

DÉTECTION PRÉVENANTE EN SANTÉ MENTALE CHEZ L'ADOLESCENT : considérations éthiques et théoriques

A. MALCHAIR (1), M-A. MAERTENS (2), C. GOSSET (3), F. RENARD (4), F. LARØI (5), H. MOURAD (6), W. PITCHOT (7), M-A. DOMKEN (8)

RÉSUMÉ : Face aux changements caractérisant l'adolescence, de nombreux jeunes font l'expérience d'un mal-être, signe d'un processus développemental normal. Néanmoins, certaines souffrances peuvent témoigner d'une pathologie qui s'installe. Dans le cas de la dépression et de la psychose, les signes précoces sont aspécifiques, ce qui complique et retarde la prise en charge des jeunes qui en souffrent. En outre, la crainte de la stigmatisation et la méconnaissance des pathologies notamment, font obstacle à l'accès aux soins. Les initiatives de détection dite prévenante – identifier le risque pour soutenir et accompagner – cherchent à faire face à cette banalisation des signes cliniques sans rendre pathologique un processus développemental normal.

MOTS-CLÉS : *Adolescence - Signes précoces - Dépression - Psychose*

EARLY DETECTION TO PREVENT MENTAL ILLNESS DURING ADOLESCENCE : ETHICAL AND THEORETICAL CONSIDERATIONS
SUMMARY : In the face of changes that characterise adolescence, a number of youth experience ill-being, as part of a normal developmental process. For some of them, however, this ill-being may represent early signs of a psychopathological process. Regarding depression and psychosis, such early signs are non-specific, which complicates and delays treatment. In addition, issues such as stigmatization and unfamiliarity with these psychopathologies represent major obstacles to treatment access. Attempts to early detection, which involves identifying risk factors in order to provide support and follow-up, making an effort to take these clinical signs seriously, while at the same time avoiding to mistake a normal developmental process for a pathological condition.

KEYWORDS : *Adolescence - Early signs - Depression - Psychosis*

INTRODUCTION

Au sein des services de soins de santé, on observe que beaucoup d'adolescents en souffrance ne demandent de l'aide, directement ou non, que lorsque leur mal-être entrave leur fonctionnement.

En Belgique, le manque de services adaptés ainsi que la méconnaissance de ces services semblent retarder cet appel. En effet, les services proposés sont trop peu nombreux et trop peu diversifiés (1, 2). De façon globale, une approche de santé publique en santé mentale intégrant prévention, détection et intervention précoce est recommandée (3). Or, peu de place reste accordée, préventivement, aux signes insidieux d'une souffrance qui peut s'installer durablement.

Parmi les nombreuses manifestations et installations de la souffrance chez les adolescents, c'est autour de la dépression et de la psychose que nous abordons ici les enjeux de la prévention et la détection précoce.

L'ADOLESCENCE : SOURCE DE MAL-ÊTRE MANIFESTE OU SILENCIEUX ?

L'adolescence est une période de bouleversements à tous niveaux, de réorganisation tant physique que psychique et sociale. L'acceptation et l'intégration psychique de ces changements sont des processus qui peuvent être complexes, douloureux et angoissants.

Ainsi, le début de l'adolescence et l'absence de contrôle face à ces changements soudains peuvent induire un mal-être tant psychologique que psychique chez le jeune, mal-être qui peut s'exprimer de multiples façons : angoisses, humeur changeante ou tristesse, sensibilité au regard des autres, repli sur soi, plaintes somatiques, attitude d'opposition, voire de révolte, ...

Outre cette fragilité interne, le contexte joue également un rôle important. Bien qu'ils ne soient pas approfondis dans cet article, différents facteurs de risque externe doivent également être pris en compte.

Dans cette période de construction identitaire, il n'est pas toujours aisé de percevoir si la souffrance d'un jeune est adaptative ou si

(1) Professeur de Psychiatrie infanto-juvénile, Université de Liège, directeur médical CSMU.

(2) Psychologue, Chargée de Mission CSMU Enfants-Parents de Liège.

(3) Professeur, (4) Médecin scolaire et de Santé publique, Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège.

(5) Docteur en Psychologie, Département de Psychologie : Cognition et Comportement, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université de Liège.

(6) Psychiatre, Psypluriel-Liège.

(7) Professeur de Psychiatrie, Université de Liège.

(8) Psychiatre, Médecin Directeur ISO SL Secteur Santé mentale, Liège.

elle témoigne d'une psychopathologie, telle que la dépression ou la psychose, qui nécessite des soins. En effet, de nombreux symptômes précoces tels que l'anxiété, les troubles du sommeil et le repli sur soi, sont aspécifiques et fréquents à l'adolescence. Lorsqu'on questionne des jeunes belge sur leurs symptômes hebdomadaires, 29,3% se sentent déprimés, 44,4% ressentent de la nervosité et 44,4% s'endorment difficilement.

Lorsque l'adolescent manifeste son mal-être, il peut susciter une réaction de questionnement, voire d'aide et de soutien de la part de l'entourage. Pour d'autres jeunes au contraire, cette souffrance reste sans réponse. Ceci dépend, d'une part, du type d'environnement et, d'autre part, de la façon dont l'expression de son mal-être est perçue par ses proches.

DES SIGNES PRÉCOCES À LA RECHERCHE D'AIDE

La crainte de la stigmatisation ou de la maladie mentale elle-même est en grande partie liée au manque d'information. Cette peur représente un obstacle à l'expression et à la reconnaissance de la souffrance psychique, ce qui diminue le recours aux soins et la recherche d'aide (4, 5).

En effet, les questions relatives à la santé et la maladie mentales restent tabou, même lorsqu'on y est directement confronté. La psychose, plus particulièrement, incarne l'idée de folie et suscite, encore aujourd'hui, beaucoup de malaise, d'incompréhension et de stigmatisation des personnes qui en souffrent.

Dès lors, avant qu'une maladie psychique telle que la psychose ou la dépression ne se déclare de façon manifeste, de nombreux signes ou symptômes d'alerte subtils peuvent être, consciemment ou non, niés.

De nombreux jeunes et leur entourage évitent la reconnaissance de ces symptômes pendant les premiers stades de psychose ou de dépression (6, 7). Ils ne sont donc pris en charge que lorsque la pathologie est installée.

Par ailleurs, l'expérience des professionnels de terrain souligne que les infrastructures adaptées restent peu nombreuses et que les lieux de référence sont trop souvent méconnus des parents, des jeunes, et parfois même des professionnels. Ceci est induit notamment par un clivage important entre les institutions scolaires et celles des soins de santé. Les initiatives de services de première ligne, moins connues

«santé mentale» et donc plus faciles d'accès, sont trop rares.

La crainte de la stigmatisation ainsi que ce manque d'informations et de service adaptés sont tels que beaucoup d'adolescents en souffrance et leurs parents attendent des mois, voire des années, avant d'entrer en contact avec des professionnels et d'évoquer alors la présence de signes précoces.

Pourtant, certains changements dans l'attitude et le fonctionnement global peuvent être observés préalablement à différents niveaux : relationnel, somatique, cognitif, émotionnel (8, 9).

DANS LE CAS DE LA PSYCHOSE

Note épidémiologique

Les études épidémiologiques concernant la psychose auprès des enfants et adolescents sont peu nombreuses.

Une revue de la littérature (10) met en évidence que les troubles schizophréniques sont très rares chez les enfants et augmentent nettement dès 14-15 ans (prévalence d'environ 0,5%). Au sein de la population prise en charge dans le réseau des soins (pédo)psychiatriques, 5 à 20 % des adolescents manifestent des troubles psychotiques (9).

Chez les adultes, la prévalence de la schizophrénie est évaluée à environ 1% au sein de la population générale (11). Cependant, il existe une différence entre la prévalence des troubles psychotiques, des symptômes et des expé-

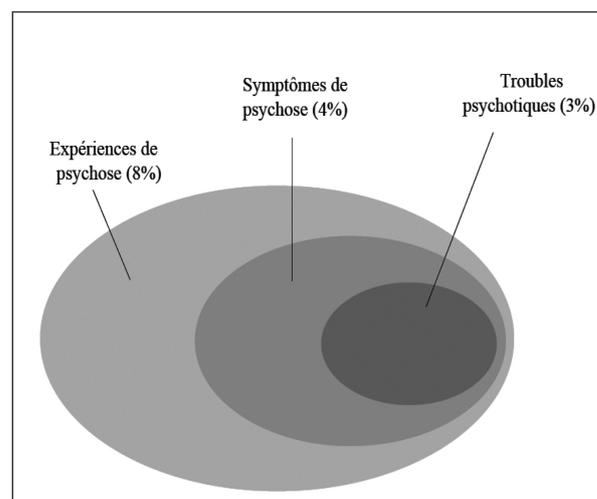


Figure 1. Psychose : variations le long d'un continuum, adapté de Van Os et coll. (2009).

riences psychotiques au sein de la population générale (12) (fig. 1) :

- les expériences de psychose (ne provoquant pas de réactions émotionnelles négatives persistantes) : 8%,
- les symptômes de psychose (associés à un haut degré d'angoisse et/ou un comportement de recherche d'aide) : 4%,
- les troubles psychotiques (définis dans les classifications diagnostiques) : 3%.

Installation progressive et intervention tardive

Certains auteurs (8, 9, 13) décrivent une installation progressive de la psychose en plusieurs phases (tableau I). Bien que la dénomination et le nombre de phases décrites divergent entre eux, tous s'accordent quant à l'aspect progressif de l'installation de la maladie et de l'apparition des symptômes.

L'adaptation des modèles proposés par Delamillieure et coll. (8) et par Raballo et Larøi (13) définit une installation progressive en 5 phases.

- La première phase, dite prémorbide, se caractérise par la présence de facteurs de risques, de signes de vulnérabilité (altération du développement moteur, troubles du langage, difficulté cognitive, ...), mais également par l'absence de difficultés psychosociales manifestes.
- La deuxième phase, dite prodromique précoce, s'observe dès le premier changement comportemental. Elle correspond à l'apparition d'un déficit psychosocial, la détérioration de la qualité de vie ainsi que les premières expériences subjectives atypiques.
- Lors de la troisième phase, dite prodromique tardive, les premiers signes atténués de psychose apparaissent. Un premier épisode psychotique bref (nommé BLIPS dans la littérature : «Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms») peut également s'observer. Il se caractérise par des signes psychotiques francs diminuant spontanément après moins d'une semaine.

- La quatrième phase, dite psychotique manifeste, correspond au développement de la maladie. L'alternance des périodes de rechutes et rémissions concernent surtout les symptômes positifs (hallucinations, délire, désorganisation de la pensée, ...) alors que les symptômes négatifs (repli social, ralentissement cognitif, pauvreté d'idéation, diminution de la motivation, anhédonie, ...) sont moins fluctuants.

- La dernière phase, dite stable, se caractérise par une perte de fonctionnement social et la présence de symptômes positifs et négatifs qui varient peu en intensité.

Dès l'entrée dans la phase psychotique manifeste, un diagnostic doit être posé et un traitement mis en place. Cependant, de nombreux mois à plusieurs années s'écoulent entre le début de la psychose et la mise en place d'un traitement (8).

Cette période de psychose non traitée (nommée DUP dans la littérature : «Duration of Untreated Psychosis») est, en partie, due aux résistances face à l'acceptation de cette pathologie (9). Elle est, en effet, influencée par le manque de recours aux soins, évoqué précédemment, par certains jeunes et leurs parents pour faire face aux difficultés psychiques.

Cette DUP détermine partiellement le pronostic de la maladie en influençant le degré et la durée de rémission, la qualité de vie des patients ainsi que l'intensité des symptômes résiduels.

En effet, l'instauration tardive du premier traitement est associée à un risque plus élevé de troubles majeurs du comportement (violence, dépression, suicide), d'abus de substance, de perturbations sociales graves. De façon globale, ne pas intervenir dès l'apparition des premiers symptômes accentue le risque de chronicisation de la maladie (14, 15).

Par ailleurs, distinguer les différentes phases de la maladie permet d'agir précocement et

TABLEAU I. MODÈLE D'INSTALLATION DE LA PSYCHOSE
ADAPTÉ DE DELAMILLIEURE ET COLL. (8) ET RABALLO ET LARØI (13)

		Durée de psychose non traitée – DUP			
Début de la maladie		Début de la psychose		Début du traitement	
Phase prémorbide	Phase prodromique précoce	Phase prodromique tardive	Phase psychotique manifeste	Phase stable	
1 ^{er} changement			1 ^{er} symptôme		

TABLEAU II. APERÇU DE SIGNES PRÉCOCES DE PSYCHOSE
(ISSU DE 8, 9, 17)

Phase prodromique précoce	Phase prodromique tardive
Moteur	
Changements psychomoteurs	Déficit psychomoteur
Thymique	
Dépression, idées suicidaires Oscillations de l'humeur Culpabilité	Anhédonie
Névrotique	
Irritabilité Anxiété, angoisses Instabilité Impatience	Angoisse envahissante
Motivation et énergie	
Perte d'énergie Perte de motivation Perte d'intérêt	Indifférence aux performances Diminution de la motivation
Cognitif et langagier	
Difficultés d'attention Préoccupations Troubles de la mémoire	Discours désorganisé Désorganisation de la pensée
Somatique	
Troubles du sommeil et de l'appétit Plaintes somatiques Manque d'hygiène	
Social	
Isolement social Agressivité Froideur Opposition	Plus grand repli
Expériences anormales subjectives	
Expériences perceptives inhabituelles Suspicion Idées bizarres, superstition	Distorsion de la réalité Idées délirantes Idées de grandeur Suspicion plus présente

d'adapter le traitement aux besoins de la personne (13). La prise en charge dès les premiers signes permet notamment de reporter, prévenir ou améliorer le risque d'installation de psychose (16).

Quels signes précoces ?

Comme évoqué ci-dessus, certains signes avant-coureurs sont observables dès les premières phases de la maladie, avant qu'un diagnostic soit posé (tableau II, non exhaustif).

Les signes prodromiques précoces se caractérisent globalement par un déclin psychosocial et des changements dans le fonctionnement

pouvant s'observer au niveau de l'humeur, la cognition, les affects, le comportement, la perception et les croyances.

Ces signes non spécifiques ainsi que des expériences subjectives atypiques apparaissent avant les signes et symptômes positifs, même atténués, tels que la désorganisation et la perturbation de la pensée.

Ces signes atténués de psychose s'observent lors de la phase prodromique tardive.

Bien qu'ils apparaissent plus tardivement, les signes positifs ont une valeur prédictive importante. La durée des signes prodromiques, le déclin du fonctionnement global et la dépression sont également des signes prédictifs significatifs de la psychose (7).

DANS LE CAS DE LA DÉPRESSION

Note épidémiologique

Les prévalences observées dans la littérature sont très variables étant donné les différences d'outils utilisés et de critères diagnostiques privilégiés dans les études. Le type d'évaluation (auto- ou hétéro-évaluation) influence également les résultats, avec une prévalence plus élevée dans le cas d'une auto-évaluation (9).

Une méta-analyse (10) concernant la dépression majeure estime une prévalence moyenne de 3% pour les adolescents de 12 à 18 ans, période favorisant un vécu dépressif, alors qu'elle ne s'élève qu'à 0,5% chez les moins de 12 ans. Notons qu'à l'adolescence, un risque significativement plus élevé est observé chez les filles que chez les garçons.

La prévalence de la dépression majeure chez l'adolescent est également influencée par la période de vie évaluée. Elle s'estime entre :

- 0,03% et 4,4% lorsqu'on observe les symptômes des 3 derniers mois,
- 0,4 et 3,6% pour les 6 derniers mois,
- 2,2 et 16,7% pour les 12 derniers mois,
- 4 et 18,5% lorsqu'on évalue la vie entière.

Chez les moins de 18 ans, la dépression dite sous-syndromique est également courante, et ce, quels que soient les critères diagnostiques et méthodes d'évaluation (18). La prévalence est estimée en moyenne à 13% (19). Elle est par ailleurs plus élevée que la dépression majeure au début de la puberté, tendance qui s'inverse au cours de l'adolescence (18).

Conceptions de la dépression

Actuellement, les classifications diagnostiques envisagent la dépression selon une approche catégorielle distinguant radicalement différents troubles dépressifs.

Cependant, une conception dimensionnelle de la dépression est de plus en plus présente dans la littérature au détriment de cette conception catégorielle. Son influence s'observe également dans la réalisation du DSM-V.

Selon cette approche (19), l'ensemble des troubles dépressifs appartient à une seule entité formée par un continuum de sévérité (tableau III). Le seuil d'entrée de ce spectre se définit par la présence d'au moins un symptôme fondamental de dépression. Les troubles évoluent le long de ce continuum selon les symptômes présents :

- de la dépression sous-syndromique, caractérisée par la présence d'au moins un symptôme fondamental;
- aux épisodes brefs de dépression, qui s'observent par une symptomatologie dépressive plus étendue;
- vers les épisodes majeurs de dépression, définis par la persistance de ces symptômes pendant plus de 2 semaines.

Cette conception dimensionnelle des troubles dépressifs s'observe également chez les enfants et adolescents (18).

Tant chez les adultes que chez les jeunes, des similarités sont observées dans l'ensemble des troubles présents le long de ce continuum. Outre une co-morbidité identique, tous sont associés à une altération fonctionnelle de la santé. Bien que cette détérioration s'accroisse légèrement le long du spectre, elle n'établit pas de différence significative entre les troubles dépressifs. En revanche, cette altération fonctionnelle, absente dans les variations du bien-être psychologique (incluant les changements d'humeur), souligne la séparation entre les deux continums.

Autour de la prévention : intérêts et limites de la conception dimensionnelle

La conception dimensionnelle met en évidence la nature prédictive de la dépression sous-syndromique qui représente un risque d'installation d'états majeurs de dépression.

En effet, selon cette approche, le risque n'est pas déterminé en fonction du degré d'altération de la santé et de la sévérité des symptômes, mais par la simple présence d'un symptôme fondamental de dépression (tels l'humeur dépressive, l'altération du fonctionnement cognitif, l'irritabilité, la perception négative de soi, les troubles anxieux,...) (18).

Intervenir dès l'apparition d'un symptôme, même isolé, permet de diminuer le risque d'évolution vers une dépression majeure et de prendre en charge l'altération de la santé déjà présente. Etant donné le pronostic moins favorable de la dépression débutant à l'adolescence, il semble particulièrement important d'identifier cette symptomatologie dépressive chez les jeunes adolescents (18).

En revanche, la non-spécificité de ces signes fondamentaux souligne la difficulté de distinguer un état dépressif d'une variation de l'humeur non pathologique. Il reste peu aisé d'identifier les personnes se situant près du seuil, et une limite précise doit encore être définie pour éviter de rendre pathologiques des comportements adaptatifs (19).

QUELLE CONCEPTION DE LA DÉTECTION PRÉCOCE ?

En Belgique, il existe des initiatives de détection et de prévention autour du suicide, de la maltraitance et des dépendances chez les adolescents.

Parallèlement, il y a d'autres indices de souffrance dont on ne parle pas ou peu. C'est le cas notamment des signes subsyndromaux de psychose et de dépression. Les propos développés ci-dessus soulignent cependant l'importance

TABLEAU III. CONCEPTION DIMENSIONNELLE DE LA DÉPRESSION D'APRES AYUSO ET COLL. (19)

Bien-être	Dépression sous-syndromique		Episode dépressif généralisé/majeur	
Psychologique		Episode dépressif bref		
		Présence d'au moins 1 symptôme dépressif Altération fonctionnelle de la santé		

d'apprendre à identifier les marqueurs de vulnérabilité dans une approche préventive (20).

FACE À L'ADOLESCENCE

Ces constats autour de la dépression et la psychose mettent en évidence combien la frontière entre les signes de prodrome et ceux propres à la période de l'adolescence reste difficilement perceptible. Cette limite floue peut amener à deux excès dans l'attitude face aux adolescents (9).

Le premier excès consiste à considérer comme pathologique un processus développemental normal. En effet, dans son processus de construction identitaire, l'adolescent teste et peut avoir des manifestations excessives ou faire des expériences extrêmes. Certains peuvent notamment faire l'expérience transitoire de signes atténués de psychose et de dépression (4, 7). Il est indispensable de laisser l'espace nécessaire à ces débordements et changements constructifs et identificatoires sans les stigmatiser comme étant anormaux.

L'attitude inverse, la banalisation de signes cliniques prodromiques comme manifestations de l'adolescence, constitue le second excès. En effet, bien que la présence de signes précoces ne soit pas une garantie de transition vers la psychose ou la dépression, elle représente un facteur de risque d'une évolution pathologique qui ne doit pas être négligé. Des expériences psychotiques transitoires peuvent également prendre un caractère persistant lorsqu'elles sont associées à d'autres facteurs de risque environnementaux. En outre, la simple reconnaissance du risque est un facteur d'évolution positive (8, 20).

LA DÉTECTION PRÉVENANTE, À L'ÉQUILIBRE DE CES DEUX ATTITUDES

Alors que la détection prédictive peut renforcer la stigmatisation, la détection prévenante envisage l'identification d'un risque dans le but de soutenir et d'accompagner.

Observer des signes précoces permet de repérer des jeunes en souffrance silencieuse, de les accompagner afin de prévenir le développement de la pathologie et d'améliorer leur qualité de vie à long terme.

La question de l'intervention précoce ne fait pas l'objet du présent article mais l'impact positif de diverses techniques a déjà été souligné et fait encore aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches.

CONCLUSION

À l'adolescence, les signes précoces de psychose et de dépression se dissimulent parmi les nombreux changements développementaux et sont souvent niés. L'aspécificité de ces signes cliniques, notamment, rend leur identification complexe. Or, une intervention précoce permet de diminuer la souffrance du jeune et de retarder l'installation de la pathologie. Par ailleurs, ces symptômes ne sont pas toujours des prédicteurs fiables et le risque de pathologisation d'un processus adaptatif reste présent. C'est pourquoi la question de la détection précoce doit être envisagée de manière prévenante, dans un objectif d'accompagnement et non de diagnostic prophylactique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.— The organization of mental health services for children and adolescents in Belgium : development of a policy scenario. *KCE Report*, 2012, 175C.
2. Conseil National des Etablissements Hospitaliers.— Avis relatif au développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents – 2011, CNEH/D/PSY/329-3.
3. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.— Soins de santé mentale pour enfants et adolescents : développement d'un scénario de gouvernance. *KCE Report Synthèse*, 2011, 175B.
4. Berger G, Fraser R, Carbone S, et al.— Emerging psychosis in young people. *Austr Fam Phys*, 2006, **35**, 315-321.
5. Armando M, Nelson B, Yung AR, et al.— Psychotic experiences subtypes, poor mental health status and help-seeking behavior in a community sample of young adults. *Early Inter Psy*, 2012, **6**, 300-308.
6. Sznajder M, Stheneur Ch.— Dépistage de la souffrance psychique des adolescents consultant aux urgences : comment repérer ceux qui sont en danger. Journées de Techniques Avancées. *Pédiatrie*, 2007.
7. Loewy R, Johnson JK, Cannon TD.— Self-report of attenuated psychotic experiences in a college population. *Schizo Res*, 2007, **93**, 144-151.
8. Delamillieure P, Couleau M, Dollfus S.— Approches cliniques et diagnostiques des premiers épisodes psychotiques. *Ann Médico-Psychol*, 2009, **167**, 79-85.
9. Marcelli D, Braconnier A.— *Adolescence et psychopathologie*. Septième édition. Elsevier Masson, 2011, 319-329.
10. Fombonne E.— Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie. *Ann Médico-Psychol*, 2005, **2**, 169-194.
11. Rouillon F.— Epidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Médico-Psychol*, 2008, **166**, 63-70.
12. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, et al.— A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*, 2009, **39**, 179-195.

13. Raballo A, Larøi F.— Clinical staging : a new scenario for the treatment of psychosis. *Lancet*, 2009, **374**, 365-367.
14. Addington D, Addington J, Patten S.— Depression in people with first episode schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1998, **172** (suppl33), 90-92.
15. Strakowski S M, Keck P E, McElroy SL, et al.— Chronology of comorbid and principal syndromes in first episode psychosis. *Compr Psychiatry*, 1995, **36**, 106-112.
16. van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, et al.— Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res*, 2013, **149**, 56-62.
17. Simon A, Schmeck K, Di Gallo A, et al.— Importance du dépistage et du traitement précoces des psychoses. *Forum Med Suisse*, 2011, **11**, 913-918.
18. Wesselhoeft R, Sørensen M J, Heiervang ER, et al.— Subthreshold depression in children and adolescents : a systematic review. *J Affect Dis*, 2013, **151**, 7-22.
19. Ayuso-Mateos J L, Nuevo R, Verdes E, et al.— From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *British J Psy*, 2010, **196**, 365-371.
20. Krebs MO, Canceil O.— Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau des soins. *RFAS*, 2004, **1**, 91-102.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. A. Malchair, Psychiatrie infanto-juvénile, Université de Liège, Belgique.
Email : a.malchair@ulg.ac.be