

La psychiatrie Infanto-juvénile

Présenté par: Dr ZAHI

Maitre-assistante en Pédopsychiatrie

Plan du cours:

I-DEFINITION

II-ORIGINES DE LA PEDOPSYCHIATRIE

III-CHAMPS D'ACTION

IV-SPECIFITÉS DE LA PATHOLOGIE MENTALE EN PEDOPSYCHIATRIE

V-PRINCIPALES ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT

VI-SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE :

VII-PRINCIPALES PATHOLOGIES DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

I-DEFINITION

La pédopsychiatrie est la discipline médicale qui s'occupe du traitement et de la prévention des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

Son rôle est primordial dans le cadre de la promotion de la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent.

II-ORIGINES DE LA PÉDOPSYCHIATRIE

Nous pouvons dater le début de la pédopsychiatrie avec JEAN ITARD qui essaie de traiter "Victor", l'enfant sauvage retrouvé dans l'Aveyron en 1800. Il oppose alors à PHILIPPE PINEL, médecin aliéniste français défenseur d'une déficience fixée non évolutive, sa théorie du caractère acquis non fixé (donc modifiable) chez l'enfant.

JEAN-ETIENNE ESQUIROL, dans les années 1830, va relier les enfants avec la nouvelle psychiatrie, en introduisant la notion de soin, (il est le premier à avoir décrit médicalement la trisomie 21).

La maladie mentale que l'on tente alors de traiter chez l'enfant est l'idiotie, et des institutions spécialisées vont s'ouvrir (l'école orthophrénique de FALRET et VOISIN, l'école pour idiots de SEGUIN, l'institut médico-pédagogique de BOURNEVILLE... etc.).

En 1888, Jacques-Joseph MOREAU publie le premier "traité de psychiatrie de l'enfant"...

Les théories psychanalytiques de FREUD rejoignent la psychiatrie infantile dans les années 1930 avec Mélanie KLEIN et Anna FREUD, entraînant l'éclosion des centres de guidance, des centres médico- psycho- pédagogiques...

La prise en charge des enfants et des familles près de leur domicile est instituée en 1972 par LEBOVICI et MISES, avec la création de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Après la seconde guerre mondiale, la prise en charge psychiatrique des enfants évolue avec une première circulaire le 13 septembre 1961 qui sépare l'hospitalisation des enfants de moins de 16 ans de celle des adultes.

Il faut cependant attendre 1979 pour qu'au niveau international apparaisse une réelle nosographie pédopsychiatrique, avec la Classification Internationale des Maladies CIM-9 qui pour la première fois consacre plusieurs rubriques à des thématiques comme "Psychoses spécifiques de l'enfance", "Trouble de l'activité spécifique de l'enfance et de l'adolescence" ou encore les "Retards spécifiques du développement".

En France, c'est en 2000 que sort la Classification des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) révisée, entièrement consacrée aux troubles de l'enfant et faisant le lien avec la CIM-10. Parmi les troubles listés on peut citer par exemple les psychoses dont l'autisme infantile, les troubles des apprentissages, les troubles comportementaux dont les troubles alimentaires ou les troubles du sommeil.

III-CHAMPS D'ACTION

La pédopsychiatrie s'intéresse aux enfants et adolescents de tout âge:

du nouveau-né et nourrisson ,passant par les enfants d'âge scolaire aux adolescents(0 à 18ans).

Les maladies mentales en pédopsychiatrie sont fréquentes,on estime que 15 à 20 % des enfants en souffrent.

L'enfant ou adolescent qui vient consulter en pédopsychiatrie n'est pas le seul élément d'intérêt pour le pédopsychiatre.

Ce dernier va s'intéresser et intervenir dans tous les milieux s'occupant de l'enfant et de son développement comme:

-La famille

-La crèche

-L'école,le collège et le lycée

-Les institutions sociales

-Les centres d'handicape

-La justice,.....etc

Contrairement à beaucoup de disciplines médicales, la pédopsychiatrie se pratique en réseau.

En effet,le pédopsychiatre travaille en équipe multiprofessionnelle (pédiatre ,neuropédiatre, psychologue,orthophoniste,psychomotricien,ergothérapeute..),

Le pédopsychiatre serait le Maestro ,il orchestrera la prise en charge ,de l'établissement du diagnostic à la conduite du traitement et des soins.

IV-SPECIFITES DE LA PATHOLOGIE MENTALE EN PEDOPSYCHIATRIE

→La dimension développementale:

L'enfant est un être non encore accompli,qui n'a pas encore achevé son développement.

D'ou l'impossibilité de prédire le cours évolutif des troubles.

→Les apprentissages

La vie de l'enfant est étroitement liée à l'école et à l'éducation. Même un très jeune enfant ou un enfant handicapé doivent faire des apprentissages spécifiques qui leur permettent d'être plus autonomes et de mieux s'adapter à l'environnement.

→Le rôle de l'entourage

Il faut toujours tenir compte de l'entourage proche de l'enfant.

Souvent, les troubles de l'enfant ne sont que le résultat d'un dysfonctionnement familial.

Plus l'enfant est jeune plus le retentissement de l'entourage sur son développement est important.

→ La demande de soins

L'enfant demande rarement à voir un médecin.

D'habitude,ce sont les parents qui l'emmènent parce qu'ils s'inquiètent.

Il est important d'impliquer l'enfant dans la prise en charge.

On doit toujours consacrer un moment à voir l'enfant et surtout l'adolescent seuls.

→L'expression sémiologique

Les tableaux cliniques chez les enfants et les adolescents sont souvent atypiques ,et ceci est en rapport avec:

- Les Facteurs neuro-développementaux
- La Maturité intellectuelle et affective
- Le Contexte social

→ Le normal et le pathologique

La frontière entre ce qui est considéré comme normal et ce qui est de l'ordre du pathologique n'est pas claire dans cette tranche d'âge.Cela dépend du:

→ **Facteur développemental** : Ce qui est normal à un âge, ne l'est pas à un autre âge (Faire pipi au lit après la naissance d'un frère ou une sœur ,Sucer son pouce à trois ans, peur du noir à 4 ans etc..)

→ **Facteur environnemental** : L'adaptation à un stress environnemental peut se faire par des Symptômes (tout symptôme lors de conflits familiaux,maltraitance, ou menace de séparation).

V- PRINCIPALES ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT :

→Petite enfance:

Nouveau-né,le bébé est totalement dépendant. Il exprime ses besoins et communique par des attitudes, le regard, la voix, les reflexes archaïques qui sont des compétences innées.

Au fur et à mesure du développement, ses compétences à s'exprimer et à communiquer

s'enrichissent. Il va également développer ,grace aux soins des parents, des capacités à réguler ses fonctions physiologiques de base, ses émotions, puis ses mouvements et ses pensées.

→ Sur le plan affectif et émotionnel, il est au stade oral de la naissance à 18mois,puis au stade Anal de 18mois à 3ans,coiciadant avec le début de l'éducation sphinctérienne.

****Quelques repères du développement**

- 3mois, sourire intentionnel
- 6mois, position assise, commence à jouer avec l'adulte
- 12 mois, marche
- 12-18 mois, premiers mots
- 2ans et I /2, utilise des phrases, sait imiter, jeux variés, commence à être propre et autonome.

→ Sur le plan intellectuel, il est au stade de l'intelligence sensori-motrice (la perception de l'objet est nécessaire à toute combinaison)

→L'enfance:

De trois ans à six ans, c'est l'âge préscolaire.

L'enfant acquiert une représentation de soi et de son corps.

→ Sur le plan affectif, le fonctionnement est celui du stade phallique car l'enfant découvre la différence des sexes entre les femmes et les hommes. Il fait preuve d'une curiosité exceptionnelle à cet âge.

Vers 4-5 ans, l'enfant entre dans la phase Œdipienne, c'est-à-dire qu'il va sortir de la relation exclusive et physique avec ses parents pour s'ouvrir sur le monde.

Il va renoncer difficilement à cette relation exclusive et charnelle avec les parents en prenant conscience que ses parents ont une vie entre eux qui lui est interdite.

☒ Sur le plan intellectuel, il est au stade préopératoire (capable de se détacher de la perception immédiate de l'objet et se le représenter mentalement : permanence de l'objet)

Vers 6, 7 ans l'enfant entre dans la phase de latence. C'est une phase plus ou moins calme du développement psychique qui va permettre à l'enfant de porter son attention sur les apprentissages, les amis et prendre d'autres adultes comme modèles (les enseignants).

→ Sur le plan intellectuel, il est à la phase des opérations concrètes (A partir des manipulations d'objet, il peut saisir les transformations et les invariants, la réversibilité, classement et séries) .

La phase de latence va durer jusqu'à l'âge de 10-12 ans ou elle est interrompue par la puberté qui ouvre sur l'adolescence.

→L'Adolescence :

c'est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

Elle débute à la puberté et se termine à l'achèvement de la croissance, l'acquisition d'une identité sexuelle et sociale, l'acquisition d'une indépendance relative envers la famille.

→ Maturation biologique (croissance staturo-pondérale, caractères sexuels secondaires, maturation et développement des organes génitaux internes et externes).

→ Maturation affective : réactivation pulsionnelle liée à la poussée hormonale.

Cette réactivation va s'accompagner également de résurgence des modes de satisfaction infantile qui vont à ce moment-là être angoissants pour l'adolescent qui va tout faire pour les éloigner de la conscience. Il va donc développer des mécanismes psychiques inconscients et conscient pour lutter contre ces sensation (refoulement, Intellectualisation, sublimation, agir, s'éloigner des parents et se rapprocher des pairs).

L'éloignement des parents et le rapprochement avec les autres adolescents va lui permettre de développer ses explorations sur sa vie sexuelle naissante (masturbation, informations et échange avec les autres adolescents, premières expériences amoureuses etc...)

→ Sur le plan intellectuel, c'est le stade de la pensée abstraite.

L'adolescence se termine quand le sujet a acquis un sens de l'identité et de la responsabilité suffisamment affirmés pour pouvoir se différencier de ses parents et fonder lui-même une nouvelle famille.

VI-SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE :

La bonne santé mentale est constituée par un développement équilibré et harmonieux de la personnalité dans les différentes dimensions (biologiques, motricité, intelligence, affectivité, relations sociales) ce qui permet l'adaptation la moins coûteuse (en énergie et angoisse) possible à l'environnement physique et social.

Les maladies mentales peuvent apparaître dès la naissance ou plus tard. Plus elles sont précoces, plus le développement est altéré soit de façon transitoire ou définitive, globale ou partielle.

Les étiologies des maladies mentales sont très souvent complexes incluant à la fois des facteurs génétiques et biologiques, de facteurs psychologiques intellectuels, cognitifs ou affectifs et émotionnels et enfin des facteurs de l'environnement (familles, conditions de vie, stress, événements traumatiques etc..).

Les maladies peuvent être des troubles du développement global ou spécifique, des altérations d'un fonctionnement préalablement adapté. Elles peuvent également se constituer comme un mode de vie pathologique habituel (trouble de la personnalité)

VII-PRINCIPALES PATHOLOGIES DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

A-Les troubles du développement :

1-Les troubles du développement intellectuel ou retard mental

Le retard mental est considéré comme un trouble global du développement intellectuel dans lequel

s'intriquent des perturbations cognitives, du langage, de la motricité et des conduites sociales

Il se définit par trois caractéristiques :

- Un fonctionnement intellectuel général inférieur à la moyenne
- Des altérations ou déficits importants du fonctionnement adaptatif
- Début avant 18 ans.

Parmi les déficiences intellectuelles, on distingue:

- Le retard mental léger (QI : 50 à 70)) 85 % des retards mentaux
 - Aptitudes à la socialisation et à la communication
 - Apprentissages et acquisitions scolaires possibles jusqu'en 5ème année primaire.
- Le retard mental moyen (QI : 35-50)) 10% des retards mentaux
 - Aptitudes sociales possibles. L'enfant peut parler
 - Le niveau intellectuel ne dépasse pas celui du CP
 - L'autonomie sociale est limitée
- Le retard mental grave (QI : 20-35)) 3-4 % des retards mentaux
 - L'âge mental ne dépasse pas 2-3 ans. Le langage est rudimentaire
 - Acquisitions incomplètes (lecture impossible), massivement retardées
- Le retard mental profond (QI < 20) 1 à 2% des retards mentaux
 - Absence de langage
 - Autonomie très limitée voire nulle
 - Troubles moteurs graves associés (grabatisation)

2-Les troubles du spectre de l'autisme

Il s'agit d'un trouble du développement dans le domaine de l'interaction sociale, la communication avec des intérêts et activités restreints et répétitifs.

Il s'agit d'enfants qui avant l'âge de trois ans ont un déficit dans les capacités à établir une relation, à échanger, communiquer par les gestes ou la parole, à comprendre les émotions des autres et à réagir en conséquence.

Ils ne savent pas jouer comme les autres enfants et ils ne sont pas attirés par l'échange, la relation et la communication avec autrui.

Cela peut s'exprimer par des symptômes légers ou par des handicaps extrêmement lourds.

3-Les troubles spécifiques de l'apprentissage

Sont constitués par des performances individuelles en dessous de la moyenne dans les domaines de

la lecture, l'écriture et le calcul compte tenu de l'âge , du niveau intellectuel général qui est bon et de l'absence d'une affection mentale ou physique pouvant altérer ces performances.

→ La Dyslexie: incapacité ou difficulté d'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

→ a Dysorthographe : Trouble de l'expression écrite.

→ La Dyscalculie : difficultés d'apprentissage du calcul et des mathématiques.

4-Les troubles du développement du langage

Les troubles du langage sont un motif fréquent de consultation de pédopsychiatrie. Près de 5 % des enfants de 5 ans ont des troubles du langage.

Ils sont très variables depuis le simple retard de maturation évoluant spontanément favorablement au trouble plus grave (Dysphasie, autisme, absence du langage).

Certains troubles du langage peuvent exprimer ou accompagner d'autres perturbations (bégaiement, mutisme).

5-les troubles du développement psychomoteur

→ Les troubles de l'hyperactivité et déficit de l'attention THADA:

fonctionnement marqué par une instabilité , une hyperactivité et une impulsivité sur le plan moteur plus ou moins associées à une difficulté à se concentrer sur une tâche ou une activité.

Cela occasionne une grande souffrance et des altérations dans les acquisitions scolaires.

6 -Les troubles du comportement :

Altération des fonctions instinctuelles ou relationnelles

A-Troubles du comportement alimentaire TCA:

Les perturbations du comportement alimentaire chez le Nourrisson, l'enfant et l'adolescent sont sérieuses car elles mettent en danger la croissance de manière durable et peuvent dans certaines circonstances mettre en danger le pronostic vital.

L'alimentation chez le Nourrisson, l'enfant et l'adolescent n'est pas seulement un acte biologique mais surtout un acte relationnel et affectif, social.

Il constitue souvent l'expression d'une perturbation relationnelle.

→ Chez le Nourrisson nous retrouvons surtout :

1- L'anorexie commune souvent dite d'opposition ou de sevrage

2- Les Anorexies sévères précoces

3- Le mérycisme régurgitation provoquée et répétée, plus ou moins importante, du bol alimentaire, suivie de la rumination.

4- Le Pica : C'est l'ingestion répétée, pendant au moins un mois, de substances non comestibles (peinture, plâtre, sable, terre (géophagie), cailloux, papier, ficelles, cheveux...) alors que l'enfant est clairement en âge de distinguer entre objets et aliments (après 18 mois)

→ A l'adolescence, l'anorexie mentale / Boulimie constituent les principales pathologies.

**L'anorexie mentale est caractérisée par une réduction importante de la ration alimentaire, une peur intense de

prendre du poids et une perception erronée de son corps (se trouve gros malgré la minceur) .

**La boulimie : Crise où le sujet absorbe rapidement une quantité de nourriture supérieure à la norme de façon impulsive.

B- Les troubles du sommeil :

Le rythme veille/sommeil est particulier chez le bébé et le nourrisson.

Le nourrisson a initialement un régime de sommeil interrompu,

☐ le nouveau-né dort en moyenne 16h/24h, par cycles de 1h30 à 2h.

☐ Vers l'âge de 03 mois, l'enfant développe des horaires semblables à ceux de l'adulte :

À mesure que son âge progresse, le nourrisson dort pendant des périodes plus longues, mais au total moins d'heures et le sommeil s'établit pendant la nuit et environ 70% des nourrissons dorment jusqu'au matin, sur une période de +/- 8h.

-A l'adolescence : stabilisation autour de 8-9 heures par 24 heures.

Le sommeil est dépendant à la fois de rythmes biologiques internes mais également des conditions de l'environnement et de l'éducation.

Le Nourrisson, l'enfant et l'adolescent peuvent présenter des insomnies, des hypersomnies (en particulier l'adolescent), des parasomnies (terreurs nocturnes, somnambulisme, somniloquie etc..).

C-Les troubles du comportement sphinctérien :

→L'énurésie

→L'encoprésie

D- Les troubles des conduites :

il s'agit d'un comportement d'atteinte aux droits d'autrui par l'agression ou la provocation

E- Les addictions : Usage ou consommation abusive de substances psychoactives ou de comportement addictogènes (internet, jeux etc..)

F-Les conduites suicidaires: Urgences psychiatriques, qui peuvent exister chez l'enfant spécialement dépressif mais surtout chez l'adolescent.

G-Les conduites à risque et la délinquance :

7- Les troubles émotionnels :

A-Troubles anxieux :

Les troubles anxieux chez l'enfant sont liés au niveau de développement.

Certaines peurs et phobies sont considérées comme normales si elles surviennent à certains âges (peur de l'étranger du 8ème

mois, peur du noir vers l'âge de 18 mois-2 ans, peur des gros animaux vers 3-4 ans, peur des petits animaux vers 4-5 ans). L'enfant en plus des troubles anxieux qui ressemblent à ceux décrits chez l'adulte peut présenter des troubles anxieux spécifiques :

→Anxiété de séparation : Le symptôme essentiel est une angoisse excessive lorsque l'enfant se sépare des personnes auxquelles il est attaché

→La phobie scolaire

B-Troubles de l'humeur :

Les troubles de l'humeur (dépression et manie) sont atypiques dans leur présentation chez l'enfant.

La dépression est fréquente(1-2%) malgré le fait que les symptômes soient atypiques et varient selon l'étape du développement.

Chez l'adolescent les troubles commencent à ressembler à ceux de l'adulte.

C- Troubles consécutifs aux violences et maltraitances :

Les conséquences des violences et maltraitances sont sévères et peuvent affecter toutes les sphères du développement du comportement et des émotions.

8- Les troubles psychotiques chez l'enfant et l'adolescent :

Les troubles psychotiques aigus et chroniques peuvent se manifester chez l'enfant.

Ils s'expriment le plus souvent avant l'âge de 10 ans par désorganisation des acquisitions dans tous les domaines, un

désordre du comportement social et de l'autonomie, parfois il s'y associe des hallucinations et rarement un délire.

Les psychoses confusionnelles posent un problème d'urgence diagnostique et thérapeutique.

A l'adolescence, la sémiologie des troubles psychotiques se rapproche de celle de l'adulte.

Une partie importante des schizophrénies débutent à l'adolescence.

CONCLUSION

La pédopsychiatrie joue un rôle important dans la prévention et la prise en charge précoce des troubles mentaux, ce qui participe de façon active à la promotion de la santé mentale des personnes.

« On est de son enfance comme on est d'un pays »

Antoine de Saint-Exupéry