

Journée SSMG

par le Dr Elide Montesi, médecin généraliste, 5060 Sambreville

Prise en charge de l'adolescence par les médecins généralistes

Charleroi, 8 novembre 2008

Quand l'école devient lieu de violence et de souffrance...

L'école est le premier lieu de socialisation de l'enfant après la famille. La scolarité a pour enjeu la séparation du milieu familial, l'intégration à ses pairs et l'apprentissage de choses non directement utilisables. Les exigences scolaires peuvent devenir une source d'anxiété. Par ailleurs, les cours de récréation sont le miroir de la société adulte avec son lot de violence. Les conséquences des micro violences, (que les anglo-saxons appellent le «schoolbullying»), brimades, harcèlement, insultes, brutalités, rackets quotidiens sont plus dommageables à long terme que les faits de violence grave, plus rares mais surmédialisés. Le School bullying, conduite agressive intentionnelle d'un élève (ou de plusieurs) envers un autre, qui se répète régulièrement, engendre une relation dominé/dominant. Cette violence est le résultat d'un ensemble de facteurs de risques: difficultés psychologiques personnelles de l'adolescent (immaturité affective, passé abandonnique), problèmes familiaux (séparation parentale, violence familiale, déménagement, psychopathologie d'un des parents...), sociaux, organisation de la vie scolaire, fréquentations, problèmes scolaires. Victimes ou acteurs de cette violence, le développement psycho affectif de ces adolescents se trouve décalé par rapport à celui des autres. Les signes d'alerte sont un fléchissement des résultats scolaires, des signes physiques de traumatismes, des objets régulièrement «perdus», un changement d'humeur, une mauvaise tenue du cartable. **Il est important de demander directement à l'adolescent s'il est victime de violence à l'école.** Les conséquences sont le décrochage, la phobie scolaire, la somatisation, les conduites antisociales, l'usage d'alcool

ou de drogues, les idées et les tentatives suicidaires. Ces réactions défensives ou agressives servent à l'adolescent en difficulté à «se protéger» d'un milieu scolaire devenu lieu de souffrance et de persécution en l'annulant, le fuyant ou l'agressant pour contre attaquer. La prise en charge nécessite de considérer tous les facteurs en cause et un travail en réseau médecin-école-famille.

D'après l'exposé du Dr SZOMBAT Maya, ULB

Phobies scolaires

La phobie scolaire associe un contexte d'anxiété de séparation et une phobie sociale. Elle touche 1% des adolescents à trois tranches d'âge (5-7ans, 10-11 ans, 15 ans). Les facteurs déclenchants sont multiples. Elle se caractérise par des phénomènes de somatisation (consultations répétées et demandes répétées de certificats), la complicité tacite des parents, la culpabilisation de l'enfant ou l'adolescent et des troubles émotionnels. On peut observer des troubles du comportement d'évolution progressive, réactionnels à une anxiété importante et croissante à des facteurs individuels et familiaux. Le refus scolaire entraîne l'échec et l'abandon scolaire et est à risque majeur d'installation d'un état dépressif, de conduites d'automédication ou de sabotage. Un certificat peut être parfois une nécessité thérapeutique pour une mise à distance. Mais la répétition des plaintes somatiques entraînant la demande de certificats traduit un malaise évident qui nécessite la demande d'une aide spécialisée.

La prise en charge est complexe, multidimensionnelle et les traitements médicamenteux ne sont à envisager qu'en dernier recours. Le travail en réseau école-famille-médecin-pms est capital. Par ailleurs, la scolarité étant une obligation légale, face aux cas les plus compliqués, il est opportun de faire appel au SAJ ou SPJ.

D'après l'exposé du Dr SZOMBAT Maya, ULB

Vous avez dit «drogues» ?

L'addiction est un phénomène complexe et multifactoriel impliquant un produit, un sujet, un contexte, non réductible à une seule de ces composantes et imposant une réflexion sur le sens et la question du plaisir. **Le produit ne définit pas le type de consommation. Tout usage n'est pas problématique et tout usage problématique n'est pas une addiction.** L'addiction peut concerner par ailleurs des produits licites (tabac, alcool) ou illicites. Toutes les drogues agissent sur le circuit dopaminergique de récompense. Elles miment sur ce circuit les effets de substances normalement présentes dans l'organisme mais rompent l'équilibre naturel de ce circuit qu'elles prennent en otage en même temps que les voies de la mémoire et le contrôle cortical et intellectuel. Les structures de ce circuit de récompense sont aussi les plus fragiles, celles dont la maturité à l'adolescence n'est pas encore acquise. La maturation cérébrale se termine entre 12 et 15 ans. Des modifications cérébrales se produisent à l'adolescence et même jusque 25 ans. L'adolescence, période d'autonomisation mais aussi poudrière d'émotions où l'appétit de sensations fortes et le goût du risque sont très importants est aussi une période de grande fragilité cérébrale. Plus la consommation de drogues est précoce et plus les conséquences sont délétères pour le cerveau. **Il est capital de retarder au maximum le moment du premier contact avec toute drogue quelle qu'elle soit, licite ou pas.** On peut se défoncer avec n'importe quoi et il existe une polyconsommation. Les drogues sur prescription sont les benzodiazépines, les morphiniques et dérivés, le zolpidem, les amphétamines dont la ritaline (sous-prescrite dans les vraies situations d'ADHD mais sur-prescrite chez les enfants un peu trop turbulents...) Parmi les drogues illicites citons l'ecstasy (dont la consommation diminue) le

GHB, les solvants, les hallucinogènes. La consommation de cocaïne (dont on peut comparer l'effet sur le circuit de récompense à une explosion atomique) est en augmentation.

Toutes ces substances toxiques qui ciblent les adolescents et les jeunes adultes surtout les plus fragiles et socialement désinsérés leur font courir un triple danger : aigu médical ou psychiatrique, l'addiction à moyen terme et bien que controversé le risque de neurotoxicité à long terme.

Pour plus d'informations sur ces drogues : www.erowid.org ou www.lycaeum.org

D'après l'exposé du Dr SCHEPENS, psychiatre, Clinique Dr Derscheid, Waterloo

Cannabis : quand s'inquiéter ?

Les facteurs de risques favorisant une consommation de cannabis sont le manque de communication, les problèmes familiaux, scolaires ou relationnels avec les amis, l'incapacité à gérer les difficultés scolaires, familiales et sociales.

Les facteurs permettant d'évaluer la gravité d'une consommation de cannabis sont : la consommation matinale et/ou en solitaire, les troubles de mémoire, de l'attention ou de la concentration, une demande de l'entourage à restreindre la consommation ou des tentatives de l'adolescence de diminuer sa consommation, des problèmes provoqués par la consommation et la poursuite de celle-ci malgré ses conséquences négatives. Si la réponse est positive à plus de deux de ces items, il est nécessaire de consulter un spécialiste.

D'après l'exposé du Dr SCHEPENS, psychiatre, Clinique Dr Derscheid, Waterloo

Anorexie, boulimie

L'anorexie se caractérise surtout par le refus de maintenir un poids normal. Dans la boulimie on observe des épisodes de suralimentation suivis de comportements inappropriés pour éviter la prise de poids (vomissements, laxatifs, activité physique ou sportive excessive).

Environ 50 à 70 % des personnes souffrant d'un trouble alimentaire ne présentent pas toutes les caractéristiques cliniques du DSM IV de l'anorexie mentale ou de la boulimie. Ces personnes sont diagnostiquées comme présentant un trouble alimentaire non-spécifié mais la prise en charge reste la même.

Le rôle du médecin généraliste est essentiel car la bonne connaissance de la famille est un des éléments majeurs pour poser le diagnostic.

Les personnes à risque d'anorexie mentale ou de boulimie consultent plus souvent, au cours des cinq années qui précèdent, pour des difficultés psychologiques, des troubles gastro-intestinaux et des plaintes gynécologiques. Le délai est souvent important entre le premier contact et la prise en charge. Le diagnostic précoce se justifie par le risque de complications : ostéoporose, troubles métaboliques, troubles gastro-intestinaux, aménorrhée et troubles de la fertilité mais aussi problèmes cardio-vasculaires, neurologiques, rénaux, dentaires, hypothermie, perte de cheveux. À long terme, des jeunes souffrant de troubles de l'alimentation ont un risque accru de troubles physiques et mentaux à l'âge adulte. Notre attention doit être attirée chez l'adolescente par un BMI inférieur au percentile 10 pour l'âge (mais pas suffisant à lui seul pour poser un diagnostic), un trouble menstruel ou une aménorrhée, un diabète de type I, des problèmes gastro-intestinaux (vomissements), un retard ou un arrêt de croissance. Une consultation pour des préoccupations concernant le poids, la silhouette et l'alimentation est un prédicteur fort d'un début d'anorexie mentale. Les examens complémentaires comporteront biologie, RX thorax, ECG, EEG, densitométrie osseuse, CT scan cérébral. L'approche diagnostique nécessite des évaluations répétées dans le temps. La prise en charge spécialisée doit se faire selon un modèle biopsychosocial et engager les proches dans le traitement. Ceux-ci ont souvent une représentation de la maladie qui ne les aide pas et susceptible d'entretenir la maladie. Il est plus important de comprendre comment la famille se réorganise autour du malade que de savoir pourquoi le trouble s'est installé. Chez l'adolescent(e), le traitement ambulatoire est à privilégier par rapport à l'hospitalisation. Le premier objectif visé par le traitement chez l'adolescent est la reprise du poids qui peut prendre plusieurs mois, voire 2 à 3 ans. Les stratégies sont différentes en fonction de la période. Les parents doivent être aidés à reprendre le contrôle sur la symptomatologie anorexique : structuration des repas, ambiance à table.

D'après l'exposé du Dr Yves SIMON, neuropsychiatre, Le Domaine – ULB (Braine l'Alleud)

Dépression chez l'adolescent : Red Flags

Les affects dépressifs non pathologiques sont fréquents à l'adolescence (morosité, retrait, rejet boudeur) mais l'énergie et le sens des réalités restent préservés. Un pro-

cessus pathologique est à craindre face à l'expression d'une culpabilité, de l'anxiété, un désinvestissement ou de l'inhibition. Les caractéristiques les plus fréquentes de la dépression majeure (DSM IV) chez l'adolescent sont l'anhédonie, l'irritabilité, l'hypersomnie, l'inhibition avec rétrécissement de la vie relationnelle et personnelle, le désespoir et l'angoisse. Les parents sont plus souvent sensibles aux attitudes de défi que de rejet mais attention à l'adolescence « blanche ». En effet, le repli sur soi est plus préoccupant que les attitudes de défi ou de rébellion. **Les dépressions les plus sévères chez l'adolescent sont rarement bruyantes.** Les troubles somatiques, les dysmorphophobies, les troubles du comportement peuvent masquer une dépression. Les critères d'évaluation portent sur la question des relations à la famille, aux amis et l'école. Interroger aussi sur la consommation de produits licites ou illicites, les plaintes somatiques, les idées suicidaires, les violences ou accidents subis. La perte du sens des réalités, le désinvestissement, la culpabilité et les idées suicidaires sont des facteurs de gravité. En revanche, l'absence de décrochage scolaire, la qualité d'investissement d'une relation d'aide, la bonne entente avec le milieu familial qui s'implique, l'absence de décrochage scolaire et l'absence de consommation de toxiques sont de bons facteurs pronostiques.

Le geste suicidaire d'un adolescent ne doit jamais être banalisé : il nécessite une hospitalisation ou un avis psychiatrique rapide. La rencontre avec un professionnel de la santé mentale permet de prévenir la récurrence. Quand un adolescent reçoit la confiance d'un ami sur ses intentions suicidaires, il faut qu'il en parle à un adulte, cela permettra de mettre en place un espace d'écoute pour prévenir la tentative de suicide. **Un adolescent qui tente de se suicider en a toujours parlé avant.** Il faut considérer tout acte auto-agressif comme suicidaire au premier abord. Les adolescents souffrant d'un trouble psychiatrique non suivi sont à très haut risque de suicide.

La tentative de suicide est le geste ultime pour rétablir une relation aux autres.

L'adolescent déprimé sera référé à un professionnel de la santé mentale. Mais en tant que médecin traitant, nous garderons le contact, meilleur garant de prévention.

D'après l'exposé du Pr DELVENNE V. pédopsychiatre, Espace Enfants, Ado, Parents, ULB Bruxelles