du fonctionnement psychique, qui permettra au jeune de retrouver une vitalité affective, intellectuelle et relationnelle, avec un réinvestissement des apprentissages ou d'un projet professionnel. Ce processus est modulé par la sensibilité à l'étayage du jeune, permettant sur une durée plus ou moins longue et parfois grâce à certains aménagements, l'initiation d'une dynamique de changement (72,128).

a) Enjeux diagnostiques et repérage précoce des troubles

bipolaires

Le trouble bipolaire de l'humeur exige une prise en charge spécialisée chimio- et psychothérapeutique la plus précoce possible afin d'améliorer le pronostic, alors que l'apparition de la maladie bipolaire dans l'enfance ou l'adolescence pourrait être associée à une évolution plus sévère qu'à l'âge adulte (80). Pourtant, il existerait un retard de prise en charge d'environ 10 ans, malheureusement inversement corrélé à l'âge de début du trouble (129). Une large étude rétrospective a confirmé l'aspect pronostic défavorable, rapportant que les TB précoces (< 18 ans) et très précoces (13/18 ans) comportent plus de comorbidités anxieuses, addictives, de récurrences, des épisodes euthymiques plus courts et davantage de tentatives de suicides, de comportements violents ou encore de difficultés scolaires et légales (130,131). Plusieurs études prospectives rapportent que sur une durée d'évolution de 5 ans après un premier épisode, 20% des adolescents font au moins un passage à l'acte suicidaire (132). Le taux de tentatives de suicide serait ainsi doublé chez les adolescents bipolaires, en comparaison avec ceux présentant un EDC unipolaire (44% et 22% respectivement). Ce risque serait 40 fois plus élevé que chez les sujets sains (133).

Certains facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents ayant des troubles bipolaires ont été récemment identifiés comme la durée de la maladie, un début précoce, la présence de comorbidité, d'un trouble panique ou d'un abus de substance. Davantage de comorbidités somatiques auraient également été associées au TB à début précoce, avec une plus grande prévalence de facteurs de risque cardiovasculaires, tels que le diabète (défaut de tolérance au

glucose et résistance à l'insuline), l'obésité (en particulier abdominale), l'hypertension artérielle, une moindre adaptabilité de la fréquence cardiaque ou encore une dysfonction thyroïdienne. Ces facteurs de risques cardiovasculaires étaient en outre présents avant le diagnostic de TB chez les TBDP (en particulier l'obésité, les pathologies thyroïdiennes et le diabète de type 2) (80). En fait, l'Organisation mondiale de la santé a signalé que le trouble bipolaire est la quatrième cause d'invalidité chez les adolescents dans le monde (134). Le niveau de fonctionnement serait par ailleurs moindre chez l'adolescent bipolaire que chez l'adolescent souffrant d'un trouble dépressif unipolaire (133). Loin d'être exhaustives, ces données plaident non seulement en faveur de l'existence d'une sous-catégorie de trouble bipolaire « à début précoce », mais aussi d'un profil d'expression clinique particulier, y compris en termes de comorbidités. L'une des explications au retard diagnostique et thérapeutique tient probablement à la présentation clinique du TB, particulièrement hétérogène dans les formes précoces (cf. infra). L'entité diagnostique de TB-1 s'est d'ailleurs étendue progressivement à des phénotypes dits « larges » de la maladie bipolaire, ou « spectre bipolaire ». En effet, il semble exister un continuum dans les caractéristiques cliniques du TB à début précoce, allant des formes atténuées à la forme typique du TB-1 la plus sévère (135).

Certaines manifestations cliniques constituerait un état pré morbide, élevant le risque de développer un TB à l'âge adulte. Une revue récente associant des études rétrospectives conduites chez les adultes aux études prospectives menées chez les enfants ayant des apparentés souffrant de TB-1 retrouve des manifestations non thymiques dans l'enfance, en particulier l'anxiété et les troubles du sommeil (136). Les troubles du sommeil de l'enfant pourraient être

un facteur de risque indépendant de TB et pas uniquement une manifestation prodromale. L'association d'hypersomnie et d'insomnie est particulièrement associée au développement d'un TB (137).

D'après une observation menée sur près de 15 ans, il semble que les troubles anxieux qui se manifestent chez les individus à risque familial de TB représentent un stade précoce de la maladie et pourrait ainsi permettre d'identifier bien en amont des personnes à "ultra-haut risque" de développer un TB. En combinant le risque familial et la présence d'un trouble anxieux, le risque ajusté à l'âge d'un trouble majeur de l'humeur dans cette cohorte a atteint plus de 80%. Il est également intéressant de constater que ce signe avant-coureur d'un futur TB chez les sujets à haut risque apparaisse en moyenne 8 ans avant l'épisode thymique caractérisé. Une deuxième donnée issue de la même étude est que dans la majorité des cas, les sujets diagnostiqués avec un TB ont suivi une séquence prévisible d'évolution de la psychopathologie. Plus précisément, un nombre conséquent d'individus a développé des troubles du sommeil et de l'anxiété, puis autour de la puberté une symptomatologie dépressive mineure ainsi qu'une sensibilité au stress. Par la suite, au milieu de l'adolescence, sont apparus des épisodes dépressifs majeurs récurrents, suivis plusieurs années plus tard par des épisodes d'exaltation de l'humeur (138). Ces observations ont ainsi amené les auteurs à soutenir la pertinence d'un modèle de stadification clinique dans le TB, qu'ils proposent d'illustrer par le schéma suivant :

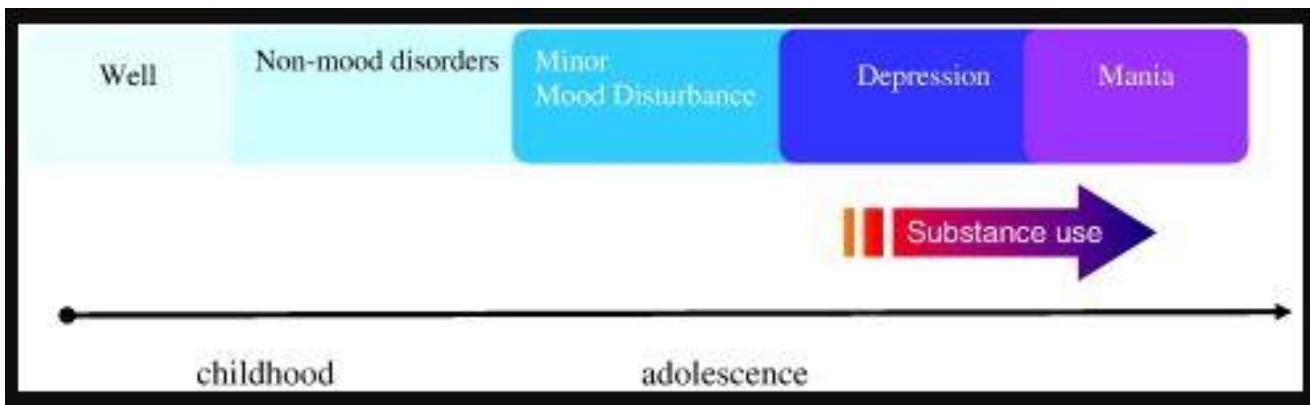


Figure 4 : modèle de stadification du TB proposé par Duffy A. et al. (138)

Par ailleurs, d'autres auteurs défendent l'idée d'un continuum existant entre les TB-1 et 2 et les formes de TB qualifiées de « non spécifiés » à l'époque du DSM-4. Ils ont en effet évalué le devenir de 438 enfants et adolescents d'âge moyen 13 ± 3 ans ayant un trouble du spectre bipolaire : trouble bipolaire I ($n = 255$), trouble bipolaire II ($n = 30$), trouble bipolaire non autrement spécifié ($n = 153$). Au terme de 4 années de suivi, il s'avérait que 38% des sujets avec un trouble bipolaire non spécifié avaient évolué vers un trouble bipolaire I ou II (139,140).

Il se pourrait fortement également que la dysrégulation qui sous-tend les troubles de l'humeur se manifeste d'abord dans le phénotype comportemental des tempéraments. Le tempérament de l'individu serait initialement biologiquement déterminé et par la suite influencé par les expériences environnementales (notamment les interactions mère-enfant) (141). Kochman, dans le prolongement de ce postulat, a décrit le tempérament cyclothymique qui associe : labilité émotionnelle, grande réactivité affective, crises de colère, impulsivité et hypersensibilité émotionnelle. Dans une étude prospective menée pendant deux ans en France, il retrouve près de 70% de transition vers

un TB chez les jeunes (7-17 ans) présentant ces caractéristiques contre 15% chez les témoins (142).

➤ Particularités cliniques principales

Les critères diagnostiques des classifications internationales (DSM-V. CIM 10) sont les même que chez l'adulte. Néanmoins, l'application ad-hoc des critères diagnostiques du TB de l'adulte dans cette population particulière peut être à l'origine d'errances sur le plan diagnostique et donc d'un retard à l'instauration d'un traitement (74). La sémiologie du TB chez l'adolescent, non seulement hétérogène selon les individus, peut également présenter certaines particularités sur ce terrain, notamment :

- Une fréquence plus élevée des symptômes psychotiques, dans 20 à 60% des épisodes (quelle qu'en soit la nature), principalement des idées délirantes pas forcément congruentes à l'humeur, des hallucinations plutôt psychosensorielles et des troubles dissociatifs (diffusion, relâchement associatif). L'incidence de cette symptomatologie psychotique diminuerait au cours du temps et avec la répétition des épisodes thymiques. Dans un cas sur deux, le diagnostic posé serait celui d'une schizophrénie. Il apparaît donc pertinent de penser systématiquement au trouble bipolaire chez un adolescent (12-19 ans) présentant un trouble psychotique aigu avec une participation thymique importante (143), et donc indispensable devant tout jeune présentant une symptomatologie psychotique, de rechercher une symptomatologie thymique associée ou des antécédents familiaux de trouble de l'humeur.

L'existence de signes psychotiques congruents à l'humeur au cours d'un épisode dépressif majeur aurait une valeur prédictive de bipolarité et non de schizophrénie. Le plus souvent, seule l'évolution permet de distinguer les deux troubles : les facteurs d'évolution vers une schizophrénie sont un faible quotient intellectuel et un fonctionnement pré morbide pauvre (144). Dans certains cas, un épisode catatonique peut être une manifestation inaugurale du trouble.

- Profil fréquent de formes mixtes et de « cycles rapides », avec plus de 4 épisodes par an : Certains auteurs préconisent même de poser un diagnostic d'état mixte chez un adolescent présentant une symptomatologie dépressive accompagnée d'une irritabilité ou d'une colère.

Les épisodes plus fréquents, mais plus courts, avec une réponse plus limitée aux traitements.

- Début et fin des épisodes moins nets que chez l'adulte, donnant un aspect plus « chronique » en dépit de la composante de périodicité exigée par le DSM 5
- Trouble des conduites parfois au premier plan, masquant l'origine thymique du trouble. Ces troubles des conduites regroupent les conduites addictives, les fugues, les bagarres, les crises clastiques, les conduites sexuelles inappropriées et à risque...
- Fréquence des éléments confusionnels au cours de ces épisodes thymiques aigus (désorientation temporo-spatiale, perplexité anxiouse, discours confus notamment).

- Fréquence des conduites addictives : Le TB est le diagnostic de l'axe 1 le plus fortement associé avec l'abus de substance chez l'adolescent. Près de 60% des adolescents souffrant de TB vont développer des troubles addictifs. Il arrive que l'addiction précède la survenue du trouble thymique. Dans tous les cas, les consommations de toxiques favorisent les récurrences thymiques : l'utilisation de cannabis est associée à davantage d'épisodes maniaques ou hypomaniaques, alors que l'utilisation excessive d'alcool conduirait à davantage de rechutes dépressives (143).

➤ Particularités cliniques selon le tableau

❖ ***Au cours des épisodes thymiques de type maniaque :***

La tonalité euphorique classique est souvent plus modérée ou remplacée par une humeur dysphorique, une irritabilité, une agressivité, voire à l'extrême des comportements violents. L'expression motrice marquée par l'agitation est également plus prononcée à l'adolescence que chez l'adulte. La désinhibition sexuelle constitue un élément sémiologique fréquent de l'épisode maniaque chez l'adolescent tout comme chez l'adulte. Les études chez l'adolescent évaluent la prévalence de cette désinhibition sexuelle ou « hypersexualité » à environ 40% (143). Cela implique un risque de multiplication des partenaires sexuels avec des rapports non protégés et les nombreuses autres mises en dangers possibles. Dans certains cas, le viol pourrait venir révéler un état maniaque à l'adolescence tandis qu'une fréquente symptomatologie psychotique associée à ce climat de désinhibition sexuelle peut générer des idées délirantes à thématique sexuelle et/ou être source de fausses allégations

d'abus sexuel. Les conséquences médicales et les implications médico-légales de telles allégations sont alors majeures.

❖ ***Au cours de l'épisode dépressif :***

Les signes cliniques devant faire évoquer une bipolarité seraient les caractéristiques psychotiques, un ralentissement psychomoteur, une autodépréciation marquée, des idées suicidaires, un virage maniaque ou hypomaniaque iatrogène, des difficultés de concentration, une distractibilité, des antécédents familiaux de TB-1, une prise de poids, des préoccupations somatiques, une irritabilité et une exigence personnelle élevée (139). Au sein d'un épisode dépressif, un syndrome de Cotard, bien que rarement présent, aurait une valeur prédictive de bipolarité. Par ailleurs, l'EDC bipolaire serait d'installation plus rapide et associé à un ralentissement psychomoteur plus marqué.

➤ **Diagnostics différentiels :**

La complexité sémiologique intrinsèque aux différentes formes d'expression du TB de l'adolescent, en font un syndrome difficilement différenciable d'un certain nombre d'autres troubles, particulièrement les troubles dits d'externalisation : Le trouble des conduites (TC), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), et enfin le trouble déficit de l'attention-hyperactivité (TDAH). Par ailleurs, les consommations de substances psychoactives peuvent également induire une confusion diagnostique lors de l'évaluation. Ainsi, ces différents troubles sont susceptibles d'être à la fois des situations de comorbidités du TB à début précoce ou bien des diagnostics différentiels. En effet, le TB à début précoce se caractérise par ses comorbidités plus

nombreuses, notamment : les troubles anxieux (de 12,5 à 56%), troubles des conduites (de 5,6 à 37%), abus de substance (de 0 à 40%), trouble oppositionnel avec provocation (de 46 à 75%) et TDAH (de 11 à 75%) (143). En revanche, il existe plusieurs signes cliniques qui semblent plus spécifiques du trouble bipolaire et qui peuvent donc permettre de mieux identifier ce trouble : l'exaltation de l'humeur, les idées de grandeur, la fuite des idées, la réduction du sommeil et l'hypersexualité (145).

Mais avant-même d'évoquer les diagnostics différentiels, ici encore, la première difficulté est de différentier un processus pathologique de comportements pouvant s'inscrire dans la psychopathologie normale du développement de l'adolescent. Si ces troubles restent limités dans le temps et modérés dans l'intensité de leur expression, ils peuvent alors être considérés comme relevant du champ de fonctionnement adolescent non pathologique, c'est-à-dire ne s'inscrivant dans aucun trouble psychiatrique constitué (135). Au contraire, certains éléments anamnestiques doivent attirer l'attention car ils sont en faveur d'un processus pathologique : changement de comportement soudain du sujet, baisse brutale des performances scolaires ou détérioration rapide des relations familiales, ou bien survenue soudaine de problèmes judiciaires répétés, ou encore comportements de mise en danger personnels à travers des tentatives de suicides répétées ou des comportements sexuels à risque. Tous ces éléments doivent être systématiquement recherchés à l'entretien (80).

➤ Devenir des troubles bipolaires à l'adolescence :

La nature récurrente et la morbidité psychosociale associées à cette maladie au cours des stades critiques du développement nécessitent une reconnaissance et une prise en charge rapide. Toute la difficulté pour le clinicien, en attendant une éventuelle clarification des critères diagnostics du trouble bipolaire de l'adolescent, voire des méthodes diagnostiques plus objectives (telles l'identification de biomarqueurs) est d'éviter deux écueils que sont le sous diagnostic et le diagnostic par excès. L'utilisation de critères plus larges tend à sur-diagnostiquer le TB, or, comme tout diagnostic, celui-ci n'est pas anodin et comporte des implications pronostiques et sociales à long terme, tout en exposant ces jeunes à des médicaments peu bénéfiques, voire à des effets secondaires inutiles. En revanche, l'utilisation de critères diagnostiques trop restrictifs, peut priver les jeunes atteints de bipolarité réelle du traitement adéquat et, par conséquent, entraver leur développement normal, augmenter le risque de conséquences graves du TB présentées plus haut, tandis que l'emploi éventuel de médicaments inadaptés, notamment les antidépresseurs peut aggraver l'évolution de la maladie (74,146).

L'évolution du trouble bipolaire chez le jeune - en dépit d'une bonne réponse initiale au traitement avec jusqu'à 80% de rémissions - est marquée par une fréquence élevée de rechutes, majoritairement sur un versant dépressif (62% des sujets rechuteraient dans les 3 ans suivant le premier épisode). Les rémissions inter-critiques sont par ailleurs fréquemment partielles, d'avantage que chez l'adulte, avec persistance de symptômes subsyndromiques (139). Ainsi, sur un échantillon de 71 adolescents suivis durant un an après leur première hospitalisation pour un épisode maniaque, si 86% obtenaient une rémission, 43% d'entre eux voyaient persister certains symptômes et seuls

41% récupéraient totalement sur le plan fonctionnel. Par ailleurs, l'observance d'un traitement médicamenteux est toujours fragile chez l'adolescent et 35% seulement reconnaissaient une adhésion totale au traitement, tandis que deux tiers des adolescents arrêteraient leur thérapeutique durant la première année d'évolution.

Pourtant, l'absence de traitement agressif et complet est associée à un risque accru non seulement de rechutes et de dysfonctionnement social et éducatif, mais aussi de dysfonctionnement cognitif si d'autres épisodes surviennent dans l'année qui suit une première manie (147).

Les prédicteurs individuels d'une mauvaise récupération syndromique identifiés jusqu'ici sont la cooccurrence d'un TDAH, de troubles anxieux et de troubles du comportement perturbateur, ainsi que la non-observance de la médication psychotrope et des niveaux socio-économiques inférieurs. La cooccurrence de troubles liés à la consommation d'alcool, le traitement par des antidépresseurs et l'absence d'intervention psychothérapeutique semblent prédire la récurrence syndromique. Les garçons étaient plus de deux fois plus susceptibles que les filles de connaître une guérison symptomatique. Les effets de l'utilisation d'antidépresseur sur la survenue plus précoce des rechutes sont bien établis (148,149).

➤ Implications de ces spécificités sur la prise en charge du TB de l'AJA :

La prise en charge du trouble bipolaire de l'adolescent s'appuie sur une double composante : médicamenteuse et psychothérapeutique.

A l'instar de l'adulte, le traitement médicamenteux de référence du trouble bipolaire de l'adolescent est le lithium, qui, parmi tous les thymorégulateurs,

est celui qui dispose des arguments d'efficacité clinique EBM (Evidence Based Medecine) les plus solides auprès des populations adolescentes, ce qu'attestent les recommandations de pratique ainsi que les autorisations de mise sur le marché de la HAS et de la FDA. Les données disponibles rapportent un taux de réponse au lithium en monothérapie en phase aiguë de 50 à 60%. Des résultats proches sont obtenus avec le valproate ou la carbamzepine. Néanmoins, on attribue au lithium un rôle protecteur par rapport au risque suicidaire et il apparaît supérieur aux anticonvulsivants en cas de présence de symptômes psychotiques (150). Les antipsychotiques de 2ème génération sont également approuvés, avec l'inconvénient de leurs effets secondaires métaboliques. En France, seuls les sels de lithium et l'aripiprazole ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication trouble bipolaire de type I à partir de 16 et 13 ans respectivement. Le lithium est peu souvent prescrit avant 19 ans et pourtant, il est difficile de peser le pour et le contre dans le choix de l'une ou l'autre des différentes molécules, si l'on considère leur profil de tolérance : risque rare mais gravissime d'insuffisance rénale ou de surdosage en lithium versus effet fréquent mais non mortel à court terme du syndrome métabolique et impact cognitif plus marqué des antipsychotiques. De plus, les antipsychotiques sont des molécules pour lesquelles le recul est faible quant aux effets à long terme sur les adolescents. Un autre constat est que la raison souvent avancée par les médecins opposés à la prescription de lithium est la gravité que représenterait une intoxication volontaire, en dépit, justement, des propriétés préventives du risque suicidaire (151).

En ce qui concerne la durée de traitement, le peu d'études sur le sujet tendent à promouvoir une poursuite du thymorégulateur au moins jusqu'à la fin de la période d'adolescence où son indication et ses modalités seront réévaluées.

En l'absence de réponse à une monothérapie, les études sont concordantes sur la supériorité des associations (deux thymorégulateurs ou un thymorégulateur et un antipsychotique), avec des taux de réponse atteignant 70 à 90%. En cas de réponse partielle, une association de trois médicaments est préconisée, deux thymorégulateurs et un antipsychotique. Enfin, en cas d'échec des étapes précédentes ou de contre-indication médicamenteuse, un traitement par électroconvulsivothérapie ou clozapine est possible.

A côté de ces possibilités d'escalade thérapeutique, il n'en reste pas moins que, selon l'OMS, « résoudre le problème de l'inobservance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès biomédical ». La question de l'observance est néanmoins complexe chez les AJA, avec de multiples déterminants parmi lesquels l'acceptation de la maladie et la nécessité d'un traitement, mais aussi le rapport à la loi (incarnée par les parents), à la santé et au corps, le jeu de la pulsion de mort et des conduites ordaliques, etc (152).

Afin d'améliorer l'observance et plus largement le devenir psychosocial de ces adolescents, des prises en charge associées au traitement médicamenteux et une psychoéducation auprès des adolescents et de leur famille sont indispensables. Une surveillance étroite des effets secondaires des traitements, souvent plus fréquents chez l'adolescent que chez l'adulte, incombe au médecin.

Enfin, les nombreux facteurs de mauvais pronostic cités plus haut, dont les comorbidités psychiatriques, constituent des cibles thérapeutiques à identifier afin d'optimiser les interventions thérapeutiques.

Sur le plan psychothérapeutique, indissociable du traitement médicamenteux, les prises en charges familiales comme individuelles, en fonction du contexte, ont prouvé leur efficacité, autant en termes d'amélioration des symptômes que dans la prévention des rechutes.

b) Particularités de la dépression de l'AJA

Il faut à nouveau rappeler l'importance du contexte dans la genèse du trouble dépressif chez l'adolescent ou le jeune adulte. A l'identique des dépressions « réactionnelles » chez l'adulte, certains contextes environnementaux ou familiaux peuvent être propices à l'émergence d'une dépression à l'adolescence. Ces événements, bien que parfois vécus comme facteurs déclenchant, ne prennent leur valeur pathogène qu'en fonction de la façon dont ils sont appréhendés et métabolisés par l'adolescent et en fonction des remaniements intrapsychiques qu'ils induisent. En cela, ils ne peuvent être considérés comme des causes formelles à la dépression. Néanmoins et quelle qu'en soit la nature (divorce, conflits, deuil, maladie physique ou psychiatrique parentale, ...), tout événement ou tout dysfonctionnement familial susceptible de réactiver des vécus anciens de ruptures et de séparation peut mettre en péril le narcissisme déjà précaire de l'adolescent. L'utilisation par l'un des parents de l'adolescent à des fins de satisfactions narcissiques personnelles peut également intervenir dans la genèse de la dépression, par le biais de la transmission d'un mandat transgénérationnel à l'adolescent à l'origine d'un

mouvement dépressif chez ce dernier. L'adolescence peut aussi être concomitante à une « crise parentale », interagissant alors avec elle. Cette crise parentale aussi nommée « crise du milieu de la vie », confronte les parents à un véritable travail de deuil similaire au travail psychique de leur adolescent des idéaux anciens face à une réalité parfois décevante, avec la nécessité d'accepter ses propres limitations, avec la conscience aiguë de la brièveté du temps, de la perspective de la vieillesse et de la mort. Tous ces mouvements parentaux de la crise de maturité peuvent prendre, chez les parents, une tonalité dépressive qui n'est pas sans retentir sur l'adolescent. Cette intrication et cette interdépendance des problématiques au sein de la famille auront une incidence d'autant plus pathogène sur l'adolescent qu'il existera au sein de cette famille un flou des barrières intergénérationnelles, une mauvaise reconnaissance des interdits, une confusion dans les rôles et fonctions parentaux (avec indifférenciation des imagos paternelles et maternelles) (153).

Toute dépression est constituée d'une expérience subjective de perte d'objets réels ou fantasmatisques. Or, à cette période qu'est l'adolescence, si fertile en changements et associée à la séparation de l'enfance tant souhaitée que redoutée, la dépression est omniprésente. Elle prend des formes cliniques extrêmement variées selon une gamme d'états affectifs à connotation dépressive, dont certains auteurs estiment qu'ils se situent au sein d'un continuum symptomatique s'organisant principalement autour de la triade tristesse, morosité et ennui (154). Nombre de jeunes gens expérimentent ces affects très rapidement changeants, révélateurs de la douleur de l'adolescent à s'extraire du monde de l'enfance et à investir un monde nouveau. En l'absence

d'autre signe caractéristique, à partir du moment où ces états intermittents restent réactifs aux événements extérieurs, ils ne suffisent pas à poser le diagnostic de pathologie dépressive. A la frontière entre le normal et ce qui relève de la pathologique, ils doivent néanmoins être pris en compte car potentiellement prodromiques d'un EDC chez les individus les plus fragiles sur le plan du développement psychique (failles narcissiques, difficulté dans le processus de séparation-individuation, attachement insécur...). En tant que période mettant le narcissisme du sujet à rude épreuve, il apparaît évident en effet que l'adolescence puisse faire le lit d'une véritable dépression, quels qu'en soient les autres déterminants possibles à son déclenchement (153).

La dépression à l'adolescence reste très nettement sous-diagnostiquée et sous-traitée. Dans l'étude de Chan Chee (2012), ce sont 90% des adolescents présentant une dépression caractérisée qui déclaraient n'avoir reçu aucun traitement (155). Des dépressions cliniquement repérables ne sont donc pas détectées tandis que le système de soins, et notamment de soins spécialisés, reste trop peu utilisé.

Il existe en fait un double enjeu dans le dépistage d'un éventuel EDC chez l'adolescent :

- Distinguer un authentique état dépressif des affects à tonalité dépressive pouvant entrer dans le cadre du processus de maturation psychique de l'adolescence.
- Penser au diagnostic devant des conduites, des idées ou des comportements ayant parfois valeur d'états dépressifs.

Pommereau résume bien cette difficulté de la question diagnostique : « De l'ignorance dommageable d'hier à la tentation excessive d'un étiquetage trop

hâtif aujourd’hui, gardons-nous des extrêmes pour ne pas nous livrer aux simplifications abusives et aux diagnostics à l’emporte-pièce qui s’affranchiraient du caractère plurifactoriel, évolutif et complexe de cette symptomatologie, à un âge où le rapport à soi et à l’autre est particulièrement tendu. » (128)

Toujours est-il que la simple présence de symptômes dépressifs à l’adolescence (donc d’une symptomatologie dépressive subclinique), prédit fortement un véritable EDC à l’âge adulte, une dysthymie, des déficiences psychosociales ou encore la consommation problématique d’alcool, le risque allant croissant avec la cumulation d’un nombre important de symptômes (156). En outre, les troubles dépressifs chroniques de l’adolescence ont un pronostic beaucoup plus défavorable que les troubles aigus étant donné leur impact sur le fonctionnement psychosocial. Quel que soit le type d’EDC, tout retard à la prise en charge ne fera que majorer l’ampleur de ces retentissements (157).

Quelle que soit la manière dont il est conceptualisé, comme cela a été développé dans la 1ère partie, l’âge adulte émergeant est une période à laquelle l’individu doit faire face à des stresseurs majeurs qui peuvent, en partie, expliquer les taux élevés d’EDC. Une étude a d’ailleurs récemment confirmé le rôle modérateur de la tolérance à la détresse émotionnelle dans la relation entre des événements de vie jugés délétères et le développement de symptômes dépressifs chez des adolescents (Felton et al., 2019). Quant aux étudiants universitaires, l’EDC est la psychopathologie la plus couramment rencontrée dans cette population (Association for University and College Counseling Center Director, 2016). Comme chez l’adolescent, cette

vulnérabilité du jeune adulte s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs :

D'un côté, les exigences du milieu académique représentent de nouvelles sources de stress auxquelles les étudiants doivent s'adapter

De l'autre côté, ces facteurs de stress coïncident avec une période sensible du développement cognitif chez le jeune adulte, dans laquelle il y aurait un plus grand risque de développer des troubles de santé mentale. On suppose que cette période implique une plus grande concentration sur soi, qui, trop développée, dans la théorie intégrative de la dépression, peut briser le schéma cognitif auto protecteur et valorisant de l'individu, conduisant à l'autodénigrement et au retrait comportemental (158).

Le lien entre dépression des étudiants et distorsions cognitives est bien admis, que celles-ci soient associées à la réussite ou à la dépendance. Ainsi il a été authentifié que les cognitions du type « si j'échoue en partie ce serait "aussi pire" que d'échouer complètement » ou encore « pour avoir une valeur, je dois être le(la) meilleur(e) dans au moins un domaine » (distorsions cognitives liées à la réussite), sont corrélées à l'importance des symptômes dépressifs. De même, les étudiants convaincus qu' « ils ne pourraient pas être heureux si une personne ne les aimait pas » ou qu'« ils ont besoin de l'accord des autres pour être heureux » (distorsions cognitives liées à la dépendance), vivraient plus de symptômes dépressifs. A l'inverse, la construction d'une identité positive, qui passe par la capacité de se projeter dans l'avenir, constituerait un facteur essentiel de bonne santé mentale et d'adaptation psychosociale, tout particulièrement lors de périodes de transition comme l'est l'âge adulte émergeant. Ainsi, plus les étudiants sont au clair quant à leurs buts personnels

et professionnels (« Je suis certain(e) de la profession dans laquelle je me plairais »), moins ils présentaient de symptômes dépressifs (159). Un haut niveau d'anxiété, le sexe féminin, un manque de soutien parental, un sentiment d'inadaptation émotionnelle ou encore l'orientation homosexuelle ou bisexuelle, ont également été identifiés comme des facteurs potentiellement prédictifs d'une dépression en 1ère année d'études supérieures.

Bien que les études strictement circonscrites aux jeunes adultes soient peu nombreuses, il semble que la période de l'âge adulte émergent est au moins autant sujette à l'apparition de maladies dépressives que l'adolescence, et davantage qu'en population générale. Cela rappelle la nécessité d'œuvrer, en tant que chercheurs ou praticiens, à la compréhension et à la prise en charge de ces jeunes qui vivent une double transition : entre l'adolescence et l'âge adulte et entre deux cycles d'enseignement différents. Des intervention à même les campus universitaires visant à transmettre aux étudiants des méthodes de gestion de la détresse émotionnelle, leur permettrait d'être plus à même de pallier aux facteurs de stress de l'environnement, les protégeant ainsi de la vulnérabilité dépressive (158).

➤ Particularités cliniques de la dépression de l'adolescent :

Si la symptomatologie générale est relativement comparable à celle retrouvé à l'âge adulte, la sémiologie de la dépression à cet âge est souvent polymorphe et peut s'estomper au profit d'attitudes de retrait et d'inhibition, ou au contraire, s'exprimer par des conduites, des idées ou des comportements ayant valeur d'états dépressifs, qui pour certains auteurs, sont déployés à visée autothérapeutique. Par ailleurs, il est communément admis que, plus que

la plainte dépressive, l'irritabilité est souvent au premier plan et aussi fortement corrélée à la sévérité de la dépression (160). Braconnier (1995) a également introduit la notion de « syndrome de menace dépressive » comme entité pouvant annoncer ou masquer un véritable EDC. L'adolescent entre dans une lutte anxieuse contre l'envahissement par des affects dépressifs. Au premier plan s'observent donc des symptômes anxieux auxquels peuvent s'ajouter des plaintes somatiques, des passages à l'acte et une humeur dépressive fluctuante.

Il ne faut donc pas se contenter d'un constat de la symptomatologie évidente (dimension de l'agir, expression par le corps, importance de la perception de la vie relationnelle), mais bien s'intéresser aux processus sous-jacents, au risque de ne pas poser le bon diagnostic. La difficulté est d'autant plus grande que, quelle que puisse être parfois l'intensité de sa dépression, l'adolescent se reconnaît peu spontanément comme déprimé et demande rarement directement une aide. Elle signifierait pour lui la reconnaissance de sa vulnérabilité et de sa dépendance vis-à-vis du monde des adultes, dépendance dont il ne cesse de se défendre. Cette non-demande de soins est néanmoins à relativiser. En effet, il est avéré que les jeunes en difficulté consultent plus que les autres. Et que, en particulier, le généraliste (ou le pédiatre) est le professionnel de santé le plus consulté, mais pour des motifs autres que la dépression, notamment des plaintes somatiques fonctionnelles, parfois de l'anxiété ou encore des difficultés scolaires (161).

Enfin, l'entourage familial et professionnel peu sensibilisé à la problématique peut parfois ne pas repérer ou banaliser les manifestations dépressives de

l'adolescent en les attribuant le plus souvent aux processus de changement propre à cet âge.

C'est ainsi que, dans le cadre de la dépression, le trouble peut longtemps passer inaperçu jusqu'à ce que la survenue d'idées suicidaires ou d'une tentative de suicide déclenche finalement un accès aux soins. La Haute autorité de santé (HAS) rapportait ainsi en 2014 que 63,6% des adolescents déprimés qui ne demandent pas d'aide ont des pensées suicidaires contre 27,9% de ceux qui en demandent ($p < 0,01$). Autrement dit, en l'absence de détection et d'intervention précoce, « les prémisses de la dépression seront devenues des urgences avec un risque suicidaire dépassé et une perte de confiance en l'adulte à pouvoir aider quand cela s'avère nécessaire et vital » (162).

Dans les formes plus franches, on peut observer les symptômes suivants :

- *Le ralentissement moteur*, marqué par la pauvreté de la gestuelle et de la mimique, il s'accompagne d'un ralentissement et appauvrissement idéique avec lenteur dans le déroulement de la pensée, dans l'enchaînement des idées, dans la réponse aux questions ;
- *L'humeur dépressive*, faite d'un sentiment de tristesse et d'un désintérêt pour les activités qui auparavant tenaient le plus à cœur à l'adolescent. Au maximum dans les formes mélancoliques, il s'agit d'une tristesse intense, profonde, permanente, peu accessible aux interventions extérieures ;
- *L'inhibition* est fluctuante avec souvent une allure mixte ; elle est une modalité privilégiée d'expression de la dépression à l'adolescence (163) Elle peut se manifester par une restriction des champs d'intérêt, une pauvreté d'expressions motrices, un ralentissement de la pensée, un calme, un

retrait. C'est souvent par une baisse du rendement scolaire, des difficultés de concentration ou des troubles de la mémoire, un refus de la scolarité que se manifestent ces conduites d'inhibition ;

- *La dévalorisation, la culpabilité et les auto-reproches* occupent souvent une place centrale, ne s'exprimant parfois que tardivement, lorsque l'alliance thérapeutique sera bien instaurée. Elle s'exprime par un sentiment d'infériorité, d'incapacité ou d'insuffisance dans un domaine spécifique (sport, scolarité), ou sur la personnalité globale. Ce sentiment peut fréquemment être dénié ou projeté sur l'extérieur (ce sont alors les autres qui ont peu de valeur) ;
- *Les préoccupations suicidaires* sont fréquentes mais peuvent prendre des formes variées, soit simples pensées concernant l'inutilité de la vie, soit véritables préoccupations obsédantes de la mort avec passage à l'acte. La possibilité d'un tel passage à l'acte doit rester présente à l'esprit du thérapeute. Il s'agit d'une éventualité assez fréquente qui peut s'actualiser même dans une dépression peu intense ;
- *Les perturbations des fonctions instinctuelles*, avec une perte d'appétit fréquente et/ou des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils précoces, mais parfois aussi hypersomnie).

La dépression majeure de l'adolescent peut s'inscrire dans le cadre d'une pathologie uni ou bipolaire. 20 à 40% des adolescents présentant une dépression majeure développent par la suite un trouble bipolaire de type 1 dans un délai de 5 ans après le début des troubles. Les caractéristiques

cliniques associées à une augmentation du risque de bipolarité type 1 sont (164) :

- Début précoce des troubles ;
- Ralentissement psychomoteur ;
- Présence de signes psychotiques ;
- Histoire familiale de bipolarité ou de troubles de l'humeur ;

Celles associées à un risque d'évolution vers un trouble bipolaire de type 2 sont :

- Début précoce des troubles ;
- Caractère atypique ;
- Caractère saisonnier ;
- Humeur labile ;
- Histoire personnelle d'abus de substance ;
- Existence de problèmes psychosociaux ;

Enfin, le médecin devra systématiquement rechercher une dépression chez un adolescent présentant un autre trouble psychopathologique et tout particulièrement des troubles anxieux, des troubles du comportement, un abus de substances et des troubles des conduites alimentaires. Outre la puberté précoce, un IMC élevé est également un facteur de risque de détresse psychiatrique et il s'avère que chez les adolescentes, l'augmentation du poids, la dépression et l'anxiété sont fortement liées. Les preuves sont mitigées quant à savoir si les symptômes anxieux et dépressifs précèdent un IMC élevé ou si un IMC élevé précède la détresse psychiatrique chez les filles (165). A noter que la recherche d'antécédent de trouble oppositionnel et de trouble des conduites peut orienter le diagnostic, ces deux entités diagnostiques ayant pu

être associées à une probabilité majorée de développer un trouble dépressif à l'adolescence.

Syed Sheriff et al (2015), ont mené un travail d'étude des signes prodromiques d'un premier EDC sur un échantillon de 30 patients (20 filles et 10 garçons) entre 15 et 18 ans, avec un diagnostic d'EDC. Ceux-ci, révélaient des changements notables survenus dans la période étendue de 6 jours à 4 ans précédent l'épisode. Initialement, il semblerait que la perplexité et la confusion dominent le tableau, puis apparaissent la tristesse et l'irritabilité ; la baisse de motivation, les problèmes de concentration, et d'attention, ennui, retrait social et altération du fonctionnement au quotidien, ainsi que la culpabilité, l'auto-accusation et la réduction de l'estime de soi. Environ la moitié des participants ont eu de plus en plus de pensées suicidaires et environ la moitié ont ressenti une anxiété d'intensité croissante. Ainsi, 10 des 30 participants de cette étude ont atteint les critères d'un trouble anxieux pendant la phase prodromique de leur premier EDC. Les troubles du sommeil et la réduction de la communicabilité sont également observés. Des différences pouvaient s'observer entre les sexes avec, plus de changement sur le plan relationnel pour les femmes et d'avantage de changement dans le rapport au monde pour les hommes. Les changements les plus fréquemment constatés par les informateurs étaient la tristesse, la contrariété, l'irritabilité et une baisse de l'estime de soi. Les symptômes étaient moins nombreux moins nombreux et parfois différents de ceux remarqués par les adolescents eux-mêmes.

Ces résultats mettent en avant l'importance de considérer certains symptômes qui, sans faire partie de critères diagnostic de la dépression, peuvent non seulement être importants dans l'évolution et, par conséquent, dans la

prédition de l'EDC, mais qu'ils constituent les premiers changements reconnaissables par les adolescents eux-mêmes. Une intervention au cours de cette période pourrait à la fois réduire la détresse associée aux prodromes et prévenir l'apparition de l'EDC avec toutes les complications qu'il peut impliquer (160).

➤ Évolution vers l'âge adulte :

Une importante étude longitudinale sur la dépression chez les sujets jeunes a été menée dans l'Oregon (816 individus), publiée en 2013. Son originalité réside dans l'examen différencié de 4 grandes périodes de développement : l'enfance (5 - 12,9 ans), l'adolescence (13 à 17,9 ans), l'émergence de l'âge adulte (18 - 23,9 ans) et l'âge adulte (24 à 30 ans). Les auteurs ont relevé qu'un épisode antérieur d'EDC augmentait significativement le risque d'avoir un nouvel épisode au cours des périodes suivantes. L'existence d'un EDC antérieur faisait ainsi plus que doubler la probabilité de souffrir d'un épisode de dépression majeure à l'adolescence et au début de l'âge adulte et presque quadrupler la probabilité d'un épisode similaire à l'âge adulte, ce qui est cohérent avec la diminution significative des taux de première incidence après 24 ans (166).

Plus anciennement, une autre étude retrouvait que 69% d'un groupe d'adolescents déprimés (EDC) avaient rechuté sur le même mode dans les sept ans, et 19% étaient "devenus" bipolaires. Dans le groupe des témoins, seuls 21% avaient présenté un EDC dans le même temps. Parmi les adolescents ayant fait deux EDC avant 17 ans, 95% rechutaient à l'âge adulte (167).

La compétence sociale associée à un faible degré de dépendance interpersonnelle, ainsi que de bonnes capacités d'adaptation semblent être des facteurs de protection d'une récurrence dépressive chez les jeunes adultes. A l'inverse, le sexe féminin, de multiples épisodes d'EDC à l'adolescence ou leur sévérité, un niveau élevé de stress, de conflit et de dépendance affective et - pour les garçons uniquement - un style d'attribution négatif, seraient associés à un risque de récurrence plus important dans la vie de jeune adulte. Enfin, une proportion plus élevée d'antécédents familiaux d'EDC récurrents et des traits de personnalité limites ou antisociaux marqués, prédisaient de manière indépendante un EDC récurrent (157).

L'identification de ces facteurs de risque de récurrence ou de complications ultérieures chez les adolescents déprimés justifie donc une surveillance continue de ces sujets y compris après rémission et interroge la question d'une poursuite du traitement à visée prophylactique durant les premières années de l'âge adulte.

4.2.2. Spécificités cliniques dans les troubles anxieux et liés à des facteurs de stress

a) Quelques généralités au préalable

- Stress : L'état de stress constitue une expérience subjective pouvant provoquer des manifestations physiologiques, comportementales, cognitives et émotionnelles (168). Ces réactions permettent au sujet de focaliser son attention, de mobiliser ses capacités mentales et d'inciter à l'action. Le stress apparaît comme une réaction normale à visée adaptative, cette réponse disparaissant avec la disparition de l'agent stresseur. Cette expérience intra-individuelle renvoie au ressenti dans le corps et aux

représentations mentales que suscite la source de stress à un moment précis de l'existence. Les capacités adaptatives de l'individu sont liées aux ressources personnelles et sociales dont il dispose pour faire face au stress, aux expériences passées, à la personnalité et aux enjeux associés à la situation. Elles peuvent être mises en échec ou dépassées selon la nature de l'agent stressant, son intensité et sa répétition, ou son addition à d'autres facteurs de stress. On parle alors de stress « dépassé » pour en souligner les conséquences pathologiques, physiques ou psychiques. Selon Lupien (2010), une situation est jugée stressante si elle correspond à l'une des quatre caractéristiques universelles suivantes : impression de ne pas contrôler la situation, imprévisibilité ou alors nouveauté de la situation et ego menacé (169). Progressivement, on a assisté à une utilisation du terme de stress à la fois pour nommer aussi bien la cause, que l'effet.

- Peur : Emotion accompagnant la prise de conscience d'une menace ou d'un danger imminent.
- Traumatisme : Le traumatisme fait effraction dans le psychisme du sujet victime d'un évènement traumatisant. C'est un phénomène de débordement du psychisme d'une personne, qui se trouve dans l'incapacité de symboliser une expérience effrayante. Elle est figée dans l'impossibilité de penser, d'élaborer ou de réagir. Le traumatisme peut naître classiquement d'une confrontation avec le « réel de la mort », mais il peut aussi trouver son origine dans l'attaque du symbolisme : transgression des lois sociales, morales, des tabous, attaque de la logique, du sentiment de sécurité ou de justice, etc.

- **Angoisse** : sensation de malaise profond, à la fois psychique et physique, s'accompagnant de manifestations somatiques, viscérales et/ou neurovégétatives.
- **Anxiété** : Réactionnelle, isolée ou parfois accompagnée d'un mouvement de fuite ou de lutte anxieuse, elle se définit comme une peur irrationnelle et sans objet, se traduisant par un affect pénible associé à une position d'attente d'un événement inattendu, perçu comme dangereux.
- **Trouble anxieux** : La perception d'un danger qui peut être adaptative quand elle facilite l'évitement d'un danger réel devient inadaptée quand elle interfère avec le fonctionnement, par exemple en désorganisant les comportements ou en suscitant des conduites d'évitement étendues et inutiles qui perturbent la vie sociale et scolaire. Le trouble anxieux se rapporte à deux dimensions :

- Une dimension émotionnelle, constituée par la peur
- Une dimension comportementale, marquée par l'évitement

L'anticipation parfois permanente d'une menace peut se matérialiser par de l'inquiétude, des ruminations, une anticipation anxieuse ou des pensées négatives, associées à un sentiment de détresse et une altération du fonctionnement psychosocial.

En ce qui concerne plus particulièrement l'adolescent, si l'apparition de nouvelles peurs à cet âge est normale, certaines, poussées à l'extrême et entraînant un fort retentissement dans l'existence du jeune, peuvent devenir pathologiques. On peut ainsi retrouver :

- Des peurs concrètes : accidents, agressions, catastrophe naturelle, moyens de transport, etc.
- Des peurs sociales : apparence, performance, malchance, perte d'amis et de proches, etc.
- Des peurs personnelles : plus fréquemment retrouvées chez le grand adolescent et le jeune adulte : échec personnel, isolement, émotions négatives et encore une perte des relations interpersonnelles, etc.

L'adolescence est une période de la vie qui apporte son lot de questionnements, d'inquiétudes et de décisions à prendre. Si les capacités se multiplient, les responsabilités et les attentes de la société s'accentuent. Les changements de maturation ainsi que les obligations qui s'y rattachent génèrent parfois un état de stress nécessitant des adaptations auxquelles certains jeunes ne se sentent pas aptes ni prêts, ce qui met en péril leur santé mentale. A l'instar des autres troubles psychiatriques, cette période de transition est donc propice à l'émergence de certains troubles anxieux.

Les troubles anxieux de l'adolescent sont fréquents et graves, par la détresse ou la gêne qu'ils provoquent dans la vie quotidienne, par les perturbations parfois majeures du fonctionnement social, familial et scolaire qu'ils causent, ainsi que par leur interférence variable avec le développement psychosocial normal, en particulier en enrayant la socialisation et l'autonomisation. Malgré la possibilité de rémissions spontanées, la plupart des troubles anxieux de l'adolescent persistent ou évoluent vers d'autres troubles (autres troubles anxieux, troubles dépressifs ou troubles liés aux substances, principalement) de la grande adolescence ou de l'âge adulte (140).

Ainsi, Boden et al. ont confirmé, chez plus de 1 000 jeunes appartenant à différentes tranches d'âge (16-18, 18-21 et 21-25 ans), l'association entre les troubles anxieux, les idées suicidaires et les tentatives de suicide (170). Après ajustement sur les variables « dépression » et « événements de vie », les idées suicidaires et les tentatives de suicide restaient respectivement 2,8 et 1,9 fois plus fréquentes chez les jeunes présentant un trouble anxieux en comparaison aux sujets contrôles. Alors que l'anxiété généralisée était plus particulièrement associée aux idées de suicide, le trouble panique était plus spécifiquement associé aux tentatives de suicide. Présenter plusieurs troubles anxieux comorbides augmentait d'ailleurs le risque de tentative de suicide au cours de la vie.

Chez 1580 collégiens âgés de 13 à 14 ans, Pilowsky et al. ont montré que, même lorsque les variables démographie, dépression majeure, abus d'alcool et de toxiques étaient contrôlées, les adolescents présentant des attaques de panique exprimaient environ 3 fois plus d'idéations suicidaires et faisaient 2 fois plus de tentatives de suicide que les adolescents non anxieux. D'ailleurs, 3% des tentatives de suicide chez ces jeunes étaient associées à la survenue immédiate d'une attaque de panique. Ainsi, la prise en compte des symptômes anxieux autonomes est fondamentale chez les adolescents et les alertes sur l'augmentation du risque suicidaire chez les jeunes déprimés traités par antidépresseurs seraient partiellement justifiées par l'évaluation insuffisante de ces symptômes lors de leur prise en charge (171).

L'ensemble de ces constats suggère la nécessité d'outiller les adolescents en matière de gestion du stress. À la suite d'une telle intervention, une diminution de l'état de stress et de l'anxiété face aux évaluations devrait, selon toute

vraisemblance favoriser une meilleure adaptation psychosociale et scolaire des adolescents.

L'évaluation de l'anxiété et des symptômes associés reste problématique chez l'adolescent, d'autant que d'un point de vue psychométrique, les échelles d'évaluation des symptômes anxieux sont très nombreuses dans cette population. Alors que le trouble panique est rare durant l'adolescence, la prévalence des attaques de panique est élevée (12%). Enfin, chez l'enfant et l'adolescent, la distinction entre troubles anxieux et troubles dépressifs est cliniquement plus difficile à faire que chez l'adulte et ces entités sont souvent co-morbides.

Marcelli et Braconnier distinguent différentes expressions cliniques de l'angoisse et de l'anxiété à l'adolescence :

- Forme apparemment passive : évitement relationnel, retrait, inhibition
- Forme « agie » :
 - Crises d'agitation (attaque de panique) ou de larmes ;
 - Fugues, errance ;
 - Passages à l'acte hétéro-agressif ;
 - Passages à l'acte auto-agressif (scarifications, automutilations, tentative de suicide) ;
 - Conduites addictives (avec ou sans produit, telle l'anorexie mentale) ;
- Forme symptomatique :
 - Déplacement de l'angoisse vers des objets de diverses natures : phobies, obsessions, ou troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ;

- Troubles somatoformes (douleurs, symptômes de nature conversive) ;
- Troubles du sommeil, signe de tension psychique excessive ;
- Troubles fonctionnels ou psychosomatiques divers, signant l'impact neurovégétatif voire lésionnel du phénomène anxieux ;

Comme les autres troubles de cet âge de la vie, le trouble anxieux chez l'adolescent peut donc prendre des formes atypiques. Il peut ainsi être difficile d'envisager que ces troubles du comportement, en tant que symptômes somato-psychiques, puissent être la traduction d'une lutte réactionnelle du jeune confronté à l'expérience d'une anxiété pathologique, avec le risque de contre-attitude négative que cela peut générer.

b) Particularités symptomatologiques des principaux troubles anxieux retrouvés chez les AJA

➤ **Le trouble anxieux généralisé :**

Le trouble anxieux généralisé se définit par la présence chronique d'anxiété et de soucis excessifs envahissants et permanents, difficiles à contrôler, concernant la plupart des domaines de la vie : travail scolaire, interactions sociales, famille, santé, sécurité, événements mondiaux, désastres naturels ou industriels. Ils perturbent la vie quotidienne et altèrent fortement le bien-être et la qualité de vie. Ces jeunes sont souvent perfectionnistes avec un besoin de réassurance élevés.

L'anxiété se manifeste par un sentiment de tension, de nervosité, de fébrilité, d'insécurité, une sensation d'être survolté ou à bout et une incapacité à se détendre : « *Je suis stressée, c'est horrible ; je dors plus depuis plusieurs*

mois ; je tremble ; j'ai peur de tout ». L'adolescent est souvent irritable : « *Je suis énervée et en même temps j'ai peur* » ; « *Ce que je ressens, c'est de la colère ; je casserais tout, je taperais sur les gens* ». Cette anxiété est liée à des soucis excessifs ou irréalistes concernant plusieurs événements ou activités : « *Je suis anxieux de tout, je me fais un monde de tout, ça me rend malade, je profite pas de la vie, je suis toujours sur le qui-vive, c'est vraiment insupportable* ». Selon les estimations de Gosselin et al. (2002), 18 à 25% des adolescents rapportent ainsi des inquiétudes excessives et incontrôlables ce qui suggère une fréquence importante des formes subcliniques du trouble anxieux généralisé (172) .

L'adolescent peut ruminer les difficultés passées, craindre d'avoir été ridicule ou maladroit ou de s'être montré inférieur à l'image qu'il veut donner. Il peut s'en vouloir d'avoir mal fait, ressasser longuement ce qu'il considère comme un échec. L'adolescent est très soucieux de l'opinion des autres à son sujet et peut éviter les relations sociales. Il est très sensible aux critiques et susceptible. L'adolescent peut se sentir accablé de contraintes. Ses sentiments d'insuffisance, d'incompétence peuvent s'étendre à l'ensemble de ses activités scolaires, relationnelles ou encore sportives. Ils sont liés à des exigences de performance trop élevées et l'idée d'un échec lui est insupportable. Il présente souvent une anticipation anxieuse et négative de l'avenir, qui lui paraît fait de difficultés ou d'épreuves insurmontables, d'échecs et de dangers multiples. Il peut craindre l'échec dans ses études, dans ses relations amoureuses. Il peut ruminer la peur d'être un jour affecté d'une maladie grave voire être hanté par la mort.

Les situations scolaires et sociales sont souvent au centre des préoccupations.

Il peut avoir peur d'être agressé physiquement. Ces peurs entraînent des comportements d'évitement des situations perçues comme difficiles ou dangereuses. Ses inquiétudes s'étendent habituellement à sa famille. Il craint pour la santé, pour l'emploi et la situation financière ou de couple de ses parents.

Ces ruminations anxieuses prennent souvent un caractère obsédant, parfois cachées ou minimisées à sa famille, par honte de ce qu'il ressent comme une faiblesse, par peur d'être critiqué ou de décevoir. A l'inverse, il peut chercher à être réconforté de façon excessive et d'autant plus lassante pour l'entourage que les efforts pour le rassurer sont le plus souvent inefficaces. Cette tension psychologique permanente s'accompagne de fatigabilité, de difficultés de concentration ou de trous de mémoires, de tensions musculaires, avec de fréquentes perturbations du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, cauchemars, réveil précoce). Les plaintes somatiques sont habituelles, voire prennent un aspect hypocondriaque (140).

➤ **L'anxiété de séparation**

L'anxiété de séparation est caractérisée par une anxiété excessive liée à la séparation d'avec les figures d'attachement ou à l'éloignement de l'environnement familial, en particulier de la maison. L'anxiété de séparation est plus rare mais parfois plus sévère chez l'adolescent que chez l'enfant. Dans la plupart des cas, le trouble se développe après un événement stressant tel la mort ou la maladie d'un proche ou d'un animal de compagnie, un changement d'école ou un déménagement, le départ d'un aîné du domicile parental, etc.

Cette anxiété se manifeste au moment de la séparation ou à son anticipation. Elle se traduit par une réticence à quitter les parents ou le domicile, tant pour des activités scolaires que de loisirs. L'adolescent éprouve un sentiment de malaise, de tension avant et pendant la période de séparation. Il peut être préoccupé par des événements négatifs pouvant arriver à ses parents ou à lui-même durant la séparation (accident de voiture, problème de santé grave...) ou penser en permanence à la maison ou à ses parents, avec nostalgie ou inquiétude. Il peut téléphoner plusieurs fois dans la journée à ses parents et avoir des comportements « collants ». Les symptômes somatiques et les cauchemars sont là aussi courants, tout comme les préoccupations pour la mort qui peuvent être envahissantes.

Les adolescents, surtout les garçons, n'expriment habituellement pas leurs craintes concernant la séparation d'avec leur mère ou leur besoin d'être avec elle, qui peuvent être déniés. Ils parlent plutôt de leur anxiété concernant l'éloignement du domicile et peuvent montrer des comportements de dépendance comme en exigeant d'être accompagnés par leur mère pour le moindre achat, des activités sociales ou récréatives. Ils peuvent rencontrer des difficultés à s'occuper seul et rechercher de façon excessive les conseils et l'approbation de leurs parents. Cette dépendance peut être masquée par des conduites d'opposition et de contre-dépendance. La dépendance excessive aux parents est plus facilement reconnue et exprimée, chez les adolescentes.

L'anxiété de séparation peut persister de façon prolongée et s'exacerber à l'occasion d'événements négatifs, tout comme apparaître assez brusquement avec une intensité majeure. Dans les formes graves, l'adolescent éprouve une détresse insoutenable à la séparation. Le refus scolaire est alors habituel.

A noter que régulièrement, la mère ou les parents ont souffert ou souffrent d'anxiété de séparation eux-mêmes. Un père peut ainsi être très anxieux à l'idée que sa fille va s'en aller l'année suivante pour aller dans une université. Cette séparation est ressentie par anticipation comme la fin d'une relation fusionnelle, comme une mort.

➤ **Symptomatologie du trouble panique**

L'apparition du trouble panique se situe habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, avec un pic se situant entre 15 et 19 ans (173). Le trouble panique de l'adolescent est très similaire à celui de l'adulte, caractérisé par des attaques de panique ou crises d'angoisse survenant de façon brutale, inattendue et répétée. Celles-ci sont à distinguer des crises de panique provoquées sur le terrain d'un autre trouble anxieux, par exemple une situation de séparation dans l'anxiété de séparation, la confrontation à l'objet phobogène sans possibilité de fuite, l'interruption forcée d'un rituel dans le trouble obsessionnel-compulsif, etc.

Une dépersonnalisation et une déréalisation sont fréquentes. Des cognitions catastrophistes sont habituellement présentes, ainsi que la peur de perdre le contrôle de soi (tomber, commettre des actes irrationnels, se suicider ou de devenir fou). Combinées à l'hyperventilation, elles contribuent à l'auto-induction de l'anxiété et à l'auto-aggravation des crises. Ces crises impressionnantes provoquent la crainte persistante de leur récidive. L'adolescent peut guetter avec appréhension les signes pouvant annoncer une nouvelle attaque comme une douleur, des sueurs, un essoufflement et les interpréter comme un début de crise ce qui fait augmenter l'anxiété, provoque

de nouveaux symptômes et un état de malaise qui peut finalement aboutir à une véritable crise.

La répétition des crises peut amener l'adolescent à développer un évitements des situations ou des lieux où une attaque de panique pourrait se produire. Il peut ainsi avoir peur de sortir de chez lui... En réalité, le trouble panique se complique d'agoraphobie dans la moitié des cas (174). L'apparition précoce du trouble panique est associée à une plus grande morbidité et l'association avec une agoraphobie agrave la situation par les nombreux évitements qu'elle génère. Les diagnostics différentiels sont principalement les intoxications aiguës (amphétamines, caféine), les sevrages (à l'alcool ou aux benzodiazépines), ou encore une hyperthyroïdie ou une épilepsie temporelle. L'intensité des symptômes physiques peut souvent mener à des errances diagnostiques, avec la réalisation d'examens complémentaires divers et parfois invasifs, laissant évoluer le trouble vers la chronicité.

➤ **La phobie sociale ou trouble anxiété sociale**

La phobie sociale ou trouble anxieux social est définie par une peur intense et persistante d'une ou plusieurs situations sociales où le sujet est exposé à des personnes non familières. Le terme de « phobie sociale généralisée » a été utilisé pour les cas où l'anxiété se manifeste dans la plupart ou toutes les situations sociales. L'anxiété sociale est un des troubles anxieux les plus fréquents, le début se situe autour de 11 à 12 ans en moyenne, bien qu'elle soit décrite dès l'âge de 6 ans.

Le jeune tente d'éviter les situations sociales nouvelles et si elles lui sont imposées, il éprouve une gêne et un désarroi marqué et réagit par des

attitudes de repli. S'il ne peut éviter l'interaction, il se montre nerveux, évite le regard, bredouille ou peut rester muet. La peur s'étend souvent à l'ensemble des personnes qui ne lui sont pas proches, comme la plupart de ses camarades de classe, ses enseignants. Jusqu'à l'adolescence, ce trouble peut passer inaperçu, les interactions étant souvent organisées par les parents. À l'adolescence, les sollicitations par les pairs sont plus fréquentes, et les interactions sont parfois même désirées par le jeune lui-même qui, en souffrance, peut alors demander de l'aide.

Cette anxiété sociale est liée à la peur de se conduire de façon inadéquate, maladroite, embarrassante ou humiliante et à la peur de montrer des signes d'anxiété, de ne pas savoir quoi dire : « *J'ai peur de dire ce qu'il ne faut pas dire ou de ne pas dire ce qu'il faut* ». L'adolescent craint habituellement d'être jugé négativement par les autres, de passer pour intérressant, inférieur, ridicule ou anormal : « *J'ai l'impression que si je ne dis rien, les gens vont se dire qu'est-ce qu'elle a celle-là, elle fait la gueule ou quoi ?, ça sert à rien de rester avec elle, on s'emmerde, elle va rien nous apporter de plus* ». Il se réfugie dans des attitudes d'évitement, de retrait, il veut passer inaperçu. Il craint d'être interrogé en classe et limite ses interactions à un petit groupe de camarades avec qui il se sent suffisamment à l'aise. Ainsi, il peut avoir des relations sociales satisfaisantes avec les personnes qu'il connaît bien.

L'adolescent souffre souvent de ce qu'il perçoit comme une inaptitude, une limitation à sa vie sociale, voire peut être particulièrement malheureux de sa peur d'aborder les jeunes de l'autre sexe. Il a des craintes pour l'avenir : « *Je m'inquiète aussi pour plus tard. Est-ce que je vais pouvoir rencontrer*

quelqu'un, me marier, avoir des enfants ? Est-ce que quelqu'un voudra de moi ? » (140).

L'anxiété sociale est le second trouble anxieux le plus fréquemment retrouvé dans les cas de refus scolaire anxieux, notamment chez les adolescents. Elle retentit de façon majeure sur le développement affectif et relationnel, notamment à l'adolescence. Elle prive le jeune d'occasions d'apprentissage et d'entraînement aux habiletés sociales appropriées à l'âge, renforçant encore son sentiment d'incompétence et de maladresse sociale et freinant par ailleurs le processus d'éloignement de ses parents. Quand il ne peut éviter l'interaction, il se sent humilié par les manifestations d'anxiété qu'il ne parvient pas à dissimuler, conduisant, selon le modèle du conditionnement négatif, à une aggravation de l'anxiété sociale et des comportements d'évitement. Il tend alors à ressasser dans les moindres détails ces expériences sociales difficiles, ces ruminations négatives ayant également un rôle de renforçateur de l'anxiété dans les futures situations sociales (175). Les relations sentimentales ne seront pas possibles. L'estime de soi est alors très faible et la comorbidité dépressive et addictive est très fréquente, L'évolution semble tendre vers la chronicité si aucune prise en charge n'est mise en place (173).

➤ **Phobies spécifiques**

Les phobies spécifiques ou phobies simples se caractérisent par une peur intense et persistante provoquée par un objet ou une situation spécifique ne représentant pas un danger réel pour l'adolescent. L'adolescent essaie d'éviter cet objet ou cette situation. S'il y est exposé, se produit une réaction anxieuse immédiate et intense qui peut prendre l'aspect d'une attaque de panique.

L'adolescent a conscience du caractère irrationnel et excessif de ses réactions mais il lui est difficile ou impossible de se maîtriser. L'appel à la raison ou les gestes rassurants sont inefficaces.

Ces phobies sont de plusieurs types : type animal (animaux, insectes) ; type environnement naturel (hauteurs, tonnerres) ; type sang, injection, accident (vue du sang ou de blessures, les injections, les soins dentaires et les hôpitaux) ; type situationnel (tunnels, ascenseurs, transports publics, avions). Chez l'adolescent, il existe des phobies de la sexualité. Il est en outre fréquent que le jeune ait plusieurs phobies.

➤ **Une entité particulière, le refus scolaire anxieux**

Bien que ne figurant pas dans le DSM ou la CIM, le refus scolaire anxieux mérite d'être mentionné lorsqu'on aborde les troubles anxieux de l'adolescent, du fait notamment de sa fréquence et de son pronostic parfois sévère. Dès 1974, Ajuriaguerra en avait proposé la définition suivante : « Il s'agit d'enfants ou d'adolescents qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer. »

Paradoxalement, ces patients sont investis dans leurs apprentissages, ont des ambitions scolaires et ont le plus souvent un véritable désir de retourner à l'école, conscients par ailleurs du caractère irrationnel de leurs pensées et de leurs peurs. Le refus scolaire anxieux cache bien souvent un trouble anxieux sous-jacent, principalement une anxiété de séparation pour les plus jeunes, ou une anxiété sociale pour les plus âgés, sans exclure les autres formes de troubles anxieux, au premier rang desquels, l'anxiété de performance. Cette

dernière soulève la problématique de l'organisation du système scolaire français avec ses évaluations notées dont les résultats conditionnent les passages d'une année à l'autre, ainsi que des comparaisons qui peuvent se faire entre élèves. L'anxiété se manifeste dès la veille du retour en classe, avec le plus souvent des manifestations somatiques au premier plan (douleurs abdominales, céphalées...). La déscolarisation devient souvent inéluctable face à l'ampleur de l'envahissement anxieux. Les peurs exprimées diffèrent selon le trouble anxieux sous-jacent. Il peut s'agir de la peur qu'il arrive quelque chose de grave aux parents, la peur d'être loin d'eux, ou encore la peur d'être moqué ou critiqué par des pairs, la crainte exacerbée de ne pas y arriver, d'avoir une mauvaise note ou encore de recevoir une critique d'un professeur, etc.

La déscolarisation parfois prolongée dans ce contexte de refus scolaire anxieux fait de ce trouble une pathologie avec un pronostic sévère, avec un risque d'interruption précoce de la scolarité, de retard dans les apprentissages, de chronicisation et de complication du trouble anxieux (dépression, addictions, etc.) ainsi que des difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

Le refus scolaire anxieux touche probablement les enfants et adolescents les plus vulnérables face à l'anxiété. Les troubles anxieux sont souvent multiples et associés entre eux et la dynamique familiale s'en retrouve toujours perturbée.

Le traitement est laborieux et les rechutes sont fréquentes. Malheureusement, le trouble est encore trop méconnu pour que soient définies les stratégies thérapeutiques les plus efficaces. La prise en charge des formes sévères nécessite fréquemment une hospitalisation où est initié un traitement multimodal : psychothérapeutique, scolaire et familial. Les techniques de TCC

(Thérapie cognitivo-comportementale) ont montré leur intérêt. La réintégration du milieu scolaire doit être programmée et effectuée de façon progressive, en travaillant conjointement avec les acteurs de la scolarité et les parents (173).

c) Comorbidités

L'anxiété généralisée, le trouble panique, l'anxiété de séparation, les phobies simples, le trouble anxiété sociale sont assez souvent associés entre eux. Ils partagent une étiologie, une comorbidité et une évolution largement communes. Le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique présentent des spécificités dans leur déterminisme, leurs comorbidités et leur évolution par rapport autres troubles anxieux (140).

La complication la plus fréquente est la dépression, notamment à l'adolescence, pouvant conduire à des tentatives de suicides (20% des sujets avec attaques de panique en population générale ont fait une tentative de suicide). Une autre complication connue est l'automédication, par des tranquillisants ou de l'alcool, susceptible d'entraîner un risque de dépendance à ces produits à l'âge adulte. En effet, la prise de ces substances est un moyen trouvé par le jeune, et plus tard à l'adulte, pour parvenir à se confronter aux performances ou situations sociales. On retrouve chez de nombreux patients adultes pris en charge pour alcoolisme chronique ou toxicomanie, la présence d'une anxiété sociale sévère, évoluant parfois depuis l'adolescence (173).

En ce qui concerne la phobie sociale, elle serait associée à un risque accru de dépression tout au long de l'adolescence et au jeune âge adulte, le risque de dépression étant multiplié par 3 par rapport aux sujets sans troubles anxieux (176).

Le trouble anxieux généralisé, lui, se compliquerait souvent d'un EDC, mais ce dernier précéderait le trouble anxieux généralisé presque aussi souvent (177). Il semblerait en outre que le diagnostic de troubles anxieux chez l'adolescent et le jeune adulte soit associé significativement à un risque plus élevé de trouble bipolaire de type 1 à l'âge adulte, d'autant plus si le trouble anxieux est apparu avant 19 ans.

Dans une étude clinique italienne, parmi 107 adolescents ayant une anxiété généralisée, adressés en consultations à un centre de traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, ont été retrouvés 51% de troubles dépressifs, 11% de troubles bipolaires, 22% d'anxiété de séparation, 15% de trouble panique, 33% de phobies sociales, 42% de phobies simples, 23% de troubles obsessifs-compulsifs, 19% de troubles externalisés (troubles de l'attention avec hyperactivité, trouble d'opposition, troubles des conduites) (178).

d) Évolution des troubles anxieux de l'AJA

Costello et al. (2003) ont retrouvé une tendance à la continuité entre 9 et 16 ans pour tous les troubles anxieux, surtout le trouble panique, à l'exception des phobies simples. Les troubles anxieux prédisaient un risque accru de dépression et d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives (179). La prolongation de cette étude jusqu'à 21 ans (Copeland et al., 2009) a montré une continuité significative entre l'adolescence et le jeune âge adulte du trouble anxieux généralisé et des troubles paniques, qui n'était pas affectée par la prise en compte des comorbidités. Elle confirme par ailleurs que trouble

anxieux généralisé de l'adolescence prédisait la dépression au jeune âge adulte.

Dans l'étude longitudinale allemande « Early Developmental Stages of Psychopathology » (EDSP), chez les adolescents de 14 à 17 ans, seuls 20% des cas de troubles anxieux (tous types confondus) répondaient à nouveau aux critères d'un trouble anxieux au terme du suivi de 20 mois. Pour les troubles spécifiques, la variabilité était considérable : les taux de stabilité étaient les plus élevés pour les troubles paniques (44%), pour les phobies spécifiques (30%) et les plus faibles pour la phobie sociale (16%) et l'agoraphobie (13%) (180).

Les précédents résultats ont été confirmés par des études cliniques et épidémiologiques ultérieures. Cependant si la continuité homotypique stricte (stabilité d'un trouble anxieux spécifique) est modérée, il existe un degré important de continuité psychopathologique indiqué par la présence ultérieure d'un autre trouble anxieux (continuité homotypique élargie) ou d'un autre trouble (continuité hétérotypique), en particulier la dépression et les troubles liés aux substances (181).

➤ **Le trouble obsessionnel-compulsif :**

Le trouble obsessionnel-compulsif est caractérisé par des obsessions et des compulsions, répétées et intrusives, incoercibles ou difficilement contrôlables, qui provoquent une anxiété ou une détresse élevée et perturbent significativement le fonctionnement, par le temps considérable qu'elles peuvent prendre et par le parasitage de l'activité mentale. Les autres caractéristiques principales présentes chez l'adulte telles que la résistance, la

critique et l'attribution interne, ne sont pas constantes chez l'adolescent. Les obsessions et les compulsions varient souvent dans le temps.

La famille se trouve très souvent impliquée malgré-elle dans le trouble du jeune. Parfois elle ignore les conduites compulsives cachées par celui-ci. Parfois elle en a connaissance et développe une exaspération croissante à l'égard de la situation, avec de fréquentes altercations entre l'adolescent et ses parents. La famille peut aussi se soumettre aux exigences du jeune, par exemple en surveillant le rituel pour être garant de sa bonne exécution, en rassurant, en participant aux rituels, en s'efforçant de respecter les règles obsessionnelles (propreté, bizarries ou tabous alimentaires...). Parfois encore, elle s'exécute à une tâche prescrite par le jeune. La participation tend à devenir de plus en plus importante, les exigences de l'adolescent augmentant tout comme son insatisfaction à l'égard de la contribution de son entourage. Certains adolescents en viennent ainsi à développer un comportement tyrannique envers leurs proches, devenant eux-mêmes les esclaves du TOC. Critiques, conflits et participation sont habituellement associés dans la même famille et bien souvent, le membre qui est le plus mis à mal est paradoxalement celui qui est le plus impliqué.

Il est à savoir que, chez certains adolescents, une symptomatologie à l'allure de TOC peut, en association à d'autres éléments évocateurs, inaugurer un trouble du spectre de la schizophrénie. Théoriquement, « il est généralement facile de distinguer l'obsession du délire : d'un côté, l'attribution interne, le doute et la lutte anxieuse, de l'autre la croyance et l'engagement sans réserve dans la néoréalité délirante » (Lempérière, 1992). En réalité néanmoins, le

diagnostic différentiel peut être difficile et les errances diagnostiques sont possibles (140).

e) Exemples de facteurs de stress particuliers à l'adolescence

➤ **Le stress scolaire :**

Si les exigences scolaires, par leur aspect structurant et valorisant favorisent le développement, elles mettent aussi certains adolescents en difficulté. Cela est d'autant plus vrai dans nos sociétés occidentales où la mise en exergue des impératifs de réussite et de performance met à l'épreuve les ressources narcissiques de l'individu et entraîne une forme de stress pour les adolescents (182). Comme l'a montré une large étude épidémiologique sur la santé et le bien-être chez les jeunes (Currie et al., 2012), environ 23% des adolescents français, 28% des adolescents suisses et belges, 50% des adolescents canadiens et jusqu'à 68% des adolescents turcs se disent stressés par leur travail scolaire (183).

Cependant, l'un des défis consiste à comprendre pourquoi certains adolescents sont plus stressés par les exigences scolaires au point de développer une pathologie et peuvent montrer des signes de burnout scolaire, récemment décrit comme un syndrome d'épuisement, de cynisme et d'inadéquation par rapport à l'école (184). L'utilisation de ce concept chez l'élève peut paraître surprenante mais, l'activité principale des élèves s'apparente finalement à un travail où il faut répondre à un certain nombre d'exigences : se rendre à l'école, suivre des cours, rendre des travaux, préparer des examens et atteindre des objectifs en vue d'obtenir une certification. Le burnout scolaire

suscite un intérêt grandissant parmi les professionnels de l'éducation et de la santé, d'autant plus qu'un haut niveau de burnout augmente significativement le risque de décrochage scolaire (185). Il paraît donc essentiel d'identifier les facteurs de risque et de protection du burnout scolaire, mais aussi de décrire la façon dont ces facteurs interagissent et influencent le niveau de burnout.

Le stress scolaire constitue un état chronique chez des élèves qui se fixent des objectifs irréalistes ou dont la perception ou les attentes réelles de l'entourage dépassent leurs capacités. Selon le modèle demandes-ressources (Bakker et Demerouti, 2007), le burnout apparaîtrait lorsque les ressources dont dispose un individu ne lui permettent plus de faire face aux exigences liées au stress lié au travail et que ce déséquilibre persiste sur une longue période (186). Ce modèle demandes-ressources peut être appliqué aux adolescents en contexte scolaire. Plus particulièrement le burnout scolaire serait la conséquence d'un processus d'appauvrissement de l'énergie de l'élève où des demandes scolaires trop importantes débordent les ressources dont dispose ce dernier (187). Il semblerait qu'il relève d'un phénomène continu allant du stress au burnout sévère, suggérant ainsi le lien entre ces deux concepts, le niveau de stress scolaire étant associé à un haut niveau de burnout scolaire (188). Il apparaît notamment que le stress lié à la réussite et à l'avenir scolaire est le principal prédicteur de l'épuisement et du sentiment d'inadéquation, alors que le cynisme est plus influencé par le stress lié à la quantité de travail scolaire (189).

A l'inverse, plusieurs travaux ont retrouvé qu'un haut niveau de soutien des enseignants et des parents est protecteur par rapport au burnout scolaire. Un haut niveau de soutien social de la part des enseignants amène à percevoir les

demandes professionnelles de façon moins contraignante et stressante, ce qui diminue le stress scolaire et le risque de burnout (190). Ces données démontrent l'intérêt d'une sensibilisation des enseignants à cette question du burnout et à l'influence que peuvent avoir leurs attitudes sur le développement scolaire et psychologique des adolescents. Des intervention de prévention au sein des établissements scolaires seraient également opportun, à destination des élèves (184).

➤ **La crise sanitaire liée au COVID-19**

Depuis son émergence, la pandémie de COVID-19 a surpris populations, gouvernements et autorités de santé. Elle constitue une menace sanitaire, économique et sociale à l'échelle mondiale. En réponse à la pandémie de COVID-19, les autorités de nombreux pays ont ordonné des mesures d'urgences de mise en quarantaine et de confinement de leur population, avec une restriction des activités dans l'espace public. Pour les jeunes, cela implique la fermeture de leurs établissements scolaires, un isolement et le confinement au sein du cercle familial, avec un impact sur leur santé physique et mentale, surtout en cas de violences intrafamiliales. Ces effets psychologiques peuvent être durables, à type notamment de perturbations émotionnelles (tristesse, irritabilité, colère), cognitives (troubles de concentration, idéations intrusives) ou comportementales, relevant d'un psycho-traumatisme persistant (191).

Les facteurs de risque les plus fréquemment rapportés dans ces études sont la durée de la quarantaine, la crainte de l'infection, les difficultés d'approvisionnement alimentaire ou d'accès à l'information, les problèmes financiers ou encore la stigmatisation liée au fait d'être soi-même infecté ou à

risque de l'être. En dépit de leur vulnérabilité psychique, les populations jeunes, épidémiologiquement moins touchées par des formes sévères du COVID-19, ont pu voir leurs besoins et leur sécurité physiques et psychologiques négligés.

Les études ont en effet montré que, malgré leur capacité à développer des solutions créatives et de nouvelles compétences pour faire face à la pandémie, les jeunes sont les plus perturbés psychologiquement par la crise liée au COVID-19 (192). Ont ainsi pu être identifiés comme facteur explicatif particuliers aux jeunes adultes :

- Une forte intolérance à l'incertitude augmente l'anxiété de cette population. L'insécurité liée au risque épidémique d'être atteint d'une maladie menaçant son existence propre et celle de ses proches peut résonner dans le vécu parfois déjà douloureux de l'adolescent dans le cadre du processus de séparation-individuation et accentuer le risque dépressif. Le confinement induit une distorsion de la perception du temps. La projection dans l'avenir et en particulier dans la fin du confinement et de la pandémie est difficile et favorise la perception d'un temps « sans mouvement », « suspendu ». Par ailleurs, les émotions, notamment l'anxiété, produisent elles-mêmes des distorsions temporelles tandis que la disparition de l'alternance entre les temps de travail à l'extérieur et les temps de repos participe à la désynchronisation des rythmes physiologiques, majorant ces pertes de repères temporels ;
- En ce qui concerne le confinement, la promiscuité au domicile familial risque d'exacerber les conflits parents-enfant, jusqu'à entraîner des violences intra-familiales. Les effets du confinement peuvent faire obstacle au

processus maturatif psycho-affectif et générer un mouvement dépressif voire un passage à l'acte libérateur. Des phénomènes de pseudo-adaptation avec répression globale de la vie affective ont pu être observés, avec le risque d'un débordement imprévisible allant du passage à l'acte impulsif, à un effondrement dépressif voire une décompensation psychotique ;

- La privation d'école, de soutien extra-familial et de contacts sociaux sont anxiogènes pour l'adolescent et les relations par le biais des outils numériques ne peuvent remplacer les contacts en face à face, d'autant qu'il existe par ailleurs une réserve quant à l'accès excessif à Internet, aux médias sociaux, et aux actualités. La communication et l'apport d'une information adaptée aux enfants de tout âge est un volet essentiel dans l'arsenal de mesures à mettre en œuvre face à la pandémie. L'enseignement et les examens à distance peuvent augmenter leur niveau d'incertitude et de stress (nouvelles modalités d'enseignement et d'évaluation, supervision, communication insuffisamment clairs, manque de productivité à la maison, perte d'emploi ou de stage) (193). Ainsi, la plupart des répondants d'une étude américaine (200 jeunes âgés entre 18 et 24 ans) ont indiqué que leur préoccupation concernant la pandémie en cours a largement commencé lorsque les campus universitaires ont commencé à fermer ou lorsque les États ont émis des directives de verrouillage peu de temps après (194). Elle retrouvait ainsi des jeunes confrontés à une augmentation de l'anxiété (60,8%), du sentiment de solitude (54,1%) et de la dépression (59,8%). De nombreux étudiants ont déclaré que les inquiétudes concernant la santé de leurs proches avaient le plus de poids sur leur état de santé mentale (20%), et que la nécessité de prendre soin

de leur famille avait le plus d'impact sur leurs projets actuels et futurs (31,8%).

- Des morts subites dues au COVID-19 sont des facteurs possibles de symptômes psychiatriques liés au deuil, de traumatismes et de dépressions chez les adolescents.

Les adolescents ayant des antécédents psychiatriques sont particulièrement vulnérables à l'anxiété liée à l'enfermement, d'autant que la perturbation du système de soins a pu les fragiliser davantage. Les barrières cliniques et logistiques engendrées par la quarantaine diminuent les possibilités de contact en face à face entre patients et cliniciens. Certaines équipes se sont ainsi mobilisées pour rendre accessible une information et des interventions adaptées aux populations vulnérables par les médias électroniques. Ces innovations thérapeutiques, si elles confirment leurs intérêts et résultats positifs, pourraient intégrer les dispositifs de soins psychologiques et psychiatriques après la crise (28).

Dans une enquête menée auprès de 8079 adolescents chinois âgés de 12 à 18 ans, Zhou et al. ont signalé une prévalence élevée de symptômes de dépression (43%), d'anxiété (37%) et de dépression et d'anxiété combinées (31%) pendant l'épidémie de COVID-19. Le sexe féminin était le facteur de risque le plus élevé pour ces symptômes (195).

Du côté des étudiants, parmi 746 217 étudiants chinois interrogés en février 2020, environ 45% des avaient des problèmes de santé mentale. Les taux de prévalence des symptômes probables de stress aigu, de dépression et d'anxiété étaient respectivement de 34,9%, 21,1% et 11%, complications pour

lesquelles plusieurs facteurs de risque ont été identifiés. Les étudiants ayant une exposition aux médias supérieure ou égale à 3 heures par jour étaient ainsi 2 fois plus susceptibles que les étudiants ayant une exposition médiatique inférieure à 1h par jour de présenter des symptômes de stress aigu. Les personnes ayant un faible soutien social perçu étaient environ 5 fois plus susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression que les personnes ayant un soutien social perçu élevé. En outre, l'année de terminale et les problèmes de santé mentale antérieurs étaient également associés de manière significative aux symptômes d'anxiété et/ou de dépression (196).

Bien qu'ayant un effet traumatisant, les mesures de confinement et le stress en lien avec la pandémie de COVID 19 sont probablement des événements stressants de nature différente des traumatismes plus typiques (catastrophe naturelle violente, attentats, etc.) (28).

➤ **L'exposition aux traumatismes**

Les événements potentiellement traumatisques sont caractérisés comme soudains, et impliquant une menace pour la vie, ou un risque de blessure sérieuse, ou encore un abus sexuel, l'adolescent pouvant en être la victime comme le témoin. Sont ainsi incluses de nombreuses situations telles que : violences physiques et sexuelles, négligences, exposition aux violences domestiques et communautaires, accidents graves, procédures médicales invasives, incendies, catastrophes naturelles, guerres, terrorisme, brimades graves, etc. Apprendre qu'un proche est soudainement décédé ou a été gravement blessé dans un contexte violent est également considéré comme un événement potentiellement traumatisant. Néanmoins, la gravité et la

médiatisation d'évènements aigus tels que les attentats ne sauraient faire oublier que les traumatismes les plus fréquents chez l'enfant ont lieu dans le huis clos familial (violences physiques, psychologiques, sexuelles, conjugales et négligences).

Les données épidémiologiques, provenant principalement des Etats-Unis, indiquent que l'adolescence est la période de développement qui comporte le plus grand risque d'exposition à des événements potentiellement traumatiques, les occurrences traumatiques atteignant un pic entre 16 et 20 ans (197). Les études indiquent que l'exposition aux événements traumatogènes varie en fonction des données sociodémographiques de base (par exemple, l'âge, le sexe, la race/l'ethnie, le statut socio-économique). L'impact de l'exposition des enfants et adolescents à des violences de toutes sortes sur leur développement et leur santé, sont actuellement des données bien établies dans nos sociétés contemporaines. Ces jeunes peuvent manifester de graves perturbations de l'humeur, du comportement, de l'attention, de l'attachement et du contrôle des impulsions qui peuvent imiter d'autres troubles psychiatriques, tels que le trouble bipolaire et le TDAH. L'exposition traumatique a par ailleurs un impact tout au long de la vie sur de multiples domaines de fonctionnement, y compris le fonctionnement adaptatif et interpersonnel, la régulation des émotions, la cognition et la mémoire, et le système neuroendocrinien (198).

Les jeunes exposés à la violence ou à la maltraitance ont de moins bons résultats scolaires et sont plus susceptibles d'abandonner l'école. Les adolescents ayant subi des traumatismes précoces adoptent davantage de comportements à risque, tels que la toxicomanie (y compris la consommation

excessive d'alcool), la multiplicité des partenaires sexuels et la criminalité, et sont plus exposés aux agressions sexuelles et à la violence dans les relations amoureuses. Les filles qui ont subi des traumatismes, en particulier des abus sexuels, courent un risque accru de puberté précoce et de maladie sexuellement transmissible. Les adolescentes ayant des antécédents de traumatisme dans l'enfance courent un plus grand risque de grossesse à l'adolescence, tandis que ces grossesses chez les filles ayant été exposées à un traumatisme présentent un plus grand risque de mort fœtale et de naissance prématurée. Les expériences traumatisques vécues dans l'enfance entraînent un risque accru de maladies psychiatriques, cardiaques, métaboliques, immunologiques et gastro-intestinales plus tard dans la vie (199).

On distingue classiquement deux types de troubles anxieux liés à une exposition traumatisante :

❖ **Stress aigu :**

La symptomatologie du stress aigu chez l'adolescent est similaire à celle retrouvée chez l'adulte. Bien que de nombreux sont ceux qui se rétablissent, environ un tiers développent des symptômes persistant plus d'un mois, auquel cas un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (PTSD) doit être posé (200). Ces mêmes symptômes peuvent également survenir à distance, plusieurs semaines ou mois après l'événement.

❖ **Syndrome de stress post-traumatique :**

Décrit depuis la fin du 19ème siècle chez l'adulte, la reconnaissance du PTSD chez l'enfant et l'adolescent est plus récente, les premières études à ce sujet

datant de 1970. Non rares à l'adolescence, les troubles post traumatiques peuvent être de diagnostic facile lorsque l'événement est récent et connu mais également plus complexe lorsqu'il est ancien, chronique ou tenu secret. Par ailleurs, devant une même situation, certains jeunes vont être traumatisés et d'autres pas (201). Les événements traumatiques et la manière dont les personnes y font face jouent un rôle crucial non seulement dans le développement du trouble de post-traumatique mais aussi potentiellement dans le développement d'autres formes de troubles mentaux (202).

Trois types de facteurs de risque de développer un PTSD ont été identifiés chez l'adolescent (203) :

- Liés à l'exposition : menace directe intensité, proximité, durée, crainte pour sa vie, intentionnalité de l'acte (à fortiori s'il est perpétré par un proche).
- Liés au sujet : sexe féminin, antécédent d'exposition à d'autres événements traumatogènes, antécédents psychiatriques
- Liés à l'environnement : faible soutien social, psychopathologie parentale, difficultés socio-économiques

Un fort soutien parental et l'absence de PTSD chez les parents améliorent en revanche le pronostic. En ce qui concerne l'événement traumatogène, deux spécifications ont des incidences importantes sur le début des troubles : l'intentionnalité humaine et le caractère répété.

Le traumatisme intentionnel retenu en général plus sévèrement en termes de morbidité, d'autant plus si l'agresseur est une personne qui aurait dû protéger l'adolescent. Dans le cas de violences répétées, à l'horreur de l'événement

subit, s'ajoute l'inéluctabilité de sa répétition (inceste, guerre, violences domestiques...). Parfois piégé dans une relation d'emprise, le jeune peut être amené à mettre en place des mécanismes de défense couteux, susceptibles d'entraver gravement son développement (ex. déni de la réalité, clivage ou encore identification à l'agresseur). Dans les situations de traumatismes répétés, les tableaux seraient plus sévères et complexes.

Les facteurs expliquant cette vulnérabilité différentielle selon le sexe sont inconnus, mais ils peuvent inclure des différences dans la réactivité au stress du système limbique et physiologique ou le conditionnement à la peur.

Les symptômes du PTSD peuvent causer une détresse importante et interférer avec le fonctionnement social et éducatif. Les adolescents souffrant de PTSD présentent un risque accru de dépression majeure, de troubles du comportement et d'abus de substance. Enfin, ces jeunes manifestent plus fréquemment des idées et des tentatives de suicide, même après contrôle des symptômes dépressifs, du sexe et du contexte de traitement. Il s'avère que le PTSD comporte le risque le plus élevé de toutes les maladies mentales pour la première tentative de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes (204).

Pour ce qui est de l'évolution, environ 50% des cas de PTSD deviennent chroniques et persistent pendant de nombreuses années, ce qui souligne l'importance d'identifier les prédicteurs de l'évolution chronique (205). La pauvreté, les troubles bipolaires et l'exposition à d'autres traumatismes après le traumatisme focal semblent ainsi faire partie des facteurs prédictifs de non-récupération.

Les traumatismes infantiles et le PTSD ont également un coût sociétal énorme en termes d'utilisation des soins de santé et de dépenses financières, tandis que les traitements actuels du PTSD chez les adolescents, qui reposent principalement sur la thérapie cognitive centrée sur le traumatisme, n'ont qu'un effet faible à modéré et les jeunes en mesure d'en bénéficier, ne sont fréquemment pas guéris (206). Fait remarquable, il n'existe actuellement aucune option pharmacologique fondée sur des preuves pour traiter le PTSD des adolescents.

Du point de vue de la clinique, alors qu'elle est plus particulière chez les enfants (crainte d'être séparé des parents, comportements régressifs, retours d'énurésie nocturne, retrait social ou agitation, difficultés d'attention, peurs irrationnelles, irritabilité, maux de ventre, refus scolaire...), chez les adolescents, la symptomatologie est plus proche de celle observée chez les adultes avec des cauchemars, une anesthésie affective, une baisse d'énergie, un évitement conscient marqué, mais aussi fréquemment des dépressions, des idées suicidaires, des abus de substances, troubles du comportement, une hétéro-agressivité, un retrait social, des plaintes somatiques ou encore, une baisse du rendement scolaire. Enfin, nombreux sont les jeunes traumatisés subissant des impulsions auto-agressives qui peuvent s'interpréter comme une tentative d'échapper à des états pénibles de vide, de détachement ou d'émoussement des affects. Les symptômes dissociatifs tels que l'amnésie traumatique, déréalisation, dépersonnalisation sont également plus fréquemment observés chez cette tranche d'âge et pourraient constituer, lorsqu'ils surviennent pendant ou rapidement au décours du traumatisme, un signe avant-coureur du développement d'un PTSD (199).

Enfin, bien qu'elles ne soient pas un critère diagnostic de PTSD, la littérature rapporte un risque de développer des HAV plus important chez les personnes présentant un PTSD. Elles s'imposent alors de manière intrusive et répétitive, tels des symptômes reviviscences traumatiques, qui permettent le diagnostic de PTSD (207).

Pour conclure, au-delà de l'événement extraordinaire, les rencontres traumatisques font souvent partie du quotidien de l'enfance et de l'adolescence. Si toutes n'aboutissent pas à la constitution 'un trouble, le PTSD, lorsqu'il est présent, est souvent minimisé par les parents et même par les professionnels. L'enjeu est important puisqu'un enfant ou un adolescent qui grandit avec un PTSD, parfois sans trouver l'interlocuteur pour en parler, grandit dans la souffrance et l'effroi, et voit son développement entravé aussi bien sur le plan affectif que cognitif et social. Mieux repérer et aider les adolescents souffrant de PTSD est un enjeu important pour notre société. Certains événements récents tels que les attentats d'Ile de France et à Nice ont d'ailleurs attiré l'attention des populations et des pouvoirs publics sur la question des troubles post-traumatiques.

4.2.3. Spécificités des addictions à l'adolescence

a) Introduction

Le concept général d'addiction théorisé par le psychiatre Aviel Goodman en 1990, la définit comme « un processus par lequel un comportement pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne est employé d'une façon caractérisée par

l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

Les critères selon Goodman sont les suivants :

- Impossibilité de résister aux pulsions ;
- Perte de contrôle ;
- Tentatives d'arrêt ;
- Tolérance marquée, la dose doit augmenter pour le même effet ;
- Effets de sevrage.

Toutefois, ce concept fait toujours l'objet de controverses, car les addictions comportementales peuvent ne comporter ni syndrome physique de sevrage ni rechute caractéristique des addictions aux substances psychoactives.

En pratique, la perte de contrôle et la tolérance sont deux critères qui permettent de définir un comportement problématique à l'adolescence. Si celles-ci s'accompagnent d'une tentative d'arrêt, elles peuvent signer une dépendance (92).

Le spectre addictif tant chez l'enfant et l'adolescent, que chez l'adulte, recouvre aussi bien l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, médicaments...), que des addictions comportementales, « sans drogues », tels que les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), jeu pathologique (usage abusif d'internet et de jeux vidéo en ligne), mais aussi tentatives de suicide à répétition, sport, achats compulsifs et pathologiques, kleptomanie...) (93).

Toute consommation de drogue n'est pas synonyme de toxicomanie ou de dépendance. En ce sens, l'Observatoire Français des Drogues et des

Toxicomanies (OFDT) distingue quatre grandes catégories d'utilisateurs de substance :

- *Les expérimentateurs* (qui ont consommé au moins une fois dans leur vie) ;
- *Les consommateurs occasionnels* (qui ont consommé au moins une fois dans l'année) ;
- *Les consommateurs réguliers* (qui consomment de façon quotidienne ou quasi quotidienne) ;
- *Les consommateurs à problème* (présentant une problématique d'abus ou de dépendance), c'est souvent dans ce cas que le terme d'addiction est utilisé.

La dépendance selon l'OMS, renvoie à « *un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisée par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage).*

Elle correspond donc à un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques qui indiquent que le sujet a perdu le contrôle de sa consommation et continue à faire usage de la substance malgré des conséquences sociales, psychologiques et physiques dommageables. Chez l'adolescent, la dépendance au produit se met en place quand il y découvre des effets apaisants et qu'il pense pouvoir ainsi mieux gérer les difficultés de la vie quotidienne. Il prend conscience qu'il peut vaincre sa timidité au moyen du produit par exemple. L'abus quant à lui est un mode de consommation conduisant à une altération du fonctionnement social et/ou à une souffrance

cliniquement significative chez un sujet qui n'a jamais présenté les critères de la dépendance.

b) **Pistes de compréhension**

Les bouleversements de l'adolescence, à la fois physiques, psychologiques et relationnels, concrétisent une rupture avec le passé de ces jeunes. Il va devoir s'adapter et faire avec son vécu émotionnel et pulsionnel, face aux nombreux stimuli de son environnement, ses contraintes, et ses pressions, croissantes au fur et à mesure qu'il avance vers l'âge adulte, notamment au travers du système de sélection scolaire. Pour les adolescents dont les assises narcissiques sont les plus fragiles, la consommation de drogues pourra être un moyen d'atténuer les tensions liées à cette transition angoissante vers le monde des adultes. Selon certains auteurs, la drogue peut ainsi être le moyen de remplacer une dépendance par une autre, à savoir « grandir sans grandir », « partir sans partir ». Le sujet pourra alors avoir l'impression de ne plus être un enfant et d'accéder à un univers nettement séparé de celui de ses parents tout en fuyant la réalité d'une existence d'adulte (101).

Plus que du produit, c'est d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants. Cette expérience est cependant variable d'un produit à l'autre. Chaque sujet trouve dans son produit une action spécifique, celle qu'il recherche (euphorie, stimulation, sédation) mais aussi celle qu'il subit une fois l'engrenage débuté. Lors de rassemblements festifs notamment, l'alcool lèvera toutes les inhibitions, les tensions internes liées aux angoisses de l'adolescent par rapport à son corps, à l'image qu'il peut renvoyer aux autres. Beaucoup d'adolescents décrivent la nécessité de fumer pour pouvoir être dans la

musique, de boire pour être dans la soirée, de prendre de l'ecstasy pour être syncrète aux autres. D'autres substances vont jouer un rôle de « booster ». Par leur action directe sur le système nerveux central, ces substances offrent des plaisirs et bénéfices immédiats, sans besoin d'investissement, alors que la réalité de la vie quotidienne est souvent faite d'activités à « bénéfices retardés » dont l'exemple prototypique est la scolarité. Elle fait alors miroiter à l'adolescent la possibilité de faire l'économie d'un apprentissage, de limites et d'une temporalité.

On note aussi l'émergence chez les jeunes de pratiques et d'activités visant la recherche d'états de conscience modifiés.

Pour comprendre la physiopathologie des conduites addictives, il faut les situer, semble-t-il, dans le contexte plus général des troubles du comportement et mises en danger des adolescents. Si ces derniers peuvent s'intégrer dans un processus « physiologique » d'expérimentation propre à cette tranche d'âge, ils doivent néanmoins interroger quant à l'existence éventuelle d'un mal-être. Enfin, selon le type de conduites à risque - et ce d'autant plus qu'elles se pérennissent - elles peuvent aboutir à une véritable perte de chance pour l'avenir du jeune, voire à un basculement dans la pathologie. Ainsi, peut-on voir se développer, de façon non exclusive, trouble anxieux, dépressifs, psychotiques ou encore psychosomatique. Toute la difficulté face à cette intrication entre addiction et comorbidité psychiatrique est de déterminer la cause et la conséquence (107).

D'un point de vue neurobiologique, comme abordé dans la partie correspondante, l'adolescence serait aussi plus vulnérable que les adultes à l'usage de toxiques. En effet, des données récentes en neurosciences montrent

la présence de certaines particularités neurodéveloppementales à l'adolescence. À titre d'exemple, les adolescents auraient une activité plus importante du système dopaminergique et une immaturité du système inhibiteur sérotoninergique, qui favoriseraient l'impulsivité et la recherche de nouvelles sensations. Or, si cet état est généralement transitoire, l'effet direct de certaines drogues (alcool, nicotine, cannabis, opiacés, etc.) sur le système dopaminergique (par une augmentation de la libération de dopamine) peut induire des changements et favoriser certains circuits à long terme, à l'origine du comportement addictif. Les hormones sexuelles influencerait également le circuit dopaminergique et favoriseraient la recherche de sensations nouvelles. Les adolescents du 21^{ème} siècle doivent ainsi gérer la rencontre entre un cerveau immature, excitable et une société en pleine mutation, excitante (208).

c) Facteurs influençant les conduites addictives

❖ La psychopathologie individuelle :

Il est intuitif que la surconsommation de produits touche préférentiellement les personnalités fragiles sur le plan psychopathologique. Une timidité excessive, une faible estime de soi, une difficulté à gérer ses émotions, à établir des relations stables et pérennes, à résoudre les problèmes, constituent autant de facteurs de risque. De même, les études sur le tempérament laissent à penser que certains traits sont prédictifs d'une utilisation abusive, voire d'une addiction à l'adolescence : une recherche d'expériences nouvelles et de sensations à un niveau élevé avec une susceptibilité à l'ennui, une attitude de prise de risques majeure sans évitement du danger, voire des conduites

ordaliques, une personnalité agressive, impulsive ou présentant un déficit de l'attention, semble plus à même de surconsommer des produits (93).

A l'inverse, des facteurs de protection ont pu être identifiés : caractère sociable, bonne estime de soi, soutien familial, modèles identificatoires positifs, bon niveau intellectuel, ainsi que de bonnes capacités à résoudre les problèmes.

La dépression a été individualisée comme un facteur de risque majeur dans l'ensemble des conduites addictives et il a été authentifié que l'intensité de certaines expériences dépressives, non élaborées dans l'enfance, est plus importante chez les sujets souffrant de conduites addictives par rapport aux témoins, et ce même lorsque les patients n'ont pas de dépression clinique avérée au moment de l'investigation (effectuée à l'adolescence ou à l'âge adulte) (209). En outre, dans l'ensemble des conduites addictives, il peut être observé, sous-jacent au trouble du comportement, une tonalité dépressive qui émerge de façon manifeste tout particulièrement au moment du sevrage. Il en est de même pour les troubles anxieux.

La conduite addictive peut en fait se comprendre comme une lutte antidépressive selon Corcos (107). L'incorporation répétée de l'objet drogue, en modifiant l'état de conscience du sujet, viserait à combler un sentiment de vide insupportable tout en inhibant la capacité à penser. Ainsi sont mises à distance idées noires, affects déplaisants, angoisse, inhibition sociale... Le soulagement ressenti dans l'instant joue le rôle de renforçateur, poussant le jeune à consommer de plus en plus souvent. A l'inverse, l'absence de produit à disposition entraînera un syndrome de manque dont les symptômes comportent habituellement une dépressivité engendrée par un retour brutal à

la réalité. Celui-ci, de plus en plus éprouvant aboutit finalement à un mécanisme auto-entretenu, « *le cercle de l'addiction* ». On comprend alors qu'en emprisonnant le sujet dans ce système fermé, les conduites addictives soient elle-même un facteur de risque de dépression. Quant aux événements de vie négatifs, ils préparent un terrain propice à l'émergence de troubles addictifs. La composante dépressive (sentiment de vide, absence de pensée, manque de défense contre les affects) n'est donc pas à sous-estimer, car 53% des adolescents déclarent fumer lors des moments de solitude et 60% lorsqu'ils ont le cafard (210).

Reste enfin la composante développementale avec l'immaturité du cortex frontal, problématique chez un adolescent qui déborde d'émotions, dont les capacités à réfléchir avant d'agir sont entachées, tout comme l'aptitude à résister à la tentation. Pourtant, les adolescents du 21^{ème} siècle doivent parvenir à gérer la rencontre entre un cerveau immature, excitable et une société en pleine mutation, excitante

La recherche de sensations est un concept développé par le psychiatre Marvin Zuckerman dans les années 1960, en relation avec un besoin de conserver un niveau élevé de stimulation. La recherche de sensations serait un trait de caractère lié à des différences biologiques entre les individus. Elle serait impliquée dans la plupart des comportements addictifs. En ce sens, c'est à cause d'un besoin de fortes stimulations que certains s'exposeraient à des épreuves ou à des situations périlleuses en raison d'un besoin de maintenir ou d'atteindre un certain niveau d'activité cérébrale. Il semblerait que les sujets présentant un avidité accrue pour les sensations soient surreprésentés parmi

les sujets jeunes, masculins, impulsifs, alcooliques, toxicomanes ou autres addicts, les délinquants et certains suicidants (211).

En ce qui concerne plus spécifiquement les jeux vidéo, certains facteurs de risque propres au joueur, ont été spécifiquement repérés. On peut ainsi retenir le tempérament introverti, avec une tendance à s'enfermer sur soi-même, le névrosisme, c'est-à-dire la tendance à éprouver des émotions négatives comme la colère, la vulnérabilité, l'inquiétude, ainsi que l'impulsivité. En outre une estime de soi fragile, de faibles capacités à établir et entretenir des liens sociaux, ainsi que la solitude, pourraient être considérées comme des éléments propices à la survenue d'une addiction aux jeux vidéo chez les adolescents (92).

❖ **Le sexe :**

Les garçons seraient plus vulnérables face à la tentation de consommer, particulièrement pour ce qui est de l'alcool et du cannabis.

❖ **La famille :**

Il existerait au préalable une vulnérabilité génétique au développement d'une addiction. On constate ainsi un effet de transmission intergénérationnelle des conduites entre les parents et l'adolescent. Pour le tabac et l'alcool, les enfants de consommateurs réguliers auraient 2 à 3 fois plus de risques de le devenir à leur tour. Ceci est expliqué par une plus grande accessibilité du produit déjà présent dans le milieu familial, et des facteurs psychologiques, tels que le mimétisme et une perception atténuée de la dangerosité du produit (212).

La position des parents envers les consommations, particulièrement en ce qui concerne les boissons alcoolisées, serait marquée par son ambiguïté (213).

Dans le monde des adultes, l'alcool bénéficie d'une image plutôt positive, lui étant associé les valeurs sociales de force, virilité ou encore convivialité, autant de représentations dont va s'imprégner l'enfant. Cette ouverture à l'alcool des parents au sein du milieu familial, tranche avec l'inquiétude ou l'agacement qu'ils montrent lorsque, devenu adolescent, leur enfant ne consomme plus sous leur regard mais à l'occasion de soirées. Le jeune va alors pouvoir utiliser les alcoolisations massives en dehors du domicile pour aller à l'encontre du discours des adultes et mettre en échec leur autorité (101).

L'éducation parentale tiendrait également un rôle important dans la genèse des conduites addictives chez l'adolescent. Ainsi, une éducation ayant permis un attachement dit sûre de l'enfant serait un facteur de protection majeur (Suchman, 2018). À l'inverse, un manque de cadre parental bienveillant et sécurisant, un entourage déstructuré, conflictuel, peu présent ou peu fiable, ne permettent pas un développement harmonieux de l'adolescent. Il se trouve alors en grande difficulté pour affronter toute nouveauté, séparation ou frustration, notamment dans le domaine relationnel et particulièrement lors de phases critiques de la vie telle que l'adolescence. Le recours aux toxiques pourra alors être une solution trouvée pour faire face à ces situations.

Les différents modèles et travaux empiriques développés confortent l'hypothèse d'une perturbation du fonctionnement familial dans les troubles alimentaires et les conduites d'abus ou de dépendance aux substances. Elles relatent en particulier une perturbation de la régulation de la distance interpersonnelle familiale, à la fois dans les troubles alimentaires et les dépendances aux substances. Néanmoins, la présence de dérèglements familiaux ne permet pas de conclure à une causalité familiale univoque dans la

genèse des conduites de dépendance. L'apparition des conduites addictives détériore la qualité de vie du sujet et celle de son environnement familial. L'intensité et la durée d'installation de la pathologie addictive pourraient être en cause dans la survenue et/ou l'intensification de certains comportements familiaux et certaines réponses émotionnelles correspondraient en réalité à des stratégies d'ajustements familiales face à la maladie de l'enfant (104) .

❖ **Les déterminants socio-économiques et l'évolution sociétale :**

Il est largement documenté que des conditions socioéconomiques défavorables peuvent induire ou aggraver des comportements néfastes pour la santé.

A l'origine du développement des addictions chez le jeune, Couteron et al. identifient une composante environnementale, de par la mutation brutale qu'a connu notre société depuis les années 1950 (214). Plus que les jeunes d'autrefois, l'adolescent est soumis à un stress chronique sous-tendu par un avenir marqué par de nombreuses incertitudes le concernant lui, sa famille, le devenir de la société, de la planète... naissant de ce qu'il peut directement percevoir du monde qui l'entoure, telles que l'instabilité du marché du travail, une conjugalité vacillante, l'inquiétude pour l'avenir économique et écologique, les contraintes du système social et mondial, perçu comme cynique et fermé (101). Les médicaments psychotropes, notamment les anxiolytiques, sont de plus en plus utilisés comme aide destinée à tenir le rythme et les performances imposés par le système. « Leur visée n'est plus la santé, qui n'est pas forcément menacée, elle est dans une surenchère sur la santé, c'est-à-dire une accentuation des capacités de réaction ou de résistance de fonctions organiques ». Pour d'autres individus, ces médicaments représentent un

moyen de soulagement immédiat de leur mal-être, dont les effets sont prévisibles (215).

L'image véhiculée du produit et sa diffusion, notamment par la publicité, élaborée par les industriels, capte l'intérêt des jeunes consommateurs. Ils réinventent leur marketing à cet effet et investissent le domaine artistique tout comme les réseaux sociaux, où ils recourent à des influenceurs rémunérés pour diffuser des photos dont les jeunes sont friands, les mettant en scène avec le produit. Ces stratégies marketing spécifiques de marques de boissons alcoolisées ont pu favoriser la consommation d'alcool chez les jeunes, tout comme l'invention des « premix » ou encore du « purple drink », (mélange de sirop pour la toux contenant le plus souvent de la codéine, associé à une boisson énergisante et des bonbons pour la couleur et la texture) affichés régulièrement par certains rappeurs américains populaires.

Les résultats de l'enquête ESCAPAD – 2017 sont une bonne illustration du phénomène ci-dessus puisque, interrogés sur les modalités d'exposition aux messages sur l'alcool, 30,7% des jeunes disaient en voir sur Internet de façon au moins hebdomadaire. Par ailleurs, si la publicité en faveur de l'alcool à la télévision est interdite en France, un quart des jeunes dit repérer une marque d'alcool à travers un film, une vidéo ou un clip au moins une fois par semaine. Les autres espaces fréquemment identifiés sont la rue (24,0%), les transports publics (19,9%) et les supermarchés (16,9%). Enfin, 16,1% des adolescents indiquent être confrontés chaque semaine à de la publicité pour l'alcool via les magazines et journaux et ils sont 11,8% à citer la radio, 10,3% les événements sportifs ou encore 6,7% les jeux vidéo (216). L'enquête ARAMIS

(Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychoactives) publiée par l'OFDT en 2017, visait à explorer, entre 2011 et 2014, les perceptions et les motivations des usages de drogues parmi les mineurs et leurs trajectoires de consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et/ou d'autres drogues illicites. Elle a relevé une perception par les jeunes eux-mêmes, d'un environnement propice aux consommations. Ainsi, la plupart d'entre eux repèrent une omniprésence du tabac et de l'alcool dans leur entourage (familial, scolaire, amical et social), dans leur quartier et aux alentours des établissements scolaires, mais également dans les images auxquelles ils sont exposés au quotidien, notamment dans les univers de fiction (en particulier les séries télévisées américaines). S'y ajoutent de fréquentes incitations à « au moins essayer » vécue par une majorité de jeunes. La rencontre avec les produits est donc une expérience à laquelle il semble difficile de résister, ce qui alimente probablement la tendance à minimiser l'effet d'intimidation face aux produits psychoactifs.

Couteron dénonce ainsi « une société addictogène qui ne cesse de pousser à la consommation par l'innovation technique et la pression publicitaire, en exaltant la nouveauté, l'intensité et la jouissance » (217). L'influence sur les jeunes est d'autant plus forte que le produit ou l'objet font coïncider apport de plaisir et interactions sociales, deux composantes très recherchées par l'adolescent. La consommation et le temps des adolescents sont devenus un enjeu économique et une inversion des priorités paraît donc indispensable (214).

❖ **L'effet de groupe :**

Les occasions les plus fréquentes pour consommer sont les rencontres avec les pairs et la majorité des premières prises du produit se font d'ailleurs en groupe. A cet âge, l'influence du groupe de pairs sur le jeune est majeure, par un phénomène d'identification du jeune à celui-ci, qui lui-même, peut jouer un rôle renforçateur, dans la mesure où l'adolescent consommateur a tendance à choisir des groupes au sein desquels circulent ces produits. Les substances psychoactives facilitent l'intégration au groupe de pairs et renforcent les liens notamment à travers le partage des produits. Ainsi, les jeunes « se regroupent entre eux, s'imitent et s'impressionnent » (213). « Le mimétisme social permet l'adaptation sociale » (218). Enfin, la consommation de toxiques pourrait intervenir dans la quête identitaire de l'adolescent : fumer pourrait constituer un moyen de s'affirmer socialement. Le risque de perdre la face et de nuire à sa réputation en repoussant une proposition est perçu par l'adolescent comme plus dangereux que l'effet potentiellement néfaste de la prise du produit sur sa santé (101). Kerjean ajoute qu'il est aussi un moyen pour l'adolescent de préserver sa dignité personnelle auprès des autres, notamment lorsqu'il essuie un échec, ce qui se vérifierait par l'usage courant que les jeunes font par exemple de l'alcool lors des premières relations sexuelles. L'alcool joue alors le rôle d'alibi dans le cas où les choses ne se passeraient pas comme prévu, l'adolescent pouvant faire reposer sur lui la responsabilité en invoquant son état de conscience modifié lors de l'acte.

d) Complications

Pour la majorité des jeunes, ces conduites seront transitoires, sans conséquence, et diminueront (ou disparaîtront) à l'âge adulte. Mais pour

certains, des consommations problématiques pourront impacter l'avenir socioprofessionnel et le développement émotionnel et cognitif. En effet, les jeunes ont une vulnérabilité particulière aux addictions sur le plan neurobiologique. De plus, malgré le développement de l'offre de soins, ils y accèdent difficilement, moins sensibles que les adultes aux conséquences à long terme de leurs actes.

Plusieurs travaux d'imagerie cérébrale ont mis en évidence des altérations morphologiques et fonctionnelles consécutives à la prise de substances (219). Il en ressort que ces effets sont d'autant plus délétères que les consommations sont précoces, avant 15 ans notamment. Chez l'homme et l'animal, on objective l'effet neurotoxique des alcoolisations massives avec une destruction de 2 à 3 fois plus de neurones que dans un cerveau adulte, ainsi qu'une altération de la neurogenèse. Une diminution du volume de certaines structures cérébrales impliquées dans les fonctions cognitives et exécutives telles que les aires corticales frontales et préfrontales et l'hippocampe a été constatée chez des binge drinkers.

De façon plus immédiate, les prises d'alcool regroupées en fin de semaine exposent fortement les jeunes aux accidents de toute nature (circulation mais aussi de la vie courante), à la violence, à certains actes délictueux, etc.). L'on peut s'inquiéter aussi des violences agies ou subies, rapports sexuels non voulus et/ou non protégés, du coma éthylique dont l'issue faute de soins peut être fatale. Ainsi, parmi les problèmes liés à la consommation d'alcool chez l'adolescent, les états d'intoxications aiguës représentent la cause la plus répandue du recours aux services d'urgences (Bailly, 2009). Viennent ensuite les accidents et les traumatismes, les comportements sexuels précoces à

risques (grossesse, infection par le VIH) puis les tentatives de suicide à répétition (101).

En ce qui concerne le cannabis, il interfèrerait également avec les processus de maturation cérébrale, en particulier sur le développement des neurones (44). Son impact sur la structure et l'activité de certaines régions essentielles aux fonctions exécutives et cognitives influerait à son tour sur le rendement scolaire, la motivation, la prise de risque et les habiletés psychomotrices, constituant une perte de chance pour le devenir des adolescents. L'induction d'un syndrome amotivationnel est très fréquente lors d'une consommation chronique. Il est caractérisé par l'anhédonie, le désintérêt, le détachement émotionnel, la perte de l'initiative, l'apragmatisme, la passivité, l'apathie, l'appauvrissement intellectuel et le retrait social. Il peut persister quelques semaines après le sevrage et régresse ensuite spontanément. Par ailleurs, un fonctionnement aberrant du système endocannabinoïde, consécutif aux consommations, pourrait contribuer à l'apparition de maladies psychiatriques telles que la schizophrénie et expliquerait les effets nuisibles de cette substance sur l'évolution de ces troubles.

Une méta-revue récente rapporte en effet que la consommation de cannabis est associée à un début plus précoce de la psychose, à une augmentation du taux de rechute, à un plus grand nombre d'hospitalisations et à des symptômes positifs prononcés chez les patients psychotiques (220). Elle confirme aussi l'importance de la dose consommée. Par ailleurs, l'association entre la consommation de cannabis et les troubles de l'humeur et de l'anxiété est démontrée, en particulier chez les femmes et dépend de l'importance de la consommation de cannabis. Néanmoins, au-delà de ces études montrant une

possible causalité, l'association entre troubles psychiatriques et consommation de cannabis pourrait aussi refléter une prédisposition partagée (221).

Il existe peu de données sur l'impact des autres substances psycho-actives, mais sur le plan du développement psychosocial du moins, le recours grandissant à la drogue pour entretenir l'illusion d'une vie sociale satisfaisante ne fait, en réalité, que dissimuler des difficultés relationnelles profondes. Par ailleurs la consommation de psychotropes laisse peu de disponibilité pour des échanges éveillés et « vrais » qui prennent de ce fait un caractère inauthentique et superficiel. Ainsi, les prises de drogues de l'adolescent sont souvent un reflet de ses possibilités et impossibilités de relation aux autres (93).

L'influence des écrans dans le domaine relationnel est contrastée. D'un côté ils favorisent les échanges entre pairs à travers les réseaux sociaux et les jeux en ligne, de l'autre ils peuvent isoler un adolescent tout en lui faisant croire qu'il est au contact du monde alors qu'il ne sort pas de chez lui.

Pour conclure sur les addictions chez les AJA, ce concept, tel que décrit par Goodman semble opérant pour nombre de situations rencontrées chez l'adolescent : contexte de recherche de plaisir et de soulagement de tensions, qui deviennent aliénantes d'abord psychiquement, puis génèrent des conséquences physiques, émotionnelles, psychiatriques, familiales et socioprofessionnelles. Il faut rappeler que ce n'est pas au produit que l'individu est dépendant, mais à l'expérience subjective qui lui est associée.

Pour de nombreux adolescents, la consommation d'alcool et/ou de drogues semble plutôt être un facteur de sociabilisation et d'intégration au groupe des

pairs, à l'instar, probablement, des jeux vidéo (notamment en réseau) et de la pratique intensive d'internet.

Les facteurs environnementaux, tant familiaux que liés aux pairs, l'âge de la toute première rencontre avec le produit, les troubles intérieurisés ou extériorisés, semblent constituer des facteurs importants dans la mise en place des conduites addictives chez l'adolescent, à un moment crucial de construction de l'identité et où le cerveau n'est pas encore mature sur le plan neurophysiologique. Tous les adolescents ne sont pas égaux face au risque de développer une addiction. Ainsi ont pu être identifiés certains traits de vulnérabilité : difficulté à se contrôler, recherche de sensations fortes, agressivité, impulsivité et une grande difficulté à attendre toute gratification. Ces traits durant la petite enfance peuvent prédire une propension à l'abus durant l'adolescence.

Même si peu d'adolescents sont véritablement « addicts », la consommation de drogue peut provoquer des troubles du développement personnel, familial et professionnel. En effet, en fonction de la quantité consommée, de la place du produit dans la gestion émotionnelle, de la vie sociale, les consommations d'un adolescent peuvent devenir rapidement problématiques (mises en dangers, actes délictueux, accidents, dommage neurodéveloppementaux...).

Les dommages qui découlent des conduites addictives précoces justifient les politiques publiques de prévention ciblées, de soins et de réduction des risques. Le jeune doit pouvoir être adressé sans délai vers des structures spécialisées en addictologie et adaptées à la clinique présentée (des consultations jeunes consommateurs aux prises en charge hospitalières). Il est nécessaire d'améliorer la connaissance du dispositif de soins et la détection

précoce des jeunes consommateurs en formant les intervenants de premier recours, les jeunes aux prises avec les toxiques ne faisant pas souvent spontanément la démarche d'aller vers le soin (92).

4.2.4. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Tout comme l'autisme, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble assez récemment classé en tant que neurodéveloppemental par le DSM 5, défini comme une tendance persistante des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité qui interfère avec le développement de l'individu. En effet, alors que sa prévalence chez l'enfant est estimée aux environs de 5%, ce trouble a longtemps été pensé comme un trouble disparaissant à l'adolescence. Les connaissances acquises depuis ont néanmoins montré qu'environ la moitié des patients continuent à montrer des symptômes à l'adolescence (222).

Le TDAH se caractérise par des difficultés attentionnelles associées ou non à de l'hyperactivité ou de l'impulsivité. Le maintien prolongé de l'attention difficile et la distractibilité entraînent de nombreuses erreurs d'inattention. On retrouve par ailleurs des défauts d'organisation, de planification, d'initiation et de concrétisation d'une tâche ou encore des oubli fréquents et une tendance à égarer les objets. L'hyperactivité du TDAH est inhérente à une défaillance des mécanismes d'inhibition intervenant dans le contrôle des mouvements (hyperactivité motrice), des comportements (impulsivité) et parfois aussi les émotions (hyperréactivité émotionnelle). Bien qu'on note une diminution des symptômes d'hyperactivité à l'adolescence et une amélioration de leur capacité à inhiber l'impulsivité à l'âge adulte, les symptômes d'inattention demeurent très présents (223). L'impact du TDAH est large, et peut se retrouver tant dans

la vie quotidienne, familiale, sociale, académique que professionnelle. En faire le diagnostic précocement est donc un enjeu majeur pour le jeune. Celui-ci est clinique ; un bilan neuropsychologique donnant en complément des informations intéressantes sur les axes cognitifs à travailler. La difficulté de l'étape diagnostique réside dans la recherche exhaustive des comorbidités et l'intégration du trouble dans une perspective psychopathologique et familiale, ce qui justifie que la prise en charge ne soit pas uniquement neuropédiatrique (153).

Bien que la physiopathologie du trouble soit peu connue, l'étiologie de ce syndrome est très probablement multifactorielle, mêlant facteurs génétiques et environnementaux.

➤ Facteurs génétiques :

La prévalence de la maladie chez les apparentés d'une personne hyperactive est très élevée, puisque près de 25% des parents hyperactifs mettent au monde des enfants souffrant à leur tour de TDAH. Par ailleurs, des études menées sur de vrais jumeaux ont montré que si l'un souffrait d'un trouble déficitaire de l'attention, dans 20% des cas seulement, l'autre n'en souffrait pas. Autrement dit, dans 80% des cas, les deux enfants étaient parallèlement touchés. Le TDAH semble polygénique et la plupart des nombreux gènes impliqués seraient associés aux transporteurs et aux récepteurs de dopamine dans le cerveau, apportant chacun une petite contribution néanmoins significative pour le risque global (224).

➤ Facteurs environnementaux :

Parmi les facteurs environnementaux qui semblent affecter l'expression du TDAH, l'on peut distinguer les facteurs biologiques et les facteurs psychosociaux.

Parmi les facteurs de risque intra-utérins et néonatals déjà bien identifiés on retrouve : l'exposition in utero au tabac, à l'alcool et aux métaux lourds, le diabète gestationnel, la prématurité, la grossesse gémellaire, la souffrance fœtale aiguë ou toute souffrance néonatale.

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux, une étude comparative a montré que des conflits chroniques, une cohésion familiale fragile, et l'exposition à une psychopathologie parentale (spécialement maternelle) ont été plus souvent trouvés dans les familles TDAH que dans les familles contrôles (225) On pourrait supposer que ces défaillance de l'environnement du nourrisson et de l'enfant ne lui permettant pas de structurer sa fonction attentionnelle, même si ces facteurs d'adversité ne peut expliquer à lui seul le développement du trouble.

➤ Interactions gènes-environnement :

Les interactions gènes-environnement font référence, d'une part, à une influence génétique sur des facteurs environnementaux, et d'autre part, à une influence de l'environnement sur l'expression génétique. Dans le premier cas, une prédisposition génétique pourrait augmenter ou, au contraire, diminuer l'impact d'un facteur environnemental sur le phénotype et, dans le deuxième cas, l'environnement pourrait renforcer ou affaiblir l'expression des gènes sur le phénotype. C'est ce qu'on appelle l'épigénétique, qui consiste en la modulation de l'expression des gènes par modifications de l'ADN, sans modifier

le gène lui-même. Dans les deux cas, l'environnement n'aura un effet que sur les enfants qui sont déjà vulnérables en raison de leurs caractéristiques génétiques.

a) Physiopathologie

➤ Système de neurotransmission impliqué

Les catécholamines, telles que la dopamine et la noradrénaline, sont les neurotransmetteurs prépondérants au sein des voies impliquées dans le TDAH, tendue entre le cortex frontal et les structures sous-corticales, dont les ganglions de la base. La noradrénaline joue un rôle essentiel dans les processus d'apprentissage (et donc de concentration), de mémorisation (et donc d'attention) et de vigilance (et donc d'éveil). Il a par exemple, été rapporté dans plusieurs études une mutation des gènes des récepteurs ou d'un transporteur de la dopamine, entraînant des taux anormaux de dopamine ou encore un volume anormal du noyau caudé (226).

De plus, la tomographie par émission de positrons a permis de mettre en évidence le rôle prépondérant de la dopamine dans la neuromodulation des circuits fronto-striato-cérébelleux, supportant les fonctions exécutives, souvent impactées chez les patients présentant un TDAH (227).

Enfin, le rôle de la dopamine semble également confirmé par l'effet positif des psychostimulants utilisés pour traiter le TDAH. Certaines études génétiques invoquent également un rôle potentiel du système noradrénergique en lien avec le TDAH mais elles sont encore peu nombreuses. Il semble bien également que différents neuromédiateurs comme la sérotonine ou le GABA soient certainement impliqués (228).

➤ Abord neuropsychologique

Différents modèles théoriques ont tenté d'expliquer l'origine du TDAH. Les difficultés comportementales présentées par les enfants avec un TDAH sont mises en évidence lorsqu'ils réalisent des batteries de tests neuropsychologiques. On peut éventuellement regrouper ces hypothèses en trois grandes classes, celles basées sur un déficit des fonctions exécutives (en particulier, l'inhibition), celles basées sur un déficit de la motivation et celles basées sur un déficit énergétique (229).

○ Le modèle de Barkley :

Il repose sur l'hypothèse qu'un déficit des fonctions exécutives, et particulièrement le déficit d'inhibition comportementale est à l'origine du trouble. De façon très générale, les fonctions exécutives font référence à un ensemble de processus (planification, mémoire à court terme, flexibilité, attention, inhibition, régulation des affects) qui permettent l'adaptation rapide d'un sujet à des situations nouvelles, d'employer des stratégies de résolutions de problèmes afin d'atteindre un objectif. Une vitesse de traitement plus lente, des difficultés de planification, de sélection d'information, de flexibilité cognitive et de contrôle inhibiteur génère un préjudice particulièrement important à cet âge, notamment sur la scolarité où augmentent les exigences d'autonomisation dans l'organisation et la structuration du travail scolaire. En illustre l'oubli répété de matériel, des devoirs non faits parce qu'oubliés voire, non notés sur l'agenda, une lecture approximative des consignes ou une mauvaise gestion du temps entraînant des notes non représentatives du niveau de l'adolescent, etc. La persistance des troubles attentionnels peut

également se traduire par un désinvestissement scolaire compliqué ou non de troubles du comportement. Ainsi, les adolescents porteurs d'un TDAH voient leur risque de déscolarisation multiplié par trois (230).

Décelés chez le sujet, ces éléments requièrent une prise en charge adaptée, au moyen notamment de l'utilisation d'outils de gestion des tâches et du temps, d'apprentissage de méthodes efficaces et de remédiation cognitive si nécessaire.

Le développement des fonctions exécutives est permis par la maturation des réseaux frontaux particulièrement intense durant l'adolescence et au début de l'âge adulte. Comme nous l'avons vu précédemment, les principales aires cérébrales supportant les fonctions exécutives (cortex préfrontal dorsolatéral, cortex préfrontal inférieur, gyrus cingulaire antérieur) sont les dernières à se développer (jusqu'au-delà de 20 ans). Il se trouve que ces régions neurales sont également celles ayant été associées au TDAH par des études de neuroimagerie réalisées sur des adolescents atteints de la pathologie. Chez ces individus, une maturation tardive des réseaux frontaux coïncidait en effet avec les déficits observés au niveau des tâches exécutives (229).

- Le modèle de Sergeant :

Selon le modèle énergétique proposé par Sergeant (2000), les difficultés observées chez les patients TDAH seraient liées à un déficit des facteurs énergétiques (éveil, activation ou énergie, effort) qui permettent de mener à bien le processus d'encodage des informations, la prise de décision et l'organisation motrice de la réponse. Ce modèle repose sur l'hypothèse d'une

altération des capacités d'inhibition des patients en lien avec un niveau d'activation inadéquat du mécanisme d'inhibition.

- Les modèles motivationnels :

- *Modèle basé sur l'aversion au délai :*

Proposé par Sonuga Barke et al. (1992), il découle de l'observation d'enfants hyperactifs, qui présentent une aversion au délai et sélectionnent, dès qu'ils le peuvent, de petites récompenses immédiates plutôt que des récompenses plus importantes mais différées. L'émotion désagréable générée par une attente prolongée entraîne un comportement négatif de l'enfant, avec les difficultés que cela comporte, notamment dans la vie en collectivité ou au sein de l'environnement familial.

- *Modèle basé sur un dysfonctionnement des mécanismes de renforcement :*

Proposé par Sagvolden et collaborateurs (1991 ; 1998), ce modèle défend le postulat que l'atteinte centrale chez les enfants présentant un TDAH relève d'un dysfonctionnement du système motivationnel. Les symptômes propres au TDAH découleraient d'une dérégulation des circuits fronto-striataux intervenant dans la récompense, dans le sens d'une réduction de l'effet des récompenses à venir sur le comportement de l'instant, une sous-estimation de la valeur de ces récompenses et une surestimation du délai pour les atteindre. A la lumière de leurs recherches, les auteurs suggèrent non seulement que l'effet du renforcement diminue lorsque celui-ci est différé mais également que cet affaiblissement est plus rapide chez les enfants avec un TDAH par rapport aux enfants sains.

- *Modèle de la double voie (« dual pathway model ») :*

Proposé par Sonuga Barke, (2002 ; 2003), il s'agit d'une combinaison entre le modèle du déficit des fonctions exécutives (Barkley, 1997) et le modèle d'aversion au délai (Sonuga Barke et al., 1992) permettant d'améliorer encore la compréhension des déficits observés dans le TDAH.

Selon le modèle de la double voie le TDAH serait d'un côté dû à :

- D'une part, un contrôle inhibiteur défaillant, porté par la branche mésocorticale du système dopaminergique et ses projections vers les centres de contrôle cognitif, dont le cortex préfrontal.
- D'autre part, à une perturbation du système motivationnel, sous tendu par la branche mésolimbique dopaminergique associée aux circuits de la récompense, dont le noyau accumbens.

b) Particularités et conséquences du TDAH à l'adolescence

Pour rappel, on différencie trois formes cliniques de TDAH :

- Forme inattentive pure (20-30% des individus en milieu clinique) ;
- Forme impulsive/hyperactive pure (15% des individus) ;
- Forme mixte, la plus fréquente (50-75%) ;

Les symptômes de base requis pour poser un diagnostic de TDAH à l'adolescence sont les mêmes que dans l'enfance, mais leur expression et les difficultés qui en résultent, évolutives au fil du développement, peuvent être différentes à cet âge. On retrouve ainsi particulièrement la mauvaise gestion du temps, la procrastination, le manque de motivation et les difficultés de maintien de l'attention tandis que s'amenuisent les symptômes d'hyperactivité. De plus, alors qu'augmentent les exigences en matière de scolarité et de prise d'autonomie, les capacités adaptatives du sujet se trouvent dépassées,

intensifiant les difficultés rencontrées dans ces domaines. C'est sur ces considérations qu'a été revu l'âge requis pour la présence de symptômes importants « avant l'âge de 12 ans » dans le DSM 5 (123).

Les difficultés se trouvent d'autant plus majorées à l'université par rapport aux niveaux précédents que les jeunes sont souvent à distance de la structure et du soutien familial en raison de l'éloignement géographique. De plus, étudier à l'université demande un niveau plus élevé d'organisation et de planification qu'au collège et les horaires universitaires donnent une illusion de temps libres qui favorisent la désorganisation. Les symptômes d'anxiété et de dépression seraient également plus importants au cours de la transition vers l'université chez les étudiants présentant un TDAH en comparaison avec leurs pairs non malades. Enfin, tout comme les adultes présentant un TDAH, les étudiants sont aussi plus prédisposés à avoir des difficultés à garder un emploi à l'issu de leurs études et à être efficaces dans la tâche qui leur est demandée (231).

La dérégulation émotionnelle présente dès l'enfance, s'atténue dans la majorité des cas à l'adolescence. L'impulsivité étant particulièrement prégnante chez l'adolescent, elle se trouve parfois logiquement exacerbée chez l'adolescent présentant un TDAH. On retrouve alors des difficultés relationnelles avec les pairs et les adultes, voire des comportements agressifs avec pour conséquence, des exclusions, renforçant encore la mésestime de soi et le recours à l'agir. Ces jeunes présentent fréquemment une moindre tolérance à la frustration et une moindre maturité émotionnelle. Enfin et d'autant plus s'ils ne sont pas pris en charge, ces jeunes patients présentant un TDAH souvent avide de sensations, peuvent se livrer à des consommations de toxiques et à des comportements à risque tels que des relations sexuelles précoces (au

risque de grossesses non désirées et de maladies sexuellement transmissibles), des conduites motorisées dangereuses, des jeux de défis et/ou de non-oxygénation ou encore un trouble des conduites. Ils présenteraient ainsi 20 fois plus de risques de mort violente (accident, suicide...)

Les adolescents avec TDAH expérimentent également plus d'émotions négatives par rapport aux adolescents non porteurs d'un TDAH. Une labilité de l'humeur importante avec irritabilité doit faire rechercher une dépression.

c) **TDAH et comorbidités chez l'AJA**

La période qui va de l'adolescence au début de l'âge adulte est critique pour le développement des troubles associés et sur la trajectoire évolutive de la personne atteinte de TDAH. La présence d'une ou plusieurs comorbidités concernerait environ 70% des adolescents présentant un TDAH (232).

❖ Troubles anxieux :

L'anxiété concerne 35 % des adolescents avec TDAH (233). Ramsay et Rostain (2015) émettent l'hypothèse que les liens existants entre le TDAH et l'anxiété émanent des difficultés liées aux efforts compensatoires d'autorégulation que l'individu doit fournir pour compenser ses déficits d'attention. Ainsi par exemple se cumulent des efforts plus importants que les pairs pour la lecture ou l'écoute d'un cours, avec la peur de ne pas retenir tous les éléments importants (234).

❖ Dépression et tentatives de suicide :

La diminution de l'estime de soi est quasi systématique chez l'adolescent avec TDAH, conséquence d'un parcours ancien fait d'échecs, de frustrations et d'insatisfaction (la sienne, comme celle qu'il pense susciter chez ses parents et

chez les enseignants) qui, répétées peuvent susciter le découragement. C'est un facteur de vulnérabilité à la dépression bien connu, alors même que l'adolescence constitue une période à risque pour les troubles de l'humeur. Les adolescents avec TDAH auraient plus de 4 fois plus de risque que les autres de faire un épisode dépressif et 3,5 fois plus de risque de passage à l'acte suicidaire (235).

❖ Troubles des apprentissages :

Plus de 30 % des patients avec TDAH ont des troubles des apprentissages associés (236). Leur présence aggrave les conséquences du trouble attentionnel, et le pronostic scolaire, sans aménagement spécifique, s'en trouve altéré.

❖ Troubles extériorisés :

Entre 35 et 50 % des adolescents avec TDAH (notamment les formes mixtes) ont un trouble oppositionnel avec provocation et 30 % ont un trouble des conduites (237).

❖ Conduites addictives :

Les liens entre le TDAH et addictions ont été largement étudiés et il est désormais établi que l'existence d'un TDAH constitue une vulnérabilité majeure en faveur du développement de comportements addictifs, avec un risque qui serait multiplié par 2 à 4 (238). Par ailleurs, il semble que 10% à 25% des patients en demande de soins, quel que soit le type d'addictions, peuvent être atteints d'un TDAH (239).

Les adolescents porteurs d'un TDAH auraient environ 2 fois plus de risques de développer une consommation abusive de psychotropes, 3 fois plus de risque

de développer une accoutumance à la nicotine, 1,5 fois plus de consommer régulièrement du cannabis et 2 fois plus d'avoir une accoutumance à la cocaïne (240). A l'inverse, 1 jeune sur 4 qui présente une consommation de substance problématique a aussi un TDAH tandis que le TDAH est également associé à une consommation plus précoce.

Toutes les drogues addictives stimulent fortement la neurotransmission de dopamine. Plus fort et plus rapidement une drogue agit sur la dopamine, plus elle créer une sensation d'euphorie, de récompense, la rendant ainsi addictive. Comme mentionné précédemment, le cerveau continue de se développer jusqu'à 25 ans, mais pour les jeunes ayant un TDAH, il y a un retard d'environ 3 ans sur la maturation corticale. La maturation corticale du cerveau est très vulnérable aux effets de la drogue et de l'alcool et c'est à cet âge qu'il y a le plus d'expérimentation de substances.

Il semble que les types de symptômes présents chez les jeunes ayant un TDAH puissent influencer la consommation problématique de substance. Paul *et al.* (2009) suggèrent que les étudiants affichant un plus faible contrôle de leurs symptômes sont ceux ayant le plus de risque de s'engager dans l'usage de cigarette et dans la consommation de cannabis et d'autres drogues (241). Dans l'étude de Wilens *et al.*, 2007, plus du tiers des adolescents et des jeunes adultes ayant un TDAH rapportaient « s'automédicamenter» pour contrôler leur humeur ou leur sommeil avec des cigarettes, de l'alcool ou d'autres drogues (242). Par ailleurs, l'abus de médicament est également courant chez les étudiants ayant un TDAH, y compris en ce qui concerne le traitement par Ritaline : l'étude de Sepulveda *et al.* (2011) réalisée aux Etats Unis, révèle que sur 55 étudiants collégiens ayant un traitement médical pour le TDAH, environ

36% rapportaient en utiliser une trop grande quantité (ex.: majorer la dose ou rapprocher les prises), 19% en faisaient une utilisation concomitante avec l'alcool et d'autres drogues et 10% mentionnaient qu'ils avaient utilisé leur médication sciemment pour se droguer au cours de la dernière année (243).

Au même titre que les autres dépendances, les personnes avec un TDAH sont plus susceptibles de développer une dépendance à l'Internet, particulièrement s'il existe une dépression comorbide. En fait, le TDAH et la fréquente avidité pour les sensations fortes des sujets atteints, sont des facteurs de prédisposition d'une utilisation pathologique d'Internet et des jeux vidéo. L'impact dans le quotidien et la réussite scolaire sera également plus grands pour la personne avec un TDAH, à temps égal d'utilisation.

Selon A. Vincent (2014), «*il est très important de savoir que des études scientifiques ont démontré que le traitement médical du TDAH par des psychostimulants n'aggrave pas et pourrait peut-être réduire le risque de toxicomanie chez les gens atteints de TDAH* ». (244).

❖ Troubles du sommeil :

Les adolescents avec TDAH sont plus susceptibles de présenter un syndrome des jambes sans repos, des apnées du sommeil, un trouble du rythme circadien et globalement une quantité de sommeil insuffisante (difficultés l'initiation et au maintien du sommeil, à se réveiller le matin et à rester vigilant pendant toute la journée) (232).

❖ Troubles du comportement alimentaire :

Les études recherchant des corrélations entre des comportements alimentaires anormaux de l'adulte et le TDAH durant l'enfance ont montré des associations

positives surtout avec la boulimie et le binge eating disorder. Ces corrélations montrent l'influence des troubles attentionnels et de l'impulsivité dans ces troubles des conduites alimentaires. Contrairement à la vision commune de patients « hyperactifs et tout maigres », l'obésité est surreprésentée chez les jeunes porteurs d'un TDAH, particulièrement les garçons (245). La boulimie est plus fréquente chez les filles. Ainsi, dans une étude considérant un échantillon de 57 femmes atteintes de boulimie et 40 témoins, 21% des boulimiques rapportaient des antécédents de TDAH contre 2,1% chez les témoins (246).

Au point de vue du fonctionnement cérébral, des points communs entre TDAH et TCA ont été récemment identifiés à type d'altérations cognitives et émotionnelles complexes.

Pour la boulimie et le binge eating disorder on identifie une faible estime de soi, un certain degré d'impulsivité, et un profil neuropsychologique associant des troubles attentionnels et un syndrome dysexécutif communs aux deux troubles.

Pour ce qui est de l'anorexie mentale, les liens avec le TDAH sont moins évidents. Il s'agit dans les deux cas de pathologies de la symbolisation et de la représentation puisque l'hyperactif ne se représente pas son hyperactivité tout comme l'anorexique ne perçoit pas sa maigreur. À partir d'une étude pilote sur la représentation de soi chez l'enfant TDAH entre 7 et 15 ans, a été constaté que dans 66% des cas il existait de troubles de la conscience de la corpulence qui ne semblent relever ni de l'immaturité, ni de la déstructuration de la représentation de l'image corporelle. Ces résultats nécessitent néanmoins d'être confirmés par des études plus approfondies (247). Pour Corcos, « *Le sur-investissement des sensations peut être interprété comme un contre-*

investissement visant à freiner le travail psychique d'intériorisation et les phénomènes transitionnels » chez l'anorexique (248), qui peut finalement se révéler opérant dans le cadre du TDAH.

Finalement, Welniarz et al. énoncent comme points communs à l'anorexie mentale et le TDAH :

- la lutte contre la dépression ou la dépressivité,
- la fuite des affects,
- les défauts de fantasmatisation et la fuite de la vie psychique,
- les défauts de symbolisation,
- la perturbation de l'image du corps.

❖ Pathologies neurologiques :

Vingt à cinquante pour cent des patients avec une épilepsie présentent un TDAH (249). Plus de 40% des patients ayant un syndrome de Gilles de la Tourette répondent également aux critères du TDAH (250).

d) Cas particulier du recouplement nosographique TDAH-Trouble bipolaire de l'AJA

❖ Trouble de dérégulation d'humeur explosive

Devant la flambée du nombre de diagnostics de troubles bipolaire pédiatriques entre les années 1990 et 2000 (augmentation de plus de 4000%), la pertinence de ce diagnostic a été remise en question. En effet, on constatait finalement que la majorité des patients préadolescents diagnostiqués bipolaires ne l'étaient plus une fois adultes. En revanche, ils se montraient vulnérables à la dépression et aux troubles anxieux. C'est ainsi qu'apparaît une nouvelle catégorie diagnostique au sein du DSM 5, appartenant à la catégorie des

troubles de l'humeur et nommée « trouble de dérégulation d'humeur explosive ». Cette entité correspond à une clinique d'extrême irritabilité chronique, sans intervalle libre, conduisant à des colères majeures, tant en intensité qu'en durée, plusieurs fois par semaine, à la fois au sein de la famille et à l'extérieur. Les critères diagnostiques de ce trouble sont :

- un trouble de l'humeur (irritabilité, tristesse ou colère) au moins la moitié de la journée, de façon quasi quotidienne ;
- une hyperexcitabilité associant au moins trois des symptômes suivants : insomnie, agitation, distractibilité, fuités des idées, désir de parler constamment, intrusion ;
- une hyperréactivité aux stimuli négatifs se traduisant par au moins trois crises de colère par semaine.

Ce diagnostic récent a une fréquence d'environ 3,3% dans la population générale et serait très fortement associé au TDAH (123,251).

❖ Trouble bipolaire de l'AJA

60 à 90% des enfants et adolescents ayant un trouble bipolaire pédiatrique remplissent aussi les critères de TDAH (252), ce qui pose la question de la validité nosographique de ces deux entités, d'autant que ces deux troubles partagent de nombreux critères diagnostiques communs (hyperactivité, impulsivité, agressivité, distractibilité, labilité émotionnelle, logorrhée et prise de risque). Le diagnostic différentiel des deux troubles est donc difficile à établir et contribue aux variations de résultats observées dans les études qui par ailleurs, incluent le plus souvent des enfants « bipolaires » au sens large (et non pas seulement des bipolaires de type 1). Lorsque le TDAH est associé à

un trouble bipolaire classique chez l'adolescent, il serait cliniquement plus sévère et les symptômes en lien avec l'humeur sont souvent plus précoces.

Diagnostic différentiel TDAH-Hypomanie selon Bouchez J (2010) (253)

Hypomanie + TDAH	Hypomanie	TDAH
Irritabilité	Euphorie persistante	Labilité de l'humeur
Fuite des idées	Euphorie	Excitation
Discours accéléré	Déni du trouble	Conscience du trouble
Troubles du sommeil	Bonne estime de soi	Baisse de l'estime de soi
Agitation psychomotrice	Libido augmentée	Désir inchangé

Diagnostic différentiel TDAH-Dépression selon Bouchez J, 2010

Trouble dépressif + TDAH	Trouble Dépressif	TDAH
Episodes dépressifs	Durée prolongée	Durée brève
Manque d'envie, d'énergie, de motivation	Indépendant de l'environnement	Influence de l'environnement
Baisse des performances	Début dans l'adolescence Anhédonie Ruminations envahissantes Baisse de l'estime de soi	Début dans l'enfance Ennui Trouble attentionnel (activités, pensées)

e) Le TDAH, de l'adolescence à l'adulte

En ce qui concerne la persistance du TDAH à l'âge adulte, elle varie selon les critères d'évaluation utilisés. Selon Simon et al, 60 à 80% des adolescents

TDAH gardent des symptômes à l'âge adulte. D'autres études qui se basent strictement sur les critères diagnostiques du TDAH, retrouvent une persistance qui serait plutôt basse, de l'ordre de 15% à l'âge de 25 ans et la sévérité des symptômes pendant l'enfance serait prédictible de cette persistance à l'âge adulte (254).

Les adolescents qui développent des troubles des conduites, en plus du TDAH, évolueront le plus souvent vers des adultes avec des personnalités de type *cluster B*, des dépressions ou également des troubles de la personnalité antisociale (255). Les parcours de vie des adultes avec TDAH sont émaillés de plus de ruptures personnelles et professionnelles que la moyenne et de plus d'accidents de la route (256).

Il existe peu de données scientifiques fiables concernant les facteurs protecteurs qui diminuent le risque d'évolution négative. Une bonne insertion sociale et familiale, une éducation fondée sur la coopération et non la contrainte amélioreraient le pronostic. En revanche, une attitude hostile, agacée voire agressive de l'environnement familial et social, aussi compréhensible qu'elle soit, semble également être un facteur de risque d'évolution plus péjorative (257).

4.2.5. Spécificités cliniques dans les troubles du comportement alimentaire

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) chez l'adolescent sont des pathologies d'origine psychique dont les retentissements à la fois somatiques et psychologiques en font l'archétype de la nécessaire coopération entre médecins somaticiens et psychiatres en matière de santé de l'adolescent.

Classiquement on distingue parmi les TCA de l'adolescent :

- L'anorexie mentale (avec une prévalence estimée de 1.2% chez la fille et de 0.03% chez le garçon entre 12 et 17 ans selon l'enquête ESCAPAD-2017)
- La boulimie (avec une prévalence de 1.1% chez les jeunes filles et de 0.2% chez les garçons entre 11 et 19 ans estimée par Flament lors d'une enquête INSERM-2002)
- L'hyperphagie boulimique toucherait 0.2% des jeunes entre 10 et 18 ans. Néanmoins, cette prévalence est à considérer avec précaution puisqu'il existe des formes subcliniques mais tout aussi préoccupantes.
- Enfin, on trouve des formes incomplètes ou atypiques.

L'adolescence, en tant que période de transformations corporelles et psychiques majeures où le corps est un moyen d'expression privilégié par le jeune, est la période de la vie la plus propice au développement d'un TCA. 60% des adolescents primo-consultants pour un motif de TCA présenteraient une forme sub-syndromique. Néanmoins, l'évolution dans le temps aboutira à un véritable diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie dans les 2 années suivant la première consultation (62).

La psychopathologie des TCA est très complexe et hétérogène entre les individus, tout comme leur retentissement sur le plan corporel. L'indice de masse corporelle de ces sujets varie ainsi de la maigreur extrême à l'obésité morbide, tandis que nombre d'entre eux, en dépit d'un trouble alimentaire qui peut être sévère, présentent un poids normal. Il existe enfin nombreuses formes sub-syndromiques, passant parfois inaperçues. Elles nécessitent cependant une surveillance médicale renforcée. La moitié des diagnostics de TCA sont posés avant l'âge de 20 ans.

En apparence opposés, anorexie et boulimie ont en réalité des caractéristiques similaires, dont, au premier plan, une focalisation sur la nourriture qui devient une obsession. Les jeunes filles – beaucoup plus rarement les jeunes hommes - dont l'avenir apparaît relativement ouvert et prometteur, s'engagent avec acharnement dans un processus destructeur qui peut les conduire jusqu'à la mort, alors-même qu'elles n'aspirent pas à cette issue. « *Mais quand l'anorexique est dans la maîtrise, la boulimique est dans la compulsion* » (258).

De manière simplifiée, les TCA débuteraient chez des individus présentant un ensemble d'éléments prédisposant, à composante psychologique, mais également génétique et neurobiologique. Ces facteurs constituerait un terrain propice à l'expression de ces troubles à la faveur de facteurs déclenchants, qu'il soit heureux ou malheureux (conflit ou séparation familiale, deuil, naissance, déménagement, rupture sentimentale). Au-delà des diverses catégories diagnostiques décrites, l'hétérogénéité de l'expression clinique des TCA est également liée aux particularités dans l'expression symptomatique en fonction de l'âge, du sexe et du contexte socioculturel (62).

Il s'agit d'une pathologie essentiellement psychologique entraînant des conséquences somatiques graves qui, à leur tour, altèrent l'état psychique de l'adolescent(e), favorisant le renforcement et l'auto-entretien du trouble.

Comme pour tous les autres troubles du comportement des adolescents, les TCA comportent une dimension d'autosabotage. Ils peuvent être abordés sous l'angle des conduites d'autodestruction, d'un moyen trouvé par l'adolescent pour exprimer une souffrance psychique à travers son corps, de s'opposer et de retrouver force et maîtrise. Mais ils relèvent également de conduites d'addiction et de dépendance, une addiction paradoxale dans laquelle la

satisfaction provient de la non-satisfaction du besoin. Paradoxe qui se retrouve également dans la relation aux autres, dont ces jeunes ne peuvent ni se nourrir ni se séparer (258).

D'un point de vue psychopathologique en effet, les TCA sont habituellement conceptualisés comme une problématique de l'identité, avec une place centrale attribuée au dysfonctionnement dans les processus de séparation-individuation et d'identification à l'adolescence. Peu à peu, la vie psychique et relationnelle s'organise autour de ce comportement et de sa répétition, devenant « identité de substitution » (113).

La trajectoire du trouble est également très disparate selon les individus. Certaines formes peuvent être rapidement résolutives tandis qu'une partie se chronicise ou alterne entre rémissions de qualité variable suivies de rechutes, notamment à la faveur des événements de vie. Le risque de chronicité à l'âge adulte serait de 30% (62). De façon générale, le taux de complications sur le plan physique, psychique et social augmente avec la durée d'évolution du trouble.

Les troubles du comportement alimentaire sont également caractérisés par un retard diagnostic souvent important. En effet, la banalisation, voire le déni du trouble, souvent autant par le jeune que par sa famille, conduisent à une prise en charge différée qui compromet l'efficacité des actions thérapeutiques mises en place.

Les TCA sont souvent associés à des comorbidités, autant somatiques que psychiatriques. Ainsi, 10 à 42% des diabétiques de type 2 présenteraient un TCA, 12% chez les adolescents diabétiques de type 1 selon Toni et al. (259),

mais on retrouve également MICI, colopathie fonctionnelle, gastro-parésie ou maladie cœliaque particulièrement dans l'anorexie mentale. Les intrications symptomatiques ne sont pas toujours faciles à démêler.

Sur le plan psychiatrique, la symptomatologie alimentaire en elle-même (crise de boulimies, accès hyperphagiques fréquentes notamment) ou son retentissement (désocialisation après une longue durée d'évolution, dénutrition) mais également leur prise en charge (sevrage des crises boulimiques, renutrition vécue comme une contrainte) peuvent générer des symptômes anxieux, dépressifs, obsessionnels etc., qu'il faut savoir différencier de véritables comorbidités. La réalisation d'une anamnèse rigoureuse des troubles et la recherche des antécédents personnels et familiaux peut aider le clinicien à faire la part des choses. A noter que la prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée chez les adolescents souffrant de TCA comparativement aux adolescents de la population générale de même sexe et de même âge. Chez les adolescents de 11 à 18 ans, seraient ainsi retrouvé au moins un trouble (parmi les troubles de l'humeur, le trouble anxieux le trouble de conduite ou la consommation de toxiques) dans 80% des cas (62).

a) L'anorexie mentale

L'anorexie mentale concerne classiquement les classes sociales élevées et moyennes. Dans ses recommandations de bonne pratique de 2010, la HAS a identifié des groupes particulièrement à risque d'anorexie mentale :

- les jeunes filles ;
- les patients avec un indice de masse corporelle (IMC) bas ou élevé ;

- les adolescents consultant pour des préoccupations concernant leur poids, pour des désordres gastro-intestinaux, des problèmes psychologiques ;
- les jeunes filles présentant des perturbations des cycles menstruels, et en particulier une aménorrhée ;
- les danseuses, les mannequins ;
- les sportifs (disciplines esthétiques ou à catégorie de poids, sports valorisant ou nécessitant le contrôle du poids ; disciplines à faible poids corporel tels les sports d'endurance), notamment de niveau de compétition ;
- les sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc.

Le point de rencontre entre toutes ces populations spécifiques se situe dans l'insatisfaction de l'image corporelle. Cette dernière ainsi que les préoccupations concernant le poids favorisent la survenue du TCA.

➤ Description clinique

La description clinique de l'anorexie mentale comme maladie est ancienne, posée par Lasègue et Gull, vers le milieu du 19ème siècle. Au cours de toutes ces années, la terminologie tout comme la caractérisation des symptômes a fait l'objet de controverses. Le DSM 5 la définit actuellement selon 3 critères :

- 1) Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas,

- 2) Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale,
- 3) Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

On distingue par ailleurs deux formes :

- *Type restrictif pur* : Au cours des 3 derniers mois, la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.
- *Type avec accès boulimiques ou hyperphagiques et/ou purgatifs* : Au cours des 3 derniers mois, on note la présence de crises d'hyperphagie/boulimie récurrentes et/ou des épisodes de vomissements provoqués ou autres comportements purgatifs.

Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire d'abord sous la forme d'un régime qui deviendra de plus en plus drastique, parfois jusqu'à l'aphagie. Au contraire des propos que le jeune peut tenir, suscitant souvent la confusion chez sa famille comme chez les soignants, il ne s'agit pas d'une perte d'appétit mais bien d'une restriction volontaire des apports alimentaires sous tendue par une intolérance psychique à l'alimentation. Il existe donc initialement une véritable lutte contre la faim, destinée à apaiser la peur de grossir et à satisfaire le désir de maigrir, puis, dans certains cas, la sensation de faim disparaît progressivement. Ce symptôme est spécifique et son repérage atteste de la composante psychologique du trouble et donc le diagnostic d'anorexie

mentale. En outre, l'anorexie s'accompagne d'attitudes particulières et de rituels face à la nourriture : collection de recettes, tyrannie pour nourrir les autres, triage d'aliments, grignotage de portions infimes, mâchonnements interminables, mélanges alimentaires étonnantes, etc. Les jeunes sont très au fait de la valeur énergétique des aliments et sont souvent obsédés par un comptage des calories qu'ils ingèrent. Enfin, les moments de repas sont l'occasion de conflits et de tensions intrafamiliales majeures. Les parents ont les yeux rivés sur l'assiette de leur adolescent(e) qui, de son côté, négocie pour le moindre aliment.

A la triade symptomatique classique nécessaire au diagnostic, d'autres signes spécifiques doivent être recherché :

- Des stratégies de contrôle du poids : vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques, hyperactivité physique avec négation de la fatigue. Il semblerait que la satisfaction générée par l'amaigrissement serait d'une certaine façon pourvoyeuse d'énergie, entretenant l'hyperactivité. Enfin, on peut retrouver un mérycisme ou une potomanie.
- Une hyperactivité intellectuelle : notamment au travers d'un hyper investissement de la scolarité mais aussi dans les activités de loisirs (lecture, activités culturelles) : Le fonctionnement intellectuel est axé sur une avidité de savoir et de performance, sans réel plaisir à apprendre. La(le) jeune anorexique excelle dans la sphère de la restitution de connaissances plus que dans les domaines engageant la créativité.
- Un changement de comportement avec le développement d'une certaine emprise sur l'environnement familial : L'adolescent(e) peut

développer un surinvestissement dans les tâche domestiques (ménage, cuisine) effectuée plus ou moins compulsivement, de manière rigide et perfectionniste (3). Dans une quête de s'extraire de la dépendance relationnelle dans laquelle il(elle) se sent par rapport à ses proches, l'adolescent(e), par sa symptomatologie anorexique, inverse les rôles, et c'est finalement la famille qui devient dépendante de son bon vouloir. Fort de cette « emprise manipulatrice », le jeune accéder à une l'illusion de contrôle de la sphère affective. En réalité, plus ils(elles) persévère dans cette voie et plus ils(elles) se rendent vulnérables et dépendants(es) des autres. Jusque-là décrit(e) comme sage, obéissant(e) et sans problème, le(la) jeune devient irritable, susceptible et exigeant(e). Les situations de conflits avec les parents se répètent, contribuant à un auto-renforcement de la conduite.

- Un besoin de maîtrise qui s'étend au niveau du corps : Le corps est maltraité, sans conscience de la mise en danger. « *La jeune anorexique est une perfectionniste de la privation* » (260).

L'amaigrissement, conséquence la plus visible de la restriction alimentaire, est souvent le motif de premier recours au soin dans le contexte de l'épisode anorexique. L'inquiétude de l'entourage contraste alors souvent avec l'apparente indifférence, voire le déni de l'adolescent. Une des explications tient en l'existence d'une dysmorphophobie (ou dysmorphie corporelle), qui, généralisée à l'ensemble du corps ou fixée sur certaines zones (joues, ventre, fesses, hanches le plus souvent), amènent le ou la jeune à dénier sa maigreur et à « vouloir » maigrir toujours plus. L'intensité de la perte de poids est variable, parfois massive, elle peut rapidement dépasser les 25% du poids

initial et chez les patients cachexiques, atteindre 50% du poids normale pour l'âge.

L'aspect physique est évocateur mais peut passer longtemps inaperçu car les jeunes anorexiques dissimulent souvent leur corps derrière des vêtements amples : On retrouve une disparition des formes féminines (seins, fesses, hanches), un corps anguleux et décharné, visage émacié, joues creuses, yeux enfouis dans leurs orbites ou encore des cheveux secs et ternes. Les conséquences somatiques sont également nombreuses, affectant notamment les phanères, le système cardiovasculaire, de la thermogénèse, le système digestif ou encore la sphère gynécologique. Le retentissement est par ailleurs visible au niveau biologique (troubles ioniques, hypercholestérolémie, anomalies de la formulation sanguine, hormonologiques...), tandis que l'ostéodensitométrie retrouve fréquemment une diminution de la masse osseuse.

Pour rappel, l'IMC (ou body mass index [BMI]) normal se situe entre 18 et 25 kg/m². Un IMC inférieur à 18 kg/m² est synonyme de maigreur, tandis que le stade de dénutrition est atteint pour un IMC inférieur à 14 kg/m². Le risque de décès est majeur pour un IMC en dessous de 11 kg/m², ce qui concerne 30% des patientes. L'hospitalisation est recommandée lorsque l'IMC se situe en dessous de 13 ou 14.

Il faut également avoir à l'esprit qu'à l'adolescence, la restriction alimentaire entraîne au début qu'une « simple » diminution de la vitesse de croissance pondérale, sans perte de poids en valeur absolue. Il est donc indispensable de se rapporter aux courbes de croissances dans l'évaluation et le suivi de ces jeunes gens.

Il est essentiel que le psychiatre se tienne au courant des résultats de ces bilans et il lui revient d'adapter sa conduite thérapeutique à l'état somatique de la patiente. En effet, débuter une psychothérapie chez une patiente dont les perturbations somatiques majeures affectent le fonctionnement psychique et les capacités cognitives, est dénué de sens voire pourrait être délétère (260).

Sur le plan psychique, le désir éperdu de minceur et la peur de grossir, occupent une part croissante de l'activité mentale. L'amaigrissement procure initialement une illusion de mieux-être. La constatation d'une perte de poids s'accompagne effectivement d'une satisfaction, voire d'un sentiment de triomphe. L'adolescent(e) se désintéresse des échanges avec ses pairs, se replie et s'isole. De même, la sexualité est massivement refoulée, désinvestie. Après une longue période d'anorexie mentale, on peut parfois observer un certain appauvrissement psychique.

La quête obsessionnelle de perte de poids amène souvent les jeunes patients à aller jusqu'à l'épuisement de leurs capacités physiques et intellectuelle avant de reconnaître qu'ils(elles) ont un problème et finalement accepter une aide. Néanmoins, cette demande de soins est souvent très ambivalente et l'alliance thérapeutique très fragile.

➤ Principales comorbidités :

La présence d'une comorbidité psychiatrique serait retrouvée dans 63% des cas, au premier rang desquelles le trouble dépressif, qu'il précède, accompagne ou prolonge l'anorexie mentale. Certains symptômes dépressifs peuvent disparaître avec l'amélioration clinique de l'anorexie, cependant les effets de la renutrition sont inconstants sur l'évolution d'une dépression

indépendante du trouble alimentaire (261). Par ailleurs, si la survenue d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère à l'adolescence doit alerter le clinicien sur la possible évolution vers un trouble bipolaire, cette vigilance doit être particulièrement accrue dans les cas où le trouble de l'humeur s'inscrit dans une histoire d'anorexie mentale puisque les troubles bipolaires seraient 44 fois plus fréquents chez les sujets souffrant d'anorexie mentale qu'en population générale (262) Les troubles anxieux arrivent ensuite, notamment les troubles obsessionnels compulsifs, particulièrement dans la forme restrictive pure, tandis que les troubles de la personnalité sont également courants, particulièrement de type anxieux et notamment la personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive et passive-agressive. Enfin, l'anorexie mentale est maintenant bien connue pour être la pathologie psychiatrique au plus fort taux de létalité suicidaire.

➤ Évolution :

Dans le contexte de l'anorexie, il semblerait qu'un trouble débutant à l'adolescence soit de meilleur pronostic que l'anorexie mentale prépubère où apparaissant à l'âge adulte. Il existe un taux conséquent de mutation catégorielle vers une forme boulimique, qui peut fréquemment constituer une étape vers la guérison. Ce phénomène est le plus important dans les 3 à 5 premières années d'évolution du trouble (62). Néanmoins, les statistiques montrent que, dans 20% des cas, l'anorexie devient chronique, mais l'on attend au moins cinq à six ans de persistance du trouble avant de parler de chronicité. Le risque est plus important chez les jeunes filles dont l'état n'est pas trop alarmant sur le plan pondéral, qui ne vont pas assez mal pour qu'on

impose une hospitalisation ; toujours en proie à de grandes difficultés psychiques, elles stagnent durant des années, avec un corps en souffrance et une vie qui s'appauvrit, malgré une adaptation sociale qui apparaît satisfaisante. Si 70% des anorexiques retrouvent une alimentation et un poids « normaux », la moitié d'entre elles va souffrir de troubles dépressifs, plus proches d'une dépressivité de fond que d'une dépression caractérisée, ou de troubles anxieux, qui génèrent fréquemment un retrait social et, plus tard, professionnel, même chez les sujets jeunes. Enfin, entre 7 et 10% des malades décèdent, la moitié du retentissement physique de la dénutrition, l'autre moitié par suicide – celui-ci concernant majoritairement les anorexies avec accès de boulimie (113,117).

➤ Particularité de l'anorexie mentale du garçon :

L'anorexie masculine est rare mais la plupart des auteurs suggèrent une sous-évaluation de sa prévalence, car peu d'études en population générale ont été menées. Selon la plupart des études internationales, l'anorexie mentale du garçon représente entre 5 et 10% des cas. Dans les échantillons de population générale, les hommes présentant des troubles du comportement alimentaire auraient plus de comorbidités psychiatriques (263). Une étude française montre que, chez les garçons, le début des troubles se situe en moyenne entre 12 et 19 ans, avec des formes restrictives plus rares que chez les jeunes filles. On retrouverait par ailleurs plus fréquemment un surpoids ou une obésité pré morbide, dans 50% des cas. L'aménorrhée est remplacée par la perte de la libido et de l'érection, avec en parallèle une diminution du taux de testostérone. L'hyperactivité physique prédomine sur l'investissement

intellectuel. Certains auteurs ont fait état d'un trouble de l'image du corps de nature différente de celui de la fille. Une partie de ces garçons déploreraient plutôt de ne jamais se sentir assez musclés. Leur anorexie est ainsi soutenue par un désir de perdre de la graisse pour obtenir un corps idéal. Il existerait un lien entre l'anorexie mentale masculine et un trouble de l'identité sexuée (264).

b) **La boulimie**

Elle fut décrite par Wulf en 1932, initialement dénommée « bulimia nervosa ». Elle se caractérise par des accès de « frénésie alimentaire », associés à un sentiment de perte de contrôle au cours de l'épisode et à une image du corps perturbée et douloureuse sous-jacente à une crainte intense de grossir. Le DSM exige la fréquence d'au moins un épisode boulimique par semaine, sur une période au moins trois mois pour poser le diagnostic. Au-delà du critère de fréquence des crises, le diagnostic de boulimie prend en considération le vécu pénible et imposé de la crise, tandis que le patient a conscience du caractère anormal de son comportement avec la nourriture. Il existe en général une stratégie de contrôle du poids associée, le plus souvent, des vomissements provoqués.

➤ Clinique :

Le trouble boulimique est à distinguer des accès alimentaires, très fréquents à l'adolescence et temporaires. Ceux-ci répondent souvent à une sensation impérieuse de faim à laquelle le jeune apporte une réponse alimentaire adaptée, ingérant des aliments appréciés. L'hyperphagie-grignotage consiste en des prises alimentaires en petite quantité de façon étalée sur la journée et

en dehors des repas. Elle relève de mauvaises habitudes alimentaires. Dans ces deux cas, il n'existe pas de sentiment de perte de contrôle de la prise alimentaire, de vécu culpabilisant associé ni de comportement compensatoire. Dans le trouble boulimique, la nourriture choisie est en général hautement calorique. La volonté d'engloutir prime et le goût des aliments peut être secondaire, voire totalement indifférent. Au maximum, on parle d'*« état de mal boulimique »* lorsque les accès se répètent plusieurs fois par jour. L'ingestion a lieu le plus souvent à distance des repas, souvent lors de moments de solitude, à l'abri des regards. L'après crise et les éventuels vomissements provoqués s'accompagnent de sentiments de honte, de culpabilité et de dégoût de soi. Enfin, cet état psychique peut s'accompagner de douleurs physiques abdominales violentes. En dehors des vomissements, les jeunes filles peuvent recourir à différentes stratégies inappropriées de contrôle du poids : restriction alimentaire, sauts de repas voire jeûne, exercice physique, achat de compléments alimentaires d'amaigrissement, consommation de tabac ou encore abus de laxatifs ou de diurétiques avec la dangerosité que ces conduites comportent.

A l'instar des patients(es) anorexiques, les jeunes boulimiques présentent un envahissement psychique autour des questions du poids, de l'image corporelle, ainsi qu'autour de la nourriture. Concernant la sexualité, on peut observer une absence d'intérêt autant qu'une hyperactivité sexuelle avec multiplicité des partenaires sexuels plus ou moins associée à d'autres conduites à risque.

La présentation la plus fréquente est celle de la forme compulsive normopondérale évoluant par accès avec vomissements provoqués. Des travaux auraient révélé l'existence, chez l'adolescent, d'une association entre

l'utilisation inappropriée de stratégie de contrôle du poids et l'obésité. De même, la restriction alimentaire et les comportements de contrôle du poids inadaptés (vomissements, emploi de laxatifs ou de diurétiques) seraient prédictifs d'une évolution vers l'obésité et les TCA cinq ans plus tard chez des adolescents (265,266).

Enfin, les formes mixtes d'anorexie/boulimie sont très fréquemment retrouvées. En effet, 50% des anorexiques ont été, sont ou seront boulimiques à un moment donné. Ces formes mixtes rappellent les liens psychopathologiques entre les deux troubles.

Il existe pour ce trouble également des formes masculines, considérées comme plus sévères ; elles relèvent parfois d'un trouble de l'identité sexuée.

De même que dans l'anorexie, le diagnostic est souvent établi tardivement, en raison du grand sentiment de honte habitant ces jeunes filles qui dissimulent leurs troubles et leurs conduites pendant des années.

Le contexte familial semble différer de celui fréquemment retrouvé autour de la patiente anorexique. Les antécédents psychiatriques familiaux sont plus fréquents (alcoolisme, dépression maternelle, suicide). Les relations interindividuelles au sein de la cellule familiale apparaissent souvent plus conflictuelles, avec parfois des ruptures de liens brutales. Toutefois, d'autres familles semblent apparemment sans problème, masquant parfois néanmoins, des tensions non verbalisées. Comme chez l'anorexique, la problématique relationnelle est souvent centrale (116).

➤ Comorbidités psychiatriques :

Les jeunes femmes souffrant d'un trouble boulimique présentent une propension particulière aux passages à l'acte (tentatives de suicides, colères...). Il existe parfois d'autres conduites compulsives telles que la kleptomanie, axée ou non sur la nourriture. Des comorbidités addictives sont fréquemment associées : médicaments, alcoolisations, toxiques divers... Certains auteurs, inscrivent la boulimie dans une pathologie de la dépendance, telle une véritable « toxicomanie alimentaire » (267). Des troubles de la personnalité sont plus fréquemment retrouvés dans les formes mixtes anorexie/boulimie et relèvent des personnalités émotionnellement labiles : borderline, histrionique, narcissique, antisociale. Une dépression comorbide serait souvent retrouvée mais peu d'études concernent spécifiquement les adolescents de moins de 18 ans.

c) **Hyperphagie boulimique ou « binge eating disorder »**

Il est individualisé en tant que TCA depuis la parution du DSM 5 en 2013, avec deux particularités :

- Les crises d'hyperphagie surviennent de façon récurrente, avec sensation subjective et manifestations comportementales d'une perte du contrôle du comportement alimentaire, et souffrance marquée liée aux crises ;
- Le sujet n'a pas recours de façon régulière aux comportements compensatoires inappropriés qui caractérisent la boulimie et il n'y a donc pas de stratégie de contrôle de poids.

Par ailleurs, au moins 3 des 5 caractéristiques suivantes doivent être retrouvées :

- Une ingestion alimentaire beaucoup plus rapide que la normale

- Absorption d'une grande quantité de nourriture en l'absence de sensation de faim
- La prise alimentaire ne s'arrête que lorsque survient une sensation pénible de distension abdominale
- Une prise alimentaire qui se fait à l'abri des regards en raison d'un sentiment de honte de manger autant
- Un sentiment de dégoût de soi, de culpabilité et des affects négatifs à l'issu de l'épisode.

Ces épisodes d'hyperphagie surviennent en moyenne au moins un jour par semaine, pendant une période d'au moins trois mois. En général, les sont précédés d'une intense sensation de manque. La durée d'une crise hyperphagique peut varier considérablement et de nombreux sujets ont du mal à distinguer les crises dans leur comportement boulimique. Nombreux sont les sujets qui mangent toute la journée sans faire de vrais repas. Il s'agit donc pour certains d'une surconsommation continue en journée plutôt que de crises. Certains patients évoquent des expériences d'allures dissociatives lors de leurs crises.

Le trouble hyperphagique peut être le corolaire d'états dysphoriques (dépression) ou de troubles anxieux. Des chercheurs ont pu suggérer que l'hyperphagie boulimique pouvait être une stratégie inadaptée pour faire face à des états d'esprit négatifs (tristesse, ennui, agitation...).

Initialement décrit chez l'adulte, ce trouble n'épargne toutefois pas les enfants et les adolescents, bien que les critères diagnostiques à ces âges soient discutés. Les critères diagnostiques dans ces tranches d'âge restent cependant

controversés. Certains auteurs insistent sur la quantité d'aliments consommés, d'autres priorisent la perte de contrôle ou encore la prise alimentaire malgré l'absence de sensation de faim. Finalement, sur la considération que dans cette étape précise du développement caractérisée par des poussées de croissances itératives, les jeunes peuvent parfois subir des fringales les amenant à se livrer à des consommations importantes de nourriture, il a été suggéré que le critère d'alimentation « perte de contrôle » soit le marqueur le plus saillant du BED dans cette phase de développement particulière.

Bien qu'il s'agisse de documents anciens, des recherches effectuées au niveau internationales en 2020 ont rapporté que 26% des adolescentes et 13% des adolescents ont connu un épisode d'hyperphagie boulimique au moins une fois au cours des 12 derniers mois et que les symptômes subcliniques de l'hyperphagie boulimique peuvent être associés à un risque plus élevé de développer une hyperphagie boulimique constituée ultérieurement et/ou d'autres difficultés d'ordre psychologique, y compris une plus faible estime de soi et une plus grande insatisfaction corporelle. A noter également que le critère de fréquence nécessaire au diagnostic de l'hyperphagie boulimique dans le DSM 5 n'est fréquemment pas rempli chez l'adolescent en comparaison aux adultes. Il est néanmoins important pour le clinicien de prendre en considération ces formes subsyndromique de bing eating disorder majoritaire chez le jeune (268).

Certains auteurs perçoivent le comportement alimentaire de l'adolescent hyperphagique comme étant largement influencé par la manière dont, nourrisson puis enfant, il a d'abord été nourri (notion de *feeding disorder*) puis s'est nourri lui-même. Toute difficulté ressentie par le nourrisson (frustration

trop longue, non adéquation des soins maternels) pourrait amener à une intense activité orale compensatrice susceptible de se fixer et de devenir, chez l'enfant plus grand, un véritable mode de régulation des tensions internes. Dans cette optique, l'on perçoit que tout conflit psychique à l'adolescence puisse induire d'intenses mouvements régressifs au stade oral du développement à l'époque satisfaisante où la prise d'aliments réduisait toute tension (Soulé M., 1967).

Comme les autres troubles alimentaires, il a été démontré que l'hyperphagie boulimique, y compris dans sa forme subclinique, affecte de manière significative le fonctionnement social et familial, altère la qualité de vie ainsi que le rendement scolaire et professionnel, tout en étant associée à une estime de soi négative. Par ailleurs, la présence d'une hyperphagie boulimique à l'adolescence serait un facteur prédictif important d'un large panel de difficultés en santé mentale à distance. La plupart des travaux ont montré des associations prospectives avec les troubles internalisés, en particulier dépressifs (environ 45% des adolescents présentant un BED), l'anxiété et les symptômes de détresse (qui toucheraient environ un tiers des adolescents souffrant de BED). La consommation de substances semble également affecter un quart des sujets souffrant de BED.

Enfin, si les études manquent dans ce domaine, les adolescents souffrant de BED, y compris sous une forme subclinique (SBED), auraient plus fréquemment des idées suicidaires voire passeraient à l'acte plus souvent que les adolescents sans trouble alimentaire. On trouverait des idées suicidaires chez environ 30% des adolescents souffrant de BED et 20% chez ceux présentant un SBED, tandis que la fréquence des tentatives de suicide

retrouvée en moyenne par les études est de 15% et 5% respectivement. L'existence de davantage de comportements autodestructeurs chez les adolescents souffrant de BED a également été mise en évidence (269).

La recherche internationale a tenté de mettre en évidence l'étiopathogénie complexe du BED. Il semble sous-tendu par un mécanisme multifactoriel, dans lequel interagissent des variables biologiques (en particulier, la prédisposition génétique familiale et les processus épigénétiques), psychologiques (comme les tendances perfectionnistes et impulsives, les symptômes dépressifs, les préoccupations relatives au poids et à l'alimentation, ou l'insatisfaction corporelle), et les facteurs de risque environnementaux, notamment les influences parentales sur le comportement alimentaire de l'enfant, la psychopathologie parentale ainsi que des expériences négatives précoces. Parmi les facteurs de risque individuels, il a également été rapporté que la restriction alimentaire, des habitudes alimentaires généralement rigides et un contrôle du poids inadapté sont des facteurs de risque significatif pour l'apparition du BED. Enfin, un rôle important serait joué par l'influence des pairs dans la genèse et/ou l'entretien du BED, tout comme les influences culturelles (en particulier des standards valorisant un idéal de minceur et l'insatisfaction corporelle qui en résulte) (270).

4.2.6. Spécificités cliniques dans les psychoses

La schizophrénie de l'individu jeune et de l'adulte répond aux mêmes critères diagnostiques. Mais la survenue de symptômes psychotiques à l'adolescence a des spécificités qui font toute la difficulté des diagnostics psychiatriques à cette période de la vie et l'intérêt d'en individualiser l'étude.

Le niveau de fonctionnement dans le milieu scolaire ou les loisirs, par exemple, doit être évalué avec prudence. En effet, il est parfois difficile de distinguer des troubles de début insidieux, du cours évolutif d'un autre trouble du développement ou de troubles de la personnalité, sans omettre de tenir compte des facteurs culturels, développementaux et intellectuels, avant de pouvoir prétendre à une description symptomatique pertinente. Par ailleurs, il n'est pas rare que les symptômes psychotiques soient plus trompeurs, avec prédominance de signes psychotiques d'allure négative. Dans certains cas, cela aboutit à ce que le trouble ne soit identifié qu'à l'occasion de conduites pathologiques en rapport. Le risque suicidaire doit être tout particulièrement redouté car la rencontre des symptômes psychotiques avec la tendance à l'agir, fréquente à l'adolescence, augmente considérablement l'incidence des conduites à risques et des troubles du comportement divers. Le risque suicidaire est particulièrement accru dans la première année d'évolution du processus psychotique caractérisé, après le premier événement aigu. Il n'est malheureusement pas rare que la tentative de suicide soit inaugurale ou révélatrice de symptômes antérieurement négligés.

La présence concomitante de troubles affectifs peut conduire à poser le diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble schizo-affectif. Une dimension catatonique quant à elle, renvoie à une suspicion organique plus forte.

Krebs résume les principales dimensions cliniques de l'épisode psychotique du jeune individu, telles que :

- *Des symptômes dits « positifs », débutant souvent par des idées délirantes de référence et de persécution. Les hallucinations, surtout*

auditives, apparaîtraient ensuite, avec ou sans syndrome d'influence ou d'automatisme mental.

- *Une détérioration cognitive* avec un syndrome de désorganisation s'exprimant par exemple au travers de trouble du cours de la pensée, des comportements bizarres.
- *Des symptômes « négatifs »* constitués le plus souvent d'un retrait social, manque de motivation, une pauvreté affective ou des affects inappropriés.

Néanmoins, l'ensemble des symptômes est rarement présent chez un individu donné, faisant toute l'hétérogénéité de ce syndrome. En fait, bien souvent, seule l'évolution permet de confirmer le diagnostic, en gardant à l'idée qu'à l'adolescence, les troubles psychiques en apparence les plus graves ont une potentialité évolutive imprévisible. Leur réversibilité complète, comme leur aggravation péjorative, est possible. C'est dire l'importance d'agir de façon précoce et adaptée, afin de tenter d'interrompre ou de ralentir le processus. L'enjeu est majeur lorsqu'on considère que la maladie psychotique réduit la durée de vie de 22 ans en moyenne (271).

Dans la pratique clinique, plusieurs profils cliniques de troubles psychotiques de l'adolescent sont reconnus (272) :

- Schizophrénies typiques : identiques aux formes adultes, les symptômes positifs sont en général prédominants, avec hallucinations et/ou délires. En comparaison avec l'adulte néanmoins, un contact émotionnel plus fréquemment conservé, tandis que la réticence est moins grande à parler

de leurs symptômes. Une plus faible proportion présente des symptômes négatifs prédominants

- Schizophrénies compliquant un tableau pré morbide de troubles du spectre autistique : Il s'agit plutôt de formes moins sévères ou des « troubles envahissants du développement non spécifiés »
- Schizophrénie avec co-occurrence de symptômes psychotiques et affectifs : Ce groupe est plus hétérogène avec plus d'instabilité diagnostique au cours de l'évolution de la maladie. Parfois les symptômes initiaux suggèrent un diagnostic de schizophrénie, mais la maladie pourra également évoluer rapidement vers des troubles de l'humeur. Certains patients présentent d'emblée un tableau dépressif ou maniaque avec symptômes psychotiques.
- Symptômes psychotiques atypiques sur un terrain de troubles anxio-dépressifs : L'anamnèse comporte souvent des éléments traumatisques (harcèlement scolaire, maladie chronique de l'enfant, deuils dans la famille, abus). La symptomatologie psychotique peut être rapidement résolutive une fois le contexte traumatisique jugulé
- Troubles psychotiques atypiques (symptômes atténués) : Les adolescents concernés ne remplissent pas les critères diagnostics des autres types de psychoses. Il existe des symptômes psychotiques ou de désorganisation à minima, qui tendent parfois à s'aggraver au cours de l'année qui précède le début des premiers symptômes constitués.
- Troubles psychotiques induits par une substance : Ils surviennent en cas d'intoxication ou de sevrage. D'une durée courte, ils se différencient des

troubles du spectre de la schizophrénie, qui persiste sur une plus longue période. Près de 60% des sujets ayant fait un premier épisode psychotique ont consommé du cannabis au moins une fois lors des 12 derniers mois et plus de 50% ont un usage abusif

- *Episodes psychotiques aigus brefs des sujets états limites* : au moment des épisodes d'angoisse intense, souvent à type de déréalisation et dépersonnalisation
- *Troubles psychotiques dans un contexte d'organicité* : 3% des troubles psychotiques peuvent émerger au cours de l'évolution d'un certain nombre de maladies : métabolique, génétique, neurologique. La découverte de l'étiologie de ces troubles psychotiques permet parfois la rémission après l'introduction d'un traitement spécifique, non antipsychotique. On peut citer le déficit en folates ou l'augmentation de l'homocystéine qui peuvent être corrigés par une supplémentation, ou encore la maladie de Wilson, rare, mais qui bénéficie d'un traitement spécifique curatif.

➤ **Enjeux diagnostiques et repérages : l'entrée dans la psychose**

A l'image du cancer, c'est aujourd'hui une conception en stades qui est appliquée aux troubles du spectre de la schizophrénie, considérés comme un processus dynamique neuro-développemental, fait d'une succession de stades

- *Etat de vulnérabilité* : asymptomatique, présence de facteurs génétiques (système dopaminergique notamment) et environnementaux (stress,

maltraitance, cannabis, infection périnatale...) constituant un terrain favorisant l'éclosion du trouble.

- Phase pré morbide : peu traduite sur le plan symptomatologique, il semble que l'enfance soit néanmoins plus fréquemment marquée de difficultés psychopathologiques (Trouble oppositionnel avec provocation, TDAH, trouble anxieux, dépression, tendances obsessionnelles...). On retrouve également plus souvent des difficultés de socialisation, des tendances agressives, perturbatrices, des comportements de retrait par rapport aux pairs.

L'existence de difficultés cognitives au sens large doit interpeler également. Enfin, il peut exister un retard au franchissement des étapes du développement (continence, marche, position assise) ou encore des troubles de la coordination, séquences de mouvements complexes, réflexes développementaux, etc. (Dr Chambry, conférence d'Antibes sur les psychoses émergentes, 2018)

- Stade prodromique : avec symptômes « de base » (cf infra) et symptômes psychotiques atténués, devenant de plus en plus significatifs, sous forme de BLIPS (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms), c'est-à-dire des épisodes psychotiques très brefs
- Premier épisode ou psychose « débutante » ou « émergeante » : défini comme la persistance des symptômes psychotiques constitués durant plus d'une semaine, sans résolution spontanée.
- Phase chronique : avec ses récurrences.

Stades de progression des troubles psychotiques

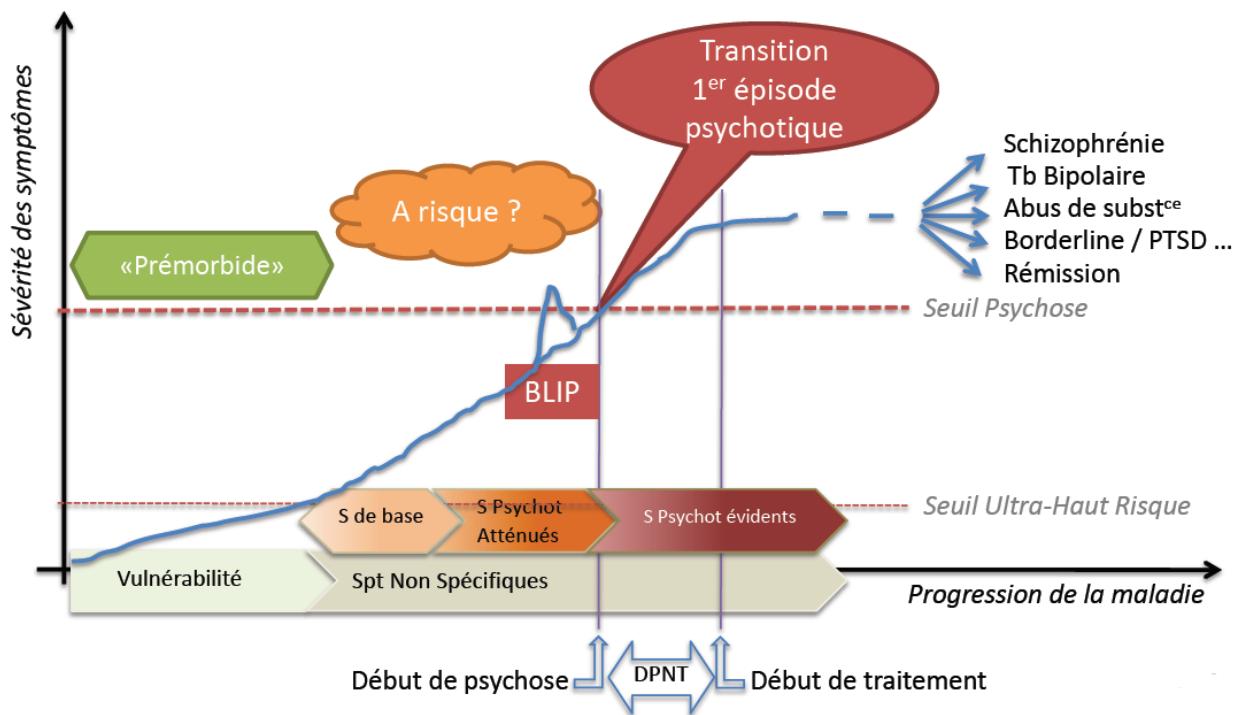


Figure 5: Modèle progressif de développement des troubles psychotiques selon Krebs (68).

L'âge de survenue de la première décompensation psychotique étant le plus souvent compris entre 15 et 25 ans, du point de vue de la psychose, la principale caractéristique de l'adolescence est qu'elle marque généralement le passage des symptômes pré morbides aux prodromes, puis des prodromes à la maladie déclarée.

On entend par « psychose débutante » ou « psychose émergeante », l'association d'une phase prodromique (lorsqu'elle existe) au premier épisode psychotique et à sa rémission. On oppose la psychose débutante à la phase chronique de la maladie avec ses récurrences.

Cependant, dans une vision prospective, l'évolution n'est en rien inéluctable et le passage d'un stade à un autre ne concerne qu'une partie des individus. Afin de rendre compte de cette incertitude, le terme d' « état mental à risque » (EMR) est employé pour désigner les personnes qui présentent des symptômes (potentiellement) prodromiques d'une maladie psychotique. On estime qu'en moyenne 22 à 38% des patients EMR développeront un trouble psychotique dans les 3 ans (273). L'état mental à risque renvoie donc à une notion prospective probabiliste pour un individu de développer ultérieurement un trouble psychotique. L'apparition d'autres dimensions cliniques au cours de l'évolution vers le 1er épisode psychotique permettra ou non de poser plus précisément le diagnostic catégoriel de schizophrénie, selon les critères du DSM - 5. Ces signes supplémentaires peuvent au contraire orienter vers une des entités énumérées plus haut, occasionnant des expériences psychotiques chez l'adolescent (trouble bipolaire, état limite, PTSD...).

Ainsi, l'étude d'ensemble des psychoses délirantes aigues fait apparaître que, parmi les sujets ayant transité vers la phase psychotique, 73% développent un trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique, 11% un trouble de l'humeur (274).

La phase prodromique est de durée très variable, de quelques semaines à plusieurs années. Les individus en phase prodromique ne présentent pas de symptômes psychotiques florides mais sont caractérisés par des modifications comportementales et fonctionnelles sans les critères diagnostiques de psychose. Peuvent parfois apparaître des éléments psychotiques spécifiques atténués pouvant déjà causer un retentissement fonctionnel. Le fonctionnement du sujet est souvent de type schizoïde ou schizotypique.

L'apparition des premiers changements est souvent imperceptible ainsi que la transition graduelle entre symptômes non psychotiques et symptômes franchement psychotiques.

D'après les études sur les premiers épisodes, plusieurs symptômes seraient particulièrement avant-coureurs de la schizophrénie :

- Détérioration du fonctionnement, apathie, chute des résultats scolaires, asthénie ;
- Changements fréquents de travail ou de domicile ;
- Changements de la personnalité de base (tel le cas d'un adolescent d'ordinaire jovial qui se replie sur lui-même et qui évite les occasions de rencontrer des gens) ;
- Tendances à se sentir persécuté, hostilité inattendue ;
- Dépression et/ou anxiété, insomnie, agitation ou nervosité ;
- Difficulté à se concentrer ou à penser de manière cohérente ;
- Abus d'alcool et/ou d'autres drogues ;

Dans la phase prodromique, la spécificité des symptômes est assez faible et plusieurs évolutions sont possibles : rémission, schizophrénie, troubles bipolaires, dépression, troubles anxieux, addictions, troubles de personnalité, la spécificité des symptômes ne devenant plus claire que pour les tableaux constitués, cibles des soins habituels. Enfin, l'attention apportée à ces signes, à juste titre, ne doit pas faire oublier que, ainsi que le soulignent Marcelli et Braconnier, « de nombreux signes considérés comme prodromiques du trouble psychotique majeur, la schizophrénie, se rencontrent également de façon significative dans une population d'adolescents normaux. C'est toute la

distinction entre la question de la crise d'adolescence et la réalité du développement d'une pathologie psychotique » (267).

Dans une enquête sur la Santé Mentale des jeunes réalisée pour la Fondation Pierre, était retrouvé que, sur le panel de 300 jeunes interrogés pour chaque expérience « psychotique », 2 à 4% des jeunes répondaient avoir ressenti ces signes souvent au cours des trente derniers jours, 10% ressentant au moins l'un de ces symptômes (275). Ces chiffres sont tout à fait concordants avec des enquêtes réalisées à l'étranger et soulignent la fréquence de ce type de signes/symptômes dans cette tranche d'âge, ainsi que la pertinence de développer des outils standardisés pour les détecter, que nous présenterons plus loin (272).

Les symptômes évocateurs sont plus ou moins évidents dans les mois ou années précédant la première décompensation franche. Néanmoins, un début brutal de la maladie, sous forme de « bouffée délirante », ne survient que dans 35 à 45% des cas. Il a en effet été montré que, quatre ans avant la première décompensation, des symptômes psychotiques atténus ou transitoires sont présents et auraient pu être repérés dans de nombreux cas, notamment chez les jeunes et particulièrement les garçons.

Malheureusement, encore plus que les symptômes psychotiques caractérisés, ils sont encore trop souvent retrouvés trop tardivement, de manière rétrospective à l'occasion de la prise en charge initiée après la première décompensation. L'impact de ce délai est dommageable pour le patient puisque tout retard de prise en charge se traduira potentiellement par :

- Un risque majoré de suicide, de dépression ou de passage à l'acte suicidaire ;
- Un risque majoré de conduites addictives (40% des patients consomment des toxiques) ;
- Une aggravation des troubles cognitifs ;
- L'augmentation des troubles du comportement et de perturbations sociales graves ;
- Une moins bonne réponse au traitement, rémissions plus lentes, moins complètes ;
- Une moins bonne adhésion au traitement, plus de rechutes ;
- Un risque de rupture familiale et/ou affective ;
- Un risque majoré d'interruption de la scolarité ou de la formation professionnelle ;
- Un risque de licenciement et de chômage prolongé (276,277) ;

Pourtant, dès la phase prodromique, peut s'effectuer une intervention préventive qui réduit le risque de transition vers la psychose ou, le cas échéant, la sévérité d'un trouble psychotique s'il venait à se révéler. Néanmoins, les études ont montré que le pronostic des sujets à haut risque reste en dessous de celui des contrôles sur le long terme, même lorsqu'ils ne font pas de transition psychotique (278). Par ailleurs, l'intérêt de cette intervention précoce en terme médico-économique a également été démontré par la London School of Economics (279).

La rapidité de prise en charge du premier épisode psychotique peut être mesurée par la « *durée de psychose non traitée* » (DPNT), ou « *Duration of Untreated Psychosis* » (DUP). Il s'agit de l'intervalle de temps qui sépare

l'apparition des premiers symptômes psychotiques francs et l'initiation d'une prise en charge psychiatrique adéquate. Il est aujourd'hui bien admis que la durée de psychose non traitée est inversement corrélée au pronostic fonctionnel. Une DPNT inférieure à 6 mois est considérée comme un facteur de bon pronostic. Il a été suggéré que la réduction de la DPNT permettrait de limiter les processus déficitaires neurobiologiques en prévenant la progression des symptômes négatifs (280). Cela appuie encore d'avantage l'intérêt d'intervenir précocement, étant donné l'efficacité limitée des traitements actuels sur l'évolution déficitaire en dépit de l'impact majeur des symptômes négatifs sur l'individu et son entourage.

La DNPT serait actuellement de 1 à 2 ans, alors que la durée de la phase prodromique précédant le premier épisode serait estimée à 5 ans dans 75% des cas. Ciblant cette durée de psychose non traitée, des centres de détection et d'intervention précoce ont vu le jour dans d'autres pays et ont démontré leur pertinence dans la prise en charge optimale des situations à risque de psychose et des premiers épisodes. La France accuse un retard dans la mise en place de ces structures, à l'exception de quelques centres dont le Centre d'Evaluation pour Jeunes Adultes et Adolescents (C'JAAD) à l'hôpital Sainte-Anne (281). Néanmoins, un nombre croissant de professionnels se forment, y compris auprès d'homologues étrangers qui ont initié ce mouvement.

➤ **En quoi consiste la détection précoce ?**

La détection précoce s'intéresse à identifier et suivre les personnes qui risquent de développer un trouble psychotique dans un futur proche, donc les sujets EMR (on parle d' « état mental à risque »), en repérant les premiers

symptômes, communément appelés « symptômes prodromiques ». A défaut d'un « diagnostic clinique » de certitude, il est nécessaire de réaliser un « diagnostic de situation » incluant un faisceau d'éléments pertinents collectés par le praticien auprès du patient et de son entourage (éléments anamnestiques, cliniques somatiques, cognitifs, biologiques, environnementaux...) et d'adapter la prise en charge aux difficultés repérées. La question des modalités de prise en charge de ces formes très précoces, qui ne relèvent pas d'un diagnostic défini et dont on ne connaît pas le devenir, reste à l'étude encore aujourd'hui. Les travaux au niveau international ont montré qu'une prise en charge intégrée pluridisciplinaire permet de limiter les risques de complications, d'améliorer le pronostic et l'engagement dans les soins. L'accent est placé sur le maintien dans le milieu habituel.

Les symptômes prodromiques sont aujourd'hui bien répertoriés et il existe des outils pour en faciliter le repérage, permettant ainsi de déterminer si la personne répond aux critères d'état mental à risque.

❖ **La CAARMS (Comprehensive Assessment of Risk Mental State):**

Proposée par Yung et al. sous forme d'entretien semi-dirigé, elle est l'outil de référence pour distinguer, entre 14 et 30 ans, les individus à « très haut risque » de premier épisode psychotique dans les 2 ans.

Le patient est questionné sur des pensées ou des perceptions qui sont ensuite évaluées par l'interviewer selon 4 critères (sévérité du symptôme ciblé, fréquence, retentissement fonctionnel et association ou non à une substance)

La détermination du risque de transition psychotique s'appuie sur la sous-échelle « symptômes positifs ». Les autres sous-échelles permettent une évaluation globale de la psychopathologie.

Traduite et validée en français par M.O Krebs en 2014, la CAARMS est à ce jour l'outil de repérage des états mentaux à risque le plus utilisé dans la recherche car elle permet une comparabilité inter-études. Elle caractérise de façon standardisée le stade évolutif des phases précoces de troubles psychotiques.

Une méta-analyse réalisée en 2012 par Fusar-Poli a retrouvé un taux de transition psychotique d'environ un tiers à trois ans chez les sujets considérés comme à ultra haut risque après évaluation par la CAARMS (282).

❖ **Le « questionnaire des prodromes » (Prodromal Questionnaire) :**

Sous forme d'auto-questionnaire, il a été élaboré dans une version longue à 92 items en 2005 puis réduit à 16 items aujourd'hui, sous l'intitulé **fPQ16**. Celui-ci se présente sous forme de questions à réponses fermées de type « vrai » ou « faux », chaque réponse affirmative étant associée par le sujet à un score de gêne liée au symptôme, de 0 à 3.

Dans son étude de validation du fPQ16 contre la CAARMS, Lejuste et al. concluent qu'il s'agit d'un outil performant de *screening*. A la fois court, spécialisé, facile et rapide à remplir par les jeunes consultants, sa diffusion auprès de professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, pourrait permettre d'améliorer le dépistage des situations à risque évoluant à bas bruit (283).

D'autres approches existent et ont développé leurs propres outils psychométriques, non validés en français, de passation longue et nécessitant une formation :

- ❖ **Le Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS), le Scale Of Prodromal Symptoms (SOPS)** : Outils déclinés de l'approche dite des « symptômes psychotiques atténués », recherchant la présence de délire, d'hallucinations, ou de désorganisation conceptuelle à minima.
- ❖ **Le « Schizophrenia Proneness Instrument Adult-version » (SPI-A)** : Il détecte les « symptômes de base de Huber ». Ceux-ci englobent des perturbations neuropsychologiques subtiles et subjectives touchant la pensée, la parole, la mémoire, la perception et l'action (par ex. interférence de la pensée, perturbation de la compréhension du langage, expériences de déréalisation, perturbations perceptuelles) (284).

➤ **L'intervention précoce :**

L'intervention précoce suit l'identification la première identification de signes psychotique chez le sujet :

- Lors de l'évolution d'un jeune suivi dans le cadre d'un « état mental à risque » depuis la phase prodromique ;
- Lors de la première crise psychotique qu'on aura détectée précocement ;

L'objectif de l'intervention précoce de promouvoir l'engagement des sujet détectés comme à risque et proposer rapidement une évaluation pluridisciplinaire spécifique de sa situation (cognitivo-comportementale, familiale, socio-éducative, professionnelle, etc.) afin de prendre des mesures optimales visant à contrer l'évolution de la maladie. Les interventions les plus

intensives sont celles requises au cours de la première année après un épisode aigu de psychose. Loin de se limiter à un traitement médicamenteux, elles visent à contrecarrer les facteurs de risque environnementaux et liés au mode de vie qui favoriseraient la conversion, tout en minimisant l'impact de la maladie et des soins, notamment en limitant la stigmatisation et en misant sur la réhabilitation.

Pour se faire, il est essentiel de coupler à la formation des professionnels de première ligne la mise à disposition d'outils facilitant le repérage des sujets les plus fragiles, secondairement complétés par une meilleure diffusion des pratiques de soins y compris les thérapies psycho comportementales parmi les spécialistes (285,286).

Les unités de soins d'urgence et les unités de soins en santé mentale attachées aux hôpitaux doivent également être formées afin de non seulement reconnaître les signes avant-coureurs de la schizophrénie, mais aussi de minimiser le traumatisme de la première crise psychotique chez une personne malade qu'ils sont les premiers à prendre en soins (287).

Les cibles d'intervention à viser particulièrement sont : un travail de résilience au stress, la recherche et le traitement d'une comorbidité ou encore le sevrage en toxiques, tous ayant des impacts neuronaux délétères sur un cerveau déjà vulnérable sur le plan neuro-développemental. Enfin, la promotion de l'intégration sociale et le travail des cognitions sociales ont toute leur importance puisque l'isolement social est un facteur de risque de conversion, qui interagit avec le stress et la cognition sociale en les exacerbant. En outre, l'isolement social peut être en partie attribué à des troubles de la cognition sociale qui, elle-même, aggrave ou provoque des symptômes positifs (tels que

les délires et la paranoïa dus à une fausse attribution) et des symptômes négatifs (tels que le retrait social et l'apathie).

Par conséquent, une amélioration de la cognition sociale pourrait favoriser l'intégration sociale et réduire la progression vers la schizophrénie.

Plusieurs obstacles majeurs s'opposent à l'intervention précoce :

- Le premier est de **reconnaître qu'il existe un problème**. En effet, il est courant que les personnes subissant leur première décompensation psychotique n'aient pas de diagnostic posé et ces personnes malades restent donc sans traitement pendant plusieurs années. La clinique de la maladie débutante, hétérogène et peu spécifique, pose des difficultés d'identification. Celle-ci est d'autant plus difficile que le processus psychotique se développe sur un mauvais fonctionnement pré-morbide, selon un mode insidieux et/ou au travers d'une symptomatologie négative prépondérante. La peur et les représentations du jeune, de sa famille, la rationalisation des comportements étranges voire la projection sur une autre cause, peuvent éloigner le patient des soins. Parfois, le repli sur soi a entraîné une rupture de contact du jeune avec sa famille, empêchant les proches de percevoir les symptômes. Le patient, du fait d'un défaut d'insight et de son aboulie, peut lui-même négliger le problème. Enfin, malgré qu'il ait conscience du caractère inhabituel de son expérience, il est courant que le jeune décide de garder cela pour lui voire le dissimule activement. La stigmatisation de la psychiatrie, de ses patients et ses acteurs de soins ne l'encourage pas non plus à confier sa symptomatologie, ce qui soulève l'intérêt d'actions publiques envers cette cause.

- Le deuxième obstacle à l'intervention précoce réside dans l'**acceptation du problème** : En effet, ne pas vouloir, ou pouvoir, accepter le problème ne

permet pas de garantir une bonne observance du traitement, pourtant indispensable pour contrôler la maladie. Dans de nombreux cas, la personne malade est en mesure de poursuivre ses activités scolaires et sportives ou son travail pendant plusieurs années, malgré la présence des symptômes de psychose. Cela tend à la faire repousser sa demande de soins vers lesquels elle n'ira qu'une fois que son fonctionnement sera altéré (280).

- Enfin, ***l'inadéquation de notre système de soins*** à proposer un repérage et un parcours de soins adéquat dès l'émergence des premiers symptômes chez les sujets jeunes joue un rôle important dans le retard au diagnostic. On peut identifier plusieurs facteurs à cela :

- La période des 15-25 ans durant laquelle se révèlent 80% des troubles psychotiques correspond à la transition de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers la psychiatrie adulte, au sein d'un système de soins dont la rigidité ne facilite pas la coordination entre ces deux secteurs, ce dysfonctionnement s'étendant plus largement aux différents professionnels en contact avec ces jeunes, qu'ils soient enseignants, éducateurs, soignants des urgences, et évidemment les généralistes. La plupart des patients atteints de schizophrénie doivent ainsi souvent consulter un professionnel de santé bien des fois avant qu'un diagnostic précis ne puisse être posé et qu'un projet thérapeutique soit établi. Cette politique d'attendre jusqu'à ce qu'un diagnostic précis soit posé pour commencer le traitement est un problème majeur, car le processus peut durer toute une année, alors que la personne malade continue de souffrir, tandis que les altérations neurobiologiques sous-jacentes évoluent également.

Il résulte en outre de cette organisation que le parcours de soins des jeunes patients est souvent émaillé de ruptures.

- Le manque de dialogue est une autre barrière à l'obtention du traitement précoce puisque le défaut d'information du grand public minimise la possibilité de l'entourage du patient de reconnaître les symptômes initialement subtils.

D'autre part, les familles et les personnes malades se sont plaintes de n'avoir reçu presqu'aucun renseignement lors de l'annonce diagnostique, ni sur la pathologie, ni sa prise en charge et les systèmes de soutien disponibles. Il y a donc également un enjeu de communication qui ne peut être faite que lorsque la personne malade est capable de traiter l'information c'est-à-dire lorsque son état est relativement stable. Le choix du moment, du moyen et de la manière de la communication est donc crucial, impactant la future observance du traitement ainsi que l'alliance aux soins (272).

Tous ces éléments freinant l'accès précoce aux soins montrent la nécessité, en France, de repenser le parcours de soins en amont et en aval du « premier épisode » psychotique de façon coordonnée. Certains pays ayant fait cet effort ont vu le délai d'accès aux soins se réduire à moins de 6 mois.

Si la France a pris un retard majeur dans le domaine, certains centres pilotes ont initié ces pratiques et montré leur faisabilité, comme le C'Jaad (Centre d'évaluation pour les Jeunes Adultes et Adolescents) à Paris, à Nancy, Brest, Caen, ou encore à Lille et un nombre croissant de centres initient une démarche pour monter une équipe d'intervention précoce.

En 2006, est né le réseau Transition (288), à l'initiative de l'équipe du Dr Krebs, avec la vocation de promouvoir l'intervention précoce à l'échelle nationale. Dans la continuité, a été mise en place une « task-force », regroupant les acteurs nationaux les plus actifs en France dans ce domaine, et regroupant pédopsychiatres et psychiatres d'adulte. Cette task force s'est donné la mission de transposer les recommandations internationales (notamment australiennes et européennes) au contexte français.

M.O Krebs et son équipe ont fait 10 propositions lors du colloque de l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) de 2019 sur le domaine « Prévenir la transition vers la schizophrénie » :

1. Établir et diffuser des recommandations françaises : pour les soins et pour l'implantation des dispositifs d'intervention précoce (cahier des charges, suivi de fidélité à ce cahier des charges).
2. Développer la formation des professionnels.
3. Établir un « diagnostic » territorial pour identifier les freins et opportunités dans les différents territoires.
4. Déployer un réseau national de centres spécialisés dans l'intervention précoce
5. Créer un centre ressources coordonnant le réseau à l'échelle nationale, facilitant le déploiement d'outils collaboratifs et assurant une veille scientifique, en lien avec les réseaux internationaux.
6. Développer de nouvelles pratiques de prises en charge, favoriser l'approche globale.
7. Déploiement d'un système d'information centré sur le patient et

favorisant la coordination des intervenants et la continuité du parcours de soins.

8. Favoriser l'information des parents et de tout professionnel en contact avec les jeunes ; campagnes de déstigmatisation.
9. Développer des recherches pour améliorer les outils de dépistage, d'évaluation ou de prises en charge, biomarqueurs.
10. Accompagner ce déploiement d'études médico-économiques.

Selon les recommandations australiennes ORYGEN (The National Centre of Excellence in Youth Mental Health) (289) et du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (290), les stratégies thérapeutiques doivent s'envisager comme une prise en charge intégrée, associant pour les premiers épisodes des doses modérées d'antipsychotiques de deuxième génération à une prise en charge par thérapie cognitive et comportementale, psychoéducation et lutte contre la consommation de substances qui favorisent une prise en charge « dans le milieu » grâce à un gestionnaire de cas ou « case manager ». Les antipsychotiques ne sont pas recommandés avant le premier épisode.

Les centres qui ont mis en place de tels programmes ont vu le taux de transition se réduire et atteindre 10 à 15%. Ce qui tendrait à montrer une certaine efficacité préventive des prises en charge en amont du premier épisode. Cette réduction du taux de transition pourrait également être due au fait que les patients viennent plus tôt à ces centres, rendus plus visibles par leurs campagnes de sensibilisation (272).

Ce travail de transposition des recommandations étrangères, qui prendra la forme d'un consensus d'expert, est d'autant plus important que les dernières recommandations concernant la schizophrénie débutante en France remontent à 2007 (291).

À ce jour, il n'y a pas de preuves suffisantes montrant un bénéfice des antipsychotiques chez un sujet à haut risque de psychose pour les prescrire systématiquement en présence d'une symptomatologie atténuée ou très transitoire. C'est devant une détérioration rapide de la symptomatologie psychotique que se pose l'indication. Elle est formelle lorsque l'on constate l'existence de symptômes psychotiques francs pendant plus de 8 jours (seuil de psychose avérée). La frontière est ténue, et l'indication peut se discuter, au moins à titre transitoire, si l'on observe une aggravation rapide d'une symptomatologie psychotique atténuée ou lorsque l'angoisse ou l'agitation associée à ces symptômes sont importantes (292).

➤ **Une psycho éducation spécifique :**

Pour l'adolescent porteur d'une affection chronique, les impératifs de sa maladie se heurtent aux profondes mutations de l'adolescence. La maladie et le traitement qu'elle implique parfois viennent complexifier les défis qui s'imposent à tout adolescent tels que la définition de son identité, son émancipation, la création d'un réseau amical, poursuivre sa scolarité, faire des choix et réaliser ses premiers projets personnels, faire ses premières expériences de relations intimes, etc. (293).

La non-observance peut alors avoir plusieurs fonctions : fonction d'alerte ; tentative de prise de distance par rapport aux parents et au monde médical ;

essai de réappropriation du corps malade ; recherche d'un espace de liberté ; fonction d'appel pour que l'autre s'intéresse à lui (294). L'adolescence semble ainsi être une période où l'observance, ceci étant par ailleurs très souvent le cas chez les patients psychiatriques (295).

Des études ont montré que l'observance était corrélée au soutien social et familial perçu (296). Ainsi qu'à la conviction dont l'entourage fait preuve quant à l'importance du traitement. En effet, la particularité de l'initiation d'un traitement chez un jeune mineur est qu'il est nécessaire d'obtenir l'autorisation parentale. Or, ceux-ci peuvent y opposer une résistance par non-reconnaissance de la maladie, par peur des effets indésirables, peur que leur enfant soit un "cobaye"..., voire se montrer réticent envers la prise en charge, particulièrement en cas d'hospitalisation où peuvent être éprouvées culpabilité, angoisse de séparation, angoisse d'abandon...

Enfin, l'adhésion aux soins du jeune n'est pas facilitée par les stéréotypes négatifs envers la maladie mentale, la crainte de l'hospitalisation, le sentiment d'invulnérabilité propre à cet âge ou encore un insupportable sentiment de dépendance aux adultes pour lui qui cherche à s'en distancer dans le cadre du processus adolescent. Les parents jouent un rôle essentiel pour faciliter l'accès aux soins et infléchir la représentation qu'a le jeune des troubles psychiatriques : les jeunes faisant l'expérience des premières difficultés psychiatriques et qui pensent que chercher de l'aide est un « aveu de faiblesse » ou qu'il faut « être fou » pour consulter un psychiatre seront naturellement moins enclins à consulter (288).

Généralement, les jeunes gens touchés par la psychose débutante sont à un âge où ils restent relativement dépendants des adultes qui les entourent au

quotidien. Parents, enseignants, entraîneurs, éducateurs, conseillers d'orientation et bien d'autres, occupent une place importante et exercent une grande influence sur la vie de ces jeunes. Il est donc crucial qu'ils puissent recevoir des renseignements pertinents sur la maladie mentale et les signes avant-coureurs. Une fois le trouble décelé, ils pourront jouer un rôle majeur dans l'acceptation du problème par le patient et sa décision d'aller consulter. Une telle bonne relation jouera également un rôle important dans le programme de traitement et l'engagement du patient dans celui-ci.

Des interventions d'éducation devraient donc être adressées à l'ensemble de cet auditoire, en plus de la sensibilisation réalisée auprès du grand public. Un message essentiel à faire passer aux responsables du jeune est qu'il ne faut pas attendre pour consulter dès que se manifestent les premiers symptômes évocateurs (cf supra), sans dramatiser ces signes qui, la plupart du temps, s'avèrent bénins.

Psychoéducation, éducation thérapeutique, doivent être proposées aux patients et aux parents : soit en séances individuelles, soit en groupes.

Pour que le jeune puisse participer plus activement au plan de traitement il est important qu'il puisse conserver un sentiment de contrôle de soi, et un sentiment d'espoir envers la possibilité d'un rétablissement, ce qui passe notamment par l'acquisition des connaissances de base sur la nature des troubles et leurs conséquences, sur les stratégies possibles de traitement... Il y sera d'autant plus accessible qu'il est dans la phase précoce de la maladie, avant que les symptômes positifs, comme les délires, apparaissent.

L'identification des ressources et des besoins de l'adolescent est une étape clé de la démarche éducative. De cette évaluation découlera un projet comprenant

un plan d'action éducative structuré par des objectifs éducatifs convenus avec l'adolescent. Les outils utilisés seront choisis en fonction de l'état de santé de l'adolescent et de ses capacités d'apprentissage. Les modalités peuvent comprendre des travaux pratiques autour du conditionnement du médicament, de jeux de l'oie sur les médicaments, de sorties « médicaments et plantes », la lecture de bandes dessinées humoristiques... Il faut être inventif pour développer des ateliers qui soient attractifs pour l'adolescent, seul ou en groupe, avec une animation pluridisciplinaire (297).

L'entretien motivationnel (EM) est un outil de choix dans les situations où le patient est en difficulté pour reconnaître la gravité d'un problème voire n'en n'a pas conscience, mais également dans les situations où son comportement est déterminant dans le pronostic. Il est particulièrement pertinent chez les jeunes entrant dans la maladie, notamment dans la prise en charge des consommations problématiques de toxiques.

Des conseils d'hygiène de vie sont importants à donner au jeune et son entourage. Ils visent à lutter contre les effets indésirables des éventuels traitements d'une part et à diminuer les sources de stress d'autre part.

La diminution importante de l'espérance de vie des patients souffrant de schizophrénie est multifactorielle mais est majoritairement due à des facteurs de risques modifiables et donc évitables. Les données de la littérature scientifique indiquent qu'une prise en charge globale, mentale et physique, permet d'améliorer le pronostic des patients à tous les stades du trouble.

Les jeunes patients ont une augmentation du risque de mortalité qui est maximale lors des premières années de la maladie avec une multiplication du risque par 9 comparativement à la population générale. La diminution

d'espérance de vie est maximale pour les patients jeunes (20 ans), ce qui justifie de se préoccuper de cette surmortalité dès le début des troubles.

Une dégradation rapide de l'état de santé cardiovasculaire est constatée lors des premières années de la maladie, avec une augmentation importante du surpoids, de l'obésité et du syndrome métabolique. Une prise en charge globale doit donc être mise en place le plus rapidement possible pour avoir une efficacité maximale.

Les données de la littérature actuelle invitent à considérer la schizophrénie comme une maladie systémique. Aux anomalies du système nerveux central s'associent des anomalies périphériques : endocrinien, cardiométaboliques (perturbations de la glycémie et résistance à l'insuline, anomalies des lipides et du stress oxydatif) et immunitaires (élévation de IL1, IL6, TNFa, CRP). Ces anomalies sont présentes dès la phase précoce de la maladie (298).

Il y a donc également une éducation spécifique à prodiguer aux médecins non-psychiatres à ce sujet. La stigmatisation des patients portant l'étiquette « psychiatrie » et le manque de connaissances des médecins sur les maladies psychiatriques compromettent parfois la qualité des soins dispensés. Il a ainsi été montré que devant des symptômes identiques, les médecins suspectent moins souvent une maladie sévère et prescrivent moins d'examens complémentaires aux patients qui viennent consulter lorsqu'ils ont des antécédents psychiatriques, en comparaison avec les autres patients qui en sont indemnes (299).

Certaines interventions précoces ont prouvé leur efficacité pour diminuer l'apparition d'un syndrome métabolique et des autres facteurs de risque cardio-vasculaires : traitement par metformine, prise en charge hygiéno-

diététique, optimisation du traitement psychotrope, activité physique, adaptation de l'organisation des soins. D'autres sont plus controversées : supplémentation en oméga-3, vitamine D, N-acétylcystéine, jeûne.

Aussi la pratique d'une activité physique régulière est recommandée. Une étude menée sur 31 sujets ayant fait un premier épisode psychotique versus 7 contrôles, sujets ayant fait un premier épisode, mais sans bénéficier d'activité physique. Le programme prévoyait des exercices individualisés sur 10 semaines, l'objectif était d'atteindre 90 minutes d'activité physique. Ces auteurs constatent une réduction de 33% des symptômes négatifs avec une amélioration du fonctionnement psychosocial, de la reconnaissance des émotions, de la mémoire à court terme et sur un test cognitif d'inhibition (300). Enfin, encore plus que pour ses paires non malades, une discussion sur la contraception avec la jeune femme est très importante, ce d'autant qu'elle prend un traitement (301).

Comme le mentionnent les recommandations internationales, la prise en charge du jeune devrait idéalement être centrée sur un case-manager, référent principal qui l'accompagne dans toutes les étapes pour répondre à ses besoins, qu'ils soient médicaux ou en termes d'insertion, qui l'aide à une reprise d'activité et à une hygiène de vie. En effet, alors que la continuité des soins, paramètre essentiel de leur efficacité, est particulièrement attaquée par les pathologies les plus graves que sont les troubles schizophréniques et les troubles de l'humeur, c'est toujours en grande partie à l'entourage familial, et aux parents en particulier, que revient la lourde tâche d'astreindre l'adolescent à ne pas abandonner son traitement en cours de route, générant parfois des tensions. Ceux-ci se sentent moins seuls à assumer ce rôle lorsqu'ils sont

davantage soutenus par les équipes soignantes, le case-manager venant faire tiers dans la relation (302).

- Exemple d'une structure brestoise fondée sur l'accompagnement de type « case managment » :

L'Unité d'accueil et d'accompagnement des troubles émergents de l'adolescent et du jeune adulte (UniTEA) du CHRU de Brest, montée par l'équipe du Pr Walter M., propose, depuis juin 2020, une intervention spécialisée – évaluation, soin et suivi ambulatoire – aux personnes (de 15 à 30 ans) présentant une psychose débutante.

L'UniTEA vise à maintenir un lien tout au long du parcours de soins grâce à des infirmiers case managers qui accompagnent le patient de façon proactive et positive, dès le début des troubles et au plus proche de son milieu de vie, permettant ainsi de limiter l'impact de la maladie.

La création d'un lien de confiance patient/case-manager permet un accompagnement rapproché (entretiens, appels téléphoniques, SMS, rencontres, médiations) sanitaire, social et familial et à la fois de veiller à l'observance, la surveillance du traitement et la continuité des soins. S'y ajoutent l'intervention d'une psychologue clinicienne et d'un médecin.

L'accompagnement est individuel, mais aussi groupal (groupe de paroles pour les patients) et prend en compte les proches/famille du patient qui peuvent participer à un groupe dédié.

Cet accompagnement évolue de l'évaluation initiale vers une fin de prise en charge « en douceur », au bout de 3 ans. Au cours de ce suivi, le case manager construit progressivement avec le patient un projet de soins mais

également un projet de vie, pour l'accompagner au mieux dans la trajectoire de vie qu'il souhaite prendre et soutenir son autonomie du patient au fil du temps.

L'inclusion dans ce dispositif n'est pas synonyme d'une inscription dans la maladie psychiatrique chronique.

L'UniTEA s'appuie sur un changement de paradigme vis-à-vis des troubles psychotiques, et accompagne les patients dans « un optimisme réaliste ».

➤ **Empêcher la désinsertion :**

L'un des principaux buts de l'intervention précoce est de réintégrer le jeune malade dans ses rôles sociaux, professionnels, scolaires, sportifs, familiaux, et bien d'autres rôles aussitôt que possible. Il est important que le plan de réintégration prenne en considération la capacité de la personne malade de s'adapter. Si elle est faite trop rapidement, la réintégration pourrait submerger la personne malade et entraîner une rechute. L'échec à une tentative de réintégration peut également avoir un impact négatif sur la confiance en soi et l'estime de soi de la personne malade. Le choix du moment et la vitesse de la réintégration à chaque activité, ancienne ou nouvelle, doivent être soigneusement étudiés.

L'émergence de troubles psychotiques constitue une rupture sociale, affective et environnementale du sujet. Bien que les médicaments contribuent à alléger les symptômes psychotiques, la personne malade continuera à éprouver une détérioration du fonctionnement social, ce qui entraînera une qualité de vie diminuée. En conséquence, elle sera prédisposée au suicide, à la dépression,

aux actes agressifs, à l'abus d'alcool ou de drogues, aux troubles anxieux, et à la déficience cognitive.

L'attention, la mémoire et les fonctions exécutives sont atteintes chez 70 à 80% des patients. Des difficultés de cognition sociale existent aussi précocement, pour la reconnaissance des émotions, la théorie de l'esprit, les capacités d'empathie entre autres. La détérioration des aptitudes sociales, la perte de l'initiative et très souvent, la paranoïa induite par la maladie favorisent un comportement d'évitement social actif. Or les relations avec les pairs sont cruciales pour le développement normal des adolescents. Les jeunes atteints de schizophrénie auront donc besoin d'aide pour améliorer leurs aptitudes sociales et pour établir des rapports avec leurs groupes de pairs. On peut aider la réintégration sociale en encourageant la participation dans des groupes d'entraînement aux aptitudes sociales, des programmes psychiatriques de jour, ou des activités sociales structurées de la communauté. Le patient doit pouvoir bénéficier, en fonction de ses difficultés, d'un entraînement aux habiletés sociales, une prévention des rechutes, un travail sur les compétences dans les actions du quotidien (toilette, hygiène de vie, présentation ...) et sur les stratégies de résolution de problèmes.

Les traitements psychosociaux améliorent le fonctionnement au travail et à l'école, rehaussent la qualité de vie, et procurent l'appui nécessaire aux personnes malades et à leur famille. Ces sujets présentent très précocement un déficit neurocognitif et de cognition sociale.

Dans la schizophrénie d'apparition récente, une méthode de 18 mois d'exercices neurocognitifs et de cognitions sociales associée à de la

psychoéducation montre une amélioration dès la première année en termes de vitesses de traitement, cognitions sociales et ajustement fonctionnel au quotidien. L'imagerie avant et deux ans après programme montre un arrêt de la perte de matière grise par rapport au groupe sans remédiation cognitive.

Par ailleurs, si un traitement médicamenteux bien conduit peu réduire à 40 ou 50% le taux de rechute à 2 ans, il a été montré que l'ajout des interventions en milieu familial ou des programmes d'entraînement aux aptitudes sociales, à ces mêmes médicaments, pouvaient réduire davantage la probabilité des rechutes à 25% sur 2 ans (287).

Pour la remédiation cognitive dédiée au sujet à ultra haut risque et les sujets primo décompensés, a été souligné l'intérêt d'une méthode groupale, informatisée, comportant trente minutes d'examens neuropsychologiques, personnalisés selon le profil cognitif, quinze minutes de partage en groupe des stratégies utilisées, et trente minutes de groupe de parole (*bridging group*) pour le transfert au quotidien.

Pour *la cognition sociale*, l'équipe de Nicolas Franck au Vinatier a développé un outil ciblant la reconnaissance des émotions faciales (Gaïa).

À Paris, une structure pour les jeunes en tout début d'évolution est le *Samsah Prépsy*, qui se coordonne avec les secteurs et unités de remédiation cognitive, proposant *case management* et suivi intensif pluridisciplinaire. L'intégration ne peut se faire sans une reconnaissance à la MDPH. C'est malheureusement un écueil majeur pour ces jeunes parfois non encore malades, à qui on veut éviter l'institutionnalisation psychiatrique et son risque de chronicisation. Le réseau est connecté : serveur SMS pour messages personnalisés, recours à Skype,

échanges réguliers usagers et familles ; forum d'échange 1/1 sur Facebook modéré par un pair aidant de l'équipe, en lien avec tous les sites de recours aux soins et d'urgence sur Paris.

La moitié des sujets ayant connu un premier épisode psychotique sont sans emploi lorsqu'ils sont pris en charge. Dans les recommandations pour des thérapies psychosociales dans les psychoses débutantes, le soutien à l'emploi est fortement recommandé.

Quand elles atteignent le stade du rétablissement, les personnes malades pourront reprendre les études scolaires ou une formation professionnelle. Les adolescents atteints de schizophrénie ont souvent des besoins éducatifs spéciaux. Il se peut que ces adolescents requièrent un soutien supplémentaire et une charge réduite de travaux scolaires ou toute autre adaptation, au cas par cas. Les adolescents plus âgés sont susceptibles de bénéficier d'une formation professionnelle, d'une aide pour la recherche d'emploi, ou d'un enseignement supérieur, s'il y a lieu. Bien des jeunes parmi ces personnes devront faire appel à une aide financière gouvernementale sous forme de pension d'invalidité, laquelle leur permettra de prendre un emploi à temps partiel, un emploi protégé, ou un travail bénévole qui conviendrait mieux à leur niveau de fonctionnement.

La co-construction du projet d'insertion est un élément majeur, sous peine que le patient ne s'y implique pas. Une évaluation neuropsychologique peut se faire en cas de plaintes cognitives ou du déclin de la motivation et des performances rapporté sur le travail et les études L'évaluation fonctionnelle peut être effectuée par les infirmières ou ergothérapeutes. L'assistante sociale tient un rôle primordial dans la lutte contre la désinsertion en supervisant le

jeune dans son processus d'autonomisation. Elle l'accompagne ainsi dans la recherche d'un emploi comme pour celle d'un logement, ou toute autre démarche de la vie quotidienne.

5. Arguments organisationnels et sociologiques

5.1. La réponse de l'oncologie aux besoins spécifiques adolescents

5.1.1. Contexte : Les AJA se situent dans une faille du système de soins :

a) Le processus de transition de soins

Le passage du service d'oncologie pédiatrique au service d'adulte constitue un moment critique qui doit être préparé longtemps à l'avance. La recherche a montré que la réussite de la transition des soins de santé pour les adolescents ayant des besoins spéciaux est associée au démarrage précoce du processus, au maintien d'une orientation vers l'avenir tout au long des soins et à l'encouragement de la responsabilisation de l'adolescent envers sa propre santé. En considérant le processus transitionnel comme un continuum, il faut donc guider l'adolescent pour qu'il perçoive des avantages personnels à la transition, dans une attitude positive et orientée vers la réussite (303).

La transition des soins a été définie comme « *le passage volontaire et planifié d'adolescents et de jeunes adultes souffrant de problèmes physiques et médicaux chroniques d'un système de soins de santé centré sur l'enfant à un système de soins de santé centré sur l'adulte* » et garantit que leurs soins resteront appropriés sur le plan médical et du développement (304). La transition est conçue comme un processus plutôt qu'un événement ponctuel, durant lequel les jeunes deviendront autonomes dans la gestion de leurs

propres soins et l'utilisation des services de santé, qu'ils aient ou non des besoins particuliers en matière de soins de santé.

La transition va s'effectuer sur plusieurs versants :

- Les aspects médicaux (les schémas thérapeutiques autant que les habitudes pratiques des équipes sont différents en service adulte, de même que l'architecture de l'unité) ;
- Les aspects sociaux : passage concomitant de l'adolescence à l'âge adulte ;
- Les aspects familiaux : impact conséquent de la majorité civile, notamment sur les décisions thérapeutiques, le secret médical...
- Les aspects existentiels.

Ce passage peut néanmoins survenir dans des contextes différents, dans une temporalité différente selon les individus : il peut s'inscrire dans la continuité du traitement en cours géré par les pédiatres, être débuté à distance, voire longtemps après la fin du traitement en pédiatrie, notamment en ce qui concerne la prise en charge de séquelles ou d'une récidive du cancer. A noter qu'il existe des services d'adolescents-jeunes adultes qui traitent les patients jusqu'à 25 ans.

Cette transition peut donner au jeune le sentiment d'un parcours interminable, d'être enfermé dans l'univers de la cancérologie. Il a pensé que la fin du traitement en pédiatrie viendrait clore définitivement le lourd chapitre ouvert par le diagnostic de cancer. Il constate en réalité qu'il n'en est rien, que l'optimisme des médecins, même prudent, ne s'est pas vérifié et il se demande quand et comment cela finira. Alors qu'il a été soutenu et accompagné par la pédiatrie après que le cancer ait fait irruption dans sa vie, le jeune doit

maintenant quitter cet environnement médical particulier qu'il a mis plus ou moins de temps à apprivoiser, pour recommencer le même processus d'adaptation en un lieu nouveau. Il y laisse également les soignants qui ont pris soin de lui durant parfois plusieurs années, d'autres patients – vivants ou morts, dont il porte parfois le deuil voire une culpabilité associée - mais également l'endroit où il a pu déposer ses peurs, sa révolte, son désarroi, où étaient compris son besoin d'être mêlé à ses pairs tout comme sa recherche de tendresse infantile et de régression. Devant tous ces changements à affronter, le jeune peut se sentir découragé et être tenté d'interrompre les soins. Durant la période d'accueil en milieu adulte, il est bon de discuter avec lui du traitement et de son avenir mais aussi de son histoire médicale antérieure, dans un souci de continuité à l'effet rassurant pour le patient (305).

b) Pédiatrie ou Médecine Adulte ?

Selon les parcours de soins, les adolescents peuvent être pris en charge soit en pédiatrie, soit en médecine adulte et recevoir, à pathologie égale, des traitements parfois très différents avec des conséquences potentielles en termes de risque de rechute, ou de toxicité à court et long terme. Dans les années 2000, des travaux ont ainsi montré que les adolescents atteints de leucémie aigüe hospitalisés en pédiatrie avaient une meilleure survie que ceux pris en charge par des hématologues d'adultes. Dans l'ensemble de ces études, ces différences étaient certes essentiellement attribuées à des disparités en termes de protocoles thérapeutiques, mais un impact du parcours de soin était toutefois constamment évoqué. De ces résultats a résulté une application des mêmes traitements en médecine adulte, jusqu'à 45 ans (126).

c) Les AJA en service adulte

L'admission en service adulte peut constituer une grande marche pour le jeune. Il constate souvent en effet que le service pédiatrique était mieux doté en personnels, plus attentif à ses besoins ou à ses plaintes et plus disponible à son égard. Enfin, il ne retrouve pas les nombreuses animations dont il pouvait bénéficier en pédiatrie (arts plastiques, école, clowns ou autres interventions associatives...). Ayant atteint la majorité civile, il devient pleinement responsable de ses actes, son âge n'excuse plus ses attitudes de révolte ou d'opposition. La validation d'une option thérapeutique lui revient totalement, lui faisant porter une lourde responsabilité. Il ne peut plus à présent se reposer sur la décision de ses parents et des médecins, et se réservant la protestation.

En service adulte, le jeune va être amené à côtoyer des individus, parfois bien plus âgés que lui dont les centres d'intérêt et les habitudes de vie sont différentes des siennes. Il peut de ce fait se sentir d'autant plus mal à l'aise avec un sentiment d'être à l'écart, tout comme vivre cette rencontre de manière stimulante, la percevant comme une opportunité de découvrir un nouvel univers et de s'enrichir de l'expérience de la vie de gens plus âgés que lui.

Enfin, comme tout grand-adolescent ou jeune adulte, il doit envisager une orientation scolaire ou professionnelle, parfois également il mène une vie de couple : alors la compagne ou le compagnon tend souvent à remplacer les parents en tant que premier soutien consulté.

Ces derniers évoluent également en parallèle de leur adolescent qui grandit et leurs relations s'en trouvent modifiées. Le jeune peut se trouver heurté par

leur réaction à une de ses décisions qui serait contraire aux principes parentaux transmis et alors éprouver un abandon, de la rancœur et parfois un malaise envers ceux-ci.

5.1.2. Vers une optimisation de la prise en charge des AJA en oncologie

Selon l'Académie américaine de pédiatrie, le paradigme des soins de transition recommandé pour les adolescents ayant des besoins particuliers est le « modèle du foyer médical », qui se caractérise par l'accessibilité, la continuité, l'exhaustivité, la place centrale laissée à la famille, la coordination, la compassion et la sensibilité culturelle.

Conformément aux objectifs fixés par le troisième plan cancer qui accorde une attention particulière à la nécessité de prendre en compte les besoins propres à cette tranche d'âge, le ministère des affaires sociales et de la santé, dans son instruction du 30 mai 2016, a fixé les objectifs à atteindre et les organisations à mettre en œuvre selon une **structuration régionale**, qui permettrait d'améliorer la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

La mise en place d'une décision thérapeutique partagée (pédiatrie/médecine adulte) et d'une organisation spécifique des soins de support est recommandée (306).

Les objectifs prioritairement ciblés par cette structuration régionale étaient ainsi :

- **De permettre une décision thérapeutique commune entre cancérologie adulte et cancérologie pédiatrique**

Cette modalité prend tout son intérêt lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Effectivement, les données de la science montrent clairement l'intérêt de croiser les compétences en cancérologie adulte et pédiatrique pour renforcer la qualité des propositions thérapeutiques, l'accès aux essais cliniques et aux innovations des 15-24 ans.

➤ **De favoriser la recherche :**

Une des priorités affichée par l'Institut national du cancer (InCa) dans sa feuille de route pour la période 2021-2025, est de garantir à chaque jeune les meilleurs soins possibles, pour permettre d'augmenter le taux de guérison et de survie (307). Cela nécessite, en premier lieu, la sensibilisation des professionnels de santé au diagnostic précoce des cancers pédiatriques, à laquelle doit s'associer le développement de nouveaux traitements ciblant les cancers rares et/ou de mauvais pronostic.

➤ **Assurer un accompagnement adapté aux enjeux et leviers d'implication dans les soins propres à ces patients.**

A cet âge, les parcours de soins sont souvent complexes. Ils doivent intégrer les 3 volets de la guérison somatique, psychologique et sociale, incluant l'accès aux soins de support, à des activités adaptées à cette tranche d'âge et aux programmes d'accompagnement scolaire et/ou socio-professionnels.

A l'instar des enfants, la maladie est à l'origine d'une rupture du quotidien habituel des adolescents et jeunes adultes, tant dans le cadre familial que scolaire, des études et de la formation professionnelle. Dans ses préconisations les plus récentes, l'InCa insiste sur la nécessité de « guérir mieux », c'est à dire de faire en sorte que le cancer altère le moins possible la qualité de vie du

jeune et de sa famille ainsi que son avenir. Cela commence par la possibilité, pour tout jeune patient, d'accéder à un suivi structuré et pérenne sur le long terme. L'impact des soins dans le quotidien du patient doit être minimisé et les innovations thérapeutiques en ce sens doivent être encouragées afin de limiter au maximum les complications et les séquelles du cancer ainsi que celles liées aux traitements. Il en va par ailleurs de l'adhésion du patient à ses soins et de sa compliance aux traitements.

Le jeune doit être placé au centre de sa prise en charge et des décisions qu'elle implique. Pour chacun, les rapports avec la famille comme avec l'entourage amical sont en effet différents et elle peut même parfois compliquer la prise en charge et l'inscription du patient dans celle-ci. Malgré tout, l'organisation des soins se doit de respecter ces particularités individuelles, sans modifier l'équilibre systémique préalablement établi.

La préservation de la vie sociale du jeune et la lutte contre la stigmatisation sont essentielles afin qu'il poursuive un développement intellectuel, social et affectif le plus harmonieux possible. La continuité du parcours scolaire, universitaire ou professionnel dans des conditions spécifiquement aménagées est une priorité, avec notamment, l'intervention à l'hôpital voire à domicile d'enseignants directement rattachés aux rectorats ou associations (telle que L'école à l'hôpital). Le passage des examens en cours d'hospitalisation doit également être rendu possible, les outils numériques étant alors particulièrement utiles. L'intervention d'auxiliaires de vie dans les écoles doit être favorisée. Les jeunes déjà engagés dans une voie professionnelle doivent bénéficier d'un accompagnement spécifique visant à leur insertion ou à leur réinsertion dans le monde du travail. Il est en effet parfois difficile de justifier

d'une interruption prolongée du travail dans le curriculum vitae et des associations comme *Juris Santé* ou *20 Ans 1 Projet* dédient leurs services à cette cause.

➤ **D'offrir des soins de support de qualité :**

Les soins de support sont fondamentaux en oncologie. Ils jouent un rôle déterminant dans l'efficacité des traitements et la qualité de vie, y compris dans l'après cancer. Déjà organisés en pédiatrie, ils doivent se poursuivre auprès des AJA moyennant des adaptations, particulièrement pour les jeunes patients traités dans les établissements de cancérologie adulte. Les patients de cette tranche d'âge sont dans une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte avec des problématiques spécifiques physiologiques (sexualité, transformation du corps...), psychologiques (prise progressive d'indépendance affective, sentiment d'invincibilité, conduites à risque, addictions, émergence de syndromes anxieux ou dépressifs...) et sociales (transition vie scolaire/vie professionnelle, autonomisation financière...). La maladie et les traitements entraînent également une modification de l'image corporelle, une suspension des projets personnels, scolaires, professionnels. Ces transformations ont un impact important sur les relations avec les pairs ou la vie amoureuse.

L'enjeu est d'intégrer les besoins spécifiques des adolescents et des jeunes adultes dans les dispositifs de soins de support adultes existants avec :

- Un accompagnement social et psychique soutenu, dispensé par des professionnels sensibilisés aux particularités des AJA doit être proposé au jeune patient et à ses proches.

- L'accès à des programmes d'activité physique adaptée via une collaboration entre les établissements de santé et les acteurs de l'activité physique (association sportive bénéficiant d'éducateurs formés aux spécificités des personnes atteintes de cancer, prescription de kinésithérapie en ambulatoire, stage de réadaptation physique en SSR, etc.). L'activité physique permet, outre la lutte contre la fonte musculaire, de diminuer l'anxiété ou encore d'améliorer la qualité du sommeil, et préserve une bonne image de soi. Elle favorise ainsi le maintien ou le retour du jeune à la vie ordinaire.
- L'information et l'accès aux techniques de préservation de la fertilité, ainsi que la prise en charge des troubles de la sexualité auprès de professionnels compétents identifiés (professionnels de la reproduction, professionnels compétents dans la sphère de l'onco-sexologie, etc.). La maladie, les contraintes liées au traitement, l'évolution imprévisible de la maladie et l'incertitude de l'avenir qui en découle, son éventuel retentissement fonctionnel ou esthétique, sont autant de facteurs qui troublent les relations affectives ou la recherche de celles-ci. La crainte d'une stérilité éventuelle ou avérée est un frein supplémentaire. Il importe d'en discuter avec le jeune, d'accueillir ses questions et d'y répondre le plus clairement possible, afin que ses choix amoureux ne reposent pas sur de mauvaises raisons, telles la honte de soi ou la peur de ne pas être à la hauteur. Se pose également la question de la parentalité chez ces sujets à la sortie de l'adolescence. Le jeune patient devenu adulte peut réfréner ce désir de peur de ne pas être un « bon parent », en raison des fragilités physiques ou psychologiques mais

également par projection angoissante de sa propre maladie sur l'enfant à naître. Il peut craindre aussi de ne pas vivre longtemps et dans cette perspective, ne pas vouloir être le parent d'un futur orphelin prématuré. A l'inverse, certains souhaiteront un enfant selon une idéation symbolique, pour que celui-ci l'incarne après sa mort, ou porte sa mémoire...

- L'accès aux traitements de la douleur et aux soins palliatifs, optimisé par une collaboration du service d'oncologie avec des équipes spécialisées.
- L'organisation d'activités d'animation, de loisirs, et des espaces d'échanges doivent, dans la mesure du possible, être mis à disposition des jeunes hospitalisés et adaptés à la tranche d'âge des 15-25 ans. Les moyens doivent être fournis pour l'achat de jeux, livres, DVD etc. L'encadrement d'activités adaptées est assuré par un personnel éducatif et/ou d'animation.
- La prise en compte de la dimension sociale et familiale avec la mise à disposition pour la famille, les amis, les conjoints, de lieux de rencontre et d'échange. L'information des patients, des parents, du conjoint et/ou de la personne de confiance doit être assurée à toutes les étapes du diagnostic et du traitement selon des modalités qui doivent s'adapter à l'âge, à la situation familiale et tenir compte du secret médical. Le recours à un deuxième avis médical doit être facilité (127).

➤ **De coordonner les parcours :**

Les AJA nécessitent une coordination spécifique des parcours de soins pour garantir la qualité des prises en charge. Celle-ci passe par une collaboration étroite entre les différents intervenants médicaux hospitaliers et de premiers recours ainsi que, pour les cas les plus complexes, une collaboration au niveau infirmier, par la mobilisation d'infirmiers de coordination en cancérologie. Ceux-ci, piliers de la prise en charge ont de multiples missions, de la consultation d'annonce à la coordination du parcours intra et extrahospitalier, en passant par le déploiement d'outils d'éducation thérapeutique. L'infirmier de coordination est le premier interlocuteur du jeune malade et de sa famille. Il joue également un rôle de supervision quant à l'observance des soins et travaille à accroître l'adhésion globale du patient à sa prise en charge et notamment aux traitements oraux au long cours tout en renforçant son autonomie. « L'obéissance » aux injonctions soignantes ou parentales concernant l'application des prescriptions médicales peut en effet aller à l'encontre du besoin de vie « normale » et d'autonomisation du jeune. L'enjeu que représente la négociation prudente de cette période particulière tient en l'évitement d'une rupture dans le parcours de soins, notamment autour de deux phases clés que sont : le passage à l'âge adulte et l'après cancer. La coordination des professionnels est notamment cruciale à ce sujet avec un rôle central du médecin traitant (306).

Cette organisation régionale s'appuie sur deux acteurs principaux : ***Les centres AJA en oncologie*** et ***les réseaux régionaux en cancérologie***.

❖ **Les centres AJA de cancérologie :**

Identifiés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de chaque région, leur spécificité réside dans la mobilisation de la double compétence d'un centre de cancérologie adulte et d'un centre de cancérologie pédiatrique. Les centres AJA de cancérologie assurent la continuité des soins médicaux et paramédicaux y compris le week-end et les jours fériés. Ils offrent l'accès à un plateau technique complet et aux moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires. Dans chaque région, les dossiers de tous les nouveaux patients de cette tranche d'âge doivent être discutés dans une RCP multidisciplinaire d'un centre AJA de cancérologie pour valider la prise en charge thérapeutique et s'assurer que le patient puisse bénéficier de la proposition de participer à un essai thérapeutique si sa situation médicale le légitime. Pour les patients de mineurs, le dossier doit au moins être discuté en RCP interrégionale pédiatrique. Les dossiers concernant des cancers rares doivent être présentés aux RCP des réseaux nationaux de cancers rares de l'adulte. Les patients peuvent ensuite choisir de recevoir leur traitement dans un centre spécialisé AJA ou dans un centre adulte ou pédiatrique situé à proximité de leur domicile. Les centres AJA en oncologie disposent d'une équipe pluridisciplinaire régionale. On peut ainsi retrouver : psychologue, assistante sociale, diététicien, kinésithérapeute, ergothérapeute, équipe de soins de support/soins palliatifs/préservation de la fertilité, algologue, psychomotricité, ergothérapie, sexologie, addictologie...

Ces centres régionaux permettent d'apporter un appui aux parcours des adolescents et jeunes adultes atteints du cancer et des professionnels impliqués dans leur prise en charge, au sein des établissements de santé autorisés en cancérologie. Pour cela, ils interviennent sur plusieurs fronts tels

que l'information et le conseil du jeune et de son entourage, ou encore l'établissement d'un lien avec les acteurs du champ social, éducatif, et professionnel, pour maintenir l'insertion du jeune tout au long de son parcours. L'équipe peut en outre travailler en partenariat avec d'autres organisations (unités d'hospitalisation dédiées à la prise en charge des 15-24 ans, réseaux territoriaux pédiatriques ou adultes, etc) avec lesquelles elle doit construire une complémentarité d'intervention.

Comme la scolarité ou la préservation de la fertilité, l'après-cancer se prépare dès le diagnostic. Le suivi au long terme est tout aussi complexe que celui de la phase active, faisant également appel à de nombreuses compétences dans des domaines variés. Les centres AJA doivent établir un programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) à l'issue du traitement intensif ou global, comprenant un volet médical (informations sur la maladie et les traitements, le risque de rechute ou de séquelles et leur prévention, notamment par la promotion d'une bonne hygiène de vie avec, si nécessaire, l'orientation du patient vers un programme d'addictologie, de diététique ou de réadaptation à l'effort), et un volet psycho-social (accompagnement psychologique et social personnalisés, soutien à la scolarité et à l'insertion professionnelle). Cette prise en charge globale – médecine de ville, hospitalière, multiples acteurs du soin – est cruciale.

❖ **Les réseaux régionaux en cancérologie (RRC) :**

Pour favoriser la qualité et la continuité de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, ils déplient leurs compétences sur le plan régional, sur trois axes de travail majeurs : la sensibilisation/formation

large des professionnels aux spécificités des AJA ; la lisibilité de l'offre (ex. par la diffusion d'annuaires actualisés des ressources disponibles dans le champ de la prise en charge des 15-24 ans) ; le développement de la qualité des prises en charge.

❖ **Miser sur la prévention, notamment en milieu scolaire**

Il est maintenant admis que les déterminants des comportements facteurs de risque de cancer, ou au contraire protecteurs, s'installent tôt et sont marqués par des inégalités sociales. Les structures accueillant des enfants et adolescents, en particulier les établissements scolaires, voués à l'acquisition de nouvelles compétences, sont donc des lieux propices à des interventions d'éducation à la santé. Adressées aux enfants, aux parents comme aux acteurs impliqués dans l'encadrement des jeunes, ces actions de sensibilisation impacteront des générations entières. Le rapport coût/efficacité de cette stratégie est par ailleurs souvent excellent, à moyen comme à long terme.

On peut citer comme facteur de prévention majeur, l'hygiène de vie. Tabac et alcool sont en effet les deux principales causes de cancers accessibles à la prévention, suivies de l'alimentation (insuffisance de fibres, de fruits et légumes et excès de viande rouge et charcuterie) et du surpoids, ce dernier étant associé à un risque accru de mortalité, de récidive ou de second cancer. Un autre moyen de prévention à cet égard est de réduire la pression du marketing afin de protéger les jeunes, plus influençables, d'une exposition à la publicité pour des boissons et des aliments non recommandés.

5.2. En psychiatrie : la nécessité de formations spécifiques

Les jeunes adultes forment un groupe en transition entre l'adolescence et l'âge adulte, et leurs facteurs de risque de préjudices sont considérables sur le plan physique, mental et émotionnel. De fait, comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des maladies mentales commencent à se manifester chez les adolescents et les jeunes adultes (308).

Les adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques sont beaucoup moins susceptibles d'être identifiés et traités que les adultes plus âgés. Les recherches futures doivent se concentrer sur la prévention, l'intervention précoce et le traitement des troubles affectifs et comportementaux, spécifiquement dans ces populations. Mais pour que ces recherches bénéficient aux patients, les connaissances qu'elles apportent doivent pouvoir être transmises au plus grand nombre, du patient lui-même aux soignants, en passant par l'ensemble des adultes en contact avec le jeune au quotidien.

a) La formation de l'entourage

Pour une identification plus efficace, il faut améliorer l'éducation communautaire sur les maladies mentales de la jeunesse, notamment le personnel de l'Éducation Nationale. En effet, une majorité des consultations initiales d'adolescents survient en période scolaire, que ce soit pour une urgence psychiatrique comme une urgence somatique. L'école apparaît ainsi comme un révélateur et un catalyseur des fragilités psychologiques à l'adolescence. Les facteurs parentaux, notamment la reconnaissance des symptômes d'intériorisation de l'adolescent et l'expérience des parents en

matière de dépression/anxiété, sont fortement associés à l'utilisation des services de santé mentale pour les adolescents déprimés. Cela souligne l'importance d'éduquer les parents sur la dépression et de développer des systèmes pour dépister activement et engager les jeunes dans le traitement de la dépression (309).

Cette sensibilisation à un dépistage précoce permettrait une entrée plus rapide et moins brutale dans les soins psychiatriques, via un centre de consultation dédié. On pourrait ainsi espérer réduire considérablement la morbidité, la mortalité, les coûts des soins de santé ainsi que la charge individuelle et sociétale des troubles psychiatriques chez les jeunes et ce durant toute la vie.

Au-delà du dépistage, l'attitude de l'entourage de l'adolescent en souffrance a un rôle souvent déterminant dans l'issue thérapeutique. Il a ainsi été montré, pour exemple, que la stigmatisation de la dépression par les parents mais également les connaissances sur ce trouble, jouent un rôle important dans la façon dont ils réagissent face aux adolescents déprimés, et que l'amélioration de ces deux domaines est susceptible de conduire à des réponses parentales plus adaptées, avec finalement un plus grand recours aux soins et de façon plus précoce. L'incorporation de matériel psychopédagogique pour les parents visant à améliorer les connaissances, la compréhension et les attitudes vis-à-vis du trouble pourrait augmenter autant la détection des adolescents en souffrance, que l'efficacité des prises en charges thérapeutiques (310).

b) La formation des soignants (au sens large)

En ce qui concerne le médecin, il lui revient un rôle fondamental de prévention, de repérage des signes d'alerte, d'orientation et de prise en charge pour

l'adolescent et sa famille. Pourtant, il se pourrait que les cliniciens soient moins au fait des besoins et des facteurs de risque spécifiques de cette population, et ne connaissent pas les ressources et les lignes directrices à leur disposition. La diffusion d'outils de dépistage des troubles les plus fréquents dans cette tranche d'âge pourrait permettre un meilleur repérage des jeunes en difficulté. On peut rappeler, entre autres, la fréquence des motifs de consultation psychosomatiques (asthme, douleurs abdominales et articulaires...), d'anxiété ou de tristesse qui peuvent dissimuler une problématique de maltraitance, d'agression sexuelle... que le jeune ne peut mettre en mot et qu'il faut savoir rechercher derrières de telles plaintes. De la même façon, il est crucial de pouvoir repérer les traumatismes à répétition qui, chez un bon nombre de jeunes sont synonymes de souffrance psychologique, voire à considérer comme des équivalents suicidaires, tandis que fléchissement scolaire est un signe classique qui doit alerter sur l'état de santé mental de l'adolescent.

Enfin le médecin de 1^{er} recours tout comme le psychiatre d'adolescent doivent reconnaître la pathologie psychiatrique là où le patient et son entourage allègue la symptomatologie à une situation familiale difficile, à des fréquentations délinquantes, à l'usage de toxiques, etc... De même les symptômes rapportés sont le plus souvent des gestes, des comportements et rarement des phénomènes intérieurs (angoisse, idées, etc....). La peur d'être fou, d'être étiqueté « malade» est grande chez les adolescents tout comme chez leurs parents et sous-tend cette non reconnaissance du trouble psychiatrique. Malheureusement, le retard à la prise en charge, qui peut être conséquent, provoque des tragédies qui pourraient parfois être évitées (8).

Un préalable à connaître avant d'évaluer un adolescent est de ne pas estimer leur état de santé sur les symptômes les plus criants comme le suicide, la crise ou les troubles des conduites. Ce qu'ils cherchent avant tout lorsqu'on les interroge, en plus de la compétence, confidentialité et des conseils avisés, c'est qu'il s'intéresse aussi à eux en tant que personne avec humanité ». Mais cette attente ne s'adresse pas qu'aux psychiatres, la preuve est que la plupart des adolescents ne rencontreront jamais au cours de leur parcours de vie un professionnel en santé dite mentale. Mais ils rencontreront de façon certaine des professionnels de santé et avant tout leur généraliste.

La formation des médecins de premiers recours a montré son efficacité tant dans le dépistage que dans le diagnostic des troubles psychiatriques chez les adolescents. Ainsi, après une formation dédiée de 2h, comprenant un temps théorique et un temps pratique, *Fallucco et al. (2019)*, retrouvaient que les 7108 patients des 25 médecins généralistes inclus dans son étude avaient 40 fois plus de chance de faire l'objet d'un dépistage de la dépression dans l'année suivant la formation, que dans l'année précédente. En regard de cela, les mêmes individus avaient 3 fois plus de probabilités de recevoir le diagnostic de dépression dans l'année suivant l'intervention (2,22% contre 0,89%) (311).

Il serait ainsi utile de sensibiliser les médecins généralistes et les pédiatres à la prise en charge psychopathologique de l'adolescent via une formation par des diplômes inter-universitaires (DIU) tel que celui de « santé et médecine de l'adolescent » déjà existant, ou via la formation médicale continue. Favoriser les liens et le travail collaboratif pédopsychiatres-somatiques, permettrait ainsi une prise en charge plus adéquate, même dans l'urgence, et apporterait un bénéfice aux jeunes patients. Le clinicien a besoin en effet d'un certain nombre

de repères indispensables pour une prise en charge optimale de cette population.

La psychiatrie de l'adolescent se distingue par l'importance accordée au développement de l'adolescent avec ses conséquences psychologiques et ses effets sur la psychopathologie et le traitement (312). Une grande partie de la stratégie de soins auprès des adolescents implique une réflexion sur les aménagements pouvant autoriser une séparation pensable puis acceptable par l'adolescent comme par ses parents. La problématique de la dépendance, centrale à cet âge, se joue également dans la relation médicale. Elle explique en outre la vulnérabilité de l'adolescent à son environnement et le poids que prend la dimension sociale et la place des pairs, y compris dans les stratégies de soins. La relation de soin avec le sujet adolescent est ainsi faite d'ambiguïtés et de paradoxes, située à l'intersection de l'individuel, du familial et du collectif, toujours inscrite dans une dimension développementale. Le clinicien doit être au fait de la façon dont le stade de développement affecte les types de soutiens et d'interventions nécessaires. Il a en effet été avancé que les facteurs développementaux peuvent moduler l'allure des symptômes de santé mentale, la possibilité d'être indépendant dans les soins et la vie de tous les jours ou encore la capacité d'adaptation à l'environnement. L'ignorance de ces spécificités pourrait conduire à stigmatiser l'individu à la moindre déviance ou à altérer la qualité de la relation de soins à instaurer avec le patient comme avec son entourage, en particulier les parents.

Le mode de relation du jeune en lui-même est également particulier, différent de celui de l'adulte. Il pourrait parfois tendre à provoquer un sentiment de rejet. Le psychiatre d'adolescent doit être capable de prendre de la distance et

d'intégrer cette particularité relationnelle dans la trajectoire développementale du sujet. La potentialité à améliorer la santé des adolescents dépend en effet de l'établissement d'une relation de confiance et d'une communication ouverte. Adopter une vision positive des patients est un préalable nécessaire à l'établissement d'une alliance thérapeutique, sans toutefois basculer dans l'écueil d'un contre-transfert trop positif qui pourrait conduire à un surinvestissement du soignant ou à l'inverse, provoquer un sentiment d'intrusion et de dépendance chez le jeune faisant alors courir le risque d'un arrêt des soins par celui-ci.

Les parents, qui font partie intégrante de la prise en charge, nécessitent une approche particulière à laquelle les cliniciens doivent se rôder. A l'instar de ce que décrivent Malka J. et Riquin E. dans le cadre des maladies chroniques, on observe dans notre activité de psychiatrie une modification des relations parents-adolescents lorsque survient la maladie psychique. Régulièrement, se produit un rapprochement préférentiel avec un parent, souvent la mère. Celle-ci accompagne alors le jeune à chaque rendez-vous, tandis que l'autre parent reste plus ou moins en arrière-plan, avec ce que cela comporte comme retentissement dans la dynamique de couple au sens large (63). Intervient également souvent la notion de culpabilité, de ne pas avoir perçu, d'avoir peut-être « mal fait », d'avoir transmis une vulnérabilité... Ainsi la mère d'une jeune fille récemment hospitalisée en Pédiatrie pour des TOC graves pouvait mentionner des ruminations envahissantes à propos du retentissement qu'avait pu avoir sur sa fille son propre tempérament anxieux. Le mal-être généré chez les parents n'est pas non plus sans effet sur le jeune patient. Cette culpabilité parentale peut alors conduire à un surinvestissement auprès de l'enfant qui

prend l'allure d'une tentative de réparation, pouvant au fil du temps remodeler durablement les relations parents-enfant. Par ailleurs, la maladie vient attaquer le narcissisme parental, pouvant conduire à une attitude parentale défensive à type de projection de la responsabilité sur l'environnement extérieur et notamment le corps médical. On peut s'imaginer que ce mécanisme projectif puisse fragiliser l'alliance thérapeutique avec le jeune, voire même le placer dans un conflit de loyauté entre ses parents et le soin. L'interférence de l'entourage dans le soin est en réalité bien plus large et plus complexe et il semble indispensable pour les soignants d'en avoir quelques notions car dans la pratique, il semble difficile de prendre soin de l'adolescent sans également se préoccuper de ses parents.

De façon plus pragmatique, les parents ont une place nécessaire et indispensable dans l'évaluation clinique comme dans l'approche thérapeutique de leur enfant. Méconnaître cette place, c'est prendre le risque de voir ces parents se détourner du soin, refuser l'alliance thérapeutique, ce qui risque de maintenir au mieux, aggraver au pire, une situation souvent déjà difficile et douloureuse (309). Ainsi, dans le domaine de la santé de l'adolescent au sens large, l'alliance thérapeutique s'apparente à un contrat tripartite de lutte conjointe contre la maladie. Il engage le jeune, l'équipe soignante et ses parents (313). Elle ne doit néanmoins pas compromettre le respect de la vie des adolescents.

Un autre intérêt à la rencontre des parents ou du tiers demandeur est d'obtenir une vision extérieure de la situation de l'adolescent. Le piège serait en effet de croire qu'il est autonome, indépendant, qu'il ne fait plus partie d'un système. Ce d'autant plus que l'adolescent affiche souvent une pseudo-maturité ou une

pseudo-indépendance (qui n'est souvent qu'une défense contre la dépendance). On est alors tenté de l'évaluer seul, comme cela se fait relativement souvent en psychiatrie d'adulte. Pourtant, l'observation des interactions au sein du système familial fait partie intégrante de l'évaluation du jeune et impactera sur la détermination des actions thérapeutiques, tout comme la dimension transgénérationnelle qui est également à considérer. Connaître ses ancêtres, se sentir inscrit dans une histoire identifiable est pour l'adolescent une des meilleures protections face aux aléas du futur. De ce point de vue, l'histoire des parents (sociale, médicale, psychiatrique) est aussi celle de l'adolescent en ce temps qu'il semble particulièrement important de la lui restituer. L'histoire des symptômes (troubles de comportement, gestes délinquants, gestes ou idéations suicidaires, agressivité, résultats scolaires, etc..) doit être retracée et mise en perspective avec l'histoire familiale et sociale propre à l'adolescent (naissance, étapes développementales, déménagements, maladies, écoles, etc...)(314).

Une autre spécificité de la psychiatrie de l'AJA tient au fait que l'évaluation fait en elle-même partie du processus thérapeutique. Le clinicien doit s'impliquer, interagir, sans pour autant être intrusif ni séducteur. L'adolescent ayant tendance à ne venir qu'à quelques consultations, le professionnel doit cerner rapidement sa situation pour pouvoir amorcer un changement. À la différence du psychiatre d'adulte, le psychiatre d'adolescent a fréquemment affaire à un jeune qui ne demande rien en apparence, mais qui est souvent adressé ou accompagné à la consultation par un agent demandeur : parents, travailleur social, infirmière scolaire, médecin traitant, ami, juge, avocat, etc., qui peut influencer l'intérêt et l'engagement dans le processus de soins. Quelle que soit

la modalité et le motif de recours aux soins, le soignant se doit néanmoins de veiller à ne pas vouloir pour le jeune, mais le laisser être acteur, tout en lui posant des limites au rôle structurant. C'est en énonçant son propre souci, son propre point de vue et en le communiquant à l'adolescent que le psychiatre peut initier une relation de soin sans exiger de cet adolescent ce qu'il se refuse à avouer : l'éventuel besoin d'un autre quand précisément toutes ses conduites pathologiques sont érigées pour dénier la profondeur de ce besoin (315).

Pour l'adolescent, devenir porteur de son projet de soins passera par sa tolérance à l'apport des autres et son aptitude à le construire en commun (316).

Plusieurs facteurs viennent au contraire limiter les suivis : peur de la dépendance, de la maladie, évaluateur passif, difficulté à cerner le problème et à le refléter à l'adolescent, interférences du milieu (parents, amis, centre d'accueil, etc.), scolarité, etc. Plus encore qu'en psychiatrie d'adultes, la psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, qui s'attache à prendre soin du sujet dans sa globalité, nécessite de pouvoir collaborer avec les autres intervenants, aussi bien au niveau médical qu'au niveau socio-éducatif. Elle implique également de pouvoir développer des capacités de médiateur, notamment dans les situations de conflits familiaux qui ne sont pas rares chez les jeunes souffrant de fragilités psychiatriques.

Le psychiatre doit apprendre à négocier avec le jeune mais également avec ses parents, y compris, très souvent, lorsque celui-ci est majeur du fait de la prolongation de la dépendance aux parents dans notre société. Alors que l'identification de problèmes est susceptible de teinter négativement les interactions avec les jeunes, encore plus lorsqu'il n'est pas à l'origine des

soins, il faut savoir rechercher et promouvoir leurs points forts pour bâtir la résilience et renforcer notre message selon lequel ils ont le potentiel de réussir. Le fait de se sentir "soutenu", "en sécurité", "connecté", "compris" et "avoir un regard positif" a effectivement été identifié comme significatif pour la résilience. Il en est de même en ce qui concerne la compréhension que le jeune a de lui-même. La connaissance de ces notions peut-être particulièrement utile pour le praticien dans une perspective thérapeutique.

En 2002, l'OMS a reconnu le besoin d'une éducation et d'une formation de qualité pour que les professionnels répondent plus efficacement et avec plus de sensibilité aux besoins et aux attentes des adolescents. Dans le prolongement de ce constat, est né, en 2013, le projet de recherche ADOCARE (contrat de service avec la Commission européenne). Ce projet s'appuie sur l'expertise d'un réseau de 239 acteurs de divers profils (chercheurs, décideurs politiques, représentants officiels des gouvernements, administrateurs et directeurs de services de santé) originaires des 10 états membres de l'Union européenne participant à l'étude (la Belgique, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Hongrie, l'Italie, la Lituanie, l'Espagne, la Suède et le Royaume Unis).

La mission globale du projet ADOCARE est de promouvoir et soutenir la création de structures de soins innovantes et améliorer les soins psychiatriques pour les adolescents souffrant de tels troubles dans les états membres de l'Union Européenne. Les données recueillies au cours de l'étude ont conduit à un certain nombre de recommandations à ce sujet. Ainsi il a été préconisé que les professionnels de santé mentale travaillant avec des adolescents reçoivent une formation spécifique sur des sujets comme : la législation et les politiques en matière de santé mentale des adolescents, le développement normal et

pathologique des adolescents et les problèmes psychopathologiques spécifiques, la communication et la prise de décision conjointe avec les adolescents et leur famille, les interventions psychosociales pertinentes, les aspects liés à la coordination, à la collaboration ainsi que les soins de transition ou encore l'évaluation des problèmes de santé mentale chez les adolescents.

Les résultats de la recherche ADOCARE montrent que la profession de psychiatre pour adolescents est reconnue par la loi dans seulement 5 des 10 pays participants (Finlande, Allemagne, Hongrie, Italie et Lituanie).

Une des composantes majeures dans la prise en charge de l'adolescent et du jeune adulte, en psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales, en particulier lorsqu'il s'agit de maladies chroniques, est la transition vers les services adultes. Cette période charnière représente en effet un enjeu majeur dans le parcours de soins de l'individu. Sa négociation est toute aussi délicate pour le professionnel de santé référent du jeune, c'est pourquoi les programmes de formation, en psychiatrie générale comme en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, devraient inclure la transition comme sujet obligatoire. Ainsi, dans le domaine pédiatrique, la formation des jeunes médecins a déjà été adaptée afin de leur apporter les compétences requises en médecine de l'adolescence, et en particulier en ce qui concerne la transition (317). Dans le champ de la santé mentale, si l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) définit les compétences que les psychiatres devraient avoir acquis à la fin de leur formation, on sait très peu de choses sur le niveau réel des jeunes médecins psychiatres d'aujourd'hui en ce qui concerne le processus de transition (318).

Répondre aux besoins en matière de formation concernant la transition entre service de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte est l'un des objectifs du projet MILESTONE (319), un projet financé par l'Union européenne sur la transition en matière de santé mentale. Celui-ci a commencé à examiner l'influence des différents modèles de formation sur les résultats de la transition des jeunes dans l'étude, en combinant les données de la cartographie européenne des services de santé mentale pour enfants et adolescents avec les données sur les modèles de formation. Au sein de ce projet, une enquête, a révélé en 2016 que sur les 78 jeunes praticiens des 36 pays participants, bien que 63% aient été en contact avec des jeunes (16-26 ans) dans le cadre de leur pratique clinique, 27% ont déclaré avoir une bonne ou une très bonne connaissance du processus de transition. Une formation théorique sur la transition n'a été signalée que dans 17% des pays, et une formation pratique dans 28% des pays. Enfin, 94% des stagiaires ont indiqué qu'une formation complémentaire sur la transition était nécessaire (318). Ces résultats ne sont pas surprenant lorsqu'on les associe au constat que moins de 5% des jeunes et des jeunes adultes fréquentant le secteur de pédopsychiatrie connaissent une transition optimale (320,321). En France, ce serait 48% des patients adolescents devenus adultes qui restent sans suivi pendant au moins trois mois si l'on en croit une étude rétrospective réalisée au centre hospitalier de Montpellier en 2013 (322).

Même en l'absence de résultat publié à ce sujet, l'amélioration des connaissances laisse envisager une évolution des pratiques des cliniciens conduisant à un plus grand nombre de jeunes gens expérimentant une transition optimale. En effet, aussi pertinentes qu'elles soient, les nouvelles

directives publiées ne pourront être mises en œuvre correctement, et les objectifs atteints, si les cliniciens n'ont pas les compétences requises dans le domaine. En France, un module de formation spécifique a récemment été ajouté au programme national obligatoire révisé des internes en psychiatrie (<https://sides.uness.fr/>). Néanmoins, jusqu'à présent, il n'y a pas de consensus concernant le processus décisionnel lié à la transition et la trajectoire en santé mentale de l'adolescent dépend du jugement clinique de chaque praticien, avec tous les biais qu'il peut comporter.

Il a pu être recommandé par un comité d'experts suisse, la création d'une association professionnelle telle qu'une Société de psychiatrie de l'adolescent et de transition ou d'une section dédiée au sein d'une société interdisciplinaire existante, qui pourrait être associée à l'introduction d'une attestation de formation complémentaire ou d'un titre de spécialiste (323).

Au-delà de la transition en tant que sujet en soi, il est également crucial de développer d'autres sujets connexes spécifiques au sein de la formation des psychiatres :

- 1) Diffuser une conception du patient tout au long de sa vie, comme aux États-Unis où une formation sur le développement de l'enfant et de l'adulte est disponible au cours de la formation de base
- 2) Étendre cette approche développementale au-delà de la théorie, en donnant aux stagiaires une expérience pratique obligatoire dans les différents âges de la vie. Cela est particulièrement nécessaire pour les troubles neurodéveloppementaux tels que le TDAH ou le trouble du spectre autistique,

dont on sait maintenant qu'ils se prolongent bien au-delà de l'enfance et de l'adolescence.

3) Les besoins et les problèmes spécifiques des adolescents et des jeunes adultes devraient également être mis en avant, comme cela a déjà été fait pour les personnes âgées dans de nombreux pays, sans nécessairement que cela n'aboutisse à la création d'une spécialité à part entière. La prise en charge des jeunes devrait être plus globale, ou plus approfondie, et prendre en compte la composante scolaire, l'autonomie, l'implication et l'étayage parental ainsi que celle des autres professionnels concernés avec le souci de développer des partenariats efficents. Le passage de l'adolescence à l'âge adulte est également associé à des modifications du cadre juridique qui interviennent à la majorité (droits et protection de l'enfance, protection des personnes, prestations du handicap, pension d'invalidité, Code pénal...). L'impact psychologique des différentes options thérapeutiques envisageables doivent être connues et prise en compte dans l'établissement de la stratégie thérapeutique, et notamment, en ce qui concerne la décision d'une hospitalisation. Mais cela est également vrai lorsque la question se pose d'effectuer une simple demande de « reconnaissance » ou de compensation telles que l'AAH, l'ALD, etc. En effet, l'évocation de cette possibilité peut s'avérer presque traumatique pour certains patients.

Depuis de nombreuses années, la médecine somatique a mis l'accent sur cette nécessaire attention portée aux adolescents et à leurs besoins spécifiques. Un document de synthèse sur les soins de transition chez les adolescents atteints de maladies chroniques, publié par la *Society of Adolescent Medicine*, a identifié le soutien de l'environnement, la prise de décision et le consentement,

le soutien familial et la sensibilité des professionnels aux problèmes psychosociaux comme les points cardinaux d'une transition réussie. Par conséquent, la formation aux soins de transition ne doit pas se limiter à une approche axée exclusivement sur les symptômes, mais doit proposer une approche globale du développement.

Les professionnels de santé, tant en milieu pédiatrique qu'en milieu adulte, doivent être formés à la gestion partagée de cas. Le programme de la formation doit inclure le développement des compétences de prise de décision chez les adolescents pendant le processus de transition ainsi que la thématique du soutien familial, car certains parents auront besoin du support des prestataires de santé pour s'adapter aux besoins changeants de leurs enfants. Il s'avère par ailleurs que ceux-ci sont demandeur d'être considérés par les professionnels comme des ressources et des collaborateurs potentiels pour aider les jeunes en transition à réussir leur intégration dans la communauté (324).

Enfin, comme développé précédemment, le cerveau de l'adolescent, en pleine maturation sur le plan neurobiologique, modifie l'effet pharmacologique des psychotropes par rapport à ce qui est attendu chez l'adulte. On peut ainsi évoquer le phénomène d'augmentation du risque suicidaire sous antidépresseurs qui a pu se révéler majoré chez la population des AJA. Leur maniement nécessite donc une expertise du clinicien, qui ne peut l'acquérir réellement que par le biais d'une formation correspondante. De plus, il existe peu de données probantes permettant d'informer les praticiens sur le moment où les médicaments peuvent être diminués et supprimés. Cette lacune constitue une implication importante et un problème de sécurité si l'on

considère le risque de syndrome métabolique et d'autres effets à long terme de certains médicaments psychotropes.

De plus, il faut être capable de discuter des avantages et des risques des médicaments avec les jeunes d'une manière engageante et adaptée à leur développement, sans jugement, en incluant les figures parentales le cas échéant. Cette coopération dans la décision thérapeutique est essentielle à la réussite d'un traitement pharmacologique (325).

5.3 Le cas des adolescents difficiles et de la nécessaire articulation au médico-social

Définis par des comportements violents et transgressifs, une fréquente carence familiale, voire l'absence de famille, de lien, de domicile, de projet et les mises en échec récurrentes de tout ce qui peut leur être proposé, les adolescents difficiles se caractérisent par leur position indéfinissable, entre les différentes institutions, ainsi que par le malaise et les réactions affectives qu'ils suscitent chez les professionnels (hyper-investissement suivi de rejet) qui les accompagnent (326). Il peut y avoir différentes formes d'adolescents difficiles, délinquantes ou non et différentes dénominations peuvent coexister (« ado limites », « à risque », « en grande difficulté »).

Botbol met en avant trois particularités propres au fonctionnement de ces adolescents :

- La place qu'occupe l'agir dans leurs symptômes, qui prennent la forme de comportements déviants et perturbateurs, au premier rang desquels la violence et la fugue. Elles conduisent classiquement à des exclusions répétées des institutions ;
- Les nombreux échecs auxquels les professionnels sont confrontés,

lorsqu'ils s'obstinent à obtenir une alliance thérapeutique ou éducative ;

- Le sentiment d'urgence qui résulte de la conjonction des deux caractéristiques précédentes ;

Bien souvent désemparées face à la clinique explosive de ces jeunes et leur insensibilité aux réponses qui y sont apportées, les institutions éducatives qui les accueillent peuvent en venir à considérer que les services psychiatriques sont les seuls qui soient vraiment compétents pour prendre en charge ces adolescents. Ce « *symptôme institutionnel* » est une des caractéristiques centrales du trouble et il se trouve au centre de la collaboration entre psychiatrie et PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) (327). En 2014, le psychologue clinicien Bernard Gaillard (maître de conférences à l'Université de Rennes), auteur de travaux sur la délinquance des mineurs, insistait sur le caractère socialement et institutionnellement construit de cet objet. Autrement dit, « *Le trouble du comportement n'est pas une entité diagnostique. C'est la description très extensive, par l'entourage et la société, de faits de comportement qui ne relèvent pas obligatoirement d'une pathologie.* » (328). Ces adolescents, qualifiés « *d'incasables* », relèvent à la fois du secteur psychiatrique, de la protection et de l'éducatif, localisé à l'extrême de la vocation de chacun. Les institutions ne sont toutefois pas conçues pour les situations extrêmes, elles ont été pensées pour des situations typiques, celles qui sont en capacité de satisfaire à leur projet. Lorsqu'une situation sort de l'ordinaire, l'institution peut parfois y faire face en adaptant son fonctionnement. A l'inverse, il n'est pas rare que foyer, éducation nationale, psychiatrie... déplorent, les uns après les autres, que ce cas particulier relève d'un autre champ que le sien. À force de ruptures, ces adolescents qui mettent

à rude épreuve toutes les institutions éducatives, de soins et même juridiques dans lesquelles ils font escale, font l'objet de placements successifs et déstabilisants.

Il n'en reste pas moins qu'à la suite d'un acte agité avec parfois une mise en danger des autres, du matériel ou de sa propre intégrité physique, l'adolescent « en crise » est bien souvent pris en charge aux urgences. L'hospitalisation peut alors avoir une connotation punitive, asilaire voire carcérale pour les partenaires épuisés, les parents et donc également l'adolescent. Il est primordial pour l'équipe soignante de ne pas tomber dans cet écueil et de valoriser la dimension du soin, de proposer une lecture différente des actes qui ont été posés, de garder la vigilance constante que ce mode de prise en charge ne soit pas un enjeu de maîtrise, fonctionnant en miroir de la symptomatologie et de proposer un travail d'élaboration de la souffrance, qui permettra une autre issue à la crise. « *Ce n'est qu'au prix d'un sentiment de respect et de bienveillance à son égard [...] que l'adolescent va pouvoir modifier ses propres investissements narcissiques dans un sens plus positif* » (329). Les psychotropes montrent alors souvent leurs limites sur cette symptomatologie liée à des troubles du narcissisme et très souvent aux carences précoce subies dans leur enfance. Cette énième crise est parfois celle qui conduit le foyer à exercer son « droit de retrait ». Malheureusement, ces jeunes présentant des troubles du comportement majeurs et la saturation du système empêchent très souvent qu'ils soient réaccueillis en urgence dans une autre structure. Certains restent ainsi hospitalisés pendant plusieurs mois sans solution de sortie, avec toute la iatrogénie que peut constituer une hospitalisation prolongée. Parfois, c'est le manque de réponse rapide apportée

par la psychiatrie qui est source d'insatisfaction voire de heurts avec les partenaires du secteur médico-social malmenés par ces adolescents.

Ce scénario ne fait en réalité que renvoyer à une « *crise du partenariat* » (330), car c'est en amont et en aval de cette crise que se trouve la problématique, par absence de projet et de confiance, cette même confiance que l'adolescent a perdu dans les modèles éducatifs selon le modèle explicatif de Coenen (331).

Lors de la Conférence régionale de santé d'Île-de-France en novembre 1999, le professeur P. Jeammet définissait ainsi les situations de crises des adolescents : « *Pour la plupart des jeunes, il ne s'agit pas de situation de crise, mais plutôt d'un mode d'être et de fonctionnement organisé depuis des années, si ce n'est depuis l'enfance qui les conduit à fonctionner sur le mode de l'impulsivité, la rupture, les variations d'humeur, l'intolérance, la frustration, l'incapacité d'attendre, la violence contre eux et contre les autres. Leur recours fréquent aux comportements addictifs a valeur d'autothérapie mais le conduit plus ou moins rapidement à aggraver leur processus d'autodestruction et de coupure du monde adulte. La crise devient alors chronique et représente leur mode habituel de fonctionnement. Le repérage de ce fonctionnement est souvent tardif, il peut apparaître comme une crise, mais il ne fait que traduire un processus déjà ancien. Il apparaît alors flagrant à la société au moment où une rupture sociale est en train de s'opérer.* »

Les remaniements physiques et psychiques à l'adolescence laissent ces jeunes aux prises avec une excitation désorganisatrice et une souffrance, qui se manifestent par des somatisations et un agir répétitif. Ces modalités d'expression de la souffrance ne peuvent pas être contenues dans le milieu ordinaire et demandent une réaction adaptée de

l'environnement. L'organisation du dispositif de prise en charge doit pouvoir apporter cette réponse à la souffrance des adolescents et être un support d'élaboration de leur problématique. Le jeune va rejouer au sein de cet espace, les aléas de son parcours personnel et relationnel avec notamment les ruptures, les abandons et les collages confusionnels.

L'enjeu pour les institutions impliquées est de faire preuve de flexibilité face aux pressions exercées par ces adolescents, afin de personnaliser chaque parcours. Cela implique qu'elles reviennent sur les fondements de leurs principes de fonctionnement, tout en tenant compte des particularités de la construction psychique de cet adolescent. De même, une fois lancé, le projet pour le jeune, se doit d'être constant et pour ce faire, se doit d'être porté, non pas par une seule institution, mais par un réseau institutionnel. De plus, d'un point de vue psychopathologique, une prise en charge assurée par une unique institution pourrait desservir le jeune en le plaçant dans une position de dépendance insupportable. Chaque institution intervient alors partiellement, dans une compréhension partagée des difficultés du jeune, qui sont abordées de façon progressive. Dans une telle perspective Desroche (332) modélise l'institution comme étant « *cet ensemble d'acteurs, publics, privés, bénévoles, professionnels, usagers encadrés par des tiers* », un « *espace intermédiaire* » co-construit et propriété de tous, qui devient « *le lieu privilégié du lien* ». En effet, un accompagnement de type protocolaire, appliqué dans un esprit de maîtrise, serait contraire à ce mouvement souhaité d'élaboration collective et de travail de l'intersubjectivité en vue de la mise en œuvre d'un dispositif optimal pour l'adolescent. De telles modalités de travail sont alors à risque de constituer une maltraitance institutionnelle.

La diversification des partenaires lors de la période particulièrement chaotique de l'adolescence de ces sujets, doit œuvrer en faveur d'une évolution plus favorable de la crise : adultes plus nombreux et diversifiés, supports d'investissements et d'identifications, mais aussi supports sociaux de symbolisation de la loi qui viennent faire tiers et inscrire le sujet dans sa dimension sociale. Tout cela lui propose un autre mode de gestion du pulsionnel, en offrant un contenant, des limites structurantes au jeune mais aussi un étayage à ses parents. Conçu comme un emboîtement d'enveloppes (intra-institutionnelles ou interinstitutionnelles) contenantes et pare-excitantes, utilisées par les adolescents pour suppléer aux défaillances de certaines fonctions de leur appareil psychique, le dispositif d'accompagnement personnalisé pour chaque jeune leur permet un travail d'élaboration et le relancement du processus de subjectivation, mis à mal par la rencontre entre l'expérience adolescente et les traumas infantiles, tel un défaut de contenance psychique dans les étapes antérieures du développement. En franchissant cette étape, il s'offre la construction d'un avenir, à l'image d'un rite d'initiation, en vue d'une réinsertion dans la société (333).

Le développement de connaissances et le partage de celles-ci entre professionnels est en outre un levier indispensable à leur rapprochement. Les formations interdisciplinaires impliquant des connaissances du développement, de la puberté, des cognitions et la psychopathologie, particulièrement comportementale, ainsi que du droit, de la sociologie et des fonctionnements institutionnels apparaissent indispensables pour tous les acteurs.

L'acquisition de ces savoirs et du développement de ces pratiques se traduit par des évolutions notables touchant les quatre grands domaines du traitement

public de la défiance juvénile : Justice, pédagogie spécialisée, protection de l'enfance et Psychiatrie. Avec des frontières entre ces quatre secteurs qui s'affaiblissent progressivement voire sont parfois remises en cause (334).

Au sein de ce travail partenarial, le secret médical doit bien-sûr être respecté par l'équipe de soins.

❖ Un exemple de prises en charges multidimensionnelles et intégrées, l'unité BASTIDE à Mont de Marsan (Landes) (335)

Cette unité départementale thérapeutique et éducative de 6 lits a été créée en 2013, avec la vocation d'aider les adolescents muticarencés à un travail de reconstruction. Les adolescents hospitalisés à Bastide présentent des conduites antisociales, violentes, destructrices, répétées, révélatrices d'une problématique narcissique impuissance-toute puissance prenant le plus souvent racine dans les interactions précoces vécues par l'enfant dans son milieu familial et son environnement. Ces jeunes sont accueillis dans un service de psychiatrie où interviennent quotidiennement des éducateurs du pôle de protection de l'enfance, sur des horaires de journée (8h-18h).

Un référent soignant et éducatif est déterminé pour chaque adolescent à son admission. Une assistante sociale et une animatrice socioculturelle interviennent ponctuellement. Le travail en binôme infirmier/éducateur est étayé par les staffs hebdomadaires réunissant l'ensemble des professionnels et les synthèses associant les partenaires extérieurs permettent de fédérer l'équipe et de développer une vision plus intégrée de la problématique adolescente.

Tous les adolescents conservent un lien avec le milieu extérieur par l'intermédiaire d'un tiers (famille ou structures du réseau médico-social) avec

la possibilité, selon l'état clinique, de « permissions » de sortie selon un rythme prédefini (week-end en famille, en famille d'accueil, séjours en lieu de vie, etc.). Sont également pratiquées des hospitalisations séquentielles. Parfois difficiles pour le jeune, les retours à l'hôpital peuvent être l'occasion d'épisodes quelquefois régressifs et violents. Il y puise alors la force de ne pas avoir de tels comportements dans sa famille d'accueil et commence à exprimer son vécu émotionnel. La contention psychique est portée par la parole soignante associée parfois à une aide médicamenteuse. La contention physique non violente n'est utilisée qu'en dernier recours : « *Le danger le plus grand, car nettement plus latent, est sans doute l'abstention de toute forme de contention, quand la contenance relationnelle a échoué. Car c'est alors qu'on aura recours à une médication abusive à visée uniquement sédative* » (336).

Le cadre de soins et de la prise en charge sont définis et organisés chaque semaine au cours du staff pluridisciplinaire. En outre, un contrat de soins individuel est ponctuellement établi pour aider le jeune à s'inscrire dans un projet personnel spécifique (par exemple l'obtention du brevet de sécurité routière]. Pour certains adolescents dont la symptomatologie comportementale rend impossible un enseignement classique, même au sein d'un effectif d'élèves très réduit, l'intervention du service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD), mobilisant plusieurs enseignants au sein de l'unité s'est avérée fructueuse et conforte l'idée de permettre l'accès pérenne à une forme de scolarité au sein de l'hôpital pour ces jeunes.

➤ **La particularité de l'articulation du médico-social dans le contexte judiciaire :**

Coenen estime que la demande d'aide ne peut émerger de l'adolescent

étiqueté « difficile », et c'est d'ailleurs sa fermeture à la relation d'aide qui fait toute la complexité de la prise en charge : il est incapable de demander autant que de recevoir. L'adolescent difficile est surtout un adolescent non-compliant. Il ne peut donc exister un contrat réciproque entre une demande et un service. En l'absence de cette relation contractuelle, Coenen préconise d'établir le « *non-renvoi* » de l'adolescent comme base indispensable, préétablie et incontournable, pour soigner les adolescents difficiles. Pour celui-ci, l'exclusion, le renvoi hors des dispositifs constitue une maltraitance. C'est pourtant ce qui menace les adolescents difficiles, vulnérables face au danger d'être maltraités comme ils l'ont été dans leur histoire infantile. Coenen reste néanmoins persuadé du bien-fondé de la sanction, considérant que l'adolescent qui l'exécute manifeste publiquement la reconnaissance et l'acceptation de l'autorité, de la loi des adultes, celle de la société à laquelle il appartient. Pouvant aller jusqu'à l'enfermement, ces mesures coercitives, en réponse à l'expression des symptômes, ne doivent aucunement remettre en cause le lien établi avec le jeune sous peine d'être totalement contre-productives, perdant leur fonction contenante et avec elle, l'apport attendu de sécurité et de stabilité (331).

Le fait est que les discours institutionnels du moment, aussi bien que les discours politiques, tendent à considérer que la confrontation à la loi est capitale au sein des réponses qui seront données aux passages à l'acte des adolescents difficiles, particulièrement pour les plus violents (337). On attribue à la loi, une fonction de contenance qui, par le rappel des limites qui s'imposent à nous tous, viennent renforcer celles de l'institution. On attend de cette limitation qu'elle amène le jeune à se décaler de sa toute-puissance, pour

intégrer la notion de « tiercéité », d'altérité, c'est-à-dire l'acceptation d'une réalité externe, qui se trouve être également un objectif clé des prises en charge thérapeutiques autant qu'éducatives.

Il semble indispensable pour l'ensemble des acteurs amenés à intervenir auprès de tels adolescents, d'avoir quelques notions en ce qui concerne la Justice de mineurs. Ces jeunes y étant relativement fréquemment confrontés de par les actes qu'ils posent, elle est bien souvent un partenaire au sein du réseau d'institutions gravitant autour de l'adolescent.

La PJJ est, en France, l'administration centrale du ministère de la Justice chargée de l'organisation et de la tutelle des dispositifs judiciaires intervenant dans la protection des mineurs. En particulier, elle veille à ce que soient mises en œuvre, dans les meilleures conditions possibles, les mesures décidées par le Juge des Enfants au civil (protection des mineurs en danger), comme au pénal (protection des mineurs par le biais des réponses judiciaires à leurs conduites délinquantes).

Dans le cas d'une condamnation pénale donnant suite à un acte grave, la PJJ offre à la Justice des mineurs, les services de dispositifs éducatifs qui pourront réaliser les évaluations ordonnées par le Juge des Enfants ou encore mettre en œuvre les mesures, sanctions et peines décidées avec le tribunal pour enfants en réponse aux actes délinquants des jeunes poursuivis.

La Justice pénale des mineurs, depuis la loi initiale de 1912, tient pour principe que les réponses judiciaires aux actes délinquants des mineurs doivent donner la primauté à l'éducation sur la répression.

Dans la conception traditionnelle de la justice, celle des majeurs, il est primordial de différencier le délinquant pleinement responsable, du malade

plus ou moins partiellement irresponsable. Cette Justice des majeurs s'exerce selon une logique qui oppose soin et sanction, psychiatrisation et judiciarisation. Botbol explique ainsi que la justice des mineurs, à la différence de celle des majeurs, ne repose pas sur une « logique *nosographique* » (qui oppose normal à pathologique) mais sur une « logique *psychopathologique* », où l'évaluation du fonctionnement psychique du délinquant prédomine sur l'étiquetage du trouble (326). De cette façon, il ne peut y avoir en principe chez le mineur, de réponse judiciaire qui ne comporte pas un volet éducatif et «protectionnel», parce qu'il ne peut y avoir, chez un mineur, d'acte délinquant qui ne soit pas en même temps la manifestation d'une difficulté éducative et psychique (327).

Dès lors qu'il est reconnu capable de discernement au moment des faits, le mineur ayant commis un acte qui le justifie légalement, peut se voir infliger une peine (si plus de 13 ans) pouvant inclure la privation de liberté, ou une sanction éducative (si plus de 10 ans), ou encore une mesure éducative, à la condition que celles-ci restent intégrées dans une démarche à finalité éducative ou protectionnelle.

Par ailleurs, tout mineur bénéficie d'une excuse atténuante de minorité, qui ne peut être remise en cause qu'après l'âge de 16 ans, à titre exceptionnel. Cette excuse de minorité est sous-tendue par l'immaturité psychologique attribuée au mineur et sa dépendance à son contexte affectif et éducatif, justifiant de le protéger des dangers auxquels il peut être exposé. En vertu de cette même règle, la peine maximale encourue par un mineur ne peut excéder la moitié de la peine reçue par un adulte qui aurait commis les mêmes faits.

Enfin, tout jugement peut (et l'est souvent) s'accompagner d'une obligation de

soins.

Sur ce versant, psychologie et psychiatrie ont leur rôle à jouer dans l'accompagnement des jeunes, du simple soutien, à un véritable travail de résilience vis à vis des carences et maltraitances que les sujets ont pu subir. Ces deux disciplines permettent l'apprentissage d'attitudes alternatives aux actes transgressifs pour faire face à une tension psychologique centrée sur soi-même ou sur les autres.

Parfois, le juge peut demander une hospitalisation par décision judiciaire dans un service de pédopsychiatrie. Ces adolescents peuvent alors montrer des difficultés à se plier à la vie en collectivité, perturbant alors lourdement le fonctionnement du service. Bien des magistrats souhaitent que se développent des structures spécifiques pour ces adolescents, où serait effectué un bilan médico éducatif qui pourrait fournir des éléments constructifs en vue d'élaborer un projet thérapeutique et socio-éducatif (338).

Au 1^{er} janvier 2018, les adolescents de plus de 13 ans condamnés à des peines privatives de liberté représentaient 1 % de la population écrouée détenue, soit 772 adolescents détenus. Selon plusieurs études, ces jeunes apparaissent particulièrement affectés par les troubles psychiatriques (339).

Le temps de l'incarcération peut être pour un certain nombre de ces adolescents, le contexte de la première rencontre avec le soin. Il convient d'élaborer avec le patient une prise en charge globale (psychiatrique et non psychiatrique), au moyen d'une collaboration étroite avec les différents intervenants (éducateurs de la PJJ, assistante sociale, équipes pénitentiaires...) et, toujours, travailler le lien avec les secteurs de psychiatrie pour permettre la continuité des soins et la poursuite du projet à la sortie.

Il est fondamental d'impliquer le patient dans les soins, notamment en recueillant son consentement dès que cela est possible, en le sensibilisant au moyen d'ateliers de psychoéducation, ou encore au travers de la création d'un projet de soins personnalisé qui prévoit le maintien du suivi éducatif et l'accès à un enseignement ou à une formation adaptée, ainsi que le maintien du lien avec les parents (340).

D'un point de vue politique, il est nécessaire de travailler sur des stratégies de prévention des comportements auto-agressifs et de développer des plans nationaux de prévention du suicide chez les détenus mineurs qui nécessitent une vigilance renforcée à ce sujet.

Ainsi, au-delà de ses effets de rupture, d'attaque des liens et du narcissisme des professionnels le passage à l'acte est à saisir comme un message (329). La question des adolescents difficiles renvoie d'emblée à la question des institutions, à leurs difficultés à s'organiser, à accueillir leur souffrance et, plus globalement, aux difficultés actuelles que rencontre notre société. L'accompagnement d'un adolescent difficile mobilise un ensemble d'acteurs institutionnels et professionnels dans les secteurs éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques, judiciaires acteurs ou institutions issus de secteurs dont les fondements idéologiques et théoriques se sont parfois structurés par opposition et donc pas toujours très coordonnés. L'enjeu est de créer entre ces différents acteurs, un espace collaboratif où puisse s'élaborer collectivement un projet solide, personnalisé à la hauteur de la complexité de la situation du jeune. Le maître mot est la constance chez ces jeunes dont l'histoire de vie a souvent été marquée par de nombreuses ruptures. Elle ne peut s'établir qu'à la condition d'une articulation bien coordonnée entre les différentes institutions

au travers d'un travail en réseau dont le pilotage - prévoyant si possible, une place pour les parents - repose idéalement sur une institution désignée comme garante de la continuité du parcours du jeune dans l'espace interinstitutionnel.

5.4 Le groupe des pairs et l'hospitalisation : effets à double tranchants

5.4.1. L'hospitalisation en psychiatrie

La demande à l'origine de l'hospitalisation peut être plus ou moins clairement formulée. Elle arrive le plus souvent dans le temps de la crise, comme dernier recours à une symptomatologie trop bruyante, à laquelle aucune autre réponse n'a pu mettre un terme, parfois également, à visée diagnostique ou de mise en place d'un projet de soins. Elle est souvent discutée et acceptée lorsque le patient, la famille, l'entourage sont à bout, épuisés (341).

Elle entraîne une rupture avec l'environnement et le rythme de vie habituel. Le traitement hospitalier des adolescents vise à réduire le risque ou la gravité de la psychopathologie à long terme en offrant un environnement thérapeutique intensif. Les préoccupations relatives au traitement des adolescents hospitalisés sont documentées dans la littérature depuis des décennies. Les avantages (par exemple, l'évaluation et le soutien 24 heures sur 24) et les inconvénients (par exemple, les coûts élevés) du traitement hospitalier font l'objet d'un débat permanent qui est sans doute encore plus complexe pour la population adolescente. En effet, l'hospitalisation peut d'une part perturber la négociation de tâches clés dans le développement des adolescents vers l'âge adulte (par exemple, l'augmentation de l'autonomie, le développement de relations) et d'autre part, exposer le jeune à la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale, particulièrement courante dans ce groupe d'âge

(316,342).

Peu d'études ont recueilli l'opinion des adolescents sur les soins en milieu hospitalier mais les résultats semblent en faveur d'une opinion partagée. Parmi les aspects appréciés, ils mentionnent la disponibilité et le soutien du personnel, l'aspect structurant et contenant de l'institution et de sa routine ou encore les relations avec les autres patients hospitalisés, tandis qu'ils peuvent en même temps rapporter un ressenti désagréable de restriction, de déconnexion de leurs entourage familial et amical, ainsi qu'une approche trop focalisée sur les "problèmes" au sein de ces services. Enfin, la sensation d'évoluer dans un monde artificiel, instable et volatile pouvait être majoré lors de l'occurrence d'expériences inattendues ou parfois difficiles à comprendre telles qu'il n'est pas rare de rencontrer en service de psychiatrie (crises clastiques, agressions, automutilation...) (342,343).

L'adolescent hospitalisé expérimente par ailleurs une temporalité particulière. Le temps de l'hospitalisation est certes rythmé par la vie quotidienne : toilette, repas, réunions, consultations, repos..., mais il est surtout le temps de l'ennui, une forme de limite posée à l'acte ou à l'activité. C'est au sein de cette place vacante que va pouvoir se déployer la pensée, la réflexion, où pourront se manifester authentiquement les modes de relation aux autres et tout ce qui constitue autant de matériel clinique pour les professionnels. Mais c'est également en ce lieu confiné que le jeune peut se retrouver aux prises avec la déstructuration de sa pensée, son angoisse, sa dépression, trop plein qu'il peut alors évacuer par la répétition des passages à l'actes.

Un des rôles de l'hôpital est de reproduire un milieu de vie où, à travers l'observation des modalités relationnelles du patients avec les soignants

comme avec ses pairs, on peut accéder à une meilleure compréhension de son monde intérieur et de ses principales défenses. Le travail d'élaboration en équipe permet de soutenir la pensée de chacun, et sera mis à disposition des patients qui « l'utilisent » pour construire leur propre appareil psychique et établir des liens entre ce qui se passe au sein du cadre hospitalier et dans sa vie (334).

Les participants de l'étude de Catherine Haynes, qui s'est intéressée au vécu des adolescents hospitalisés en psychiatrie, ont par ailleurs pu relater s'être sentis scrutés et infantilisés dans l'unité et étaient particulièrement en colère et bouleversés au moment de l'admission. L'expérience du sentiment de restriction a été bien documentée par des recherches sur les patients psychiatriques adultes et a été associée à de fortes réactions affectives telles que la colère, la peur et même l'humiliation. Ce processus peut être encore plus applicable aux adolescents hospitalisés qui n'ont souvent pas choisi de venir à l'hôpital et qui ont peut-être encore moins de pouvoir décisionnel en raison de leur âge et de leur statut social.

Pourtant, l'expérience du "confinement" et le développement de stratégies d'adaptation sont considérés comme des aspects thérapeutiques du traitement en milieu hospitalier en dépit des expériences essentiellement négatives qu'elles provoquent chez les jeunes interrogés à ce sujet. Pour Haynes, l'hospitalisation pourrait en réalité exacerber les difficultés d'un jeune en compromettant son autonomie et son estime de soi. Cette autonomie doit être préservée en leur donnant la possibilité d'intériorisation et d'appropriation du modèle de soin. Celles-ci constituent d'ailleurs un des objectifs de l'hospitalisation pour que, in fine, l'adolescent se saisisse du projet

thérapeutique et développe ses capacités à prendre soin de lui-même sur le long terme (316,343).

Pour Marcelli, l'hospitalisation n'est pas un isolement. Elle consiste en l'aménagement d'un environnement différent du milieu habituel où l'adolescent évolue relativement librement, dans la mesure où ses initiatives sont constructives. L'équipe et les soins permettent le recouvrement d'un équilibre et d'une sécurité intérieure, le rétablissement des liens relationnels, la relance d'activités à un rythme adapté à ses possibilités. Par ailleurs, la recherche a démontré l'importance de limiter l'effet de « déconnexion » en intégrant les familles aux soins hospitaliers, contribuant également à garantir un bon résultat du traitement. Marcelli considère que la séparation en elle-même - à la condition qu'elle soit bien négociée et préparée – a bien souvent un pouvoir thérapeutique dans la prise en charge de l'adolescent. Elle peut s'effectuer dans de bonnes conditions grâce aux nombreux aménagements possibles du cadre de l'adolescent par rapport à ses parents (internat, foyer, hospitalisation, etc...) (315).

En dépit de la rupture avec la vie quotidienne induite par leur hospitalisation, il semble que les adolescents hospitalisés soient par ailleurs bien souvent préoccupés par leurs perspectives d'avenir et particulièrement enclins à se comparer à leurs pairs qui n'ont pas de difficulté psychiatrique ou qui n'ont pas été hospitalisés.

La création de liens étroits avec d'autres patients hospitalisés peut alors être protectrice contre ces comparaisons négatives entre pairs. Ces relations se développent généralement au fil du temps et impliquent que les participants passent d'une position de peur et d'incertitude vers la compréhension et le

soutien.

Haynes insiste en outre sur l'importance d'aider les jeunes patients hospitalisés à maintenir et à rétablir leurs objectifs dans la mesure du possible, en particulier dans le domaine de l'éducation (343). Ces préconisations sont reprises par le réseau ADOCARE qui recommande la création de « passerelles » entre l'environnement de soins et le monde « réel » (344). Ainsi, si un adolescent est hospitalisé, les professionnels devraient tout de suite imaginer des stratégies en vue de sa réinsertion précoce dans la société. Par exemple, aider un adolescent à achever ses études, à trouver un logement ou un emploi convenable et à nouer des relations de confiance avec autrui...

Les récits des jeunes suggèrent finalement que le traitement en milieu hospitalier peut être une arme à double tranchants. Cet environnement routinier, prévisible et cohérent que constitue le service d'hospitalisation a le potentiel d'offrir aux jeunes des facteurs psychologiques fondamentaux pour un développement émotionnel harmonieux, tels que la maîtrise de la détresse émotionnelle et l'établissement de relations de soutien dans lesquelles ils se sentent compris. La théorie de l'attachement de Bowlby fournirait un cadre permettant de comprendre certaines des caractéristiques fondamentales des soins hospitaliers (342). Les soins contenus prodigués par un personnel disponible en permanence seraient susceptibles d'offrir les caractéristiques d'un attachement sécurisé à partir duquel les jeunes pourraient être en mesure de développer des croyances positives sur eux-mêmes et leurs propres compétences. Ce regain d'estime de soi et de confiance en soi faciliterait alors leur réadaptation au moment du retour à la vie ordinaire.

Pour d'autres cliniciens, la nature relativement contrôlée, voire artificielle de

l'environnement hospitalier tendrait plutôt, avec son effet corolaire de surprotection, à rendre le jeune non préparé à réintégrer la communauté. Haynes, en outre, attire l'attention sur le fait que l'adolescence, en tant que période de transition et de développement de l'identité, peut être un intervalle propice à ce que les menaces qui pèsent sur l'identité en devenir se fassent plus puissantes. Ainsi, l'expérience de l'hospitalisation pourrait également compromettre cette étape cruciale du développement par son potentiel déstabilisateur de la cohésion identitaire antérieure de l'adolescent, et le conduire vers une identification trop étroite et négative (343). D'autres auteurs déplorent une stagnation du développement social et émotionnel induite par l'hospitalisation au long cours, notamment dans le cadre des troubles psychiatriques graves (345).

A l'inverse, les jeunes patients hospitalisés ayant fait le retour d'une perturbation majeure des liens avec leur famille et leur amis inhérente à l'hospitalisation, ont pu en faire une opportunité d'investissements nouveaux dont font partie les rencontres valorisées avec divers soignants comme avec des pairs, qui sont autant d'éléments susceptibles de relancer la dynamique du fonctionnement psychique. Compte tenu de la théorie selon laquelle le développement optimal s'étaye sur le soutien de l'environnement social (312), on peut suggérer que l'environnement hospitalier peut supporter plusieurs mécanismes clés du développement adaptatif et constituer ainsi une base à partir de laquelle l'adolescent peut développer des comportements futurs positifs.

Selon Marcelli, les unités de soin pour adolescents ne sont pas seulement une exigence conjoncturelle, c'est aussi un outils indispensable initialement pour

ces patients dont l'abord thérapeutique est souvent complexe : elles leur offre un lieu où l'utilisation de médiateurs leur permet d'apprivoiser à nouveau une pensée qui les effraie, des unités de soins où sera comblé leur besoin de relations avec le groupe des pairs, un endroit où une séparation du milieu familial est possible et pensable, des structures qui considèrent ses besoins développementaux, en particulier scolaires, et qui dans une dynamique toujours transnosographique, acceptent une interdisciplinarité en général difficile à entretenir au quotidien... (315).

Enfin, peut se questionner la cohabitation des jeunes avec les adultes au sein d'un groupe de patient hospitalisés. À partir de 16 ans, les jeunes relèvent de la psychiatrie adulte. Alors que leurs maladies ne sont pas encore nécessairement installées et qu'ils apprennent à les appréhender, ils se trouvent en contact avec des patients d'autres générations, à des stades différents de leurs maladies. Cette mixité pose question en termes d'effets sur le jeune et sa pathologie, tant par la cohabitation des patients en elle-même du fait de la vulnérabilité de certains jeunes, que par la difficulté que cela peut engendrer dans la prise en soins des soignants, pour qui il peut être difficile d'adapter les actes de soin et l'organisation du service au public spécifique des AJA.

En 2017, 690 jeunes de 15 à 18 ans ont ainsi été hospitalisés à temps plein en psychiatrie adultes et 172 en psychiatrie infanto-juvénile, d'après les données du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P). Pourtant, 65 % des répondants expliquent ne pas disposer de professionnels formés à ces prises en charge. La durée de séjour d'un adolescent est le plus souvent d'une semaine à 1 mois (346). Néanmoins et comme déjà abordé précédemment,

pour une certaine partie des jeunes, l'hôpital peut à la fois constituer une base de sécurité qu'il est intéressant de pouvoir leur offrir, mais les expose également à un risque de chronicisation dans le milieu hospitalier psychiatrique.

Le cas des hospitalisations « de crise » doit être traité spécifiquement. Devant l'épuisement de l'entourage du jeune, « l'enfermement » risque d'être accepté pour lui-même, comme s'il était une fin en soi, comme le seul moyen de faire une pause, avec l'espoir que les murs du service constitueront l'ultime limite qui n'a pu tenir nulle part ailleurs. L'hospitalisation peut alors avoir valeur de « répression », voire de « punition », dans les représentations conscientes ou inconscientes de l'entourage et des divers intervenants autour du jeune. Elle est une réponse que la société a apporté devant des passages à l'acte qu'elle ne peut tolérer. L'endroit d'où l'on ne peut s'échapper...

Il appartient alors à l'équipe soignante de faire la différence avec le système carcéral, d'affirmer la dimension du soin et de proposer une lecture différente des actes qui ont été posés. Une attention constante doit être portée à ce que cette modalité thérapeutique ne soit pas un enjeu de maîtrise fonctionnant en miroir de la symptomatologie mais qu'elle puisse au contraire autoriser un travail d'élaboration qui permette une autre issue à la crise. La fonction de l'hospitalisation, son rôle dans un parcours de soin ne pourront prendre sens que dans un travail collaboratif entre les différents acteurs et partenaires du soin : le patient, sa famille (et dans une moindre mesure, l'entourage plus élargi qui peut influencer ces représentations), le thérapeute, les partenaires extérieurs éventuels (services sociaux, éducatifs...), mais aussi les professionnels de l'unité d'hospitalisation, toutes fonctions confondues. Auprès

de tous ces intervenants, il faudra travailler sur leurs représentations, de la maladie et du soin. Mais aussi et surtout leurs représentations du jeune concerné, décrit comme « difficile », « insupportable », « délinquant » ou « fou »... L'élaboration de la souffrance reconnue devra éviter l'étiquetage d'un diagnostic indélébile et la stigmatisation d'un séjour en psychiatrie, pièges susceptibles de devenir à leur tour une limite dans la construction de son parcours futur (334).

Enfin, le coût considérable de l'hospitalisation est également à prendre en compte.

Ces observations amènent certains pays à revoir leur politique de soins de santé mentale et à privilégier une hospitalisation intensive mais courte suivie de formes de traitements intensifs à domicile, plutôt que des hospitalisations prolongées.

Pour finir, indépendamment de tous les arguments exposés ci-dessus, il ne faut pas omettre qu'une hospitalisation psychiatrique, lorsqu'elle est considérée de façon extrême tel un péril à éviter à tout prix, n'amène qu'un retard à des soins cohérents (316), avec tout ce que cela implique en termes de pronostic du trouble ou de la situation.

L'après hospitalisation, c'est-à-dire la réintégration de la communauté, est un domaine qui a été encore moins étudié que le traitement en milieu hospitalier. Pourtant, la mesure dans laquelle l'adolescent réussit à se réintégrer dans son environnement familial à la suite d'une prise en charge institutionnelle intensive est susceptible d'avoir des implications considérables en termes de développement et de rétablissement ultérieurs. Le risque de réadmission est élevé au décours de l'hospitalisation et le type de suivi s'est avéré être un

facteur prédictif important de réadmission.

Les adolescents interrogés sur leur vécu du retour à domicile étaient à nouveau ambivalents dans leur positionnement : D'une part, la sortie du service d'hospitalisation complète était une opportunité de développement personnel et de consolidation des compétences acquises durant leur séjour pour contrer leurs difficultés ; D'autre part, elle constituait également un défi conséquent d'être à nouveau brutalement confrontés au « monde réel » en s'y sentant mal préparé au sortir d'une expérience où ils étaient comme « enveloppés dans du coton » dans l'unité, tandis que la façon dont ils seraient réaccueillis par leurs pairs après un séjour en service de Psychiatrie était une autre source d'inquiétude. L'inquiétude partagée par les adolescents quant à une stigmatisation par leurs pairs défend l'intérêt d'une psychoéducation sur les problèmes de santé mentale en milieu scolaire afin de favoriser la réintégration des jeunes patients. Ceci semble d'autant plus justifié que nombre de jeunes sont menacés par cette forme d'exclusion, au vue de l'incidence importante des troubles mentaux à cet âge de la vie.

Parmi leurs attentes relatives à la période post-hospitalisation, les jeunes ont pu exprimer un besoin de soutien continu et prolongé de la part des équipes ambulatoires de santé mentale. Celles-ci doivent travailler en étroite collaboration avec l'unité d'hospitalisation afin d'extrapoler sur l'extérieur les compétences acquises durant le séjour. Ce suivi post-hospitalisation est associé à des résultats positifs à long terme du traitement en milieu hospitalier, ce qui peut être moins évident lorsque de tels services ne sont pas disponibles. Il permet de gommer le contraste entre les soins intensifs dispensés en milieu hospitalier et l'environnement ordinaire retrouvé à la sortie du service.

La vision de la prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques graves évolue et l'accent est désormais mis sur les besoins et l'environnement du patient. En outre, les politiques de santé tendent à privilégier des traitements plus rentables.

Dans plusieurs études réalisées jusqu'à ce jour, le recours à des services ambulatoires de soins intensifs a été associé à des hospitalisations plus courtes, à une plus grande satisfaction des patients et à des coûts moindres (347). La thérapie multi systémique à domicile s'est avérée efficace pour réduire les symptômes d'extériorisation, améliorer le fonctionnement familial, la réinsertion du jeune dans son environnement, dont la reprise d'une scolarité, avec des scores de satisfaction plus élevés par rapport à l'hospitalisation. Ces unités semblent également mobilisables en alternative à l'hospitalisation dans certaines situations limites. Certains cliniciens soutiennent en effet que les situations de crise psychiatrique sont mieux gérées au domicile du patient, du fait que les interventions systémiques peuvent avoir lieu directement dans l'environnement du jeune.

Pour prévenir les admissions d'urgence en cas de crise psychiatrique chez les AJA souffrant de graves problèmes psychiatriques, les caractéristiques contextuelles pourraient donc constituer une cible importante pour les équipes d'intervention à domicile.

Une étude comparative a évalué l'efficacité de l'intervention d'un service de soins psychiatrique intensifs à domicile à l'issue d'une hospitalisation en Psychiatrie chez des jeunes de 12 à 18 ans (347). Elle retrouvait que le groupe de patients ayant bénéficié du traitement intensif à domicile profitait d'une meilleure intégration scolaire, avait moins recours à l'automutilation et se

voyait moins fréquemment ré-hospitalisé dans les 6 mois suivant la sortie de l'hôpital.

L'étude pilote de Muskens (2019) s'est concentrée sur un groupe de patients souffrant de graves troubles psychiatriques, pour lesquels une admission prolongée aurait été nécessaire. Elle visait à étudier les résultats du traitement intensif au domicile, combiné avec une hospitalisation courte mais également intensive, en mesurant le résultat clinique de 112 adolescents de 11 à 18 ans présentant une décompensation psychiatrique sévère à type de troubles émotionnels et comportementaux majeurs (348). Les équipes d'intervention à domicile mettent un point d'honneur à l'amélioration des relations entre le patient et sa famille, à l'alliance thérapeutique, à la réintégration de l'école, la reprise du travail et des loisirs, à la réduction des conduites autodestructrices et à l'engagement de l'adolescent dans la thérapie. Cela peut permettre d'éviter l'admission en hospitalisation avec le risque de développement d'une dépendance à l'institution qu'elle comporte et de stigmatisation par les pairs. Des évaluations mensuelles du patient et des familles ont eu lieu à l'hôpital par un psychiatre et un psychologue pour enfants et adolescents. Avec une diminution des symptômes de plus de 50 % sous quatre mois, mesurée par l'HoNOSCA, (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) ce nouveau modèle semble prometteur et pertinent sur le plan clinique.

Si l'intervention de l'équipe de soins intensifs psychiatriques à domicile n'empêche pas les ré-hospitalisations, il semble cependant qu'en cas d'apparition de signes de décompensation, le jeune, les parents ou les partenaires de la chaîne sont en mesure de contacter immédiatement l'équipe

soignante pour éviter une détérioration. A ce moment-là, une courte période de soins ambulatoires peut à nouveau être proposée pour prévenir une rechute et une admission à l'hôpital. Grâce à cette méthode, un plus grand nombre de jeunes peuvent être traités et à des coûts moindres par personne. Néanmoins, l'efficacité de cette modalité d'intervention sur le long terme reste à évaluer.

5.4.2. Les groupes de pairs

Pour étayer ce paragraphe, je m'appuierai sur des situations questionnantes rencontrées en stage en service de psychiatrie adulte durant l'hiver 2021, impliquant un groupe de jeunes adolescents et adolescentes (16 à 23 ans) hospitalisés en secteur de Psychiatrie Adulte durant l'hiver 2021. Les motifs d'hospitalisation étaient pour tous, des problématiques suicidaires avec rupture scolaire ou dans l'emploi. Les niveaux d'étayage parentaux étaient très disparates, du jeune confié à l'ASE, au jeune en conflit avec un parent divorcé, jusqu'à celui évoluant dans une famille classique et soudée. La situation sanitaire récente et l'isolement qu'elle a favorisé, a conduit à un nombre exceptionnellement important d'hospitalisations d'adolescents et de jeunes adultes dans le service, situation à laquelle médecins comme soignants n'avaient jamais été confrontés jusqu'alors. On a effectivement pu constater le développement d'une dynamique de groupe particulière, qui a pu mettre l'ensemble de l'institution en difficulté.

L'influence des groupes de pairs a été beaucoup étudiée dans le cadre des sciences de l'éducation (349,350). A l'occasion de mes recherches sur le sujet, j'ai été interpellée par la similitude entre ce qui a pu être constaté dans l'unité et la théorie développée par Judith Harris, psychologue américaine à l'origine de la théorie de la socialisation par le groupe de pairs publiée en 1994. Celle-ci

conteste en effet l'idée que l'éducation familiale soit le déterminant principal de la personnalité à l'âge adulte. Au-delà de la composante génétique et familiale, une importante part de la construction de l'identité personnelle se ferait sous l'influence des pairs, car l'individu, durant son enfance et son adolescence, se socialise au contact de ses amis. Elle illustre son propos par le constat qu'un même jeune n'adopte pas le même comportement, ne suit pas les mêmes règles et positionnement, en fonction de son environnement et des personnes qui l'entourent. Harris propose ainsi trois attributs au phénomène de socialisation par les pairs :

- Faire des sous-groupes : « Nous et eux »

Le besoin de distinguer et de classer est un besoin humain qui s'exprime dès l'enfance. Le jeune va développer un sentiment d'appartenance au groupe auquel il s'identifie et en défendre les membres.

Ce phénomène a pu être visualisé au sein du service avec rapidement, le développement d'une solidarité et de soutien entre les jeunes hospitalisés, ainsi que d'un mouvement de partage. Une jeune pouvait ainsi apprendre le dessin à une autre adolescente, l'autre la musique...

Le corolaire semble être que cette identification, dans un service d'hospitalisation, peut se produire au niveau de la souffrance et des symptômes partagés. On peut alors observer une tendance du groupe à se replier sur lui-même et une difficulté à envisager la séparation impliquée par la fin de l'hospitalisation, dont l'approche pouvait engendrer une recrudescence des symptômes. On pourrait également donner l'exemple d'une jeune dont l'identification profonde au groupe de « patients » pouvait se voir au travers du

contenu de ses permissions thérapeutiques, données dans le cadre, normalement, d'un travail de préparation à la sortie. En effet, au lieu d'utiliser ces temps pour renouer avec ses activités, sa famille et ses amis habituels, elle retrouvait très fréquemment une autre adolescente hospitalisée bénéficiant d'une permission concomitante.

- Conformisme de groupe :

A l'adolescence, indépendamment du milieu social d'origine, les adolescents questionnent leur place dans la société et cherchent alors leur identité à travers les autres, notamment en les imitant. C'est ce que l'on appelle le phénomène de conformisme, particulièrement prégnant chez l'adolescent qui, vulnérable, porte un profond intérêt à l'opinion des pairs de son groupe d'appartenance ou de référence et s'adapte en conséquence. Ce conformisme est surtout très fort en cas de menace provenant de l'extérieur du groupe. Ce sentiment d'austérité de l'extérieur que l'on peut retrouver chez chacun des jeunes patients considérés (succession de placements en famille d'accueil, conflits familiaux, phobie sociale, harcèlement, etc.) semble donc les rapprocher et les inciter à se « serrer les coudes » et adopter une ligne de conduite très unie.

Si le conformisme a des aspects positifs, il semble également pouvoir être dommageable chez les patients vulnérables hospitalisés en psychiatrie. Ainsi a-t-on pu assister à une « épidémie » de passages à l'acte parfois très graves au sein de l'unité à type d'intoxications médicamenteuses volontaires, de pendaison, de scarifications profondes, etc., avec une surenchère dans la gravité des comportements. Le pronostic vital de la patiente passée à l'acte par

pendaison a ainsi été engagé, contrastant avec son attitude totalement détachée envers le geste le lendemain, contrastant également avec la projection qu'elle se faisait d'un transfert en clinique le jour suivant. Conformisme qui a pu aussi s'objectiver dans la consommation de tabac (et très probablement de cannabis) avec l'initiation au tabagisme de jeunes jusqu'ici indemnes de ce comportement.

La tendance du groupe à faire corps pouvait aussi s'exprimer vis-à-vis des adultes, dans le cadre de la transgression des règles, notamment en ce qui concerne les téléphones portables ou l'interdiction de recevoir un autre patient dans sa chambre. Ainsi a-t-on pu retrouver des jeunes cachés dans une même chambre.

- Autocatégorisation

« La catégorisation du groupe par rapport aux autres marque une claire séparation et rapproche entre eux les membres d'un même groupe ».

Les membres de chaque groupe vont tout faire pour accentuer les différences et tenter d'être fiers d'appartenir à leur groupe.

Chez nos jeunes patientes, un moyen d'accentuer ces différentes semble avoir été la multiplication des lésions auto-infligées, jusque sur le visage, à un niveau jamais observé jusque-là en ambulatoire. Ces scarifications étaient ensuite « exposées » sur les réseaux sociaux (Tiktok) à l'occasion de vidéos tournées à l'intérieur même du service. Les jeunes y apparaissent individuellement ou en binômes, sous un hashtag évocateur, mentionnant des termes tels que « borderline », « bipolaire », « hôpital psychiatrique », ou

encore de clips mettant en scène la souffrance et l'enfermement dans un lieu qui leur est paradoxalement difficile de quitter lorsque se décide une sortie.

5.4.3. La pair-aidance

Certaines études soulignent que les adolescents sont plus enclins à demander de l'aide informelle – offerte par les pairs, la famille, un adulte de confiance – plutôt que de l'aide formelle proposée par un professionnel. Des auteurs expliquent que le grand besoin d'autonomie présent à cet âge chez certains jeunes expliquerait que ceux-ci soient moins enclins à solliciter une aide formelle auprès d'un professionnel. De plus, l'importance accordée aux pairs, s'avère être une particularité de ce public qui ne doit pas être négligée. En effet, entre l'âge de 16 et 18 ans, le soutien des amis serait généralement perçu comme étant plus important comparativement au soutien offert par la famille. Enfin, selon une récente recension des écrits scientifiques, le fait de pouvoir bénéficier d'un soutien social à l'adolescence, tant par le réseau familial que par le réseau de pairs, serait associé à une diminution significative des syndromes internalisés tels que les comportements suicidaires et les symptômes dépressifs et anxieux. Il était également soulevé par ces auteurs qu'une diminution considérable de la consommation de substances ainsi que de meilleurs résultats scolaires seraient associés au fait de bénéficier d'un bon soutien social (351).

Au Québec, par le biais de programmes de formation, il est enseigné aux jeunes pairs-aidants à détecter des signes de dépression ainsi que des signes précurseurs du suicide. Ils sont également invités à développer des habiletés essentielles à la relation d'aide, telles que les habiletés de communication, et à apprendre des techniques d'intervention. Des personnes ressources adultes

sont identifiées. Elles doivent être disponibles avec un rôle d'écoute et de conseil et fournissent des connaissances au pair-aidant, mais elles prennent également le relais lorsque celui-ci identifie des comportements suicidaires chez un élève. Il est primordial de rappeler très souvent aux pairs-aidants les limites de leur rôle et de les inviter à rencontrer une personne ressource à la moindre inquiétude concernant un élève. Dès lors qu'un pair-aidant intervient auprès d'un élève suicidaire, il devrait être rencontré fréquemment et régulièrement par une personne ressource, ce qui faciliterait le suivi. Le soutien fourni par les personnes ressources détermine en grande partie les conséquences de la relation d'aide pour le pair-aidant et probablement aussi pour l'élève suicidaire. Il importe donc de déployer un filet de sécurité autour de ces jeunes en rappelant aux adultes qui les accompagnent l'importance de prévoir des mécanismes d'encadrement individuels et de groupes ainsi que des modalités d'accès rapide à un adulte identifié par le jeune aidant et ce surtout dans le contexte d'une confidence de pensées suicidaires (352).

En résumé, si la pair-aidance à l'adolescence est en pleine effervescence, le développement et l'implantation de tels programmes comporte toutefois son lot de défis et de réflexions que l'on se doit de considérer. Par exemple, l'un des points suscitant une réflexion porte sur la stabilité requise pour être pair-aidant. L'expérience de pair-aidance peut en effet s'avérer anxiogène et cette situation souligne l'importance d'un encadrement et d'un soutien adéquats auprès des jeunes pairs-aidants. Par ailleurs, un autre défi porte sur les limites de la confidentialité. En tant que pairs-aidants, il est très important que les jeunes soient sensibilisés au fait que les informations qui leurs sont transmises doivent demeurer confidentielles et qu'ils ne doivent en aucun cas les divulguer

(sauf s'il y a un danger imminent pour la personne aidée ou pour d'autres personnes).

6. Conclusion

➤ **Le cahier des charges d'une prise en charge idéale**

Il n'y a pas de délimitation nette entre les concepts de « *Psychiatrie de l'adolescence* », de « *Psychiatrie de l'adolescent* » et de « *Psychiatrie de transition* ». D'un point de vue sémantique, la Psychiatrie de l'adolescence et la Psychiatrie de l'adolescent ont été définies depuis longtemps comme la psychiatrie du développement chez les adolescents et les jeunes adultes.

L'entité et le concept de « *Psychiatrie de transition* » ne se diffuse que depuis quelques années. Par sa dénomination, elle souligne le défi qui se pose en termes de prise en charge concernant les jeunes au moment où ils atteignent leur majorité civile, à la croisée entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) et la psychiatrie d'adulte (PA) (353) .

Les réflexions d'experts dans ce domaine semblent défendre l'idée que les approches essentielles visant à améliorer la prise en charge en psychiatrie de transition doivent être dirigées davantage sur la qualité des procédures que sur celle des structures. A la lumière de l'ensemble des thématiques abordées précédemment et en tenant compte des travaux sur le sujet et des dispositifs déjà existants, nous nous proposons de clôturer ce travail en proposant une trame nous semblant pertinente en vue d'une prise en charge optimale des AJA en psychiatrie.

I) Soins centrés sur le sujet, considéré dans sa globalité selon une approche développementale (personnalité, socialisation, formation)

Alors qu'il s'agit de points cardinaux dans la PEA, il est fréquent que la PA ne soit pas adaptée aux particularités ou aux besoins développementaux, identitaires, familiaux et systémiques d'un adolescent ou d'un jeune adulte, car elle a tendance à se concentrer sur la pathologie individuelle et sur les approches thérapeutiques spécifiques de ces troubles qui se manifestent pleinement à l'âge adulte.

Le niveau d'étayage diffère également dans les deux spécialités. D'après *Mulvale et al.*, qui ont décrit les principales différences entre les philosophies de soins de la PA et de la PEA, la PA considérerait les jeunes comme des adultes autonomes et limiterait l'implication de la famille en faveur de l'intimité personnelle (354). Une grande partie de la spécificité de la psychiatrie de l'adolescent siège précisément en ce point et dans ce paradoxe : le sujet adolescent doit être entendu pour lui-même mais la prise en charge thérapeutique doit impérativement prendre en compte les parents, dont le point de vue est loin d'être toujours congruent à celui du jeune. Le psychiatre d'adolescent occupe très souvent une place exiguë et inconfortable, coincé entre des demandes et des besoins radicalement opposés et parfois inconciliables émanant des deux parties.

La juste position est d'autant plus difficile à trouver que les jeunes ont des préférences individuelles en ce qui concerne le degré d'indépendance et la participation des parents. En effet, une réduction soudaine de l'implication parentale concomitante de la diminution du soutien des services de soins dans cette étape charnière du développement personnel, créer des défis pour les

jeunes qui sont déjà vulnérables en raison de leurs difficultés de santé mentale. Certains peuvent se sentir dépassés par cette perte de point d'appui (323). Quel que soit le degré d'autonomie du patient, il doit cependant être concerté dans toute prise de décision le concernant. Les jeunes font preuve d'une grande capacité à réfléchir à leurs expériences. Cela plaide pour donner aux adolescents la possibilité d'exprimer leurs opinions, leur permettant de jouer un rôle actif dans la planification de leur traitement. Cette place accordée dans le soin est précieuse ne serait-ce que parce qu'elle traduit la reconnaissance de leurs droits et de leur besoin de se séparer de leur famille pour développer leur autonomie (342).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est souhaitable d'avoir une approche globale de chaque patient, qui le prenne en compte dans toutes ses dimensions (socioéconomique, culturelle, familiale, cognitive, personnelle). Il découle de cette complexité que le travail de transition devient lui-même singulier, presque unique à chaque patient. Le but ultime d'accompagner le jeune vers une vie adulte la plus indépendante possible.

La psychiatrie de transition devrait être comprise en tant que programme thérapeutique d'insertion sociale et professionnelle : l'arrivée d'un adolescent ou d'un jeune adulte dans la société devrait être un objectif central et une compétence spécifique des accompagnants de jeunes patients psychiatriques durant la phase de transition (323).

Cet accompagnement peut relever de l'intensif pour certains patients qui présentent une socialisation défaillante ou encore qui sont issus de l'immigration. La prise en charge globale du patient implique de travailler l'accès à ses droits, préparer l'accès à l'autonomie et de lui offrir la

permanence d'une présence face à leur errance.

Le contenu du projet thérapeutique proposé à chaque jeune fait l'objet d'une réévaluation permanente et il est réajusté si besoin, de sorte de rester en adéquation avec les capacités réelles du patient (316).

II) Continuité des soins entre PEA et PA

Le passage de l'enfance à l'âge adulte rime, en règle générale, avec autonomie, indépendance, maturité, séparation avec le milieu familial. C'est une aventure et une étape fondatrice dans la vie de chaque être humain. Elle nécessite la mobilisation de l'entourage, le soutien à la fois de la famille et de la société mais surtout le déploiement de ses propres ressources personnelles, existantes et à inventer.

Cette période charnière se trouve complexifiée lorsqu'elle est marquée par une pathologie chronique (maladies métaboliques, cancers, maladies psychiatriques, entre autres). En effet, il a été observé que l'adolescent est à risque de refus de soins ou de rupture de traitement pour nombre de pathologies (353).

En ce qui concerne la maladie mentale, qui apparaît souvent à l'adolescence, au moment du passage vers les services adultes, il existe une discordance entre le risque accru de psychopathologie chez les jeunes et l'utilisation des services de santé mentale. Ainsi, les adolescents plus âgés accèderaient beaucoup moins aux soins (28,9%) que les jeunes de 13 à 16 ans (50,9%) ou les adultes de plus de 26 ans (41,1%). L'écart entre les modalités de prise en charge au sein de la PEA et de la PA, appelé " écart de transition ", entraîne une nette discontinuité des soins. Un nombre considérable de jeunes qui

« tombent » dans ce fossé de transition n'accèdent aux services pour adultes qu'à un stade ultérieur, lorsque des problèmes plus graves et plus chroniques se sont développés (318). Parmi ces perdus de vue, on compte notamment ceux qui ne s'étaient engagés que récemment dans une dynamique de soins en santé mentale et pouvaient être moins à l'aise et moins investis dans l'acceptation des soins psychiatriques. Des lacunes ou des soins sous-optimaux pendant cette période peuvent également pousser ces personnes déjà à risque à se désengager (320).

Enfin, le manque de disponibilités autant en termes de services qu'en termes de personnels, provoquent un allongement des listes d'attente dans les structures de consultation, constituant un obstacle de plus à la dispensation de soins de santé mentale aux AJA.

Le déficit de soins affecte non seulement les jeunes, mais aussi leurs familles, leur entourage plus large et la société dans son ensemble. Les problèmes de santé mentale sont associés à une moins bonne santé physique et à un moins bon fonctionnement dans les domaines de la vie sociale, de l'éducation et de l'économie. Au niveau de la société, la présence d'un trouble mental pendant l'enfance se répercute par un coût de santé dix fois plus élevé à l'âge adulte par rapport aux enfants sans problème de santé mentale. A ce jour, on ne sait pas quel est le véritable impact sociétal du manque de soins à la fin de l'adolescence et dans quelle mesure des soins de transition adéquats réduisent cet impact.

La continuité des soins est un processus complexe, avec des acteurs importants au niveau politique et organisationnel, au niveau des services et au niveau des individus : les patients, leurs familles et les prestataires de soins

(318). La continuité des soins est définie comme le maintien dans le temps de soins de qualité, autant du point de vue du patient que de celui du prestataire. Assurer la continuité des soins lors de ce passage de l'enfance à l'âge adulte devient donc un défi pour les services de soins et un enjeu individuel et social majeur tant cela peut affecter la qualité de vie de ces personnes sur le long terme, puisqu'elle engage également le pronostic médical et fonctionnel à l'âge adulte.

L'offre de soins psychiatriques aux adolescents et aux jeunes adultes présente des enjeux spécifiques qui sont probablement insuffisamment considérés dans le modèle de soins actuellement employé, en France comme dans de nombreux autres États.

Comme vu précédemment, le passage à l'âge adulte est une étape individuelle, qui ne coïncide que rarement avec le franchissement de la limite légale stricte de la majorité civile, à l'âge de 18 ans révolus. Plus qu'une rupture brutale entre deux phases de la vie, il existe un chevauchement de l'adolescence et de l'âge adulte qui se reflète dans la psychologie du développement, avec notamment l'apparition du terme « Emerging Adulthood » (ou l'âge adulte émergeant) (355).

D'un point de vue institutionnel, la barrière de 15 ans et 3 mois fait souvent foi quant à la détermination du lieu de soin. Cette limite est tirée d'une circulaire interne de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Elle n'a pas valeur de loi. Elle formalise uniquement la limite entre la pédiatrie et les services médicaux pour adulte. Il n'y est pas fait référence à l'adolescence ni à l'âge adulte. En revanche, la circulaire ministérielle du 11 décembre 1992 maintient la tranche d'âge de 16 ans pour l'accès possible au service de psychiatrie adulte : « Le

décret du 14 Mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale ». Le point de vue des jeunes sur le moment de la transition a montré que ce choix était arbitraire et manquait de synchronisation avec leur propre développement, ce d'autant qu'il existe de grandes disparités interindividuelles au niveau des processus de développement et de maturation. Ils ont souligné le besoin d'une approche individualisée, qui permette un calendrier de transition flexible, établi conjointement entre eux et leur médecin (356). L'adhésion rigide aux priorités institutionnelles au détriment des considérations développementales individuelles peut avoir des répercussions négatives sur les patients et les familles. Cette fracture semble moins nette dans le domaine ambulatoire car les psychiatres pour enfants et adolescents acceptent souvent, au cas par cas, de prolonger leur intervention si cela est nécessaire à la cohérence des soins, en dépit du fait que l'âge des 16 ans ait été dépassé.

Enfin, certaines politiques de santé à l'étranger, à la faveur de la psychiatrie de transition, ont pu discuter d'appliquer à la PEA une limite d'âge supérieure élastique à 21 ou 25 ans. Cet élargissement de la PEA au début de l'âge adulte viserait à optimiser le traitement des patients de cette tranche d'âge. Cette solution a toutefois été sujette à controverses au sein des panels d'experts, car elle ne ferait probablement que déplacer les nombreux problèmes d'interfaces.

Le franchissement de l'âge de la majorité est une étape marquante du développement pour le jeune et ne se passe pas toujours aisément, même chez les adolescents en bonne santé. Les nombreux changements associés

dans l'existence de l'adolescent peuvent prendre le dessus sur le traitement de la santé mentale, surtout si la demande fragile de soins vient se heurter à la rigidité des politiques de santé, favorisant le renoncement aux soins. En outre, un défi supplémentaire à l'organisation et au maintien de la prise en charge est que souvent, ce passage coïncide avec d'autres changements dans la vie du jeune, tel que le départ du foyer familial pour faire des études ou suivre une formation, avec toutes les difficultés que cela engendre, notamment en termes de passation de relais auprès d'équipes de régions parfois très éloignées.

La transition dans la sphère du soin suscite souvent du stress et de l'inquiétude supplémentaire, autant pour le jeune que pour son entourage. Intégrer le changement d'interlocuteurs et de référents, comprendre leurs rôles différents, s'approprier un nouvel espace de soins, apprendre à s'y rendre seul, passer à une prise en charge davantage centrée sur le jeune avec une moindre place laissée aux parents, autant d'éléments parmi d'autres qui peuvent représenter des difficultés et qu'il faut prendre en compte, accompagner, pour une transition réussie.

La difficulté à former de nouvelles relations avec les cliniciens des services adultes peut également conduire à une alliance thérapeutique plus précaire et à un risque majoré de désengagement. Pour les services de santé mentale comme pour les services médicaux, les représentations négatives et parfois chargées d'angoisses en rapport avec l'inconnue que constitue les services adultes peuvent être atténuées en fournissant des informations adéquates sur le service, le personnel et l'approche thérapeutique, en veillant également à ce que les membres de la famille soient inclus dans la démarche, et en regroupant les patients du même âge (356,357).

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie d'adultes, qui se chevauchent au moment de la transition, sont des spécialités bien distinctes, avec des identités, un regard sur les cas, des diagnostics, des traitements, des compétences techniques et des champs d'action différents dans la prise en charge. Néanmoins en réalité, le traitement d'adolescents et de jeunes adultes nécessite souvent les deux types de compétences et une action conjuguée des spécialités.

La transition est définie comme un processus efficace, planifié et orienté vers le patient qui répond aux besoins médicaux, psychosociaux et éducatifs/professionnels des jeunes souffrant de maladies chroniques (Blum RW, 1993). Plusieurs études ont permis d'élaborer quelques recommandations pour accompagner les adolescents et les jeunes adultes pendant ce passage d'un service dédié aux enfants à un service qui s'occupe d'adultes. Ces études ne sont pas françaises pour la majorité d'entre elles et traitent surtout de maladies somatiques chroniques ou de troubles des apprentissages. Toutefois, les protocoles qui en sont issus s'articulent autour du rôle fondamental de la collaboration entre les services de pédiatrie et les services de soins pour adultes avec un rôle central des soignants – voire d'un service entier – spécifiquement dédiés à cette transition et appelés « référents de transition » ou « passeurs ».

La réussite du processus de transition se joue ainsi sur deux niveaux :

- Au niveau du service adresseur (souvent les services de PEA, mais cela peut aussi concerner les psychiatres, les médecins généralistes, les psychologues libéraux et les services médico-sociaux) : il s'agit de tout le travail de

- préparation et d'information au patient et à sa famille, la prise de contact avec les services de PA et la transmission optimale d'informations ;
- Au niveau du service qui reçoit le jeune adulte (PA) : il s'agit de mettre en place des conditions optimales d'accueil du patient et de son entourage, d'assurer une continuité dans les projets de soins déjà initiés.

Finalement, la collaboration optimale entre les deux secteurs devrait pouvoir se faire selon des modalités approchant globalement le schéma suivant :

1. Préparation et élaboration de la nécessité d'une transition vers un autre service : il s'agit d'informer le patient en amont, assez tôt, de la limite d'âge d'une prise en charge en pédopsychiatrie et d'expliquer la nécessité de la continuité d'une prise en charge dans le cadre d'une pathologie chronique. Les différences dans les modalités de prise en charge dans un service adulte doivent être introduites. L'adolescent doit être rassuré sur le fait que ses besoins restent au cœur de toute prise de décision, tandis qu'est effectué un travail sur ses représentations du secteur adultes ;
2. Contact et demande de relais par la pédopsychiatrie d'une prise en charge en service de psychiatrie adulte ;
3. Assurer une transmission optimale des informations du dossier médical de la pédopsychiatrie vers le service adulte ;
4. S'assurer, dans la mesure du possible, que la transition se déroule lors d'une période de stabilité clinique du patient ;
5. Étude de la demande par le service de PA et élaboration d'un plan d'accueil du jeune ;
6. Organiser une réunion d'échange centrée sur le patient entre les deux

secteurs, notamment pour les situations les plus compliquées ;

7. Définir les modalités d'accès aux soins en milieu adulte : temps d'accueil adapté, présence ou non de la famille ;

8. Expliquer au nouveau patient le rôle de chaque soignant dans le service adulte, sa place, la référence en particulier infirmière et sociale ;

9. Envisager une consultation conjointe : il peut être pertinent d'acter le relais de suivi par la présence simultanée des soignants référents de PEA et de PA à l'occasion d'une consultation commune. Dans le cadre du processus de transition et de passage à l'âge adulte, cette réunion peut même se faire le symbole de la continuité psychique nécessaire, tant aux jeunes qu'à ceux qui les accompagnent ;

10. Faire preuve de flexibilité et ne pas précipiter le relais en s'autorisant à penser un double suivi sur le temps psychique nécessaire au jeune pour quitter sa première équipe, qui le connaît souvent de longue date ;

Il ne s'agit bien évidemment pas d'appliquer cet organigramme de façon généralisée et protocolaire, ni même dans cet ordre chronologique. L'équilibre, l'inventivité, l'humilité et l'ajustement réciproque sont les clés pour assurer la réussite de la transition des soins.

Les offres thérapeutiques mobiles, en particulier sous la forme de « case manager » peuvent se révéler particulièrement utiles pour optimiser la permanence des soins et du suivi psychiatriques au moment du transfert de compétences entre la PEA et la PA. En effet, ce service accompagne en continu durablement la phase de transition en couvrant les interfaces entre les deux disciplines, avec des fonctions de liaison, d'assistance et de coordination (323).

Ces équipes travaillent généralement avec les jeunes sur une réintégration relativement rapide dans leur environnement habituel ainsi que dans leur formation ou leur vie professionnelle. La mise en place et le renforcement d'offres de ce type serait à encourager car elles constituent une opportunité considérable en vue d'optimiser la prise en charge dans le domaine de la transition (344).

A l'inverse, les principales barrières identifiées comme faisant obstacle à une transition de qualité relèvent en premier lieu de l'organisation des services de soins (358). En particulier, la fragmentation rigide entre PEA et PA, cristallisée par des limites d'âge arbitraires autour de deux philosophies et types de pratiques distinctes ne permet pas la collaboration entre les services et la création de structures adaptées aux besoins spécifiques des adolescents, qui ne font par ailleurs pas toujours partie des priorités au niveau des politiques de santé. Le déficit de moyens humains, le manque de formations spécifiques et la surcharge des services d'aval ne font qu'amplifier cette dichotomie.

Enfin, la stigmatisation, l'écart entre la politique et la pratique, le manque d'études dans le domaine de la transition, l'absence de protocole de transition clairement établi et le peu d'informations sur les services ajoutent de la difficulté à cette période dont la négociation est déjà complexe.

La transition échoue aussi souvent parce que les cliniciens des services de soins psychiatriques pour adolescents n'arrivent pas faire en sorte que les jeunes soient accueillis par les services pour adultes ou parce que ces derniers refusent de les prendre en charge ou les excluent de leur file active s'ils n'honorent pas leur premier rendez-vous. Pourtant, toutes les entraves à la qualité du processus ne sont pas liées à l'organisation des services. La

transition peut aussi échouer parce que les jeunes refusent d'être relayés vers les services pour adultes (359).

III) Des soins intégrés grâce à une approche interdisciplinaire (PEA, PA, psychologie du développement, socio-pédagogie) et à une collaboration systématique entre les offres hospitalières et ambulatoires psychiatriques et socio-pédagogiques

Le psychiatre d'adolescents travaille avec des jeunes qui ont généralement des besoins multiples (psychologiques, médicaux, sociaux, éducationnels ou en termes d'orientation professionnelle), requérants des compétences interdisciplinaires au-delà de la psychiatrie.

La mise en réseau systématique de la psychiatrie avec les autres institutions concernées (ex. écoles, ITEP, établissements de formation, services d'orientation professionnelle, PJJ, ASE, foyers, programmes d'insertion, etc.) est donc primordiale et déterminante dans l'accompagnement individualisé du jeune dans son processus de développement, au-delà du trouble psychique. Des réunions de travail pluridisciplinaires réunissant des pratiques et des savoirs de chacun permettent de porter un regard croisé sur des situations rendues complexes par l'évolution de la société, la spécialisation et le cloisonnement des institutions.

D'après les experts du réseau ADOCARE, il appartient aux prestataires de soins professionnels de coordonner et d'intégrer les soins. Ce n'est absolument pas la responsabilité de l'adolescent ou de ses parents.

Les adolescents et les jeunes adultes atteints de troubles psychiques sévères peuvent s'appuyer sur beaucoup moins de compétences et de stratégies

d'adaptation que les jeunes psychiquement stables. Il n'est pas rare qu'ils présentent d'importants déficits d'éducation et de formation et, souvent, ne bénéficient pas d'un environnement social stable propre à les soutenir. La possibilité de prévoir une scolarisation et une orientation professionnelle supplémentaires intégrées au traitement dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie, complète ou de jour, est donc tout à fait pertinente. Une autre opportunité pour le jeune est de pouvoir bénéficier d'un dispositif de type appartement thérapeutique individuel ou en groupe. L'accompagnement du patient dans l'investissement d'un appartement individuel du parc privé peut également être efficiente. Le patient est alors soutenu sur le plan psychique comme dans sa prise d'autonomie par l'intervention des équipes mobiles de soins psychiatriques et d'autre services en fonction des besoins identifiés avec celui-ci, notamment le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Un accompagnement des patients sur le long terme est par ailleurs souvent nécessaire, celui-ci devrait être assuré en continu au-delà du 18e anniversaire pour permettre de garder un œil sur l'accomplissement de ces tâches de développement.

IV) Aller vers...

L'enquête « Portraits d'adolescent » menée en France en 2013, révèle que les adolescents sont en général peu enclins à se confier ou à demander de l'aide, notamment aux adultes, mais qu'ils ont également tendance à s'isoler lorsqu'ils vont mal, ce qui rend encore plus difficile le repérage de leur problématique psychique par des tiers (360). De même, les jeunes s'adressent

rarement aux services de santé de manière volontaire. C'est la raison pour laquelle il est important que des professionnels se rendent dans les endroits où se trouvent les jeunes comme des cafétérias, des sites sportifs ou des lieux où résident des adolescents (344). Le développement de ces nouveaux systèmes est d'autant plus important que, dans le domaine de la dépression notamment, les études ont montré que le recours aux soins en santé mentale n'était pas corrélé à la sévérité des symptômes dépressifs (309).

Certains services de pédopsychiatrie ont inventé des méthodes innovantes afin d'approcher les adolescents. Elles se sont notamment adaptées à leur mode de vie (horaires, rythmes...) mais surtout, se rendent dans les lieux fréquentés par ces jeunes en assurant des permanences « hors des murs » au sein des collèges et lycées.

Des équipes mobiles ont également été formées dans certains services pour aller vers les adolescents qui ne formulent pas de demande.

Pour exemple, sous l'impulsion du Pr Tordjman de Rennes, un camion mobil home a été transformé, banalisé, pour construire une consultation mobile qui se déplace sur les lieux de vie des jeunes et de leurs familles. Ce dispositif permet d'aller à la rencontre d'adolescents en souffrance mais qui n'ont pas conscience d'aller mal, n'ont pas connaissance des lieux où ils peuvent s'adresser et ne sont pas prêts à entamer un suivi. Pour S. Tordjman, il s'agit d'une façon de « dépasser la non-demande », avec par ailleurs, un effet dynamisant et revalorisant pour le patient. L'équipe d'intervenants est pluridisciplinaire (psychiatres, psychologue, infirmiers, éducateurs, travailleurs sociaux, qui interviennent en binôme). Les jeunes en souffrance sont repérés au moyen d'un travail en réseau multipartenaires : Éducation nationale,

travailleurs sociaux, protection judiciaire de la jeunesse, médecins, et les familles elles-mêmes.

L'équipe mobile, une fois sollicitée, prend contact avec le jeune et ses parents et un rendez-vous est fixé dans les 48 heures. Une réunion hebdomadaire de synthèse permet de faire le point avec l'ensemble des membres de l'équipe. Chaque jeune bénéficie en moyenne de 3 à 5 rencontres avec, à l'issue, un relais vers un suivi en unité de soins si cela est nécessaire. Après arrêt de la prise en charge, le dispositif pourra toujours être recontacté si le jeune en éprouve le besoin. Par ailleurs, il n'y a pas de rupture brutale dans la prise en charge puisqu'une réévaluation à distance par une psychologue est effectuée tous les trois mois dans l'année suivant la fin de l'intervention. Elle permet d'une part de ne pas laisser le jeune aux prises avec un sentiment d'abandon, mais également d'évaluer l'impact de l'action en termes de santé publique. Cette modalité d'approche mobile est particulièrement pertinente en zone rurale où l'éloignement kilométrique des lieux de consultations est un frein à la prise en charge des jeunes. Elle l'est également pour les jeunes déscolarisés voire en voie de marginalisation, notamment, malheureusement, pour certains migrants.

Le dispositif Porte t'apporte est une autre illustration de la stratégie « d'aller vers », ciblant les étudiants universitaires en région Auvergne-Rhône-Alpes. Présenté par l'association Apsyture. Il a pour vocation de pallier l'isolement des jeunes en résidence universitaire en s'appuyant sur la prévention par les pairs avec le double objectif d'augmenter la réception des messages de prévention et de faire évoluer les modalités de communication et d'entraide au sein de la communauté. Les actions de prévention, particulièrement ciblées sur

le suicide et la dépression, sont effectuées par des stagiaires étudiants en psychologie, qui interviennent deux fois par an à la porte des chambres en résidence universitaire. Ce dispositif vise à améliorer les connaissances et les croyances sur les troubles psychiques, ainsi que le dépistage des étudiants souffrant d'un mal-être, de dépression ou de crise pré-suicidaire. L'objectif est alors d'accroître leur prise en charge, notamment via une orientation vers un psychologue.

Ce dispositif est encore à l'étude, néanmoins, les premiers résultats sont encourageants puisque le programme complet (consultation gratuite psychologue et 2 interventions en porte à porte) s'est avéré efficace, à la fois en terme de diminution significative de la prévalence de la détresse psychologique, de la dépression et de son intensité, ainsi que du risque suicidaire (83).

V) Offrir un accueil adapté

Certains auteurs considèrent comme indispensable de travailler au développement de services dédiés à la prise en charge des adolescents-jeunes adultes, quelles que soient les pathologies qu'ils présentent, qu'il s'agisse de services ambulatoires, voire de lits d'hospitalisation dédiés à l'accompagnement de patients en cours de transition vers le soin adulte (359).

Les soignants concernés devraient alors pouvoir bénéficier d'une formation et de recommandations spécifiques à cette problématique. De longue date, McGorry a plaidé en faveur du développement de tels services spécifiquement dans la santé mentale des jeunes (361,362).

Au travers des études déjà réalisées, les experts du réseau ADOCARE font état

d'une conception des services et d'une attitude des professionnels pas vraiment adaptés aux besoins des jeunes en termes de besoins culturels ou de développement. Ils préconisent une adaptation des unités et du personnel afin d'améliorer l'accessibilité, l'équité et l'acceptabilité des soins.

Plusieurs équipes ont travaillé à établir les conditions que devraient remplir les services de soins de santé et les professionnels pour être adaptés aux jeunes patients.

Dans le cadre des travaux de recherche du réseau ADOCARE, une enquête similaire a été menée, avec la particularité d'avoir concerté les jeunes autour de leurs attentes envers les services de santé mentale et les personnels qui les accueillent. Il ressort de cette étude les besoins suivants :

- L'implication des jeunes dans la conception des services, dans les modalités de dispensation des soins (notamment le soutien par les pairs, les thérapies de groupes, les groupes d'entraide), l'évaluation et la supervision d'un service. Ainsi, il existerait des services où les adolescents participent à la rédaction d'une charte du service sur la confidentialité, établissent les heures d'ouverture, le programme du traitement, les droits des adolescents, les aspects éthiques, etc. ;
- La facilité d'accès : cela implique des services qui reçoivent sans rendez-vous, des horaires d'ouvertures larges, un accès possible sans autorisation parentale, la gratuité des soins, peu de temps d'attente, une situation géographique stratégique et à proximité des transports en commun, un environnement agréable et accueillant, une entrée discrète, une philosophie positive ;
- Développer des outils de communication qui permettent la sensibilisation

(dépliants, affiches, site Internet, etc.) et améliorent les connaissances en termes de santé mentale. Il apparaît en effet que les adolescents ne savent pas que faire ou à qui s'adresser lorsqu'ils ont besoin d'aide. Il faudrait également rassurer les jeunes sur les aspects juridiques (confidentialité) et économiques (gratuité) ;

- Garantir au maximum une continuité dans les relations thérapeutiques avec les professionnels. Cela passe notamment par une minimisation de la rotation du personnel, d'autant que le rôle de ces services est d'essayer de procurer une certaine stabilité à ces jeunes qui traversent une période de turbulence dans leur vie ;
- Enfin, la relation aux pairs est une composante majeure à l'adolescence et une offre de Psychiatrie de transition qui proposerait des espaces sociaux appropriés dans l'environnement thérapeutique serait intéressante pour cette tranche d'âge ;

Pour ce qui est des soignants prenant en charge l'adolescent, ces personnes se doivent d'être motivées, honnêtes, positives et passionnées. Elles se montrent attentionnées, se rendent facilement joignables pour le jeune et respectueuses envers lui. La connaissance de la trajectoire développementale du sujet est un préalable indispensable à la justesse dans son positionnement par rapport à la situation de l'adolescent et à un accompagnement adapté. Ils se doivent d'être transparents envers le jeune et de lui apporter les informations nécessaires à ce qu'il puisse faire des choix éclairés en toute liberté. Ils doivent pour cela être capables d'adapter leurs modalités de communications (« terre à terre ») à ce public spécifique. Par leur enthousiasme les soignants doivent pouvoir transmettre au jeune leur conviction d'un avenir prometteur pour lui. En aucun

cas, l'adolescent doit être perçu et traité comme un individu désarmé mais au contraire, le soignant doit soutenir son pouvoir d'agir sur sa trajectoire de soins et sur sa vie en général. L'équipe doit savoir faire preuve de tolérance sans complaisance.

La recherche de limites est caractéristique de la phase adolescente. Il faut le garder à l'esprit car la maladie tend à les gommer, et savoir faire preuve d'autorité sécurisante. Les rôles et les fonctions de chacun doivent être différenciés, la pluridisciplinarité n'est durablement envisageable qu'à cette condition. La confusion des rôles peut en effet engendrer des recrudescences anxieuses liées à l'insécurité lorsque les repères et les limites sont flous et inconsistants. Le cadre thérapeutique est constitué par un enchevêtrement d'espaces d'échanges et de rencontres, où chacun connaît précisément sa place et s'applique à n'empiéter sur celle des autres. Les équipes doivent être expérimentées, rodées, habituées à travailler ensemble. Il en découle l'absolue nécessité de ne pas imposer aux jeunes patients des changements incessants de personnel (316).

L'adolescent a un rapport aux soins particulier qu'il faut prendre en considération : refusant d'honorer la consultation de la veille, il peut consulter en urgence le lendemain... Sa relation aux dispositifs de soins est à l'image de sa relation au monde, navigant entre des extrêmes d'idéalisation et de rejet. Il existe aujourd'hui un long délai d'attente pour une consultation en Centre Médico Psychologique (CMP) ou en Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP), du fait du déficit démographique médical variable selon les régions, et d'un faible nombre de praticiens libéraux recevant les jeunes.

Les Maisons des Adolescent (MDA) en 2004 sont une des réponses apportées à

ce constat. Classiquement sollicitées par le jeune et/ou sa famille, la demande peut également émaner de partenaires variés (éducation nationale, justice, ASE...). La double vocation des MDA, destinées aux jeunes âgés de 11 à 21 ans, est d'accueillir et de soigner en un lieu adapté et dédié aux adolescents. Elles répondent en effet au besoin de disponibilité des adolescents par leurs possibilités d'accueil sans rendez-vous. Par ailleurs, les adolescents, dans le cadre d'une prise en charge globale, nécessitent des approches spécialisées mais décloisonnées, légitimant, au sein de ces structures, des interventions multidisciplinaires associant le champ de la médecine somatique au champ de la psychologie et de la psychiatrie. Les maisons des adolescents proposent ainsi une évaluation globale de la situation du jeune, psychique, somatique, scolaire voire juridique, avant de proposer une prise en charge clinique et/ou un accompagnement selon les besoins définis par l'évaluation, au niveau scolaire, éducatif, social et juridique spécifique. La MDA constitue en outre, pour les professionnels intervenant auprès des adolescents, un espace ressource de proximité. Elle a aussi pour mission d'accompagner la réflexion sur le thème de l'adolescence. Enfin, elle exerce une vocation de prévention des souffrances et troubles psychiques de l'adolescent (dépression et troubles du comportement alimentaire notamment), des difficultés scolaires liées à des souffrances psychiques mais aussi le suicide, l'obésité, et encore de nombreuses difficultés du quotidien des adolescents.

Pour autant, sa fonction d'accueil ne peut lui permettre d'assumer une prise en soin pour chacune des demandes. Ainsi, les jeunes aux situations les plus complexes sont orientés vers un lieu de soins plus approprié, notamment les CMP, pour ce qui est des troubles psychiques.

Il est à noter que, dans un tiers des cas, les quelques consultations d'évaluation au sein de ces structures pour une plainte d'ordre psychique, peuvent elles-mêmes avoir un effet thérapeutique et suffire à apaiser la situation. C'est le cas notamment lorsque les troubles relèvent de « l'actualité du processus d'adolescence ». Ce phénomène rend compte une nouvelle fois, de l'importance de pouvoir prendre en charge rapidement l'adolescent, à un moment où les changements sont possibles. Ces remaniements psychiques seront beaucoup plus compromis si la situation est déjà chronicisée et qu'elle s'auto-entretient ou qu'elle a des conséquences vécues par l'adolescent ou son entourage comme irréversibles, en terme d'image de soi, de scolarité ou pour les relations sociales par exemple (363,364).

Les Points Accueil Ecoutes Jeunes (PAEJ) sont un dispositif créé par l'Etat en 2002 afin de réaffirmer son engagement dans la prévention des conduites à risque des jeunes, du domaine de la santé jusqu'au risque de déscolarisation. Cet accueil est subsidiaire aux dispositifs existants et de droit commun et n'offre pas de soin.

Il s'agit de petites structures de proximité, notamment en zones rurales, complémentaires aux MDA et définies autour d'une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation s'adressant aux jeunes exposés à des situations à risque, et de leur entourage adulte. L'équipe associe professionnels de l'animation, de l'éducation, du secteur social et de la santé mentale, sans compétence de délivrance de soins néanmoins. Le public accueilli est composé de mineurs et jeunes majeurs âgés des 16 à 25 ans en proie avec des difficultés sociales, psychologiques, éducatives, familiales, scolaires ou professionnelles.

Les Centres Médico Psychologiques ont pour mission d'organiser et coordonner toutes les actions extrahospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation. C'est une structure extra hospitalière, rattachée à un hôpital selon la sectorisation psychiatrique. Les actes dispensés sont gratuits et les jeunes peuvent venir y consulter seuls, sans leurs parents. Avec sa fonction principale de soins en santé mentale, le CMP propose une palette d'actions thérapeutiques individuelles ou collectives.

Il a pour vocation d'assurer des consultations, des suivis ambulatoires, des actions de prévention et est souvent amené à intervenir dans des établissements extérieurs. Les CMP occupent donc une place au sein des réseaux de partenaires institutionnels multiples : autres établissements de santé mais aussi établissements de l'Éducation nationale, médico-éducatifs, crèches, PMI, services du Conseil Général, Protection judiciaire de la jeunesse...

Dans le prolongement des CMP dont ils sont complémentaires, les CATTP sont des structures de soins ambulatoires à temps partiel accueillant des enfants ou des adolescents quelques heures durant la semaine, selon une organisation flexible, adaptable aux besoins du jeune. Le travail inclus là-encore la famille et les partenaires socio-éducatifs. L'intégration scolaire fait pleinement partie de leur projet. Certains CATTP se sont spécialisés pour les adolescents.

En parallèle de ces structures, de nombreux établissements du secteur médico-social participent à la prise en charge d'enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques, à côté d'enfants atteints de diverses formes de handicap.

On peut ainsi citer *les centres médico psychopédagogiques* (CMPP), généralement de statut privé. Y travaillent des enseignants de l'Éducation Nationale, des orthophonistes, des psychologues et des éducateurs.

Néanmoins, ils ne sont pas le recours privilégié pour les adolescents et jeunes adultes en souffrance psychique, qui sont plutôt orientés vers la psychiatrie.

Les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) reçoivent des enfants ou adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement qui rendent nécessaire, en dépit de capacités intellectuelles normales ou proches de la normale, la mise en place d'une éducation spéciale. Ils proposent des prestations thérapeutiques, éducatives, et pédagogiques conjuguées à ces jeunes souvent en souffrance, au sein d'un projet adapté à chacun, incluant les familles. La vocation de ces établissements est d'aider le jeune à une restructuration de sa personnalité dans toutes ses composantes.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sont constitués d'équipes pluridisciplinaires. Leur action vise à apporter un accompagnement spécialisé aux enfants et adolescents handicapés dans leur milieu ordinaire de vie ou à l'école, ainsi qu'à leurs familles.

Le dispositif soins-études est un dispositif original pour les jeunes patients atteints de troubles somatiques et/ou psychiques, leur permettant de bénéficier de soins ainsi que la poursuite (ou la reprise adaptée) de leurs études. La Fondation Santé des Étudiants de France, dont les structures de soins-études avaient pour mission, dès leur construction dans les années 1950, de permettre la poursuite des études aux étudiants tuberculeux, gère actuellement une douzaine d'établissements répartis sur le territoire français, dont 8 sont destinés aux patients présentant des troubles psychiatriques ayant entravé leur insertion scolaire. Non sectorisée, elle participe au service public hospitalier, assurant une mission de santé publique. Elle accueille des patients

de 15 à 25 ans et associe une prise en charge psychiatrique et pédagogique au sein d'un même lieu. Le dispositif scolaire y est dispensé au sein d'un lycée dont l'organisation est autonome et dépendante de l'éducation nationale. La scolarité est adaptée aux difficultés des patients. Au cours de l'hospitalisation soins-études, la capacité des adolescents à faire face à la séparation familiale, au cadre institutionnel et au stress des études ainsi que la stabilisation de leur pathologie psychiatrique, sont des facteurs déterminants pour la poursuite des soins.

La particularité du dispositif soins-études réside dans la conflictualité dynamique entre un pôle de soin prenant en considération les fragilités du patient, et un pôle pédagogique le confrontant aux exigences et satisfactions de la réalité des études ou de l'insertion professionnelle. L'hospitalisation soin-études est un dispositif souple et diversifié, aménagement du cadre de soin personnalisé pour chaque patient (365,366).

La scolarisation aménagée constitue un levier thérapeutique précieux. La plupart des jeunes accueillis ont vécu une longue période de déscolarisation et d'isolement relationnel ; leurs représentations d'avenir sont bien souvent inexistantes ou plaquées dans une impasse identificatoire. De plus, ces adolescents présentant des troubles psychiatriques sévères nécessitent un accompagnement dans le « deuil » d'une scolarité classique afin d'éviter un effondrement narcissique trop brutal (367,368). Dans un cadre contenant et étayant, ces jeunes patients peuvent se réapproprier l'outil scolaire dans sa fonction subjectivante, socialisante et d'ouverture au monde extérieur. L'étayage groupal permet une relance des processus dynamiques de l'adolescence et un travail sur les problématiques de séparation. Le point

central de cette prise en charge est l'élaboration d'un projet d'avenir adapté aux désirs et aux capacités des patients. À partir d'une évaluation médico-pédagogique initiale, ce projet va progressivement se co-construire entre tous les intervenants.

L'efficacité de ce modèle a été démontrée par plusieurs études avec jusqu'à 63 % de patient déclarés améliorés cliniquement un an après leur sortie.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la manière dont ces dispositifs de médiations autour du projet professionnel améliorent le fonctionnement global de ces adolescents présentant des troubles psychiatriques sévères : une meilleure projection dans l'avenir, facilitée par l'effet structurant de l'élaboration d'un projet adapté, l'augmentation de leur sentiment d'efficacité personnelle, la découverte de nouvelles aptitudes ainsi que le plaisir d'occuper une place au sein d'un groupe.

Malheureusement, ces réalisations de la Fondation Santé des Etudiants de France sont parmi les plus anciennes mais restent limitées à certains parcours scolaires et s'avèrent saturées avec plusieurs mois voire un an d'attente selon les régions.

Enfin, au niveau local, des services hospitaliers ont été adaptés aux besoins spécifiques des adolescents avec la création d'unités dédiées, avec chacune leurs particularités.

Pour exemple, le centre Abadie, à Bordeaux, se présente comme une « maison des adolescents régionale », recevant des adolescents sur un large secteur s'étendant de La Rochelle à Biarritz. Il regroupe par exemple quatre unités hospitalières qui offrent des soins adaptés aux adolescents en souffrance et aux adolescents à risques :

- **L'Unité pour Troubles des Conduites Alimentaires (UTCA)**, dirigée par le Docteur Pommereau, composée de 8 lits à temps complet et de 5 places d'hôpital de jour, pour les adolescents de 14 à 24 ans souffrant d'anorexie-boulimie et résidant en Aquitaine. Des consultations-évaluations sont proposées avec des psychiatres, psychologues cliniciennes, endocrinologue.
- **L'Unité Médico-Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte (UMPAJA)** pour les adolescents suicidaires, dirigée par le Docteur Pommereau, composée de 15 lits à temps complet, destinée aux 14-24 ans ayant effectué une tentative de suicide ou se signalant par des conduites à risque répétées. Des consultations-évaluations sont proposées avec des psychiatres et des psychologues cliniciens.
- **Le Centre de Consultations Polyvalentes pour Enfants et Adolescents (CCPEA)** mis en place conjointement par le CHU de Bordeaux et le CH Charles Perrens à la faveur des 12-24 ans, la Consultation est assurée par des psychiatres et pédopsychiatres, des somaticiens (gynécologue, dermatologue, endocrinologue), psychologues, assistantes sociales, diététiciennes et infirmières.
- **Le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUHEA)** dirigé par le Professeur Bouvard, constitué de 10 lits à temps complet et de 5 places de jour, destiné aux 7-17 ans souffrant notamment de dépressions sévères, de troubles anxieux sévères et de troubles des conduites alimentaires à début précoce.

Le centre Abadie est en relation avec des infirmières scolaires qui repèrent des jeunes leur paraissant en difficulté. « *Un groupe de parents* » est également ouvert aux familles qui le souhaitent dont les enfants sont suivis par le centre.

Sur un autre modèle, existent des unités de médecine pour adolescents, intégrées ou en lien avec le service de pédiatrie. Elles proposent une évaluation diagnostique pluridisciplinaire et une prise en charge thérapeutique à la fois psychiatrique et pédiatrique, se conformant ainsi à la double approche nécessaire à cet âge où les souffrances psychologiques s'expriment couramment au travers du corps. Par ailleurs, leur localisation dans un hôpital non psychiatrique évite aux jeunes patients de supporter l'étiquette « *psychiatrique* » (338).

Enfin, les *consultations jeunes consommateurs*, disponibles depuis 2005, ont été pensées comme un réseau de consultations spécifiques en addictologie dans l'ensemble des départements Français. Les consultations sont gratuites et anonymes, destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives. Les familles peuvent également y être reçues sans leur enfant, afin d'être conseillées et accompagnées dans l'établissement d'un dialogue avec le jeune ou l'amener à consulter. Ces consultations sont en grande majorité rattachées à des structures médico-sociales tels les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Elles sont assurées par des professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes. Elles permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations ;

- d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille ;
- d'aider, si possible, en quelques consultations à arrêter la consommation ; ou, de proposer un accompagnement sur du plus long terme si cela le nécessite ;
- d'orienter vers d'autres services spécialisés si nécessaire (94).

VI) Proposer des modalités de prise en charge originales

L'aide, l'écoute et l'orientation par téléphone se sont largement développées depuis une trentaine d'années à travers des numéros verts gratuits s'adressant à des publics particuliers.

En ce qui concerne les adolescents et jeunes adultes, le dispositif Fil-Santé-Jeunes est un numéro vert national financé par le ministère de la Santé via l'INPES. Cette ligne, le 0800 235 236, a pour première mission d'offrir aux jeunes un service téléphonique d'écoute, d'information et d'orientation en matière de santé physique et psychologique de façon anonyme et gratuite. Diverses autres lignes d'appels ont été créées dans des villes, des départements, voire des régions, à l'attention de cette population.

Fil-Santé-Jeunes est également doté d'un site internet hébergeant un Forum, espace virtuel d'échanges entre jeunes qui est modéré en amont pour contrer le risque de surenchère parfois observé dans les propos des jeunes exprimant leur mal-être.

Une initiative similaire créée par l'association Phare enfants-parents fonctionne depuis 2005 sous la forme d'un service d'accueil et d'écoute téléphonique. Un numéro azur 0810 810 987, s'adressant à trois publics : les jeunes en mal-

être, les parents en difficulté avec leur adolescent, ou encore les familles endeuillées par le suicide d'un proche.

Les groupes thérapeutiques constituent un complément indispensable aux prises en charge individuelles proposées. Les jeunes participent à l'élaboration des programmes qui s'appuient sur des médias divers (théâtre, informatique, cuisine, etc.) et sont en lien avec les dispositifs extérieurs (lieux sportifs, culturels, etc..), inscrivant plus fortement l'adolescent au sein de la cité. Le groupe développe le sentiment d'appartenance et d'identité. Il permet l'intégration des règles et des limites inhérentes à chacun. Il valorise la question de l'engagement, la mobilisation personnelle de chacun à la faveur de l'ensemble du groupe, avec une certaine connotation militante et implique le développement des valeurs de motivation, de coopération et d'implication.

Il peut devenir un des lieux de l'éclosion du désir permettant à l'adolescent de dire quelque chose de lui. Il est également une source majeure d'élément clinique étant donné la possibilité qu'il donne d'observer les habiletés sociales du jeune.

Les modalités de mise en œuvre de ces groupes doivent rester flexibles, dans l'idée de s'adapter constamment à la dynamique du groupe. Ainsi, un adolescent ne devrait pas être obligé de participer à une séance dont le thème le renvoie à des choses trop douloureuses, en début de programme, on pourrait imaginer laisser le jeune sélectionner les modules auxquels il souhaite participer avec l'assurance de son engagement à honorer la séance, dans un travail d'autonomisation et de responsabilisation.

Ces groupes thérapeutiques peuvent être utilisés en tant que médiateurs dans le processus de passage de la PEA vers la PA., afin de ne pas effrayer le jeune

par une proposition de rendez-vous individuels trop tôt dans la rencontre avec les nouvelles équipes. Vivre la transition en groupe pourrait être moins anxiogène qu'en solitaire (369).

L'utilisation d'*activités de médiations thérapeutiques stimulantes* pour les jeunes, augmente l'estime de soi et diminue la dépression. Elle constitue une offre thérapeutique alternative plus accessible pour certains adolescents en difficultés avec l'approche duelle. Elle est un moyen de rencontrer l'adolescent et de construire une relation de confiance avec celui-ci. Elles font pleinement partie du travail psychothérapeutique de par la création des conditions d'un cadre suffisamment bon et suffisamment contenant pour permettre un travail sur soi. Les médiations constituent un prélude au travail psychothérapique, au sens de créer les conditions d'un cadre suffisamment bon, suffisamment contenant pour permettre un travail sur soi (370). De plus, l'adolescence est un moment propice au développement de la créativité à travers des activités telles que l'écriture, l'expression musicale, le théâtre, le cirque, le dessin, la danse, etc. Celle-ci contribue à la construction puis l'affirmation par le jeune d'une identité différenciée et cohérente, l'aidant à trouver les ressources pour évoluer dans sa vie d'adulte. Les activités d'expression, en plus de fournir des supports d'investissement, sont toutes des activités où l'adolescent se donne à voir, lui, ou ce qu'il produit. Il pourra alors recevoir des marques de reconnaissances sociales positives, restaurant l'image de soi et lui permettant de se construire un narcissisme secondaire qui viendra, pour partie, combler les failles initiales (370,371).

Pour terminer, se développent massivement *les interventions basées sur la toile*. Nombreux sont les adolescents qui se connectent tous les jours sur

Internet et les réseaux sociaux, tout comme la majorité d'entre eux sont équipés de smartphone. Ces médias présentent donc un potentiel énorme pour les informer à propos des soins psychiatriques et pour les impliquer plus activement durant leur traitement (suivi, planning, soutien supplémentaire, information, etc.), tandis qu'ont même été proposés des traitements basés sur la toile. Sont ainsi en phase de conception des outils traitant du domaine de la dépression, de l'anxiété et de la prévention du suicide chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Toutefois, les résultats quant à leur efficacité sont discordants et d'autres investigations sont nécessaires. L'hétérogénéité dans la fiabilité des sources sur Internet pourrait être contournée par la création d'un label de qualité attribué aux Internet et les applications qui seraient utiles. Reste qu'une aide professionnelle est essentielle pour les aider à interpréter l'information disponible sur le net et pour garantir un traitement personnalisé (344).

VI) Insister sur la prévention

La lutte contre la souffrance psychique et les maladies psychiatrique commence en amont, par offrir au sujet le moyen de développer des compétences psychosociales opérantes.

La prévention doit donc s'effectuer dès l'enfance, en modifiant les facteurs de risque et de protection en amont de l'émergence du trouble (372). Veiller au bon développement des compétences psychosociales de l'enfant, dans le milieu scolaire particulièrement, est indispensable dans une logique de prévention des troubles psychiques et de promotion de la santé mentale. Ces compétences permettent une meilleure gestion des difficultés au quotidien (capacités de

résolution de problèmes, d'adaptation et de reconnaissance de pensées négatives et du stress). Elles interviennent également dans le phénomène de résilience qui permet au jeune de parvenir à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité et participent à l'amélioration de l'estime de soi. Enfin, elles impactent les relations interpersonnelles (capacité d'écoute, gestion des conflits, capacités de coopération, etc.). La littérature souligne que le renforcement des compétences psychosociales est prometteur pour réduire à la fois les comportements de harcèlement, les violences, les troubles de l'humeur, la détresse psychologique et pour augmenter le bien-être (373).

En complément de ces interventions dès l'enfance, il est nécessaire de diffuser des programmes plus particulièrement destinés à identifier des adolescents en difficulté afin de leur proposer une prise en charge et un accompagnement adapté.

Dans les programmes de prévention centrés sur les jeunes eux-mêmes, il faut s'interroger sur la façon d'augmenter les facteurs de protection ou de résilience afin de limiter ou de réduire l'apparition de troubles psychiques voire d'idées et de comportements suicidaires.

La littérature met à nouveau l'accent sur l'amélioration de l'estime de soi et le développement des compétences psychosociales.

L'école est là-encore un lieu propice pour intervenir, car les jeunes y passent beaucoup de temps. Ainsi, dans le cadre de la prévention du suicide, trois types d'interventions en milieu scolaire ont été proposées. On pourrait néanmoins imaginer qu'elle puisse s'étendre à la problématique plus globale de la souffrance psychique, le suicide en étant la plupart du temps la complication ultime (83).

- le dépistage par auto-questionnaire (*screening*) ;
- la formation de sentinelles (*gatekeeper training*) au repérage de jeunes : Elle a pour but de fournir aux adultes (le personnel scolaire) ou aux adolescents (les pairs) la capacité et les connaissances pour repérer les jeunes à risque (identification des indices verbaux et comportementaux) et mettre en place l'action adaptée.
- le développement d'un climat propice au dévoilement aux adultes du mal-être et des idées suicidaires des jeunes.

L'efficacité de ce dispositif a été démontrée, il permet de repérer des jeunes en souffrance, voire à risque suicidaire, qui ne l'auraient pas été autrement et de les accompagner. Néanmoins, sa réussite nécessite une coopération entre l'école et des professionnels de santé mentale facilement accessibles.

Dans le domaine spécifique du suicide, il a été démontré que, comme pour les adultes, les actions de veille, de recontact et de prise en charge après une tentative de suicide sont primordiales pour éviter les récidives chez les jeunes.

La facilité d'accès à internet et aux outils numériques des moins de 20 ans pourrait être mise à profit pour développer des applications de santé connectées à vocation de prévention en santé mentale des jeunes.

Cela est également vrai dans la prévention secondaire, comme l'explique S. Bérrouiget, psychiatre brestois. Utilisant jusqu'alors le moyen de l'appel téléphonique ou de la carte postale pour maintenir le contact avec les suicidants, les dispositifs de veille peuvent également conserver ce lien via des SMS, une application internet ou une application pour smartphone telle que WhatsApp, rappelant la disponibilité des soins aux patients à risque. Les protocoles d'utilisation des SMS ou des objets de hangout de type WhatsApp

prévoient généralement que le professionnel de santé reste en contact avec le patient pendant une certaine période, généralement 6 mois. L'écueil quant à l'emploi des dispositifs médicaux en ligne, surtout chez l'adolescent, est le risque d'occasionner une intrusion dans l'espace privé. Par ailleurs, la prise de contact directe avec le jeune via son smartphone induit la nécessité de repenser la place des parents et des aidants en général tandis que se pose également le problème de la sécurité des données.

Le harcèlement scolaire est également une problématique majeure de nos jours. Responsable de nombreux drames, elle justifie la mise au point de stratégies opérantes de prévention et d'intervention. La fréquentation des réseaux sociaux par les jeunes en fait un moyen de choix pour venir en aide aux jeunes concernés de près ou de loin par ce sujet. L'association Marion La Main Tendue vient ainsi de sortir une application pour smartphone dénommée *KolibriApp*. Les enfants téléchargent l'application et peuvent alors signaler des situations dont ils sont témoins, victimes ou auteurs.

➤ **Synthèse et plaidoyer pour l'individualisation des AJA en psychiatrie**

Si l'adolescence a certes toujours existé, sa durée, tout comme la place qui lui est faite dans la société, dont aujourd'hui bien différentes de ce qu'ont pu connaître les générations passées. Il n'y a pas une, mais des adolescences, et cette grande hétérogénéité fait elle-même partie de ses caractéristiques propres. L'adolescence est avant tout une expérience singulière et unique dans l'existence de l'individu. Cette période de la vie est caractérisée par de nombreux changements, tant sur le plan physique, cognitif que psychique,

avec notamment le processus crucial de séparation-individuation aboutissant à la construction d'une identité propre à l'individu.

La tranche des 12-25 ans représente 12,5 % de la population française à ce jour, équivalent à environ sept millions d'individus avec leur propres désirs, projets et besoins multiples et variés, qui évoluent au fil des générations. A côté de cette diversité majeure, on retrouve des institutions scolaires, médico-sociales ou encore judiciaires dont le fonctionnement traditionnel est mis à mal par la confrontation aux nouvelles réalités inhérentes à cette population particulière, en constante mutation. La meilleure illustration de cette inadéquation réside dans la situation des adolescents difficiles, qui, au travers de leurs passages à l'acte répétés, font preuve d'une agilité particulière pour pointer tous les dysfonctionnements existants autour d'eux. En l'absence de dispositif opérant pour les prendre en charge, ces « incasables » transitent d'une institution à une autre selon une forme de « ping-pong institutionnel ».

Bien que fréquentes et préoccupantes, nombre des difficultés rencontrées chez ces jeunes sont pourtant en grande partie évitables, ou du moins repérables, avant que ne surviennent des complications plus sérieuses. De façon ultime, le suicide constitue la 2^{ème} cause de décès au niveau mondial chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Les stratégies de prévention et de dépistage impliquent un partenariat entre trois types d'acteurs avec en premier lieu le jeune lui-même, que l'on sait en capacité de reconnaître et de parler de ses symptômes, pour peu qu'il trouve une oreille attentive parmi les adultes qui l'entourent (parents, enseignants, éducateurs...) et qui forment ainsi le second maillon de cette alliance. Enfin, les institutions - dont le secteur du soin - sont de plus en plus appelées à travailler

en réseaux les unes avec les autres et se doivent de faire preuve de souplesse et d'inventivité pour offrir au jeune les réponses les plus adaptées à leurs diverses difficultés et leurs souffrances, toujours différentes selon les individus, leur histoire et leur milieu de vie, avec une vulnérabilité particulièrement accrue des AJA par rapport à leur environnement.

Les problèmes majeurs de santé mentale apparaissent dans près de 75% des cas avant l'âge de 25 ans et contribuent aux alentours de 50 % à la charge de morbidité chez les individus âgés de 10 à 25 ans. Un des enjeux majeurs de la psychiatrie chez la population des AJA est la détection précoce des pathologies psychotiques, dont 80 % émergent entre 15 et 25 ans. Les pathologies psychiatriques revêtent des modalités d'expression clinique particulières chez les AJA en comparaison avec les formes observées chez l'adulte. On note notamment la fréquence des plaintes somatiques ou encore la classique chute des résultats scolaires ainsi que la dimension importante de l'agir au dépend de la mentalisation à cet âge de la vie, dont découle la fréquence des conduites à risque. La symptomatologie est par ailleurs modulée par l'environnement socio-familial, autant qu'elle perturbe et réorganise celui-ci, étant donnée la relation d'interdépendance existant entre le jeune et son entourage. De celle-ci découle entre autres la nécessité - dès que cela est possible - d'inclure pleinement les parents dans la prise en charge et de les accompagner dans leurs propres difficultés ou inquiétudes. Il en va de la qualité de l'alliance thérapeutique établie avec l'adolescent et sa famille et finalement, de l'efficacité des soins. Ces spécificités observables à divers niveaux (développemental, physiopathologique, clinique, environnemental, culturelle avec l'importance des pairs notamment, etc.) justifient que les professionnels

puissent recevoir une formation dédiée ainsi que la création de services appropriés et facilement accessibles pour satisfaire leurs besoins. Les diverses enquêtes réalisées directement auprès des jeunes et de leur entourage ont d'ailleurs montré qu'il existe un réel besoin de dépistage et d'accompagnement des AJA ayant des troubles psychiques. Dans ce cadre et pour favoriser l'adhésion thérapeutique, le soignant se doit d'adopter une vision positive du jeune et faire preuve d'un optimisme raisonnable. Il veille par ailleurs à le rendre pleinement acteur de sa prise en charge, en évitant l'écueil de vouloir à sa place, tout en lui posant des limites structurantes. La transition vers les services adultes est une composante centrale dans la prise en charge de l'adolescent et du jeune adulte, en psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales, en particulier lorsqu'il s'agit de maladies chroniques telles que l'oncologie ou encore la diabétologie. Cette période charnière représente en effet un enjeu majeur dans le parcours de soins de l'individu et doit être soigneusement préparée et clairement programmée au sein d'une collaboration étroite entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie d'adultes. Les offres thérapeutiques mobiles et notamment l'attribution d'un case manager, peuvent permettre de limiter le risque de rupture dans la continuité des soins inhérent au processus de transfert de compétences entre les deux secteurs. Sa négociation est toute aussi délicate pour le professionnel de santé référent du jeune et les programmes de formations à destination des professionnels en Psychiatrie générale comme en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, devraient inclure la transition comme sujet obligatoire.

❖ BIBLIOGRAPHIE

1. Leslie TRAVART. Adolescence, psychopathologie et sociologie. [Toulouse]; 2014.
2. Hauswald Grégory. 2 Définitions de l'adolescence. In: L'adolescence en poche [Internet]. Toulouse: Érès; 2016. p. 27-48. (La vie devant eux). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-adolescence-en-poche--9782749249780-p-27.htm>
3. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. 9e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. (Collection Les âges de la vie).
4. Huerre P, Reymond MP, Reymond JM. L'adolescence n'existe pas. Paris : Odile Jacob, 2002. Paris, Odile Jacob. 2002.
5. Le Breton, David, et Daniel Marcelli. Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse. Paris: Presses Universitaires de France; 2010.
6. Huerre P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. Journal français de psychiatrie. 2001;14(3):6.
7. Bourdieu P. Questions de sociologie. Paris, Minuit. 1980.
8. Shadili Gérard. « Adolescents et jeunes adultes », L'information psychiatrique. 2014;(Volume 90), p. 11-19.
9. Gauchet Marcel. La redéfinition des âges de la vie. Le Débat : « l'enfant problème ». 2004.
10. Éric Deschavane et Pierre-Henri Tavoillot. Philosophie des âges de la vie. 2007. (Sociétés et jeunesse en difficulté).
11. Béjin, André. De l'adolescence à la post-adolescence : les années indécises. Gallimard; 1983.
12. Van de Velde, Cecile. Devenir adulte sociologie comparée de la jeunesse en Europe. 2008;
13. De Singly. Libres ensemble: l'individualisme dans la vie commune. Paris : Pocket. 2003.
14. Giral M. Les adulescents: enquête sur les nouveaux comportements de la génération Casimir. Paris: Pré aux clercs; 2002. 278 p.
15. Galland O. Adolescence, post-adolescence, jeunesse: retour sur quelques interprétations. Revue Française de Sociologie. oct 2001;42(4):611.
16. Coleman J. The adolescent society. The social life of the teenager and its impact on education. 1963;
17. Musgrove F. ROLE-CONFLICT IN ADOLESCENCE. British Journal of Educational Psychology. févr 1964;34(1):34-42.
18. Morin E. L'Esprit du temps. Grasset. Paris; 1962.
19. Cuin C-H. Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence. ress. 15 déc 2011;(2):71-92.
20. Cicchelli V. Les jeunes adultes comme objet théorique. caf. 2001;65(1):5-18.

21. Bourdelais P. et Gourdon V. Catégories d'âge et âge des catégories. 1997.
22. Bois-Reymond M. Orientations de la jeunesse néerlandaise : émergence d'une biographie individualisée, in L'allongement de la jeunesse. 1993.
23. Cavalli A. Prolungamento della fase giovanile e orientamenti al futuro, in Giovani anni 90. Terzo rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia. 1993;
24. Freud A. Adolescence. 1958;
25. BRACONNIER A, MARCELLI D. L'adolescence aux milles visages. 1998;
26. Devernay M, Viaux-Savelon S. Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître. 2014;
27. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezeh AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*. avr 2012;379(9826):1630-40.
28. Tordjman S, Schröder C, Delorme R, Lehuédé E. Du confinement au déconfinement, Nouvelles perspective en pédopsychiatrie [Internet]. Pôle Nord lab; Disponible sur: <https://iacapap.org/content/uploads/Du-Confinement-au-Deconfinement-Fr-07.pdf>
29. Soriano-Guillén L, Corripio R, Labarta JI, Cañete R, Castro-Feijóo L, Espino R, et al. Central Precocious Puberty in Children Living in Spain: Incidence, Prevalence, and Influence of Adoption and Immigration. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. sept 2010;95(9):4305-13.
30. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*. avr 2012;379(9826):1641-52.
31. Carel J-C, Léger J. Precocious Puberty. *N Engl J Med*. 29 mai 2008;358(22):2366-77.
32. Edouard T, Tauber M. Retard pubertaire. *Archives de Pédiatrie*. févr 2010;17(2):195-200.
33. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci*. oct 1999;2(10):861-3.
34. Yurgelun-Todd D. Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current Opinion in Neurobiology*. avr 2007;17(2):251-7.
35. Bjork JM. Incentive-Elicited Brain Activation in Adolescents: Similarities and Differences from Young Adults. *Journal of Neuroscience*. 25 févr 2004;24(8):1793-802.
36. Klein H. Adolescence, Youth, and Young Adulthood: Rethinking Current Conceptualizations of Life Stage. *Youth & Society*. juin 1990;21(4):446-71.
37. Braconnier A, Chiland C, Choquet M. Traiter à l'adolescence : un patient pas comme les autres. Paris: Masson; 2002.
38. Houdé O, Leroux G. Psychologie du développement cognitif. 2e éd. [mise à jour]. Paris: Presses universitaires de France; 2013. (Licence).
39. Noulhiane M, Hertz-Pannier L. Le cerveau de l'adolescent : un cerveau inachevé. *LA REVUE DU PRATICIEN*. 2014;64:4.
40. Holzer L, Halfon O, Thoua V. La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de Pédiatrie*. mai 2011;18(5):579-88.

41. Giedd JN. The digital revolution and adolescent brain evolution. *J Adolesc Health*. août 2012;51(2):101-5.
42. Bramen JE, Hranilovich JA, Dahl RE, Chen J, Rosso C, Forbes EE, et al. Sex matters during adolescence: testosterone-related cortical thickness maturation differs between boys and girls. *PLoS One*. 2012;7(3):e33850.
43. Hensch TK. Critical period plasticity in local cortical circuits. *Nat Rev Neurosci*. nov 2005;6(11):877-88.
44. Krebs M-O, Demars F, Frajerman A, Kebir O, Jay T. Cannabis et neurodéveloppement. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. juin 2020;204(6):561-9.
45. Blakemore S-J, Burnett S, Dahl RE. The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp*. juin 2010;31(6):926-33.
46. Blakemore S-J. Development of the social brain in adolescence. *J R Soc Med*. mars 2012;105(3):111-6.
47. Steinberg L. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Dev Rev*. mars 2008;28(1):78-106.
48. Shaw P, Kabani NJ, Lerch JP, Eckstrand K, Lenroot R, Gogtay N, et al. Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *J Neurosci*. 2 avr 2008;28(14):3586-94.
49. Castillo PE, Younts TJ, Chávez AE, Hashimotodani Y. Endocannabinoid Signaling and Synaptic Function. *Neuron*. oct 2012;76(1):70-81.
50. Mechoulam R, Hanuš LO, Pertwee R, Howlett AC. Early phytocannabinoid chemistry to endocannabinoids and beyond. *Nat Rev Neurosci*. nov 2014;15(11):757-64.
51. Rubino T, Prini P, Piscitelli F, Zamberletti E, Trusel M, Melis M, et al. Adolescent exposure to THC in female rats disrupts developmental changes in the prefrontal cortex. *Neurobiology of Disease*. janv 2015;73:60-9.
52. Godsil BP, Kiss JP, Spedding M, Jay TM. The hippocampal–prefrontal pathway: The weak link in psychiatric disorders? *European Neuropsychopharmacology*. oct 2013;23(10):1165-81.
53. Rubino T, Parolari D. The Impact of Exposure to Cannabinoids in Adolescence: Insights From Animal Models. *Biological Psychiatry*. avr 2016;79(7):578-85.
54. Renard J, Vitalis T, Rame M, Krebs M-O, Lenkei Z, Le Pen G, et al. Chronic cannabinoid exposure during adolescence leads to long-term structural and functional changes in the prefrontal cortex. *European Neuropsychopharmacology*. janv 2016;26(1):55-64.
55. Miller ML, Chadwick B, Dickstein DL, Purushothaman I, Egervari G, Rahman T, et al. Adolescent exposure to Δ9-tetrahydrocannabinol alters the transcriptional trajectory and dendritic architecture of prefrontal pyramidal neurons. *Mol Psychiatry*. avr 2019;24(4):588-600.
56. Jouroukhin Y, Zhu X, Shevelkin AV, Hasegawa Y, Abazyan B, Saito A, et al. Adolescent Δ9-Tetrahydrocannabinol Exposure and Astrocyte-Specific Genetic Vulnerability Converge on Nuclear Factor-κB–Cyclooxygenase-2 Signaling to Impair Memory in Adulthood. *Biological Psychiatry*. juin 2019;85(11):891-903.

57. Broyd SJ, van Hell HH, Beale C, Yücel M, Solowij N. Acute and Chronic Effects of Cannabinoids on Human Cognition—A Systematic Review. *Biological Psychiatry*. avr 2016;79(7):557-67.
58. Murray RM, Englund A, Abi-Dargham A, Lewis DA, Di Forti M, Davies C, et al. Cannabis-associated psychosis: Neural substrate and clinical impact. *Neuropharmacology*. sept 2017;124:89-104.
59. Gruber SA, Sagar KA. Marijuana on the Mind? The Impact of Marijuana on Cognition, Brain Structure, and Brain Function, and Related Public Policy Implications. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. mars 2017;4(1):104-11.
60. Blithikoti C, Miquel L, Batalla A, Rubio B, Maffei G, Herreros I, et al. Cerebellar alterations in cannabis users: A systematic review. *Addiction Biology*. nov 2019;24(6):1121-37.
61. Blest-Hopley G, Giampietro V, Bhattacharyya S. Regular cannabis use is associated with altered activation of central executive and default mode networks even after prolonged abstinence in adolescent users: Results from a complementary meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. janv 2019;96:45-55.
62. Gerardin P, Boudailliez B, Duverger P. Médecine et santé de l'adolescent: pour une approche globale et interdisciplinaire. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019.
63. Riquin É, Malka J. 15. Impacts psychiques des maladies somatiques chroniques et troubles somatoformes à l'adolescence. In: Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent [Internet]. Lavoisier; 2017 [cité 15 oct 2021]. p. 148. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-148.htm>
64. Goffman E. Stigmate. Les usages sociaux du handicap. Editions de Minuit. Paris; 1975.
65. Janner-Raimondi M, Depraz N. Approcher l'expérience vécue des suivis d'adolescents malades chroniques en santé mentale. Le sujet dans la cité. 2018;N°9(2):75.
66. Rouget S. Lorsque la maladie chronique rencontre l'adolescence. *Enfances & Psy*. 2014;64(3):45.
67. Institut de Psychiatrie, GDR 3557 [Internet]. Disponible sur: <https://institutdepsychiatrie.org/l'institut/>
68. Krebs M-O. Intervention précoce dans la psychose débutante : Pourquoi ? Pour qui ? Comment ? 37è Journées de la société de l'information psychiatrique; Antibes.
69. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc*. avr 1998;28(2):151-5.
70. Julie BRUNELLE ; David COHEN. Dépression chez l'adolescent. Fondation Deniker;
71. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*. mars 2013;47(3):391-400.
72. HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014 nov.
73. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juill 2003;60(7):709.

74. Lecardeur L, Benarous X, Milhiet V, Consoli A, Cohen D. Prise en charge du trouble bipolaire de type 1 chez l'enfant et l'adolescent. *L'Encéphale*. avr 2014;40(2):143-53.
75. Consoli A. Comment repérer l'adolescent bipolaire ? :2.
76. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMA. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorders*. août 1994;31(4):281-94.
77. Brunelle J, Consoli A, Cohen D Milhet V. Trouble bipolaire de l'adolescent. avr 2014;64.
78. Brunelle J, Consoli A, Tanguy M-L, Huynh C, Perisse D, Deniau E, et al. Phenomenology, socio-demographic factors and outcome upon discharge of manic and mixed episodes in hospitalized adolescents: A chart review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mars 2009;18(3):185-93.
79. Hillegers MH, Reicht CG, Wals M, Verhulst FC, Ormel J, Nolen WA. Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*. août 2005;7(4):344-50.
80. Geoffroy PA, Etain B, Leboyer M, Bellivier F. Une entité clinique aux implications thérapeutiques majeures: le trouble bipolaire à début précoce. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. sept 2012;170(7):502-9.
81. Janssen E, Stanislas S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. 2019; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html
82. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 1993;32(1):69-75.
83. Observatoire national du suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 2018 févr. Report No.: 3ème.
84. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information, Observatoire national du suicide - 4e rapport / juin 2020. Rapports. 2020 sept.
85. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord*. juin 2017;215:37-48.
86. Le Breton D. Adolescence et conduites à risque. 2015.
87. Thomas P. Prévention du suicide : l'évaluation est indispensable [Internet]. 2019. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html]
88. Marie Choquet. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 25 sept 1998;1(4):337-43.
89. Chevreuil K. Cadrage statistique des suicides et des tentatives de suicide des jeunes. (unité de recherche clinique en économie de la santé [URCÉco] Île-de-France;
90. Flament MF, Daoust J-P, Churchill AM, Hudek N. 27. Troubles anxieux chez l'enfant et aspects liés au développement. In: *Les troubles anxieux* [Internet]. Lavoisier; 2014 [cité 15

oct 2021]. p. 290. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-troubles-anxieus--9782257204080-page-290.htm>

91. Ford CA, Sikich L. Troubles émotionnels et comportementaux chez les adolescents et les jeunes adultes. In: Médecine interne de Netter [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 16 oct 2021]. p. 1287-91. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294709517001699>
92. Benjelloun A. 17. Addictions à l'adolescence. In: Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent [Internet]. Lavoisier; 2017 [cité 16 oct 2021]. p. 169. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-169.htm>
93. Phan O, Couteron J-P. Chapitre 23. Adolescence et addictions: In: Addictologie [Internet]. Dunod; 2019 [cité 16 oct 2021]. p. 281-92. Disponible sur: <https://cairn.info/addictologie-2019--9782100788408-page-281.htm?ref=doi>
94. Bonnet N. Les consultations jeunes consommateurs. :1.
95. Conduites addictives chez les adolescents - Une expertise collective de l'Inserm. 6 févr 2014;
96. Hofler M, Lieb R, Perkonigg A, Schuster P, Sonntag H, Wittchen H-U. Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*. nov 1999;94(11):1679-94.
97. Merrill JC, Kleber HD, Shwartz M, Liu H, Lewis SR. Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviors, and American youth. *Drug Alcohol Depend*. 1 oct 1999;56(3):205-12.
98. Scroccaro N. Les addictions à l'adolescence. Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017. 128 p. (Le point sur... Psychologie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-addictions-a-l-adolescence--9782807314221.htm>
99. Spilka S, Godeau E., Le Nezet O et al. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. Observatoire français des drogues et des toxicomanies;
100. Gautier S, Luyt D, Josseran L. Quatre fumeurs sur cinq ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans. *LA REVUE DU PRATICIEN*. 2021;71:5.
101. Le Berre E, Kerjean J. Addiction chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. juin 2012;25(3):136-41.
102. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*. 2000;55(5):469-80.
103. Richard J.-B., Spilka S., Beck F. Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/consommations-alcool-15-30-ans.asp>.
104. Doba K, Nandrino J-L. Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives ? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychologie Française*. déc 2010;55(4):355-71.
105. Spilka S, Le Nezet O et al. 20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence. Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2021.

106. Chen K, Kandel DB. Predictors of cessation of marijuana use: an event history analysis. *Drug Alcohol Depend.* 1 avr 1998;50(2):109-21.
107. M Corcos, O Phan, S Nezelof, P Jeammet. Psychopathologie de l'adolescent fumeur de cannabis. 2005;(55).
108. Lapeyre-Mestre M. Addiction médicamenteuse : quelles données pour évaluer et prévenir ? *Psychotropes.* 2013;19(1):65.
109. Antoine Philippon, Stanislas Spilka. Niveaux d'usages des écrans à la fin de l'adolescence en 2017. Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2019 oct.
110. Couteron J-P. Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation ? *Psychotropes.* 2009;15(4):9.
111. Ferrari P, Bonnot O. *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: Médecine sciences publications-Lavoisier; 2012.
112. Voyer A, Nicolas I, Corcos M. 16. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. In: *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent* [Internet]. Lavoisier; 2017 [cité 16 oct 2021]. p. 159. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-159.htm>
113. Nicolas I, Lamas C, Corcos M. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *EMC Pédopsychiatrie.* 2013.
114. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, Delinsky SS, Franko DL, Herzog DB. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord.* mars 2002;31(2):191-201.
115. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* août 2002;159(8):1284-93.
116. Flament M, Jeammet P. *La boulimie: réalités et perspectives.* Paris: Masson; 1999.
117. Corcos, M., Lamas, C., Pham-Scottez, A. & Doyen, C M. *L'anorexie mentale: déni et réalités.* Rueil-Malmaison: Doin; 2008.
118. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;7.
119. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry.* mai 2007;190(5):402-9.
120. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD Symptoms, Subtypes, and Comorbid Disorders in Clinically Referred Adults With ADHD. *J Clin Psychiatry.* 15 nov 2009;70(11):1557-62.
121. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER ACROSS THE LIFESPAN. 2001;21.
122. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of Adhd in School-Age Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* juill 2000;9(3):541-55.
123. Bonnot O, Gollier-Briant F. 14. Adolescence et trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. In: *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent* [Internet]. Lavoisier; 2017 [cité 16 oct 2021]. p. 141. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-141.htm>

124. Dollfus S, Krebs M-O. Les schizophrénies : sujets à haut risque de transition. Paris: Lavoisier médecine sciences; 2019. (Collection Psychiatrie; vol. chapitre 17).
125. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1 nov 2013;39(6):1296-306.
126. Balsat M, Boissel N. Adolescents et jeunes adultes en hématologie. :2.
127. Groupe Onco-hématologie Adolescents et Jeunes Adultes (GO-AJA). Structuration des Soins aux Adolescents et Jeunes Adultes atteints de Cancer. 2015.
128. Pommereau DX. Toute rupture dans le parcours est un contresens. 2014;29.
129. Drancourt N, Etain B, Lajnef M, Henry C, Raust A, Cochet B, et al. Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment: **Duration of untreated bipolar disorder**. *Acta Psychiatr Scand*. févr 2013;127(2):136-44.
130. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*. mai 2004;55(9):875-81.
131. Goldstein BI, Bukstein OG. Comorbid Substance Use Disorders Among Youth With Bipolar Disorder: Opportunities for Early Identification and Prevention. *J Clin Psychiatry*. 15 mars 2010;71(03):348-58.
132. Halfon N, Labelle R, Cohen D, Guilé J-M, Breton J-J. Juvenile bipolar disorder and suicidality: a review of the last 10 years of literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mars 2013;22(3):139-51.
133. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar Disorders in a Community Sample of Older Adolescents: Prevalence, Phenomenology, Comorbidity, and Course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. avr 1995;34(4):454-63.
134. Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, Goldstein BI, Liao F, Gill MK, et al. Predictors of Prospectively Examined Suicide Attempts Among Youth With Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 nov 2012 [cité 3 oct 2021];69(11). Disponible sur: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archgenpsychiatry.2012.650>
135. Geoffroy PA, Jardri R, Etain B, Thomas P, Rolland B. Le trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent : un diagnostic difficile. *La Presse Médicale*. sept 2014;43(9):912-20.
136. Skjelstad DV, Malt UF, Holte A. Symptoms and signs of the initial prodrome of bipolar disorderA systematic review. *Journal of Affective Disorders*. oct 2010;126(1-2):1-13.
137. Lunsford-Avery JR, Judd CM, Axelson DA, Miklowitz DJ. Sleep impairment, mood symptoms, and psychosocial functioning in adolescent bipolar disorder. *Psychiatry Research*. déc 2012;200(2-3):265-71.
138. Duffy A, Alda M, Hajek T, Sherry SB, Grof P. Early stages in the development of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. févr 2010;121(1-2):127-35.
139. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Strober M, Gill MK, Hunt J, et al. Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study. *Am J Psychiatry*. 2009;10.

140. Chabrol H. *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*. Paris: Dunod; 2011. (Psycho sup).
141. AKISKAL, Hagop S. *The temperamental foundations of affective disorders*. 1996;
142. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. mars 2005;85(1-2):181-9.
143. Les troubles bipolaires. Paris: Médecine sciences publications-[Lavoisier]; 2014. (Collection Psychiatrie).
144. John S et al. Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder. 1992;
145. Da Fonseca D, Fakra E. Phase pré morbide du trouble bipolaire. *L'Encéphale*. janv 2010;36:S3-7.
146. Birmaher B. Bipolar disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Ment Health*. sept 2013;18(3):140-8.
147. Post RM, Grunze H. The Challenges of Children with Bipolar Disorder. *Medicina*. 11 juin 2021;57(6):601.
148. DelBello MP, Hanseman D, Adler CM, Fleck DE, Strakowski SM. Twelve-Month Outcome of Adolescents With Bipolar Disorder Following First Hospitalization for a Manic or Mixed Episode. *Am J Psychiatry*. 2007;9.
149. Safer DJ, Zito JM, Safer AM. Age-grouped differences in bipolar mania. *Comprehensive Psychiatry*. nov 2012;53(8):1110-7.
150. Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Hellander M, et al. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mars 2005;44(3):213-35.
151. Lewitzka U, Severus E, Bauer R, Ritter P, Müller-Oerlinghausen B, Bauer M. The suicide prevention effect of lithium: more than 20 years of evidence—a narrative review. *Int J Bipolar Disord*. déc 2015;3(1):15.
152. Munch G, Godart N. Bonnes pratiques pour la prescription de thymorégulateurs à l'adolescence : une revue de la littérature. *L'Encéphale*. oct 2017;43(5):464-70.
153. Ferrari P, Bonnot O. *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. 2020.
154. FAHS H., MARCELLI D., DUPLA V. Adolescence, dépression sub-syndromique et dépression majeure, rupture ou continuité ? Une approche dimensionnelle. « La dépressions dans tous ses états », Société française de l'enfant et de l'adolescent, Journées Nationales; 1997 POITIERS.
155. Chan Chee C, Guignon N, Delmas M-C, Herbet J-B, Gonzalez L. Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. févr 2012;60(1):31-9.
156. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? janv 1999;

157. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder: I. Continuity Into Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. janv 1999;38(1):56-63.
158. Cadieux M-E et al. Journal sur l'identité, les relations interpersonnelles et les relations intergroupes - Le rôle de la tolérance à la détresse émotionnelle dans le développement du trouble de dépression majeure chez les étudiants universitaires. hiver 2021;
159. Villatte A, Marcotte D, Potvin A. Ces étudiants à risque de dépression. *Le sociographe*. 2015;N° 51(3):65.
160. Syed Sheriff RJ, McGorry PD, Cotton S, Yung AR. A Qualitative Study of the Prodrome to First-Episode Major Depressive Disorder in Adolescents. *Psychopathology*. 31 mars 2015;48(3):153-61.
161. Gasquet I, Chavance M, Ledoux S, Choquet M. Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. sept 1997;6(3):151-9.
162. Moro MR. Les maisons des adolescents, un nouveau concept ? *Adolescence*. 2012;80(2):287.
163. Lebovici S Diatkine, René, Soulé, Michel. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 1 1. 2004.
164. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. nov 1996;35(11):1427-39.
165. Black JJ, Rofey DL. An overview of common psychiatric problems among adolescent and young adult females: Focus on mood and anxiety. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. avr 2018;48:165-73.
166. Rohde P, Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR, Gau JM. Key Characteristics of Major Depressive Disorder Occurring in Childhood, Adolescence, Emerging Adulthood, and Adulthood. *Clinical Psychological Science*. janv 2013;1(1):41-53.
167. Rao U, Ryan ND, Birmaher B, Dahl RE, Williamson DE, Kaufman J, et al. Unipolar Depression in Adolescents: Clinical Outcome in Adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mai 1995;34(5):566-78.
168. Dumont M, Leclerc D, Massé L, McKinnon S. Étude de validation du programme Funambule: pour une gestion équilibrée du stress des adolescents. ef. 14 janv 2016;43(2):154-78.
169. Lupien S. Par amour du stress: des conclusions scientifiques, une présentation facile. 2015.
170. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med*. mars 2007;37(3):431-40.
171. Pilowsky DJ, Wu LT, Anthony JC. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *Am J Psychiatry*. oct 1999;156(10):1545-9.
172. Gosselin P, Tremblay M, Dugas MJ, Ladouceur R. Les inquiétudes chez les adolescents : Propriétés psychométriques de la version française du Penn State Worry Questionnaire for Children. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2002;43(4):270-7.

173. Denis H. Traiter les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent: du diagnostic à la prise en charge. Malakoff: Dunod; 2017. (Les ateliers du praticien).
174. Reed V, Wittchen H. Dsm-iv panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: how specific are panic attacks? *Journal of Psychiatric Research.* 1 sept 1998;32(6):335-45.
175. Brozovich F, Heimberg RG. An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review.* juill 2008;28(6):891-903.
176. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R, et al. Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Arch Gen Psychiatry.* 1 août 2007;64(8):903.
177. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AM, et al. Depression and Generalized Anxiety Disorder: Cumulative and Sequential Comorbidity in a Birth Cohort Followed Prospectively to Age 32 Years. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juin 2007;64(6):651.
178. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Poli P, Bertini N, Milantoni L. Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juin 2004;43(6):752-60.
179. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 1 août 2003;60(8):837.
180. Wittchen HU, Lieb R, Pfister H, Schuster P. The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Compr Psychiatry.* avr 2000;41(2 Suppl 1):122-32.
181. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America.* sept 2009;32(3):483-524.
182. Jeammet P. Le moi à l'épreuve de la liberté. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* sept 2007;55(5-6):321-8.
183. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health and well-being among young people: health behaviour in school-aged children (HBSC) study : international report from the 2009-2010 survey. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.
184. Meylan N, Doudin P-A, Curchod-Ruedi D, Antonietti J-P, Stephan P. Stress scolaire, soutien social et burnout à l'adolescence : quelles relations? *ef.* 14 janv 2016;43(2):135-53.
185. Bask M, Salmela-Aro K. Burned out to drop out: Exploring the relationship between school burnout and school dropout. *Eur J Psychol Educ.* juin 2013;28(2):511-28.
186. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psych.* 3 avr 2007;22(3):309-28.
187. Salmela-Aro K, Upadyaya K. School burnout and engagement in the context of demands-resources model. *Br J Educ Psychol.* mars 2014;84(1):137-51.
188. Sandra Zakari et Hossaïn Bendahman. SYNDRÔME D'ÉPUISEMENT SCOLAIRE ET DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS D'UNE VINGTAINE DE LYCÉENS FRANÇAIS. Les Collectifs du Cirp., Vol. 2. 2011.

189. Dumont M, Leclerc D, Massé L. Le stress à l'école. *Éducation et francophonie*. 2015;43(2):1.
190. Cooper et al. Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications. Sage Publications. 2001.
191. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. mars 2020;395(10228):945-7.
192. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. juin 2020;288:112954.
193. Glowacz F, Schmits E. Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk. *Psychiatry Research*. nov 2020;293:113486.
194. Lee CM. Increases in Loneliness Among Young Adults During the COVID-19 Pandemic and Association With Increases in Mental Health Problems. *Journal of Adolescent Health*. 2020;4.
195. Zhou S-J, Zhang L-G, Wang L-L, Guo Z-C, Wang J-Q, Chen J-C, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juin 2020;29(6):749-58.
196. Ma Z, Zhao J, Li Y, Chen D, Wang T, Zhang Z, et al. Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e181.
197. Nöthling J, Simmons C, Suliman S, Seedat S. Trauma type as a conditional risk factor for posttraumatic stress disorder in a referred clinic sample of adolescents. *Comprehensive Psychiatry*. juill 2017;76:138-46.
198. Lanius RA, Vermetten, Eric, Pain C. The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic [Internet]. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press; 2010 [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042>
199. Gerson R, Rappaport N. Traumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder in Youth: Recent Research Findings on Clinical Impact, Assessment, and Treatment. *Journal of Adolescent Health*. févr 2013;52(2):137-43.
200. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2010;49(4):414-30.
201. Olliac B. Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juill 2012;60(5):307-14.
202. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence,risk factors and comorbidity: Post-traumatic stress disorder in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. janv 2000;101(1):46-59.
203. Jessica Hamblen, PhD and Erin Barnett, PhD. PTSD in Children and Adolescents [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/specific/ptsd_child_teens.asp
204. Miché M, Hofer PD, Voss C, Meyer AH, Gloster AT, Beesdo-Baum K, et al. Mental disorders and the risk for the subsequent first suicide attempt: results of a community study on adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juill 2018;27(7):839-48.

205. Perkonigg A, Pfister H, Stein MB, Höfler M, Lieb R, Maercker A, et al. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry*. juill 2005;162(7):1320-7.
206. Gutermann J, Schwartzkopff L, Steil R. Meta-analysis of the Long-Term Treatment Effects of Psychological Interventions in Youth with PTSD Symptoms. *Clin Child Fam Psychol Rev*. déc 2017;20(4):422-34.
207. Scott JG, Nurcombe B, Sheridan J, McFarland M. Hallucinations in adolescents with post-traumatic stress disorder and psychotic disorder. *Australas Psychiatry*. févr 2007;15(1):44-8.
208. Fournier C-E. Hyper-alcoolisations rapides des adolescents et jeunes adultes : symptôme psycho-pathologique ou phénomène de société ? Illustration par une enquête en service de pédopsychiatrie. 2017.
209. Corcos M, Flament M, Jeammet P, éditeurs. Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes. Paris: Masson; 2003. 424 p.
210. Traité d'addictologie. 2e éd. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2016. (Traités).
211. Valleur M. Jeu, recherche de sens, et addiction. *Psychotropes*. 2007;13(3):13.
212. Jeanne G, Purper-Ouakil D, Rigole H, Franc N. Nouveaux styles de consommation de produits psychoactifs chez les adolescents en France. *L'Encéphale*. août 2017;43(4):346-53.
213. Picherot G, Urbain J, Dreno L, Caldagues E, Caquard M, Pernel A-S, et al. L'alcoolisation des adolescents : une précocité inquiétante ? *Archives de Pédiatrie*. mai 2010;17(5):583-7.
214. Chambon J, Couturon J-P. Chapitre 11. Modernité et addictions : la société addictogène: In: Addictologie [Internet]. Dunod; 2019 [cité 18 oct 2021]. p. 119-33. Disponible sur: <https://cairn.info/addictologie-2019--9782100788408-page-119.htm?ref=doi>
215. Le Breton D. Conduite à risque ou.... passion du risque ? *La santé de l'homme*. 2006;
216. EXPOSITION DES JEUNES DE 17 ANS AU MARKETING EN FAVEUR DE L'ALCOOL. Résultats d'un module de l'enquête ESCAPAD mené auprès de 13 330 jeunes en 2017. Communiqué de presse présenté à; 2019 déc.
217. Couturon JP, Foulland P. Comme une déferlante, l'alcool défonce. déc 2008;(398).
218. Patrice Huerre, F. Marty. Alcool et adolescence, jeunes en quête d'ivresse. Albin Michel.
219. Geneviève Lafaye, Amine Benyamina,, Michel Reynaud. Addictions de l'adolescent Repérer et évaluer précocement les usages problématiques est primordial. oct 2017;
220. Hasan A, von Keller R, Friemel CM, Hall W, Schneider M, Koethe D, et al. Cannabis use and psychosis: a review of reviews. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. juin 2020;270(4):403-12.
221. Krebs M-O, Kebir O, Jay TM. Exposure to cannabinoids can lead to persistent cognitive and psychiatric disorders. *Eur J Pain*. août 2019;23(7):1225-33.
222. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent Outcomes of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Community Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. juin 2010;49(6):595-605.

223. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. juill 1990;29(4):546-57.
224. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. avr 2019;24(4):562-75.
225. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 1990;29(4):526-33.
226. Durston S, Fossella JA, Mulder MJ, Casey BJ, Ziermans TB, Vessaz MN, et al. Dopamine Transporter Genotype Conveys Familial Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Through Striatal Activation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. janv 2008;47(1):61-7.
227. Del Campo N, Chamberlain SR, Sahakian BJ, Robbins TW. The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 15 juin 2011;69(12):e145-157.
228. Grandjean A. Le contrôle de l'interférence chez les adolescents avec un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Marseille; 2020.
229. Vera L. Chapitre 1. Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. In: TDA/H chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Paris: Dunod; 2015. p. 8-49. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: <https://www.cairn.info/tda-h-chez-l-enfant-et-l-adolescent--9782100724123-p-8.htm>
230. Dvorsky MR, Langberg JM. Predicting Impairment in College Students With ADHD: The Role of Executive Functions. *J Atten Disord*. 1 nov 2019;23(13):1624-36.
231. LAGACÉ LEBLANC J. IMPACTS FONCTIONNELS LIÉS AU TROUBLE DE DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ CHEZ LES ÉTUDIANTS COLLÉGIENS ET UNIVERSITAIRES ET LIENS AVEC LA PRISE DE MÉDICAMENTS ET DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES [MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION]. UNIVERSITÉ DU QUÉBEC; 2017.
232. Vera L. Chapitre 2. TDA/H et comorbidités. In: TDA/H chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Paris: Dunod; 2015. p. 50-87. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: <https://www.cairn.info/tda-h-chez-l-enfant-et-l-adolescent--9782100724123-p-50.htm>
233. Hu H-F, Chou W-J, Yen C-F. Anxiety and depression among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: The roles of behavioral temperamental traits, comorbid autism spectrum disorder, and bullying involvement. *Kaohsiung J Med Sci*. févr 2016;32(2):103-9.
234. Ramsay JR, Rostain AL. Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: an integrative psychosocial and medical approach. Second edition. New York: Routledge; 2015. 234 p.
235. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. oct 2010;67(10):1044-51.
236. Moreau D, Waldie KE. Developmental Learning Disorders: From Generic Interventions to Individualized Remediation. *Front Psychol* [Internet]. 12 janv 2016 [cité 18 oct 2021];6. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2015.02053/abstract>

237. Connor DF, Steeber J, McBurnett K. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *J Dev Behav Pediatr.* juin 2010;31(5):427-40.
238. Galéra C, Pingault J-B, Fombonne E, Michel G, Lagarde E, Bouvard M-P, et al. Attention Problems in Childhood and Adult Substance Use. *The Journal of Pediatrics.* déc 2013;163(6):1677-1683.e1.
239. Romo L, Rémond J-J, Coeffec A, Kotbagi G, Plantey S, Kern L. Jeux d'argent et de hasard et troubles attentionnels chez des jeunes. *Psychotropes.* 2016;22(1):91.
240. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* avr 2011;31(3):328-41.
241. DuPaul GJ, Weyandt LL, O'Dell SM, Varejao M. College Students With ADHD: Current Status and Future Directions. *J Atten Disord.* nov 2009;13(3):234-50.
242. Wilens TE. The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry.* 2007;68 Suppl 11:4-8.
243. Sepúlveda DR, Thomas LM, McCabe SE, Cranford JA, Boyd CJ, Teter CJ. Misuse of Prescribed Stimulant Medication for ADHD and Associated Patterns of Substance Use: Preliminary Analysis Among College Students. *Journal of Pharmacy Practice.* déc 2011;24(6):551-60.
244. Vincent A. Mon cerveau a besoin de lunettes: le TDAH expliqué aux enfants. 2018.
245. Cortese S, Angriman M, Maffei C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: A Systematic Review of the Literature. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition.* 28 mai 2008;48(6):524-37.
246. Seitz J, Kahraman-Lanzerath B, Legenbauer T, Sarrar L, Herpertz S, Salbach-Andrae H, et al. The Role of Impulsivity, Inattention and Comorbid ADHD in Patients with Bulimia Nervosa. Reif A, éditeur. *PLoS ONE.* 20 mai 2013;8(5):e63891.
247. Welniarz B. Réflexion sur les liens entre trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et troubles des conduites alimentaires (TCA): Autour de la représentation de la corpulence du corps. *Perspectives Psy.* juill 2016;55(3):162-70.
248. Corcos M. Le corps insoumis: psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. 2e éd. Paris: Dunod; 2011. (Psychismes).
249. Dunn D, Williams A, Giust J, Kronenberger W. Epilepsy and attention-deficit hyperactivity disorder: links, risks, and challenges. *NDT.* févr 2016;287.
250. Oluwabusi OO, Parke S, Ambrosini PJ. Tourette syndrome associated with attention deficit hyperactivity disorder: The impact of tics and psychopharmacological treatment options. *World J Clin Pediatr.* 8 févr 2016;5(1):128-35.
251. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, Comorbidity, and Correlates of DSM-5 Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *AJP.* févr 2013;170(2):173-9.
252. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry.* oct 2006;63(10):1139-48.

253. Bouchez J. Les troubles bipolaires de l'humeur [Internet]. Journée Hypersupers; 2010 mars. Disponible sur: https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/bipolar_ADHD_adolescent_J_Bouchez.pdf?371/30bb212a48167ff4d87a8a9b917723aaaf8b6c577
254. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research.* mai 2010;177(3):299-304.
255. Matthies S, Philipsen A. Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)--Review of Recent Findings. *Curr Psychiatry Rep.* avr 2016;18(4):33.
256. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med.* 4 sept 2012;10:99.
257. Dvorsky MR, Langberg JM. A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms. *Clin Child Fam Psychol Rev.* déc 2016;19(4):368-91.
258. Jeammet P. Anorexie boulimie: les paradoxes de l'adolescence. 2013.
259. Toni G, Berioli MG, Cerquiglini L, Ceccarini G, Grohmann U, Principi N, et al. Eating Disorders and Disordered Eating Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Nutrients.* 19 août 2017;9(8):E906.
260. Chaulet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* juin 2018;31(3):113-45.
261. Criquillon-Doublet S, Doyen C. Anorexie, boulimie: nouveaux concepts, nouvelles approches. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2016. (Cahiers de Sainte-Anne).
262. Valentin M, Radon L, Duclos J, Curt F, Godart N. Troubles bipolaires et anorexie mentale : une étude clinique. *L'Encéphale.* févr 2019;45(1):27-33.
263. Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One.* 2009;4(2):e4402.
264. Chambry J, Agman G. L'anorexie mentale masculine à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant.* 2006;49(2):477.
265. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc.* avr 2006;106(4):559-68.
266. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Perry CL, Irving LM. Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med.* févr 2002;156(2):171-8.
267. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. 8e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. (Collection Les âges de la vie).
268. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *AHMT.* janv 2018;Volume 9:17-30.
269. Micali N, Solmi F, Horton NJ, Crosby RD, Eddy KT, Calzo JP, et al. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young

Adulthood. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. août 2015;54(8):652-659.e1.

270. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*. janv 2017;126(1):38-51.
271. Laprevote V, Heitz U, Di Patrizio P, Studerus E, Ligier F, Schwitzer T, et al. Pourquoi et comment soigner plus précocement les troubles psychotiques ? *La Presse Médicale*. nov 2016;45(11):992-1000.
272. Krebs M-O. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. janv 2018;176(1):65-9.
273. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, Meyer-Lindenberg A, Millan MJ, Borgwardt S, et al. Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*. 1 juill 2020;77(7):755-65.
274. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry*. 1 janv 2013;70(1):107.
275. Fondation Pierre Deniker. La santé mentale des jeunes en France Résultats de sondage IPSOS [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.fondationpierredeniker.org/sondage>
276. Speranza M, Hazane F. 18. PsychoSES et troubles du spectre de la schizophrénie à l'adolescence. In: Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent [Internet]. Lavoisier; 2017 [cité 16 oct 2021]. p. 183. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-183.htm>
277. Botbol M, Barrère Y, Speranza M. PsychoSES à l'adolescence. *EMC - Psychiatrie*. janv 2005;2(3):1-9.
278. Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, Cannon TD, McGlashan TH, Perkins DO, et al. At Clinical High Risk for Psychosis: Outcome for Nonconverters. *AJP*. août 2011;168(8):800-5.
279. McDaid D, Park A-L, Iemmi V, Adelaja B, Knapp M. Growth in the Use of Early Intervention for Psychosis Services: An Opportunity to Promote Recovery Amid Concerns on Health Care Sustainability. 2016.
280. Souaiby L, Gaillard R, Krebs M-O. Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique. *L'Encéphale*. août 2016;42(4):361-6.
281. Oppetit A, Bourgin J, Martinez G, Kazes M, Mam-Lam-Fook C, Gaillard R, et al. The C'JAAD: a French team for early intervention in psychosis in Paris. *Early Interv Psychiatry*. avr 2018;12(2):243-9.
282. SHITALOU G. IDENTIFICATION DES TROUBLES PSYCHOTIQUES EMERGENTS PAR LE MEDECIN GENERALISTE : EVALUATION D'UNE STRATEGIE D'INFORMATION PRIVILEGIANT LA PERSONNALISATION DU LIEN. 2019.
283. Lejuste F, Pedron L, Bonnard E, Urban M, Morvan Y, Urben S, et al. Validation d'une version française du 16-items Prodromal Questionnaire (fPQ16) chez des adolescents et jeunes adultes consultant en psychiatrie. *L'Encéphale*. avr 2021;S0013700621000683.

284. Krebs M-O, Magaud E, Willard D, Elkhazen C, Chauchot F, Gut A, et al. Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. *L'Encéphale*. déc 2014;40(6):447-56.
285. Krebs M-O. « La prise en charge précoce améliore radicalement le pronostic »- Interview réalisé par Jean-Bernard Gallois [Internet]. 2017. Disponible sur: . <https://www.collectif-schizophrenies.com/les-temoignages/entretien-avec-le-professeur-marie-odile-krebs-2>
286. ANAES. Conférence de consensus 2003 - Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques. Fédération Française de Psychiatrie - Direction générale de la santé;
287. Société canadienne de schizophrénie. Apprendre à connaître la schizophrénie: une lueur d'espoir : un manuel de référence pour les familles et les soignants. Markham, Ont.: Société canadienne de schizophrénie; 2003.
288. Krebs M-O. Le reseau Transition : une initiative nationale pour promouvoir l'intervention precoce des psychoses debutantes chez l'adolescent et l'adulte jeune. *Information psychiatrique*. 2019;95:6.
289. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. ORYGEN; 2016 juin.
290. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
291. Lecardeur L, Meunier-Cussac S, Gozlan G, Duburcq A, Krebs M-O. Prise en charge precoce des psychoses emergentes en France. Recensement, description des activites et besoins en 2018. *Information psychiatrique*. 2020;96:9.
292. Bourgin J, Krebs M-O. Dépistage précoce de la schizophrénie et prise en charge des premiers épisodes psychotiques. *LA REVUE DU PRATICIEN*. 2013;63:7.
293. Conus P. Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux ? *L'information psychiatrique*. 2018;94(4):301-6.
294. Duverger P, Malka J, Ninus A. Prescription et observance. Réflexions d'une équipe de pédopsychiatrie. *Enfances & Psy*. 2004;25(1):31-41.
295. Lysaker PH, Vohs JL, Ballard R, Fogley R, Salvatore G, Popolo R, et al. Metacognition, self-reflection and recovery in schizophrenia. *Future Neurology*. janv 2013;8(1):103-15.
296. WHITE-KONING M. et al. L'observance des adolescents atteints de cancer. Dossier thématique. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Unité 558; 2007. (Bulletin du cancer). Report No.: 94.
297. Sophie Dizet. Les difficultés des adolescents face aux médicaments en psychiatrie: place et rôle de l'éducation thérapeutique. 2014; Disponible sur: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/20462.pdf>
298. Frajerman A, Morin V, Chaumette B, Kebir O, Krebs M-O. Prise en charge des comorbidités cardio-vasculaires chez les jeunes patients souffrant d'une psychose débutante : état des lieux et perspectives thérapeutiques. *L'Encéphale*. oct 2020;46(5):390-8.
299. Gruber MA, Bergus G, Dawson JD, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med*. mars 2000;15(3):204-6.

300. Firth J, Carney R, Elliott R, French P, Parker S, McIntyre R, et al. Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Interv Psychiatry*. juin 2018;12(3):307-15.
301. Amado I. Détection précoce et réhabilitation. La place d'un dispositif spécifique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. janv 2018;176(1):80-3.
302. Jeammet P, Bochereau D. 7. Les traitements : soins psychiques et médicamenteux. In: *La souffrance des adolescents* [Internet]. Paris: La Découverte; 2007. p. 127-52. (Hors Collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-souffrance-des-adolescents--9782707150219-p-127.htm>
303. Freyer DR, Brugieres L. Adolescent and young adult oncology: transition of care. *Pediatr Blood Cancer*. mai 2008;50(5 Suppl):1116-9.
304. Blum RW, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. nov 1993;14(7):570-6.
305. Oppenheim D. Passer de l'oncologie pédiatrique à l'oncologie d'adultes. In: *Naître, grandir, vieillir avec un handicap* [Internet]. ERES; 2016 [cité 28 sept 2021]. p. 121. Disponible sur: <http://www.cairn.info/naitre-grandir-vieillir-avec-un-handicap--9782749252919-page-121.htm>
306. INSTRUCTION N° DGOS/R3/INCA/2016/177 du 30 mai 2016 relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. Ministère des affaires sociales et de la santé;
307. STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 2021-2030 FEUILLE DE ROUTE 2021-2025.
308. Greig AA, Tellier P-P. Le guide de santé Greig pour jeunes adultes: Soins préventifs pour les jeunes adultes de 18 à 24 ans. *Can Fam Physician*. août 2019;65(8):e325-8.
309. Breland DJ, McCarty CA, Zhou C, McCauley E, Rockhill C, Katon W, et al. Determinants of mental health service use among depressed adolescents. *General Hospital Psychiatry*. mai 2014;36(3):296-301.
310. Johnco C, Rapee RM. Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms. *J Affect Disord*. 1 déc 2018;241:599-607.
311. Fallucco EM, James L, Smotherman C, Greco P. Impact of Experiential Training With Standardized Patients on Screening and Diagnosis of Adolescent Depression in Primary Care. *Journal of Adolescent Health*. juill 2019;65(1):57-62.
312. Parry-Jones WLI. The Future of Adolescent Psychiatry. *Br J Psychiatry*. mars 1995;166(3):299-305.
313. Young AS, Fristad MA. Family-Based Interventions for Childhood Mood Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. juill 2015;24(3):517-34.
314. Morissette L. La consultation psychiatrique auprès des adolescents. *Santé mentale au Québec*. 1988;13(2):147.
315. Marcelli D. Communication scientifique - La spécificité de la psychiatrie de l'adolescent. 2002.

316. Ayoun P. L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2008;84(7):701.
317. Michaud P-A, Schrier L, Ross-Russel R, van der Heijden L, Dossche L, Copley S, et al. Paediatric departments need to improve residents' training in adolescent medicine and health: a position paper of the European Academy of Paediatrics. *Eur J Pediatr*. avr 2018;177(4):479-87.
318. Hendrickx G, De Roeck V, Maras A, Dieleman G, Gerritsen S, Purper-Ouakil D, et al. Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *BJPsych Bull*. août 2020;44(4):163-8.
319. projet MILESTONE [Internet]. Disponible sur: <http://milestone-transitionstudy.eu>
320. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T. Transitions of Care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): A study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res*. déc 2008;8(1):135.
321. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry*. oct 2010;197(4):305-12.
322. MORO M-R. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. 2017;
323. Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N, Charach A. Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. *BMC Psychiatry*. déc 2017;17(1):380.
324. For the Milestone Consortium, Russet F, Humbertclaude V, Dieleman G, Dodig-Ćurković K, Hendrickx G, et al. Training of adult psychiatrists and child and adolescent psychiatrists in europe: a systematic review of training characteristics and transition from child/adolescent to adult mental health services. *BMC Med Educ*. déc 2019;19(1):204.
325. Skehan B, Davis M. Aligning Mental Health Treatments with the Developmental Stage and Needs of Late Adolescents and Young Adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. avr 2017;26(2):177-90.
326. Botbol M. 5. L'adolescent difficile et la loi. In: *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent* [Internet]. Lavoisier; 2017 [cité 19 oct 2021]. p. 55. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-55.htm>
327. Botbol M, Choquet LH, Grousset J. Éduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juin 2010;58(4):224-33.
328. Bourdieu M-JG, Benarous X. Troubles du comportement et troubles psychiatriques de l'adolescent. *LA REVUE DU PRATICIEN*. 2014;64:5.
329. Mazet P, Rachidi L. Quelle est la place des troubles du narcissisme et de l'estime de soi dans les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juin 2010;58(4):248-55.
330. Bouyssière-Catusse É, éditeur. *Adolescents difficiles: penser et construire des partenariats*. Toulouse: Érès; 2012. 252 p. (La vie devant eux).
331. Coenen R. L'exclusion est une maltraitance: Clinique des adolescents difficiles. *Thérapie Familiale*. 2001;22(2):121.

332. Soula Desroche M, Pinel J-P, Rouchy JC, Hémono J-G. Cadre et dispositif pour la prise en charge d'adolescents en grande difficulté... Connexions. 2011;96(2):105.
333. Martinez S. L'enfermement des adolescents auteurs d'actes transgressifs : de la contention à la contenance [Doctorat en psychologie]. Lyon; 2011.
334. Marie Bastianelli. Adolescents en psychiatrie : un travail sur les limites [Internet]. Paris: Érès; 2002 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2002-2.htm>
335. Mariage É, Farbos J. Accompagner le temps de l'adolescence difficile dans une unité innovante créée en partenariat entre l'hôpital psychiatrique et le département. L'information psychiatrique. 2014;90(1):35.
336. Berger M. Voulons-nous des enfants barbares?: prévenir et traiter la violence extrême. Paris: Dunod; 2013.
337. Botbol M. Entre justice et psychiatrie. Un abord différentiel des violences à l'adolescence. Journal de médecine légale. 2014;
338. Versini D. Adolescents en souffrance Plaidoyer pour une véritable prise en charge [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/ddd_adolescents_souffrance.pdf
339. Golzari M, Hunt S, Anoshiravani A. The health status of youth in juvenile detention facilities. Journal of Adolescent Health. juin 2006;38(6):776-82.
340. Buyle-Bodin S, Amad A, Medjkane F, Bourion-Bedes S, Thomas P, Fovet T. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée : résultats d'une étude transversale nationale. L'Encéphale. juin 2019;45(3):207-13.
341. Vitte L, Belloncle V, Gérardin P. Adolescents hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte : une étude descriptive à la lumière des problématiques relevant de la protection de l'enfance. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. oct 2017;65(6):360-7.
342. Gill F, Butler S, Pistrang N. The experience of adolescent inpatient care and the anticipated transition to the community: Young people's perspectives. Journal of Adolescence. janv 2016;46:57-65.
343. Haynes C, Eivors A, Crossley J. 'Living in an alternative reality': adolescents' experiences of psychiatric inpatient care: Adolescents' experiences of psychiatric inpatient care. Child and Adolescent Mental Health. sept 2011;16(3):150-7.
344. E. Coppens - I. Vermet - J. Knaeps - M. De Clerck, I. De Schrijver - J.P. Matot - Ch. Van Audenhove. Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe: situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-FR-2015.pdf>
345. Mammar N, Galès O. Spécificité du rapport risques/bénéfices dans les hospitalisations au long cours, à partir de l'exemple des hospitalisations soins-études. La psychiatrie de l'enfant. 2014;57(1):63.
346. Laurent P. Les adolescents dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte. Premiers résultats de l'audit croisé. F2RSMPsy; 2018.
347. Ougrin D, Corrigall R, Poole J, Zundel T, Sarhane M, Slater V, et al. Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service

- versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. juin 2018;5(6):477-85.
348. Muskens JB, Herpers PCM, van Velthuysen M. Intensieve thuisbehandeling van jongeren in crisis. NED TIJDSSCHR GENEESKD. :6.
349. Dessus Ph. La socialisation par le groupe de pairs [Internet]. IUFM Grnoble; 2001. Disponible sur: <http://www.upmf-grenoble.fr/sciedu/pdcessus/sapea/socialisation.html>
350. Brodaty T. Les effets de Pairs dans l'Éducation : une Revue de Littérature. *Revue d'économie politique*. 2010;120(5):739.
351. Franck N, Cellard C, Caroline East-Richard. Pair-aidance en santé mentale: une entraide professionnalisée. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020. (Médecine et psychothérapie).
352. Proulx M-C, Gratton F. Processus suivi par des pairs aidants lors de leur expérience auprès d'adolescents suicidaires : une étude exploratoire. *SMQ*. 31 oct 2006;31(1):145-68.
353. Agnes von Wyl, Erica Chew Howard et al. Soins psychiatriques à la croisée de l'adolescence et de l'âge adulte en Suisse : les offres stationnaires et en cliniques de jour [Internet]. Haute école des sciences appliquées de Zurich; 2020. Disponible sur: file:///C:/Users/lucie/Downloads/ZHAW_Bericht_Transitionspsychiatrie_final_F.pdf
354. Mulvale GM, Nguyen TD, Miatello AM, Embrett MG, Wakefield PA, Randall GE. Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review. *Journal of Mental Health*. 4 juill 2019;28(4):379-88.
355. Seiffge-Krenke I. «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 8 juin 2015;63(3):165-73.
356. McNicholas F, Adamson M, McNamara N, Gavin B, Paul M, Ford T, et al. Who is in the transition gap? Transition from CAMHS to AMHS in the Republic of Ireland. *Ir j psychol Med*. mars 2015;32(1):61-9.
357. Cloux V. LA TRANSITION DES SOINS DE LA PEDOPSYCHIATRIE A LA PSYCHIATRIE ADULTE. Amiens; 2019.
358. Dhôte J, Moro MR, Lachal J. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. *Soins Psychiatrie*. sept 2017;38(312):12-5.
359. Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry Suppl*. janv 2013;54:s36-40.
360. Jousselme C, Cosquer M. Portraits d'adolescents - Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. INSERM; 2015 mars.
361. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry*. janv 2013;202(s54):s30-5.
362. McGorry PD. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Medical Journal of Australia* [Internet]. oct 2007 [cité 19 oct 2021];187(S7). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01338.x>

363. Fuseau A. 16 ans de fonctionnement à la Maison de l'Adolescent du Havre. Pratiques en santé mentale. 2015;61anné(3):4.
364. Benoit J-P, Smadja R, Benyamin M, Moro M-R. Construire une relation de soins avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents ? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. mars 2011;59(2):86-93.
365. Botbol M, Atger I, Mammar N. Travail avec les familles dans les hospitalisations au long cours à l'adolescence. Perspectives Psy. 2006;45(1):47-52.
366. Passelecq A, Laplace C, Truyers B. Le Lycée Thérapeutique : un concept revisité comme modèle de soins psychiatriques. Cahiers de psychologie clinique. 2013;41(2):205.
367. Botbol et al. Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. 2006;
368. Botbol M, Barrère Y. L'illusion d'apprendre. Enfances & Psy. 2005;28(3):127.
369. Pedulla S, Teplooukhoff G, Wilmart C, Filleul B, Goffinet S. Les groupes thérapeutiques. Réflexion après quatre ans de fonctionnement auprès de patients adolescents. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. juin 2007;55(3):160-7.
370. Berthou V. Les médiations thérapeutiques avec les adolescents. Le Coq-héron. 2012;209(2):93.
371. Dupuis M. La médiation « thérap'équipe » avec l'ado : l'essence de l'alliance ? 2016.
372. Bennett K, Duda S, Brouwers M, Szatmari P, Newton A, McLennan J, et al. Towards high-quality, useful practice guidelines for child and youth mental health disorders: protocol for a systematic review and consensus exercise. BMJ Open. févr 2018;8(2):e018053.
373. Jourdain-Menninger, Strohl-Maffesoli H. Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques. Inspection générale des affaires sociales; 2004.

❖ Liste des figures

Figure 1 : *Étapes du développement physique, cognitif et psychologique à l'adolescence. Inspiré du Lancet, Sawyer (2012)(27)* 25

Étapes de l'adolescence	Développement physique	Développement cognitif	Développement psychologique
Début de l'adolescence ~ 11-13 ans "Collégiens"	Métamorphose physique – Premiers signes pubertaires : • filles : seins, pilosité, début des menstruations, croissance staturale ; • garçons : augmentation du volume testiculaire et du pénis, pilosité, premières éjaculations, mue de la voix, augmentation de la musculature, croissance staturale.	<ul style="list-style-type: none"> • Les intérêts intellectuels se développent. • Apparition de l'intelligence opératoire formelle [11], raisonnement hypothético-déductif, augmentation de la capacité d'abstraction. • La pensée formelle porte à présent sur des énoncés verbaux. • Réflexion sociétale plus approfondie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupations liées à l'image du corps, questionnements sur la normalité des transformations pubertaires. • Début du processus de séparation/individuation entraînant éventuellement des conflits avec les parents. Nécessité d'un espace intime physique et psychologique. • Influence plus importante du groupe de pairs. • Oscillation entre des comportements d'enfant et des comportements adultomorphes. • Caractère "lunatique", sautes d'humeur. Expression émotionnelle plus agie que verbalisée. • Test des règles et des limites. • Intérêt croissant pour la différence des sexes.
Mi-adolescence ~ 13-17 ans "Lycéens" Phase d'expérimentation et de subjectivation	Dernières étapes des transformations physiques de la puberté. Poursuite de la croissance.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de l'augmentation de la capacité d'abstraction. • Apparition de la logique des propositions permettant d'accéder à un nombre infiniment plus grand d'opérations. • La concentration peut être perturbée par les mouvements émotionnels. • Intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. • Réflexions sur le sens de la vie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraste entre les sentiments d'invulnérabilité, de toute-puissance et un manque sous-jacent de confiance en soi. • Phase d'expérimentation et de prise de risque dans tous les domaines afin d'accéder à la construction de l'identité (processus de subjectivation). Réactions impulsives face à des situations anxiogènes ou dépressogènes. • Tendance à la distance avec ses propres parents. • Ajustement continu au corps changeant. • Importance de réussite de l'intégration dans un groupe de pairs. Questionnements sur la normalité. • Amélioration des capacités d'expression émotionnelle. • Expérimentation des sentiments amoureux et passionnels. Intérêt augmenté pour la sexualité.
Fin de l'adolescence 17-21 ans Stabilisation identitaire	Fin de la croissance pubertaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités de mener un raisonnement complet du début à la fin. • Capacités de stabilisation des relations intimes affectives et sexuelles. • Préoccupation augmentée pour l'avenir. • Poursuite de l'intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Affirmation plus marquée de l'identité, en particulier de l'identité sexuelle. • Amélioration de la stabilité émotionnelle. • Augmentation de la préoccupation pour les autres et leurs désirs. • Meilleure confiance en soi. Augmentation de l'indépendance. • Les rapports avec les pairs restent importants, développement de relations duelles plus approfondies. • Regain d'intérêt pour les traditions et la culture.

Figure 2 : Charge mondiale de morbidité (68) 53

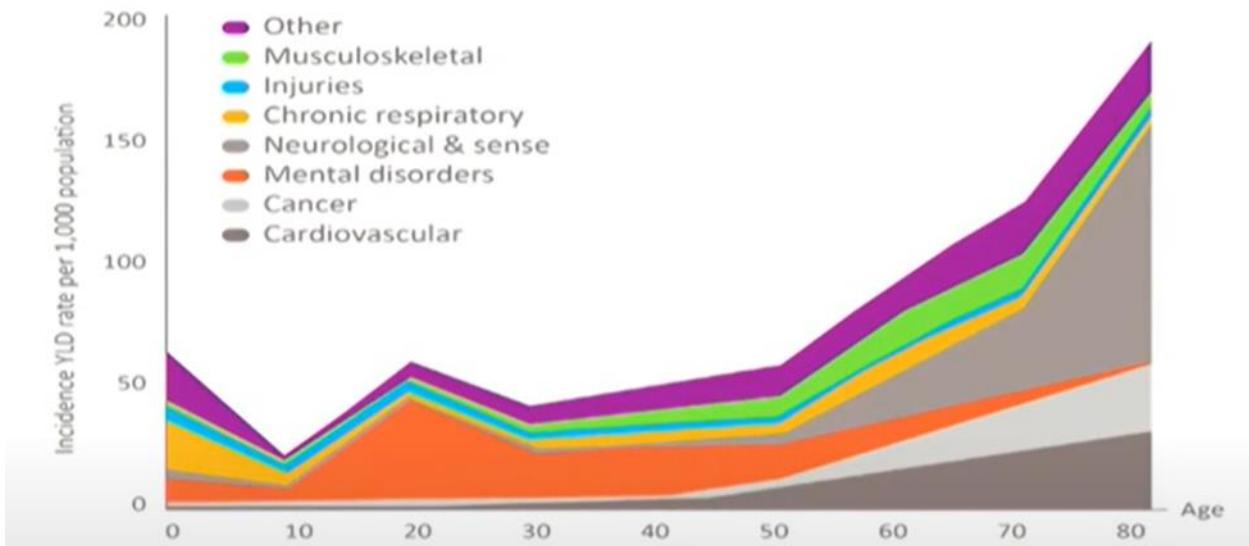
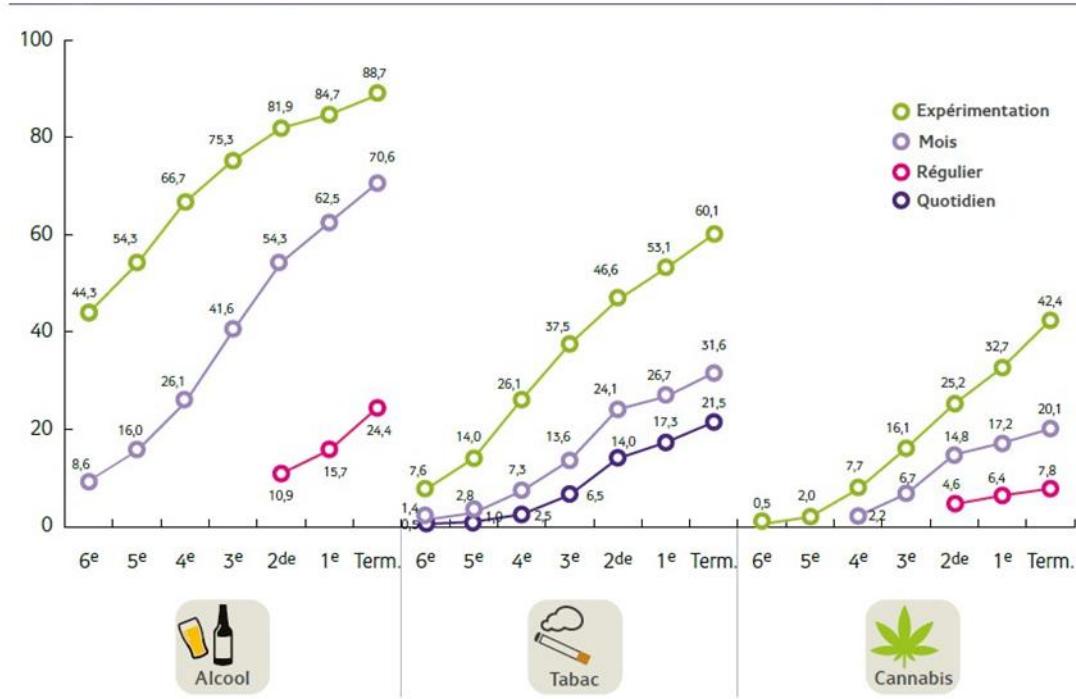


Figure 3: Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 (en%) 68



Source : EnCLASS 2018

Définitions des usages : expérimentation : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie / usage actuel ou usage dans l'année : au moins une fois dans l'année / usage dans le mois : au moins 1 usage au cours des 30 jours précédent l'enquête / usage régulier : 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours / usage quotidien : une consommation renouvelée chaque jour.

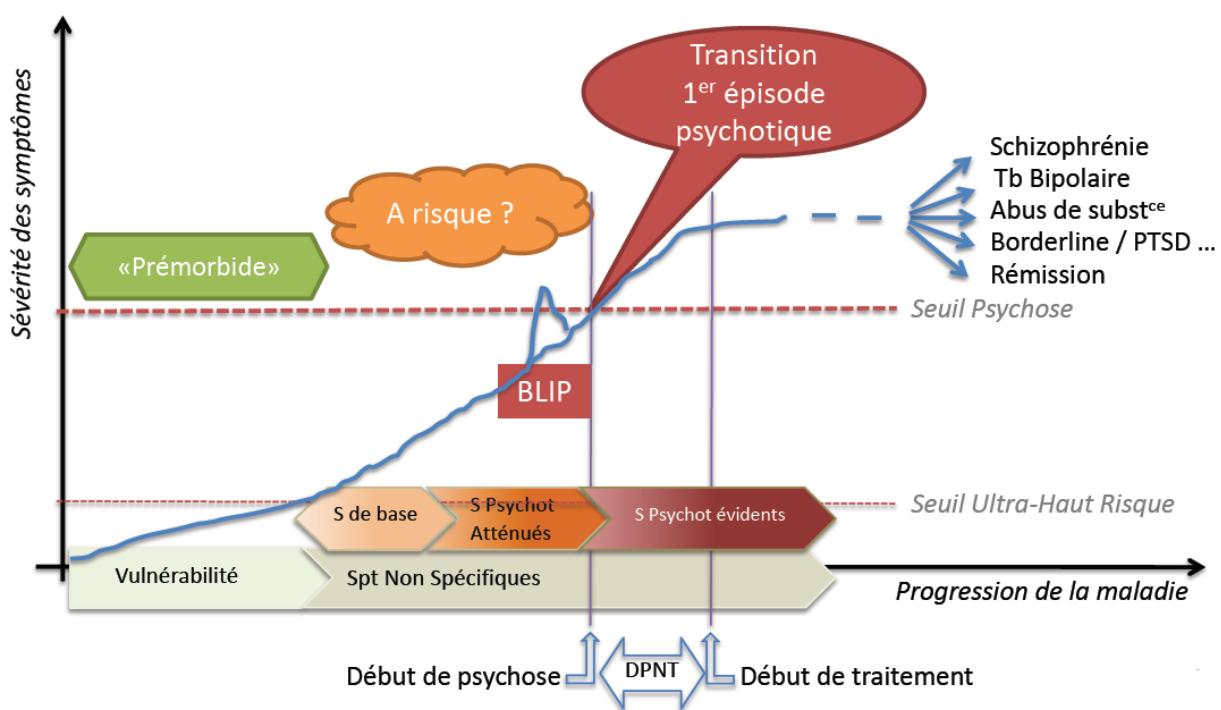
Note : Les progressions des usages d'un niveau à l'autre sont toujours statistiquement significatives à l'exception de l'expérimentation d'alcool, des usages dans le mois et réguliers de tabac et cannabis entre la 2^{de} et la 1^e et la 1^e et la terminale. Ces usages progressent globalement et de manière statistiquement significatives entre la 2^{de} et la terminale.

Figure 4 : modèle de stadiification du TB proposé par Duffy A. et al. (138).....92



Figure 5: Modèle progressif de développement des troubles psychotiques selon Krebs (68) 207

Stades de progression des troubles psychotiques



❖ Table des matières

INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE.....	5
1. Définitions et position du problème.....	6
1.1. Indétermination sociologique du statut de l'adolescent-jeune adulte	6
1.1.1. L'adolescence est une construction sociale « floue ».....	9
1.1.2. Arguments sociaux pour définir les formes de l'adolescence (dans nos sociétés occidentales)	14
1.2. Complément de définition par l'approche développementale (évocation succincte)	23
a) Modèle physiologique/physique.....	25
b) Modèle cognitif	28
c) Modèle psychologique (et psychodynamique)	30
1.3. La synthèse : La définition de l'OMS	35
2. Argument neurodéveloppementaux.....	Erreur ! Signet non défini.
2.1. Anatomie développementale.....	6
2.2. Cognitions et neurodéveloppement à l'adolescence	41
2.3. Implications sur le plan clinique	42
2.3.1. Prise de risque, conduites addictives	42
2.3.2. Adolescence et émergence des pathologies psychiatriques.....	48
3. Arguments épidémiologiques.....	49
3.1. Epidémiologie spécifique des pathologies médicales à l'adolescence	49
3.2. Epidémiologie des pathologies mentales à l'adolescence	53
3.2.1. Troubles de l'humeur à l'adolescence	55
a) Troubles dépressifs :	55
b) Troubles bipolaires :	57
3.2.2. Les conduites suicidaires.....	59
3.2.3. Troubles anxieux et liés à des facteurs de stress à l'adolescence	64
3.2.4. Addictions à l'adolescence.....	64
a) Le tabac :	68
b) L'Alcool :	70
c) Le cannabis :	71
d) Autres substances psychoactives :	74
e) Les médicaments :	75
f) Les écrans :	75
3.2.5. Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence	79
3.2.6. TDAH à l'adolescence	81
3.2.7. Psychose à l'adolescence	83
4. Arguments cliniques.....	85
4.1. Une prise en charge thérapeutique souvent spécifique	85
4.2. Enjeux cliniques d'un abord AJA en psychiatrie	87
4.2.1. Spécificités cliniques dans les troubles de l'humeur	87
a) Enjeux diagnostiques et repérage précoce des troubles bipolaires...89	89
b) Particularités de la dépression de l'AJA	102
4.2.2. Spécificités cliniques dans les troubles anxieux et liés à des facteurs de stress	114

a)	Quelques généralités au préalable	114
b)	Particularités symptomatologiques des principaux troubles anxieux retrouvés chez les AJA	120
c)	Comorbidités	130
d)	Évolution des troubles anxieux de l'AJA.....	131
e)	Exemples de facteurs de stress particuliers à l'adolescence	134
4.2.3.	Spécificités des addictions à l'adolescence	146
a)	Introduction	146
b)	Pistes de compréhension	149
c)	Facteurs influençant les conduites addictives	151
d)	Complications.....	159
4.2.4.	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	164
a)	Physiopathologie	167
b)	Particularités et conséquences du TDAH à l'adolescence	171
c)	TDAH et comorbidités chez l'AJA.....	173
d)	Cas particulier du recouplement nosographique TDAH-Trouble bipolaire de l'AJA	178
e)	Le TDAH, de l'adolescence à l'adulte.....	180
4.2.5.	Spécificités cliniques dans les troubles du comportement alimentaire	181
a)	L'anorexie mentale	185
b)	La boulimie	194
c)	Hyperphagie boulimique ou « binge eating disorder »	197
4.2.6.	Spécificités cliniques dans les psychoses	201
5.	Arguments organisationnels et sociologiques	233
5.1.	La réponse de l'oncologie aux besoins spécifiques adolescents	233
5.1.1.	Contexte : Les AJA se situent dans une faille du système de soins :	233
a)	Le processus de transition de soins	233
b)	Pédiatrie ou Médecine Adulte ?	235
c)	Les AJA en service adulte	236
5.1.2.	Vers une optimisation de la prise en charge des AJA en oncologie.....	237
5.2.	En psychiatrie : la nécessité de formations spécifiques.....	247
a)	La formation de l'entourage	247
b)	La formation des soignants (au sens large)	248
5.3	Le cas des adolescents difficiles et de la nécessaire articulation au médico-social	262
5.4	Le groupe des pairs et l'hospitalisation : effets à double tranchants ...	275
5.4.1.	L'hospitalisation en psychiatrie :	275
5.4.2.	Les groupes de pairs	287
5.4.3.	La pair-aidance.....	291
6.	Conclusion	293
❖	BIBLIOGRAPHIE	332
❖	LISTE DES FIGURES.....	355
❖	TABLE DES MATIERES	358

Pertinence du concept de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte

RÉSUMÉ

L'adolescence est un concept socialement construit. Sa définition et sa durée varient selon les époques et les cultures. C'est également une expérience universelle, obligée et unique dans l'histoire de vie d'un sujet, conditionnant l'accès à l'âge adulte de façon plus ou moins ritualisée selon les sociétés. Il s'y joue un processus intense de maturation tant sur le plan physique, neurobiologique, cognitif ou encore psychologique, faisant ainsi de l'adolescence un lieu de changements majeurs pour l'individu. Il s'agit également pour le jeune du moment où il s'individualise par rapport à la sphère familiale pour investir davantage le monde extérieur et construire sa propre identité au contact de ses pairs notamment.

Toutes ces nouveautés, ainsi que l'augmentation des responsabilités ou encore des exigences scolaires contemporaines de cette période, sont autant de facteurs potentiellement déstabilisants qui expliquent probablement en partie le fait que 75% des pathologies psychiatriques décompensent avant l'âge de 25 ans. Au même titre que les pathologies médicales chroniques, les maladies psychiatriques des AJA présentent des particularités dans leur expression et leur physiopathologie qu'il est nécessaire de connaître, tant dans une optique de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce, qu'en vue d'assurer une prise en charge thérapeutique efficiente. Plus encore qu'en psychiatrie d'adultes, la prise en charge des AJA nécessite d'y inclure l'entourage, avec un enjeu d'alliance et adhésion aux soins. L'observance thérapeutique constitue par ailleurs un défi majeur chez cette population qui doit pouvoir bénéficier d'une psychoéducation spécifique. Enfin, la transition du secteur de pédopsychiatrie vers le secteur adulte est une étape délicate pour le jeune patient, marquée par un risque important d'interruption des soins avec un impact pronostic alors majeur sur la maladie. Le processus de transition des soins a d'ores et déjà fait l'objet d'instructions officielles dans le domaine de l'oncologie, insistant sur l'indispensable collaboration rapprochée entre les professionnels du service adresseur et du service adulte d'accueil. Les nombreuses similitudes partagées entre ces deux types de pathologies chroniques dans la population spécifique des AJA nous semblent finalement légitimer l'individualisation de cette catégorie au sein de la psychiatrie et encouragent le développement de campagnes de prévention et de formations dédiées pour les professionnels et les adultes qui travaillent au quotidien avec ces jeunes, ainsi que la création de services adaptés.

Mots-clés : Adolescents, jeunes adultes, troubles psychiatriques, maladies chroniques, oncologie, addictions, dépistage, prise en charge précoce, transition, psychoéducation

ABSTRACT

Adolescence is a socially constructed concept. Its definition and duration vary according to time and culture. It is also a universal, obligatory and unique experience in the life history of a subject, conditioning the access to adulthood in a more or less ritualized way according to societies. An intense process of maturation takes place on the physical, neurobiological, cognitive and psychological levels, making adolescence a time of major changes for the individual. It is also the moment when the young person becomes more individualized in relation to the family sphere and invests more in the outside world and builds his or her own identity, particularly through contact with peers.

All of these developments, as well as the increased responsibilities and academic demands of this period, are potentially destabilizing factors that probably explain in part of the fact that 75% of psychiatric pathologies decompensate before the age of 25.

Just like chronic medical pathologies, psychiatric illnesses in adolescents and young adults (AYA) have particularities in their expression and pathophysiology that need to be understood, both from the point of view of prevention, screening and early diagnosis, and in order to ensure efficient therapeutic management. Even more than in adult psychiatry, the management of AYA requires the inclusion of the family and entourage, with the challenge of alliance and adherence to care. Therapeutic compliance is also a major challenge with this population, which might benefit from specific psycho-education. Finally, the transition from the child psychiatry sector to the adult sector is a delicate stage for the young patient, marked by a significant risk of interruption of care with a major prognostic impact on the disease. The process of transition of care has already been the subject of official instructions in the field of oncology, insisting on the indispensable close collaboration between the professionals of the referring service and the receiving adult service. The many similarities shared between these two types of chronic pathologies in the specific population of AYA finally seem to us to legitimize the individualization of this category within psychiatry and encourage the development of prevention campaigns and dedicated training for the professionals and adults who work with these young people on a daily basis, as well as the creation of appropriate services.

Keywords: Adolescents, young adults, psychiatric disorders, chronic pathologies, oncology, addictions, screening, early management, transition, psychoeducation