

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Importance de l'âge de survenue :

Préscolaire / école maternelle (0-6 ans)	Ecole primaire (6-11 ans)	Collège (11-15 ans)	Lycée (≥ 15 ans)
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles neuro-développementaux : <ol style="list-style-type: none"> 1. TSA 2. Troubles du langage 3. Autres troubles spécifiques des apprentissages (dyspraxie) • Retard mental +/- épilepsie • Troubles du sommeil <p>TSA = Trouble du spectre de l'autisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TDAH/TOP/Troubles des conduites (TC) • TSA • Troubles spécifiques des apprentissages : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dyslexie / Dysorthographe 2. Dyspraxie 3. Dyscalculie • Troubles anxieux (refus scolaire) <p>TDAH = Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité TOP = Trouble oppositionnel avec provocation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TDAH/TOP/TC • TS/ dépression • Troubles anxieux/ Refus scolaire/ phobie sociale • Conduites à risque (toxiques, alcool, sexualité) • Troubles du comportement alimentaire (anorexie/ boulimie) <p>TS = Tentative de suicide</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TDAH/TC • TS/ dépression • Troubles anxieux • Conduites à risque (toxiques, alcool, sexualité) • Troubles du comportement alimentaire (anorexie/ boulimie) • Troubles psychiatriques de l'âge adulte : <ol style="list-style-type: none"> 1. Schizophrénie 2. Troubles bipolaires
<p>Evaluation de l'environnement familial : Antécédents psychiatriques - Evènements de vie - Maltraitance - Bullying scolaire</p>			

A. Autisme :

1) Epidémiologie :

- Prévalence : 1% (regroupant toutes les formes)
- Actuellement on estime que 1 enfant sur 68 présenterait un trouble du spectre de l'autisme TSA (toute forme confondue)
- Quatre fois plus de garçons reçoivent un diagnostic de TSA ; Sex ratio : 4 garçons pour 1 fille
- Un plus grand nombre d'enfants sont identifiés en bas âge (avant 3 ans) mais la majorité d'entre eux ne reçoivent leur diagnostic qu'après l'âge de 4 ans
- La majorité des enfants ayant un diagnostic de TSA ne présentant aucune déficience intellectuelle (62%)
- 30% présente une épilepsie

Apparitions avant l'âge de 3 ans :

- Caractère envahissant et perturbant le fonctionnement de l'individu
- Particularité des formes incomplètes (avec retard diagnostic)

2) Etiopathogénie :

- Susceptibilité génétique
- Anomalie anatomique cérébrale (système limbique)
- Dysfonction du système limbique (sérotonine et dopamine)
- Le petit poids de naissance pour l'âge gestationnel et l'hypoxie néonatale (score d'Apgar <7)
- Microbiote et claustridium (théorie remise en cause)

- Influence de l'environnement affectif (théorie remise en cause)
- Intolérance au gluten (théorie remise en cause)
- Exposition aux métaux lourds (manque d'études fiables)

3) Clinique :

a. Signes précoces :

► De 0 à 6 mois :

- Bébé trop calme, trop agité, indifférent aux sollicitations sonores ou tactile, regard fuyant, sourire absent ou rare, anomalie du tonus,
- Montrer du doigt ou prise d'objet rare, trouble du sommeil ou de l'alimentation

► De 6 à 12 mois :

- Absence d'intérêt pour le monde environnant
- Aréactivité au bruit, activité stéréotypique (balancement), langage pauvre, gestuelle pauvre
- Pas peur de la séparation ou de l'étranger

► De 12 à 24 mois :

Langage pratiquement absent, retard global, rareté du jeu, intérêt pour les objets inertes, automutilation

b. Phase d'état :

Association d'une triade :

1. Troubles des interactions sociales
2. Troubles de la communication
3. Troubles du comportement

① Trouble des interactions sociales :

- ♦ Manque d'intérêt pour les autres
- ♦ Fuite de contact : contact oculaire médiocre voir absent
- ♦ Anomalie des gestes à valeur sociale (ne donne pas la main)
- ♦ Ne cherche pas le contact avec d'autres enfants
- ♦ Attitude d'agacement ou d'anxiété lorsque l'enfant est sollicité

② Troubles de la communication :

Altération du langage	Altération de la communication non verbale
<u>Quantitative</u> : retard et pauvreté	Mimique pauvre
<u>Qualitative</u> : tendance à l'écholalie, anomalie de syntaxe,...	Peu de gestuelle

③ Troubles du comportement :

- ♦ Comportement stéréotypé type balancement, flapping
- ♦ Utilisation détournée d'objets tels jouets
- ♦ Intérêts pour des objets inanimés tel bout de ficelle, boutons...
- ♦ Absence de jeu spontané
- ♦ Réaction paradoxale d'irritabilité ou agressivité parfois contre lui-même (scarification, automutilation)

4) Forme clinique :

- Autisme de Kanner
- Syndrome d'Asperger
- Syndrome de Rett (encéphaopathie progressive lié à l'X à partir de 6 mois)

5) Diagnostic différentiel :

- ✓ Cécité / surdité
- ✓ Trouble isolé du langage
- ✓ Retard mental
- ✓ Encéphalopathie virale/bactérienne/toxique
- ✓ épilepsie partielle
- ✓ Carence affective

6) Evaluation :

- ☒ Bilan psychométrique : test du Qi / capacités relationnelles
- ☒ Bilan orthophonique
- ☒ Bilan psychomoteur
- ☒ Bilan somatique : recherche d'une atteinte ORL / ophtalmologique
- ☒ Bilan neurologique (EEG / IRM / potentiels évoqués)

7) Prise en charge :

↳ Des troubles du développement :

- R ducation orthophonique
- R ducation psychomotrice
- Ergothérapie

↳ Socioth rapie :

- Maintien d'une scolarité normale si possible
- Classes spéciales

↳ Médicamenteuse :

- Neuroleptiques atypiques pour les troubles de l'attention et du comportement.
- Antidépresseurs efficaces pour les compulsions et stéréotypies.

↳ Autres :

- Le HAND SPINNER à la base était un outil thérapeutique pour autiste
- Ronronoth rapie

8) Evolution :

- ◆ Elle est variable
- ◆ Dépend de la précocité de la prise en charge et le type de trouble et de l'environnement familial et social.

B. Trouble du Déficit de l'Attention et Hyperactivité « TDAH » :

1. Epidémiologie/ tiopathog nie :

- Prévalence de 3 à 7 % d'enfants en âge scolaire
- Il débute en général dès l'acquisition de la marche
- Prédominance masculine (2   4 garçons pour 1 fille)
- Trouble neuro-développemental d'origine multifactorielle

2. Clinique :

Triade diagnostic : **Inattention + Hyperactivité + Impulsivité**

① Inattention → Difficulté d'apprentissage :

- ⇒ Incapacité de concentration
- ⇒ Distractibilité
- ⇒ Oublis fréquent
- ⇒ Difficulté d'organisation
- ⇒ Travail non appliqué

- ⇒ Évitement des tâches nécessitant un effort mental
- ⇒ Difficulté de terminer une tâche
- ⇒ L'intelligence n'est pas touchée

② **Hyperactivité → Danger de traumatisme :**

- ♦ Ne tiens pas en place
- ♦ Prise de risque fréquent (grimpe aux arbres, saute les escaliers par plusieurs marches ...)
- ♦ En mouvement permanent

③ **Impulsivité → Difficulté sociales :**

- ▷ Besoin impérieux d'accomplir un acte
- ▷ Interrompt les autres
- ▷ Ne peut attendre les autres

3. Caractéristiques :

Selon le DSM 5 :

- ✓ Durée de plus de 6 mois
- ✓ Présence des symptômes avant 12 ans
- ✓ L'existence d'un retentissement dans au moins 2 secteurs (familial, scolaire, ...)

4. Evolution :

- ♦ Le trouble disparaît souvent à la fin de l'adolescence
- ♦ Dans 10 à 30 % des cas le trouble se poursuit à l'âge adulte
- ♦ Le pronostic sous traitement est généralement bon

5. Traitement :

RITALINE (méthylphénidate) : traitement de choix

C. Trouble oppositionnel avec provocation :

Le **trouble oppositionnel avec provocation (TOP)**, comme décrit dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), est un ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs envers des figures autoritaires (parents / enseignants..) sans relation avec un comportement infantile habituel. Les individus souffrant de ce trouble peuvent être agressifs et colériques.

Les symptômes communs du trouble oppositionnel avec provocation :

- La colère souvent persistante
- Un tempérament difficile
- Une hyperactivité motrice
- Une perception très négative de l'autorité
- Les enfants et adolescents souffrant de ce trouble ennui les autres sans but apparent
- Ces jeunes individus sont rancuniers envers les autres
- Tentent de se venger d'eux si ceux-ci font quelque chose qui déplaît.

Pronostic :

Pour diagnostiquer le trouble, ces comportements doivent durer six mois

L'évolution peut déboucher sur des troubles du comportement qui pourront déboucher sur des interpellations et des peines judiciaires.

Traitement :

La thérapie cognitive et comportementale est décrite comme l'un des principaux traitements efficaces

D. Troubles de l'adolescent :

◆ Trouble du comportement chez l'adolescent :

- Rébellion
- Conduites à risque : toxiques/ sexualité à risque/ excès de vitesse...
- Trouble des conduites (« voyou »)
- Trouble oppositionnel avec provocation (refus de l'autorité parentale ou hiérarchique tel lors du service militaire)
- Suicide : à moi la mort à vous le regret

◆ Schizophrénie :

Début : âge jeune entre 15 et 25 ans