

Principaux troubles en pédopsychiatrie

Généralités

Cédric Galéra

Université de Bordeaux
Pôle Universitaire Psychiatrie Enfant Adolescent
INSERM U1219

Les Principales classifications organisent les maladies

CIM-11

**Classification
Internationale
des Maladies**

Définie par l'**OMS**

S'applique à la **psychiatrie**
et au reste de la **médecine**

Version CIM-10
= référence sur
le plan **administratif**

DSM-5

**Manuel Diagnostique et
Statistique des
Troubles Mentaux**

Association américaine
de psychiatrie

Référence en
recherche clinique

Très utilisée
en **pratique**
clinique courante

CFTMEA-R

**Classification Française
Troubles Mentaux de
l'Enfant et de l'Adolescent**

Approche
psychodynamique

Classification francophone

Moins utilisée
en pratique
clinique courante

Grands domaines de la nosographie en pédopsychiatrie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

Grands domaines de la nosographie en pédopsychiatrie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

Début lors période du **développement** psychomoteur
Persistance tout au long de la vie
Déficit **cognition / langage / social / moteur / sensoriel**

Et leurs troubles...

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Déficit intellectuel, Troubles des acquisitions, TDAH
Troubles des apprentissages, TSA, Tics**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

Epidémiologie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

TDAH = 5%

TSA = 0,5-1%

Trouble des apprentissages = 5-10%

Grands domaines de la nosographie en pédopsychiatrie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

Humeur: perturbation des affects et de leurs régulations accompagnée de modifications cognitives/physiologiques
Anxiété: excessive et perturbations comportementales

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

Et leurs troubles...

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

**Episode dépressif caractérisé, trouble bipolaire,
risque suicidaire, anxiété de séparation,
anxiété généralisée, anxiété sociale...**

Epidémiologie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

Dépression = 5%
Trouble bipolaire = <0,5%
Troubles anxieux = 10-20%

Grands domaines de la nosographie en pédopsychiatrie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

**Comportements perturbateurs répétés
Usage problématique de substances**

Et leurs troubles...

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

**Trouble Oppositionnel avec Provocation,
Trouble des conduites,
Trouble de l'usage des substances...**

Epidémiologie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

TOP = 4%
TC = 2%

Grands domaines de la nosographie en pédopsychiatrie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

Caractérisé par une **altération du contact à la réalité**

Et leurs troubles...

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

**Episode psychotique bref, Schizophrénie,
Trouble Délirant...**

Epidémiologie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

Troubles psychotiques = < 0,3 %

Grands domaines de la nosographie en pédopsychiatrie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

Caractéristiques variés

Et leurs troubles...

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

TOC, TCA...

Epidémiologie

**Les Troubles du
Neuro-développement**

**Les Troubles
internalisés**

**Les troubles
externalisés**

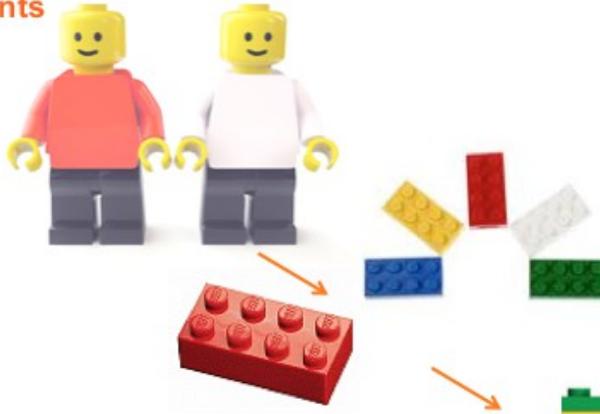
**Les troubles
psychotiques**

Les autres troubles

TOC = 1-2%
TCA = 0,5-1,5%

Les critères pour définir un trouble mental

Patients



Signes : observations cliniques,
« objective »

Symptômes : expériences décrites
par le patient, « subjective »

Syndromes : groupe de signes ou
de symptômes formant un ensemble
reconnaisable



A ssociation
E nseignement
S émiologie
P sychiatrique

Troubles

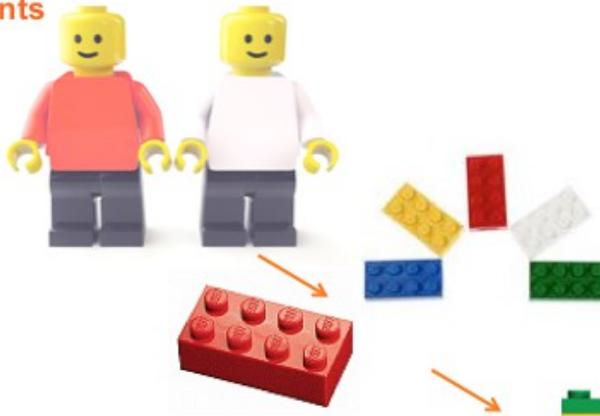


Trouble =

syndrome spécifique + évolution temporelle + impact fonctionnel

Les critères pour définir un trouble mental

Patients



Signes : observations cliniques,
« objective »

Symptômes : expériences décrites
par le patient, « subjective »

Syndromes : groupe de signes ou
de symptômes formant un ensemble
reconnaisable



Troubles

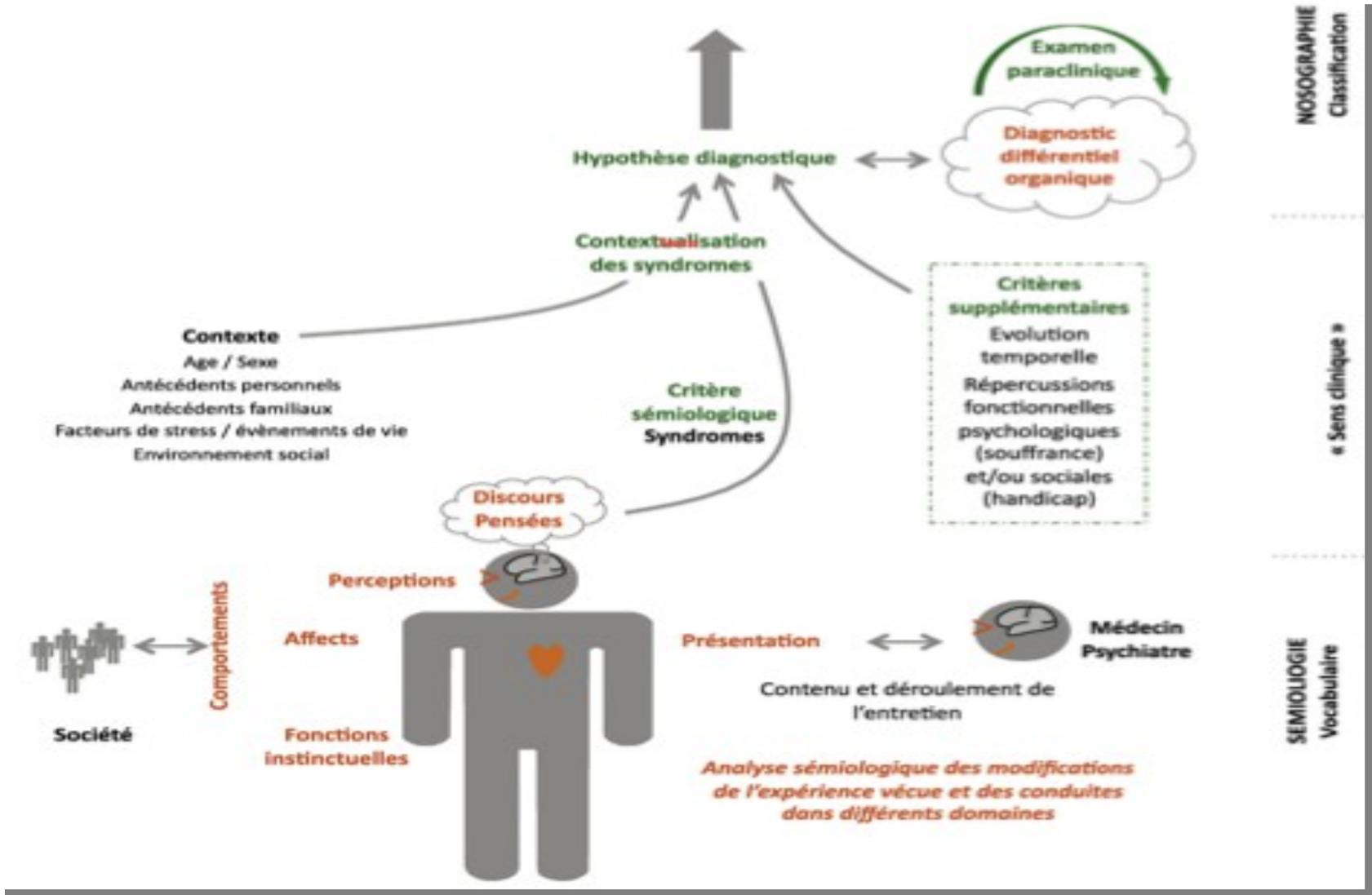


A ssociation
E nseignement
S émiologie
P sychiatrique

Exemple d'un épisode dépressif =

syndrome dépressif + durée 2 semaines + souffrance / handicap

Troubles mentaux



Pédopsychiatre

- Entretien avec les 2 parents
- Entretien avec le jeune
- Informations enseignants
- Echelles psychométriques

Bilans complémentaires

- Psychologique
- Neuro-psychologique
- Orthophonique
- Psychomotricité
- Ergothérapie
- Social

Bilan somatique si nécessaire

ORL / Ophtalmologique / Orthoptique
Neuropédiatrique / Génétique
Biologique sanguin



Symptômes / retentissement

Fonctionnement familial

Relation parents-jeune

Affect et image de soi

Relations avec les pairs

Performances scolaires

**Comorbidités
et diagnostics différentiels**

LES TROUBLES INTERNALISES

L'épisode dépressif caractérisé

Le risque suicidaire

Les troubles anxieux

Episode dépressif caractérisé

Sémiologie

↓ pathologique de l'humeur et de l'énergie

**Perturbations
psycho-affectives**

**Perturbations
psycho-motrices**

**Perturbations
physiologiques**

Episode dépressif caractérisé

Sémiologie

↓ pathologique de l'humeur et de l'énergie

**Perturbations
psycho-affectives**

Humeur

triste, douloureuse,
constante, matinale

Emotions

anhédonie, anxiété,
irritabilité

Pensées (contenu)

idées de culpabilité,
dévalorisation,
incurabilité, mort

**Perturbations
psycho-motrices**

**Perturbations
physiologiques**

Episode dépressif caractérisé

Spécificité enfants et adolescents

↓ pathologique de l'humeur et de l'énergie

**Perturbations
psycho-affectives**

**Irritabilité épisodique,
crises de colère**

à la place de la tristesse
fréquent si TDAH ou TSA

Anxiété généralisée

Plaintes somatiques
chez l'enfant

**Tension interne avec
gestes auto-agressifs**
chez l'ado

**Perturbations
psycho-motrices**

**Perturbations
physiologiques**

Episode dépressif caractérisé

Sémiologie

↓ pathologique de l'humeur et de l'énergie

**Perturbations
psycho-affectives**

**Perturbations
psycho-motrices**

**Perturbations
physiologiques**

Pensées (cours)
bradypsychie, ruminations

Cognitions (altérées)
concentration, mémoire,
indécision

Motricité ↓ ou ↑
bradykinésie, hypomimie,
voix monocorde,
clinophilie, incurie,
aboulie

Déambulations
permanente (anxiété)

Episode dépressif caractérisé

Spécificité enfants et adolescents

↓ pathologique de l'humeur et de l'énergie

**Perturbations
psycho-affectives**

**Perturbations
psycho-motrices**

**Perturbations
physiologiques**

Performances scolaires
très altérées durant
l'épisode

Episode dépressif caractérisé

Sémiologie

↓ pathologique de l'humeur et de l'énergie

**Perturbations
psycho-affectives**

**Perturbations
psycho-motrices**

**Perturbations
physiologiques**

Sommeil

insomnie (++) , hypersomnie

Fatigue

asthénie parfois permanente

Conduites alimentaires

anorexie, ↓ poids (++)

ou

augmentation appétit, ↑ poids

Episode dépressif caractérisé

Spécificité enfants et adolescents

↓ pathologique de l'humeur et de l'énergie

**Perturbations
psycho-affectives**

**Perturbations
psycho-motrices**

**Perturbations
physiologiques**

Changement trajectoire
courbes staturo-pondérales
à rechercher
(carnet de santé)

Episode dépressif caractérisé

Spécificité enfants et adolescents

↓ pathologique de l'humeur et de l'énergie

**Perturbations
psycho-affectives**

**Perturbations
psycho-motrices**

**Perturbations
physiologiques**

+ le 1er épisode dépressif est précoce

+ le risque de *récidive* ↑

+ le risque *suicidaire* ↑

Episode dépressif caractérisé

Syndrome spécifique

Nombre de critères (≥ 5)

Evolution temporelle

> 15 jours

Impact fonctionnel

Altération marquée du fonctionnement scolaire,
des activités sociales ou des relations interpersonnelles

Absence de diagnostic différentiel

(effets physiologiques directs d'une substance
ou d'une autre affection médicale ou d'un autre trouble psychiatrique)

Episode dépressif caractérisé

Evolution et pronostic

Evolution variable

1 seul épisode dépressif caractérisé sur la vie (50 %)

Récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés (trouble dépressif récurrent) (35 %)

Chronicité avec une évolution de l'épisode en cours supérieure à 2 ans (15 %)

Facteurs de mauvais pronostic, prédictifs de rechutes

histoire familiale de trouble de l'humeur,

âge de **début précoce**

nombre d'épisodes passés

durée plus longue de l'épisode index

sévérité plus importante de l'épisode index

persistance de **symptômes résiduels dépressifs**

présence d'une **comorbidité** psychiatrique ou non-psychiatrique.

Comment d[REDACTED]ister?

Rupture de fonctionnement avec l'état antérieur ?

Changement de comportement : ralentissement, agitation, irritabilité, opposition ?

Chute de résultats scolaires ?

Problème attentionnel nouveaux ?

Isolement ?

Perte de l'envie, du plaisir ?

Liens entre les différents intervenants : famille, scolarité, soignants

Episode dépressif caractérisé

Evaluation

Evaluation clinique complète

Recueil par le clinicien
symptômes et signes cliniques

Evolution paraclinique → élimination affection médicale

Bilan sanguin (NFS, CRP, ionogramme, BH)
urinaire (toxiques)
± IRM / EEG

Episode dépressif caractérisé

Conduite à tenir

Indication

1ère intention = traitement non pharmacologique si intensité légère / modérée
(psychothérapie, prise en charge sociale/éducative et comorbidités)
combinaison de traitement pharmacologique (≥ 6 mois) par Fluoxétine (PROZAC[°]) en
1ère intention + non pharmacologique si intensité modéré à sévère

Hospitalisation si

risque suicidaire élevé

mise en danger

épisode dépressif caractérisé sévère

épisode avec caractéristiques mélancoliques, psychotiques ou catatoniques

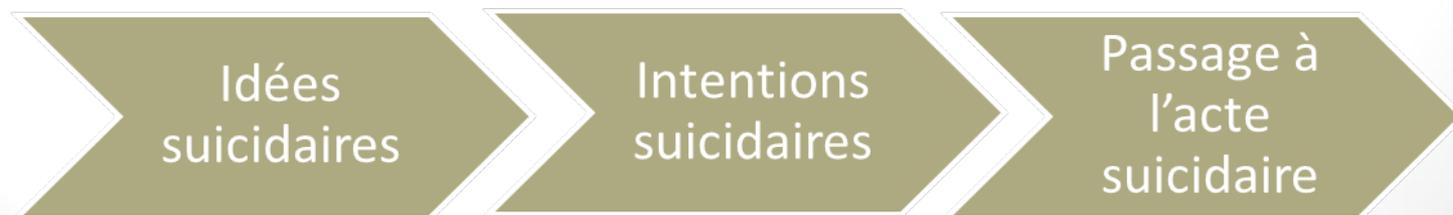
Risque suicidaire : s■niologie

- Suicide = mort volontaire, Tentative de suicide = passage à l'acte non fatal du suicidant

Conduites suicidaires = tentatives de suicide / suicides

- Suicidant = celui qui commet une tentative de suicide
- Suicidaire = sujet qui risque de commettre sa propre mort
- Idées de suicide = élaboration mentale consciente d'un désir de mort

Crise suicidaire = crise de durée et d'intensité variable durant laquelle le sujet se considère dans une impasse et présente des idées suicidaires de + en + envahissantes.



Demarche diagnostique (1)

- **Entretien spécifique**

- En situation d'urgence + entourage de l'enfant, à évaluer dans un ordre différent selon la situation
- Au calme, prendre le temps
- Idées suicidaires : soit exprimées spontanément / soit à rechercher activement par des questions simples et directes, cela peut être difficile chez l'enfant
- Ne pas banaliser / ne pas dramatiser
- Recherche d'idées, de propos, de projets suicidaires : *où le patient se situe dans sa crise suicidaire ? Quelle intensité ont les idées suicidaires ?*

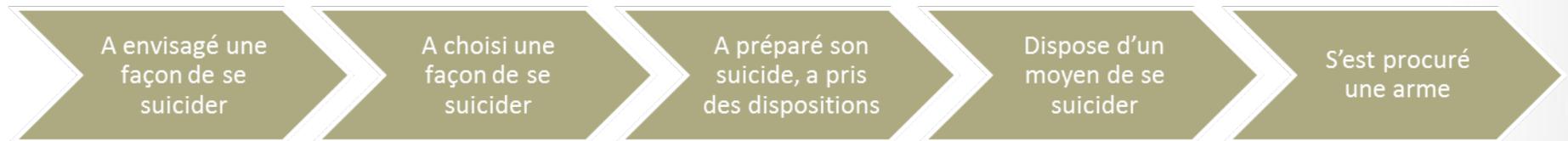


Demarche diagnostique (2)

- Rechercher des troubles psychiatriques et notamment trouble thymique : EDM, mélancolie, état mixte+++, trouble bipolaire
- Contexte de pathologie organique associée
- FDR récents ?
 - Difficultés scolaires, liens familiaux / sociaux rompus, maltraitance / sévices dans l'enfance, antécédents personnels / familiaux de TS ou de trouble psychiatrique, abus de substances
- Facteurs de vulnérabilité : viennent s'ajouter aux facteurs ci-dessus (ex : événements de biographie, violences...)
- Facteurs précipitants : circonstances précédant de peu le passage à l'acte (séparation, maladie, échec...)
- Facteurs de protection : soutien familial / social de qualité

Demarche diagnostique (3)

- Impulsivité ?
- Intentionnalité, létalité (moyens mis à disposition pour le passage à l'acte)
- Planification du geste :



- Présence / intensité / ancienneté des symptômes psychiques
- Pathologie sous-jacente
- Souffrance exprimée
- Qualité de l'entourage

Facteurs de risque du suicide chez l'enfant/adolescent

Individuels

Santé mentale : Antécédent TS / dépression / TCA / schizophrénie / consommation toxiques / trouble externalisé / trouble du sommeil / estime de soi faible / idées ou plans suicidaires

Santé physique : pathologie chronique

Tempérament : impulsivité / agressivité

Traumatismes : victime d'abus ou de maltraitance (sexuels notamment)

Fugue / vie en foyer

Conduites à risque ou accidents répétés

Orientation sexuelle non hétérosexuelle

Familial et socio- environnemental

Antécédent familial : suicide / trouble psychiatrique (dépression, addiction)

Situation familiale précaire

Conflits et mauvaises relations familiales

Deuil et autres événements de vie négatifs

Isolement social

Suicide parmi les pairs ou médiatique

Accès aux **moyens létaux**

Difficultés ou rupture scolaires

Prise en charge globale

- Risque suicidaire
 - Hospitalisation quasi systématique chez l'enfant et l'adolescent
 - Eviter le passage à l'acte
 - Résolution de la crise en milieu protégé
 - Rassurer l'enfant et sa famille
 - Traitement adapté à la pathologie psychiatrique sous-jacente si besoin
 - **Surveillance constante**
 - Aide apportée si difficultés sociales / familiales
 - D'autant plus si évènement de vie stressant récent et absence de critique
- Après TS
 - L'hospitalisation est la règle
Chez l'adolescent :
Recommandations de bonne pratique Dépression de l'adolescent : repérage, diagnostic et prise en charge initiale Juillet 2011
 - Examen somatique puis
 - **Inventaire +++ (au moment le mieux choisi), surveillance risque récurrence suicidaire** (1/3 de récurrences, le plus souvent dans la première année)
 - **Évaluation psychologique** : spécialisée (psychiatre) dans 24 h
 - **Évaluation sociale**
 - **Organisation du suivi +++**

LES TROUBLES ANXIEUX

Anxiété = fonction d'adaptation

Symptômes physiques

- Perception de manifestations physiologiques

Emotions

- Peur, tension, panique...

Pensées

- Focalisées sur le stimulus phobogène, souvent peu productives, ruminations



MODELES DEVELOPPEMENTAUX DE L'ANXIETE



- Anxiété développementale



- Symptômes anxieux



- Trouble anxieux de l'enfant



- Trouble anxieux de l'adulte

LES PRINCIPAUX TROUBLES ANXIEUX

Troubles anxieux communs aux adultes et aux enfants

- Trouble panique avec ou sans agoraphobie
- Trouble anxiété généralisée (TAG)
- Anxiété sociale
- Phobies spécifiques
- Etat de stress aigu
- Trouble stress post-traumatique
- Trouble anxieux lié à une affection médicale / induit par une substance

Troubles anxieux à début dans l'enfance

- Trouble anxiété de séparation (ADS)

PRINCIPES DE PEC

Prise en charge psychothérapeutique 1ère intention

- Psychoéducation du sujet et de sa famille
- Thérapie cognitive et comportementale

Association à traitement médicamenteux type ISRS
selon la sévérité du trouble (2ième intention) □

DESCRIPTION DES TROUBLES ANXIEUX

- **Anxiété focale :**
 - ADS
 - phobie sociale
 - phobie spécifique
- **Anxiété paroxystique :**
 - trouble panique
- **Anxiété réactionnelle :**
 - état de stress post-traumatique
- **Anxiété flottante :**
 - TAG

Points Clés des Troubles anxieux

- Évolution chronique fréquente
- Association des troubles anxieux entre eux
- Conséquences courantes :
 - Conduites d'évitement
 - Conduites de réassurance
 - Aménagements sociaux
 - Bénéfices secondaires
- NB: TAG/ESPT/troubles de la personnalité:
Traités en psychiatrie **adulte**

Anxiété de séparation

Angoisse excessive lorsque l'enfant se sépare des personnes auxquelles il est attaché et/ou lorsqu'il est éloigné des siens

+/- **anticipation anxieuse** de la séparation avec angoisse se majorant progressivement pour atteindre son paroxysme au moment de la séparation

Se distingue de l'angoisse de séparation normale par son **intensité**, à l'évidence excessive, ou par sa **persistance** au-delà de la petite enfance, et par son association à une **perturbation significative du fonctionnement social**.

DETRESSE LORS DE LA SEPARATION

- *chez l'enfant jeune* : la détresse se manifeste lorsque la séparation est effective

- *chez l'enfant jeune ou plus âgé* : la détresse se manifeste lorsque la séparation est redoutée (anxiété anticipatoire)

La détresse peut être légère à sévère (pleurs, crise, colère, demande de ne pas sortir...)

Peut prendre la forme d'une attaque de panique

Chez l'adolescent : palpitations, vertige, désir de mourir...

- L'enfant ou l'adolescent refuse :
 - de rester seul
 - d'aller faire des courses
 - de s'endormir seul
 - de se coucher
 - d'aller chez des amis
 - d'aller en sortie scolaire / colonie
 - d'aller à l'école
 - de rester seul dans une pièce
 - de choisir certaines orientations scolaires ou professionnelles

RUMINATIONS ET PREOCCUPATIONS MORBIDES

- vagues chez enfant jeune
- plus précises en grandissant
- les ruminations peuvent prendre une allure obsédante, parasitant le contenu mental du sujet
 - thèmes de ces pensées : intégrité de la famille (maladie, décès), ou de l'enfant (peur d'être kidnappé, séparé de sa famille par un évènement extérieur incontrôlable), pensées morbides
 - fréquents cauchemars sur des thèmes de séparation, d'abandon

NOSTALGIE DE CHEZ SOI ET DESIR INTENSE DE REUNION FAMILIALE

- nostalgie aigüe de la maison, sentiment de manque de la maison
- peuvent passer leur temps à imaginer les retrouvailles, sans pouvoir se concentrer sur une activité
- réticence/refus d'aller dormir en dehors de la maison

Refus scolaire anxieux

Refus de se rendre à l'école ou de pénétrer dans la classe

Avec **manifestations** d'angoisse intenses (voire dramatiques avec réactions de panique)

- D'autant plus que l'enfant est forcé
- **Inaccessible au raisonnement**, promet le plus souvent de retourner le lendemain à l'école (sans y parvenir)

± événement intercurrent rendu responsable
(réprimande d'un professeur, conflit avec un camarade, épisode somatique avec absence..)

Rq : ne pas méconnaître la possibilité d'une agression ou d'une menace (racket, harcèlement)

Refus scolaire anxieux

Refus de se rendre à l'école ou de pénétrer dans la classe

Avec **manifestations** d'angoisse intenses (voire dramatiques avec réactions de panique)

- D'autant plus que l'enfant est forcé
- **Inaccessible au raisonnement**, promet le plus souvent de retourner le lendemain à l'école (sans y parvenir)

± événement intercurrent rendu responsable

(réprimande d'un professeur, conflit avec un camarade, épisode somatique avec absence..)

Rq : ne pas méconnaître la possibilité d'une agression ou d'une menace (racket, harcèlement)

Prise en charge

Abord familial

Psychoéducation, guidance parentale

Thérapie familiale

Abord individuel

Psychothérapie individuelle : de soutien, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), techniques de médiation corporelles (relaxation +++)

Psychothérapie de groupe : techniques d'affirmation de soi

Traitement médicamenteux : 2ème intention : anxiolytique en aigu / antidépresseurs ISRS

Prise en charge des comorbidités

Travail en réseau si nécessaire (médecine scolaire, travailleurs sociaux...) pour permettre de se rendre à l'école

Hospitalisation dans les cas les plus sévères

LES TROUBLES EXTERNALISES

Le Trouble Oppositionnel avec Provocations

Le Trouble des Conduites

Les principales entités cliniques et diagnostiques

**Trouble Oppositionnel
avec Provocation**

Trouble des Conduites

Comportements perturbateurs
répétés et persistants

Humeur
colérique/irritable
Comportement
querelleur/provocateur
Esprit vindicatif

≠ figures d'attachement
et l'autorité en général

Transgression grave
règles sociales
droits d'autrui

Répercussions
développementales
et légales majeures

Décalage net

/ âge et niveau de développement intellectuel de l'enfant

Retentissement sur l'ensemble des domaines de vie de l'enfant
(social, scolaire et familial)

Les principales entités cliniques et diagnostiques

**Trouble Oppositionnel
avec Provocation**

Trouble des Conduites

**Comportements perturbateurs
répétés et persistants**

Humeur
colérique/irritable
Comportement
querelleur/provocateur
Esprit vindicatif

≠ figures d'attachement
et l'autorité en général

Transgression grave
règles sociales
droits d'autrui

Répercussions
développementales
et légales majeures

Décalage net

/ âge et niveau de développement intellectuel de l'enfant

**Retentissement sur l'ensemble des domaines de vie de l'enfant
(social, scolaire et familial)**

Les principales entités cliniques et diagnostiques

**Trouble Oppositionnel
avec Provocation**

Trouble des Conduites

Comportements perturbateurs
répétés et persistants

**Humeur
colérique/irritable
Comportement
querelleur/provocateur
Esprit vindicatif**

**≠ figures d'attachement
et l'autorité en général**

Transgression grave
règles sociales
droits d'autrui

Répercussions
développementales
et légales majeures

Décalage net

/ âge et niveau de développement intellectuel de l'enfant

Retentissement sur l'ensemble des domaines de vie de l'enfant
(social, scolaire et familial)

TABLEAU CLINIQUE DE TOP

Irritabilité = propension aux réactions colériques vis-à-vis d'autrui

Opposition = résistance active aux exigences et aux limites imposées par la vie de groupe, refus du compromis, refus d'accepter la responsabilité de ses actions, crises de colère et rancune lorsque forcé à obéir

Provocation = tendance marquée à vouloir tester les limites et contester les exigences imposées, susceptibilité

Situations d'interactions problématiques = Conflits fréquents avec les adultes et les pairs, intolérance à la frustration, ne se considère pas hostiles ou provocateurs. Pas toujours observables pendant l'examen clinique

Présentation avec symptômes comportementaux prédominants ou mixte avec symptômes comportementaux et humeur

Pas de reconnaissance du caractère hostile/colérique/provocateur

→ justification par réponse à circonstances déraisonnables

DSM 5 Trouble Oppositionnel avec Provocation

≥ 4 symptômes ≥ 1/semaine ≥ 6 mois

(Si < 5ans symptôme doit être quotidien)

Manifestation avec ≥ 1 sujet extérieur fratrie

Symptômes=

-Humeur colérique / irritable

1. Se met souvent en colère
2. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
3. Est souvent fâché et plein de ressentiment

-Comportement querelleur/provocateur

4. Conteste souvent les personnes en position d'autorité (pour enfants/adolescents ce que disent les adultes)
5. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux règles ou aux demandes des personnes en position d'autorité
6. Embête souvent les autres délibérément
7. Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduites

-Esprit vindicatif

8. S'est montré méchant ou vindicatif ≥ 2 fois pendant ≥ 6 mois

Pas de survenue exclusive dans le cadre d'un trouble psychotique, d'un trouble de l'usage d'une substance, d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire

Ne répond pas aux critères d'un TDDE

Spécification sévérité selon le nombre de contexte de survenue

Léger (1) / Moyen (2) / Grave (3)

Les principales entités cliniques et diagnostiques

Trouble Oppositionnel
avec Provocation

Trouble des Conduites

Comportements perturbateurs
répétés et persistants

Humeur
colérique/irritable
Comportement
querelleur/provocateur
Esprit vindicatif

≠ figures d'attachement
et l'autorité en général

**Transgression grave
règles sociales
droits d'autrui**

**Répercussions
développementales
et légales majeures**

Décalage net

/ âge et niveau de développement intellectuel de l'enfant

Retentissement sur l'ensemble des domaines de vie de l'enfant
(social, scolaire et familial)

TABLEAU CLINIQUE DE TC

Comportements antisociaux proactifs ou réactionnels

Agressions envers des personnes ou des animaux

Destructions de biens matériels

Fraude ou vol

Violations graves de règles établies

Comportements **intentionnels et réactionnels**

Brutalité, menaces, intolérance à la frustration, irritabilité, vécu hostile de l'environnement, faible empathie, engagement dans des conduites à risque et la recherche de sensation

Minimisation des problèmes et **agressivité considérée justifiée**
par le sujet

≥ 3 symptômes lors 12 derniers mois avec ≥ 1 symptôme lors 6 derniers mois

Symptômes=

-Agression envers des personnes ou des animaux

- 1.Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
- 2.Commence souvent les bagarres
- 3.A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui
- 4.A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
- 5.A fait preuve de cruauté physique envers des animaux
- 6.A commis un vol en affrontant la victime
- 7.A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

-Destruction des biens matériels

- 8.A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
- 9.A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

-Fraude ou vol

- 10.A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
- 11.Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations
- 12.A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime

-Violations graves des règles établies

- 13.Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
- 14.A fugué et passé la nuit dehors ≥ 2 fois alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial, ou a fugué ≥ 1 fois sans rentrer à la maison pendant une longue période
- 15.Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans

Si > 18 ans ne répond pas aux critères de personnalité antisociale

Spécification type début

Pendant l'enfance (≥ 1 symptôme < 10 ans) / Pendant l'adolescence (0 symptôme < 10 ans) / non spécifié (?)

Spécification si émotions prosociales limitées

≥ 2 des critères suivants en continu sur 12 derniers mois dans contextes divers (reflet du mode de fonctionnement interpersonnel et émotionnel) évalués par plusieurs informants connaissant le sujet

-Absence de remords ou de culpabilité

-Insensibilité, dureté, manque d'empathie

-Insouciance de la performance

-Superficialité ou déficience des affects

Spécification sévérité actuelle selon le nombre de contexte de survenue

Léger (Peu de critères et peu de dommages pour autrui) / **Moyen** (Critères et dommages intermédiaires) / **Grave** (Nombreux critères et dommages considérables pour autrui)

TOP / TC tout au long de la vie

Trouble oppositionnel avec provocations
Troubles des apprentissages et du langage
Mauvaises interactions sociales
Baisse de l'estime de soi

Addictions
Personnalité antisociale
Troubles psychiatriques
Problèmes légaux
Accidents de la route / traumatismes
Difficultés professionnelles
Qualité de vie

Précolaire

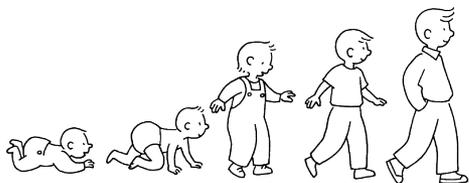
Enfance

Adolescence

Age adulte

Comportements agressifs
Diminution compétences sociales
Délais dans les apprentissages

Comportements anti-sociaux
Troubles des conduites
Consommations de substances (tabac ++)
Troubles anxieux
Déficit motivationnel
Echec scolaire



Principes de la Prévention

Objectif de favoriser

Bonne qualité des interactions précoces

Adéquation des attitudes éducatives parentales

Développement des compétences prosociales et de communication du jeune

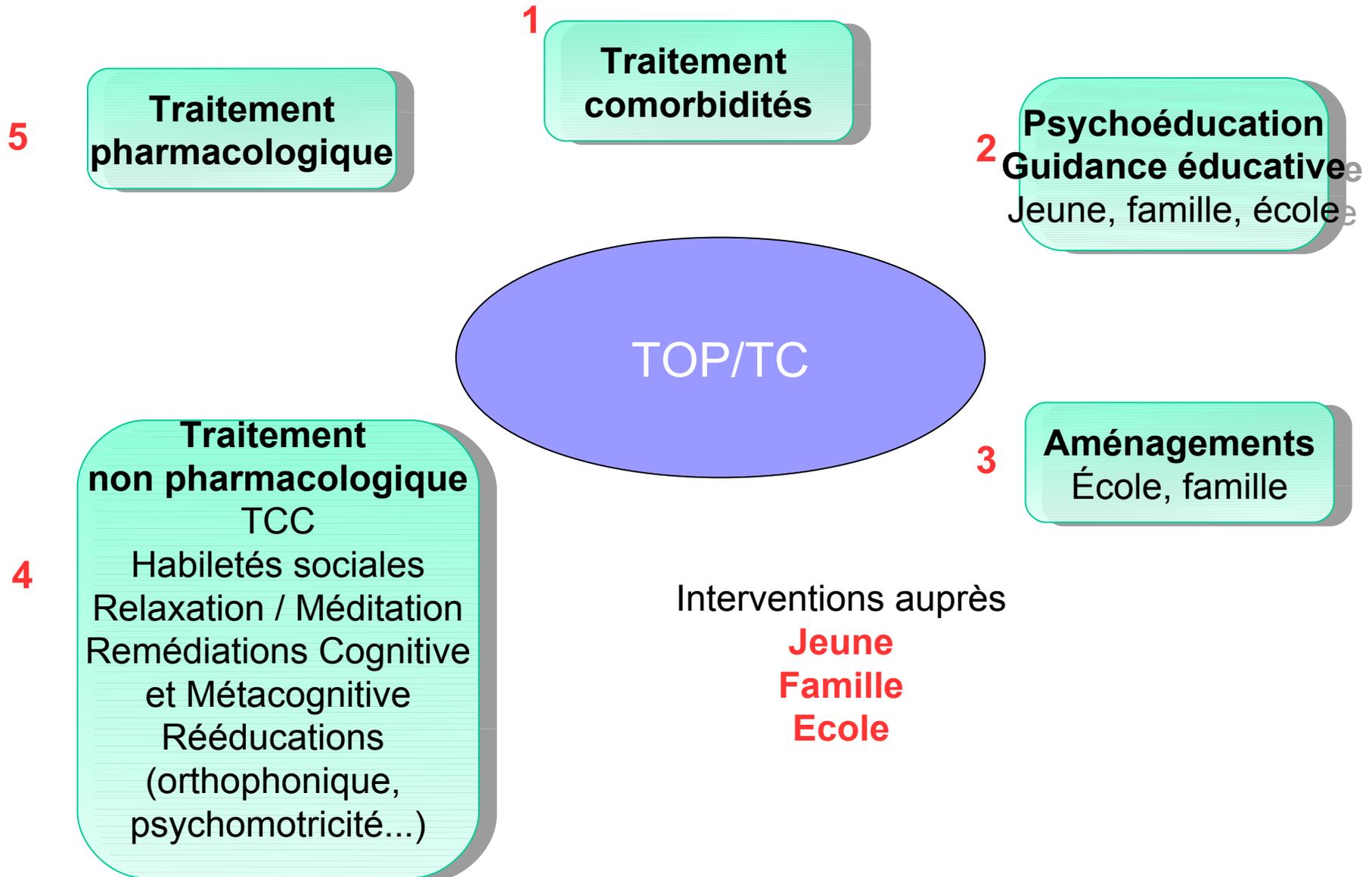
Moyens

Repérage (PMI, médecin de famille, pédiatre)

Guidance parentale

Programmes psychoéducatifs (parents, enseignants)

Prise en charge multimodale



Conclusions

Les troubles psychiatriques sont durables

Continuité tout au long de la vie

→ ++ repérage chez l'enfant et intervention précoce

Autres situations impliquant la pédopsychiatrie

→ maltraitance, harcèlement, enfants intellectuellement précoces