



La santé mentale de l'adolescent : sensibilisation et détection précoce

Brochure d'information destinée aux cabinets
de pédiatrie et de médecine générale

Un projet conjoint du département de psychologie appliquée et du département de la santé



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Sommaire

1. Introduction	3
2. Troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent	4
2.1 Épidémiologie des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent	
2.2 Détection des troubles psychiques chez les adolescents	
3. Parler des problèmes psychiques avec les jeunes	7
3.1 Communication réussie avec les jeunes dans le quotidien médical	
3.2 Outils de diagnostic pour la santé mentale des jeunes	
3.2.1 Questionnaire HEADSS	
3.2.2 Questionnaire des forces et des difficultés (SDQ)	
3.2.3 Notices sur l'instauration d'une bonne relation avec les adolescents	
4. « Prends soin de toi »	13
5. Bibliographie	14

1. Introduction

Cette brochure a pour but d'aider les médecins à reconnaître et à thématiser les éventuels troubles ou affections psychiques chez les jeunes. Dans le système de soins, les médecins jouent un rôle clé pour la santé mentale et la détection précoce de troubles psychiques dans l'enfance et à l'adolescence. Comme ils suivent les jeunes et leur famille de longue date, ils repèrent généralement tôt les anomalies psychiques ou sociales. Grâce à leurs connaissances spécialisées, à leurs conseils et à leur accompagnement, ils favorisent la promotion de la santé et encouragent la responsabilité individuelle des patientes et des patients. C'est pourquoi ils sont en mesure, au moyen d'un examen médical ciblé et progressif, de détecter des troubles psychiques associés à une affection somatique et d'y répondre en orientant le patient vers un psychologue ou psychothérapeute pour prévenir un processus de chronification.

L'adolescence est une phase de la vie qui se caractérise par de nombreux changements : les jeunes se détachent de leurs parents, construisent de nouvelles relations avec des jeunes du même âge et font leurs premières expériences sexuelles. Outre les transformations physiques qu'ils traversent, ils se construisent une nouvelle identité sociale et une première identité professionnelle (1). À l'adolescence, l'évolution du lobe frontal cérébral induit une réorganisation du cerveau, qui s'accompagne d'importants processus de maturation anatomique et physiologique (2). Il peut en découler des troubles de l'humeur caractéristiques de l'adolescence, qu'il est souvent difficile de distinguer de diagnostics psychiatriques.

Cette brochure est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire. La première partie offre un tour d'horizon scientifique de l'épidémiologie des troubles psychiques dans l'enfance et à l'adolescence, tandis que la deuxième partie est consacrée aux types de troubles extériorisés et intériorisés, avec une présentation des comportements et des anomalies de comportement spécifiques. Elle vise à sensibiliser les médecins aux anomalies et aux liens éventuels avec des troubles psychiques. La troisième partie présente le questionnaire HEADSS et un questionnaire de dépistage. Elle aborde également des aspects clés de la communication avec les jeunes dans le contexte médical. Enfin, la quatrième partie présente le dépliant « Prends soin de toi », consacré à la promotion de la santé mentale chez les jeunes.

2. Troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent

La prévalence des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent est quasi la même que chez l'adulte. À noter que les affections psychiques tendent à persister à l'âge adulte. La moitié des adultes atteints de troubles psychiques étaient déjà malades durant leur adolescence (3–5).

2.1 Épidémiologie des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent

L'étude intitulée « Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP (6) », menée en 1994, est la seule étude représentative sur la prévalence des troubles psychiques dans l'enfance et à l'adolescence. Les résultats font état d'un taux de prévalence de troubles psychiques sur six mois de 22,5 % (IC 95 % : 16,2–28,8) dans la tranche d'âge de 6 à 17 ans.

Une méta-analyse plus récente a mesuré la prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents en Allemagne. Dans le cadre de ses travaux, Barkmann (7) a analysé 33 études sur une période courant de 1953 à 2007. Sur un échantillon de près de 73 000 enfants et adolescents, il a constaté un taux de prévalence moyen de 17,58 % (IC 95 % : 15,66–19,51). Bella, l'une des plus importantes études de cohortes épidémiologiques sur la santé mentale des enfants et des adolescents en Allemagne, a montré que 17,2 % des enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans montraient des signes diagnostiques ou cliniques d'anomalies psychiques (8). Une autre étude épidémiologique, menée en Autriche, sur les troubles psychiques chez des enfants et adolescents âgés de 10 à 18 ans, a fait état de 27 pathologies différentes selon le catalogue DSM-5 (9). Elle a montré une prévalence ponctuelle de 23,9 % (IC 95 % : 15,7–32,1). Il convient toutefois de préciser que cette étude a examiné une palette plus large de diagnostics et a également retenu des diagnostics de recherche provisoires, p. ex. « les troubles associés aux jeux en ligne ».

La seule méta-analyse internationale (10) conduite à ce jour, qui a passé en revue les données d'études provenant de 27 pays sur l'épidémiologie des troubles psychiques dans l'enfance et à l'adolescence, contient 41 travaux originaux en tout, lesquels remplissaient certaines exigences minimales en termes de méthodologie. Les études en question ont été publiées entre 1985 et 2012 et couvraient un échantillon de 90 000 enfants et adolescents. Elles portaient uniquement sur les quatre plus grands groupes de troubles psychiques (troubles anxieux, troubles du comportement extériorisés, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDAH] et dépressions) dans l'enfance et à l'adolescence. La prévalence moyenne de ces quatre troubles s'élevait à 13,4 % (IC 95 % : 11,3–15,9). Les troubles anxieux étaient les plus fréquents, avec une prévalence de 6,5 % (IC 95 % : 4,7–9,1), suivis des troubles du comportement extériorisés, avec 5,7 % (IC 95 % : 4,0–8,1), du TDAH, avec 3,4 % (IC 95 % : 2,6–4,5) et des troubles dépressifs, avec 2,6 % (IC 95 % : 1,7–3,9). Durant la période d'observation de cette méta-analyse (1985–2012), les chercheurs n'ont constaté aucune influence significative du temps sur la fréquence des troubles psychiques, ni d'indice laissant présumer l'existence d'une variabilité interculturelle. La prévalence moyenne plus basse des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents constatée par Polanczyk et al. (10) par rapport aux études nationales peut s'expliquer par l'absence de troubles majeurs comme les troubles alimentaires, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles psychotiques et les troubles du spectre autistique (11).

Malgré les différences méthodologiques entre les études décrites précédemment, l'échantillonnage variable et la définition des cas, les résultats obtenus durant les périodes

d'observation de ces études ne montrent aucune augmentation des anomalies psychiques chez les enfants et les adolescents, les taux de prévalence demeurant stables autour de 20 %. Il ressort toutefois d'une revue systématique menée en 2014 que les symptômes intériorisés ont augmenté récemment chez les jeunes filles par rapport à des cohortes précédentes (12).

2.2 Détection des troubles psychiques chez les adolescents

Chez les adolescents, les troubles psychiques entraînent des limitations durables dans de nombreux domaines de la vie comme la formation, la capacité de gain et de travail, les relations sociales, la santé somatique et la qualité de vie (13). Une détection et un traitement précoces peuvent avoir un effet favorable sur la suite de leur vie (14) et, partant, diminuer les fortes charges qui s'exercent au plan individuel et familial ainsi que les conséquences sociales négatives. En détectant de manière précoce les difficultés auxquelles les enfants et les adolescents sont confrontés, le médecin peut les aider de manière ciblée et, le cas échéant, les orienter dans leur prise en charge et les soutenir dans leur développement futur. En particulier à l'adolescence, il est très difficile de détecter des anomalies comportementales et émotionnelles, dans la mesure où des symptômes de dépression passagers, par exemple, sont liés à la puberté et qu'il est complexe de distinguer le développement « normal » et adolescent. Pour un médecin, dont la tâche consiste souvent à aborder des troubles sous-jacents et à les identifier, il peut être particulièrement utile, pour les troubles psychiques dans l'enfance et à l'adolescence, de faire la distinction entre les symptômes intériorisés et extériorisés. Cette classification globale, heuristique et éprouvée scientifiquement des problèmes émotionnels et comportementaux (15) considère les troubles psychiques comme étant le résultat de stratégies dysfonctionnelles dans la gestion des problèmes. Cette approche dimensionnelle présente en outre l'avantage de fournir une terminologie commune aux spécialistes pédagogiques et médicaux, qui est susceptible de favoriser une collaboration fructueuse en matière de promotion de la santé mentale.

Les symptômes intériorisés s'expriment sous forme de stratégies de gestion tournées vers l'intérieur : éviter les contacts sociaux, se replier sur soi, ruminer et se faire du souci. La dimension intériorisée comprend par exemple les dépressions, les troubles anxieux et les troubles obsessionnels compulsifs. Pour un médecin, les troubles intériorisés dont les symptômes sont orientés vers l'intérieur et par conséquent plutôt cachés sont plus difficiles à diagnostiquer ; en effet, à l'inverse des troubles extériorisés, le comportement plutôt surcontrôlé semble plus adapté et est perçu comme moins dérangeant. Il est particulièrement difficile de détecter les troubles émotionnels.

Les troubles extériorisés s'expriment plutôt sous forme de stratégies de gestion orientées vers l'environnement social, qui se manifestent sous forme de comportement contraire aux règles, d'agitation physique et de tension corporelle. La dimension extériorisée comprend les troubles du comportement social et les troubles hyperkinétiques ainsi que les troubles oppositionnels avec provocation. Ils comptent parmi les troubles les plus fréquemment diagnostiqués chez les enfants et les adolescents. Les garçons sont plus touchés par des troubles extériorisés et les filles par des troubles intériorisés (16, 17). Chez les filles, en revanche, un TDAH est souvent mal diagnostiqué ou détecté trop tard car elles adoptent potentiellement des stratégies d'adaptation plus efficaces que les garçons, afin de dissimuler les symptômes (18). De plus, à l'inverse des garçons, il existe moins de données sur le comportement asocial des filles (19).

Le tableau 1 résume les principales particularités des troubles du comportement intériorisés et extériorisés (20). Cette grille peut aider les spécialistes à détecter des troubles du comportement intériorisés et extériorisés durant une consultation médicale.

Tableau 1 : Particularités des troubles du comportement intériorisés et extériorisés

	Troubles du comportement intériorisés	Troubles du comportement extériorisés
Comportement expressif et humeur générale	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur générale négative ; peur et insatisfaction sont les deux sentiments de base • Forte instabilité émotionnelle et faible tolérance au stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur générale négative ; colère et frustration sont les deux sentiments de base
Comportement interpersonnel	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibé, timide et distant • En général, faible confiance en soi, phobie sociale • Caractérisé par l'inquiétude et le malaise 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement sans gêne, dominant • Tendance à se focaliser sur ses propres buts et intérêts, moins sur les relations sociales • Comportement récalcitrant ou indifférence émotionnelle
Style cognitif et perception de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Le style cognitif se caractérise par l'inquiétude ; focalisation sur les potentiels événements négatifs • Tendance au pessimisme • Pensées automatiques de perte et d'échec • Difficulté à prendre des décisions 	<ul style="list-style-type: none"> • Attention portée aux informations liées aux agressions, imputations souvent erronées et vindicatives, pensées de vengeance • Manque d'autoréflexion et d'auto-évaluation • Estime de soi généralement faible ; en sous-groupe, perception de soi illusoire et surestimation de ses propres compétences
Mécanismes de régulation	<ul style="list-style-type: none"> • Faible contrôle de l'attention, probables difficultés à détourner des pensées négatives vers des pensées neutres ou positives • Comportement peu impulsif 	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de régulation insuffisants, p. ex. manque de contrôle inhibitoire, faible contrôle de l'attention • Impulsivité, faible contrôle de soi, manque d'autodiscipline • Tendance aux comportements contraires aux règles

Remarque : ce tableau a été élaboré sur la base du récapitulatif de Fornes et al. (20).

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte représente une étape de développement majeure qui exige des efforts d'adaptation considérables de chacun et chacune. C'est une source de grand stress pour de nombreux jeunes. Dans leur contribution, Fornes et al. (20) décrivent les stratégies de gestion similaires auxquelles recourent des jeunes souffrant de troubles du comportement intériorisés et extériorisés pour gérer des situations de stress. Dans l'ensemble, les stratégies d'évitement et de régulation émotionnelle prédominent dans les deux schémas. Selon les auteurs, les stratégies d'évitement et de gestion passive sont associées à un risque psychopathologique accru. Les reproches faits à soi-même et la rumination sont associés à des troubles du comportement intériorisés. À l'inverse, les jeunes qui présentent des troubles du comportement extériorisés montrent un degré plus élevé d'évitement cognitif. À noter que la pertinence des stratégies de gestion dépend également des facteurs de stress qui entrent en jeu. La stratégie de l'évitement peut, par exemple, être perçue comme adéquate et utile lorsqu'un jeune est confronté à une situation incontrôlable et pesante (20, 21).

3. Parler des problèmes psychiques avec les jeunes

3.1 Communication réussie avec les jeunes dans le quotidien médical

Tout un chacun peut être touché un jour ou l'autre par une pathologie psychique. Les médecins devraient porter une attention particulière aux familles vulnérables et socialement défavorisées et, le cas échéant, aborder directement le sujet avec elles. À cet égard, il est particulièrement important de procéder à une observation systémique, qui tient compte des charges pesant sur l'ensemble du système familial et des aspects liés au développement psychologique et social chez les jeunes. Lorsque des jeunes sont exposés à des pressions ou à des conflits, ils tendent à réagir de manière psychosomatique. Les réactions physiques servent souvent de paravent aux réactions psychiques, si bien que celles-ci passent facilement inaperçues. Un sondage de prévention systématique mené par le Service médical scolaire de la ville de Zurich en 2008 auprès d'élèves du degré secondaire 1 (13 à 16 ans, N=1652) a montré que bien que la majorité des jeunes se disent satisfaits de leur santé et de leur situation de vie, un garçon sur quatre et une fille sur trois souffrait de problèmes psychosomatiques et d'épisodes dépressifs (22). En conséquence, la communication entre le médecin et le jeune recèle un potentiel élevé pour la détection de troubles psychiques et la promotion de la santé.

Les jeunes font face à de multiples tâches de développement au moment de construire leur propre identité. Pour le développement socioémotionnel, une tâche clé pour eux consiste à trouver un équilibre entre l'attachement et l'identification aux parents et la construction de leur individualité (envie d'autonomie/individualisation), ceci aussi sur le plan physique et psychique. Une bonne conformité des jeunes se caractérise notamment par le fait qu'ils prennent progressivement leurs responsabilités. Dans ce contexte, le médecin peut par exemple proposer – en tenant compte du degré de maturité du jeune – de mener la première partie de l'entretien sans la présence des parents et, donc, de participer au passage du pédiatre vers un médecin pour adolescents. Construire une relation de confiance représente un défi pour le jeune et une responsabilité importante pour le médecin. Accompagner ce processus avec diligence participe au succès de la thérapie. À travers un mode de consultation adapté à l'âge et la prise en considération du développement psychosocial du jeune, le médecin contribue de manière déterminante à l'instauration d'une alliance thérapeutique durable. Enfin, l'envie d'autonomie exprimée par les jeunes exige également des parents qu'ils soient capables de lâcher un peu la bride pour laisser les jeunes décider davantage par eux-mêmes. Le médecin peut soutenir les parents dans leur rôle certes déterminant mais appelé à évoluer afin de supporter et d'équilibrer les ambivalences exprimées par leur jeune adulte en devenir. L'instauration d'une bonne alliance thérapeutique dépend en fin de compte de la collaboration entre le médecin, le jeune et ses parents.

Dans le cadre d'une revue systématique, Kim et White (23) ont étudié la littérature existante sur les principaux aspects de la communication entre les jeunes et les spécialistes de la santé. Ils ont rassemblé leurs résultats dans trois catégories principales, qui donnent un aperçu des circonstances et des raisons pour lesquelles des difficultés peuvent survenir dans le cadre de tels entretiens :

1. Les sujets sensibles et intimes constituent un défi dans la discussion entre le jeune et le médecin.
2. Pour les jeunes, la confiance et le sentiment de sécurité émotionnelle sont des conditions sine qua non d'une communication ouverte et engagée.
3. Pour les jeunes, il est essentiel d'avoir le sentiment d'être intégré tout en jouissant de leur autonomie durant l'entretien avec le médecin. Ils aimeraient avoir le contrôle sur les

informations personnelles liées à leur santé et être pris au sérieux par le médecin en tant que principal interlocuteur.

Les auteurs se sont appuyés sur ces résultats pour formuler quatre recommandations susceptibles de réduire les entraves à la communication entre les jeunes, les médecins et les professionnels de la santé :

1. Développer des processus à même de normaliser les interventions thérapeutiques et les systèmes de transfert. Il est possible de lever les obstacles en améliorant la collaboration interprofessionnelle (une forte charge de travail ou un manque de collaboration interprofessionnelle peut entraver les processus thérapeutiques). La normalisation des processus devrait permettre de réduire les obstacles à la communication lors de la discussion de sujets sensibles liés à la santé.
2. Informer les jeunes de manière routinière sur les obligations légales et d'éthique des professionnels de la santé lors du traitement des données de patients. L'objectif est de clarifier le droit à l'autodétermination des jeunes et de prévenir les dynamiques relationnelles difficiles avec les parents.
3. Mettre sur pied des solutions de formation destinées aux médecins, qui leur permettent d'entraîner des techniques d'argumentation qui correspondent aux capacités cognitives des jeunes et qui leur permettent de faire des associations d'idées. Cet entraînement vise à renforcer les compétences interpersonnelles des professionnels de la santé, pour qu'ils puissent jouer le rôle de médiateur entre les jeunes et les tuteurs légaux. Tant les parents que les jeunes doivent se sentir concernés. Dans le même temps, il s'agit de respecter le besoin d'autonomie des jeunes.
4. Renforcer la prise de conscience de l'importance d'un engagement médico-humaniste. Être capable d'établir un dialogue empathique, convivial et tourné vers son interlocuteur éveille chez les jeunes un sentiment de sécurité émotionnelle et favorise la confiance envers les professionnels de la santé.

3.2 Outils de diagnostic pour la santé mentale des jeunes

Il existe toute une série d'outils d'aide pour apprécier la santé mentale des jeunes ; vous en trouverez quelques exemples ci-après. Le premier outil présenté, le questionnaire HEADSS, permet de réaliser une anamnèse psychosociale efficace et adaptée à l'âge chez les adolescents. L'acronyme HEADSS correspond aux domaines de vie spécifiques à l'adolescence (home, education, activities, drugs, sexuality, suicide / depression, and safety). Le deuxième est un outil de dépistage largement répandu et validé, destiné à évaluer de manière complémentaire les problèmes de comportement et les troubles émotionnels dans l'enfance et à l'adolescence : il s'agit du questionnaire des forces et des difficultés ou Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) élaboré par Goodmann (24, 25). Enfin, trois notices présentent des aspects clés pour l'instauration d'une bonne relation avec les adolescents et donnent des conseils pratiques pour aborder avec les jeunes d'éventuels problèmes psychologiques.

3.2.1 Questionnaire HEADSS

Le questionnaire HEADSS (26) est un outil semi-structuré reconnu au plan international pour réaliser une anamnèse psychosociale chez les adolescents. Il porte sur les dimensions psychosociales suivantes : habitat, éducation (scolarité et travail), alimentation, activités et groupe de pairs, drogues, sexualité, sécurité, suicide/stress/santé mentale. L'évaluation commence par des questions générales et faciles sur la vie de l'adolescent, pour instaurer la relation. Les questions peuvent être discutées au cours de plusieurs entretiens. À la fin d'une évaluation HEADSS, il est important de documenter les résultats et, le cas échéant, d'informer d'autres professionnels de la santé, d'indiquer à l'adolescent d'autres points de contact ou de le diriger directement vers ceux-ci.

3.2.2 Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Développé en Grande-Bretagne, le SDQ (24, 25) est un outil destiné à évaluer les forces et les faiblesses de comportement chez les enfants et les adolescents âgés de 4 à 16 ans. Il existe aussi en version pour les parents et les enseignants ou comme outil d'auto-évaluation et est également utilisé à des fins de diagnostic clinique et de recherche. Il peut être téléchargé gratuitement sur Internet en plus de 50 langues, avec des notices d'utilisation et des normes (27). Les 25 items sont liés à cinq échelles de problèmes : celles sur les problèmes émotionnels et les problèmes avec les pairs, qui portent sur des troubles intériorisés, et celles sur les troubles de conduite et l'hyperactivité, qui sont liés aux troubles extériorisés. La cinquième échelle est associée aux comportements prosociaux, dont la polarisation est positive.

Les parents et les enseignants peuvent utiliser la version courte, tandis que les adolescents peuvent remplir un questionnaire d'auto-évaluation ; ces deux versions peuvent être complétées et évaluées rapidement. Le SDQ est l'une des méthodes les plus fréquemment utilisées dans le monde pour évaluer les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents. C'est un outil d'examen fiable et valable qui a démontré des critères de qualité jugés adéquats à très bons dans un grand nombre d'études (28).

3.2.3 Notices sur l'instauration d'une bonne relation avec les adolescents

Les trois notices ci-après visent à donner des pistes aux médecins pour créer un cadre soutenant et établir une communication réussie avec leurs jeunes patients. Ils se fondent sur la boîte à outils « Behavioral Health : An Adolescent Provider Toolkit » (29).

- Mettre en place un cadre soutenant, qui aide le médecin à poser un cadre sûr, soutenant et non jugeant pour le jeune patient.
- BATHE, qui est une technique d'entretien brève utilisée en consultation avec des jeunes pour s'informer de leurs préoccupations actuelles et proposer un premier conseil.
- La conduite d'entretien motivante, qui peut être utile au médecin dans toutes les situations où il s'agit de créer une motivation intrinsèque à changer de comportement.

Créer un cadre soutenant (29)

Il est important de fournir un cadre sûr, soutenant et non jugeant pour qu'un jeune se sente disposé à parler de ses sentiments et son comportement avec son médecin. Pour créer un cadre soutenant, trois éléments sont importants : 1. instaurer la relation, 2. écouter activement, 3. faire preuve d'empathie.

Instaurer la relation

- Aménagez votre cabinet de manière à ce que les jeunes s'y sentent à l'aise.
- À chaque consultation, passez du temps seul/e avec votre jeune patient. Commencez à procéder ainsi dès l'âge de 11 ans et informez les parents du sens et du but de ces entretiens.
- Au début de la consultation, expliquez aux parents et au jeune patient la manière dont vous gérez les données confidentielles.
- Serrez la main de votre jeune patient et commencez par une conversation informelle. Expliquez-lui ce qui l'attend durant la consultation.
- Aidez votre jeune patient à reconnaître et à accepter ses propres compétences et forces.
- Demandez à votre jeune patient s'il a des remarques sur le plan de traitement proposé.
- Utilisez des termes et des formulations que votre jeune patient peut comprendre – selon le cas, expliquez-lui les termes inconnus.
- Demandez à votre jeune patient s'il souhaite qu'un parent ou un tuteur légal assiste à la consultation.
- Résumez les résultats, les plans de traitement et les prochaines étapes de manière compréhensible à l'intention de votre jeune patient. Définissez ensemble comment informer les parents.
- Accordez du temps pour les questions que votre jeune patient est susceptible de vous poser et indiquez-lui d'autres points de contact.
- Assurez-vous que votre jeune patient connaisse le numéro de téléphone de votre cabinet et qu'il sache qui s'occupe de lui et qui peut répondre à ses questions.

Écouter activement

- Écoutez les soucis et les préoccupations de votre jeune patient. Employez-vous à comprendre leur point de vue et faites preuve d'ouverture d'esprit.
- Utilisez une terminologie non genrée. Par exemple : « Es-tu avec quelqu'un ? » plutôt que « As-tu une copine / un copain ? ».
- Écoutez activement et n'interrompez pas dans la mesure du possible.
- Gardez un contact visuel et ne prenez pas trop de notes. Restez concentré/e sur les propos de votre jeune patient.
- Prêtez attention aux signes non verbaux comme le contact visuel, l'expression du visage, les émotions, la posture, les mouvements/la gestuelle.
- Posez des questions ouvertes. Montrez-vous intéressé/e et non jugeant/e : NE demandez PAS : « Tu consommes des drogues ou de l'alcool ? »
Demandez : « Je sais que dans beaucoup d'écoles, les jeunes consomment des drogues et de l'alcool. Que penses-tu du fait que des jeunes de ton âge consomment des drogues ou de l'alcool ? Comment tu gères cela ? »

Faire preuve d'empathie

- Prêtez attention aux émotions et abordez-les avec votre jeune patient. Attendez la réaction du jeune avant de poursuivre la conversation.
- Prenez acte des émotions ressenties par votre jeune patient en lui faisant savoir que vous pouvez comprendre les raisons à l'origine de ce qu'il ressent.
- Informez votre jeune patient sur la santé mentale et l'abus de substances. Référez-le à d'autres points de contact si nécessaire et donnez-lui des informations. Ces informations aident à réduire la stigmatisation des troubles psychiques.
- Focalisez-vous sur les forces du jeune et sur son réseau social. Des amis bienveillants, des proches soutenant et les propres capacités du jeune peuvent constituer de précieuses ressources.
- Élaborez conjointement un plan d'action. Fixez des objectifs réalistes et à court terme. Suivez leur réalisation et parlez-en avec votre jeune patient.
- Faites comprendre à votre jeune patient qu'il n'est pas seul.
- Reconnaissez l'importance des sentiments et de l'honnêteté des jeunes.

BATHE : une technique d'entretien brève (29)

Les inquiétudes à propos de la santé mentale figurent parmi les principaux motifs de consultation pour lesquels un jeune contacte un professionnel de la santé, par exemple son médecin. BATHE est une technique d'entretien qui a pour but d'aider le praticien à évaluer rapidement les jeunes et leur santé mentale durant les consultations de routine, à s'informer sur leurs préoccupations actuelles et à proposer un premier conseil.

	Exemples de questions ou de remarques	Motifs
B Contexte (Background)	<ul style="list-style-type: none">• Que se passe-t-il dans ta vie ?• Raconte-moi comment se déroule une journée pour toi.	Invite le jeune, à travers des questions ouvertes et formulées de manière directe, à parler des aspects clés dans sa vie.
A Ressenti (Affect)	<ul style="list-style-type: none">• Comment te sens-tu dans cette situation ?• Cette situation paraît...• Comment te sens-tu ?	Invite le jeune à parler de ses sentiments et à comprendre comment certaines situations influent sur ses émotions et son comportement.
T Soucis (Troubling)	<ul style="list-style-type: none">• Qu'est-ce qui te pèse le plus dans cette situation ou avec ce problème ?• Quelles difficultés as-tu rencontrées à la maison / à l'école à cause de ce problème ?	Vise à faire constater au jeune pourquoi et à quel point un problème lui pèse.
H Gestion (Handling)	<ul style="list-style-type: none">• Comment le gères-tu ?• C'est bien de réagir ainsi.• Est-ce que tu pourrais réagir différemment dans cette situation ?• Qu'est-ce qui pourrait améliorer la situation ou t'aider à te sentir mieux ?	Offre l'opportunité de connaître les stratégies de gestion saines des jeunes et de les renforcer. En outre, ces questions constituent déjà une intervention en ce sens qu'elles suggèrent d'autres solutions.
E Empathie (Empathy)	<ul style="list-style-type: none">• Cela doit être très difficile pour toi.• Merci de te montrer aussi honnête avec moi.	Montre que la réaction du jeune à la situation est raisonnable. Exprime de la compréhension pour la situation, les sentiments et le ressenti du jeune.

Lors de l'entretien, il est important d'utiliser un langage adapté au jeune, p. ex. en expliquant les mots techniques, en formulant clairement les phrases, en évitant les substantifs et en utilisant une formulation active. Si l'un ou l'autre point n'est pas évident, il est utile de demander activement au jeune s'il a bien compris. Il faut lui indiquer clairement, ainsi qu'à ses parents, qu'ils peuvent s'adresser à leur médecin en cas de besoin. Face à un jeune en état de crise, surtout s'il a recours à des stratégies de gestion négatives, il est important d'organiser rapidement l'aide dont il a besoin.

Conduite d'entretien motivationnel (29-31)

La conduite d'entretien motivationnel (motivational interviewing) est une technique qui peut être utile pour susciter chez les jeunes une motivation intrinsèque à changer de comportement. Le but est de créer la motivation à travers l'exploration et la résolution des ambivalences. Même si les techniques d'entretien motivationnel sont souvent utilisées dans les entretiens de conseil lors de consommation abusive d'alcool et de substances, il est possible d'y recourir pour convaincre les jeunes à s'occuper de leur santé mentale.

1. Demander l'accord d'aborder ensemble un sujet donné.

2. S'enquérir de la volonté de changer quelque chose ou de la confiance du jeune en sa propre faculté à changer quelque chose.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point te sens-tu prêt/e à demander de l'aide et à traiter cette situation/ce sujet ?
 Question directe : Pourquoi réponds-tu par 5 ? / Question à rebours : pourquoi 5 et pas 3 ?
 Question de prédiction : qu'est-ce qu'il faudrait pour passer de 5 à 7 ?

3. Réagir à la volonté du jeune de changer

0-3	Pas prêt	Informé, conseiller et encourager
4-6	Pas sûr	Explorer les ambivalences
7-10	Prêt	Renforcer la détermination et inciter à agir

4. Penser au cadre de référence FRAMES, qui aide dans le conseil à changer de comportement et dans la promotion de la santé.

F	Feedback Donner un retour sur le risque/la problématique	<ul style="list-style-type: none"> Reprenez les mots utilisés par le jeune pour décrire le problème qu'il rencontre. Il semblerait que tes notes soient moins bonnes cette année et que tu aies eu un accident après avoir bu à une fête. Il semblerait que tu n'arrives plus à te concentrer à l'école et pour faire tes devoirs parce que tu souffres d'angoisses.
R	Responsibility Souligner la responsabilité dans le changement	<ul style="list-style-type: none"> J'ai envie de t'aider. Il est très important que tu assumes ta responsabilité dans le changement. Peux-tu entreprendre quelque chose pour t'aider toi-même ?
A	Advice Conseiller pour les changements à opérer	<ul style="list-style-type: none"> Je pense que le mieux pour toi serait d'arrêter de consommer de l'alcool et des drogues. Je pense que le mieux pour toi serait de parvenir à gérer tes angoisses.
M	Menu Discuter du « menu » des possibilités pour changer de comportement/suivre un traitement	<ul style="list-style-type: none"> Adaptez vos propositions à la volonté de changement de votre jeune patient. Tu pourrais essayer de consommer moins ou pas d'alcool/de drogues, pour réduire les effets négatifs pour toi-même et pour les autres. Pour réduire ton stress, tu pourrais essayer le sport ou une thérapie.
E	Empathy Conseiller en faisant preuve d'empathie	<ul style="list-style-type: none"> Je sais que c'est difficile à entendre mais je me fais du souci pour toi. Ta santé et ton avenir me tiennent à cœur.
S	Self-Efficacy Exprimer la confiance en ses propres capacités	<ul style="list-style-type: none"> Même si ce sera peut-être difficile, je crois en toi et je sais que tu y arriveras lorsque tu sentiras que c'est le bon moment pour toi.

4. « Prends soin de toi » : une boîte à outils pour promouvoir la santé mentale des adolescents

Afin de sensibiliser les jeunes aux thèmes relevant de la santé mentale et, le cas échéant, de leur fournir des informations et des points de contact, nous avons développé la boîte à outils « Prends soin de toi ». Cette brochure d'information, qui sera disponible dans les cabinets de pédiatrie et de médecine de l'adolescence, vise à encourager les jeunes à aborder leur santé de manière proactive. Elle sera également mise à disposition sur le site www.takecare.ch et pourra être téléchargée gratuitement.

Pour élaborer la boîte à outils « Prends soin de toi », nous avons d'abord dépouillé systématiquement la littérature spécialisée. Notre objectif était de recueillir les résultats d'études sur les éléments et les interventions efficaces dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale. Une méta-analyse à large échelle publiée en 2019 (32) a identifié sept composantes qui exercent une influence positive sur la santé mentale des jeunes :

- les compétences interpersonnelles
- la régulation des émotions
- les connaissances sur la consommation abusive d'alcool et de substances
- l'attention
- la capacité à résoudre les problèmes
- l'entraînement à l'affirmation de soi
- la gestion du stress

Trois d'entre elles, à savoir les compétences interpersonnelles, la régulation des émotions et les connaissances sur la consommation abusive d'alcool et de substances ont même montré des effets significatifs sur plusieurs résultats. La boîte à outils « Behavioral Health : An Adolescent Provider Toolkit » (29), élaborée en 2007 par le groupe de santé pour adolescents (Adolescent Health Working Group) de San Francisco, sert de base à la nôtre. Elle contient des informations destinées aux professionnels de la santé et aux parents, tout comme une sélection de thèmes spécifiques par âge qui ont été formulés par un groupe d'experts dans un langage compréhensible pour les jeunes. Autre élément important : les modules psychoéducatifs accompagnés d'exercices pratiques, que nous avons retenus sur la base des composantes de la méta-analyse de Skeen et al. (32) relatives aux facteurs à même de promouvoir efficacement la santé mentale. Avec l'accord du groupe de santé pour adolescents de San Francisco, nous avons pu les traduire en allemand et en français et les adapter au contexte suisse. Par ailleurs, nous avons décidé d'intégrer de manière complémentaire plusieurs nouveaux thèmes, comme un module sur l'auto-évaluation de l'addiction en ligne, complété par des conseils sur la consommation saine des réseaux sociaux, face à l'importance gagnée par cette thématique ces dernières années. Pour encore mieux adapter la boîte à outils aux besoins des jeunes, nous avons réalisé un entretien-test avec une jeune fille de 15 ans, à qui il a été demandé d'évaluer la boîte à outils. Puis, nous avons mené deux groupes focus avec des jeunes d'une association de jeunesse à Pfyn TG, dans le but d'obtenir un retour sur les contenus de la boîte à outils que nous avions développée et, le cas échéant, d'optimiser notre instrument. La boîte à outils destinée aux adolescents a également été discutée avec des représentants des pédiatres suisses.

5. Bibliographie

1. Streeck-Fischer A. Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
2. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ. Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Dtsch Ärztinnen- Ärztebl Int.* 2013 ;110(25) : 425–31.
3. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et autres. Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(4) : 372–80.
4. Fuchs M, Bösch A, Hausmann A, Steiner H. «The child is father of the man» – review of literature on epidemiology in child and adolescent psychiatry. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 2013 ; 41(1) : 45–55.
5. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 ; 45(1) : 8–25.
6. Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand.* 1998 ; 98(4) : 262–71.
7. Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(3):194–203.
8. Klasen F, Meyrose A-K, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberer U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2017;165(5) : 402–7.
9. Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, et autres. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017 ; 26(12) : 1483–99.
10. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 ; 56(3) : 345–65.
11. Fuchs M, Karwautz A. Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Eine narrative Übersichtsarbeit unter Berücksichtigung österreichischer Daten. *Neuropsychiatrie.* 2017 ; 31(3) : 96–102.
12. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014 ; 48(7) : 606–16.
13. Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent Health and Adult Education and Employment: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2015 ; 136(1) : 128–40.
14. Costello EJ. Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016 ; 45(6) : 710–7.
15. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 ; 55(8) : 647–56.
16. Ihle W, Esser G. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: *Psychol Rundsch.* 2002 ; 53(4) : 159–69.
17. Rescorla L, Ivanova MY, Achenbach TM, Begovac I, Chahed M, Drugli MB, et autres. International epidemiology of child and adolescent psychopathology II: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 ; 51(12) : 1273–83.e8.
18. Quinn PO, Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014 ; 16(3).

19. Vloet T, Herpertz-Dahlmann B. 36 Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Delinquenz. In : Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme Verlag ; 2011. p. 316–25.
20. Forns M, Abad J, Kirchner T. Internalizing and Externalizing Problems. In: Levesque RJR, éditeur. Encyclopedia of Adolescence [Internet]. New York, NY: Springer; 2011 [consulté le 4 juin 2020]. p. 1464–9. À consulter à l'adresse https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_261.
21. Klein-Heßling J, Lohaus A. Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. Z Für Klin Kinderpsychol. 2002;11(1):29–37.
22. Züger P. Basisdaten zu Gesundheit und Lebensstil bei 13- bis 16- jährigen Jugendlichen der zweiten Sekundarklassen in der Stadt Zürich: Erstellung eines Erhebungsinstruments und Auswertung für das Schuljahr 2007/2008 [Internet] [Master-Thesis]. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern; 2008. À consulter à l'adresse https://www.kjpd.uzh.ch/dam/jcr:00000000-0379-5cb2-ffff-ffffd0e4989d/Pini_Basisdaten_Gesundheit_Lebensstil_Jugendliche.pdf.
23. Kim B, White K. How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes? Systematic literature review. Int J Adolesc Youth. 2018 ; 23(2) : 198–218.
24. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 ; 40(11) : 1337–45.
25. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire : A Research Note. J Child Psychol Psychiatry. 1997 ; 38(5) : 581–6.
26. Goldenring JMRD, Rosen DS. Getting into adolescent heads: An essential update. Contemp Pediatr. 1er janvier 2004 ; 21 : 64–90.
27. <http://www.sdqinfo.org/> [Internet]. [consulté le 4 juin 2020]. À consulter à l'adresse <http://www.sdqinfo.org>.
28. Stevanovic D, Urbán R, Atilola O, Vostanis P, Singh Balhara YP, Avicenna M, et autres. Does the Strengths and Difficulties Questionnaire – self report yield invariant measurements across different nations ? Data from the International Child Mental Health Study Group. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015 ; 24(4) : 323–34.
29. Shalwitz J, Sang T, Combs N, Davis K, Bushman D, Payne B. Behavioral Health: An Adolescent Provider Toolkit [Internet]. San Francisco: Adolescent Health Working Group; 2007. À consulter à l'adresse <https://ahwg.org/download/behavioral-health-2007/#unlock>.
30. Réseau de formateurs motivational interviewing en Suisse: www.motivationalinterviewing.org/trainers/Switzerland
31. Miller, W. & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing. Helping People Change. 3rd ed. New York, USA: Guildford Press.
32. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, du Toit S, Tomlinson M, Dua T, et autres. Adolescent Mental Health Program Components and Behavior Risk Reduction: A Meta-analysis. Pediatrics. 2019 ; 144(2).

Nous exprimons nos vifs remerciements pour leurs contributions orales et écrites à la présente brochure d'information aux personnes ci-après :

- Dr. med. Anna Pirker, spécialiste FMH en pédiatrie
- Dr. med. Hannes Geiges, spécialiste FMH en pédiatrie
- Dr. phil. hum. Alfred Künzler, docteur ès lettres, chef du bureau de coordination du Réseau Santé Psychique Suisse

Adresse de correspondance :

Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)
Département de psychologie appliquée
Pfungstweidstrasse 96
Case postale
CH-8037 Zurich

Courriel info.psychologie@zhaw.ch

Site web www.takecare.ch

Un projet commun de l'Institut de psychologie et l'Institut de santé publique



Avec la participation de :



Financé par :



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Soutenu par :



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Recommandé par:



Impressum

Commande gratuite : www.bundespublikationen.admin.ch **Numéro de commande :** 316.321.f

Version numérique : www.takecare.ch **Rédaction :** ZHAW Université des sciences appliquées de Zurich

Editeur : Office fédéral de la santé publique **Graphisme et mise en page :** TEIL.CH GmbH

Illustration : Malin Widén