FONDATION DR JULIEN

Les diagnostics en santé mentale

Comment bien définir les problématiques?

Dre Leila Ben Amor, pédopsychiatre, CHU Ste-Justine et Garage à musique
Dre Delphine Collin-Vézina, psychologue clinicienne, professeure et chercheure, Université McGill
Dr Gilles Julien, pédiatre, Fondation Dr Julien
Dr Francis Livernoche, pédiatre, CHU Sherbrooke et CPSC Tandem de Magog

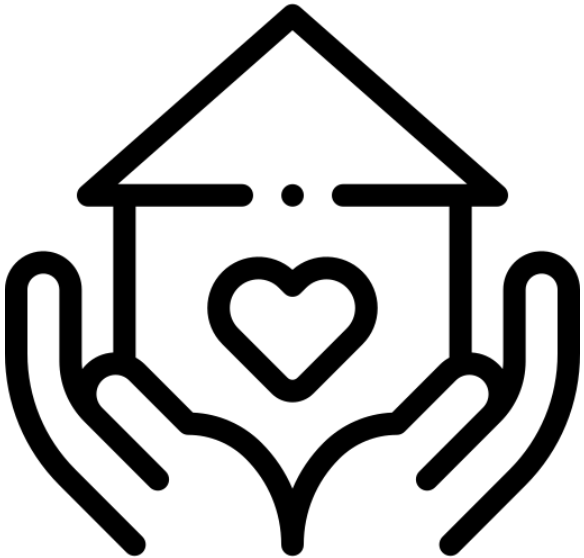
Déroulement

13h30-13h45	Introduction
13h45-13h55	Présentation d'une situation clinique et des questions
13h55-14h10	Échanges en sous-groupes
14h10-15h00	Retour sur les échanges en sous-groupes
15h00-15h25	Discussion ouverte
15h25-15h30	Mot de la fin

1. Introduction

2. Présentation d’une situation clinique et des questions

Histoire familiale



0 à 2 ans

- Vit avec ses 2 parents.
- A été exposé à la violence conjugale qui a entraîné la séparation des parents.

2 à 5 ans

- Allers-retours entre le milieu maternel et celui de la grand-mère.
- Signalements de négligence en CPE, que la mère contourne en confiant Kevin à la grand-mère.
- La mère s'installe chez la grand-mère quand Kevin y est, mais la relation est orageuse.
- La mère de Kevin décide de partir avec lui et de couper les liens avec la grand-mère.

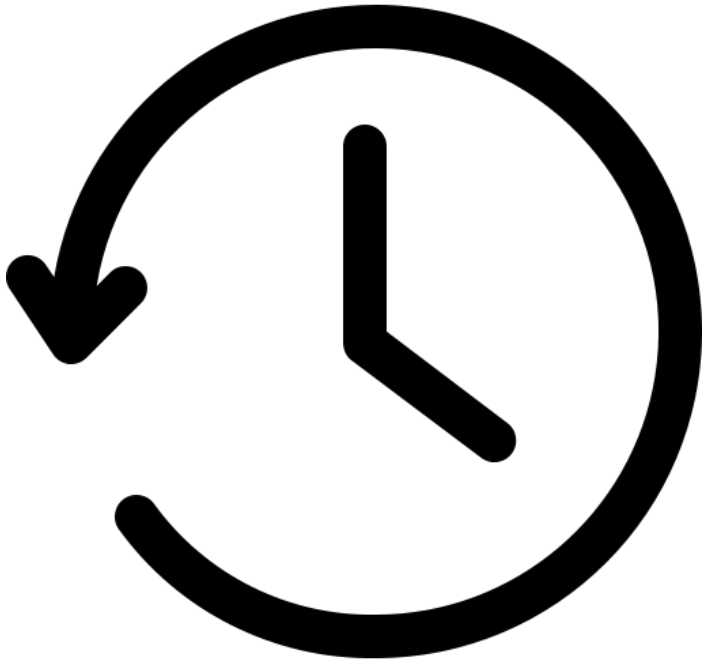
Signalement DPJ

- Négligence et abus sexuel par le partenaire de la mère est soupçonné.
- Kevin est confié en placement chez la grand-mère depuis 1 an.

© Fondation Dr Julien

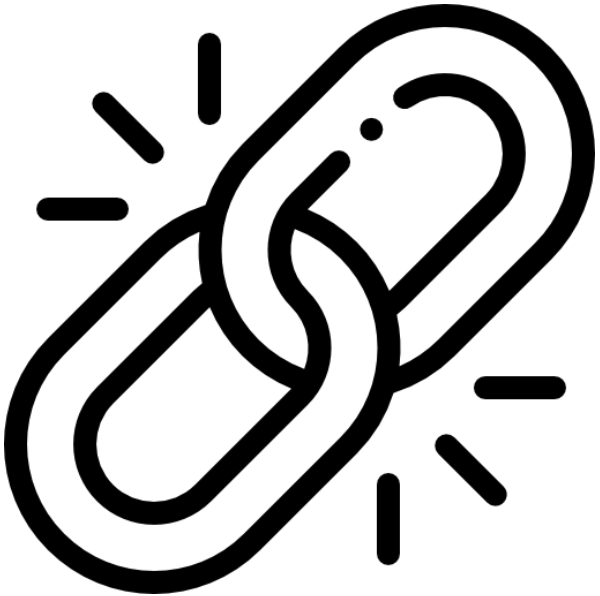
Antécédents personnels

- Pas de suivi obstétrical
- Possible consommation de drogues
- Prématuré 35-36 semaines?
- Pas de complication à la naissance
- Trouble de langage sévère



© Fondation Dr Julien

Antécédents familiaux



Mère

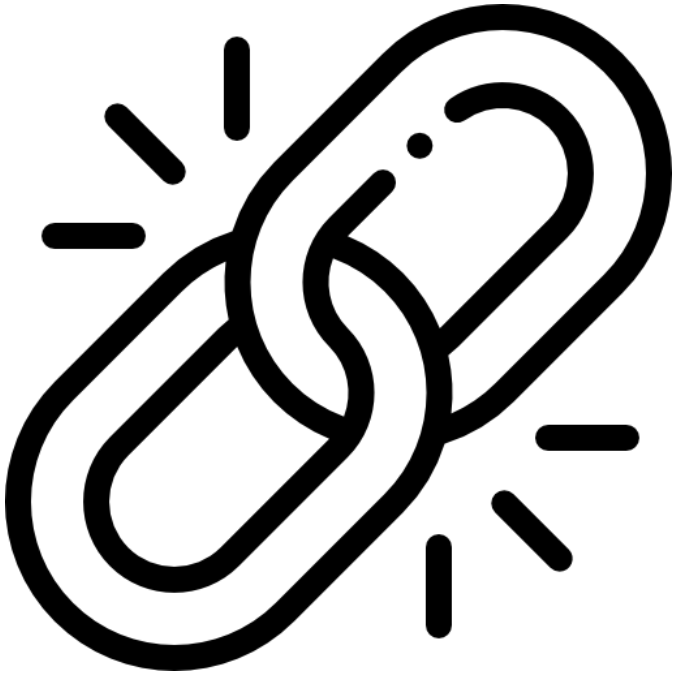
- Plusieurs épisodes de dépression avec tentatives de suicide.
- Diagnostic de TDAH et de TPL.

Grand-mère maternelle

- Anxiété
- Mouvements répétés: touche les doigts avec le pouce + clignements des yeux.
- Plus jeune: tics du visage et sons répétés.

© Fondation Dr Julien

Antécédents familiaux (suite)



Père

- Prison pour tentative de meurtre
- Passé de violence grave et d'incarcérations
- Diagnostic de TDAH et toxicomanie + possibilité de trouble bipolaire

Famille maternelle

- Plusieurs membres présentent de la dépression
- Oncle maternel: diagnostic de Tourette
- Cousin paternel: diagnostic de TSA

© Fondation Dr Julien

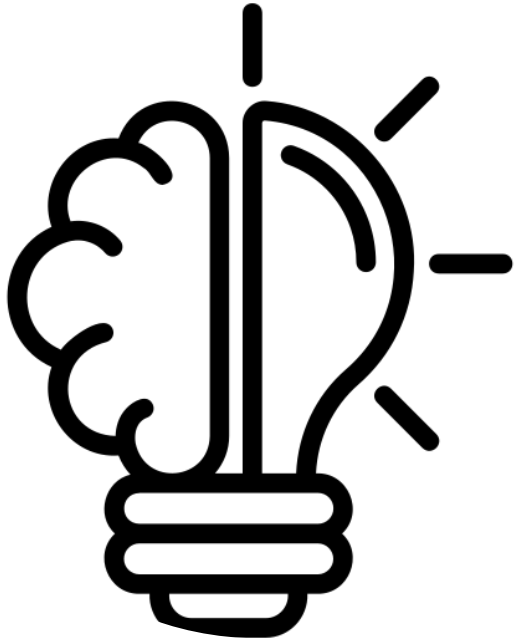
Histoire développementale

Langage

- 1ers mots à 12-18 mois, mais développement lent par la suite.
- Pointe et se fait comprendre surtout par le regard.
- Capable de phrases courtes mais surtout jargon jusqu'à 4 ans. Peu de conversation.

Motricité

- Marche à 12 mois, court et grimpe normalement.
- Malhabile avec les ustensiles et la prise de crayon.



© Fondation Dr Julien

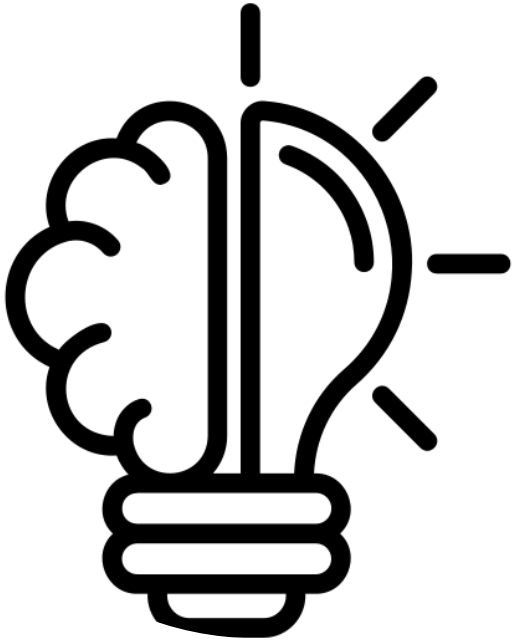
Histoire développementale (suite)

Socialisation

- Peu d'intérêt pour les autres enfants, ne partage pas.
- Intrusif, ne respecte pas les bulles.
- Relations principalement utilitaires avec l'adulte.

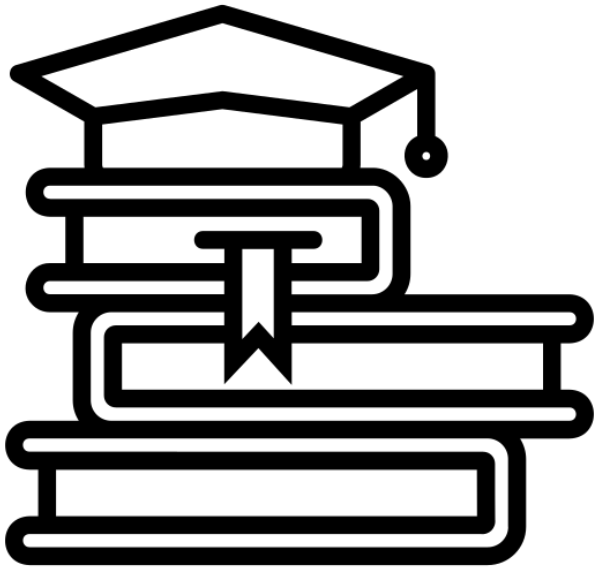
Comportement

- Dès 2 ans: présente impulsivité et hyperactivité.
- Beaucoup d'opposition, des crises "monstres" au moindre refus, de manière quotidienne.
- Réagit fortement aux bruits et apprécie les pressions profondes.
- CPE avec accompagnement 1:1 et maternelle très difficile (souvent renvoyé).



© Fondation Dr Julien

École - 1ère année



Bris de fonctionnement

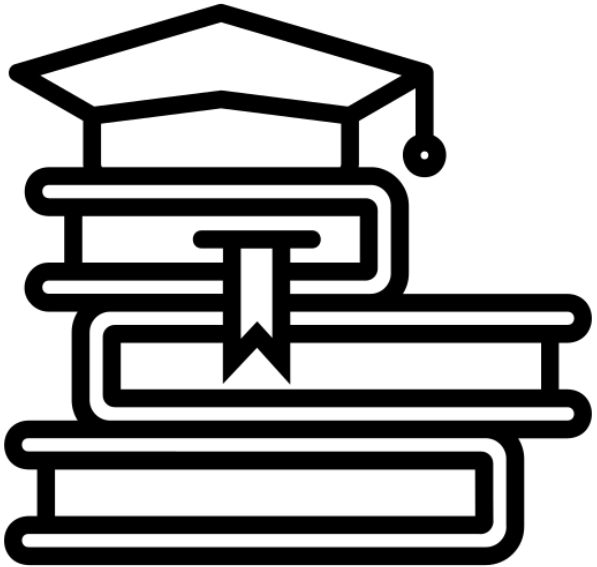
- Scolarisation partielle avec nécessité d'accompagnement.

Comportement

- Hyperactivité psychomotrice
- Ne respecte pas les règles, ne suit pas les consignes.
- Crises de colères fréquentes dans tous les milieux, avec impulsivité et agressivité verbale et physique.

© Fondation Dr Julien

École – 1ère année (suite)



Socialisation

- Isolé socialement
- Souvent intimidé devenu intimidateur, peu d'empathie
- Ne comprend pas que les conflits provoqués avec les amis ne sont pas un jeu; que les pairs qu'il agresse ne veulent plus être ses amis.
- Collectionne des objets sans valeur et ne supporte pas qu'on y touche.

Retard d'apprentissage important

© Fondation Dr Julien

Questions

1. Avec l'information dont vous disposez présentement, quelles hypothèses diagnostiques voudriez-vous continuer à explorer chez Kevin?

2. Selon vous, un diagnostic est-il nécessaire? Pourquoi?

3. Dans la situation de Kevin, serait-il approprié de prescrire une médication ? De référer à d'autres professionnels (ex. pédopsychiatrie)?

slido

Avec l'information dont vous disposez présentement, quelles hypothèses diagnostiques voudriez-vous continuer à explorer chez Kevin?

ⓘ Start presenting to display the poll results on this slide.

© Fondation Dr Julien

slido

Selon vous, un diagnostic est-il nécessaire? Pourquoi?

ⓘ Start presenting to display the poll results on this slide.

© Fondation Dr Julien

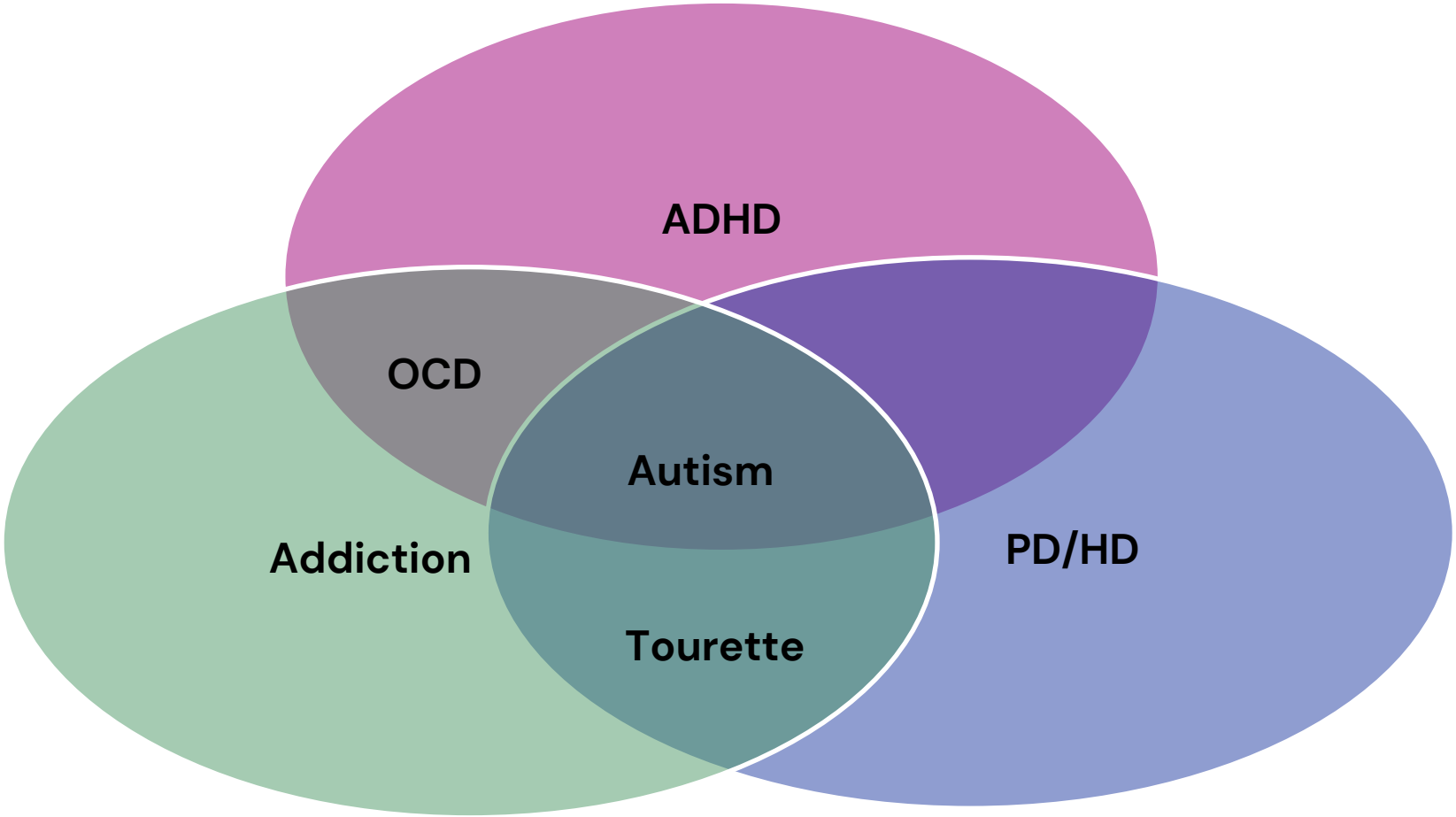
slido

Dans la situation de Kevin, serait-il approprié de prescrire une médication? De référer à d'autres professionnels (ex. pédopsychiatrie)?

ⓘ Start presenting to display the poll results on this slide.

© Fondation Dr Julien

Dre Delphine Collin-Vézina


ADHD
OCD
Autism
Addiction
PD/HD
Tourette

Et le trauma dans tout ça?

© Fondation Dr Julien

De génération en génération...

© Fondation Dr Julien

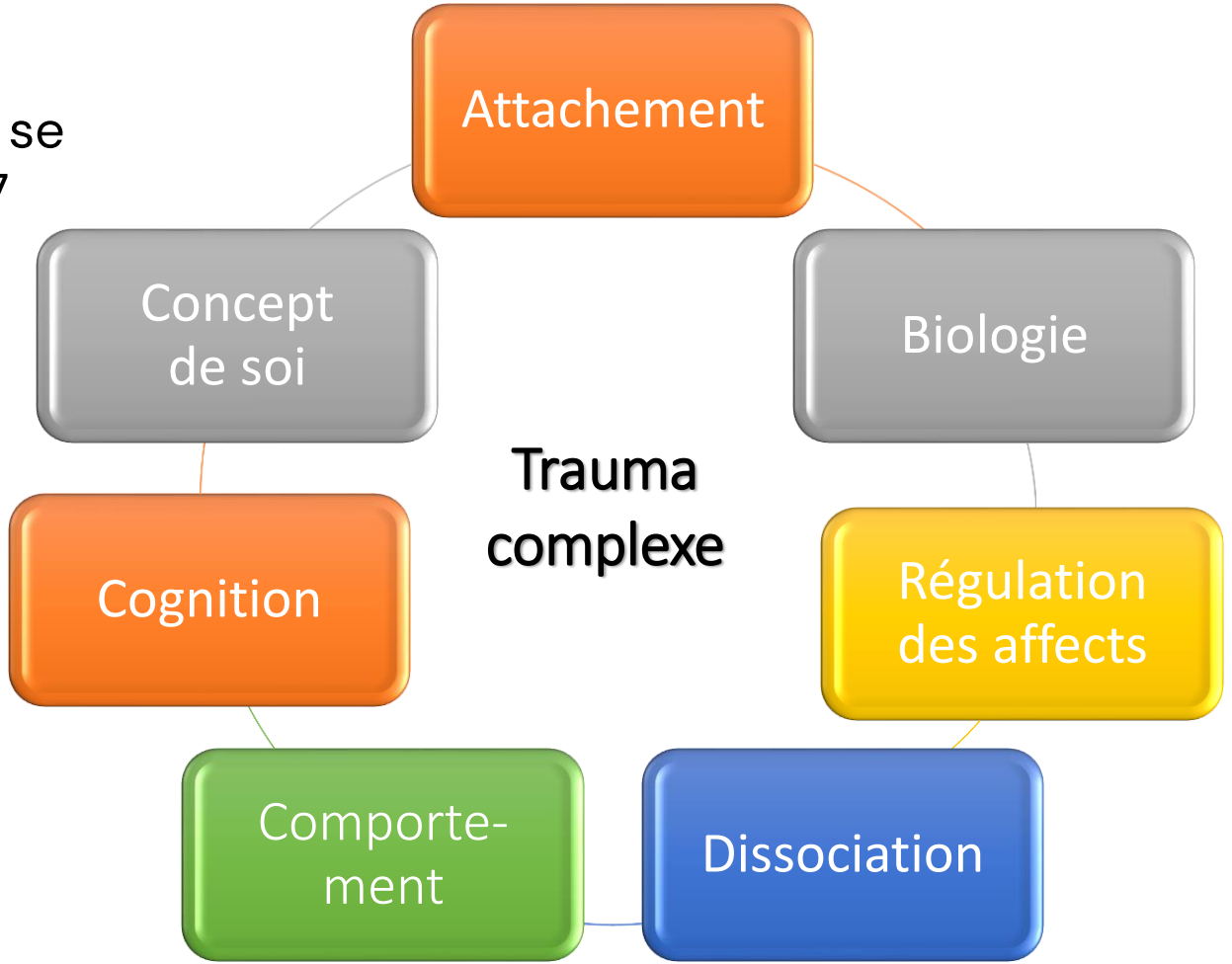
FACE À L'ADVERSITÉ

expériences négatives dans l'enfance et environnements communautaires toxiques

Traduction de la référence : https://www.ncsl.org/health/adversechi ldhood-experiences

© Fondation Dr Julien

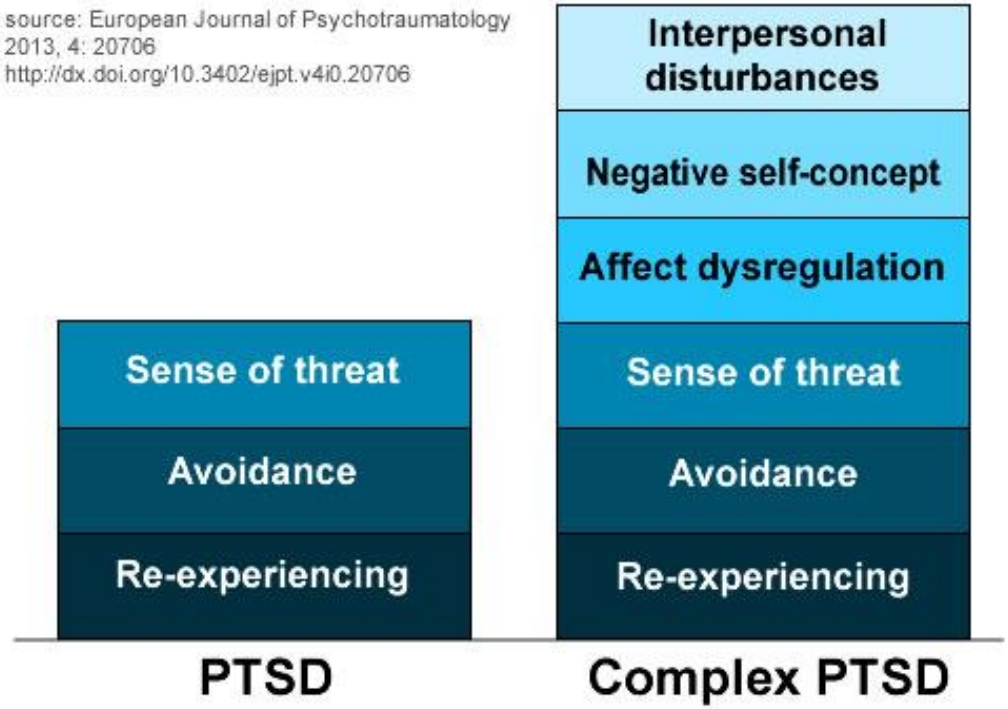
Les séquelles du trauma complexe se regroupent sous 7 grands domaines



Source: Cook et al., 2005

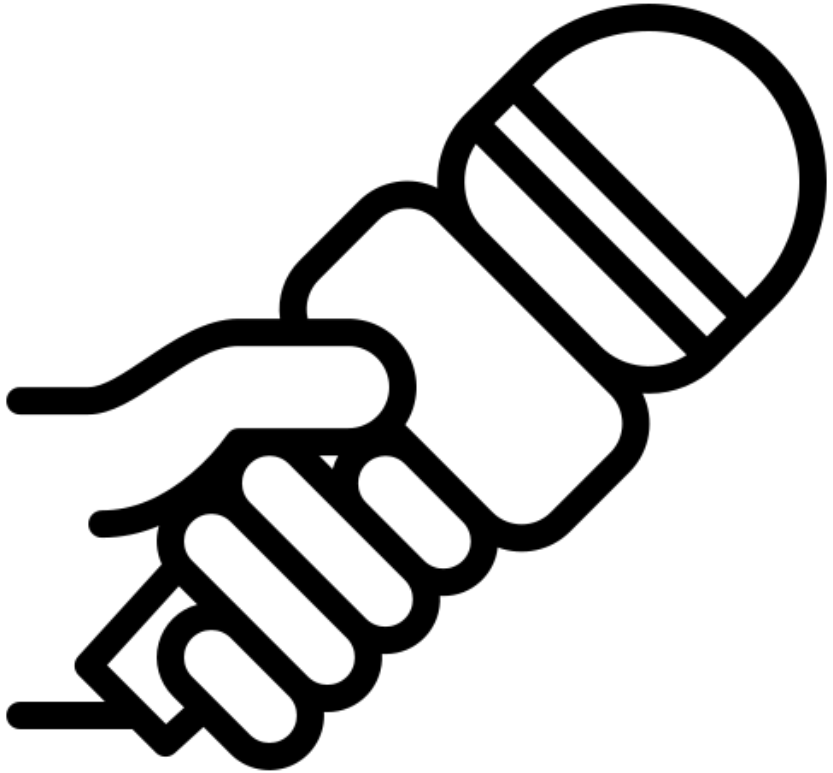
PTSD and complex PTSD symptoms

source: European Journal of Psychotraumatology
2013, 4: 20706
http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706

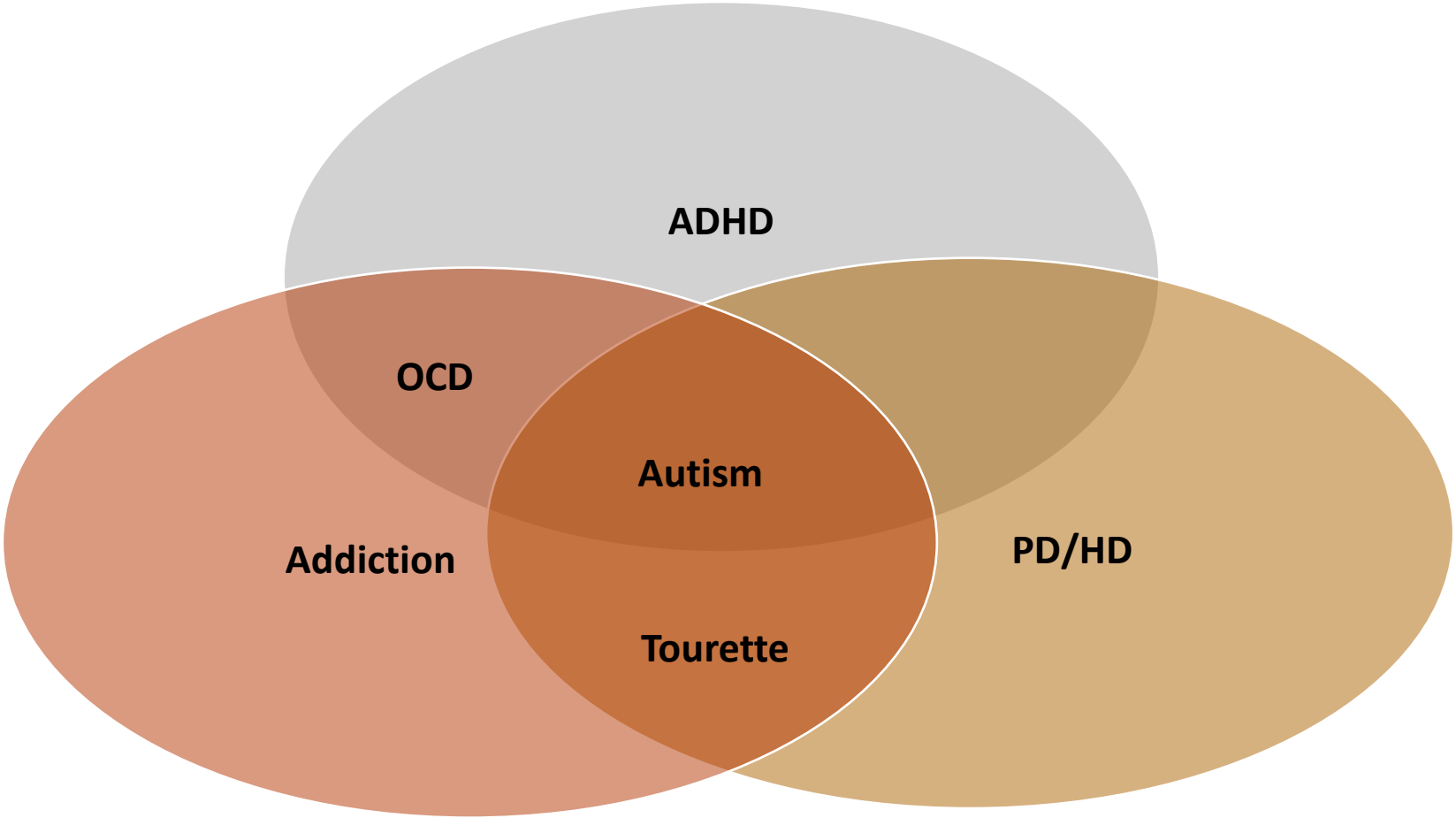


http://traumadissociation.com/complexptsd

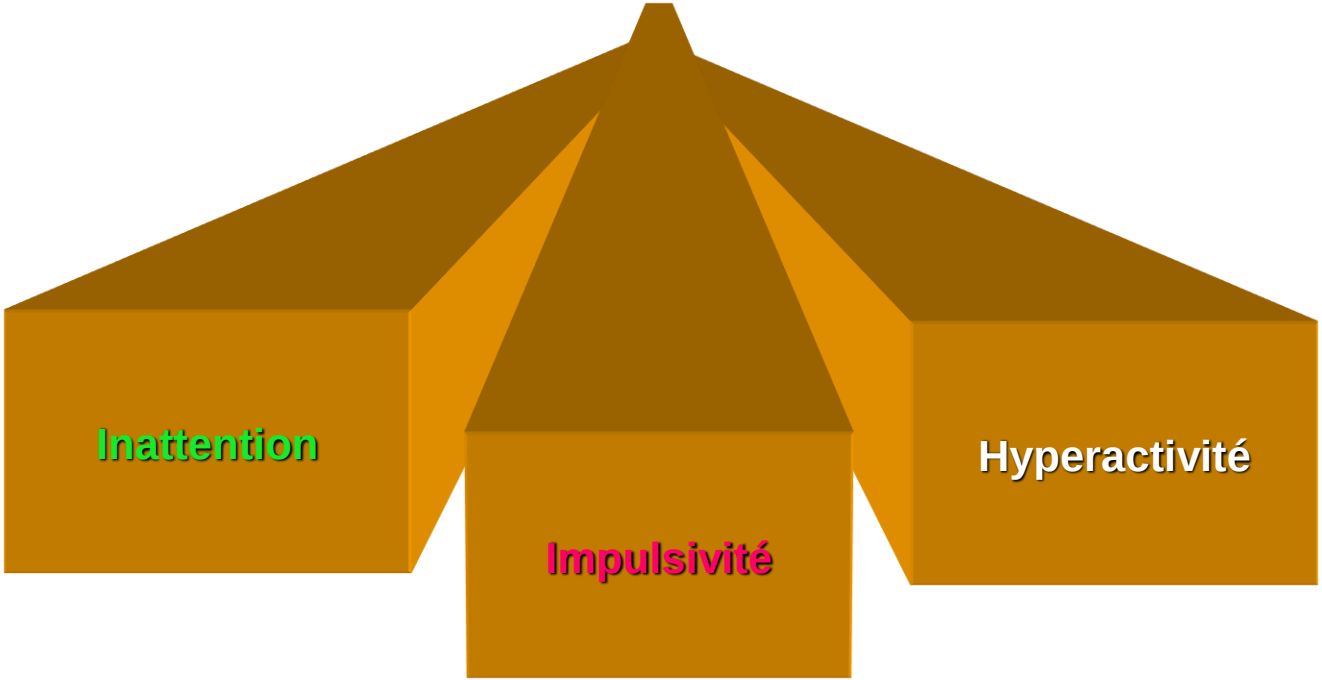
Vos réactions



Dre Leila Ben Amor


ADHD
OCD
Autism
Addiction
PD/HD
Tourette

TDAH: Symptômes



Inattention (DSM-5, 2013)

- Ne parvient pas à porter attention aux détails, fait des fautes d'étourderie;
- A du mal a soutenir son attention au travail ou dans les jeux;
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle;
- Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ce qu'il fait;
- A du mal à s'organiser;
- Évite ou a en aversion les tâches qui demandent un effort mental soutenu;
- Perd ses objets;
- Se laisse facilement distraire par des stimuli externes;
- A des oublis fréquents.

Hyperactivité/impulsivité (DSM-5, 2013)

- Remue les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège;
- Se lève dans des situations où il doit rester assis;
- Court ou grimpe partout;
- A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou loisirs;
- Agit comme s'il était "monté sur ressorts";
- Parle trop;
- Laisse échapper une réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée;
- A du mal à attendre son tour;
- Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

TDAH: Critères diagnostiques

- Les symptômes persistent **pendant au moins 6 mois , à un degré qui ne correspond pas au niveau du développement , et qui a un retentissement direct sur les activités**
- Les symptômes sont apparus avant l'âge de 12 ans
- Présents dans 2 environnements différents
- Les symptômes interférent un comportement mal adapté ou une souffrance objective
- Ne surviennent pas exclusivement dans un contexte de schizophrénie, psychose
- Ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (humeur, anxiété, trouble dissociatif, trouble de personnalité, intoxication ou sevrage)

QU'EST-CE QUI EXPLIQUE QUE KEVIN PEUT AVOIR UN TDAH?

TDAH: Modèle d'interaction entre les facteurs de risque

VULNÉRABILITÉ GÉNÉTIQUE HÉRÉDITAIRE

- Inattention, manque de concentration et comportements impulsifs

FACTEURS DE RISQUE BIOLOGIQUES (Environnement Bio)

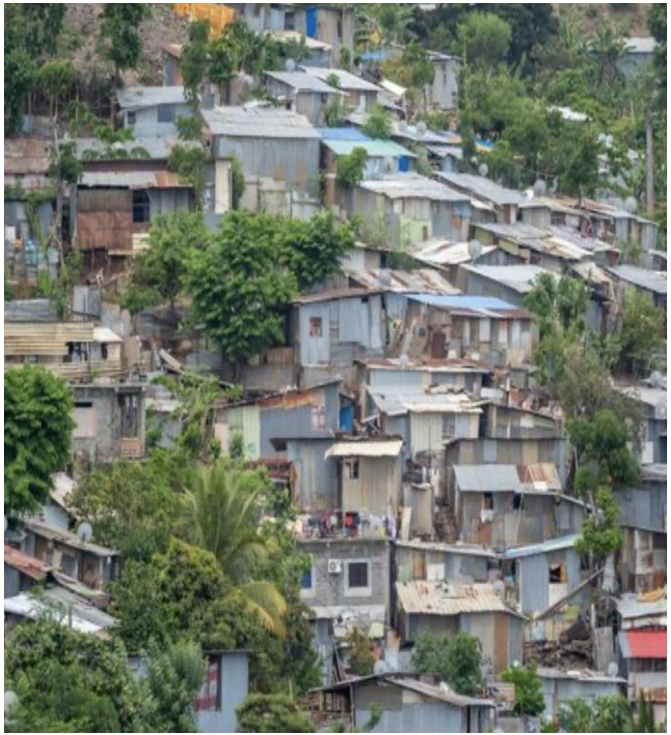
- Faible poids à la naissance
- Exposition prénatale à des toxines, comme l'alcool
- Exposition pendant l'enfance à des produits chimiques toxiques comme le plomb, les pesticides et les phtalates

FACTEURS DE RISQUE PSYCHOSOCIAUX (Environnement PS)

- Relations parent-enfant difficiles
- Relations malsaines avec les pairs
- Milieu scolaire mal outillé

Paidipati CP, Brawner B, Eiraldi R, Deatrick JA., Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 2017

Déterminants sociaux qui peuvent contribuer ou maintenir les symptômes du TDAH



Statut socio-économique :
- composition de la famille (ex. monoparentalité)
- revenu annuel du ménage (faible)
- situation familiale (conflits, séparations)

Relations difficiles avec les pairs :
- détresse sociale
- interactions difficiles
- rejet

Appartenance à une minorité (probablement médiatisés par d'autres facteurs PS :
- identité de genre et orientation sexuelle
- race/origine ethnique

Situation scolaire:
- système éducatif inadéquat
- difficultés d'apprentissage

Paidipati CP, et al. Journal of the American Psychiatric Nurses Association (2017)

Déterminants sociaux qui peuvent influencer le diagnostic et le traitement du TDAH

La race ou l'origine/groupe ethnique ou racial prédit le diagnostic du TDAH, l'utilisation de stimulants et le recours à des interventions psychosociales.

- Les enfants blancs sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic, des médicaments et un traitement psychosocial.
- Comparativement aux enfants blancs non hispaniques, la prévalence du TDAH est plus faible chez les enfants hispaniques et asiatiques non hispaniques
- Seuls 1/3 des enfants noirs reçoivent un diagnostic malgré une symptomatologie plus importante.

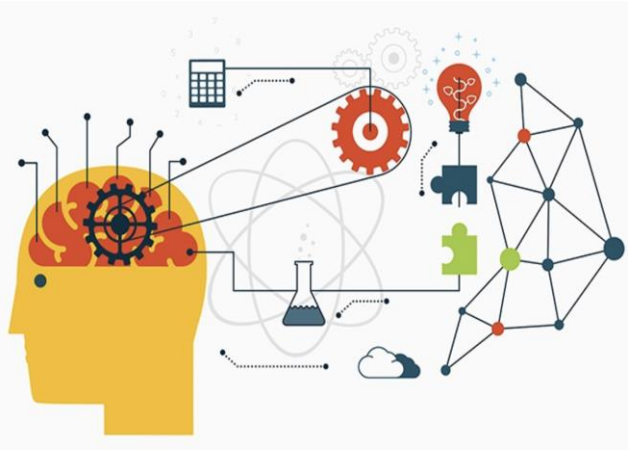
Des différences sont également observées entre les milieux urbains et ruraux

Des différences sont également observées entre les sexes (les filles sont moins diagnostiquées)

Les disparités raciales et ethniques dans les taux de prévalence du TDAH persistent d'un sexe à l'autre.

Davis DW, et al. Ethn Dis 2021;31:67; Wong AWWA, Landes SD. J Atten Disord 2022;26(5):747

Pourquoi les disparités sociales/raciales/ethniques/culturelles dans le diagnostic et le traitement du TDAH?



Diagnostic
La recherche actuelle sur le TDAH repose principalement sur des échantillons qui sont généralement composés de façon disproportionnée de personnes de race blanche avec une sur-représentation des hommes et de ceux qui présentent des symptômes plus graves.

Traitement/Interventions
Les enfants issus de minorités raciales ou ethniques d'âge scolaire sont moins susceptibles de recevoir un diagnostic de TDAH et ont donc des besoins thérapeutiques non comblés.
Si diagnostic: moins de sollicitations des professionnels concernant les problèmes de développement.

Accès
Les populations vulnérables ont moins accès aux médicaments et aux services de santé (la capacité à payer pour les soins de santé est plus limitée; Difficulté à se retrouver dans les différents programmes/trajectoires; problème de langue; crainte de stigmatisation)

Biais des cliniciens:
Contexte clinique: Problèmes liées à la culture, la langue

Étiquettes
Tout simplement TPL , antisocial, toxico »

Exemple : TDAH chez les sans-abri

- Étude de suivi sur 33 ans menée auprès d'enfants atteints de TDAH et en situation d'itinérance.
- Suivi de garçons de race blanche âgés de 6 à 12 ans atteints de TDAH et comparaison avec une cohorte similaire sans TDAH pendant 33 ans.
- **Les personnes atteintes de TDAH présentaient des taux significativement plus élevés d'itinérance que le groupe contrôle (23,7 % vs à 4,4 %)[1].**
- **Taux de prévalence du TDAH de 62 % chez les sans-abri[2].**

1. García Murillo L, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55:931.
2. Leomas B, Gartside PS. Psychiatr Serv 1997;48:1331

Messages? Recommandations?

Comment réduire les disparités en santé mentale pour les parents/familles avec des environnements vulnérables?

INTERVENIR EN AMONT / INTERVENIR TÔT

&

PRÉVENIR

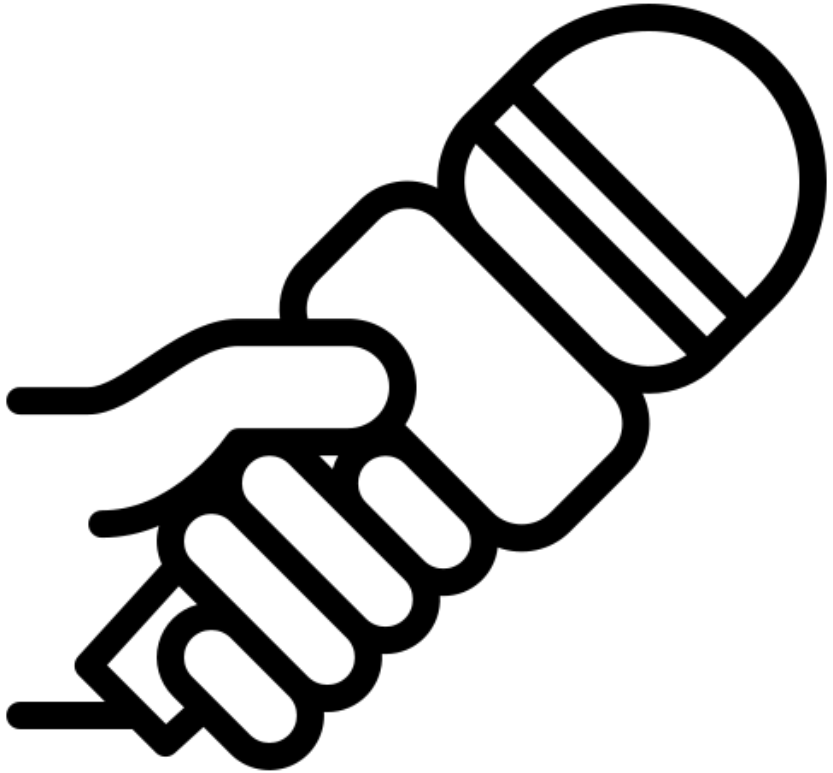
&

Utiliser des **méthodes de dépistage sensibles sur le plan culturel/linguistique** pour les premiers stades d'apprentissage et les problèmes de comportement.

&

Ex TDAH: Aider les parents à reconnaître le risque de TDAH et à encourager la recherche d'aide et d'intervention/traitement

Vos réactions



Dr Francis Livernoche

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Critères DSM-V

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales

1. Déficits de la **réciprocité** sociale ou émotionnelle (ex: conversation, partage)
2. Déficits de la **communication** non verbale (ex: contact visuel)
3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des **relations.**

B. Comportements et intérêts restreints et répétitifs

1. Mouvements ou langage stéréotypés /répétitifs
2. Rigidité, intolérance au changement
3. Intérêts + restreints, fixes, anormaux
4. Hyper ou hyporéactivité sensorielle

Trouble réactionnel de l'attachement

A. Mode relationnel avec les adultes qui prennent soin de l 'enfant, marqué par un comportement inhibé et un retrait émotionnel

- Enfant cherche rarement le réconfort quand en détresse (ou n'y répond que rarement)

B. Perturbation sociale et émotionnelle persistante

- ↓ Réactivité sociale et émotionnelle
- Affects positifs restreints
- Épisodes inexpliqués d'irritabilité, de tristesse ou craintes envers les adultes qui prennent soin de l'enfant

C. Formes extrêmes de carence de soins

- Négligence sévère, changements répétés de donneurs de soins, institutionnalisé

Désinhibition du contact social

A. Mode relationnel où l'enfant s'approche activement et interagit avec des adultes inconnus :

- Peu ou pas de réticence
- Comportement verbal ou physique ++ familier
- S'aventure au loin sans accord du donneur de soin
- Accepte de partir avec un inconnu

B. Ne se limite pas à de l'impulsivité (ex: TDAH)

C. Formes extrêmes de carence de soins

- Négligence sévère, changements répétés de donneurs de soins, institutionnalisé

	Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Trouble d'attachement
Étiologie	Génétique +	Environnemental
Communication	↓ : incluant communication non-verbal, atypie langage (écholalie)**	Possiblement ↓ : manque de stimulation du langage, atteinte langage pragmatique
Réciprocité sociale	↓↓ (mais attachement sélectif)	↓ : surtout manque recherche de réconfort ou peu réaction à celui-ci + comportement d'opposition/ provocation / auto-sabotage de relation
Relations sociales	Socialisation difficile : peu d'intérêt pour l'autres, utilitaire, détresse dans foule**	Socialisation difficile : conflictuelle
Comportements et intérêts restreints/répétitifs	+ + + *Hand flapping, spinning, agitation désordonnée, alignement, fascination pour ce qui tourne***	+ (peu de diversité d'exposition, jeux aux thèmes traumatiques)

Wolstencroft 2022

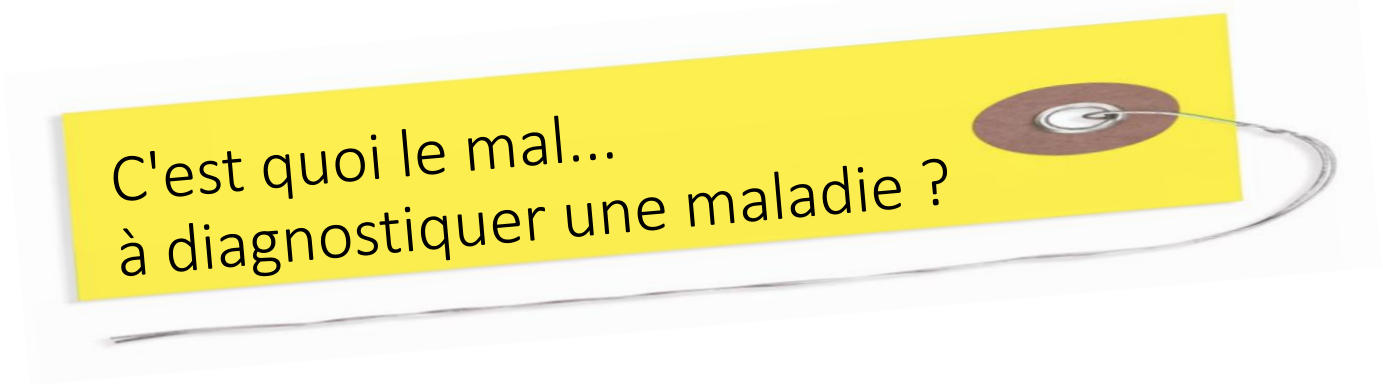
	Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Trouble d'attachement
Registre sensori-moteur	Hypersensible aux stimuli (texture aliments**) Stéréotypies (marcher pointe pieds, maniérismes mains **	Hypersensible aux stimuli (hypervigilance ?)
Rigidité	Sensible aux Δ routines (besoin ordre ?) Mangeur difficile (picky eater)**	Sensible aux Δ routines (besoin stabilité/sécurité ?)
Comorbidités	Déficience intellectuelle, TDAH, psy +..	Retard global développement, TDAH, psy ++ (TOP, trouble de conduite, anxiété, dépression)
Évolution dans le temps	Persiste	S'améliore (si relation sécure)

** Mayes et al. Clin Child Psychol Psychiatry. 2017 Oct;22(4):620-631.

Wilkinson S, *et al*. *Arch Dis Child* 2023;**108**:597–600.

TSA et anxiété

- 48% des enfants TSA (n=59; ages 7-17 ans) avaient les critères d'un trouble anxieux classique (Kerns 2013)
- 35,7% des enfants anxieux (n=42) ont des score cliniques TSA + (Van Steensel 2013)
- **Rigidité** mais inadaptée et stéréotypée (questions persévératives)
- **Anxiété sociale** mais sans crainte du regard social négatif
- **Phobies spécifiques** mais inhabituelles (bruits, objets familiers) ou très liées à la nouveauté / changement



- Impact sur l'identité du jeune
- Déresponsabilisation du milieu / sur-responsabilisation de l'enfant
- Ferme le raisonnement clinique ("pensée tunnel")
- Trajectoire définie et rigide des services
- Interventions sous-optimales voire nuisibles (ex: approche TSA pour un jeune avec carence affective...)

Références (TSA)

- Kerns, C. M., & Kendall, P. C. (2012). The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(4), 323–347.

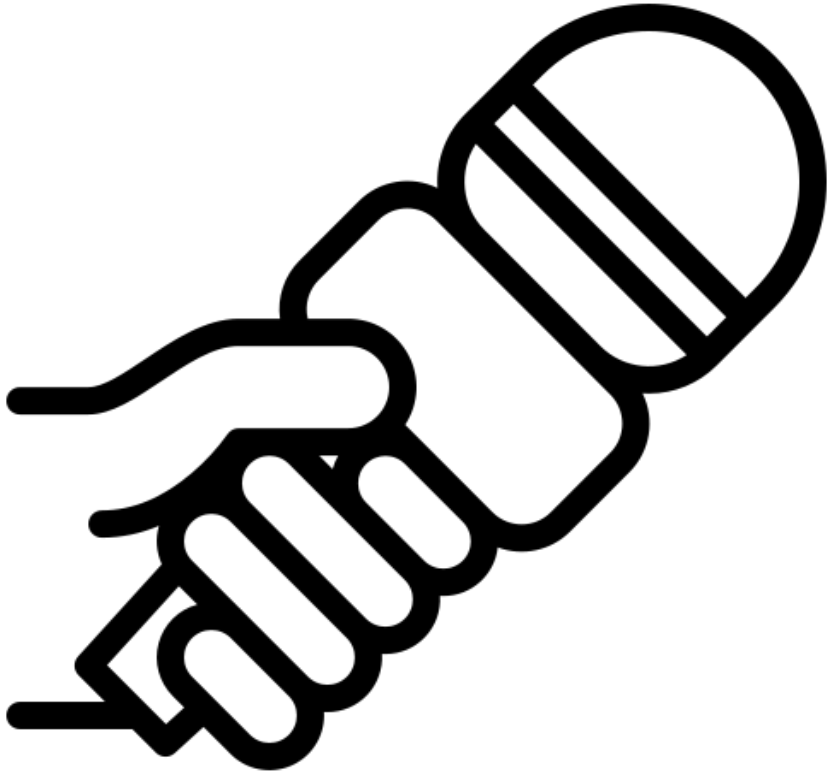
- Mayes SD, Calhoun SL, Waschbusch DA, Baweja R. Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. Clin Child Psychol Psychiatry. 2017 Oct;22(4):620-631. doi: 10.1177/1359104516678039. Epub 2016 Nov 28. PMID: 27895198.

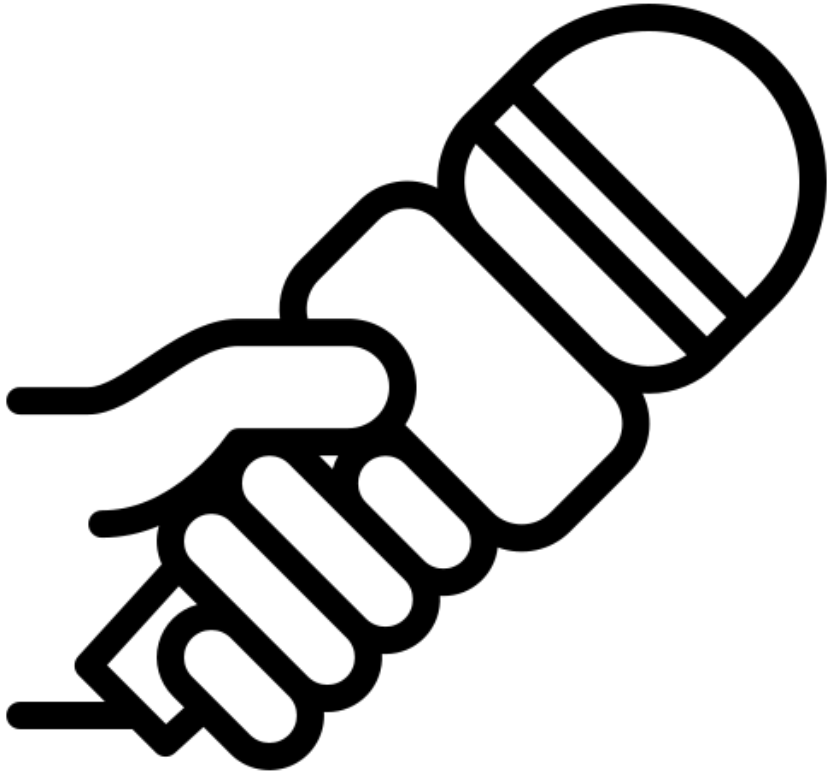
- Van Steensel FJ, Bögels SM, Wood JJ. Autism spectrum traits in children with anxiety disorders. J Autism Dev Disord. 2013 Feb;43(2):361-70. doi: 10.1007/s10803-012-1575-z. PMID: 22733297; PMCID: PMC3550701.

- Wilkinson S, Evans S, DeJong M. Assessing autism spectrum disorder in children with a background of maltreatment: challenges and guidance. Arch Dis Child. 2023 Aug;108(8):597-600. doi: 10.1136/archdischild-2022-323986. Epub 2022 Nov 16. PMID: 36385007.

- Wolstencroft J, Mandy W, Brown-Wright L, Murin M, Skuse D, DeJong M. Can we distinguish the consequences of early maltreatment on child behaviour from idiopathic autism? Arch Dis Child. 2023 May;108(5):392-397. doi: 10.1136/archdischild-2022-324156. Epub 2023 Jan 6. PMID: 36609536.

Vos réactions



Dr Gilles Julien

Vos réactions