

# Psychiatrie: ce qui a changé en 2022

Dre SYLVIE BERNEY<sup>a</sup>, Dr MICHAEL METTRAUX<sup>a</sup>, Dre TATJANA FRANZ<sup>a</sup>, Dr FRANÇOIS CANDAU<sup>a</sup>, AUDE EGGIMANN<sup>a</sup>,  
NATHALIE FEHR<sup>b</sup>, Dre LILITH ABRAHAMYAN EMPSON<sup>a</sup>, Pr PHILIPPE CONUS<sup>a</sup> et Dr PHILIPP S. BAUMANN<sup>a,b</sup>

Rev Med Suisse 2023; 19: 82-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.809-10.82

La période des études et/ou de la formation professionnelle est une phase de vie au cours de laquelle émergent une grande partie des troubles psychiques. Il n'est donc pas rare d'être sollicité par un jeune en formation au sujet d'un aménagement de la formation pour des raisons psychiques. Certains des troubles qu'on pensait survenir dans l'enfance existent aussi chez l'adulte. C'est le cas du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les outils à disposition pour le traitement des troubles psychiques ne se restreignent pas aux médicaments: on connaît l'utilité des psychothérapies ou des approches corporelles par exemple. On connaît moins les effets bénéfiques de l'exposition à la nature et aux espaces verts, qui sont pourtant solidement étayés par des études scientifiques et que l'on aurait tort de sous-estimer.

## Psychiatry: what's new in 2022

*The period of study and/or vocational training coincides with the phase of life where a large proportion of psychiatric disorders emerge. It is therefore common to be asked by a young person in training to make adjustments to his or her training for psychological reasons. Some disorders that were thought to occur in childhood also exist in adults: this is the case of attention deficit disorder with or without hyperactivity, which must be detected and treated appropriately. The tools available for the treatment of psychiatric disorders are not limited to medication and the usefulness of psychotherapy or physical approaches, for example, is well known. We are less aware of the beneficial effects of exposure to nature and green spaces, which are however solidly supported by scientific studies – and which we should not underestimate.*

## CAPACITÉ DE TRAVAIL ET AMÉNAGEMENTS CHEZ LE JEUNE ADULTE EN FORMATION

M. Mettraux, T. Franz et S. Berney

La majorité des troubles psychiques se déclarent avant l'âge de 25 ans, avec un pic d'incidence avant l'âge de 10 ans pour les troubles neurodéveloppementaux (troubles dys-, trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), trouble du spectre de l'autisme (TSA), à l'adolescence pour les troubles anxieux et les troubles du comportement alimentaire, et au début de l'âge adulte pour les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et du spectre de la schizophrénie, les troubles de l'usage d'une substance et les troubles de la personnalité.<sup>1</sup> Les troubles psychiques aigus et les états de crise, de même que les troubles stabilisés sous traitement, peuvent s'accompagner ou non de symptômes ayant un impact sur la

formation. Il s'agit dès lors de distinguer ce qui relève de l'incapacité de travail – temporaire – et ce qui relève de limitations fonctionnelles stables, secondaires au(x) trouble(s), chez des sujets ayant une capacité de travail conservée.

Les troubles psychiques et/ou les traitements utilisés pour les soigner peuvent avoir un impact sur les fonctions cognitives: difficultés de concentration ou d'attention, troubles mnésiques, troubles de la compréhension, de la pensée, de la perception, difficultés dans les compétences verbales (expression orale et écrite), instabilité affective, difficultés de motivation, d'initiation et de réalisation de tâches cognitives complexes, ralentissement psychomoteur et/ou dans le traitement de l'information, difficultés de planification, d'organisation, de flexibilité mentale, d'anticipation, troubles du raisonnement et/ou du jugement (prendre des décisions adéquates en fonction des objectifs).<sup>2,3</sup> Si ces manifestations sont aiguës, il est nécessaire d'évaluer la capacité de travail du jeune en formation, en se renseignant bien sur les échéances, les modalités d'apprentissage et le système d'études, et en étant attentif à éviter au maximum une désinsertion. Une incapacité partielle plutôt que totale est à privilégier dès que possible, avec une réévaluation régulière de la situation (au minimum toutes les deux semaines). Si ces manifestations correspondent à des limitations stables, des mesures de compensation des désavantages peuvent faire l'objet d'un certificat médical, avec un réexamen plus espacé de la situation (par exemple, une fois par an).

Les textes de loi présents dans la Constitution fédérale, la Loi fédérale sur la formation professionnelle et la Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées, donnent les bases juridiques permettant la compensation des désavantages pour les personnes considérées comme handicapées (de par le fait que le trouble, durable, empêche la personne de suivre une formation ou la gêne dans l'accomplissement de ses activités) dans la formation.<sup>4</sup> Deux paramètres sont importants quant au contenu du certificat médical à présenter: d'une part le diagnostic médical, avec description des déficits et des symptômes liés au(x) trouble(s) et, d'autre part, une description fonctionnelle des limitations, détaillant les répercussions sur la personne concernée, compte tenu des possibilités de compensation.

Au sein de l'Unité ambulatoire d'accueil et interventions brèves du Service de psychiatrie générale du CHUV, qui reçoit une majorité de jeunes adultes en formation (gymnase, apprentissage, HE, Université), nous constatons une augmentation des demandes de certificats d'aménagements. Les mesures de compensations les plus fréquemment appliquées concernent les situations d'examen, avec l'octroi d'un temps supplémentaire, ainsi que la possibilité de limiter les distracteurs visuels et/ou auditifs. Il existe toutefois de nombreuses autres mesures, qui peuvent s'appliquer durant les examens,

<sup>a</sup>Service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Rue du Pont-Neuf 2, 1110 Morges  
sylvie.berney@chuv.ch | michael.mettraux@chuv.ch | tatjana.franz@chuv.ch  
francois.candau@chuv.ch | aude.eggimann@chuv.ch | nathalie.fehr@fsp-hin.ch  
lilith.abrahamyan-empson@chuv.ch | philippe.conus@chuv.ch | philipp.baumann@chuv.ch

durant les semestres et en situations d'apprentissage ou de stage. Cette prescription nécessite une compréhension des enjeux par toutes les parties prenantes, ce qui, à la suite de la clarification des diagnostics et de leur impact, implique un important travail d'information et de réseau. S'agissant de handicapés « invisibles », il est nécessaire de soutenir activement les jeunes se trouvant dans de telles situations et craignant parfois que ces mesures entraînent une stigmatisation. Il existe à ce jour très peu de littérature sur l'efficacité des mesures de compensation des désavantages et sur les possibilités d'insertion dans la vie professionnelle au terme de la formation. Une des limitations est l'hétérogénéité des pratiques dans ce domaine, que ce soit à l'égard de l'extensivité des bilans effectués pour clarifier les diagnostics ou à celui des possibilités de compensations selon le contenu et le contexte de la formation. Il s'agit d'une pratique en expansion, qui doit encore faire l'objet d'études de suivi.

**Ce que l'on savait déjà:** la majorité des troubles psychiques se déclarent avant l'âge de 25 ans et peuvent avoir un impact sur les fonctions cognitives. L'évaluation de cet impact et de sa temporalité, compte tenu des troubles et des traitements, permet de clarifier la capacité de travail et la présence de limitations fonctionnelles.

**Ce que cela apporte de nouveau:** l'établissement d'un certificat d'aménagements nécessite la clarification de tous les diagnostics (troubles primaires, éventuels troubles secondaires) et de leur impact cognitif. Il est également nécessaire de connaître les conditions de formation de la personne concernée et le type de tâches qu'elle doit effectuer, de même que les modalités d'examens.

**Ce que l'on ne sait toujours pas:** ces pratiques étant récentes et hétérogènes selon les lieux et les pays, il est difficile de procéder à des comparaisons. Nous ne disposons actuellement pas d'une littérature scientifique nous renseignant clairement sur l'efficacité des mesures d'aménagements, notamment au niveau de la réussite de la formation, mais également au niveau des possibilités d'insertion professionnelle qui en découlent.

## TDAH CHEZ L'ADULTE EN CRISE

F. Candaux, A. Eggimann et S. Berney

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité entraînant des répercussions fonctionnelles importantes. Ce trouble, habituellement diagnostiqué dans l'enfance, peut persister avec des symptômes résiduels dans 50% des cas. À l'âge de 25 ans, 15% des sujets devenus adultes remplissent toujours les critères diagnostiques du trouble.<sup>5</sup> Selon les études récentes, la prévalence estimée du TDAH chez l'adulte est de 2,8%.<sup>6</sup> La présentation clinique a tendance à évoluer entre l'enfance et l'âge adulte, avec une augmentation des symptômes attentionnels et des comorbidités psychiatriques, tandis que les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité ont tendance à diminuer et à s'intérioriser. Une difficulté dans la régulation émotionnelle peut également être présente à l'âge adulte et constitue une caractéristique soutenant le diagnostic dans le DSM-5.<sup>7</sup> Les études montrent que le TDAH peut

entraîner des conséquences négatives à l'âge adulte en termes de niveau de formation, de taux d'emploi plus faibles et d'accidents plus fréquents par rapport à la population générale.<sup>8</sup>

Sur le plan clinique, toute nouvelle consultation peut être comprise comme étant liée à un moment de crise dans la vie du sujet. L'entrée en soins s'accompagne donc souvent d'une symptomatologie polymorphe réactionnelle (par exemple anxieuse ou dépressive) qui peut comprendre des symptômes tels que des difficultés d'attention et de concentration, des oublis mais également une agitation intérieure. Sur le plan thérapeutique, il s'agit alors de prendre un temps pour traiter la crise, par exemple en pratiquant une intervention psychodynamique brève (IPB),<sup>9</sup> puis d'effectuer un bilan des symptômes TDAH résiduels une fois la problématique actuelle clarifiée, s'ils ne sont pas résolus. Si des symptômes cognitifs et comportementaux persistent au terme de l'IPB, le travail de crise aura permis une mise en sens de l'aggravation symptomatique et de l'impact de ces symptômes sur le vécu du sujet.

La consultation TDAH adulte de l'Unité ambulatoire d'accueil et interventions brèves du Service de psychiatrie générale du CHUV propose des interventions spécifiques visant un diagnostic et la construction du plan de traitement. Les personnes peuvent y être référées par leur médecin traitant ou par leur psychiatre. L'intervention spécifique consiste en un examen attentif du diagnostic différentiel, incluant l'exploration des symptômes cardinaux du TDAH (inattention, hyperactivité, impulsivité). Une attention particulière est portée aux comorbidités, la majorité des situations de TDAH chez l'adulte s'accompagnant d'une ou de plusieurs autres pathologies (troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles liés à l'usage d'une substance, troubles de la personnalité, autres troubles neurodéveloppementaux comme un TSA).

En présence de symptômes clairement évocateurs d'un TDAH, une évaluation complémentaire est réalisée avec des outils psychométriques permettant l'évaluation rétrospective et actuelle, ainsi que la clarification des retentissements fonctionnels (auto et hétéro-questionnaires, entretien semi-structuré). Les échelles d'autoévaluation ou les tests neuropsychologiques seuls ne suffisent pas pour établir le diagnostic de TDAH.

Au terme de l'investigation, le plan de traitement, coconstruit avec le patient, est partagé avec le médecin demandeur. Le traitement du TDAH est indiqué dans les cas où ce trouble provoque l'impact fonctionnel le plus important. A contrario, si des comorbidités (par exemple, une dépression ou une anxiété sévère) sont au premier plan, elles doivent être traitées en première intention, avant que le TDAH puisse être pris en charge. Le traitement du trouble est multimodal avec une partie de psychoéducation, un traitement psychopharmacologique, une approche psychothérapeutique ou de coaching spécialisé.<sup>8</sup> Le traitement peut être initié en partenariat avec le médecin demandeur, à la consultation TDAH adulte, ou en collaboration avec des thérapeutes externes à l'institution, en visant une diminution des symptômes et une réduction de l'impact fonctionnel du trouble. Les études démontrent l'efficacité d'un traitement psychopharmacologique bien adapté chez la majorité des sujets, effet majoré par un traitement psychothérapeutique spécifique du TDAH.

**Ce que l'on savait déjà:** le TDAH de l'adulte est une pathologie fréquente et sous-diagnostiquée, pouvant avoir un impact fonctionnel important. Si des symptômes attentionnels persistent au terme d'une intervention de crise, ou en ont été le motif, il est nécessaire de procéder à une investigation psychiatrique exhaustive.

**Ce que cela apporte de nouveau:** lorsque l'intervention de crise permet un amendement partiel de la symptomatologie réactionnelle, une investigation psychopathologique complémentaire peut permettre la mise en évidence d'un ou de plusieurs troubles psychiques. Il est important d'inclure la possibilité d'un TDAH non encore diagnostiqué chez l'adulte.

**Ce que l'on ne sait toujours pas:** la possibilité de poser le diagnostic de TDAH chez l'adulte est récente. L'efficacité et les conséquences du traitement médicamenteux chez l'adulte sur le long terme ne sont pas connues. De nombreuses méthodes de prise en charge non médicamenteuses chez l'adulte sont à l'étude. Des recherches sont également en cours sur la composante de dysrégulation émotionnelle qui peut être associée au trouble.

## SE METTRE AU VERT: QUELS BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ PSYCHIQUE?

N. Fehr, L. Abrahamyan Empson, P. Conus et P. S. Baumann

Les arbres constituent une unité fonctionnelle nécessaire à la vie, que ce soit par exemple par le biais de la régulation climatique et du cycle de l'eau, la protection de la faune et de la flore, la photosynthèse ou la mise à disposition de bois (construction et chauffage). Au-delà des rôles écosystémiques de la forêt, on assiste ces dernières années à un regain d'intérêt pour la question de la nature et de son impact sur la santé psychique.<sup>10-12</sup> L'augmentation du temps passé à l'intérieur, l'utilisation accrue des écrans et la diminution d'activités de loisirs en plein air<sup>11</sup> viennent renforcer cet intérêt. Certains auteurs parlent même d'un syndrome de manque de nature (nature deficit disorder) pour parler de cette déconnexion à l'environnement naturel.<sup>10</sup> La pandémie de Covid-19 est également venue souligner la ressource que peut constituer l'accès à la nature de proximité.

Les études systématiques investiguant la question du lien entre nature et santé datent des années 1980, avec l'étude pionnière de Roger Ulrich. Celle-ci montre que les patients opérés de la vésicule biliaire, bénéficiant d'une vue sur jardin, se rétablissaient plus rapidement et avec moins de complications. Ces observations ont donné naissance à la théorie de la réduction du stress (SRT, Stress Reduction Theory).<sup>13</sup> Selon une autre hypothèse, la nature permet de restaurer l'attention par le biais d'une «fascination douce», c'est-à-dire un niveau de stimulation agréable (théorie de la restauration de l'attention – ART, Attention Restoration Theory).<sup>13</sup>

Plus récemment, une recherche a comparé les changements dans les régions cérébrales liées au stress à la suite d'une promenade d'une heure dans une zone urbaine versus dans un environnement naturel (forêt).<sup>13</sup> Cette étude de neuro-imagerie fonctionnelle révèle que l'activation des amygdales diminue

(lors d'une tâche de stress) après la promenade dans la nature, ce qui n'est pas le cas après la promenade dans un environnement urbain.<sup>13</sup> Ces résultats viennent étayer encore davantage le rôle sur la réduction de stress joué par le contact avec la nature.

Les bienfaits de la nature sur la santé psychique sont en fait connus de longue date en psychiatrie et remontent probablement au 18<sup>e</sup> siècle.<sup>14</sup> Il reste toutefois à clarifier les caractéristiques exactes de la nature qui sont à l'origine de ces effets bénéfiques sur la santé psychique. L'expérience de la nature est à la fois immersive, multisensorielle<sup>11</sup> et affective. Il est probable que tous les sens, y compris l'olfaction, jouent un rôle. La dimension personnelle, à savoir l'histoire de son propre lien à la nature, a également une incidence.

À propos de l'apport des espaces verts, la population japonaise est encouragée à recourir au shinrin-yoku (bain de forêt) pour améliorer son bien-être physique et mental depuis les années huitante.<sup>10</sup> Plus proche de chez nous, suite à une série d'études en Grande-Bretagne, il est proposé de distinguer trois niveaux de mobilisation en lien avec la nature: la vie quotidienne, la promotion de la santé par la nature et les soins par les thérapies vertes.<sup>15</sup> Cette dernière notion recouvre des interventions par la nature pour des populations ayant un besoin de santé ou social particulier (par exemple, dépression, troubles anxieux, trouble de stress post-traumatique (PTSD, Post-traumatic stress disorder) chronique, isolement, désinsertion sociale). Dans certains pays comme le Canada, on peut d'ailleurs prescrire les espaces verts (green prescription) pour que les patients sortent dans la nature. Le contact avec les espaces verts constitue donc une ressource pour la préservation de la santé, mais également une alternative de soins lors de certains troubles psychiques, en compléments aux autres interventions que l'on peut offrir.

Mettre en place des interventions thérapeutiques dans les espaces verts offre la possibilité de développer un travail de soin par la restauration des liens (avec l'environnement, avec soi et avec les autres), ces dimensions étant bien souvent mises à mal dans les problèmes de santé mentale. Mieux connaître les forêts de proximité et les visiter de manière régulière permettrait de se relier à la nature en favorisant le processus d'attachement à certains lieux et, aussi, sûrement d'aborder la question de leur préservation.

Il existe encore un certain nombre de limitations par rapport à l'application des «thérapies vertes», comme les connaissances pour savoir quelles populations cliniques bénéficieraient le plus de ces approches et à quelle phase de la maladie il faudrait les appliquer. On peut mentionner aussi le manque de formation certifiante ou encore de supervisions adéquates dans ce domaine.<sup>10</sup>

Pour finir, l'interconnexion entre la santé psychique et les espaces verts met en lumière l'importance de prendre soin de la nature afin qu'elle puisse faire de même avec nous, dans un esprit de cobénéfice entre santé et environnement.<sup>12</sup> Le contexte d'urbanisation croissante et la réduction des écosystèmes et de la biodiversité viennent souligner l'urgence de cette question.<sup>13</sup>

**Conflits d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

- 1 Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan;27(1):281-95. DOI: 10.1038/s41380-021-01161-7. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34079068; PMCID: PMC8960395.
- 2 Mattingly G, Anderson RH, Mattingly SG, Anderson EQ. The impact of cognitive challenges in major depression: the role of the primary care physician. *Postgrad Med*. 2016 Sep;128(7):665-71. DOI: 10.1080/00325481.2016.1221318. Epub 2016 Aug 16. PMID: 27500820.
- 3 Douglas KM, Gallagher P, Robinson LJ, et al. Prevalence of cognitive impairment in major depression and bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018 May;20(3):260-74. DOI: 10.1111/bdi.12602. Epub 2018 Jan 18. PMID: 29345037.
- 4 \*\*CSFO. Compensation des désavantages pour personnes handicapées dans la formation professionnelle : Rapport. Édition trilingue d, f, i. Berne: CSFO Editions; 2015.
- 5 Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006 Feb; 36(2):159-65. DOI: 10.1017/S003329170500471X.
- 6 Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2007 Mar;9(1):47-65. DOI: 10.1007/s12402-016-0208-3.
- 7 \*\*Skirrow C, Asherson P. Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Affect D*. 2013 May;147(1-3):80-6. DOI: 10.1016/j.jad.2012.10.011.
- 8 Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobeh Rev*. 2021 Sep;128:789-818. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
- 9 \*Despland J, Michel L, de Roten Y. Intervention psychodynamique brève : un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte. *Pratiques en psychothérapie*. Elsevier Masson. Masson; 2010.
- 10 \*\*Cooley SJ, Jones CR, Kurtz A, Robertson N. 'Into the Wild': A meta-synthesis of talking therapy in natural outdoor spaces. *Clin Psychol Rev*. 2020 Apr;77. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101841.
- 11 Bratman GN, Anderson CB, Berman MG, et al. Nature and mental health: An ecosystem service perspective. *Sci Adv*. 2019;5(7). DOI: 10.1126/sciadv.aax0903.
- 12 Gonzalez JH, Niwa N, Senn N. Contact avec la nature. *Rev Med Suisse*. 2020;16(7141):21-36.
- 13 \*Sudimac S, Sale V, Kühn S. How nature nurtures: Amygdala activity decreases as the result of a one-hour walk in nature. *Mol Psychiatry*. 2022 Sep 5;(January):1-7. DOI: 10.1038/s41380-022-01720-6.
- 14 Parr H. Mental health, nature work, and social inclusion. *Environ Plan D Soc Sp*. 2007;25(3):537-61.
- 15 O'Brien L, Ambrose-Oji B, Wheeler B. Santé mentale et bien-être : l'apport des arbres et des forêts au bénéfice de différentes populations en Grande-Bretagne. *Sante Publique (Paris)*. 2019;31 (Hors série):163-71.

\* à lire  
\*\* à lire absolument