

Les troubles de comportement en pédopsychiatrie: pas si simple que ça



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

Dr Bernard Boileau
Département de Psychiatrie
Hôpital Sainte-Justine

Mars 2007

Bébé se fâche!

- L'agressivité innée chez l'enfant atteint son paroxysme vers la troisième année (taper, mordre, frapper) avant d'enclencher son déclin graduel jusqu'à l'âge adulte...
- « Les enfants n'ont pas besoin de leurs parents pour apprendre à agresser physiquement. Ils ont par contre besoin d'eux pour apprendre à ne pas le faire et pour connaître les solutions qui s'offrent à eux comme le langage, par exemple. » ¹

¹ Richard Tremblay
Le Devoir, 27 juillet 2002

-
- L'adaptation sociale est liée au processus de résolution de problèmes.
 - Exemple de programme de prévention basé sur les principes de la thérapie cognitive, en milieu scolaire.
(*Shure et Spivack*)

Objectifs:

- Promouvoir l'adaptation sociale et les compétences interpersonnelles.
- Prévenir les problèmes de comportement tels l'impulsivité, l'agressivité, l'inhibition.

Programme de prévention

Cadre:

- 20 minutes/jour pendant quatre mois
- Donné par les professeurs ayant reçu une formation préalable.
- Apprentissage porte sur des habiletés cognitives comme la sensibilité au point de vue d'autrui, la prévision des conséquences des comportements, la recherche de solutions alternatives lors de problèmes interpersonnels.
- Chez des enfants de cinq ans, des comportements sociaux plus acceptables (altruistes) augmentent de façon significative.

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

- Hypofonctionnement frontal amène des difficultés au niveau des fonctions exécutives:
 - Activation
 - organiser
 - Prioriser
 - Focus
 - Attention
 - Effort
 - Émotion
 - Modulation de la frustration
 - Mémoire
 - action

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES:

Pendant au moins six mois:

- **Inattention** (oublis, manque d'écoute, peu de planification)
- **Hyperactivité** (bouge, parle de façon excessive, propension aux accidents)
- **Impulsivité** (n'attend pas son tour, intrusif face aux autres, agressivité)

Présence de symptômes avant sept ans dans au moins deux contextes différents (école, maison)

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

DSM IV TR

TDAH 3 sous-types:

1. Combiné (ie, inattention + hyperactivité – impulsivité)
2. Inattention prédominante 25% plus associée aux troubles internalisés. Plus de filles
3. Hyperactivité et impulsivité prédominantes plus associées aux troubles externalisés

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Niveau inapproprié (au plan développemental)
d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité
présent avant l'âge de 7 ans

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Symptômes principaux doivent:

- Être plus sévères que ceux présents chez les enfants du même âge ou du même niveau développemental
- Être présents dans plusieurs contextes
- Amener des problèmes importants dans la vie quotidienne
- Changer avec l'âge et peuvent durer toute la vie
- Être vus comme un continuum

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Étiologie:

- Génétique:
 - 24% chez parents de 1er degré vs 6% chez contrôle
 - Chez les jumeaux monozygotes 51% de concordance (vs 33% chez les dizygotes)
 - Si un parent est atteint, risque de 20 à 50% que l'enfant le soit aussi
 - Si présence de trouble affectif majeur au niveau familial, prévalence accrue de TDAH
- Facteurs biologiques acquis:
 - Exposition intra-utérine à la nicotine, alcool, cannabis, cocaïne
 - Prématurité extrême et bas poids de naissance
 - Encéphalite, trauma cérébral, exposition au plomb
- Effets modulateurs des facteurs psycho-sociaux

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Comorbidités:

- > 50% trouble oppositionnel défiant ou trouble des conduites
- 20-50% troubles anxieux, troubles d'apprentissage, dyspraxie
- <20% tics, dépression, troubles du développement, retard mental
- Troubles d'apprentissage
- Troubles du sommeil

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Présentation clinique

- 1 à 3 ans:
 - tempérament difficile
 - désordres de la régulation (rythmes sommeil difficile, intolérance aux frustrations, agitation motrice)
 - adaptation sociale limitée,
 - interaction parents-enfant difficile

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Présentation clinique

3 à 6 ans:

- durée et intensité du jeu limitées
- inattention,
- agitation motrice,
- comportement oppositionnel, intolérance à la frustration
- adaptation sociale difficile,
- déficits au plan du développement

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Présentation clinique

- 6 à 12 ans:
 - inattention,
 - agitation motrice,
 - impulsivité et difficultés comportementales,
 - troubles d'apprentissage,
 - comportement agressif,
 - faible estime de soi,
 - redoublement scolaire,
 - rejet par les pairs,
 - relations familiales perturbées

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Présentation clinique

- 13 à 17 ans:
 - difficultés de planification et d'organisation,
 - inattention persistante,
 - diminution de l'agitation motrice,
 - comportements délinquants,
 - abus d'alcool et de drogues,
 - difficultés affectives et de socialisation,
 - propension aux accidents
 - tabagisme précoce

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Présentation clinique

- **Adulte**
 - Symptômes résiduels (inattention, problèmes de planification et désorganisation, impulsivité > 50%-à 70%? des patients)
 - Association avec autres troubles mentaux (dépression, anxiété,abus de substances)
 - Performance limitée aux plan académique et professionnel
 - Difficultés relationnelles, familiales, sociales, financières liées à de l'instabilité au travail.Il faut prendre en considération qu'un parent qui a un déficit d'attention et de l'impulsivité peut potentiellement générer des difficultés relationnelles importantes avec les membres de sa famille
 - Augmentation du nombre d'accidents en automobile
 - Voir site www.adhdsupport.com pour description plus complète

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Épidémiologie

- Prévalence: 3 à 7% (DSM-IV TR)
- Constitue 30 à 50% des patients vus en pédopsychiatrie
- Chez les enfants d'âge scolaire, le ratio est de:
 - 9 garçons pour 1 fille pour le type combiné
 - 2 garçons pour 1 fille pour le type inattention
- Chez les filles, prédominance des symptômes d'inattention, plus d'hyperactivité « verbale » et de réactivité émotionnelle

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Traitement

- Médication (psychostimulants et autres)
- Approche multimodale:
 - Training parental
 - Psychoéducation
 - Approches cognitives (résolution de problèmes)
 - Scolarité adaptée

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Manie chez l'enfant

- Chronique vs épisodique
- Controverse dans la littérature quant aux critères diagnostiques
- Les enfants ayant les deux tableaux présentent une irritabilité extrême, une grande labilité de l'humeur, des crises d'agressivité. Certains auteurs conservent les critères des troubles épisodiques et d'humeur euphorique, de grandiosité, de legorrhée

Bipolarité chez l'enfant pré-pubère

Forme précoce de la maladie vs sous-type?

Biederman :

- Manie associé à TDAH :
- Irritabilité au lieu d'humeur euphorique
- Labilité émotionnelle
- Affects de rage
- Comportement « survolté »
- Violence et destructivité
- Chronicité, ie pas de cycles bien définis

Bipolarité chez l'enfant pré-pubère

Forme précoce de la maladie vs sous-type?

Geller :

- Irritabilité
- Euphorie
- Grandiosité (toute-puissance)
- Altération du sommeil
- Tachypsychie
- Pression dans le discours
- Hypersexualité (propos et comportements inappropriés)
- Prise de risques
- Distractibilité
- Pattern épisodique? (états mixtes plus fréquents, cycles rapides)
- Agitation
- Associé à histoire familiale de bipolarité, comorbidité avec TDAH, tc, anxiété
- Possible présence de délire et d'hallucinations

Bipolarité chez l'enfant pré-pubère

Tableau décrit chez l'enfant d'âge préscolaire : « wild child », hypersensibilité extrême à des frustrations mineures...attention au diagnostic différentiel...
Début précoce associé à maladie plus sévère, résistance au lithium?

Diagnostiques différentiels :

- Symptômes développementaux
- Troubles situationnels
- Abus physique et sexuel
- Troubles anxieux(post-trauma...)
- TDAH
- Trouble oppositionnel-défiant
- Trouble des conduites
- Abus de substances,médications(ie,stéroïdes...)
- Schizophrénie
- Traumas crâniens
- Épilepsie temporale
- Autres problèmes neurologiques

Bipolarité chez l'enfant pré-pubère

Traitement :

- Lithium approuvé à partir de 12 ans(mais utilisé plus jeune)Weller :30 mg /kg/jour donne niveau sérique 0.6 à 1.2 mEq/L
- Acide valproïque(induit ovaires polykystiques – masculinisation,infertilité éventuelle..)
- Lamotrigine
- Carbamazépine
- Antidépresseur à éviter
- Stimulants exacerbent la maladie? Oui selon Biederman, non selon Geller
- Neuroleptiques atypiques
- Antidépresseur à éviter
- Stimulants exacerbent la maladie? Oui selon Biederman, non selon Geller
- Neuroleptiques atypiques

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Diagnostic différentiel

- Manie
- Dépression
- Anxiété
- Trouble envahissant du développement (retrait)
- Retard mental
- Trouble d'apprentissage
- Psychose
- Abus de drogue (cannabis)
- Épilepsie (petit mal)

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Diagnostic différentiel

- Usage de médication
 - Benzodiazépine
 - Théophylline
 - Salbutamol
 - Corticostéroïdes
 - Autres
- Problèmes thyroïdiens
- Chez les plus jeunes
 - Troubles de langage
 - Tempérament actif

Trouble des conduites

Critères diagnostiques

Pendant au moins 1 an:

- Agression vis-à-vis les personnes (intimidation, initiation des batailles, cruauté envers les personnes et les animaux, délinquance sexuelle, etc.)
- Destruction de la propriété (feu, vandalisme)
- Vol
- Mensonges pour éviter obligations
- Absence de soumission aux règles (absentéisme scolaire, fugues du milieu familial, etc.)

Trouble des conduites

Épidémiologie

- 1 à 10%?
- Enfants: 1.5 à 3.4%
- Adolescents: 3 à 5%
- Ratio garçons-filles: 3/1 à 5/1
- Le DSM-IV distingue deux situations
 - Avant 10 ans: enfant impulsif, difficultés avec les pairs, etc.
Risque de persistance vers la délinquance active
 - Après 10 ans: peut-être moins lié à une organisation de personnalité antisociale

Trouble des conduites

Comorbidité

- TDAH (jusqu'à 50% dans certaines études épidémiologiques)
- Syndrome de stress post-traumatique (conséquence d'un trauma sévère: abus physique, sexuel, situations de violence extrême). La symptomatologie est constituée de pensées intrusives, d'hypervigilance, d'anxiété et de dissociation
- Abus de substances (drogues, alcool)
- Troubles d'apprentissage et de langage (surtout lecture et trouble de langage expressif)
- Dépression et désordre bipolaire (en manie, le jugement altéré et l'irritabilité peuvent amener des problèmes de conduite)
- Troubles de l'impulsivité
- Troubles anxieux

Trouble des conduites

Caractéristiques psychologiques

- Déficit d'attention, intolérance à la frustration, impulsivité, pauvre estime de soi, humeur négative, irritabilité, déficits cognitifs, absence d'habiletés à résoudre des problèmes, déficits émotionnels tels minimisation de la peur ou de la tristesse, absence d'empathie ou de culpabilité, relations interpersonnelles perturbées telles méfiance, hostilité attribuée aux autres, solutions non-verbales à des problèmes

Trouble des conduites

Étiologie

- Trouble psychiatrique prédisposant
- Q.I. verbal bas
- Troubles neurologiques
- Tempérament difficile (résistance à la discipline, hyperactivité, rigidité se manifestant par des difficultés d'adaptation aux changements)
- Recherche excessive de la nouveauté (high novelty seeking)
- Caractéristiques familiales: trouble d'attachement parents-enfant; mère très jeune; père absent; alcoolique abusifs; conflits conjugaux; dépression; usage de drogues ou psychose chez un parent; famille nombreuse

Trouble des conduites

Étiologie

- Absence de supervision parentale; absence de limites appropriées; discipline extrême, inconsistance ou imprévisible; rejet, abandon ou négligence parentale; abus physique ou sexuel; « modeling » de l'impulsivité, agression ou comportement antisocial; placement en très bas âge; absence en très bas âge; absence d'utilisation du langage pour régler des conflits
- Caractéristiques sociales: pauvreté, carence sociale et culturelle, proximité d'un groupe de pairs délinquants, recherche de statut, présence de drogues, échecs scolaires

Trouble des conduites

Étiologie

- Premiers signes se repèrent tôt
- Progression: agression, impulsivité, résistance à la discipline, comportements délinquants plus organisés. Le trouble peut apparaître dès la maternelle et s'exprime par les manifestations suivantes: manque d'empathie envers les membres de son groupe, bas niveau d'anxiété et hyperactivité-impulsivité (*Tremblay, R. , 1992*)

Approches thérapeutiques

- Traitement des comorbidités psychiatriques
- Approches de milieu, cognitives, axées sur la résolution de problèmes
- Souvent résistants
- Prise en charge par les systèmes judiciaires

Trouble oppositionnel avec provocation

Critères diagnostiques

Pendant au moins 6 mois:

- Irritabilité
- Argumentation avec l'adulte, provocation
- Défie ou refuse de se plier aux règles de l'adulte
- Embête les autres de façon délibérée
- Fait porter à autrui les responsabilités de ses erreurs
- Susceptibilité
- Colère ou ressentiment
- Vindictif

Trouble oppositionnel avec provocation

Épidémiologie

- 3 à 10%?
- Plus de garçons (2-3/1)
- Apparaît habituellement avant 8 ans et généralement pas après le début de l'adolescence

Étiologie

- Présence de trouble psychiatrique associés (TDAH)
- Tempérament difficile
- Caractéristiques parentales: conflits conjugaux; discipline et limites incohérentes; impulsivité chez un parent; négligence; absence de reconnaissance des émotions de l'enfant

Trouble oppositionnel avec provocation

Diagnostic différentiel

- Tempérament difficile
- Dépression ou trouble de l'humeur
- Troubles anxieux (angoisse de séparation)
- Trouble de développement
- Retard mental
- Trouble de l'impulsivité (ex.: crise de rage chez Tourette)

Trouble oppositionnel avec provocation

Pronostic

- Risque de progression vers des troubles de la conduite chez un certain nombre s'il y a présence de d'autres facteurs de risque (pauvreté, mère jeune, abus de substances, absence du père, supervision inadéquate au plan de la discipline)
- Chez l'enfant au Q.I. bas, la résistance à la discipline et l'agression physique sont des facteurs de risque
- Un trouble oppositionnel à l'école seulement devrait amener une investigation cognitive

Trouble oppositionnel avec provocation

Traitement

- Traiter comorbidités psychiatriques
- « parent management training »
- Approches cognitives (habiletés sociales)

Bibliographie

- Dulcan M., Martini R., Lake M.B. Concise guide to child and adolescent psychiatry. APA Press, 2003, Chap.3: Dysruptive Behavior Disorders.
- Lewis M. Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Williams and Wilkins, 2002. Chap. 53: Conduct disorder.
- Pliszka, S., Carlson C., Swanson J. ADHD with comorbid disorders. Guilford, 1999.
- Spencer T., Biederman J., Wilens T. ADHD and comorbidity in Pediatric Clinics of North America. Oct.1999.
- Ausloos G., Lemay M. Troubles de l'adaptation sociale Chap. 38. in Lalonde P., Aubut J. et Grunberg F. Psychiatrie clinique: Une approche bio-psycho-sociale, Tome II. Gaëtan Morin Éditeur, 2001.
- www.cmeonadhd.com; www.adhdsupport.com
- Weller.E., Weller.R.A., Danielyan A.K. Mood Disorders in Prepubertal Children, Chap.24, Textbook AACAP 2004
- EINAQ 2004