

La psychiatrie de transition : implications pour le médecin de 1^{re} ligne

Transition psychiatry: implications for the general practitioners

SOUKIAS E.^{1,2}, MARCHINI S.^{1,3}, REIS J.^{1,2,3}, DELVENNE V.^{1,3} et KORNREICH C.^{1,2}

¹Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles (ULB)

²Service de Psychiatrie, CHU Brugmann, Bruxelles

³Service de Psychiatrie du Bébé, de l'Enfant, de l'Adolescent et du jeune Adulte, H.U.B, Bruxelles

RÉSUMÉ

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte est une période riche de changements mais déroutante à la fois. C'est un passage obligé pour chaque jeune et une majorité d'entre eux passeront ce cap et navigueront aisément vers l'autonomie. Malheureusement, certains jeunes peuvent également être déviés de leur trajectoire car cette période constitue également une fenêtre de vulnérabilité pour l'apparition de troubles psychiatriques. Les personnes présentant des fragilités préexistantes, dont le parcours de vie a été marqué par des événements de vie problématiques, associés à des périodes de stress et pour lesquels l'environnement n'a pas pu se montrer sécurisant ou soutenant, sont plus à risque que les autres de présenter des symptômes. Les jeunes adultes présentant un trouble neurodéveloppemental non repéré antérieurement sont également d'avantage susceptibles d'être en souffrance à cette période de leur vie. En étant attentif à l'émergence de symptômes ou à des changements de comportement chez son patient, le médecin généraliste peut contribuer de façon considérable à améliorer la santé mentale des jeunes. Il appréhendera la situation clinique avec une vision globale, tenant compte du parcours de vie du jeune, de ses vulnérabilités et de son environnement et en collaborant avec des services spécialisés dans sa tranche d'âge et dans sa problématique.

Rev Med Brux 2024; 45 : 345-351

Mots-clés : impact fonctionnel, prévention, intervention précoce, décrochage scolaire

ABSTRACT

The transition from adolescence to adulthood is a period rich in change but confusing at the same time. It's an essential step for youngsters and most of them will get over it and sail on towards autonomy. Unfortunately, some of them will get thrown off track because this period is also a window of risk for emerging psychiatric issues. People with pre-existing vulnerabilities, a stress burden throughout their life or an insecure or unsupportive environment are more at risk of showing psychiatric symptoms. Young adults with undiagnosed neurodevelopmental disorders are more likely to suffer during this time of their life. By being cautious about changes in their patient's behavior and with a global approach focused on his life path, vulnerabilities, and environment, by collaborating with services familiar to his age and issues, the general practitioner can make a major contribution to improving the young adult's mental health.

Rev Med Brux 2024; 45: 345-351

Keywords: functional impact, prevention, early intervention, school dropout

INTRODUCTION

L'adolescence constitue une période de nombreux changements tant au niveau corporel que comportemental. C'est une période clef à travers laquelle le jeune navigue vers l'autonomie. L'adolescence est aussi une période de crise identitaire.

Force est de constater que de nombreux troubles mentaux commencent à se manifester à la période

de l'adolescence (troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, troubles psychotiques, trouble de l'usage des substances). On observe également une continuité des manifestations psychopathologiques apparues dans l'enfance à l'âge adulte, c'est le cas pour les troubles neurodéveloppementaux notamment. Les changements cérébraux

physiologiques de l'adolescence créent une fenêtre de risque pour l'apparition de troubles car il y a un décalage temporel entre la maturation des régions limbiques (à la puberté) et celle des régions préfrontales (pas avant l'âge de 20 ans). Ces processus de maturation sont normaux mais certains jeunes sont plus à risque de dérégulation émotionnelle que d'autres car des facteurs environnementaux liés notamment à des expériences aversives précoces et des facteurs de vulnérabilité entrent en jeu^{1,2}.

Les manifestations de souffrance psychique chez les jeunes en âge de transition (16-23 ans) méritent toute notre attention car elles peuvent constituer les premiers signes de troubles psychopathologiques en émergence mais aussi de troubles débutés dans l'enfance n'ayant pas été repérés. De plus, ces manifestations peuvent apparaître dans un contexte de vie donné à l'origine d'une source massive de stress et sur lequel il est important d'agir afin d'éviter une aggravation et une pérennisation des symptômes. Le but de cet article est d'attirer l'attention du lecteur sur une série de cas de figure que le praticien peut être amené à rencontrer et d'y apporter un éclairage à la lumière de situations cliniques, de la littérature et des recherches récentes menées sur l'âge de transition.

« J'AI TENU UNE SEMAINE » - LE DÉCROCHAGE SCOLAIRE

Le décrochage scolaire est la conséquence de multiples facteurs qui agissent en synergie et constitue bien souvent l'étape ultime d'un absentéisme répété.

Dans cette problématique, le médecin généraliste est très vite sollicité pour des plaintes physiques liées à la fréquentation de l'école (céphalées, douleurs abdominales etc.), pour des demandes de certificat ou à la demande des parents inquiets face au refus scolaire de leur enfant. Il est donc primordial que le praticien amené à évaluer un absentéisme scolaire soit attentif à certains signaux. Les jeunes ayant déjà été fragilisés par un parcours de vie difficile, en souffrance psychologique ou physique et/ou dont l'environnement de vie n'est pas sécurisant ou ne favorise pas l'apprentissage scolaire sont plus à risque³. Il faut également garder à l'esprit que les premiers symptômes de l'émergence d'une pathologie psychiatrique peuvent également empêcher le jeune de poursuivre sa trajectoire scolaire.

Les jeunes souffrant de difficultés dans les apprentissages ou au niveau relationnel peuvent d'avantage se sentir en peine à l'école³. Le climat en classe et la qualité de la relation avec les pairs et les professeurs jouent également un rôle en sachant que le harcèlement scolaire peut mener au décrochage et laisser des traces traumatiques chez le jeune avec une entrée plus précaire dans la vie adulte⁴. Un jeune vivant l'école comme stressante, se mettant « la pression » et évaluant ses ressources comme insuffisantes face aux attentes scolaires, est à risque d'épuisement avec des symptômes pouvant s'apparenter à ceux d'un burnout⁵. La transition des études secondaires aux études supérieures constitue un moment de

changements et de questionnements importants et donc une période d'instabilité non négligeable pour l'adulte en devenir. Cette période de stress ne doit pas être sous-estimée car il n'est pas rare que la mise à l'arrêt du jeune survienne à ce moment précis de son parcours.

Enfin, l'usage de substances ou des jeux vidéo peut aller jusqu'à empêcher le jeune de maintenir une régularité dans sa scolarité. Ce cas de figure est avant tout un signe de mal-être et nécessite notre attention.

« JE NE POUVAIS PAS AVANCER DANS LE TEMPS DONC JE L'AI ARRÊTÉ » - LES ADDICTIONS

L'usage de substances débute en général à l'adolescence. Le terrain est propice avec une tendance à la prise de risque, une recherche de nouveauté et une plus grande sensibilité à la pression sociale². Cet usage bien que courant à cette période de la vie n'est pas toujours inoffensif avec un risque de toxicité pour un cerveau toujours en développement et pouvant mener, en fonction de facteurs personnels et environnementaux, à une problématique de dépendance à l'âge adulte avec des conséquences sur la santé physique et mentale mais aussi aux niveaux scolaire/professionnel et judiciaire⁶. Il nous paraît donc impératif que la prise de substance soit évaluée en profondeur en consultation avec une attitude bienveillante et non jugeante d'autant que la prise abusive de substances constitue fréquemment une tentative d'automédication contre des angoisses majeures plus qu'une quête de plaisir *per se*. Il s'agira, dès lors, d'appréhender la situation dans sa globalité et de repérer les sources de stress. Lors de la consultation, certains signes, bien que souvent peu spécifiques, peuvent nous orienter (tableau 1)⁷⁻⁹. Il arrive également que ce soient les parents qui manifestent leur inquiétude face à un changement de comportement de leur enfant, à côté d'un jeune qui peut se montrer détaché par rapport à sa situation pourtant préoccupante (tableau 2)⁷⁻⁹.

« J'AI TOUJOURS EU DU MAL » - LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET LA NEUROATYPICITÉ

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est défini par le DSM-5 comme un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des déficits persistants de la communication sociale et de l'interaction sociale, ainsi que par des intérêts et/ou des comportements restrictifs et répétitifs, se manifestant typiquement dès la petite enfance. Par définition, le TSA provoque, à long terme, une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire et professionnel¹⁰.

Cette condition est cependant complexe et suscite actuellement de nombreux débats cliniques et sociétaux. Il recouvre des tableaux cliniques très différents et hétérogènes, justifiant la tendance actuelle à le placer dans un spectre qui va aussi du normal au pathologique en fonction du retentissement adaptatif¹¹. Bien qu'une partie des patients avec un TSA soit diagnostiquée pendant l'enfance, un pourcentage non négligeable consulte pour la première fois

Signes évoquant un abus de substances ou une addiction.

Haleine d'alcool, odeur de bain de bouche pour masquer l'odeur de l'alcool Odeur de cannabis sur les vêtements Hépatomégalie (alcool) Irritation nasale (cocaïne) Inflammation gingivale (cocaïne) Irritation conjonctivale (cannabis) Mydriase (cocaïne, amphétamines) Myosis (opiacés) Tics (cocaïne) Paranoïa, discours incohérent (cannabis, cocaïne, amphétamines)	Signes de sevrage alcool/benzodiazépines (tachycarde, hypertension, tremblements, sudation, anxiété) Signes de sevrage opiacés (myalgies, nausées, vomissements, diarrhées, crampes abdominales, anxiété)
--	--

Tableau élaboré et adapté à partir des articles suivants :

- Mersy DJ. Recognition of Alcohol and Substance Abuse. *Am Fam Physician*. 2003;67(7):1529-32.
- Ali S, Mouton CP, Jabeen S, Ofoemezie EK, Bailey RK, Shahid M et al. Early Detection of Illicit Drug Use in Teenagers. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(12):24-8.
- Bertolini M. Dépistage, par l'observation clinique, des signes et symptômes d'une addiction à l'usage du somaticien. *Rev Med Suisse*. 2011;309(33):1789-93.

Changements de comportements du jeune que l'entourage peut observer et évoquant un abus de substances ou une addiction.

Changements de fréquentations Absentéisme scolaire ou du lieu de travail, détérioration des résultats scolaires Désinvestissement des activités habituelles, des fréquentations habituelles, mise à distance de la famille Troubles du sommeil Non-respect des horaires de sortie Mensonges Vols Accidents fréquents Apathie Somnolence diurne	Désinhibition Irritabilité, agressivité (contexte de sevrage ou de consommation) Instabilité émotionnelle, anxiété (contexte de sevrage ou de consommation) Tics (cocaïne) Démangeaisons (cocaïne, amphétamines, opiacés) Paranoïa, discours incohérent (cannabis, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes) Négligence au niveau de l'hygiène et du corps
---	---

Tableau élaboré à partir des articles suivants :

- Mersy DJ. Recognition of Alcohol and Substance Abuse. *Am Fam Physician*. 2003;67(7):1529-32.
- Ali S, Mouton CP, Jabeen S, Ofoemezie EK, Bailey RK, Shahid M, et al. Early Detection of Illicit Drug Use in Teenagers. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(12):24-8.
- Bertolini M. Dépistage, par l'observation clinique, des signes et symptômes d'une addiction à l'usage du somaticien. *Rev Med Suisse*. 2011;309(33):1789-93.

pendant l'adolescence ou au début de la vie adulte¹². Cette situation est d'autant plus fréquente dans les cas de l'autisme de « type Asperger » (terme disparu dans le DSM-5, désignant des patients avec TSA sans retard du développement du langage) ou d'autisme de « haut niveau » (des patients avec TSA sans déficience intellectuelle, présentant un développement du langage atypique pendant l'enfance). Ces patients ont souvent une mémoire prodigieuse pour les faits, les dates, ainsi qu'un sur-fonctionnement perceptif/sensoriel. Ils présentent souvent des intérêts approfondis et un autre rapport au monde. Ils peuvent aussi présenter des talents particuliers, une expression artistique et apporter des contributions techniques et scientifiques. Certains auteurs parlent actuelle-

ment d'une intelligence particulière et ne considèrent pas le TSA comme une maladie¹³.

Dans la pratique de première ligne, les patients présentant un TSA diagnostiqué à l'adolescence peuvent consulter en raison de diverses complications, telles que les troubles anxieux et la dépression ou des comorbidités (par exemple, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) ou simplement d'une inadaptation aux codes sociaux, qui se complexifient pendant l'adolescence. Ce premier contact offre une opportunité cruciale pour les médecins généralistes de prendre en compte l'histoire développementale du patient, en évaluant attentivement ses comportements sociaux et de communication, ainsi qu'en identifiant les signes de complications et de troubles comorbides

sous-jacents. Une collaboration étroite avec des professionnels spécialisés dans les TSA (pédopsychiatre, psychiatre d'adulte ou un centre de ressource pour l'autisme) s'avère souvent nécessaire pour confirmer le diagnostic, exclure d'autres pathologies et proposer des recommandations de prise en charge adaptées.

Une approche holistique, centrée sur les besoins individuels du patient, ses spécificités, ses différences, mais aussi sur ses compétences et ses points forts, favorisera une meilleure prise en charge et une meilleure qualité de vie pour ces patients. Les médecins généralistes doivent être sensibilisés aux spécificités des TSA et être prêts à offrir une orientation vers des services spécialisés lorsque cela est nécessaire¹⁴.

En général, les jeunes présentant des traits dits *neuroatypiques* sont particulièrement vulnérables aux difficultés d'adaptation et de fonctionnement à l'adolescence, encore plus si aucune explication de leurs particularités ne leur a été apportée auparavant. Lorsqu'un jeune montre des signes de décrochage scolaire ou d'impact fonctionnel à cette période de vie, il est important que le praticien de première ligne garde à l'esprit la possibilité de troubles tels que le TSA mais aussi le Trouble Déficitaire Attentionnel avec ou sans Hyperactivité (TDAH) et les troubles des apprentissages. Si de telles problématiques sont suspectées, une orientation vers un médecin spécialiste et un neuropsychologue peut alors être envisagée.

« J'AVAIS LA SENSATION QUE QUELQU'UN AVAIT PRIS LE CONTRÔLE DE MON CORPS » - LES PREMIERS SIGNES DE LA MALADIE PSYCHIATRIQUE

La détection précoce des premiers signes des troubles psychiatriques revêt une importance capitale dans la pratique clinique de la première ligne. Les troubles psychiatriques, tels que la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires et psychotiques, peuvent souvent débuter insidieusement, masqués par des symptômes somatiques ou des plaintes non spécifiques. Pourtant, des études ont démontré que la détection précoce et l'intervention précoce peuvent améliorer significativement les résultats à long terme pour les patients¹⁵. Les médecins généralistes se situent à une place cruciale pour identifier ces signes précoces, étant souvent les premiers professionnels de santé consultés par les patients. Tout changement d'humeur, dans les habitudes de sommeil et d'appétit, dans les capacités de concentration, d'estime de soi, ainsi que dans les expériences perceptuelles ou dans les croyances, devraient attirer l'attention et mériteraient d'être approfondi¹⁶. Outre les symptômes classiques, un autre élément à prendre en considération est la rupture de fonctionnement, c'est-à-dire une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou personnel du patient. Cette rupture de fonctionnement peut être un indicateur important d'un trouble psychiatrique sous-jacent. Il convient de souligner que toute demande de soins émanant des jeunes et/ou de leurs proches requiert une attention particulière, étant donné la complexité des problèmes de santé mentale à cet âge. Il est essentiel de ne pas minimiser leurs

difficultés et de répondre de manière adéquate à leurs besoins. Les facteurs de risque communs à plusieurs troubles psychiatriques comprennent des antécédents familiaux de maladies mentales, des événements de vie stressants et des traumatismes précoces¹⁷. Ainsi, les médecins généralistes devraient être attentifs aux patients présentant ces facteurs de risque en évaluant soigneusement leur historique médical et en étant sensibles aux signes cliniques même atténués qui pourraient indiquer un problème psychiatrique sous-jacent. Une évaluation complémentaire devrait être envisagée afin d'exclure toute pathologie somatique sous-jacente, notamment dans le cas de premier épisode psychotique¹⁸. Cette démarche doit être entreprise en collaboration avec des spécialistes, si nécessaire, pour garantir une prise en charge intégrée et exhaustive du patient.

L'utilisation d'outils standardisés, tels que des auto-questionnaires, peut aiguiller lorsqu'on se trouve en première ligne. Par exemple, la version française du Prodromal Questionnaire (PQ-16), disponible en annexe, est un outil précis pour dépister les symptômes psychotiques atténués chez les jeunes âgés de 12 à 35 ans. Un score ≥ 6 sur 16 est évocateur d'une nécessité d'évaluation approfondie^{19,20}. Pour ces patients, des interventions précoces telles que les différentes approches psychothérapeutiques, la pharmacothérapie appropriée, le soutien psychosocial et le renvoi vers des spécialistes en psychiatrie peuvent être cruciales.

« MA FAMILLE, UN JOB À PLEIN TEMPS » - ASPECTS SYSTÉMIQUES

Lors de l'évaluation d'un jeune en souffrance psychique, il nous paraît primordial d'évaluer également sa situation familiale. En effet, la famille peut être une ressource sur laquelle le praticien peut s'appuyer pour faire évoluer la situation, mais elle peut être aussi un frein à l'évolution du patient dans sa trajectoire de vie. En effet, dans diverses situations où l'on observe un jeune à l'arrêt dans son parcours, on peut également observer des dynamiques familiales non favorables à l'autonomisation ou des parents présentant eux-mêmes une psychopathologie. Notamment lorsque les parents sont eux-mêmes en souffrance et n'ont pas la possibilité d'investir adéquatement leur enfant et de lui apporter le soutien dont il a besoin. Il arrive dans ce genre de situations que le jeune soit pris dans un *conflit de loyauté* ou qu'il soit *parentifié*, ne s'autorisant pas à quitter des parents pour qui il s'inquiète au quotidien, allant jusqu'à négliger ses propres besoins²¹. Des parents fragilisés en difficulté avec l'entrée en autonomisation de leur enfant et donc, avec la perspective d'un changement dans la dynamique familiale, peuvent freiner l'émancipation de leur enfant (ou du moins ne pas l'encourager) et ce de façon non consciente. Mauricio Andolfi écrit dans son ouvrage intitulé « La thérapie familiale multigénérationnelle » : « Les symptômes individuels notamment chez l'enfant et l'adolescent témoignent souvent de l'impossibilité de redéfinir les rôles et les fonctions *dans les phases*

de transition »²². L'idée n'est pas de culpabiliser les parents mais de s'appuyer sur l'ensemble de la famille pour comprendre ce qui est en jeu : « Le problème présenté par un membre de la famille est la porte qui donne accès au monde familial et le patient devient le guide privilégié pour explorer les relations »²².

Enfin certaines familles peuvent malheureusement faire preuve de négligence voire de maltraitance psychologique ou physique envers leur enfant avec pour conséquence de laisser des traces traumatiques chez celui-ci. Ce *trauma complexe* en lien avec des événements de vie problématiques de l'enfance

sera à l'origine d'une souffrance majeure et quotidienne chez le jeune adulte, avec des manifestations anxieuses et dépressives mais aussi un besoin d'externalisation via des passages à l'acte souvent auto-agressifs ou des mises en danger pouvant mener à des traumatismes surajoutés. Grandissant dans un contexte maltraitant, l'individu voit sa perception de soi comme étant un être digne d'exister altérée. Sa représentation de lui-même est vécue comme instable et négative avec des possibilités moindres de créer des relations durables et dignes de confiance sur lesquelles il peut s'appuyer pour évoluer²³.

CONCLUSION

Les signes et symptômes de souffrance psychique en fin d'adolescence et en début d'âge adulte sont à prendre au sérieux. Face à des plaintes qui sont peu spécifiques (anxiété, tristesse, isolement social, troubles du sommeil, modification pondérale, conduites auto-dommageables, décrochage etc.), il convient d'explorer les facteurs de stress précoces et actuels. La possibilité d'un trouble psychiatrique émergent doit être considérée. Le praticien doit également garder à l'esprit qu'il est possible qu'un TSA, un TDAH ou même des troubles des apprentissages soient passés sous le radar des intervenants.

Selon nous, il est essentiel que les médecins généralistes soient bien informés sur les dernières recommandations en matière de détection précoce et de gestion des troubles psychiatriques, ainsi que sur l'amélioration du bien-être et de l'autonomie de patients atteints de troubles neurodéveloppementaux (TSA, TDAH, ...) afin d'assurer des soins optimaux et une transition efficace vers des services spécialisés lorsque cela est nécessaire.

Mais le focus doit aussi être mis sur l'environnement scolaire et familial. Rencontrer la famille ou les tuteurs, se mettre en contact avec l'école via le PMS, un éducateur ou professeur de confiance (toujours avec l'accord du jeune et sans trahir le secret professionnel) sont des démarches préliminaires pour le praticien de première ligne.

De plus, il faut garder à l'esprit qu'un patient peut être en grande souffrance psychique car il a été victime de traumatismes tels que de la négligence ou de la maltraitance physique ou émotionnelle mais aussi d'abus de type sexuel que ce soit récemment ou au cours de sa vie. Parler d'un vécu abusif quel qu'il soit est difficile voire de l'ordre de l'impossible pour certains, nous encourageons donc le praticien à créer un climat d'écoute et de confiance. Il est important que le patient ne se sente pas acculé ni jugé, qu'il ait un interlocuteur qui se montre ouvert et prêt à valider son récit et son vécu émotionnel²³.

Dans un second temps, le médecin généraliste pourra orienter son patient vers des dispositifs de seconde ligne : suivi psychologique/psychiatrique se destinant à l'âge de la transition de préférence, thérapie familiale, dispositifs aidant le jeune à se raccrocher à un projet scolaire ou à un projet de vie etc.

Sous l'impulsion de la Chaire de Transition de l'ULB, une série de dispositifs spécifiques à la période du passage de l'adolescence à l'âge adultes (16-23 ans) se sont mis en place à Bruxelles²⁴. Parmi ces ressources, le Service de Psychiatrie au CHU Brugmann propose une consultation spécifique pour les 16-23 ans, ainsi qu'une unité d'hospitalisation temps plein (Unité « Jeunes ») et le module Tempo pour une prise en charge de jour des jeunes en décrochage. À l'Hôpital Universitaire de Bruxelles (H.U.B), le Service de Psychiatrie du Bébé, de l'Enfant, de l'Adolescent et du jeune Adulte sur le site Erasme offre une consultation dédiée aux adolescents ainsi qu'un nouveau dispositif de détection et d'intervention précoce des pathologies émergentes. A noter également l'existence de la Clinique du jeune Adulte du Service de Psychiatrie de l'Adulte du H.U.B sur le site Erasme qui propose des consultations dédiées aux jeunes adultes. Des consultations dédiées à l'évaluation d'un TSA existent à l'Hôpital Universitaire de Bruxelles (H.U.B) site Reine Fabiola (Centre de Ressource de l'Autisme) ainsi qu'à la consultation de psychiatrie du CHU Brugmann. Enfin, au SSM-ULB La Plaine, une consultation de transition est disponible. Il est à noter que cette liste n'est pas exhaustive et qu'il existe d'autres ressources dans la région pouvant contribuer à une prise en charge des jeunes en situation de détresse psychiatrique.

Etant souvent l'un des premiers intervenants des soins de santé à accueillir la souffrance psychique du jeune et de sa famille, le médecin généraliste, en la prenant au sérieux, en l'abordant de façon holistique ainsi qu'en s'appuyant sur les services spécialisés, peut jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la santé mentale des jeunes.

Conflits d'intérêt : néant.

QP-16

Nom :

Date de naissance :

Date :

Si vous êtes âgés de 12 à 35 ans, merci de remplir ce questionnaire.

Ce questionnaire pose un certain nombre de questions sur vos pensées, vos sentiments et vos expériences. Veuillez, s'il vous plaît, lire chaque question attentivement et indiquer si vous êtes d'accord ou non avec l'item en cochant vrai ou faux dans la marge de droite à côté de l'item. Essayez, s'il vous plaît, de répondre à chaque question. Si vous répondez VRAI, veuillez évaluer votre niveau d'anxiété (inquiétude) dans la dernière colonne (à droite). Veuillez, s'il vous plaît, répondre à toutes les questions.

Si VRAI : A quel point vous avez ressenti de l'anxiété ou de l'inquiétude ?

Aucune légère modérée sévère

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Je me sens indifférent face aux choses que j'appréciais habituellement. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. J'ai souvent l'impression de vivre les événements exactement comme ils se sont produits auparavant (déjà vu). | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. Je sens parfois des odeurs ou des goûts que les autres personnes ne peuvent pas sentir. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. J'entends souvent des sons inhabituels comme des tapes, des clics, des sifflements, des claquements ou des tintements dans mes oreilles. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. Je suis parfois confus parce que je ne sais pas si une expérience était réelle ou imaginaire. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 6. Quand je regarde quelqu'un, ou que je me regarde dans le miroir, j'ai vu ce visage se modifier juste sous mes yeux. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. Je me sens très anxieux quand je rencontre des gens pour la première fois. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. J'ai déjà vu des choses qu'apparemment d'autres personnes ne peuvent pas voir. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Mes pensées sont parfois tellement fortes que je peux presque les entendre. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. Je vois, parfois, des significations particulières dans les publicités, les vitrines des magasins ou dans la manière dont les choses sont organisées autour de moi. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 11. Parfois, j'ai senti que je n'ai pas le contrôle sur mes propres idées ou pensées. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 12. Parfois je me sens soudainement distrait par des sons éloignés dont je ne suis habituellement pas conscient. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 13. J'ai entendu des choses que les autres ne peuvent pas entendre comme des voix de personnes qui chuchotent ou qui parlent. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 14. J'ai souvent l'impression que les autres sont contre moi. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 15. J'ai eu le sentiment que des personnes ou des forces m'entourent bien que je ne puisse voir personne. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 16. J'ai l'impression que des parties de mon corps ont changé d'une certaine manière ou que certaines parties de mon corps fonctionnent différemment d'avant. | <input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |

Vous avez répondu à toutes les questions ? Merci de l'avoir fait

© 2013, Sébastien Urben, Alison Mann, Philippe Conus & Laurent Holzer

Remerciements :

La réalisation de la Chaire universitaire intitulée « Psychiatrie de Transition dans un monde en transition » (Université libre de Bruxelles – ULB) a été possible avec le soutien du Fonds Julie Renson, du Fonds Reine Fabiola et de la Fondation Roi Baudouin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Powers A, Casey B. The Adolescent Brain and the Emergence and Peak of Psychopathology. *J Infant Child Adolesc Psychother.* 2015;14:3-15.
2. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(12):947-57.
3. Gubbels J, van der Put CE, Assink M. Risk Factors for School Absenteeism and Dropout: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolescence.* 2019;48(9):1637-67.
4. Idsoe T, Dyregrov A, Idsoe EC. Bullying and PTSD Symptoms. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40(6):901-11.
5. Lebert-Charron A, Boujut E, Beaudoin M, Quintard B. Du stress au *burnout* scolaire : définitions, déterminants psychosociaux, évaluation et pistes de prévention. *Pratiques Psychologiques.* 2021;27(1):57-69.
6. Winters KC, Tanner-Smith EE, Bresani E, Meyers K. Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolesc Health Med Ther.* 2014;5:199-210.
7. Mersy DJ. Recognition of Alcohol and Substance Abuse. *Am Fam Physician.* 2003;67(7):1529-32.
8. Ali S, Mouton CP, Jabeen S, Ofoemezie EK, Bailey RK, Shahid M, *et al.* Early Detection of Illicit Drug Use in Teenagers. *Innov Clin Neurosci.* 2011;8(12):24-8.
9. Bertolini M. Dépistage, par l'observation clinique, des signes et symptômes d'une addiction à l'usage du somaticien. *Rev Med Suisse.* 2011;309(33):1789-93.
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
11. Colver A, McConachie H, Le Couteur A, Dovey-Pearce G, Mann KD, McDonagh JE, *et al.* A longitudinal, observational study of the features of transitional healthcare associated with better outcomes for young people with long-term conditions. *BMC Med.* 2018;16:111.
12. Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, Newschaffer C, Mandell DS, Wiggins L, *et al.* Timing of Identification Among Children With an Autism Spectrum Disorder: Findings From a Population-Based Surveillance Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2009;48(5):474-83.
13. Motttron L. Éditions Mardaga. L'autisme : une autre intelligence. Belgique. 2004.
14. Kuhlthau KA, Warfield ME, Hurson J, Delahaye J, Crossman MK. Pediatric provider's perspectives on the transition to adult health care for youth with autism spectrum disorder: current strategies and promising new directions. *Autism.* 2015;19(3):262-71.
15. Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P, Fusar-Poli P, *et al.* Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nat Rev Drug Discov.* 2016;15(7):485-515.
16. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry.* 2018;17(2):133-42.
17. Marchini S, Reis J, Ben-Shaool E, Delhaye M, Kornreich C, Nicolis H, *et al.* Dimensional model on how familial vulnerability and environmental factors impact transitional age youth psychopathology: The Transition_psy study. *Front Psychiatry.* 2023;14:1103030.
18. Goutte J, Killian M, Antoine JC, Massoubre C, Fakra E, Cathébras P. Premier épisode psychotique révélant une affection médicale générale : mise au point pour l'interniste. *Rev Med Interne.* 2019;40(11):742-9.
19. Ising HK, Veling W, Loewy RL, Rietveld MW, Rietdijk J, Dragt S *et al.* The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophr Bull.* 2012;38(6):1288-96.
20. Lejuste F, Pedron L, Bonnard E, Urban M, Morvan Y, Urban 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.* 2021;47(6):547-53.
21. Michard P. Carrefour des psychothérapies. Deboeck Supérieur. La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy. *Enfant, dette et don en thérapie familiale.* Belgique. 2017.
22. Andolfi M. Carrefour des psychothérapies. Deboeck Supérieur. La thérapie familiale multigénérationnelle. Outils et ressources pour le thérapeute. Belgique. 2018.
23. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry.* 2010;9(1):11-5.
24. Marchini S, Reis J, Hussein I, Delvenne V. Psychiatry of Transition in a World in Transition « The ULB Chair presents some its reflections on the transition to adulthood ». *Acta Psychiatr Belg.* 2022;122(2):55-60.

Travail reçu le 15 avril 2024 ; accepté dans sa version définitive le 20 juin 2024.

AUTEUR CORRESPONDANT :

E. SOUKIAS
CHU Brugmann – Site Victor Horta
Service de Psychiatrie
Avenue Rommelaere, 22 - 1020 Bruxelles
E-mail : estelle.soukias@chu-brugmann.be