

TROUBLES ANXIEUX

item blog

TROUBLE DE L'ADAPTATION



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble de l'adaptation.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble de l'adaptation.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Stress et adaptation au stress ; troubles de l'adaptation
A	Épidémiologie	Prévalence
B	Prévalence, épidémiologie	Facteurs de risque, pronostic et évolution
A	Diagnostic positif	Sémiologie
B	Diagnostic positif	Spécificités sémiologiques chez l'enfant et l'adolescent
B	Diagnostic positif	Spécificités sémiologiques chez la personne âgée
B	Diagnostic positif	Critères DSM-5 du trouble de l'adaptation
B	Diagnostic positif	Principaux diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques
A	Identifier une urgence	Risque suicidaire
A	Prise en charge	Indications du recours au psychiatre
B	Prise en charge	Indications d'hospitalisation en psychiatrie
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques chez l'enfant et l'adolescent
B	Prise en charge	Indications des traitements non pharmacologiques



POINTS CLÉS

- * Le trouble de l'adaptation (TA) est défini par la présence de symptômes réactionnels à un ou des événement(s) de vie au(x)quel(s) le sujet n'arrive pas à s'adapter.
- * La prévalence du TA est de 1 %.
- * Le TA apparaît dans les 3 mois suivant un événement de vie vécu comme stressant, et disparaît dans les 6 mois après l'arrêt de ce dernier.
- * La principale complication est le suicide.

1. INTRODUCTION

Le trouble de l'adaptation (TA) est défini par la présence de symptômes **réactionnels** à un ou des événement(s) de vie au(x)quel(s) le sujet n'arrive pas à **s'adapter**.

Le TA survient quand les capacités d'adaptation du patient à son milieu sont momentanément dépassées, mais qu'il n'y a pas de symptômes suffisants pour établir un diagnostic de trouble de l'humeur, de trouble anxieux ou d'un autre trouble relié au stress.

Dans le contexte socio-culturel considéré, la réaction de la personne est jugée excessive par rapport à la réaction habituelle à des facteurs de stress similaires.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les TA constituent l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale (entre 10 et 20 %) et en psychiatrie ambulatoire (entre 5 et 20 % des consultations).

Les TA peuvent survenir à tout âge chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. À l'âge adulte, les femmes sont plus touchées que les hommes (2/3), alors que chez l'enfant, l'adolescent et le sujet âgé, le sex-ratio est équilibré.

Le facteur de risque principal pour les adultes est l'existence d'un trouble de personnalité, qui constitue une vulnérabilité psychiatrique limitant les capacités d'adaptation. Les conditions d'existence difficiles associées à des facteurs de stress (pauvreté, isolement social, contexte migratoire, etc.) exposent également à un risque plus élevé de présenter un trouble de l'adaptation.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Événement(s) stressant(s)

Les **événements de vie** sont centraux dans le TA. En effet, le TA se définit par l'apparition et la persistance de symptômes cliniquement significatifs en réaction à des événements de vie stressants ou à leur répétition.

Le facteur de stress est **identifiable**. Il concerne le domaine professionnel et/ou personnel, et constitue un changement imposant une adaptation de la part du sujet. Il peut être unique ou multiple, récurrent ou continu, concerner le patient seul ou un groupe plus large. Il est souvent associé aux transitions dans le

parcours de vie (mariage, rupture sentimentale, changement de métier, difficultés financières, etc.). Le TA peut aussi faire suite à l'annonce diagnostique d'une pathologie invalidante ou à pronostic défavorable.

Par contre, les troubles liés au deuil ne font pas partie des TA et sont regroupés dans les deuils pathologiques (cf. **Item 144**).

Dans tous les cas, l'événement de vie vient déborder les **capacités d'adaptation** du patient. À noter que certains événements d'apparence « non stressants » (naissance, déménagement, promotion professionnelle) peuvent être à l'origine de TA, notamment chez des patients présentant une vulnérabilité.

3.2. Symptômes émotionnels ou comportementaux

Le TA se caractérise par des symptômes **émotionnels** ou **comportementaux** qui ne remplissent pas les critères diagnostiques d'un autre trouble psychiatrique caractérisé (épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux). Le caractère pathologique de cette réaction au stress se situe dans l'**altération du fonctionnement socio-professionnel**.

Ces symptômes apparaissent, par définition, au plus tard **dans les 3 mois** suivants le début du facteur stress, et disparaissent **6 mois après** l'arrêt de ce dernier.

3.3. Sémiologie en population spécifique

3.3.1. Chez l'enfant et l'adolescent

Les TA suivront souvent une séparation des parents, une entrée au collège/lycée ou l'échec à un examen.

3.3.2. Chez le sujet âgé

Il n'y a pas de spécificité sémiologique du TA chez le sujet âgé (cf. **Item 70**).

4. LE TROUBLE DE L'ADAPTATION

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic positif du TA repose sur les critères du DSM-5 :

- A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress.
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne(nt) un ou deux élément(s) suivant(s) :
 1. détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation ;
 2. altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.
- D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.
- E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Réaction adaptée au stress

Le TA se distingue d'une réaction adaptée à un stress extérieur par l'intensité des symptômes et/ou l'altération du fonctionnement occasionnée par cet événement.

4.2.2. Pathologies non psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, la contribution d'une cause médicale non psychiatrique doit être recherchée.

4.2.3. Troubles psychiatriques

Le TA fait partie des **troubles liés au stress**, tout comme le **trouble stress aigu** ou le **trouble stress post-traumatique** (cf. **Item 66f**). Cependant, le TA se distingue de ces troubles par sa symptomatologie (absence de syndrome de répétition et de syndrome d'évitement).

L'**épisode dépressif caractérisé** est également un diagnostic différentiel important (cf. **Item 66a**).

4.3. Notions de physiopathologie

Suite à un événement stressant, la réaction initiale est le choc pendant lequel peuvent coexister un déni et une sidération. Secondairement, les **capacités d'adaptation** du patient vont se mettre en place et lui permettre de réagir. Celles-ci dépendent de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

Par définition, le TA est **transitoire** et cède dans les 6 mois suivant la fin du facteur de stress.

Le pronostic global d'un TA est généralement favorable, avec 75 % des adultes qui ne présenteront aucune complication ni séquelle. Cependant, il peut parfois se compliquer de troubles thymiques ou anxieux caractérisés.

Les facteurs prédictifs de mauvais pronostic sont la durée d'évolution des symptômes, les troubles du comportement associés, un trouble de la personnalité associé ou encore l'existence d'un trouble lié à l'usage de substance.

Les principales complications sont l'épisode dépressif caractérisé et les troubles liés à l'usage de substance mais surtout le **suicide** : entre 2 et 4 % des patients souffrant de TA font des tentatives de suicide. Les adolescents sont les plus touchés, avec près de 10 % de tentatives de suicides.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Le TA est la plupart du temps **spontanément résolutif**. Des traitements spécifiques sont cependant parfois nécessaires, en raison de l'altération de la qualité de vie et du risque d'évolution vers un trouble anxieux ou thymique caractérisé.

6.1. Indications du recours au psychiatre

Le recours à un psychiatre (de l'adulte ou de l'enfant et de l'adolescent) est à envisager en cas de trouble sévère, de comorbidité (psychiatrique ou non psychiatrique), de résistance au traitement ou de situation à risque spécifique (p. ex. : grossesse, post-partum).

L'hospitalisation en psychiatrie doit rester exceptionnelle. Les indications d'hospitalisation en psychiatrie sont les suivantes :

- * prise en charge d'une crise suicidaire (l'évaluation du risque suicidaire doit donc être systématique) ;
- * environnement très négatif, aggravant ou causant le TA, afin d'instaurer une mise à distance, d'évaluer et d'intervenir sur cet environnement ;
- * chez l'enfant et l'adolescent, ainsi que chez le majeur protégé et la personne âgée, l'évaluation doit porter sur les conditions de vie stressantes et l'existence de traumatismes actuels ou anciens ainsi que sur le risque de survenue de nouveaux traumatismes. Ceci pourra conduire à une hospitalisation à des fins d'évaluation complémentaire et des mesures de protection. Chez l'enfant et l'adolescent, l'évaluation sociale et familiale déterminera s'il y a lieu de procéder à une information préoccupante ou à un signalement.

6.2. Traitement non pharmacologique

Chez l'adulte comme chez l'enfant et l'adolescent, le traitement **psychothérapeutique** est à privilégier, afin de permettre une verbalisation autour de la situation stressante et de ses conséquences sur la vie du sujet.

Différents types de psychothérapie peuvent être indiqués dans le TA (cf. **Item 73**).

6.3. Traitement pharmacologique

Le recours aux médicaments psychotropes est parfois nécessaire, à visée symptomatique. Chez l'adulte, une **anxiolyse** par benzodiazépines peut être indiquée quand les symptômes anxieux sont invalidants. L'hydroxyzine (Atarax®) est une bonne alternative aux benzodiazépines (cf. **Item 74**).

Les **hypnotiques** type zolpidem (Stilnox®) ou zopiclone (Imovane®) sont indiqués en cas de perturbations importantes du sommeil chez l'adulte.