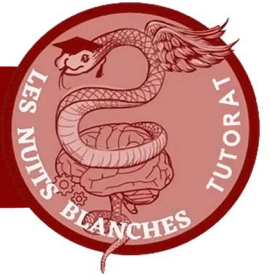




Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 17

Psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

Introduction aux troubles de
l'humeur de l'enfant et de
l'adolescent

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de J-P. RAYNAUD présenté le 26/03/2024.

Introduction aux troubles de l'humeur de l'enfant et de l'adolescent

*Ce qui est sur les diaporamas sont importants mais les questions d'examens porteront aussi sur ce qui est dit à l'oral.
Ce qui est dit à l'oral est noté en italique dans cette rédaction.*

I. Introduction

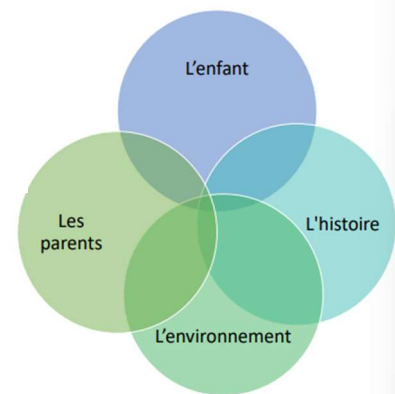
a. Objectif de la PEA

La Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PEA) c'est quoi ? Elle fait quoi ?

La psychiatrie de l'enfant se nomme aussi la pédopsychiatrie. C'est une spécialité médicale qui s'occupe de tous les troubles mentaux, de la conception à 18 ans, quelle que soit leur origine. Leur origine est le plus souvent multifactorielle :

- Facteurs génétiques
- Périnataux
- Environnementaux
- Traumatiques
- Relationnels
- Culturels
- Développementaux
- ...

b. Quelques spécificités de la PEA

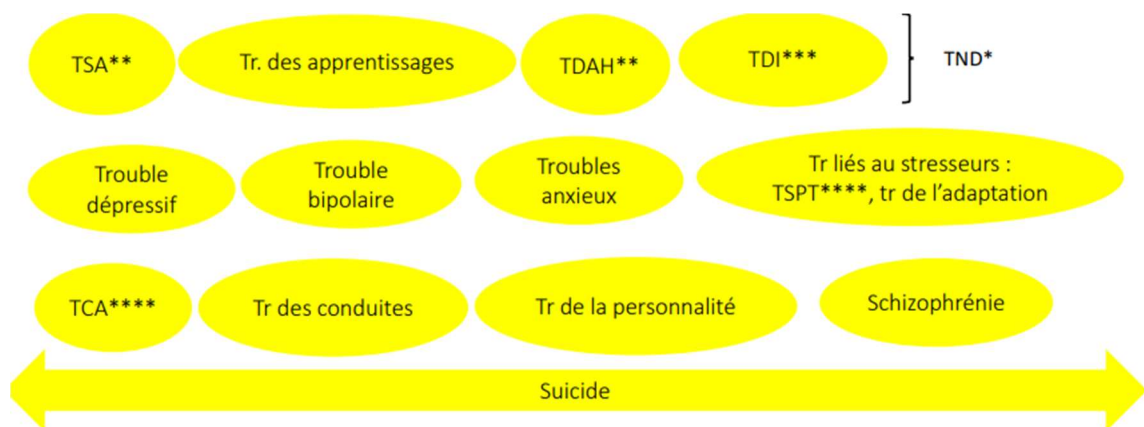


Un enfant n'est pas un adulte en miniature et un enfant ne se développe jamais seul. L'objectif de la licence LSS est de nous faire avoir un rôle de repérage des troubles de tous les professionnels en contact avec des enfants/adolescents.

Approche multidimensionnelle (globale) : Cette approche est illustrée par le schéma ci-contre. Il faut prendre l'enfant dans son contexte : les parents, l'histoire, l'environnement et l'enfant sont en interaction.

Approche développementale : un être en construction

c. Principaux troubles



TND : Trouble neuro-développementaux TSA : Trouble du spectre de l'autisme TDAH : Trouble déficit l'attention avec ou sans hyperactivité
 TDI : Trouble du développement intellectuel TCA : Trouble des conduites alimentaires TSPT : Trouble de stress post traumatique

Un trouble de l'état limite n'est pas diagnostiqué dans l'enfance mais il peut y avoir des signes d'états limites.

II. Troubles de l'humeur de l'enfant et de l'adolescent

a. Les troubles dépressifs de l'enfant

Le trouble dépressif de l'enfant est un trouble de l'humeur.

1) Epidémiologie

Dans la population générale de 6 à 12 ans :

- Prévalence < 3 % (varie selon les études entre 0 et 2,5 %)
- Un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles jusqu'à la puberté

2) Signes cliniques de l'épisode dépressif chez l'enfant

Les signes cliniques résultent d'une expression clinique particulière. L'humeur (=thymie) est dépressive et c'est tristesse qui sont les caractéristiques de l'épisode dépressif.

Rechercher l'humeur dépressive face à un enfant en retrait au visage souvent sérieux peu mobile ou à l'air absent.

Penser aussi à la tristesse en présence d'un enfant décrit comme :

- Irritable
- Agité
- Opposant
- Insatisfait



3) Le discours de l'enfant

Le discours :

- Perte d'intérêt et du plaisir : « Je m'en fous » « J'en n'ai rien à faire » « J'ai envie de rien »
- Perte de l'estime de soi, dévalorisation : « Je suis nul »
- Impuissance : « Je n'y arrive pas »
- Sentiment de culpabilité, de honte : « C'est de ma faute » « J'ai honte » « Je suis méchant »
- Perte d'amour : « Mes parents ne m'aiment pas » « Personne ne m'aime »
- Sentiment de désespoir avec parfois idées de mort et de suicide : « Je n'y arrive pas » « c'est trop dur »
- Troubles de l'attention, de la concentration : « Je ne comprends rien »
- Troubles de la mémorisation : « Je ne sais pas, je ne m'en rappelle pas »

Le TDAH est un diagnostic différentiel de la dépression.

4) Effets sur la scolarité

La difficulté à se concentrer et à penser entraîne soit un évitement, un refus du travail scolaire, soit une obstination stérile de longues heures tous les soirs sur les livres et cahiers se soldant par une incapacité d'apprendre et de mémoriser

Dans les 2 cas il y a un échec scolaire. A l'inverse, le surinvestissement et la réussite scolaire n'excluent pas la dépression.

5) Troubles du comportement dans la dépression de l'enfant

Les plus bruyants sont les plus facilement repérables. Parfois au premier plan, il peut y avoir une irritabilité et une excitation débordante allant jusqu'à l'épuisement au détriment du jeu. *C'est un moyen de lutte et on appelle cela une défense maniaque.*

On peut retrouver une diminution de l'intérêt pour le contact avec autrui, des moments de repli et d'inertie motrice.

Avec l'âge, se développent de l'instabilité, de l'irritabilité, de la colère et peuvent devenir prépondérantes par rapport à l'inertie et au retrait.

On repère aussi des troubles de l'appétit : plutôt un comportement anorectique dans la petite enfance et boulimie ou grignotage chez le grand enfant ou le préadolescent

Concernant le sommeil, il est difficile à trouver opposition au coucher refus d'endormissement cauchemars.

6) Discours des parents et de l'entourage

Le discours :

- Désarroi face au mal-être de leur enfant : "Il n'est plus comme avant" "Je ne le reconnais pas" "Il n'est jamais content"
- Connotation négative "Il n'est jamais d'accord" "Il est méchant" → dévalorisation et dépréciation de l'enfant
 - o Cercle vicieux dépressogène auquel participe parfois l'environnement familial et scolaire
- Impuissance ressentie par les parents "On ne peut jamais lui faire plaisir"

7) Comorbidités

La dépression est le plus souvent associée à d'autres troubles chez l'enfant : Anxiété Troubles des conduites Troubles comportementaux.

8) Dépression du nourrisson

Un nourrisson peut être déprimé. *Il existe des facteurs de risques prédisposants à la dépression en anténatal.*

Les signes :

- Atonie thymique : Bébé sans pleurs ni larmes et mimique pauvre
- Inertie motrice : Présence de conduites répétées et monotones. La vigilance apparente contraste avec la lenteur gestuelle et corporelle, *il y a une hypervigilance*
- Repli interactif : Il y a une pauvreté des interactions avec peu de réponses aux sollicitations et une altération de la communication... amplifiée par le désarroi de l'entourage face à ce bébé qui ne répond pas
- Désorganisation psychosomatique en rupture avec le développement antérieur du bébé : troubles des conduites alimentaires (*un nourrisson anorexique ne donne pas forcément un enfant anorexique*), arrêt de croissance, retard du développement psychomoteur, troubles du sommeil et troubles du transit

b. Dépression chez l'adolescent

1) Epidémiologie et risques

Prévalence de la dépression à l'adolescence en population générale est plus importante que le nourrisson avec environ 5% et un risque de récurrence à 4 ans de 1/3 à 1/2 des cas.

La sémiologie est proche des adultes et un signe important est le changement de comportement.

La tristesse peut être « remplacée » par l'irritabilité et les troubles du comportement.

2 risques :

- Risque d'automédication (→ addictions)
- Risque de désinsertion sociale (décrochage scolaire). *La scolarité a une importance majeure dans les relations sociales.*

2) Définition

Les symptômes dépressifs sont caractérisés et prolongés dont l'adolescent ou son entourage peuvent repérer le début.

Quelques raisons pour mieux repérer la dépression de l'adolescent :

- Souvent méconnue : le diagnostic peut être difficile
- Non repérée et non traitée est à l'origine de :
 - o Troubles surajoutés
 - o Difficultés relationnelles
 - o Difficultés voire d'échecs scolaires
 - o Difficultés à s'intégrer dans la société
 - o Risque de passage à l'acte suicidaire



3) Facteurs de vulnérabilité

Les facteurs sont :

- Sexe féminin
- ATCD personnels d'idées suicidaires ou de TS (Tentative de Suicide)
- ATCD personnels de troubles de l'humeur (dépression ou manie) dans l'enfance. Ils sont souvent non reconnus.
- Deuil, perte ou séparation, dans l'enfance ou plus récemment
- ATCD de troubles dépressifs chez les parents

4) Principaux motifs de consultation

Les principaux motifs :

- Signes d'anxiété
- Troubles du comportement
- Signes fonctionnels ou somatiques
- Expression d'idées suicidaires, voire TS

5) Episode Dépressif Caractérisé (E.D.C) : les critères du DSM-V

Dans sa forme la plus typique, caractérisé par :

- Des symptômes dépressifs assez proches de ceux observés chez l'adulte
- Suffisamment aigus, nombreux et durables
- Un changement par rapport au fonctionnement antérieur

Pendant au moins 2 semaines les symptômes sont présents de façon persistante, la plupart du temps, presque tous les jours. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse ou d'une altération du fonctionnement habituel.

Il y a au moins 5 symptômes parmi les 9 suivants (obligatoirement le 1^{er} ou le 2^e)

1. Humeur dépressive ou irritabilité
2. Réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes les activités ou presque
3. Perte ou gain notable de poids ou réduction ou augmentation de l'appétit
4. Insomnie ou hypersomnie
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur
6. Fatigue ou perte d'énergie
7. Sentiment d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée
8. Difficultés de concentration ou indécision
9. Pensée récurrente de mort ou de suicide ou TS

c. Trouble bipolaire

1) Epidémiologie et définition

On pose rarement ce diagnostic chez l'enfant : 20% des adolescents dépressifs présentent en fait un trouble bipolaire (ou maladie maniaco-dépressive).

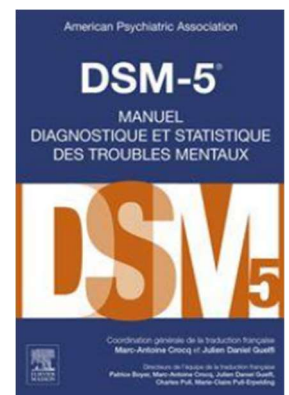
Définition : le trouble bipolaire est un trouble chronique de l'humeur qui se caractérise par la succession d'états maniaques et/ou d'états dépressifs. Chez l'adolescent, la distinction entre normal et pathologique est parfois difficile.

2) Episode maniaque

L'épisode maniaque est une période clairement identifiable où l'humeur de l'adolescent est anormalement expansive, exaltée ou irritable. Cette période doit avoir une durée d'au moins 1 semaine ou avoir nécessité d'une hospitalisation.

D'après le DSM-V, pour parler d'un épisode maniaque, il faut au moins 3 des symptômes suivants :

1. Inflation de l'estime de soi ou idées de grandeur



2. Réduction marquée du besoin de sommeil
3. Logorrhée, besoin de parler en permanence
4. Fuite des idées ou sentiment qu'elles vont trop vite
5. Distractibilité
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, sexuel) ou agitation psychomotrice
7. Implication excessive dans des activités agréables mais potentiellement dommageables :
 - Achats et investissements inconsidérés
 - Désinhibition sexuelle

3) Risques du trouble bipolaire à l'adolescence

Les risques sont :

- Suicide
- Echecs affectifs et professionnels à répétition
- Désinsertion sociale
- Evolution vers les conduites addictives *dans un but de se « calmer »*

III. Grands principes du traitement des troubles de l'humeur chez l'enfant et l'adolescent

a. Les principes

Le premier principe est de repérer et soigner le plus tôt possible.

La psychothérapie est 1ère intention (selon l'AFSSAPS aussi l'ANSM_{ps}) :

- Inclure les parents dans la prise en charge
- Faire le lien avec le milieu scolaire (infirmier)
- Traiter les comorbidités

Interventions « sociales » *en prenant en compte la précarité, en faisant des demandes d'aides sociales...*

Médicaments antidépresseurs uniquement :

- En seconde intention
- En cas d'échec des mesures psychothérapeutiques : *au moins 3 mois.*
- Jamais isolément
- Avec une surveillance importante

b. Le risque suicidaire

50 à 70% des suicides d'adolescents seraient liés à la dépression et au moins 40% des sujets dépressifs feraient des TS au cours de leur vie.

L'évaluation du potentiel suicidaire met en relation les objectifs et les moyens possibles.

Objectifs	Moyens
Déterminer le degré de perturbation de l'adolescent	Risque : Facteurs de risque
Estimer le potentiel suicidaire en faible, moyen ou élevé (≠ dimensions)	Urgence : Scénario et alternative Dangerosité : La létalité et l'accessibilité du moyen choisit
Pour instaurer interventions appropriées	Les ressources : Facteurs de protection Les facteurs précipitants : <i>Ce n'est pas un facteur étiologique ni un facteur causal mais qui pousse à l'acte. Exemple : rupture amoureuse</i>

IV. QCMs d'entraînement

Dans la dépression de l'adolescent :

- A. L'irritabilité est un symptôme fréquent
- B. Le risque suicidaire est élevé
- C. Les antidépresseurs sont le traitement de 1ère intention
- D. Un des risques est le décrochage scolaire
- E. Les manifestations d'anxiété sont rares

Réponses : ABD

Concernant le suicide chez l'enfant et l'adolescent

- A. Plus le jeune a élaboré un scénario plus l'urgence est élevée
- B. La dépression est un facteur de risque
- C. Avoir un parent malade mental est un facteur de risque
- D. Après une tentative de suicide chez un adolescent on retrouve toujours un trouble dépressif
- E. Le facteur précipitant est la cause du suicide

Réponses : ABC