Souffrance des adolescents

Dr Lola Forgeot

Pédopsychiatre

Fondation Vallée

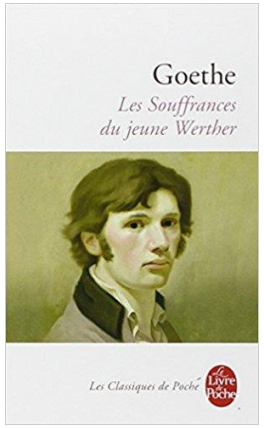
31 MAI &
1er JUIN 2018

PARIS 12è - Espace du Centenaire

2ÈMES JOURNÉES FRANCO-QUÉBECOISES

SANTÉ MENTALE ET DOULEUR

Quelle définition?



31 MAI & 1er JUIN 2018

PARIS 12è - Espace du Centenaire

Le processus adolescent

- **Processus** : ensemble de phénomènes conçus comme actifs et organisés dans le temps
- *Biologique* : modifications pubertaires, transformation du corps
- *Psychologique* : individuation-séparation par rapport aux imagos parentales, modification de l'image du corps, entrée dans la sexualité
- *Sociologique* : émancipation, conduites socialisées, identifications à des groupes de pairs, construction des idéaux
- **Paradoxe actuel** : société rend complexe ces différentes transformations

L'impossible recensement

- **Grande variabilité des études de prévalence**
  - Difficulté de s'accorder sur la définition de la maladie dans le champ psychiatrique
  - Variabilité interjuge important (Kappa 0,3/0,4) des échelles diagnostiques
  - Hétérogénéité du retentissement des troubles sur la qualité de vie : difficulté d'évaluation de la sévérité
  - Moment d'entrée dans la maladie plus ou moins précoce : quel est la date de début des troubles?
- Problème nosographique majeur : DSM V versus CFTMEA?
- Conséquences sur les prescriptions

Epidémiologie psychiatrique de l'adolescent, Falissard, Adolescence 2009

L'impossible recensement

- **Méta-analyse de Robert**, *Am. J. Psychiatry*, 1998 :
  - 52 études sur 40 ans
  - USA et Angleterre majoritaire mais 20 pays différents
  - échantillons : 58 à 8462
  - **Prévalence varie entre 1% et 51%**
  - Variabilité fortement influencée par la méthode de recueil :
    - *Exemple* : K-SADS => prévalence 12%
      DSM III/DSM III-R => prévalence 19-23%

Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents, Robert Ph, Am.J. Psychiatry, 1998

L'impossible recensement

- Données de prévalence extrêmement variable :
  - **BELLA study, 2008** :
    - 2863 familles
    - screening parental et examinateur
    - dépression, anxiété, troubles du comportement, hyperactivité
    - 14,5% au moins un critère de troubles psychique
    - 7,2% présentent des troubles sévères, 5,6% avec un retentissement important
  - **Kielling et al., 2011** :
    - prévalence comprise entre 10-20% (1,81% à 39,4%)
    - hétérogénéité des méthodologies de recueil

Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany : Results of the BELLA study, Eur. Child Adolesc psychiatry, 2008

L'impossible recensement

- Etude transversale : Jousselme et al.,2013 :
  - Etude transversale multicentrique
  - régions contrastées
  - échantillon de 15235 jeunes
  - auto-questionnaires
  - 9,2% d'adolescents se sentent en difficulté
  - dépression touche deux fois plus de filles que de garçons et 7,8% ont déjà effectué une tentative d'autolyse
  - seul 8,1% de filles consultent un « psy » versus 5,1% de garçons
  - alcoolisation ponctuelles 33,7% et 7,8% déclarent consommer régulièrement du cannabis

Portraits d'adolescents, enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire, 2013, Jousselme et al.

L'impossible recensement

- Fondation Vallée :
  - Données Pôle adolescent,
    - 17% schizophrénie
    - 14% troubles de la personnalité
    - 8,7% névroses
    - 25% troubles du développement
    - 20% troubles du comportement
- Troubles psychotiques importants

Classe	Description	File active 2017
Divers	Autres pathologies	1
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	1
F20-F29	Schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants	38
F30-F39	Troubles de l'humeur (affectifs)	9
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	18
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	29
F80-F89	Troubles du développement psychologique	57
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	40
R40-R46	Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	9
Z55-Z65	Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales	2
Z80-Z99	Sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections	1
TOTAL		--

- Libellé ne permet pas de représentation correcte des patients

L'impossible recensement

- **Epidémiologie analytique moins sensible** et utile cliniquement
  - Exemple : peu de filles accueillies pour des troubles psychotiques et autistiques avant 12 ans alors que le sex ratio se stabilise au moment de la puberté
- MAIS risque de **confusion entre facteurs de risque et causalité**
  - Muetzel et al, 2018, Am. J. Psychiatry :
    - Étude longitudinale sur les liens entre symptômes psychiatriques dans l'enfance et modification neurodéveloppementale en population générale
    - Recueil troubles psychiatriques (CBCL, anxiété, hyperactivité) et IRMf à 5 ans et 10 ans
    - Mesures métriques cérébrales perturbées ne sont pas corrélées avec la survenue de troubles psychiatriques à l'adolescence
    - Mais troubles psychiatriques précoces entraine des perturbations du neurodéveloppement à 2 ans ½ d'intervalle => **PREVENTION!**

Muetzel et al., Tracking Brain Development and Dimensional Psychiatric Symptoms in Children, Am. J. psychiatry, 2018

Quid des neurosciences?

- Apport neuroscientifique sur la **maturation du cerveau à travers l'adolescence** :

  - **Période clé** du développement des circuits cérébraux participant à la régulation des affects et du comportement

  - **Substance grise** : perte locale mais connectivité accrue
    - Elagage synaptique important (1/2 synapses) sur plusieurs années
    - Commence par les aires pariétales dorsales
    - Progresse vers l'avant (cortex frontal) et vers l'arrière ultérieurement
    - Porte surtout sur les neurones glutamatergiques => changement sur la balance excitation/inhibition
    - Associé à une augmentation de la focalisation et de l'efficacité des circuits
    - Contraste avec l'augmentation de volume de certaines structures notamment limbiques (matures précocément)

  - **Substance blanche** :
    - augmentation linéaire au cours de l'adolescence
    - Augmentation de l'anisotropie fractionnaire et accroissement des faisceaux (IRMf)

M-L. Paillère Martinot , Recherche en Neuroimagerie et Adolescence, Adolescence, 2009
Lockhart,Developmental trajectories of brain maturation and behavior:
Relevance to major mental illnesses, Journal of pharmacological science, 2018

Quid des neurosciences?

- **Hyperactivité des structures limbiques par rapport aux structures préfrontales immatures**
  - Lien avec la prise de décision risquée, l'impulsivité adolescente
  - MAIS : n'explique pas…
    - …l'augmentation de ces comportements lors de conduites groupales et non individuelles
    - …surtout la grande variabilité interindividuelle des adolescents
- Modifications se poursuivent jusqu'à 25 ans : **post-adolescence?**
- **Chez les patients schizophrènes** :
  - Elagage synaptique accru
  - Modification gyrification en faveur d'anomalies de développement très précoces
  - Fonction neuroprotectrice des psychotropes

Quid des neurosciences?

- ***Rapoport, Gogtay, 2008*** :
  - IRMf frères et sœurs « sains » de patients schizophrènes
  - Déficit de substance grise dans le CPF et pariétal inférieurs droits => « marqueur familial », facteur de risque
  - MAIS les anomalies disparaissent avec le temps
  - Plasticité cérébrale modifie une trajectoire potentiellement pathologique
- ***Dayan, Guillery-Girard, 2011 :***
  - Insistent sur le nécessaire formatage par l'expérience : « sociogénèse »
  - Influe sur la connectivité cérébrale et participe à la focalisation et au développement de l'efficacité des circuits cérébraux adolescents
  - Le « passage par l'acte » participe à la construction du self

Rapoport, Gogtay, Brain neuroplasticity in healthy, hyperactive and Psychotic children : insights from Neuroimaging, Neuropsychopharmacology, 2008
Dayan, Guillery-Girard, conduites adolescentes et développement cérébral : psychanalyse et neurosciences, Adolescence, 2011

Le corps et l'acte chez l'adolescent

- Roussillon, 2006 :
  - Le langage du corps et de l'acte porte une **tentative de mise en forme et en message d'expériences subjectives primitives précédant l'apparition du langage verbal**
  - Présenté par Freud dans la clinique névrotique (hystérie) mais aussi pour les pathologies psychotiques (hallucinations)
  - Ainsi le passage par le « soma » ou par l'acte constitueraient « des formes de passages vers une forme « messagère » et signifiante »
  - Pour permettre le passage entre ces formes non verbales et une possibilité de mise en mots :
    - Liaison entre traces mnésiques et les représentations langagières ultérieures
    - Transfert dans la prosodie
    - Transfert dans le style langagier individuel

Roussilon, Pour introduire la question du langage du corps et de l'acte, Le Carnet Psy, 2006

Un nouage?

- Ainsi **l'acte ou le passage par le corps chez l'adolescent est un passage imposé**
  - Pour son action structurante de la subjectivité et du processus adolescent
  - Pour l'action neurodéveloppementale sur la consolidation des circuits cérébraux

- La souffrance chez l'adolescent est un processus évolutif tant psychique qu'organique

- « Le pubertaire est au fonctionnement psychique ce que la puberté est au corps », *Gutton Ph.*

- Le **travail de soin** peut être conceptualisé comme :
  - Une attention particulière au corps et à ses prémisses d'expression
  - Un enveloppement psychique qui permet à l'adolescent de s'autoriser des va-et-vients

Gutton Ph., Le Pubertaire Savant, Adolescence, 2007

Louis

- **Patient de 14 ans adressé par le psychologue après une consultation au CMP**
- *Demande parentale* : **phobie scolaire**
  - Déscolarisation progressive depuis septembre puis totale depuis janvier
  - Vit reclus dans sa chambre toute la journée, volet fermés
  - Plus de sorties du domicile
  - Ne voit plus ses amis
  - Ne peut expliquer son comportement
  - Passe ses journées à construire des tours en légo
- **Biographie :**
  - Ainé d'une fratrie de trois
  - Parents informaticiens
  - Pas de souci somatique rapportés, diabète de type 1 de novo chez son frère
  - Pas d'antécédents psychologiques initialement rapportés
  - Scolarisé en milieu ordinaire en 5ème, très bon élève les années précédentes

Louis

- **Evènements marquants** :
  - En novembre bagarre au collège entre deux garçons, il s'interpose
  - En décembre, se casse le bras au Skate Parc
  - Début processus somatique pubertaire depuis septembre/octobre
  - Pas d'autre évènement notable selon les parents, louis ne peut rien en dire
- **Antécédents** :
  - cousin schizophrène incarcéré (motif inconnu)
  - Dans la toute petite enfance, gardé en nourrice avec autre enfant
  - Séparation à la maternelle très complexe, accentuée en grande section
  - Trouble de l'oralité ancien : alimentation sélective et très pauvre, dit ne pas pouvoir avaler des médicaments
  - Pas de troubles du sommeil
  - Peu de liens affectifs avec ses pairs

Louis

- **A l'entretien d'admission** :
  - Contact étrange, très fermé, discours pauvre, ne peut donner d'explication sur ses comportements, tension interne majeure
  - Parents très différents :
    - Mère : bon contact, narrativité des troubles, décrit des discussions difficiles avec son fils ou il parle des « esprits », affects présents
    - Père : impossibilité d'établir un contact visuel, se représente peu le psychisme de son fils
  - Alliance parentale aux soins
  - Admission sans difficulté apparente, peu de lien au moment de la séparation

Louis

- **Dans l'unité** :
  - Louis ne reste pas dans sa chambre
  - En lien avec ses pairs mais semble suivre le groupe
  - Participe à toutes les activités
  - Ne s'alimente que très peu
  - Tension interne toujours vive, premier soir évoquera l'envie de mourir par strnagulation sans pouvoir y mettre du sens
- **En entretien :**
  - Discours hermétique
  - Dit avoir « peur du regard des autres », puis « peur du regard », puis « peur de l'œil »
  - Discours alogique, empreint d'éléments étranges sur les « êtres humains », pense avoir une intelligence supérieure, semble parfois très vide
  - Pas de troubles du cours de la pensée mais une absence de logique et une opposition de surface qui masque une angoisse intense
  - Lors de la prise de sang : désorganisation, perte de contact, discours décousu
  - Déni des troubles majeur, incapacité à construire des rationalisations de ses comportements
  - Pas de troubles praxiques mais dysgraphie importante, niveau cognitif adapté à sa tranche d'âge

Louis

- **Au fil de l'hospitalisation** :
  - Introduction d'un traitement neuroleptique à visée anxiolytique => effet bénéfique immédiatement perceptible mais déni par Louis
  - Pourra participer à toutes les activités de l'unité
  - Vécu persécutif de ses liens avec les adultes, dira vouloir « tuer quelqu'un pour aller en prison comme son cousin »
  - Dira que l'ULPIJ « c'est comme à la maison mais en plus grand » tout en demandant à sortir
  - Crises clastiques hétéro-agressives majeures à chaque reconduction de l'hospitalisation sans lien possible avec ses difficultés de séparation
  - Souhaite retourner chez lui et ne plus en sortir
  - Finalement trouvera quelques aménagements possibles
- **Du coté des parents** :
  - D'emblée engagés vers la poursuite des soins malgré des dispositifs étayants nécessaires
  - Peu d'affects aux retrouvailles
  - Weekend de permission ou Louis a souvent été seul à domicile

Louis

- **Diagnostic probable** :
  - Entrée dans un processus psychotique schizophrénique
  - Potentiel cognitif conservé
  - Pas de délire structuré mais éléments persécutifs, probables moments hallucinatoires antérieurs (« les esprits »), discours alogique, rationnalisations morbides , désorganisation psychique et corporelle par moment
  - Structuration ancienne probable mais décompensé par le processus pubertaire
  - Difficulté autour de l'œil et du regard ancré dans les relations précoces
- Prise en charge ambulatoire initiale pour permettre un travail du déni et accompagner vers des soins institutionnels ultérieurs
- **Chimiothérapie** simple pour favoriser l'alliance
- Mise en place d'un **suivi éducatif** pour offrir un autre abord pour Louis et proposer une guidance parentale

Conclusion

- **Les souffrances adolescentes sont plurielles et ne peuvent être lues que de façon singulières**
- Les symptômes, pris seuls, ne peuvent permettre une lecture syndromique indispensable aux prise en charge cliniques
- Les **apports neuroscientifiques** nous offre un nouvel éclairage sur la dynamique organique cérébrale sous-jacente à ces processus
- Doivent être complétées par une **approche humaniste globale**, tout à fait complémentaires, porteuse de sens et d'accompagnement plurifocal
- Intérêt d'un **abord complet de l'adolescent tenant compte du corps et du psychisme**
- Le passage par le corps ou par l'acte est à entendre comme essentiel dans le processus de maturation pubertaire

2ÈMES JOURNÉES FRANCO-QUÉBECOISES

SANTÉ MENTALE ET DOULEUR

31 MAI &
1er JUIN 2018

PARIS 12è - Espace du Centenaire

Merci de votre attention