

Faculté de Médecine d'Oran

Département de Médecine

Conférence de 3^{ème} année de pédopsychiatrie

Notions d'épidémiologie en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Pr. S. Mouffok

Maitre de conférences « A » en Pédopsychiatrie

Service de Pédopsychiatrie

Etablissement Hospitalier Spécialisé de psychiatrie d'Oran - Sidi Chami

Notions d'épidémiologie en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

I) Introduction- Généralités :

- L'épidémiologie s'intéresse à :
 - 1) à décrire l'état de santé d'une population : combien de malades, combien de maladies ?
 - On parle alors d'épidémiologie descriptive ;
 - 2) la recherche des facteurs de risque de maladies : c'est-à-dire des facteurs statistiquement et (non causalement, comme on le croit souvent) associés à la survenue d'une maladie.
 - On parle alors d'épidémiologie analytique ;
 - 3) l'évaluation des pratiques et des prises en charge : il s'agit alors d'épidémiologie évaluative.
- L'épidémiologie descriptive est souvent considérée comme une simple activité de comptage alors que l'épidémiologie analytique, plus scientifique, ferait appel à des modèles complexes. En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, comme dans d'autres spécialités médicales d'ailleurs, cette idée reçue est totalement erronée : l'épidémiologie descriptive est assurément une discipline complexe posant d'emblée plusieurs questions essentielles.
- Pour des raisons en partie statistiques, l'épidémiologie descriptive est en effet plus sensible à la précision de la détermination du phénotype, c'est-à-dire du trouble mental évalué. Or il est connu de longue date que la définition d'un malade mental ou la définition d'une maladie mentale ne va pas de soi, et ce en particulier chez l'enfant et l'adolescent.
- Voyons rapidement quelques éléments du problème.
- Un malade est par définition un sujet ressentant le besoin de visiter un professionnel de santé. Premier point de difficulté : l'épidémiologiste, du fait même de sa méthodologie, va vers le sujet et non le contraire.
- L'épidémiologiste interroge le sujet sur son mal-être potentiel, il y a donc une interaction entre l'expérience (l'enquête) et la mesure (se sentir malade) : il est bien difficile, en pratique, de déterminer l'effet de la première sur la seconde.

- À propos de la définition d'une maladie, constatons tout d'abord que tout malade n'a pas systématiquement une maladie (beaucoup de patients ont un tableau qui ne correspond que très imparfaitement aux catégories diagnostiques) et, réciproquement, un sujet n'est pas nécessairement malade (une patiente présentant une anorexie mentale peut ainsi se sentir en pleine forme). En réalité, il n'y a pas une, mais plusieurs façons de définir une maladie. On peut ainsi envisager :
 - un processus physiopathologique (psychopathologique) : c'est souvent ce que l'on présente comme « l'étalon or » en médecine somatique. Il y aurait fort à dire à ce propos, constatons simplement qu'en psychiatrie, cette voie est encore à creuser ;
 - un ensemble de symptômes corrélés ayant une valeur pronostique et thérapeutique, généralement consacrée par l'histoire. C'est l'approche des catégories issues de la CIM(Classification Internationale des Maladies) ou du DSM(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ;
 - un mot utilisé dans la vie de tous les jours, notamment par les journalistes ; un mot destiné à définir une catégorie de sujets pouvant bénéficier d'un remboursement de soins ;
 - un concept utilisé par les juges pour déterminer ce qu'aurait dû être la conduite d'un médecin lors d'une plainte portée par un patient ;
 - un concept dégagé par la sociologie (dépression comme fatigue d'être soi par exemple).
- L'épidémiologiste doit avoir en tête les différents aspects de la définition du malade et de la maladie lorsqu'il conçoit, analyse et interprète ses données. La littérature internationale a d'ailleurs abondamment discuté ce point : quelles sont les relations entre une mesure étalon, un *gold standard* [comme la méthode LEAD (*Longitudinal, Expert, All Data*), s'appuyant sur toutes les données disponibles concernant la trajectoire de vie d'un patient et analysées collégalement par une groupe d'experts.
- Ce préambule était indispensable pour interpréter les résultats apparemment décevants parfois trouvés dans la littérature. Ainsi, un article paru dans une prestigieuse revue d'Amérique du Nord fait état de 52 études d'épidémiologie descriptive réalisées dans 20 pays. Les prévalences sur 6 mois à 1 an, tous troubles mentaux confondus (c'est-à-dire le pourcentage de sujets, en population générale, ayant présenté au moins un trouble mental dans les 6 à 12 derniers mois) chez des enfants et des adolescents varient entre 1%et 51%... De toute évidence ces études ne reposent pas sur les mêmes définitions de ce qu'est un trouble mental dans cette population d'âge, et ce même si les critères utilisés sont généralement toujours ceux du DSM. En effet, non seulement les versions successives de cette classification

différent, mais aussi et surtout les instruments utilisés pour déterminer ces troubles conduisent eux aussi souvent à des résultats différents.

- Par chance, l'épidémiologie analytique (en d'autres termes la mise en évidence des facteurs de risque des maladies psychiatriques chez l'adolescent) est moins sensible à ce problème. En effet, même à partir d'un instrument imparfait, si (par exemple) le ratio fille malade/garçon malade change fortement avant et après l'adolescence, l'information peut tout de même avoir un certain intérêt clinique et épidémiologique.
- Plusieurs études de cohortes commencent à disposer d'un recul permettant de faire le lien entre enfance et psychopathologie à l'adolescence.
- Dans une de ces cohortes (néozélandaise), 890 sujets ont été suivis de trois à dix-huit ans. Chez les filles et chez les garçons un trouble mental à quinze ans était fortement corrélé avec l'existence d'un problème de santé mentale dans l'enfance. Par ailleurs, une séparation parentale dans l'enfance et, chez les garçons, de faibles compétences sociales sont également un facteur prédictif de trouble mental à quinze ans. Enfin, les garçons apparaissent plus à risque, en particulier ceux issus d'un milieu social défavorisé.
- Des études transversales (observation des sujets à un instant donné seulement) de grande ampleur sont aussi disponibles. Dans un article de 2004, des épidémiologistes britanniques rapportent des résultats obtenus chez 8772 enfants et adolescents âgés de cinq à quinze ans.
- En résumé :
 - les facteurs de risque de dépression sont essentiellement un âge élevé ainsi que des antécédents d'événements de vie délétères. À noter que ce n'est pas seulement l'âge réel qui est un facteur de risque, mais également le simple fait d'avoir l'air plus vieux que son âge;
 - les facteurs de risque de troubles anxieux sont essentiellement des problèmes neuro-développementaux ainsi que des antécédents d'événements de vie délétères ;
 - les facteurs de risque d'hyperactivité avec déficit de l'attention sont le sexe masculin ainsi que des problèmes neuro-développementaux ;
 - alors que les facteurs de risque de trouble des conduites ou de trouble oppositionnel avec provocation sont certes également le sexe masculin mais aussi un quotient intellectuel bas ainsi qu'un bas niveau socio-économique.
- On notera ici avec intérêt les facteurs de risque différents concernant l'hyperactivité avec déficit de l'attention d'un côté et les troubles des conduites et les troubles

oppositionnels avec provocation de l'autre. Bien que ces troubles soient fortement co-morbides, voilà un argument en faveur d'une étiopathogénie potentiellement différente.

- Certaines études se sont concentrées sur la stabilité des troubles psychiatriques entre l'enfance/préadolescence et l'adolescence. Ainsi, un travail publié en 2003 a suivi 1420 sujets de l'âge de neuf-treize ans à l'âge de seize ans (population générale en provenance d'Amérique du Nord) :
 - un diagnostic préalable de dépression est associé à seize ans à un diagnostic de dépression mais aussi à un diagnostic d'anxiété. Réciproquement, un diagnostic d'anxiété est associé à seize ans à un diagnostic d'anxiété mais aussi à un diagnostic de dépression ainsi qu'à un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances ;
 - un diagnostic préalable de trouble des conduites est très fortement associé à un diagnostic de trouble des conduites à seize ans, et plus faiblement à un diagnostic d'hyperactivité avec déficit de l'attention ainsi qu'à un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances ;
 - un diagnostic préalable de trouble oppositionnel avec provocation est associé à un trouble oppositionnel à seize ans (et seulement à lui) ;
 - un diagnostic préalable d'hyperactivité avec déficit de l'attention est fortement associé au même diagnostic à seize ans, et plus faiblement à un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation à seize ans ;
 - un diagnostic préalable de trouble lié à l'usage de substances est fortement associé au même trouble à l'âge de seize ans.
- De telles études montrent ainsi une relative stabilité des diagnostics au cours du temps. Quand il y a des changements de diagnostics, ils préservent souvent la dichotomie classique : trouble internalisé/trouble externalisé (mais pas toujours).
- Les études épidémiologiques en psychiatrie de l'adolescent sont couteuses et lourdes à réaliser. Si leurs résultats peuvent paraître parfois quelque peu décevants (avoir des soucis dans sa vie permet de prédire dans une certaine mesure que l'on continuera à en avoir...), en les lisant de plus près on peut cependant trouver des éléments permettant soit d'étayer la légitimité d'entités diagnostiques (hyperactivité avec déficit de l'attention par exemple), soit d'étayer des hypothèses étiopathogéniques (rôle des événements de vie délétères dans la survenue de troubles dépressifs et anxieux, ce qui ne semble pas être le cas pour les troubles externalisés).

- Il faut cependant toujours interpréter avec prudence, et notamment considérer que des notions aussi importantes que celle de « causalité » ne doivent être que très exceptionnellement évoquées à l'issue d'études épidémiologiques.

Références bibliographiques

COSTELLO E. J., MUSTILLO S., ERKANLI A., KEELER G., ANGOLD A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60 : 837-844.

FEEHAN M., MCGEE R., WILLIAM S. M., NADE-RAJAS S. (1995). Models of adolescent psychopathology : childhood risk and the transition to adulthood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34 : 670-679.

FORD T., GOODMAN R., MELTZER H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999 : the prevalence of DSM-IV disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42 : 1203-1211.

ROBERTS R. E., ATTKISSON C. C., ROSENBLATT A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 155 : 715-725.

Bruno Falissard , INSERM U669 In Adolescent Mental Health