



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N°250

Caractéristiques et perspectives de la consultation de pédopsychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis (CHU Mohamed VI)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/07/2018

PAR

Mme : SAMIA MADIH

Née le 30 Mars 1991 à EL JADIDA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Consultation pédopsychiatrique – prise en charge pédopsychiatrique – perspectives

JURY

Mr. M. BOUSKRAOUI

Professeur de pédiatrie et doyen de la faculté de
médecine et de pharmacie de Marrakech

PRESIDENT

Mme. F. ASRI

Professeur de Psychiatrie.

RAPPORTEUR

Mme. F. MANOUDI

Professeur de Psychiatrie.

Mr. M. BOURROUS

Professeur de pédiatrie.

JUGES

Mme. I. ADALI

Professeur de Psychiatrie



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي تبنت إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

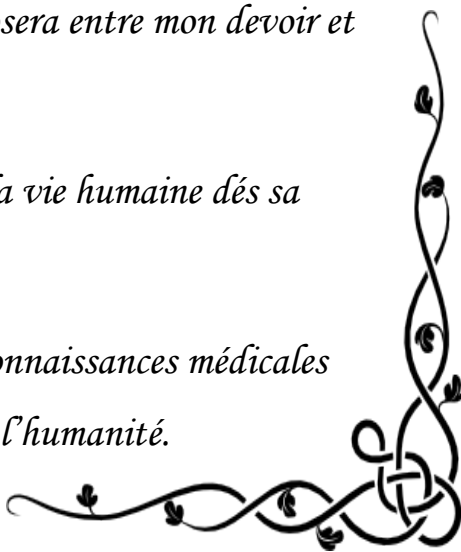
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.





Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

MARRAKECH

DoyensHonoraires : Pr. BadieAzzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale :Mr. AzzeddineEL HOUDAIGUI

Professeurs del'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie–Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique

BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie–chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

ProfesseursAgrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie-reanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologiecytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE ElMouhtadi	Chirurgiepédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologiebiologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculairepéripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologiemédicale	MAOULAININE FadImrabihrabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale

BENCHAMKHA Yassine	Chirurgieréparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgiegénérale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSI Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anésthésie-réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgiegénérale
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	RADA Nouredine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI MoulayDriss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirmaxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSI SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgiegénérale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

ProfesseursAssistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénéque
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgiegénérale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	ChirurgieThoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologiemédicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BABA Hicham	Chirurgiegénérale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgiegénérale	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgiegénérale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
EL KAMOUNI Youssef	MicrobiologieVirologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique	TOURABI Khalid	Chirurgieréparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo-phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE MoulayAbdelfettah	ChirurgieThoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



Dédicaces



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

je dédie cette thèse ... 

الله

*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

A MA TRÈS CHÈRE MÈRE
BOUNOR Latifa

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A MON TRÈS CHÈR PÈRE :
MADIH Abdelali

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A mon cher mari
KHALIS Brahim

Aucune dédicace ne peut exprimer mes sincères sentiments, Je te remercie pour ta patience, ton dévouement, Je te remercie d'être là pour moi, d'être à mes côtés tous les jours que dieu fait.

Merci de rendre mon monde parfait. Je crois en toi, je crois en nous et que tout le bonheur est devant nous.

***A MON FRERE
MADIH Ibrahim***

*C'est dans le même nid que nous avons grandi, l'enfance c'est bien vite
enfui, Cela dit de bons souvenirs elle était remplie. Je t'aimerais toute ma
vie. tu es le meilleur !*

***A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE MATERNEL
A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE PATERNEL***

*Qui ont été toujours dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie
aujourd'hui ma réussite. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans
son éternel paradis.*

A MA GRANDE FAMILLE

mes tantes, mes oncles ainsi que mes cousins et cousines.

A MA BELLE FAMILLE

*Je vous remercie pour vos encouragements et pour m'avoir accueilli à
bras ouverts. En témoignage de l'affection que je vous porte.*

A MES AMI (E) S

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon
affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs, frères et des amis
sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des
souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous
dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

*à toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce travail en
particulier dr amraouza, toute l'équipe du service de psychiatrie chu med
6 et à tous ceux que j'ai omis de citer*



Remerciements



A

NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Mohammed BOUSKRAOUI
Doyen de la faculté de médecine et de pharmacie et chef de
service de pédiatrie A au CHU Mohamed VI de Marrakech.

Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens
du devoir nous ont énormément marqué.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et
notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et
humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre
profonde gratitude.

A

NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

MADAME LA PROFESSEUR FATIMA ASRI

Directrice et chef de service de psychiatrie et Professeur de
l'enseignement supérieur de Psychiatrie au CHU
MOHAMMED VI de Marrakech

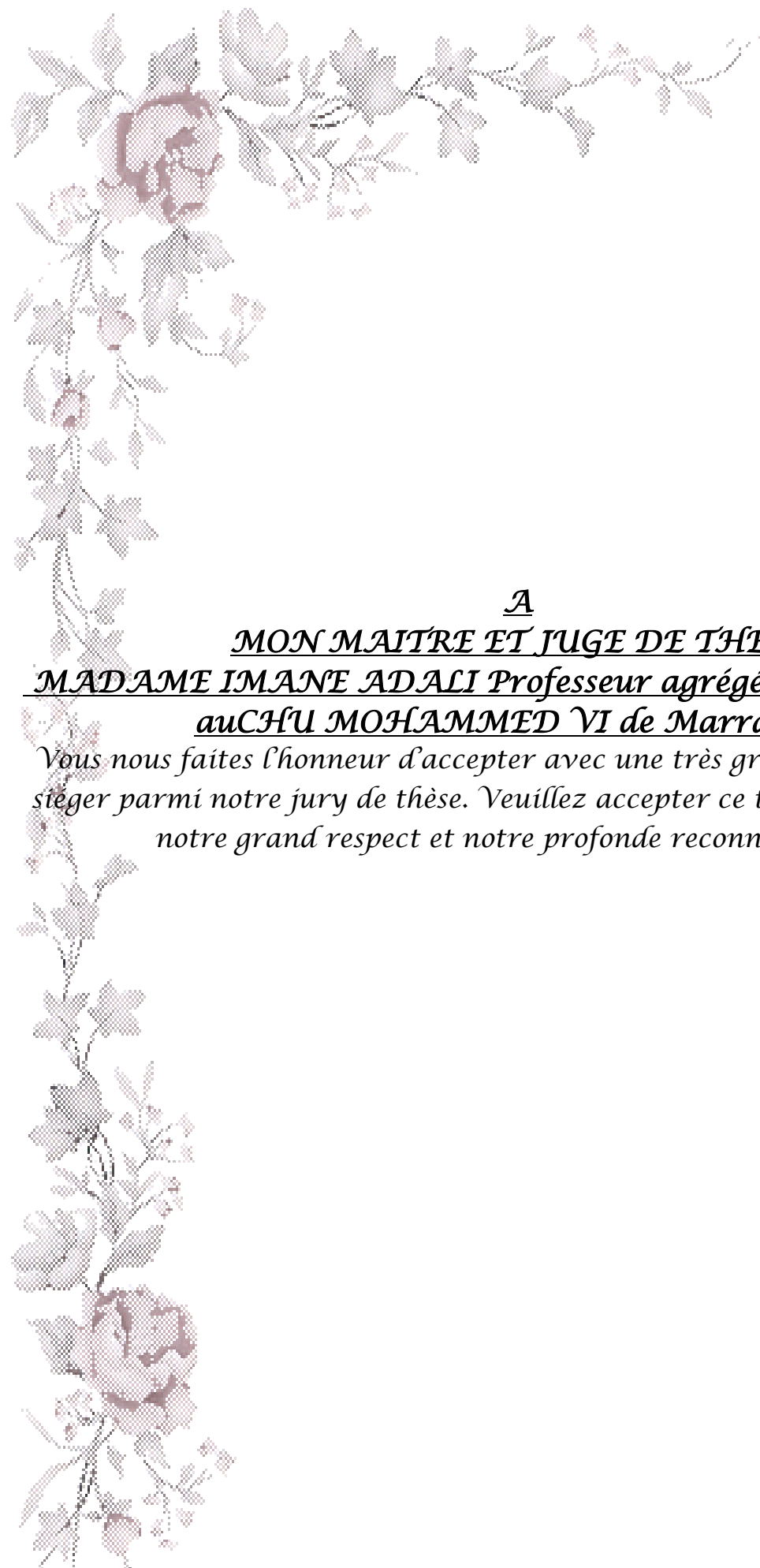
Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce
travail. Un grand merci pour votre disponibilité, votre patience, votre
bienveillance, et vos conseils avisés qui m'ont été d'une aide précieuse tout
au long de l'élaboration de ce travail, ainsi que durant mon stage de
psychiatrie. Merci également pour la qualité de votre enseignement.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect et de
mon admiration.

A
MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MADAME MANOUDI FATIHA Professeur de
l'enseignement supérieur de psychiatrie au CHU
MOHAMMED VI de Marrakech

*Je vous remercie de l'attention que vous portez à cette thèse,
d'avoir accepté sans me connaître de juger ce travail
et de m'accorder de votre temps
Soyez assuré de toute ma respectueuse reconnaissance.*

A
NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BOURROUS
Professeur de l'enseignement supérieur de pédiatrie au CHU
MOHAMMED VI de Marrakech

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre
gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous
l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude.
Veuillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.*



A

MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME IMANE ADALI Professeur agrégée de psychiatrie
au CHU MOHAMMED VI de Marrakech

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de
siéger parmi notre jury de thèse. Veuillez accepter ce travail, en gage de
notre grand respect et notre profonde reconnaissance.*



Liste des Abréviations



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADI-R	: Autism Diagnostic Interview–Revised
AMM	: L'autorisation de mise sur le marché
CFTMEA	: classification francophone des troubles mentaux de l'enfant et adolescent.
CIM	: classification internationale des maladies.
DSM	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
IMC	: infirmité motrice cérébrale
RAMED	: régime d'assistance médicale.
RPM	: retard psychomoteur.
SMPPA	: La Société Marocaine de Pédopsychiatrie et Professions Associées
TCC	: thérapies cognitivo– comportementales.
TDHA	: trouble du déficit l'attention et ou l'hyperactivité.
TSA	: trouble du spectre de l'autisme.



Plan



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	5
I. Patients de l'étude	6
1. Choix de la population	6
2. Critères d'inclusion	6
3. Critères d'exclusion	6
II. Méthodes	6
1. Type de l'étude	6
2. Collecte des données	6
3. DEROUEMENT DE L'ETUDE	7
III. Méthodes statistiques	7
IV. Considérations éthiques	8
RESULTATS	9
I. Analyse descriptive univarié	10
1. Caractéristiques sociodémographiques	10
2. Motifs de consultation	13
3. Les antécédents personnels et familiaux	13
4. Données cliniques	19
5. Bilans demander	22
6. Orientation étiologique	22
7. Prise en charge	24
8. Évolution et observance des enfants et des adolescents	25
II. Etude descriptive bivarié	27
1. Caractéristiques du trouble du spectre autistique	27
2. Caractéristiques du déficit de l'attention et l'hyperactivité	28
3. Caractéristiques du trouble dépressif	29
4. Caractéristiques du trouble anxieux	30
DISCUSSION	31
I. Généralité	32
1. Définition de la pédopsychiatrie	32
2. Historique de la pédopsychiatrie	32
3. Le développement psychologique de l'enfant	36
4. Historique de la psychiatrie des enfants en Afrique	47
5. ROLE DU PEDOPSYCHIATRE	50
6. Rôle des autres intervenants	51
II. Discussion des résultats	55

1. Le profil sociodémographique des enfants et adolescents	55
2. Motifs de consultation	57
3. Antécédents personnels et familiaux	58
4. Les données cliniques	59
5. Les caractéristiques des pathologies les plus fréquentes et leur prise en charge	61
6. La prescription en pédopsychiatrie	75
LIMITES	77
PERSPECTIVES	79
CONCLUSION	82
RESUME	84
ANNEXES	88
BIBLIOGRAPHIE	104



Introduction



La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est un bien qu'il faut conquérir et conserver, tout dépend de la capacité à parvenir et à maintenir un bon fonctionnement psychologique et un bien-être optimal.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 20% des enfants et des adolescents dans le monde présentent des troubles mentaux, ces derniers se déclarent dans la moitié des cas avant l'âge de 14 ans [10].

Les troubles mentaux des enfants et des adolescents peuvent avoir des effets importants sur leur santé générale et leur développement ; et ils sont associés à de graves conséquences sur le plan sanitaire et social, parmi lesquelles le suicide qui est la deuxième cause de décès chez les enfants de 15 à 19 ans [143], la consommation accrue d'alcool, de tabac ou de substances illicites, la grossesse adolescente, l'abandon de la scolarité et des comportements délinquants ...etc.

En effet, une prise en charge anticipée semble fondamentale pour le pronostic ; vu que les requêtes de traitement en pédopsychiatrie sont souvent tardives.

Actuellement, la pédopsychiatrie est une spécialité médicale à part entière. Elle inclut, l'ensemble de la famille et de son entourage dans l'évaluation et le traitement de l'enfant,

Le champ d'action de la pédopsychiatrie est vaste, allant des relations précoces mère-enfant difficiles jusqu'aux pathologies de l'adolescence.

Au Maroc, la reconnaissance officielle de la pédopsychiatrie comme spécialité médicale à part entière, a vu le jour le 03 juillet 2008. Le premier centre de pédopsychiatrie a été inauguré par sa Majesté le Roi Mohamed VI en 07 juillet 2010 à l'hôpital universitaire AR-RAZI de Salé suivi par l'inauguration du centre de pédopsychiatrie au centre hospitalier universitaire de Casablanca le 22 Décembre 2011.

A Marrakech, la consultation pédopsychiatrique au sein de l'hôpital Ibn Nafis a été tenue sur deux périodes : entre 2012–2014 et entre 2015–2017, en présence des résidents de pédopsychiatrie en 4^{ème} année de leur formation.

Concernant l'examen clinique en pédopsychiatrie, il se déroule en deux temps :

- en premier temps les parents sont incités à dévoiler l'histoire de leur enfant et aussi de leur famille. Alors, on aborde d'emblée à la vie intime de chacun.
- En deuxième temps, l'enfant ou l'adolescent sera accueilli seul sans ses parents, et souvent ces rencontres établissent pour lui la première occasion qui lui est donnée de parler de son monde interne (Ses pensées, ses émotions, ses rêveries), sans être jugé.

[2]

En effet, la consultation pédopsychiatrique est un acte complexe dont la spécificité doit être reconnue ; elle permet une analyse psychopathologique, c'est-à-dire une recherche de compréhension des dysfonctionnements selon différents modèles, s'attachant au « comment » plus qu'au « pourquoi ».

La connaissance du profil des consultants, leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques permettraient de mieux adapter l'offre de soins à la demande. Elle constituerait en outre un moyen d'identifier les besoins en termes de formation et des services offerts en pédopsychiatrie. Ces deux derniers, semblent rester en dessous des besoins de la population.

Ces consultations peuvent avoir un effet thérapeutique en elle-même, et sinon, elles permettent d'envisager des soins adaptés (traitement pharmacologique, psychothérapie d'inspiration psychanalytique, thérapie comportementale et cognitive, thérapie familiale, prise en charge individuelle ou de groupe, une prise en charge en rééducation ...). [1. 3]

C'est dans ce cadre que nous avons mené ce travail, à notre avis premier dans son genre, au niveau national, dont les objectifs sont les suivants :

1. Faire une description de l'activité pédopsychiatrique au sein de l'hôpital Ibn Nafis Marrakech pour mieux connaître les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques d'une population de consultants.
2. Elaborer des perspectives de soins et de préventions en matière de santé mentale infantile.



Patients et Méthodes

I. Patients de l'étude

1. Choix de la population

Nous avons inclus 120 dossiers des enfants et des adolescents qui étaient suivis en consultation pédopsychiatrique à l'hôpital Ibn NAFIS Marrakech, chez qui plusieurs données et caractéristiques ont été retenues.

2. Critères d'inclusion :

- Dossiers des enfants et des adolescents dont l'âge est compris entre 1 an à 18 ans.
- Tout dossier comportant un diagnostic et un suivi thérapeutique.

3. Critères d'exclusion :

- Les dossiers des enfants et des adolescents dont l'âge est moins de 1 an et plus que 18 ans.
- Les dossiers clôturés pour un refus de prise en charge.
- Dossiers incomplets.

II. Méthodes

1. Type de l'étude :

Notre étude est rétrospective, transversale et à visée descriptive.

2. Collecte des données

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'une fiche d'exploitation, permettant de recueillir l'ensemble des données figurant sur les dossiers des patients. C'est une fiche d'exploitation anonyme comportant plusieurs chapitres : (voir annexe 1)

- Renseignement sur le niveau Socio-démographique.
- Motifs de consultation.
- Antécédents médicochirurgicaux personnels.

- Antécédents médicochirurgicaux familiaux (des parents et de la fratrie).
- Déroulement du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant.
- Informations médicales concernant la santé de l'enfant physique et psychique.
- Modalités de prise en charge et le suivi.
- Paramètres liés aux différentes mesures de prise en charge, à l'évolution et au suivi.

Les diagnostics ont été retenus en fonction de DSM 5 (signaler dans les dossiers).

3. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période d'une année depuis janvier 2016 jusqu'au décembre 2016. On a sélectionné des dossiers de l'archive de la consultation pédopsychiatrique de l'hôpital Ibn NAFIS. Un recueil de données anonyme a été effectué à l'aide d'une fiche d'exploitation qui a été construit spécifiquement pour l'étude.

III. Méthodes statistiques

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS version 21.

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes :

Une analyse descriptive mono-varie.

- Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
- Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes.

Une analyse bi variée :

A été réalisé afin de comparer les caractéristiques de certains diagnostics retenues tel que : le trouble du spectre autistique, le trouble de l'attention et ou l'hyperactivité, la dépression et les troubles anxieux.

(Corrélation de Person p n'est significative que si inférieur à 0,05).

IV.Considérations éthiques

Les considérations éthiques ont été respectées à savoir l'anonymat et la confidentialité des informations notées sur les dossiers des malades.



Résultats



I. Analyse descriptive univarié

1. Caractéristiques sociodémographiques

1.1 Le sexe :

Parmi les 120 consultants inclus dans l'étude, on a noté une surreprésentation masculine avec 67,5% (n=81).

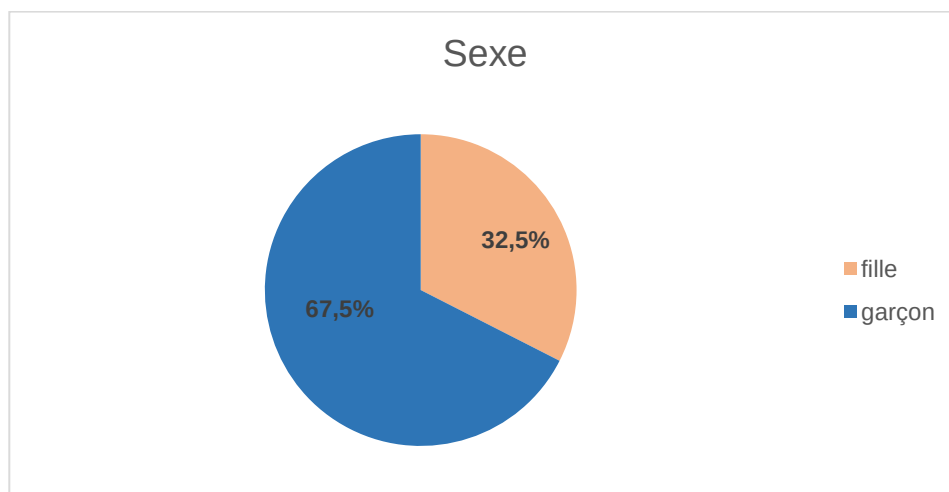


Figure 1 Répartitions selon le sexe (N=120)

1.2 L'âge

L'âge moyen des consultants était de 8,8 ans avec un écart type de 5,3.

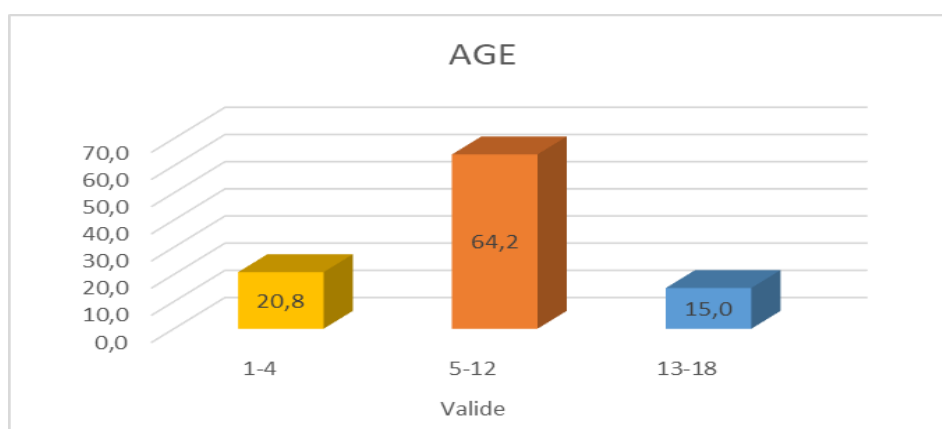


Figure 2 Répartitions selon le sexe (N=120)

1.3 L'origine géographique :

L'origine urbaine était la plus représentée avec un pourcentage de 68,3% (n= 82)

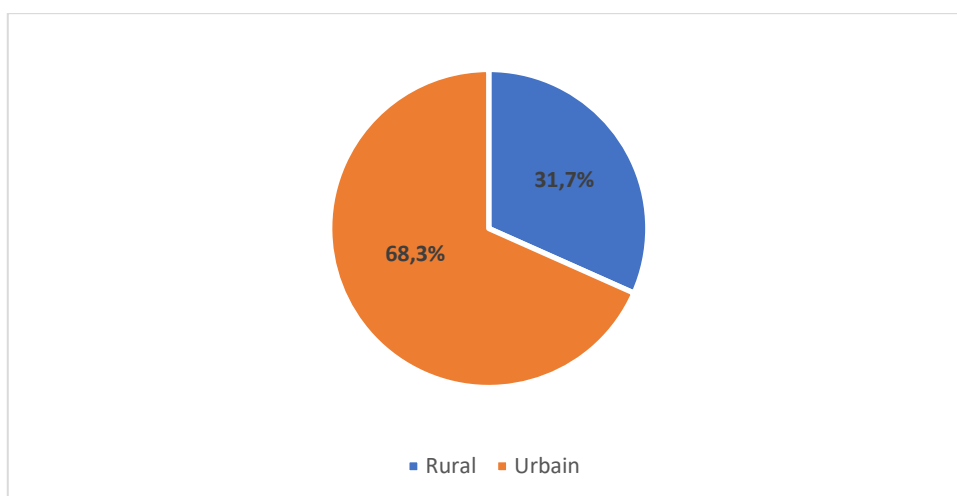


Figure 3 : Répartition selon l'origine (N=120)

1.4 Le niveau socioéconomique :

La majorité des consultants était issue d'un niveau socioéconomique faible 77% (n=93) dont les ramediste font partie.

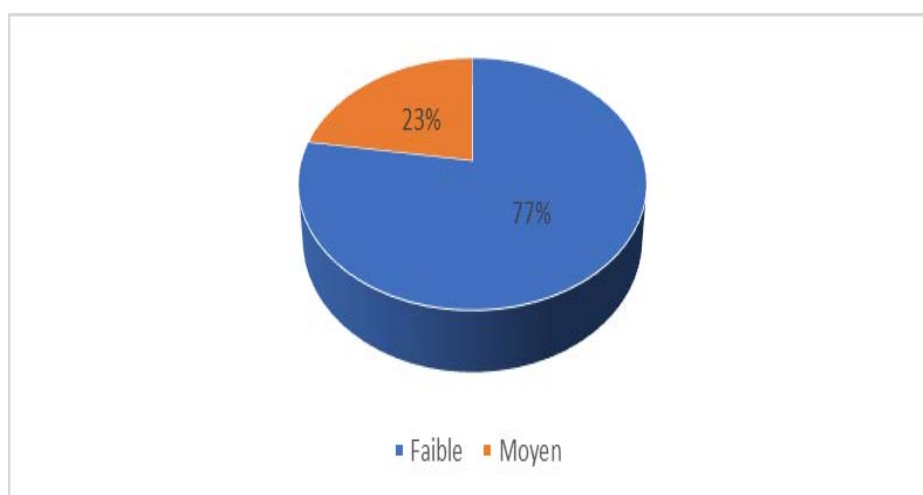


Figure 4 : Répartition selon le niveau socioéconomique des parents (N=120)

1.5 Le statut matrimonial des parents :

Les enfants et les adolescents dont leurs parents étaient divorcés représentaient 14,2%(n=17).

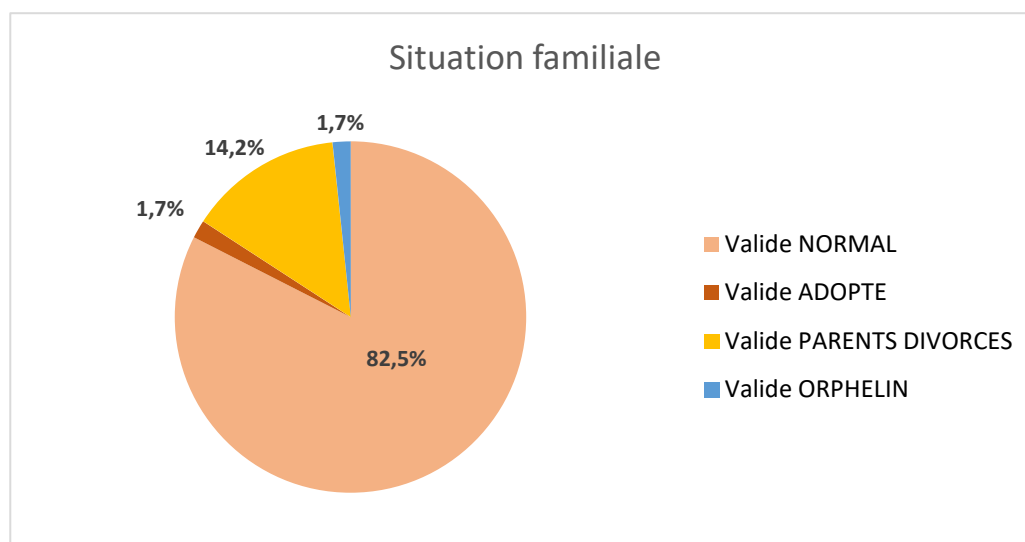


Figure 5 : Situation familiale (N=120)

1.6 Le niveau scolaire des parents

Le niveau scolaire des pères : 79,1%(n=95) étaient scolarisés et 20,8% (n=25) étaient non scolarisés.

Le niveau scolaire des mères : 65,8% (n=79) étaient scolarisées et 32,5% (n=41) étaient non scolarisées.

1.7 Activité professionnelle des parents

L'activité professionnelle des pères : 84,7% (n=101) avaient un travail.

L'activité professionnelle des mères : 75,8% (n=91) étaient des femmes au foyer.

2. Motifs de consultation

Les motifs de la consultation étaient divers et les troubles de comportements étaient les plus représentatifs dans 30,8% (n=37) des cas.

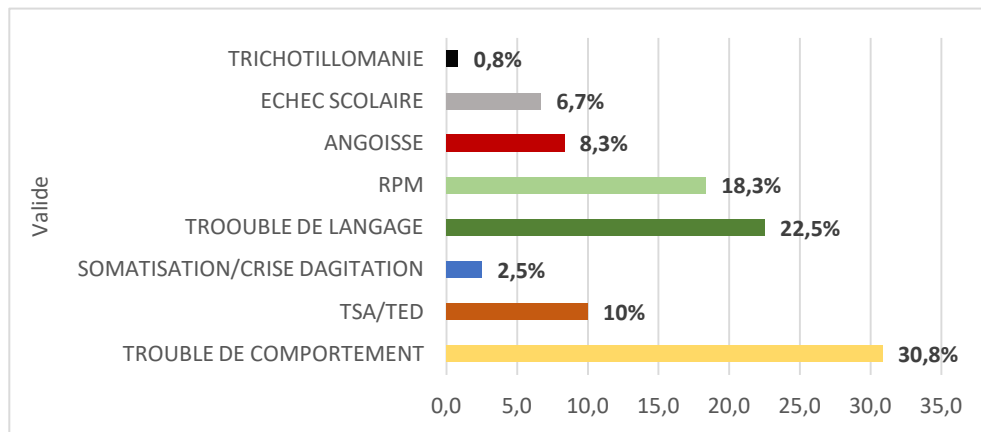


Figure 6 : Le motif de la consultation (N=120)

3. Les antécédents personnels et familiaux

3.1 Le déroulement de la grossesse et l'accouchement :

3.1-1 Durant la grossesse :

a) Surveillance de grossesse

Le suivi régulier durant la grossesse était noté dans 92,5%,

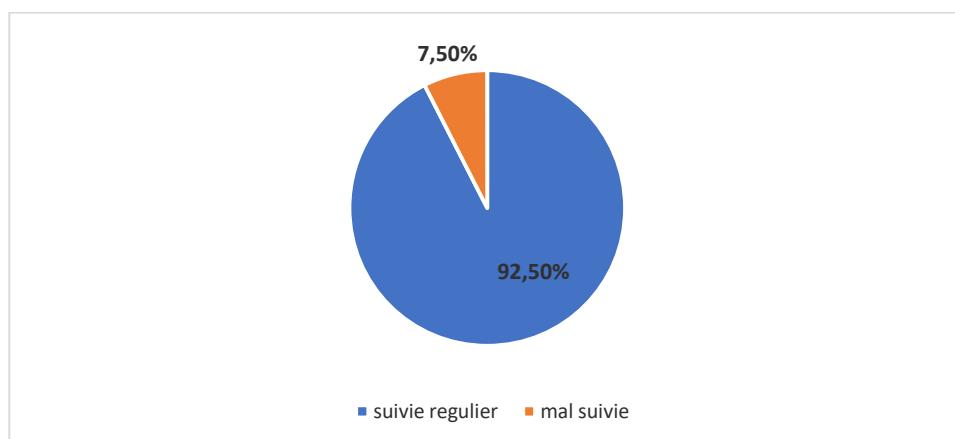


Figure 7 le suivi durant la grossesse (N=120)

b) Le terme de grossesse

Des grossesses ont été menées à terme dans 92,5% des cas.

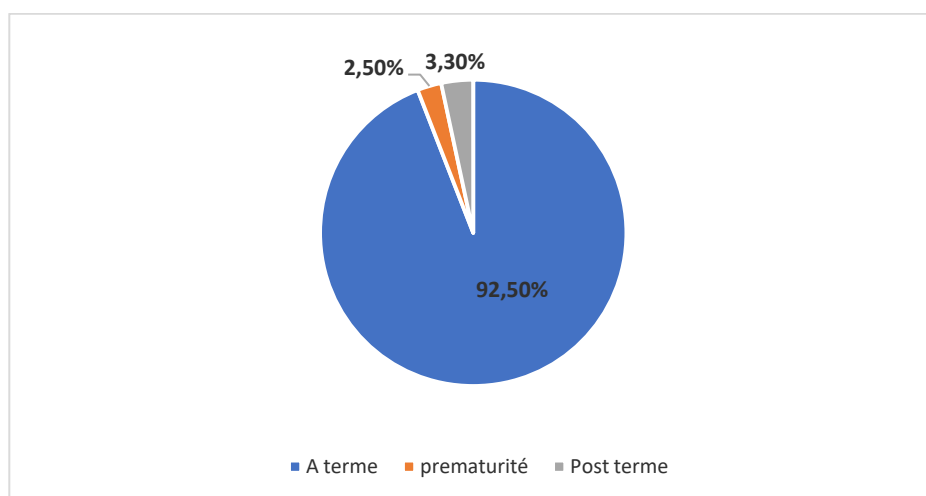


Figure 8 Représentations selon le terme (N=120)

c) Pathologies maternelles

les pathologies diagnostiquées au cours de la grossesse étaient de 7,5% (n=9) des cas :

Tableau I représentations des pathologies maternelles au cours de la grossesse (n=9)

Pathologies maternelles	(n)
HTA gravidique	4 cas
infection maternofoetale	3 cas
menace d'accouchement prématurée	1 cas
diabète gestationnel	1 cas

3.1-2 Déroulement de l'accouchement :

Cent six accouchements se sont déroulés dans une structure hospitalière, par voie basse soit 88,3%.

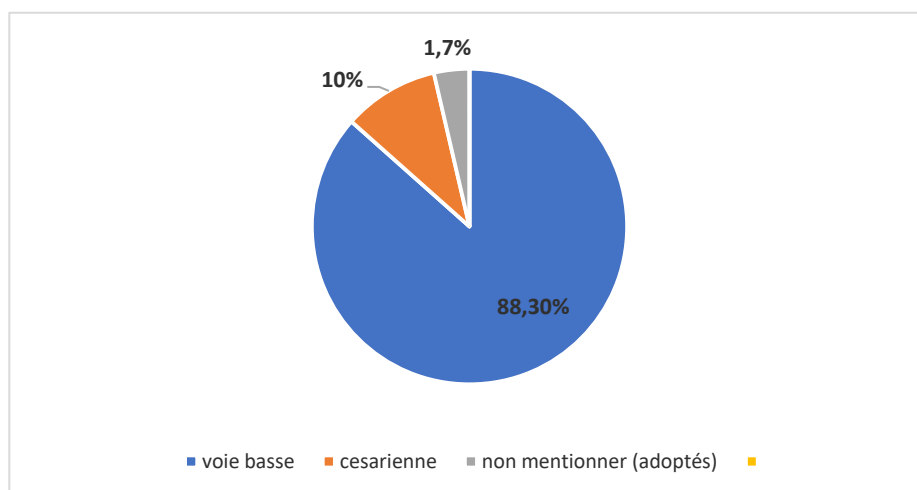


Figure 9 Représentations selon le terme (N=120)

3.1-3 Les complications durant l'accouchement :

La souffrance néonatale représentait 5,8% (n=7) des cas :

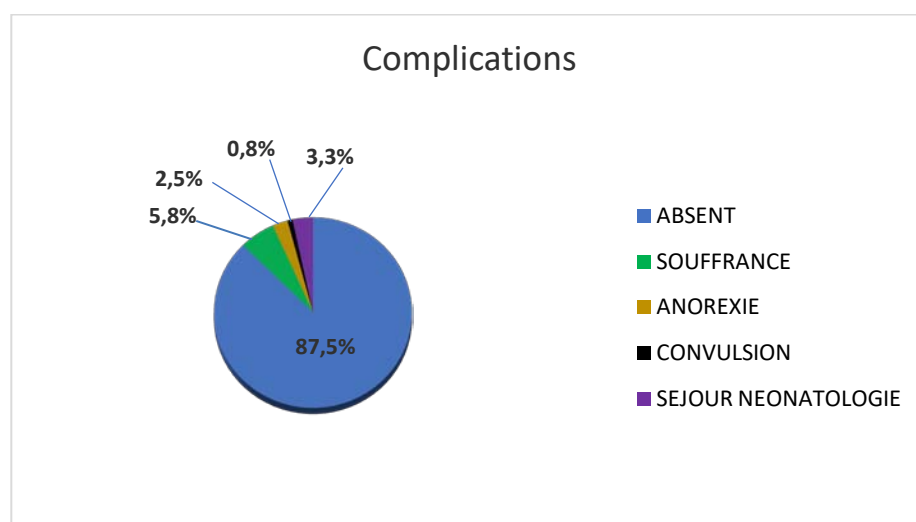


Figure 10 : Répartition des complications (N=120)

3.1-4 Handicap

Le handicap mental représentait 0,8% (n=1).

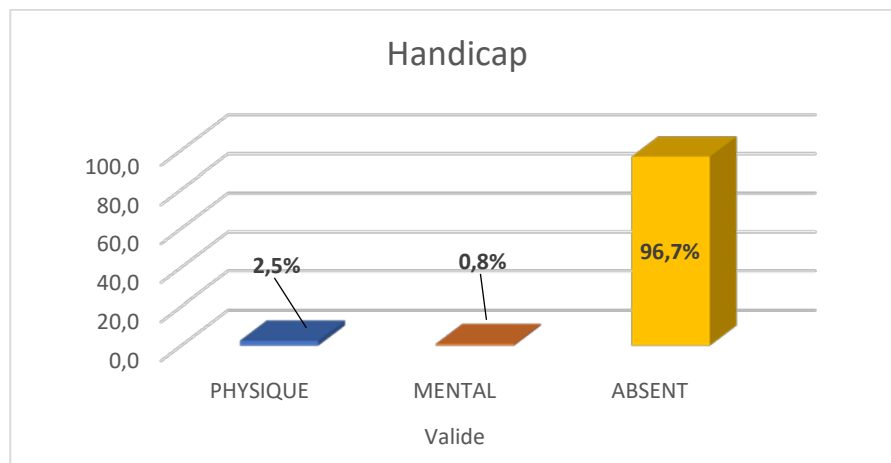


Figure 11 : Répartition selon le type d'handicap (N=120)

a) Le développement psychomoteur de l'enfant :

Dans notre étude nous avons repéré par rapport à la fourchette d'âge normale.

- 68 cas de retard de langage 56,7%,
- 47 cas de retard psychomoteur 39,2%,
- 32 cas de retard d'acquisition de la propreté 26,7%.

b) Les antécédents personnels

En ce qui concerne notre échantillon, 50,8% (n=61) des cas avaient des antécédents personnels. La répartition des antécédents est comme suit :

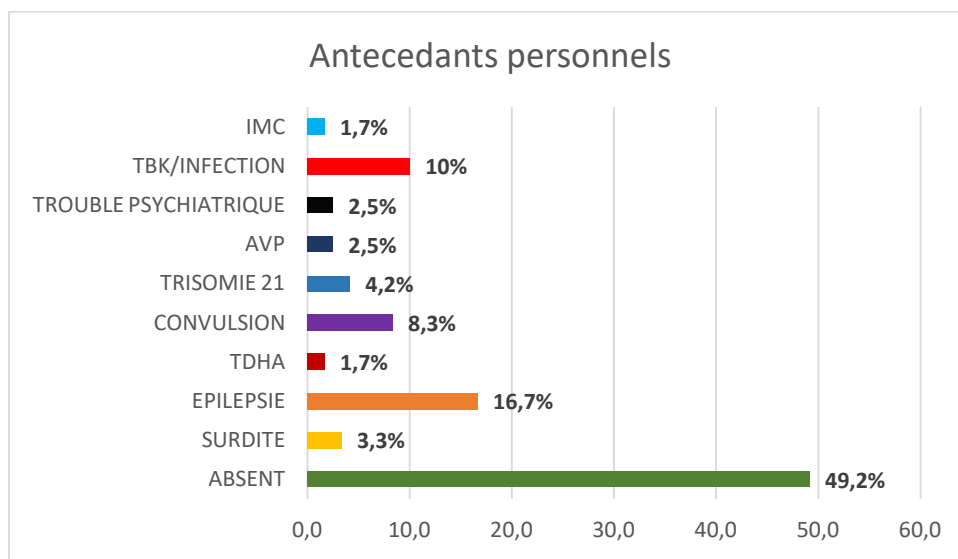


Figure12 : Repartitions selon les antécédents personnels (N=120)

c) Niveau scolaire :

Dans notre échantillon 44,2 % des consultants étaient en primaire.

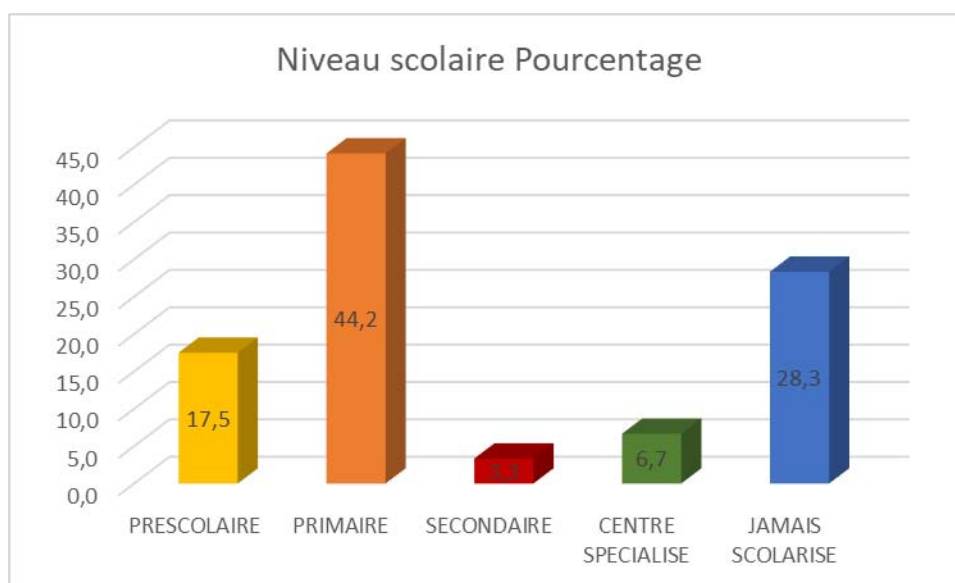


Figure 13 : Représentation selon le niveau scolaire (N=120)

d) Rendement scolaire :

Dans notre série 36,7 % des cas avaient une difficulté scolaire.

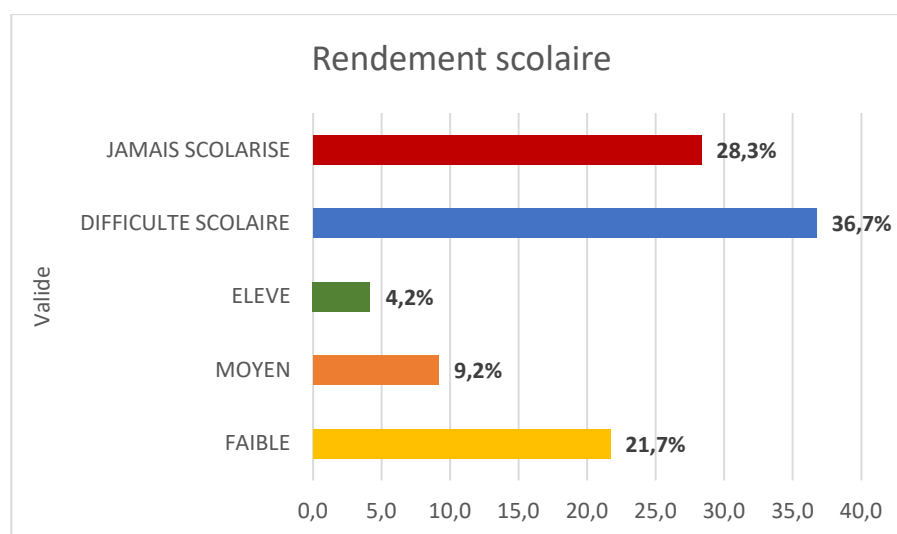


Figure 14 : Représentation selon le rendement scolaire (N=120)

e) Antécédents familiaux

La violence conjugale présentait l'antécédant familial le plus fréquent dans 14,2% (n=17) des cas :

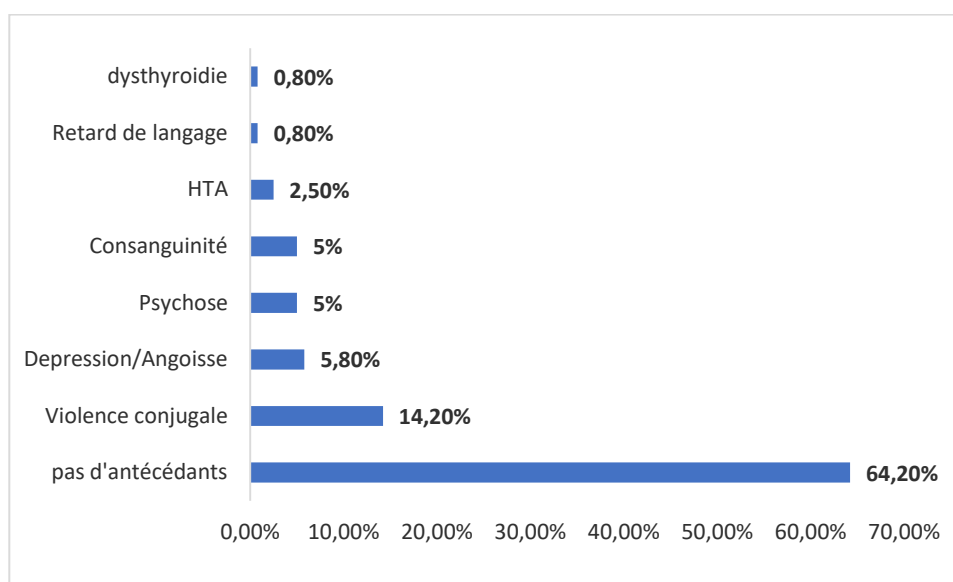


Figure 15 : Antécédant familiaux (N=120)

4. Données cliniques

4.1 Accompagnement de l'enfant

(70,8%) (n=85) des consultants étaient accompagnés par leurs mères.

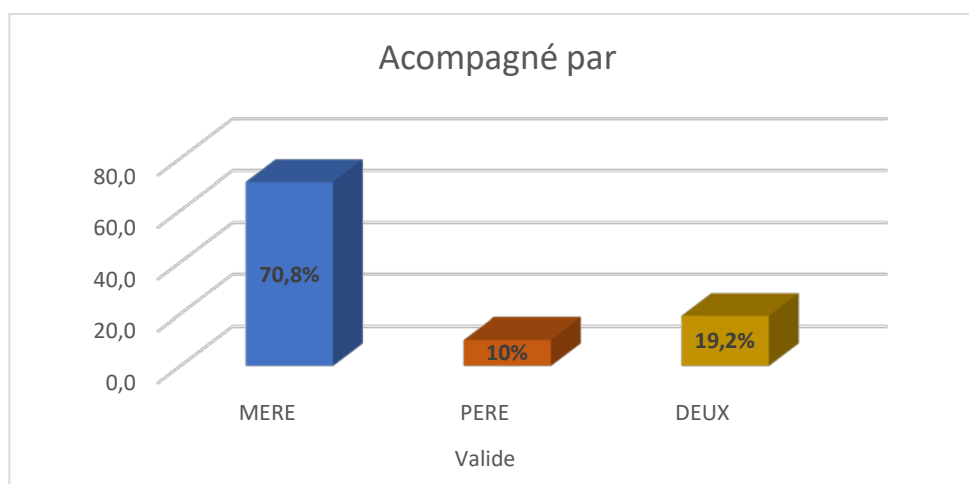


Figure 16 : Répartitions selon les accompagnements(N=120)

4.2 Origine de demande de soins

Les pédiatres et neuropédiatres étaient la principale source de demande de soins en pédopsychiatrie avec un pourcentage de 39,2% (n=38).

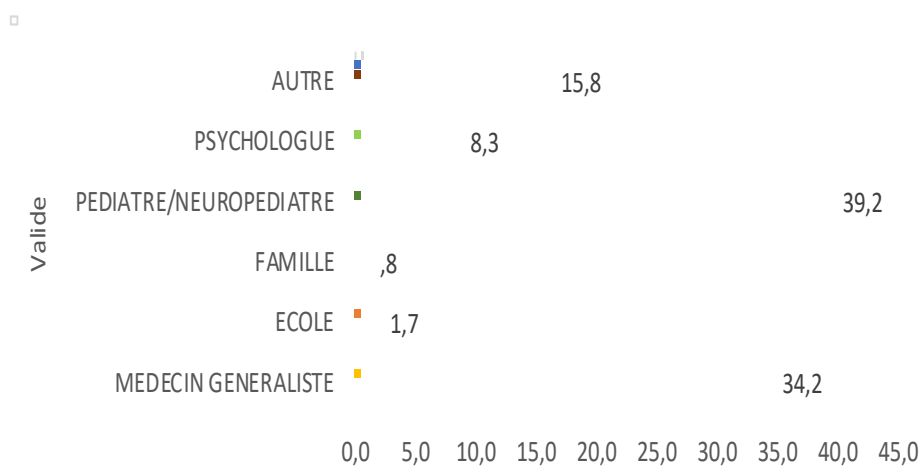


Figure 17 : L'origine de la demande de soins (N=120)

4.3 les comportements de l'enfant et l'adolescent :

Les comportements les plus représentatifs, étaient l'hyperactivité dans 43,3%.

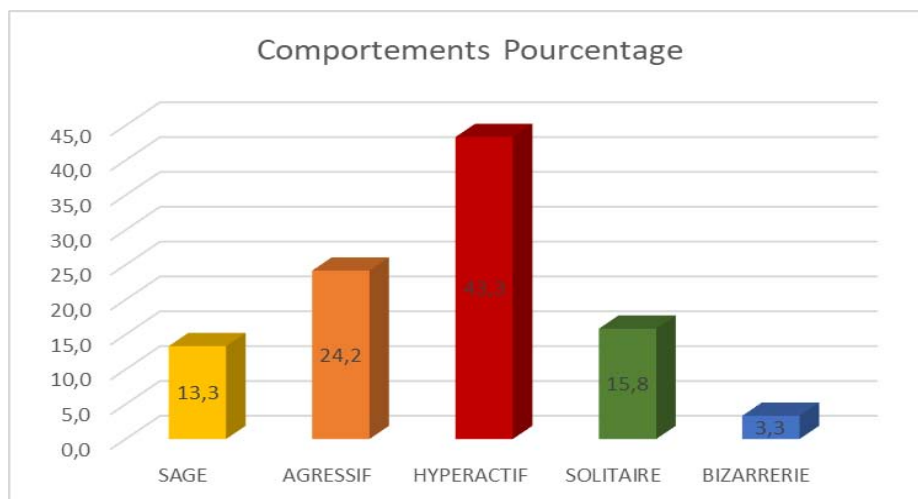


Figure 18 : Représentation des comportements (N=120)

4.4 Jeux

L'isolement était observé durant le jeu dans 39,9% (n=48).

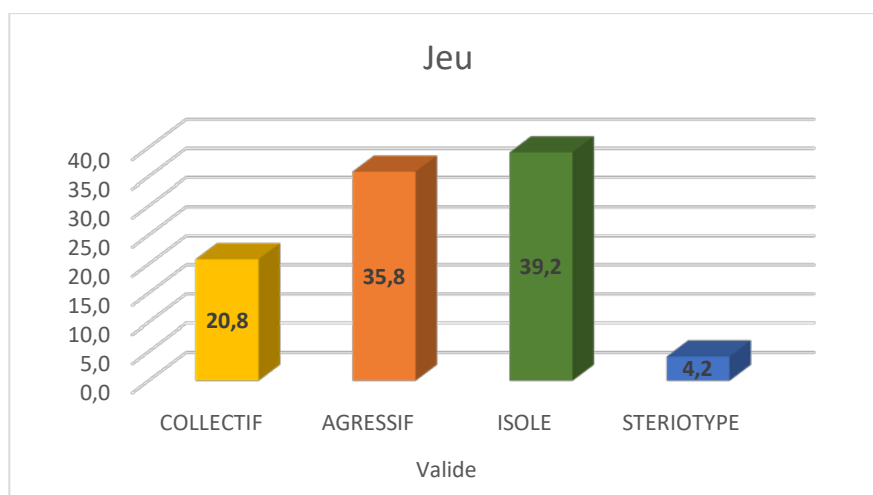


Figure 19 : Représentation des comportements lors du jeu (N=120)

Tableau récapitulatif des caractéristiques des enfants et adolescents

Tableau II: Caractéristiques des enfants et adolescents N=120

Caractéristiques des patients		Nombre	Pourcentage
Sexe	Fille	39	32,5%
	Garçon	81	67,5%
Age	1-4	25	20,8%
	5-12	77	64,2%
	13-18	18	15%
Situation familiale	Parents Mariés	99	82,5%
	Adoptés	2	1,7%
	Parents Divorcés	17	14,2%
	Orphelins	2	1,7%
	Mère célibataire	0	0%
Origine géographique	Urbain	82	68,3%
	Rural	38	31,7%
Niveau socioéconomique	Faible	93	77,5%
	Moyen	27	22,5%
	Élevé	0	0%
Motif de consultation	Trouble de comportement	37	30,8%
	TSA/TED	12	10%
	Somatisation / agitation	3	2,5%
	Trouble de langage	27	22,5%
	RPM	22	18,3%
	Angoisse	10	8,3%
	Echec scolaire	8	6,7%
	Trichotillomanie	1	0,8%
Accompagné par	Mère	85	70,8%
	Père	12	10%
	Les deux	23	19,2%
Adressé par	Médecin généraliste	41	34,2%
	Ecole	2	1,7%
	Famille	1	0,8%
	Pédiatre /neuropédiatre	47	39,2%
	Psychologue	10	8,3%
	Autres	19	15,8%

5. Bilans demander

Les bilans sont multiples et ça dépend de chaque cas, tout en sachant qu'on peut demander plus qu'un bilan à la fois :

Tableau III bilans demander

Bilan demander	%	n
psychologique	20,5%	25
Orthophonique	15,9 %	19
Pédiatrique /génétique	14,6 %	17
Imagerie cérébrale	14,6 %	17
PEA /Audiométrie(ori)	8,7%	11
Biologique	7,5%	8
Psychomoteur	7,8%	10
Ophtalmique	2,9%	4

6. Orientation étiologique

6.1 Diagnostics pédopsychiatriques

À travers nos résultats nous avons pu individualiser pour cette série d'enfants et adolescents quatre grandes étiologies dont la fréquence est variable selon DSM 5 :

a) Troubles neurodéveloppementaux représentaient (62,5%)

- Déficience intellectuelle (11,7%)
- Troubles spécifiques des apprentissages (8,3%)
- TSA (24,2%)
- TDA-H (18,3%)

b) Troubles dépressives représentaient (13,3%)

c) Trouble anxieux représentaient (12,7%)

d) Trouble liée à l'environnement représentaient (2,3%)

6.2 DIAGNOSTICS ORGANIQUES

Une étiologie organique a été retenue chez 11 enfants et adolescents (9,2%) : 6 cas d'épilepsie, trois cas de surdité de perception, un cas de mucopolysaccharidose et un cas d'encéphalopathie.

Tableau IV Les causes organiques n=11

Diagnosics	Nombre	Pourcentage
Épilepsie	6	5%
Surdité de perception	3	2,5%
Mucopolysaccharidose	1	0,83%
Encéphalopathie	1	0,83%
Total	11	9,2%

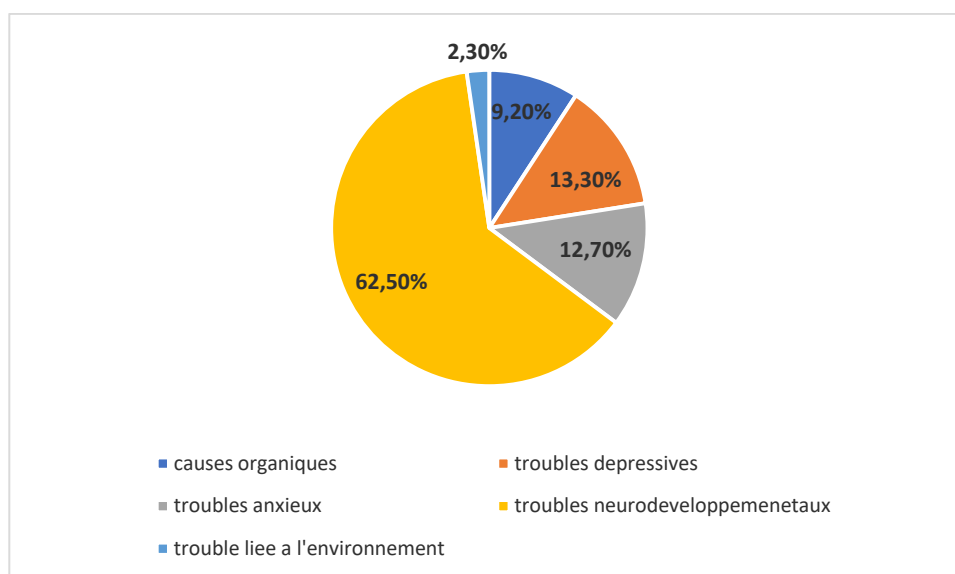


Figure 20 : Représentation des étiologies (N=120)

7. Prise en charge

La prise en charge en pédopsychiatrie est pluridisciplinaire et multimodale, était basée essentiellement sur :

- un traitement pharmacologique dans (50%) des cas,
- psychothérapie a été envisagée dans (46,7%) des cas
- suivi orthophonique dans (29,20%) des cas
- et le suivie psychomoteur dans (35%) des cas.

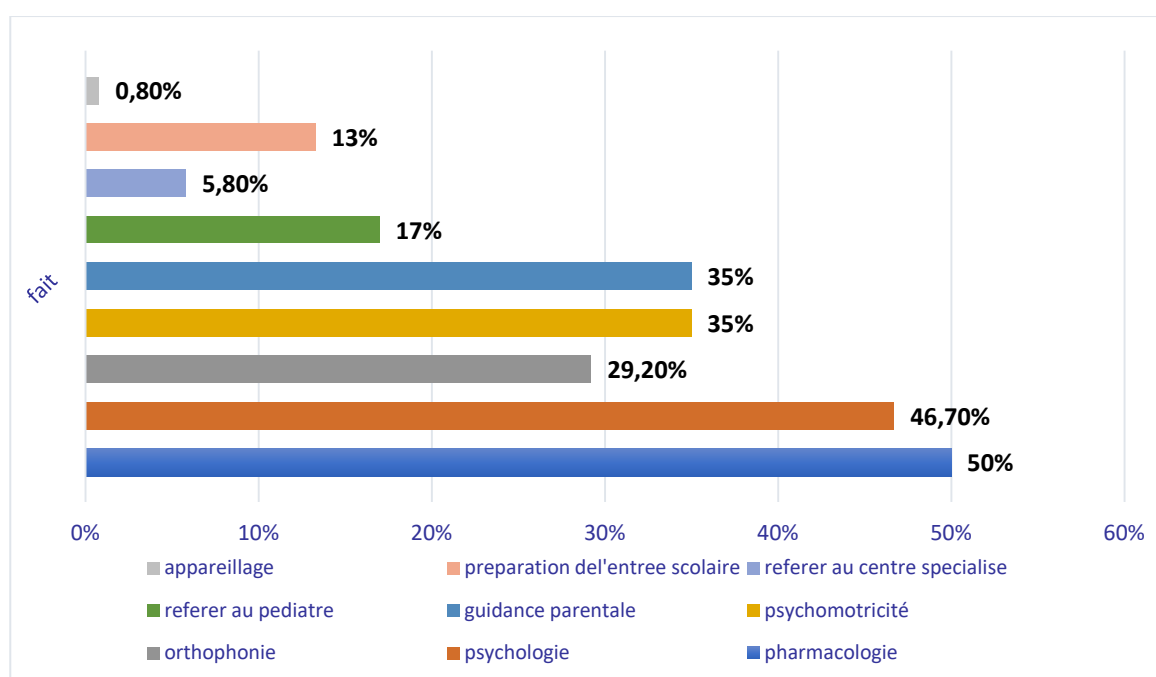


Figure 21 : Représentation des modalités du traitement (N=120)

8. Évolution et observance des enfants et des adolescents

8.1 L'évolution des patients :

On note dans notre étude une valeur de 80,8% des cas ont eu une amélioration comme évolution clinique et thérapeutique.

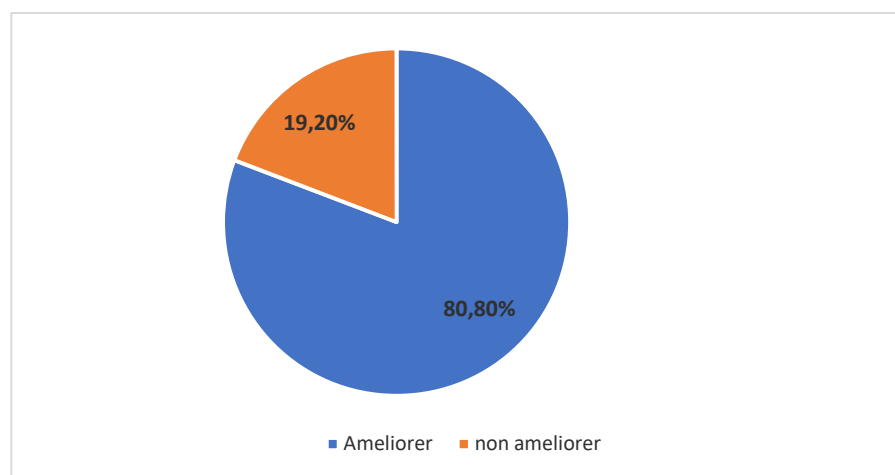


Figure 22 : Représentation selon l'évolution (N=120)

8.1.1 Observance des patients et nombre de consultations

Les consultants en pédopsychiatrie se présentaient de façon régulière dans 66,8% des cas.

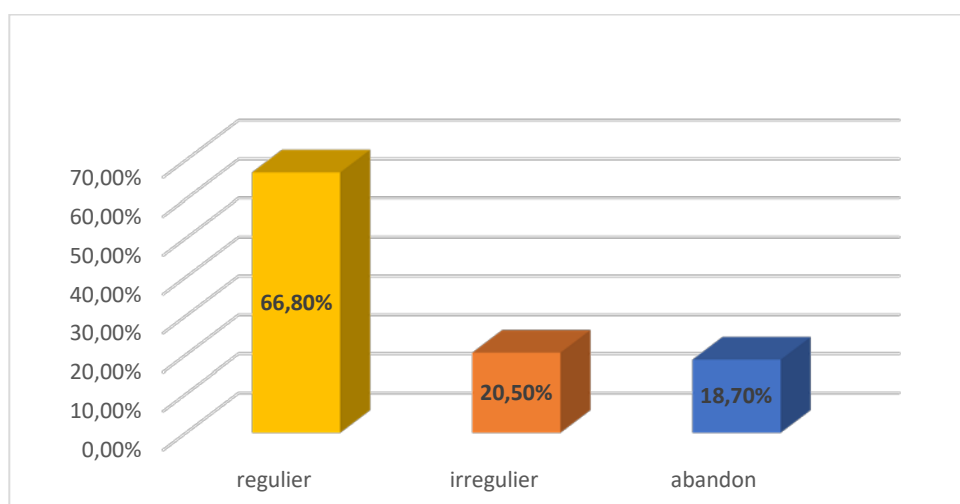


Figure 23 : Représentation selon le mode de surveillance (N=120)

8.2 Nombre de consultation

La moyenne du nombre de consultation était de 2,69, avec un écart type de 0,986.

Les représentations du nombre de consultations sont comme suit :

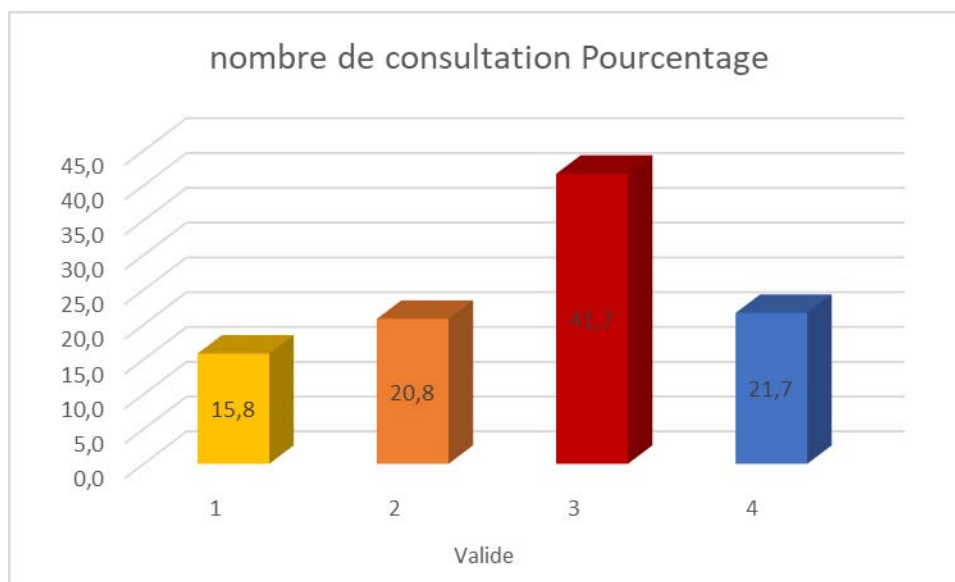


Figure 24 : Représentations selon le nombre de consultations (N=120)

II. Etude descriptive bivarié

1. Caractéristiques du trouble du spectre autistique

Les caractéristiques du TSA étaient représentées soit par rapport à l'échantillon total (N= 120), soit par rapport aux enfants et adolescents qui présentaient le trouble (n=29).

Tableau V Caractéristiques du trouble du spectre autistique

Les variables	Trouble du spectre autistique			
	%	effectifs	échantillon	Pearson
Age :				
1-4	9,2%	11	N=120	
5-12	15,0%	18		
13-18	0,0%	0		
Sexe :				P=0,089
Féminin	20,7%	6	n=29	
Masculin	79,3%	23		
Niveau socio-économique :				P=0,495
Faible	75,9%	22	n=29	
Moyen	24,1%	7		
Situation familiale :				
-Normale	21,7%	26	N=120	
-Parents Divorcés	0,8%	1		
-Abandonné	1,7%	2		
-orphelin	0%	0		
Antécédents parentaux :				
-dépression	2,5%	3	N=120	
-consanguinité	1,7%	2		
Trouble de sommeil	27,6%	10	N=120	
Modalités thérapeutiques :				
-traitement médicamenteux	9,2%	11	N=120	P=0,100
-guidance parentale	3,3%	4		P=0,004
-rééducation orthophonique	11,7%	14		P=0,01
-rééducation psychomotricien	12,5%	15		P=0,027
Evolution et surveillance :				
Evolution :			n=29	
Amélioration	69%	20		
Pas d'amélioration	31%	9		
Surveillance :	-	-		
Régulière	41,4%	12		
Irrégulière	24,1%	7		
Abandon thérapeutique	34,5%	10		

2. Caractéristiques du déficit de l'attention et l'hyperactivité

Les caractéristiques du TDAH étaient représentées soit par rapport à l'échantillon total (N= 120), soit par rapport aux enfants et adolescents qui présentaient le trouble (n=22).

Tableau VI caractéristiques du déficit de l'attention et l'hyperactivité

Les variables	Déficit de l'attention et l'hyperactivité			
	%	effectifs	échantillon	Pearson
Age :				
1-4	2,5%	3	N=120	
5-12	10,0%	12		
13-18	5,8%	7		
Sexe :				
Masculin	12,5%	15	N=120	P=0,000
Féminin	5,8%	7		
Niveau socio-économique :				
Faible	77,3%	17	n=22	P=0 ,587
Moyen	22,7%	5		
Modalités thérapeutiques :				
-traitement médicamenteux	11,7%	14	N=120	P=0,119
-psychothérapie	6,7%	8		P=0,202
-guidance parentale	3,3%	10		P=0,05
-rééducation orthophonique	5,0%	6		P=0,527
-rééducation psychomotricien	4,2%	5		P=0,137
Evolution et surveillance :				
Evolution :			n=22	
Amélioration	72,2%	16		
Pas d'amélioration	13,6%	3		
Clôture de dossier	13,6%	3		
Surveillance :				
Régulière	54,5%	12		
Irrégulière	13,6%	3		
Abandon thérapeutique	31,8%	7		

3. Caractéristiques du trouble dépressif

Les caractéristiques du trouble dépressif étaient représentées soit par rapport a l'échantillon total (N= 120), soit par rapport aux enfants et adolescents qui présentaient le trouble (n=16) :

Tableau VII caractéristiques du trouble dépressif

Les variables	Trouble dépressif			
	%	effectifs	échantillon	Pearson
Age :				
1-4	2,5%	3	N=120	
5-12	7,5%	9		
13-18	3,3%	4		
Sexe :				P=0 ,353
Féminin	25,0%	4	n=16	
Masculin	75%	12		
Niveau socio-économique :				P= 0,492
Faible	81,3%	13	n=16	
Moyen	18,8%	3		
Situation familiale :				
-Normale	10,0%	12	N=120	
-Parents Divorcés	3,3%	4		
-Abandonné	0%	0		
-orphelin	0%	0		
Antécédents parentaux :				
-dépression	12,5%	2	N=120	
-dysthyroïdie	12,5%	2		
-violence conjugal	37,5%	6		
-HTA	12,5%	2		
Modalités thérapeutiques :				
-traitement médicamenteux	6,7%	8	N=120	P=0 ,605
-guidance parentale	10,0%	12		P=0,001
-psychothérapie	8,3%	10		P= 0,137
Evolution et surveillance :				
Evolution :			n=16	
Amélioration	81,3%	13		
Pas d'amélioration	18,8%	3		
Surveillance :				
Régulière	87,5%	14		
Irrégulière	0,0%	0		
Abandon thérapeutique	12,5%	2		

4. Caractéristiques du trouble anxieux

Les caractéristiques des troubles anxieux étaient représentées soit par rapport à l'échantillon total (N= 120), soit par rapport aux enfants et adolescents qui présentaient le trouble (n=14)

Tableau VIII caractéristiques des troubles anxieux

Les variables	Déficit du trouble anxieux			
	%	effectifs	échantillon	Pearson
Age :				
1-4	0,8%	1	N=120	
5-12	7,5%	9		
13-18	3,3%	4		
Sexe :				
Masculin	5,0%	8	N=120	<u>P= 0,040</u>
Féminin	6,7%	6		
Niveau socio-économique :				
-faible	71,4%	10	n=14	P=0,388
-moyen	28,6%	4		
Modalités thérapeutiques :				
-traitement médicamenteux	71,4%	10	N=120	P=0,077 <u>P=0,011</u>
-psychothérapie	78,6%	11		
Evolution et surveillance :				
Evolution :			n=14	
Amélioration	71,4%	10		
Pas d'amélioration	21,4%	3		
Clôture de dossier	7,1%	1		
Surveillance :				
Régulière	71,4%	10		
Irrégulière	0%	0		
Abandon thérapeutique	28,6%	4		



Discussion



I. Généralité sur la Pédopsychiatrie

1. Définition

La pédopsychiatrie est une discipline médicale qui se définit, en premier lieu, dans son rapport à la psychiatrie générale, par la question des frontières d'âge qui définissent les enfants et les adolescents. [4] En outre, c'est une spécialité axée sur le diagnostic des enfants et des adolescents, âgés de 0 à 18 ans qui présentent des troubles psychiatriques (ou un risque de trouble psychiatrique). [142]

La pédopsychiatrie se caractérise par : un lieu de permanence, de contenance, de continuité possible, œuvrant à la mise en place d'une fonction thérapeutique soucieuse de la part jouée par l'environnement de l'enfant et l'adolescent. [141]

2. Historique de la pédopsychiatrie

Il nous semble important de faire un rappel historique de l'évolution de la pédopsychiatrie.

Parmi les précurseurs de cette science médicale, plusieurs noms sont à retenir :

- Au XVI^e siècle, le bénédictin espagnol Ponce de León (1520—1584) [157], qui s'intéressa à la rééducation des enfants ayant des troubles de l'audition et de la parole ;
- Au XIX^e siècle, Jean Itard est le pionnier qui tente de comprendre et de traiter les troubles d'un enfant nommé Victor. Il s'agit de, l'enfant sauvage de l'Aveyron, pour la première fois, évoque le caractère acquis de la déficience et sa curabilité, à une époque où les médecins ne conçoivent la déficience que fixée et non évolutive. [130]



Victor enfant sauvage de l'Aveyron
[129]



ITARD Jean-Marc Gaspard
(1774– 1838)[130]

- en 1834, Jean-Pierre Falret recherche dans la psychologie un nouvel éclairage sur l'idiotisme et crée l'école orthophonique avec Félix Voisin. [131]
- en 1838, Jean-Étienne Esquirol inaugure l'enseignement de la psychiatrie et publie son traité *Des maladies mentales*, dans lequel il souligne l'intérêt des travaux d'Itard. [131]



Félix Voisin (19 novembre 1794 –
23 novembre 1872)
Était un psychiatre français [131]



Jean-Pierre Falret, né le 26 mai 1794 et mort
le 28 octobre 1870 [132]

- En 1847, Hippolyte Vallée fonde son propre centre de traitement, à Bicêtre, qui deviendra la Fondation Vallée, une institution de soins en pédopsychiatrie. [158]
- En 1850, le médecin américain Édouard Seguin, élève d'Itard, ouvre une école pour idiots, puis prend la direction de l'école de Bicêtre. il s'exile aux États-Unis, où il développe la psychiatrie de l'enfant sur la côte Est.
- 1888, le premier traité de psychiatrie de l'enfant est publié par Jacques Moreau de Tours.
- Au début du XX^e siècle, c'est Alfred Binet qui est le véritable fondateur de la psychologie expérimentale en France. [115]
- Aussi, en 1903, il publie L'étude expérimentale de l'intelligence. Alfred Binet et Théodore Simon créèrent une méthode qui bouleversa l'étude psychologique des enfants : ils mirent au point les premières épreuves psychométriques permettant de mesurer l'intelligence et de dépister la débilité. [115]



(Alfredo Binetti), né le 8 juillet 1857 et mort le 18 octobre 1911[115]



la naissance de "l'échelle métrique de l'intelligence" [115]

- ❖ Le terme « pédopsychiatrie » a été inventé récemment, dans la dernière partie du 19^{ème} siècle. Hermann Emminghaus a été le pionnier de la psychiatrie des enfants et des adolescents [5].
- ❖ La première chaire de pédopsychiatrie a été créée en 1923 à Rosario, en Argentine, tenue par un neuropsychiatre et psychanalyste italien, Lanfranco Ciampi. C'était bien avant le premier département de pédopsychiatrie aux États-Unis [5].
- ❖ En 1934, Le psychiatre suisse Moritz Tramer (1882-1963) était probablement le premier à définir les paramètres de la discipline en termes de diagnostic, de traitement et pronostic ; il a également décrit le syndrome de mutisme électif. [5]
- ❖ En 1960, Tramer fonder le Journal of Child Psychiatry (Zeitschrift für Kinderpsychiatrie), qui plus tard est devenu Acta Paedopsychiatria, journal officiel de l'IACAPAP des années [5].
- ❖ La pédopsychiatrie est une discipline médicale Kanner est considéré comme le premier médecin à être identifié comme pédopsychiatre aux États-Unis. [5]

- ❖ Dans quelques pays (notamment, l'Allemagne et les États-Unis), la pédopsychiatrie a évolué comme une discipline indépendante, dans d'autres en tant que sous-spécialité de la psychiatrie (en l'occurrence, en Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni) [5].

3. Le développement psychologique de l'enfant [136,139,140]

La psychologie de développement est l'étude scientifique des changements et des continuités qui marquent la vie d'une personne et des processus qui les influencent en utilisant l'ensemble des méthodes communes aux diverses spécialités de la psychologie :

- méthode expérimentale permettant d'évaluer la plausibilité d'une hypothèse ;
- méthode clinique avec l'analyse approfondie des cas individuels issus en particulier de la pratique de terrain ;
- méthode psychométrique avec l'utilisation d'instruments de mesure standardisés.

Pour justifier l'existence d'une psychologie du développement, il suffit de considérer que le fonctionnement actuel d'un individu dépend de ses expériences passées et des modalités d'ajustement qu'il a pu construire à travers des circonstances sociales et environnementales constitutives de sa trajectoire personnelle.

La psychologie est basée sur des théories essentielles du développement de l'enfant :
[137]

3.1 Théories psychanalytiques

Selon **Freud** (1856–1939) (neurologue autrichien), le comportement est régi par des motivations inconscientes et conscientes. Il retrace la genèse de la personnalité à partir du matériel clinique recueilli au cours des cures thérapeutiques proposées à ses patients.

Dans la théorisation de Freud, l'individu apparaît façonner par ses expériences personnelles et les relations interpersonnelles qu'il a développé et en particulier pendant l'enfance, période de construction psychique intense.

Freud définit ainsi trois instances psychiques, le ça, le moi et le surmoi, et une séquence de cinq stades psycho sexuels :

- **Les stades psychosexuels**

- ✓ **le stade oral (de la naissance à 1 an)** : les lèvres de l'enfant sont une zone érogène, source de plaisir lorsqu'il tète. La théorie freudienne de « l'étayage » postule que c'est à partir de cette satisfaction alimentaire que se met en place l'attachement à la mère.
- ✓ **le stade anal (de 2 à 3 ans)** parents et l'enfant sont particulièrement attentifs au contrôle des sphincters. Lorsqu'il les maîtrise, l'enfant éprouve du plaisir en se retenant.
- ✓ **le stade phallique (de 3 à 4 ans)** : l'enfant découvre que la manipulation de ses organes génitaux lui procure un plaisir érotique. Durant cette période, le complexe d'Œdipe (sentiments amoureux à l'égard du parent de sexe opposé et de rivalité à l'égard du parent de même sexe) constitue un moment essentiel du développement de l'enfant.
- ✓ **la période de latence (de 4-5 ans à la puberté)** : l'enfant refoule alors les pulsions et activités sexuelles des périodes précédentes.
- ✓ **la période de maturité génitale (de 14-16 ans à 18-21 ans)** : Le stade génital se passe de l'adolescence à l'âge adulte. Les zones érogènes sont les organes génitaux comme c'était le cas au stade phallique. Le stade génital correspond à la pleine maturité psychosexuelle, définie comme la capacité à avoir des relations sexuelles. Durant le stade génital, tous les éléments refoulés des stades précédents refont surface. Selon Freud, pour atteindre une pleine maturité sexuelle, l'adolescent doit régler les

éléments refoulés, sinon s'ensuivent des problèmes tels que des névroses, des psychoses, des troubles de comportement, des troubles psychologiques ou affectifs.

- **les instances psychiques**

- **Ça** : Instance psychique apparaissant dans la deuxième topique, freudienne, le ça contient originellement toutes les pulsions. Il est défini, à ce titre, comme le réservoir pulsionnel du psychisme.
- **Moi** : Instance psychique apparaissant dans la deuxième topique freudienne, le moi assure un rôle de médiateur entre les exigences pulsionnelles du ça, la réalité et les intérêts du surmoi.
- **Surmoi** : Instance psychique freudienne apparaissant dans la deuxième topique freudienne, le surmoi constitue la somme des considérations morales et des interdits intériorisés

3.2 Théorie de l'attachement [139]

C'est aux chercheurs **Bowlby et Ainsworth** à qui l'on doit la théorie de l'attachement telle que nous la connaissons aujourd'hui. Bien que Bowlby et Ainsworth ne travaillaient pas ensemble, ils se sont influencés mutuellement à un point tel qu'il est maintenant difficile de différencier les apports de l'un ou de l'autre.

De façon générale, l'attachement se décrit comme une forte tendance chez l'enfant à entrer en contact avec une autre personne, de se sentir en sécurité en présence de cette même personne et en détresse quand il en est séparé.

Dans leur théorie, Bowlby et Ainsworth ont également expliqué le pourquoi et le comment du développement de l'attachement. Nous pouvons résumer les principales conclusions de leurs recherches respectives comme suit :

- **Bowlby** (est un psychiatre et psychanalyste britannique) et ses collègues, dans leurs travaux avec des enfants hospitalisés et des enfants orphelins, ont décrit les comportements de ces enfants comme étant similaires aux comportements des adultes en deuil. Comme ces derniers, les enfants passaient par différentes phases. Ils vivaient d'abord une période de protestation et d'anxiété, puis de dépression et de retrait pour en arriver finalement au détachement.
 - **Ainsworth** (une psychologue du développement) a étudié les interactions mère enfants en Uganda (Afrique de l'est) et à Baltimore (Etats-Unis). Ainsworth argumente que, contrairement à ce que nous pourrions croire, un attachement fort ne crée pas chez l'enfant un sentiment de dépendance et d'impuissance. Au contraire, un attachement fort fait naître un sentiment de sécurité qui permet à l'enfant d'explorer son monde, de prendre des risques et d'être plus autonome.
- **Les styles d'attachement. [144]**

1.2-1 **L'attachement sécure**

L'attachement sécure est celui favorisé par une figure d'attachement réceptive, sensible aux besoins de son enfant et utiliser par celui-ci comme base de sécurité pour explorer son environnement. Les enfants sécures recherchent le réconfort de leur figure d'attachement au moment de la séparation, protestent voire manifestent de la détresse, mais se calment facilement dès son retour, manifestent un certain plaisir et sont capables de reprendre des activités exploratoires une fois rassurés. Il y a donc un certain équilibre entre la recherche de réconfort et l'exploration. Avant un an, l'enfant sécure est celui qui demande beaucoup de proximité physique. Il sera ensuite le plus autonome car il aura acquis une sécurité interne.

Chez l'adulte, l'attachement sécure se traduit par un type d'attachement autonome.

1.2-2 L'attachement insécure évitant

Au moment de la séparation, l'enfant insécure évitant ne se tourne pas vers sa figure d'attachement et tente de masquer sa détresse émotionnelle par un détachement face à la situation et un accrochage à l'environnement physique. En situation expérimentale, les enfants insécures évitant seraient ceux qui témoigneraient le plus d'émotions et d'anxiété, ce qui engendrerait une désactivation de leur système d'attachement afin de mieux gérer cette situation. Dans ce contexte, le jeune enfant se détache, manifeste peu d'émotions, se tourne davantage vers l'exploration et se voit contraint d'adopter une autonomie précoce comme stratégie de survie.

Chez l'adulte, ce type d'attachement se traduit par un style d'attachement détaché.

1.2-3 L'attachement insécure ambivalent

L'enfant insécure ambivalent proteste au moment de la séparation et ne peut être rassuré, ce qui rend difficile la possibilité d'explorer son environnement. Le jeune enfant rencontre dans ses relations précoces une figure d'attachement ambivalente où les réactions de celle-ci sont imprévisibles et incohérentes c'est-à-dire qu'elle peut se montrer autant ignorante que réceptive aux besoins de son enfant.

A l'âge adulte, ce type d'attachement se traduit par un style d'attachement préoccupé et s'illustre par la recherche constante d'un contact avec le partenaire amoureux, par une réactivité émotionnelle intense et un faible niveau d'autonomie marqué par la peur d'être abandonné.

1.2-4 L'attachement désorganisé

Dans ce style d'attachement, le jeune enfant présente des attitudes contradictoires, inconsistantes et souvent déroutantes. Ils pourront, par exemple, s'agripper à la figure d'attachement tout en détournant le regard ou pleurer à son départ sans vouloir s'en rapprocher. Ces comportements semblent incompréhensibles et témoignent d'un défaut de construction de stratégie d'attachement cohérente. Ce type d'attachement se retrouve fréquemment chez des sujets ayant été victime de maltraitance ou de violence de la part des figures d'attachement.

Ce style d'attachement est également appelé « désorganisé ou désorienté » chez l'adulte qui présente également des attitudes contradictoires ou incompréhensibles

3.3 Théories cognitivistes ou cognitivo-constructivistes [140]

Piaget (1896–1980) (biologiste, psychologue, logicien) met l'accent sur le développement de la pensée plutôt que sur le développement de la personnalité. Sa discipline est en réalité l'épistémologie génétique, c'est à dire l'étude des transformations de la connaissance de l'enfance à l'âge adulte.

Bien que Piaget soit à l'origine de la psychologie génétique, ce n'est pas l'enfant pour lui-même qui l'intéresse mais l'enfant en tant que moyen d'accès au fonctionnement mental des adultes, point d'aboutissement du développement humain.

Selon Piaget, le développement cognitif évolue à partir de structures organisationnelles simples vers des structures complexes. Par exemple, les habiletés utilisées par un enfant pour regarder et saisir son oursin fonctionnent d'abord séparément. Par la suite, l'enfant organise ces habiletés distinctes en un seul schème, plus complexe, qui lui permet de regarder son oursin tout en le tenant, donc de coordonner l'œil et la main. À mesure que l'enfant apprend, une organisation de plus en plus poussée se développe ainsi.

Piaget distingue, dans le développement de la logique chez l'enfant, trois stades principaux chaque stade se caractérise par un plan de connaissance distinct ainsi que par un certain degré de complexité des activités cognitives :

1. **période sensori-motrice** : l'enfant utilise ses organes de sens et sa motricité pour découvrir les propriétés du monde qui l'entoure (suction d'objets, essais de préhension, empilage, etc.). Les premières représentations mentales s'ébauchent.
2. **période préopératoire** : période qui se caractérise par différentes formes de pensées représentatives (formation de symboles), mais encore très proche de la perception de l'enfant. Celui-ci apprend progressivement qu'autrui peut avoir un point de vue différent du sien.
3. **période des opérations concrètes** : les opérations mentales (classer, sérier, combiner, etc.) sont possibles, mais seulement en présence des objets. La pensée demeure encore très liée aux objets concrets. Une acquisition importante de cette période est celle de l'invariance de certaines qualités des objets en dépit de transformations qu'on leur avait fait subir (à quantité de matière égale, une boule de pâte à modeler garde un poids invariant même si on le fait changer de forme).
4. **période des opérations formelles** : pensée proche de celle de l'adulte, elle est plus abstraite que celle des stades précédents. L'adolescent est capable de faire des hypothèses et de les soumettre à l'expérience. Il peut réfléchir sur des réalités virtuelles et développer un raisonnement qui s'en tient aux formes logiques. Cela explique l'intérêt accru, à l'adolescence, pour les théories scientifiques et sociales.

3.4 La théorie béhavioriste [145]

Le béhaviorisme est l'étude du comportement. **Watson** (1878–1958) est le promoteur de l'étude scientifique du comportement animal et humain qui se veut la plus objective possible, fondée sur l'observation minutieuse des comportements et non pas sur une connaissance introspective ou des reconstructions théoriques.

Au cours des années 1890, **Pavlov** (1848–1939), découvre qu'il est possible de conditionner un animal ; au cours de ses recherches, il remarque que les chiens ont tendance à saliver avant d'entrer réellement en contact avec la nourriture qui leur est présentée. Lors de ses expériences, il étudie donc plus précisément ce phénomène sur un chien, en utilisant divers stimuli sonores (sonnettes, sifflets...) ; tous les jours à la même heure, il sonne une cloche et donne à manger à l'animal en observant ses réactions.

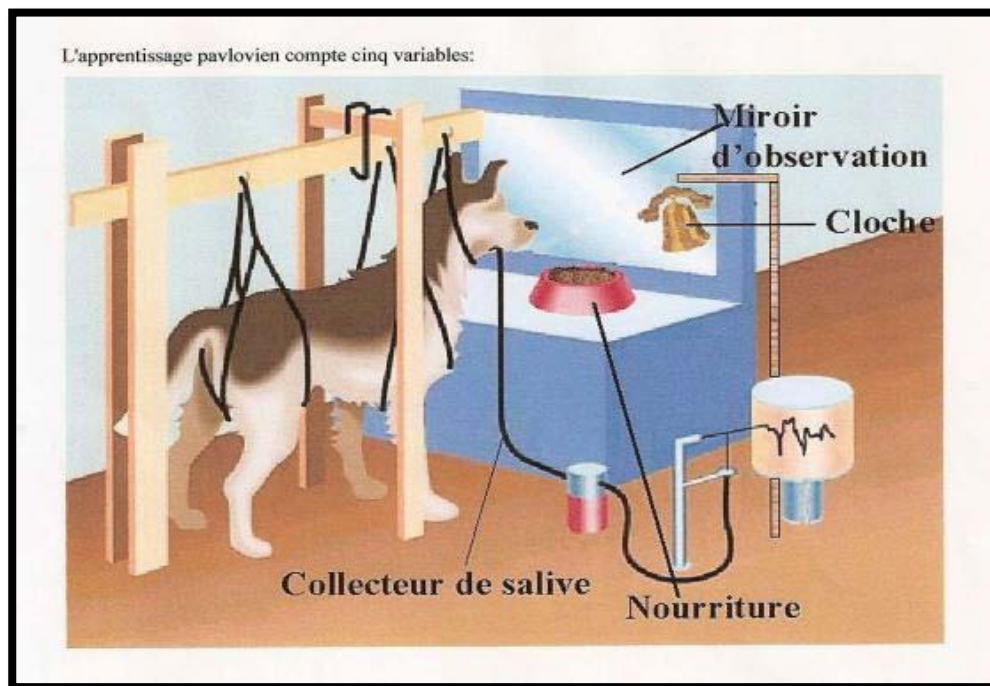


Figure 25 : L'apprentissage pavlovien [145]

D'après ses nombreuses expériences, il élabore une théorie, selon laquelle les réactions acquises par apprentissage et habitude deviennent des réflexes lorsque le cerveau fait les liens entre le stimulus et l'action qui suit cette même réponse s'appelle réponse conditionnelle.



Figure 26 : PAVLOV et son équipe [145]

Les travaux de **Skinner** psychologue américain (1904–1990) prolongent ceux de Pavlov et de Watson. Sa théorie du conditionnement opérant (Skinner) considère que les individus apprennent à répéter les comportements en sélectionnant puis en privilégiant ceux qui mènent à des conséquences désirables. Alors il développe un modèle de procédé expérimental appelé à connaître un grand succès et nommé « la boîte de Skinner ».

Skinner, de la première moitié du XXème siècle développe alors Il s'agit d'un dispositif qui va permettre d'étudier la manière dont un conditionnement peut être mis en place. Il est intéressant de noter qu'il s'agit d'un procédé qui a été peu à peu bricolé par Skinner pour finir par se construire comme un dispositif expérimental standardisé. Cela montre bien comment la science se construit aussi sur un travail d'essai/erreur très concret et pratique. [146]

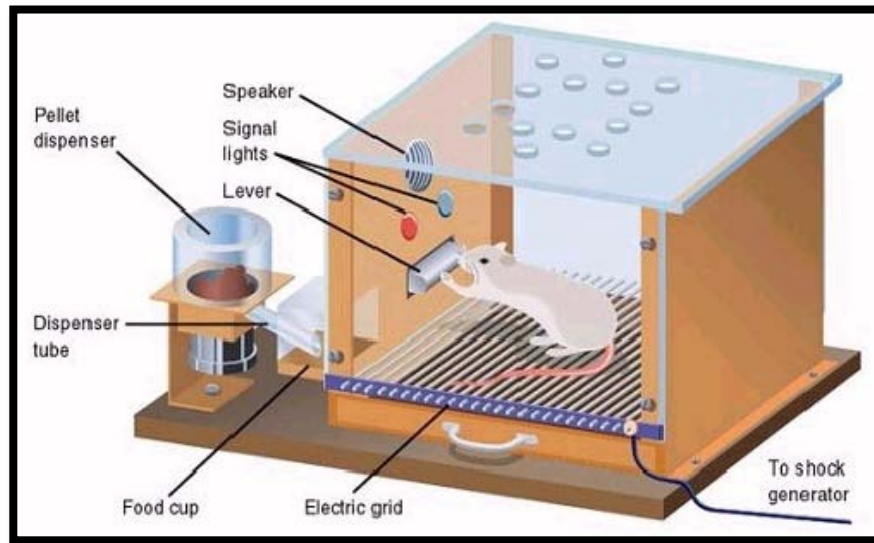


Figure 27 : BOITE DE SKINNER [146]

La théorie de l'apprentissage social de **Bandura** (1925 à aujourd'hui) postule que les individus se développent en apprenant les comportements observés dans l'environnement et en passant par une phase centrale qui est l'imitation comportementale.

Cet aspect ajoute donc un élément clef pour comprendre ce qui constitue les bases de l'apprentissage, l'imitation mais aussi, par conséquent, la question de l'intégration des écarts avec le modèle imité.

3.5 Théories maturationnistes [140]

Gesell (1880–1961) (psychologue et pédiatre américain), a postulé que le développement psychologique est, à l'image de développement physique, essentiellement affaire de maturation et d'actualisation du potentiel génétique de l'individu, en tant que membre d'une espèce spécifique donnée.

Dans cette approche théorique, la marge de variation par rapport au déroulement du programme génétique est très limitée. L'environnement n'intervient donc que modérément dans le déroulement des séquences développementales.

On doit à Gesell les premières descriptions des principales caractéristiques développementales prévisibles pour chaque âge et dans des domaines très variés. Il faut reconnaître à ces descriptions un grand intérêt en termes de succession de phases développementales, beaucoup plus qu'en terme de repères chronologiques fixe à considérés isolement les uns des autres.

3.6 Théories humanistes et transpersonnelles [147]

Selon **Maslow** (1908–1970) et **Rogers** (1902–1987), les individus cherchent à développer leur plein potentiel et expriment des besoins permanents d'auto actualisation ainsi que d'auto conservation. La satisfaction de ces besoins dépend de la santé de l'individu et l'accès à une existence pleine et heureuse.

L'enjeu développemental est donc de suivre un processus de développement qui est inhérent à l'existence humaine.

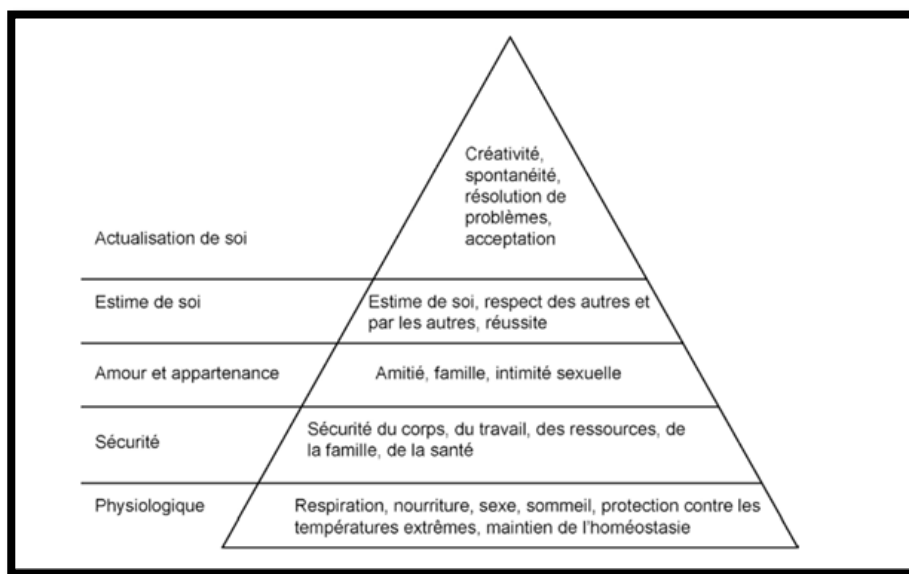


Figure 28 : Schéma adapté de la pyramide des besoins de Maslow [147]

3.7 Théories psycho-sociales [139]

L'approche de **Wallon** (psychologue, médecin et homme politique français) (1879–1962) fait écho à celle de Piaget mais dans une conception bien plus vaste :

il ne se limite pas à l'étude de la genèse de la cognition mais parvient à englober l'ensemble du développement de l'enfant dans une perspective intégrant à la fois les aspects cognitifs mais aussi les aspects affectifs et sociaux de la personnalité de l'enfant, qui selon Wallon, s'avèrent être indissociables.

Il considère en effet l'enfant comme un être social depuis sa naissance, un être "génétiquement social". Dans la conception de Wallon, l'environnement dans lequel se développe l'enfant permet d'actualiser les potentiels qui résident dans son programme génétique en lui apportant au fur et à mesure des occasions d'exercer ses nouvelles capacités.

4. Historique de la psychiatrie des enfants en Afrique [5]

Historiquement, les troubles psychiatriques des enfants et des adolescents ont été lents à être reconnus en Afrique, ceux d'enfants étant les derniers.

En règle générale, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'est développée en Afrique seulement dans la seconde moitié de 20ème siècle.

Quant à l'Afrique du Nord, jusqu'en l'an 2000, Les services étaient fournis par des psychiatres généraux s'intéressant à la pédopsychiatrie.

- **L'Egypte** développe une approche plus éclectique. Au cours de la dernière décennie, la situation a changé rapidement, avec une évolution vers une formation formelle en psychiatrie infantile et prestations de service.
- **La Tunisie** a développé la psychiatrie des enfants et des adolescents en tant que spécialité indépendante de la psychiatrie générale et forme trois à quatre nouveaux spécialistes par an.

- **Le Maroc** suit également cette stratégie. La pédopsychiatrie est une discipline récente au Maroc :
- La reconnaissance officielle de la pédopsychiatrie comme spécialité médicale à part entière a été faite le 03 juillet 2011.
- La consultation de pédopsychiatrie a été établie à l'hôpital d'enfant Abderrahim HARROUCHI en **2006**, sous la direction du Dr Sbihi Rajaa (pédopsychiatre).
- La Société Marocaine de Pédopsychiatrie et Professions Associées (**SMPPA**) est une société scientifique, née de la volonté de 6 pédopsychiatres et d'un pédiatre, de créer un lieu de rencontre et d'échange pour tous les professionnels concernés par la santé mentale du bébé, de l'enfant et de l'adolescent. Elle a vu le jour le **20 juin 2009** lors d'une assemblée constitutive tenue à l'Hôpital d'Enfants du CHU Ibn Rochd de Casablanca.
- Le premier centre de pédopsychiatrie a été inauguré par sa majesté le Roi Mohamed VI en **07 juillet 2010** L'Hôpital universitaire AR-RAZI de SALE (chef de service Pr Kissra hassan). Il est le fruit d'une collaboration étroite avec le centre hospitalier universitaire d'Amsterdam et ONG (Organisations Non Gouvernementales) hollandaise.
- L'inauguration du centre de pédopsychiatrie au centre hospitalier universitaire de Casablanca a été faite le **22 Décembre 2011** (chef de service Pr Benjelloun Ghizlane).
- La consultation de pédopsychiatrie à l'hôpital militaire de Marrakech a été mise en place par le Pr El Idrissi (pédopsychiatre) entre **2004 et 2014** au niveau du centre médicopsychologique du Menara à Marrakech (CMP), puis le (Pr ouriaghli) avait continué la consultation **jusqu'au 2016**. Depuis 2 ans cette consultation n'est plus fonctionnelle, vu l'absence de pédopsychiatre.

- Pour donner suite à la mise en place de cette consultation, le Pr Idrissi. M.A, a créé le réseau multidisciplinaire à Marrakech, regroupant toutes les intervenantes et tous les intervenants auprès de l'enfant et l'adolescent (pédopsychiatres, psychologues, pédiatres, neuropédiatres, psychomotriciens, orthophonistes, etc...)
- **La pédopsychiatrie au sein de l'hôpital Ibn Nafis Marrakech :**
 - La consultation de psychologie de l'enfant et de l'adolescent a été entamée en 1982 par la psychologue Mme Jacqueline El Faiz.
 - La consultation de pédopsychiatrie a été établie au sein du service de psychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech, sur deux périodes, sous la responsabilité du Chef de service (Pr Asri) :

Entre novembre 2012 et avril 2014, était menée par une résidente en 4^{ème} année de pédopsychiatrie (Dr Imane Oukhier), avec un rythme d'une consultation par semaine et une moyenne de quinze patients par semaine. [51]

Et entre janvier 2016 et décembre 2017, était menée par une résidente en fin de son cursus de pédopsychiatrie (Dr Abbassi Bouchra) et qui a eu son diplôme 6 mois après, et elle a continué à travailler au niveau de l'HIN pendant une année et demi, avant son affectation à la ville d'Elaayoune.

Cette dernière activité de pédopsychiatrie a été faite dans le cadre de l'unité de consultation de pédopsychiatrie, créée par le (Pr Asri Fatima) au niveau de l'hôpital Ibn Nafis, pour organiser ce travail autour de l'enfant et de l'adolescent.

Cette unité regroupait la Pédopsychiatre (Dr Abbassi Bouchra), deux infirmières et les deux psychologues (Jakline E.F et Hanae B.), qui travaillaient ensemble et en concertation avec le réseau multidisciplinaire.

Quand cette unité, a été créée, la demande de consultation a augmenté de façon importante. Les RDV pour une première consultation en pédopsychiatrie étaient fixés jusqu'à 6 mois, vu la difficulté de répondre à cette forte demande et vu les caractéristiques de ce type

de consultation qui demandent beaucoup de temps pour intervenir auprès de l'enfant et de l'adolescent ainsi que leurs familles.

Tableau IX planning des activités de pédopsychiatrie mené par Dr abbassi

Lundi	• Consultation petite enfance (0-6) (Nombre limite : 4 enfants) • Evaluations troubles du spectre autistique : passation de l'échelle Adi-R (2 enfants) (Annexe2 ;3)
Mardi	• Réunion de l'équipe enfance-adolescence • Cours de pédopsychiatrie • Ateliers
Mercredi	• Consultation de la grande enfance (6-12) (45min pour chaque patient) (nombre limite : 6 patients)
Jeudi	• Consultation de l'adolescence (6-12) (45min pour chaque patient) (Nombre limite : 6 patients)
Vendredi	• Activités de pédopsychiatrie de liaison (nombre limite : 6 patients suivis plus les avis)

5. ROLE DU PEDOPSYCHIATRE [7]

Le pédopsychiatre est un spécialiste des troubles mentaux qui touchent les enfants et adolescents. Il s'adresse au trio, enfant, parents et thérapeute. Son rôle est à la fois diagnostique, curatif, préventif et éducatif.

➤ Rôle diagnostique

Il doit pouvoir apprécier les caractéristiques de son développement psychique et les représentations qu'en à son entourage. Par l'étude sémiologique mais aussi par la relation elle-même au cours de l'entretien.

➤ **Rôle curatif**

- Il doit pouvoir aider la famille à accompagner l'évolution de son enfant, créer puis maintenir une certaine alliance thérapeutique avec cette famille, indispensable pour la poursuite des soins à l'enfant.
- Le pédopsychiatre peut aussi prescrire un traitement chimiothérapique et orienter, si besoin, l'enfant vers des structures spécialisées.
- C'est le pédopsychiatre qui articule les différentes interventions auprès de l'enfant afin de donner une cohérence à l'ensemble des prises en charges [6...].

➤ **Rôle préventif et éducatif**

- Il doit savoir comment prévenir les souffrances liées à des questions socio-familiales ou scolaires.
- Il doit pouvoir donner les conseils aux familles démunies face à un problème ponctuel.
- Il peut être amené parfois à effectuer un signalement en vue de mesures éducatives ou judiciaires.

6. Rôle des autres intervenants :

6.1 Psychologue

Le psychologue est appelé à faire éventuellement un bilan psychologique en complément des entretiens avec le pédopsychiatre.

La fonction d'un psychologue est d'aider l'enfant et l'adolescent à résoudre des problèmes, à développer des habiletés d'adaptation saines et à développer sa valeur personnelle.

Quant au bilan psychologique, un véritable travail psychodynamique est composé de plusieurs phases prédéfinies permettant de recueillir tout un ensemble de données et d'informations utiles au diagnostic dans des domaines aussi variés et complémentaires que les sphères affectives, émotionnelles, cognitives et intellectuelles d'un sujet donné. [56,57]

Le bilan psychologique se décompose en plusieurs phases :

- b. L'entretien préliminaire
- c. La passation de tests spécifiques
- d. Le dépouillement, l'analyse et l'interprétation des résultats
- e. L'entretien de restitution

6.2 Rôle de l'orthophoniste

L'orthophoniste est amené à recevoir des enfants et adolescents, présentant des pathologies du langage et de la communication très diverses dans leurs symptômes et dans leur gravité.

Le bilan débute par un entretien qui donne toute sa place à l'écoute de l'enfant, de ses parents et des raisons de leur présence.

Lors du bilan, l'orthophoniste choisit des épreuves de tests de langage existant, lui permettant de préciser la description des aspects formels du langage de l'enfant qu'il reçoit, il s'agit avant tout d'une rencontre de laquelle va pouvoir émerger ou pas une alliance thérapeutique. [56]

6.3 Le rôle du psychomotricien [73,74]

A travers le bilan psychomoteur initial, le psychomotricien va observer et évaluer, avec des tests standardisés et des mises en situation, la personne dans sa globalité. Il va s'intéresser à tous les items du développement psychomoteur, afin de connaître ses difficultés et ses compétences et d'établir un projet thérapeutique personnalisé.



6.4 Les autres intervenants

a) **Éducateur de jeunes enfants**

Dans le service de pédopsychiatrie, il participe au développement global et harmonieux des jeunes enfants, en stimulant leurs capacités intellectuelles, affectives, artistiques. En créant un environnement riche et stimulant, il contribue à leur éveil, leur autonomisation et leurs apprentissages.

b) **Infirmier**

Il travaille en équipe et avec les autres partenaires, il participe à l'évaluation de l'état de santé de l'enfant et l'adolescent, définit un projet de soins, assure les soins somatiques, l'administration des traitements prescrits par le pédopsychiatre et l'accompagnement quotidien de la personne, en vue de son rétablissement. Il mène des entretiens d'accueil, d'orientation et d'aide, veille à l'observance des traitements et participe à l'information des patients sur la pathologie et les traitements.

c) Auxiliaire de vie scolaire (AVS)

Il accompagne les élèves en situation de handicap en conformité avec le projet personnalisé de scolarisation.

Ainsi il permet à l'élève de renforcer (ou d'acquérir) son autonomie dans les apprentissages à l'école, d'accéder à l'école et aux savoirs, de participer aux activités de la classe et de l'établissement.

II. Discussion des résultats

1. Le profil sociodémographique des enfants et adolescents

1.1 Age

L'âge moyen des enfants de notre échantillon était de 8,8 ans. Nos résultats sont comparés à ceux des études [14,18,19,20,22,24] comme le montre le tableau suivant :

Tableau X âge moyen de la consultation

Étude	pays	population	Age moyen de la consultation
M. Wiss a, en 2004	France	N=215	11 ans
Guillaume Bronsard en 2011	France	N=183	15,3 ans +/- 1,4
Hanan Hussein en 2012	Egypte	N=123	8,1 ans +/- 3,2
F. Charfi en 2014	Tunisie	N=583	8,1 ans +/- 4,1
Marcia Adriaanse en 2015	Nederland	N=152	13,6 ans ± 1,9
Anthony A. Olashore en 2017	Botswana	N=238	12,41 ans +/- 4,1
I. Oukheir, en 2013	Marrakech	N = non mentionné	9,3 ans
Notre étude 2016	Marrakech	N=120	8,8 ans + /- 5,3

Ceci témoigne d'une absence ou d'un retard au niveau du dépistage, les résultats peuvent révéler que :

- Les familles ont tendance à accepter le problème psychiatrique de l'enfant tandis qu'il est confiné dans la famille.
- Le refus qui s'est développé jusqu'à ce que l'enfant ait fait face à des défis externes à l'école.
- La stigmatisation combinée à la maladie mentale et les idées fausses sur les médicaments psychotropes sont aussi des explications possibles.

- Cette constatation peut refléter le faible statut socio-économique de notre échantillon ; (77,5%) appartenaient à une classe sociale basse, comme c'est le cas pour autres études [19, 20, 22, 43, 44,51]

Aux Émirats arabes unis, où les principales raisons de ne pas demander de consultation étaient la réticence à reconnaître qu'un membre de la famille souffre de maladie mentale et de stigmatisation et le scepticisme quant à l'utilité des services de santé mentale (21).

En outre, les guérisseurs traditionnels et religieux et la médecine informelle, cette pratique multiculturelle reste très vivante au Maroc, la famille des enfants et adolescents peuvent consulter un tradipraticien avant ou après avoir consulté un professionnel de la santé. Comme c'est le cas pour autres études [19,29]

1.2 Sexe

Dans notre série, nous avons rapporté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,1. Cette prédominance est retrouvée chez quelque études dans la littérature [14,19,20,24] et d'autres montre une prédominance féminine [18,22]. Les résultats sont comme suit :

Tableau XI sexe de l'enfant

Étude	pays	Sexe masculin	Sexe féminin
M. Wiss a en 2004	France	33,4%	66,6%
Guillaume Bronsard en 2011	France	58%	42%
Hanan Hussein en 2012	Egypte	59%	41%
F. Charfi en 2014	Tunisie	66,6%	33,4%
Marcia Adriaanse en 2015	Nederland	49,3%	50,7%
Anthony A. Olashore en 2017	Botswana	60,5%	39,5%
Notre étude en 2016	Marrakech	67,5%	32,5%

On peut déduire que la différence du rythme de croissance, la pression culturelle élevée qui interagit avec une fragilité psycho biologique, pendant l'enfance, plus fréquents chez les garçons que chez les filles [27 ,28]

1.3 Statut matrimonial

« 60% des enfants de parents divorcés ont besoin de se soumettre à un certain traitement psychologique. » Les enfants de parents divorcés sont plus perturbés et plus agressifs que les autres enfants. [30,31]

Dans notre échantillon le divorce était prononcé chez un divers nombre de patients :
Divorce des parents (17 cas).

2. Motifs de consultation

Le motif principal de demande de consultations est « trouble du comportement » représentait 30,8% des cas dans notre échantillon. Les problèmes de comportements étaient déclarés comme les symptômes les plus pénibles. Cette constatation montre le fait que, peu importe la nature du trouble mental de l'enfant, c'est le comportement dérangeant de l'enfant qui pousse la famille et l'entourage à se faire soigner.

Nous pouvons formuler des hypothèses pour tenter d'expliquer cette situation. En ce qui concerne le milieu scolaire il y aurait une plus grande « intolérance » à l'égard des troubles du comportement c'est le cas pour autres études [37].

3. Antécédents personnels et familiaux

3.1 Rendement scolaire des enfants et des adolescents

Les troubles mentaux peuvent influencer les performances de l'enfant en ce sens qu'ils peuvent le handicaper dans ses apprentissages parce qu'il est trop agité ou trop anxieux pour se concentrer ou encore trop déprimé pour investir son travail. Dans notre échantillon nous avons trouvé (36,7%) des cas des difficultés scolaires [46,50].

3.2 Antécédents familiaux

Dans notre étude, les antécédents familiaux sont représentés dans (35,8%), dont (5,8%) des cas présentaient une dépression ou anxiété, (5%) de psychose ou retard mental, (14,2%) de violence conjugale, et (5%) de consanguinité.

Donc la question qui se pose « Quel est le rôle de l'environnement familial dans le développement normal et pathologique de l'enfant ? »

Les caractéristiques de la famille et des parents, y compris l'éducation des parents, la classe sociale, l'emploi, les antécédents psychiatriques et médicaux et la fonction familiale développent des facteurs de risque cohérents et puissants pour le développement des troubles mentaux chez les enfants. [39 40 41 42]

Comme il est reconnu que les enfants, de parents présentant des troubles psychiatriques font partie d'une population à risque psychiatrique (Cooper et Murray 1998).

En effet, une pathologie mentale parentale peut avoir une influence sur le développement psychoaffectif de l'enfant par : [48,49,53]

- Des effets directs de la pathologie présentés chez l'un des parents ou même parfois les deux, sur l'enfant : carences en affection, maltraitances,

- Séparations temporaires ou définitives de la mère, des parents, voire de la globalité de la famille.
- Conflits et violence conjugal et par conséquent se sont des facteurs de risques importants qui viennent perturber la mise en place dans la prime enfance d'une régulation émotionnelle souple [45]

4. Les données cliniques

L'enfant et l'adolescent ont été accompagnés par leurs mères dans la pluralité des cas 70,8%, éventuellement, des recherches antérieures ont révélé la même chose [18,19],

Néanmoins, 19,2% des cas ont été accompagnés par les deux parents, ceci confirme le rôle central de la famille. La famille nucléaire est le modèle de famille le plus présent de nos jours, nous constatons que ce schéma de vie est plus fréquent dans notre société.

La demande de consultation venait principalement dans (39,2%) d'un pédiatre et neuropédiatre, dans (34,2%) des cas d'un médecin généraliste, et rarement des parents (0,8 % des cas).

En effet, Le médecin généraliste et pédiatre ont une place primordiale et performante pour le repérage des troubles du développement de l'enfant [32, 33 ,34]. Ils peuvent repérer des troubles de la santé mentale de l'enfant ou des risques psychosociaux qui n'auraient pas être forcément décelés par la famille ou autre structure tel que l'école ou l'entourage.

Tableau XII Origines de demande

	Médecin généraliste	pédiatre	famille
F. Charfi en 2014, Tunisie [14]	(20%)	(50%)	–
Hanane Hussein en 2012, Egypte [19]	(2 %)	(21 %)	(30 %)
Le Galudec Mau CHU à Brest [35]	(29 %)	–	(42 %)
Notre étude en 2016	(34,2%)	(39,2%)	(0,8 %)

Dans l'étude tunisienne la demande venait dans (50%) des cas d'un médecin spécialiste (essentiellement de neurologues, pédiatres et psychiatres d'adulte), et dans (20%) des cas d'un médecin généraliste [14], dans l'étude égyptienne, la demande émanait surtout des parents (30 %) et des pédiatres (21 %) rarement des médecins généralistes dans seulement 2 % des cas [19].

Un travail réalisé au CHU à Brest, a révélé que les demandes de consultation venaient essentiellement des familles dans 42 % des cas, et des médecins généralistes dans 29 % des cas. [35]

5. Les caractéristiques des pathologies les plus fréquentes et leur prise en charge :

Le premier élément de la prise en charge, qui peut être initié par le pédopsychiatre, concerne l'information de la famille de l'enfant et l'adolescent, adaptée à l'âge développemental du patient.

Cette première étape est essentielle pour permettre à l'enfant et à ses parents de comprendre le trouble, afin de favoriser leur implication et leur adhésion aux traitements proposés. Ce qui permet au pédopsychiatre de :

- Répondre aux questions de la famille et prendre en considération leurs doutes et leurs interrogations.
- Recueillir leurs perceptions et leurs craintes ;
- Expliquer les différentes modalités thérapeutiques possibles afin que la famille dispose de temps pour y réfléchir et soit ensuite impliquée dans la prise en charge.
- Réfléchir avec la famille à des stratégies pouvant être mises en place afin d'anticiper d'éventuels changements importants dans la vie de l'enfant et l'adolescent.

Par ailleurs, Les données de la littérature sont encore une fois très hétérogènes sur les taux de diagnostics et certaines parlent indifféremment de diagnostic en pédopsychiatrie. [96,97,98]

On constate tout de même que les quatre diagnostics principaux de notre étude (troubles du spectre autistique, trouble du déficit de l'attention et l'hyperactivité, troubles de l'humeur et trouble anxieux) sont aussi les plus fréquemment retrouvés dans les autres études, seul leur ordre diffère. Comme le montre plusieurs études en littérature [20,25,26 ,36].

5.1 troubles du spectre autistique

a) Terminologie et classification nosologique

Depuis mai 2013, le trouble du spectre de l'autisme (TSA) regroupe les conditions qui étaient connues sous les noms d 'autisme infantile, Syndrome d'Asperger, TED non spécifié. La 5ème édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) redéfinit en effet ce que l'on nommait auparavant les « troubles envahissants du développement » en les remplaçant par le terme « trouble du spectre de l'autisme » [76]

Tableau XIII correspondance entre les classifications [89 ;90 ;91 ;92]

CIM-10	DSM IV	DSM V	CFTMEA-R
-Autisme infantile	-Trouble autistique		-Autisme infantile précoce – – type Kanner
-Syndrome d'Asperger	-Syndrome d'Asperger		-Syndrome d'Asperger
- Autisme atypique - Autres TED	-Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique)		- Autres formes de l'autisme – Psychose précoce déficitaire. - Retard mental avec troubles – autistiques ou psychotiques - Autres psychoses précoces où - Autres TED - Dysharmonies psychotiques
-Syndrome de Rett	-Syndrome de Rett		-Troubles désintégratifs de – l'enfance.
-Autre trouble désintégratif de l'enfance	-Trouble désintégratif de l'enfance		
- Hyperactivité associée à un retard mental Et à des - Mouvements stéréotypés			

Le noyau sémiologique des TSA est représenté par une « triade de déficiences sociales » [77] :

- Déficience qualitative des interactions sociales réciproques
- Déficience de la communication verbale et non verbale
- Déficience des activités imaginatives

b) Prévalence

Par ailleurs, Le trouble autistique était le plus représentatif comme diagnostic dans notre série, sa prévalence était estimée selon les études publiées comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau XIV prévalences du TSA

Etude	Pays	N	Prévalence
Staller, 2006 [78]	États-Unis	1292	6%
Hussein et al., 2012 [19]	Egypte	123	17%
F. Charfi [14]	Tunisie	583	18%
Notre étude 2016	Marrakech	120	24,2%

L'augmentation de la prévalence des troubles autistique s'expliquerait en partie par : [79,80,81]

- L'élargissement des critères diagnostiques.
- L'amélioration du repérage par les professionnels dans la population générale.
- Le développement de services spécialisés permettant le diagnostic précoce du trouble.

c) TSA et sommeil

Quant aux troubles du sommeil sont des troubles très fréquents chez les enfants ayant un TSA. Une étude a démontré que les deux tiers des sujets atteints de TSA ont eu des troubles du sommeil durant leur enfance [87 ,88]. La prévalence des troubles du sommeil dans notre série était de 27,6%.

d) TSA selon le sexe

Cependant, l'autisme est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, ce qui montre les résultats trouvés dans la littérature [82,83,84].

En outre, une étude a été faite à Marrakech en 2014 [85] avait montré la même chose.

La population de notre série est caractérisée par une nette prédominance masculine (79,3%) N=29 cas

e) TSA et niveau socio-économique

L'autisme survient dans toutes les classes sociales, selon les études épidémiologiques [86]. En ce qui concerne les patients de notre série, on a trouvé que 75,9% des cas avaient des parents avec un revenu mensuel bas.

On peut déduire que, l'offre de soin pédopsychiatrique au sein de l'hôpital ibn Nafis Marrakech donne une opportunité aux parents dont leur situation socio-économique est défavorable, de prendre en charge leurs enfants et adolescents.

f) TSA et évolution

En termes d'évolution et d'adaptation sociale les études ont montré que [93,94] :

- ✓ 20% des enfants autistes mènent une vie sociale proche de la normale.
- ✓ 15 à 30% des enfants autistes présentent une adaptation moyenne, autonomie personnelle, travail dans un cadre protégé.

- ✓ 40 à 60% : des enfants autistes sont limités dans la vie sociale, incapacités de degrés variables pour autonomie personnelle.

Quant à notre étude (n=29), on a trouvé dans 69% des cas sont améliorés et pas d'amélioration chez 31% des cas.

5.2 déficit de l'attention et l'hyperactivité (TDA/H) :

a) Nomenclature et classification nosologique

La dénomination de ce trouble a évolué au cours des années. Autrefois appelé instabilité ou encore syndrome hyperkinétique, nous parlons aujourd'hui de "Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité" (TDAH). Ce terme nécessite d'être analysé de plus près. [100]

Au niveau international, deux nomenclatures de critères diagnostiques sont actuellement utilisées de façon courante : les critères DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA) (annexe 4) qui définissent le TDAH, et les critères de la CIM-10 (International Classification of Diseases, OMS) (annexe 5) aboutissant au diagnostic de trouble hyperkinétique.

La DSM-5 adopte l'expression « déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) » qui est définie comme un trouble comportemental d'origine neurobiologique comportant des problèmes de concentration associés à l'impulsivité et une hyperactivité psychomotrice. Il existe trois types de TDAH : avec prédominance « déficit attentionnel », avec prédominance « hyperactivité / impulsivité » ou de type mixte (hyperactivité et / ou impulsivité et troubles attentionnels associés)

Le niveau d'atteinte tient une place importante dans le diagnostic : les troubles doivent être présents dans plusieurs domaines de la vie du patient (scolarité, activités sociales, domicile, relations familiales et sociales etc.) et le patient doit rapporter un retentissement important pour chacun des domaines concernés. [102,103,104]

b) Prévalence

Plusieurs études épidémiologiques ont été menées à travers le monde pour déterminer la fréquence du trouble au sein d'une population. Mais les résultats varient d'une étude à l'autre. Selon le DSM-5 le taux de prévalence mondial des TDAH est de l'ordre de 5,29 %. [95]

En terre marocaine, il n'existe pas de statistiques relatives à la prévalence du TDAH. Mais selon l'Association marocaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SMPPA), « les pédopsychiatres marocains reçoivent de plus en plus d'enfants en souffrance, qui sont soit adressés par les établissements scolaires pour des troubles des apprentissages, soit amenés par leurs familles en raison de troubles du comportement qui nuisent à leur adaptation sociale ». Et ces troubles sont représentés particulièrement par le TDAH.

En ce qui concerne notre échantillon la prévalence est de 18,3% des cas ont le TDAH, par ailleurs les résultats des autres Eudes sont comme suit :

Tableau XV tableau représentatif des données épidémiologiques [95]

Pays	Prévalence (%)	Population	Méthode	Réf. Biblio.
Royaume-Uni	1% à 2%, 3 à 9%		Critères CIM-10 / critères DSM IV	NICE, 2008 [110]
USA	7% à 10%	De 2800 à 6000 enfants scolarisés	Recensement des diagnostics Interrogation (Bases de données médicales, et/ou questionnaires remis aux parents)	ACAAP, 2007 [106]
Europe	3% à 5%		<i>Critères DSM IV</i>	European Guidelines, 2004 [112]
Finlande	6.6%	Enfants recrutés sur registres scolaires	<i>Screening avec Rutter scale puis entretien avec enfant et adultes</i>	Puura <i>et al.</i> 1998 [108]
Allemagne	10,9%	5 écoles rurales, 5 urbaines (1077 enfants)	DISC-C et critères DSM III	Baumgaertel <i>et al.</i> 1995 [109]
Italie	3,9%	9 écoles 4th grade (enfants de 9-10 ans)	<i>Teacher scale</i> , critères DSM III-R	Gallucci <i>et al.</i> , 1993 [111]

c) TDAH selon le sexe

En revanche, La prévalence accrue du TDA/H chez les garçons a été bien établie en population générale. [59, 60, 63,101]

Le taux de TDA/H dans les enquêtes récentes montre systématiquement une prépondérance masculine du TDA/H comme suit :

Tableau XVI TDAH selon le sexe

Etudes	Garçons %	Filles %
Froehlich TE. 2007[65]	11,8%	5,4%
Canino G 2004[67]	2,0%	0,5%
Ford T., 2003[64]	3,62%	0,85%
Costello E., 2003[66]	1,5%	0,3%
Notre étude 2016	12,5%	5,4%

Dans notre étude, on a trouvé une corrélation très significative entre le TDAH et le sexe ($p=0,00$)

d) TDAH selon l'âge

Selon une étude faite en France (Lecendreux, 2011), le TDAH concerne de 3,5 à 5,6% des enfants d'âge scolaire soit des enfants de 6-12 ans en France (Lecendreux, 2011) [105], en ce qui concerne notre étude on a trouvé 10% des cas avaient de 5-12 ans.

A cet âge l'échec social et le rejet s'inscrivent non seulement dans la compétition scolaire, mais dans les activités sociales, sportives, ludiques et familiales au cours desquelles l'enfant peut se sentir laissé à l'écart, mal toléré, voire rejeté. Cela peut être un argument pour lequel une prise en charge sera demandée auprès du pédopsychiatre.

e) Prise en charge multimodale :

Elle signifie qu'il faudra allier plusieurs prises en charge pour aider l'enfant à compenser ses difficultés. Elle se compose souvent de :

- Un traitement médicamenteux par Méthylphénidate qui a l'indication dans ce trouble si nécessaire.
- Rééducations (orthophonie, psychomotricité, remédiation cognitive)
- Psychothérapies (Thérapies comportementales et cognitives, des thérapies individuelles ou de groupes s'adressant ou à l'enfant ou à la famille)
- La psychoéducation des parents et/ou des patients
- Des aménagements scolaires en classe

En France, les thérapies psychoéducatives représentent le premier volet de prise en charge du TDAH, contrairement aux pays anglo-saxons où la prise en charge médicamenteuse arrive plus précocement dans le schéma thérapeutique.

Notons également que le site du Vidal Reco précise, qu'avant l'âge de 6 ans, les thérapies représentent la seule prise en charge autorisée. Elles peuvent éventuellement être accompagnées de rééducation psychomotricienne ou orthophonique en fonction des comorbidités présentes. [113]

5.3 trouble dépressif

a) Définition et classification

La dépression est un trouble épisodique, récurrent dans le DSM-IV-TR, l'épisode dépressif majeur (EDM) était défini par la persistance de cinq symptômes au moins pendant deux semaines et marquant une rupture avec l'état antérieur, par :

- un sentiment permanent et envahissant de tristesse,
- une perte de plaisir pour les activités quotidiennes,
- une irritabilité et une association à certains symptômes tels que des pensées négatives,
- une perte d'énergie, des difficultés de concentration,
- des troubles du sommeil et de l'appétit.

Les manifestations varient en fonction de l'âge, du sexe, de l'éducation et du milieu socioculturel. [127] L'ensemble des études s'accordait sur le diagnostic de dépression selon les critères du DSM-IV-TR ou de la CIM-10 de l'OMS.

b) Prévalence

Les revues des études précédentes montrent une estimation de la prévalence entre 0,2% à 17% pour la dépression majeure [116], ces chiffres demandent néanmoins à être pondérés car ils varient selon les études :

Tableau XVII prévalences trouble dépressif

Etudes	Prévalence
l'AACAP en 2005 [117]	2 et 4 %
Costello et al. En 2006 [118]	2,8 et 5,6 %
Merikangas et al. En 2010 [119]	3,7 %
Chan Chee et al. En 2012 [120]	9,6%
Notre étude en 2016	13,3%

En outre, la dépression de l'enfant et de l'adolescent est trop souvent sous-diagnostiquée compte tenu de la symptomatologie intermittente et variée sur un mode externalisé où l'irritabilité et la colère prennent le pas sur le sentiment dépressif.

La différence de prévalence entre les études peut être expliquée en raison de sa présentation clinique variée et hétérogène qui rend le diagnostic complexe. Le polymorphisme de la symptomatologie la rend différente de celle de l'adulte à bien des égards [121,122].

c) facteurs socio psychologiques

Patten et coll. (1997) [125] considèrent que la dépression de l'enfant serait due non pas à l'absence d'un ou des deux parents, mais au manque d'un confident.

Les adolescents vivant soit avec leurs deux parents, soit avec l'un des deux, soit avec des parents de substitution, montre que, quelle que soit la structure familiale, ils souffrent de dépression et ont souvent une carence de confident adulte. [124]

D'autres facteurs psychosociaux comme la maltraitance, les conflits intrafamiliaux, le harcèlement à l'école sont des facteurs de risques importants pour la dépression [126]

d) Prise en charge

La prise en charge psychothérapeutique est indispensable et comporte des approches individuelles et familiales. Le traitement médicamenteux par antidépresseur n'aura sa place qu'en cas de symptomatologie intense et sévère, et après avis auprès du pédopsychiatre.

Pour cela la prise en charge d'une dépression chez un enfant ou adolescent diffère de chaque cas, donc en cas de : [127]

- ✓ Episode léger : thérapie de soutien ou traitement psychosocial, si possible. S'il n'y a pas de réponse après 4 à 6 semaines : TCC (La thérapie cognitivo- comportementale), TIP (Thérapie interpersonnelle) ou traitement médicamenteux (annexe6)
- ✓ Episode de sévérité moyenne : thérapie de soutien ou traitement psychosocial (TIP, TCC), si possible. Dans certains cas, traitement médicamenteux (par ex. en fonction de la préférence du patient, pas de traitement psychosocial). Les traitements médicamenteux peuvent être utilisés aussi si le patient n'est pas amélioré après 4 à 6 semaines de thérapie de soutien ou de traitement psychosocial.
- ✓ Episode sévère : traitement psychosocial et traitement antidépresseur.
- ✓ Dépression psychotique : comme pour la dépression sévère mais en ajoutant un antipsychotique de deuxième génération.

Tableau XVIII représentation de l'efficacité des thérapies psychosociales pour la dépression

[127]

Résumé des preuves de l'efficacité des thérapies psychosociales pour la dépression unipolaire.	
Traitement	Commentaires
Thérapie cognitive comportementale (TCC)	- Certaines études prouvent que la TCC individuelle (8 à 16 séances hebdomadaires d'une heure) est efficace à court terme. - Les différences entre la TCC et les traitements médicamenteux disparaissent habituellement après 12 mois.
Thérapie interpersonnelle (TIP)	Il est prouvé que la thérapie interpersonnelle est efficace à court terme.
Psychothérapie psychodynamique (psychanalytique)	- Très peu d'études mais quelques-unes montreraient que cela pourrait être efficace. - Requiert une plus longue durée de traitement (ex. 1 an)
Thérapies familiales	- Plus efficaces que l'absence de traitement. Il n'est pas clair qu'elles puissent être plus efficaces d'autres traitements. - Pourrait être particulièrement utile en cas de conflit familial ou de dysfonctionnement familial.
Thérapies de groupes (la plupart du temps fondées sur les TCC)	- Les preuves sont limitées et les résultats contradictoires. - La plupart du temps utilisée comme intervention préventive chez les individus à risque.
auto-thérapies (relaxation, prospectus éducatifs ou livres, groupes de soutien)	- Les données sont limitées et les résultats contradictoires. - L'intérêt est grandissant concernant les auto-thérapies délivrées sur internet basées sur les TCC mais peu de preuves de leur efficacité existent jusqu'à présent. - La psychoéducation fait habituellement partie intégrante du traitement clinique.

5.4 Troubles anxieux

a) Définition et classification

L'anxiété peut être décrite comme une manifestation complexe qui implique un système de réponses cognitives, affectives, physiologiques et comportementales face à une menace anticipée (American Psychiatric Association, 2013)[148]

b) Prévalence

les troubles anxieux sont également très répandus dans la population générale leur prévalence varie selon les études suivantes, avec un éventail d'estimations extrêmement large de 2% à 24% [156]

Tableau XIX prévalences des troubles anxieux

auteurs	prévalences
Canino et al, 2004[154]	7,9% à 11
Costello EJ, 2005 [155]	8 à 30%
Rappe et al, 2009[156]	5%
Notre étude, 2016	12,7%

c) sexe

De façon générale, les filles ont tendance à être plus anxieuses que les garçons de leur âge et ce, surtout à partir de l'adolescence. D'ailleurs, une étude de Castello et ses collaborateurs (2003) révèle que le pourcentage cumulé de nouveaux cas de troubles anxieux atteint 12,1 % chez les filles et 7,7 % chez les garçons à l'âge de 16 ans. [151] de même pour notre étude une prédominance féminine est remarquable.

d) Facteurs favorisants

De manière intéressante, l'anxiété chez l'enfant est très peu influencée par des marqueurs démographiques. Il existe des preuves qu'un faible niveau socioéconomique pourrait être un facteur de risque d'anxiété, mais les résultats sont imprécis et le degré de risque est faible. De même, certaines études ont pointé le fait que les enfants atteints en particulier de phobie sociale seraient plus souvent des aînés, mais d'autres études ont échoué à confirmer ces observations. La plupart des autres caractéristiques démographiques ne s'est pas révélée pertinente pour prédire l'anxiété. Ainsi les enfants anxieux ne sont pas caractérisés par la taille de la famille, le statut marital parental, le niveau d'éducation ou d'intelligence [149,150]

Cependant dans notre étude il n'y a pas une corrélation significative entre trouble anxieux et niveau socio-économique ($p > 0,05$). (tableau 6)

e) Prise en charge

La psychothérapie est le traitement de première intention selon les recommandations de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) [152]. La pharmacothérapie peut être utilisée en complément dans les cas sévères ou en cas d'échec de la psychothérapie isolée.

Kendall a été le premier à proposer à des enfants un programme de TCC standardisé et 64 % d'entre eux ne répondaient plus à la fin du programme aux critères diagnostiques initiaux avec un maintien du bénéfice à long terme [153].

Dans notre étude, il y a une corrélation significative de l'amélioration du trouble anxieux sous la psychothérapie ($p=0,01$).

6. La prescription en pédopsychiatrie [128]

En pédopsychiatrie, l'utilisation de médicaments n'est pas fréquente, surtout chez les patients les plus jeunes, pour deux raisons principales prééminence de l'approche relationnelle et insuffisance des études testant le médicament chez les enfants.

Particularités de la prescription médicamenteuse chez les enfants et les adolescents :

- risque accru de pharmacodépendance au cours de l'adolescence
- différences de pharmacocinétique : absorption digestive parfois plus rapide, clairance des médicaments souvent plus élevée (masse hépatique plus élevée par rapport au poids corporel), moins de liaison aux protéines plasmatiques, barrière hémato-encéphalique plus perméable
- risque d'effets paradoxaux (surtout avec les benzodiazépines)

Les psychotropes disposant d'une AMM en psychiatrie infanto-juvénile restent encore très limités et correspondent, à l'exception du méthylphénidate, de la sertraline et de la

rispéridone, à d'anciennes molécules (amitriptyline, benzodiazépines et certains neuroleptiques classiques...). La plupart des psychotropes sont déconseillés ou contre-indiqués avant l'âge de 15 ans ou 18 ans.

Cependant, La prescription doit suivre des principes généraux de bonnes pratiques incluant une surveillance psychologique et somatique étroite associant le jeune patient et son entourage. Un certain nombre d'essais ont été cependant menés sur des classes pharmacologiques innovantes telles que les ISRS (dépression, troubles anxieux...) ou les antipsychotiques atypiques (autisme ou troubles apparentés, tics, épisodes psychotiques précoces...) mais ceux-ci n'ont généralement pas encore abouti à des extensions d'AMM, malgré une prescription de plus en plus fréquente en pratique clinique.



Limites



Il existe plusieurs limites à notre étude.

La première limite est liée à la nature rétrospective du travail. Cependant les effectifs sont faibles pour interpréter certaines variables et le recueil des informations est parfois incomplet. Nous n'avons donc pas pu exploiter toutes les données recueillies.

La deuxième limite est liée à la restriction de l'étude à la consultation de pédopsychiatrie à l'hôpital ibn Nafis Marrakech. Ainsi, elle n'a pas intéressé le service de pédopsychiatrie des autres CHU du pays de pédopsychiatrie, empêchant ainsi la généralisation des résultats.

De plus, par manque d'étude similaire à notre sujet rend l'évaluation et la comparaison des données de la littérature compliqué.



Perspectives



Projet de construction d'un centre universitaire de pédopsychiatrie à l'hôpital ibn Nafis est inscrit dans le projet d'établissement du CHU Mohammed VI, depuis 2013 ; Déjà le terrain, au niveau de l'hôpital IBN Nafis est préparé pour accueillir cette unité.

- Ce centre assurera la triple mission de soins, de formation et de recherche dans cette discipline médicale :

1. Les 3 missions

- a) Nécessité d'avoir un centre spécialisé qui devrait s'occuper des patients de la période fœtal a l'adolescence et qui présentent : (des troubles mentaux, émotionnels, comportementaux, développementaux, detrouble d'apprentissage, de déficits intellectuels, de handicaps et autres) ;venant de la région Marrakech Safi et tout le sud du Maroc, region qui souffre de ce manque.
- b) Formation des pédopsychiatres qui doivent avoir des compétences théoriques et pratiques grâce à :
 - L'acquisition et le renforcement des compétences diagnostique dans un service de soins spécialisé recevant des enfants et des adolescents atteints de trouble psychiatrique.
 - L'acquisition d'une expertise de diagnostic et de prise en charge aux urgences pédopsychiatriques.
 - La connaissance des principales données épidémiologiques des psychopathologie des enfants et des adolescents.
 - L'acquisition en profondeur les différentes théories du développement de l'enfant sur le plan psychodynamique cognitif et neurosciences.
 - L'établissement d'une alliance avec les jeunes et leurs parents.
 - L'acquisition et l'utilisation des différents formes de psychothérapies.

- L'intégration des approches pharmacologiques et de la psychoéducation.
 - La connaissance approfondie des aspects légaux pertinents au travail en pédopsychiatrie.
 - La promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents.
 - La collaboration efficace avec d'autres professionnels de la santé afin d'intégrer les avis des uns et des autres dans un plan d'action concerté.
- c) Promouvoir la recherche dans ce domaine de la santé mentale de l'enfant et l'adolescent

2. Les autres missions

Promouvoir, dans le cadre de la formation continue, d'une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatres, psychologue, orthophoniste, psychomotriciens, psychopédagogues, infirmiers, assistants sociaux)

Une adaptation de l'offre de soins aux changements par : une meilleure collaboration entre les pédopsychiatres et les autres professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres, etc.)

Élaborer des guides pratiques destinés aux praticiens (médecins généralistes, des pédiatres) pour faciliter le dépistage des troubles à un stade précoce afin d'orienter au mieux et le plus tôt possible les enfants et les adolescents vers des soins spécialisés.

Associer les associations de parents à ce dispositif de sensibilisation

L'insertion sociale de ces enfants et adolescents reste pour le pays un enjeu de citoyenneté qui engage la responsabilité de tous.



Conclusion



Lademande de soins en consultation pédopsychiatrique de l'hôpital ibn Nafis est en augmentation régulière, ce constat émane de l'absence d'orientation claire en matière de promotion de la santé mentale et de l'insuffisance de structures spécialisées dans la prise en charge des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent.

Il nous apparait primordial de présenter cette étude, concernant la consultation de pédopsychiatrie qui a été mise au niveau de l'hôpital Ibn Nafis, durant la période de janvier 2015 au janvier 2017, en présence d'une résidente en formation, en pédopsychiatrie en fin de son cursus et un an après avoir eu son diplôme de spécialiste en pédopsychiatrie ; Afin de déduire les différentes caractéristiques de la santé mentale des consultants.

En effet, les demandes parvenaient essentiellement de la part des pédiatres et Neuropédiatres et des médecins généralistes. Les troubles de comportements présentaient le motif le plus fréquent ; ainsi que les troubles du spectre autistique, les troubles déficitaires de l'attention et l'hyperactivité, les troubles dépressifs et les troubles anxieux sont les diagnostics les plus rencontrés ;

Ces diagnostics ont été surexprimés chez les garçons d'âge scolaire ; le divorce, le niveau socio-économique bas, la présence de troubles mentaux chez les parents et l'analphabétisme de ces derniers étaient des facteurs de risques cohérents et puissants pour l'apparition des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents.

Par ailleurs, nous avons constaté d'après cette étude, que l'intervention du pédopsychiatre étant importante dans la prise en charge psychothérapeutique, pharmacothérapeutique et le suivi de ces patients, avec une nette amélioration.

En conclusion, notre étude offre des pistes de réflexion en vue de l'amélioration de pratiques, et met en exergue le travail partenarial et en réseau qu'elle implique, en insistant sur la nécessité d'une adéquation optimale entre les soins et la demande, par la création d'un centre universitaire de pédopsychiatrie à l'hôpital ibn Nafis qui s'avère important pour répondre à un besoin urgent de la population de la région Marrakech Safi et le sud du pays en matière de prise en charge des enfants et adolescents en souffrance.



Résumés

RESUME

Les caractéristiques de la consultation pédopsychiatrique présentent un sujet d'actualité pluraliste et transdisciplinaire, inscrit au cœur d'enjeux majeurs de santé publique, qui répond aux objectifs épidémiologiques cliniques et thérapeutiques.

Le but de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique d'une population vue en consultation pédopsychiatrique au sein de l'hôpital ibn Nafis Marrakech.

Patients et méthode. – Il s'agit d'une étude de type descriptif et rétrospectif sur dossiers. Elle a porté sur les enfants et adolescents ayant consulté entre janvier et décembre 2016 à l'hôpital Ibn Nafis pour lesquels un suivi a été indiqué. Les données sociodémographiques cliniques et thérapeutiques ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation pré-établie.

Résultats. – Notre population était constituée de 120 consultants ayant une moyenne d'âge de 8,8 ans, la tranche d'âge la plus représentée est entre 5-12 ans dans 64,2% des cas avec prédominance masculine dans 67,5% des cas. La majorité de nos patients était d'origine urbaine 68,3%, avec un niveau socioéconomique faible chez 77,5%.

La demande de consultation avait émané dans 39,2% d'un pédiatre /neuropédiatre, dans 34,2% des cas d'un médecin généraliste et rarement des parents 0,8 % des cas. Les troubles du comportement ont été le motif de consultation le plus fréquent 30,8% des cas.

Dans notre étude plusieurs facteurs influençant sur la santé mentale des enfants et adolescents ont été incriminés, tel les antécédents familiaux qui sont représentés dans 35,8%, dont 5,8% ont une dépression ou anxiété et 14,2% de violence conjugale.

L'analphabétisme des parents est désormais un facteur à révéler par notre travail. Nous avons noté qu'une mère sur trois n'avait pas été scolarisée soit 32,5%

Nous avons pu déceler quelques caractéristiques des diagnostics les plus fréquents au cours de notre étude : Le TSA était le plus représentatif chez 24,2% des cas avec une prédominance masculine chez 79,3%, quant à l'évolution des patients a été remarqué chez 69% des cas qui étaient améliorés. Le TDAH trouvait dans 18,3% des cas aussi bien une prédominance masculine dans 12,5%. La dépression était diagnostiquée chez 13,3% ; quant aux troubles anxieux, une prédominance féminine était observée avec une prévalence de 12,7%.

La prise en charge en pédopsychiatrie est pluridisciplinaire et multimodale, était basée essentiellement sur un traitement pharmacologique dans 50%, la psychothérapie a été envisagée dans 46,7%.

Conclusion. – Le repérage précoce du profil sociodémographique et clinique des consultants en pédopsychiatrie constitue un élément majeur de la prise en charge des troubles mentaux des enfants et adolescents et une meilleure formation des professionnels de santé mentale ainsi que le développement d'un centre pédopsychiatrique adapté, constitue une priorité.

ABSTRACT

The characteristics of the child psychiatry consultation present a pluralist and transdisciplinary topical subject, inscribed at the heart of major public health issues, which meets the clinical and therapeutic epidemiological objectives.

The purpose of our study was to determine the epidemiological, clinical and therapeutic profile of a population seen in child psychiatry consultations at the Ibn Nafis Marrakech Hospital.

Patients and method. – This is a descriptive and retrospective study on files. It focused on children and adolescents who consulted between January and December 2016 at Ibn Nafis Hospital for which follow-up was indicated. The sociodemographic clinical and therapeutic data were collected using a pre-established questionnaire.

Results. – Our population consisted of 120 consultants with an average age of 8.8 years, the most represented age group is between 5–12 years in 64.2% of cases with predominantly male in 67.5% of case. Most of our patients were of urban origin 68.3%, with a low socioeconomic level in 77.5%.

The request for consultation was made in 39.2% of a pediatrician / neuropsychiatrist, in 34.2% of the cases of a general practitioner and rarely parents 0.8% of cases. Behavioral disorders were the most frequent reason for consultation in 30.8% of cases.

In our study several factors influencing the mental health of children and adolescents were incriminated, tell family history which is represented in 35.8%, of which 5.8% have depression or anxiety and 14.2% spousal violence.

The illiteracy of parents is now a factor to be revealed by our work. We noted that one in three mothers did not attend school at 32.5%

We were able to identify some of the most common diagnostic features during our study: TSA was the most representative in 24.2% of cases with a male predominance in 79.3%, as for the evolution of the patients was noticed in 69% of the cases which were improved. ADHD found in 18.3% of cases as well a male predominance in 12.5%. Depression was diagnosed in 13.3% as for anxiety disorders, a female predominance was observed with a prevalence of 12.7%.

The management in child psychiatry is multidisciplinary and multimodal, was based primarily on a pharmacological treatment in 50%, psychotherapy was considered in 46.7%.

Conclusion. – Early identification of the socio-demographic and clinical profile of child psychiatry consultants is a major element in the management of mental disorders in children and adolescents, and better training of mental health professionals and the development of a suitable child psychiatry center. a priority.

ملخص

تمثل خصائص الاستشارات النفسية للأطفال موضوعًا وموضوعيًا متعدد التخصصات، مدرجًا في قلب قضايا الصحة العامة الرئيسية، والتي تلبي الأهداف الوبائية السريرية والعلاجية.

كان الغرض من دراستنا هو تحديد الملامح الوبائية والسريرية والعلاجية للسكان الذين شوهوا في استشارات الطب النفسي للأطفال في مستشفى ابن النفيس في مراكش.

المرضى والأسلوب. - هذه دراسة وصفية واسترجاعية للملفات. ركزت على الأطفال والمراهقين الذين استشاروا بين كانون الأول / ديسمبر 2016 في مستشفى ابن النفيس الذي أشير إلى المتابعة. تم جمع البيانات السريرية والعلاجية الاجتماعية باستخدام استبيان محدد مسبقًا.

النتائج. - تألف عدد سكاننا من 120 استشاريًا بمتوسط عمر يبلغ 8.8 عامًا، وكانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلًا بين 5-12 سنة في 64.2٪ من الحالات مع الذكور في الغالب بنسبة 67.5٪ القضية. غالبية مرضانا كانوا من أصل حضري 68.3 ٪، مع مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض في 77.5 ٪.

تم تقديم طلب الاستشارة في 34.2 ٪ من حالات ممارس عام، في 39.2 ٪ من أطباء الأطفال / طبيب الأمراض العصبية، ونادرا ما الوالدين 0.8 ٪ من الحالات. كانت الاضطرابات السلوكية السبب الأكثر شيوعا للتشاور في 30.8 ٪ من الحالات.

في دراستنا تم تجريم عدة عوامل تؤثر على الصحة العقلية للأطفال والمراهقين، والتاريخ العائلي عن بعد والذي يمثل في 35.8 ٪، 5.8 ٪ منهم يعانون من الاكتئاب أو القلق و 14.2 ٪ عنف الزوجات.

أصبحت أمية الوالدين الآن عاملا يكشف عنه عملنا. لاحظنا أن واحدة من كل ثلاثة أمهات لم تذهب إلى المدرسة بنسبة 32.5 ٪

تمكنا من تحديد بعض من أكثر السمات التشخيصية شيوعًا خلال دراستنا: TSA كان الأكثر تمثيلًا في 24.2 ٪ من الحالات مع غلبة الذكور في 79.3 ٪، كما لوحظ تطور المرضى في 69 ٪ من الحالات التي تم تحسينها. وجد ADHD في 18.3 ٪ من الحالات وكذلك غلبة الذكور في 12.5 ٪. تم تشخيص الاكتئاب في 13.3 ٪ كما لاضطرابات القلق، لوحظت هيمنة الإناث مع انتشار 12.7 ٪.

الإدارة في الطب النفسي للأطفال متعددة التخصصات ومتعددة الوسائط، وكان يستند في المقام الأول على العلاج الدوائي في 50 ٪، واعتبر العلاج النفسي في 46.7 ٪.



Annexes



Fiche d'exploitation :

IDENTITE

➤ Sexe :

☐ Fille ☐ Garçon

➤ Age :

☐ 1-4ans ☐ 5-12ans ☐ 13-18ans

➤ Statut matrimonial :

- ☐ Normal
- ☐ Abandonné
- ☐ Parents divorcés
- ☐ Orphelin
- ☐ Mère célibataire

➤ Lieu d'habitation :

☐ Urbain ☐ Rural

➤ Niveau Socio-économique :

☐ Faible ☐ Moyen ☐ Elevé

1^{ere}CONSULTATION

1- Accompagné par :

*Parent :

☐ Mère ☐ Père ☐ 2

Autre :

precisez :

2- Adresser par :

☐ Médecin ☐ Ecole ☐ Famille ☐ Autre :
☐ Généraliste ☐ Pédiatre/neuropédiatre

3-Motif de consultation :

- ☐ Trouble de comportement
- ☐ TSA
- ☐ Somatisation sans substraction organique /crise d'agitation
- ☐ Trouble de langage
- ☐ RPM
- ☐ Angoisse
- ☐ Echec scolaire
- ☐ Trichotillomanie

DEVELOPEMENT DE L'ENFANT ou L'ADOLESCENT :

1-I) Déroulement de grossesse

☐ Normal ☐ Pathologique

2-II) Accouchement

☐ Prématuro ☐ A terme ☐ Post terme

Lieu : structure hospitalière à domicile
Voie : basse césarienne
Poids de naissance :

3-III) Complications

☐ Souffrance ☐ Anorexie ☐ Ictère ☐ convulsion
☐ Séjour au Neonatologie

4-IV) Handicap

☐ Physique ☐ mental ☐ Absent
☐ Les 2 Si oui précisez :

5-V) Développement de la psychomotricité :

Sensorio-mot	Normale	Anormale
La posture :	Normale	Anormale
Préhension :	Normale	Anormale

6-VI) Sommeil

☐ Insomnie ☐ hypersomnie ☐ Normal ☐ Somnambulisme troubles

7-VII) sphinctériens

☐ Propreté nocturne ☐ Propreté diurne

8-VIII) Comportements

☐ Sage ☐ Agressif ☐ Hyperactif ☐ solitaire ☐ Isolé

9-IX) Fonction de jeu

☐ Collectif ☐ Agressif ☐ Isolé

10-X) Conduite liée à la sexualité

COMPLEMENTS D'INFORMATION :

.....
...
.....
.....

11-XI) Niveau scolaire

☐ Pré scolaire ☐ Primaire ☐ Secondaire

12-XII) Rendement scolaire

☐ Faible ☐ Moyen ☐ Elevé ☐ Difficultés
scolaires

13-XIII) Activité et loisir

COMPLEMENTS D'INFORMATION :

.....
.....
.....
.....

14-XIV) Comportements aux sein de la famille

-Attiré par l'un des parents Père ☐ Mère ☐

-Agressif ☐

-Affection ☐

15-XI) Antécédents des médicaux/chirurgicaux /toxique/judicaire

- ☐ RAS
- ☐ Surdité
- ☐ Epilepsie
- ☐ Crise convulsive trisomie 21
- ☐ Infection /tuberculose
- ☐ Baigaement

• Environnement familial :

1) ☐ Unique ☐ Aîné ☐ benjamin

2) N

ombre de

fratrie :

3) Cas similaire :

4) Parents :

Mère :

Situation :

.....

Niveau d'étude :

.....

Maladie mentale :

.....

Comportement envers l'enfant :

.....

Père :

Situation :

.....

Niveau d'étude :

.....

Maladie mentale :

.....

Comportement envers l'enfant :

.....

5) antécédents familiaux :

- ☐ Depression
- ☐ Retard mental
- ☐ Hypothyroïdie
- ☐ HTA
- ☐ Violence conjugale
- ☐ Consanguinité
- ☐ RAS

Prise en charge :

Bilan demandé :

para clinique : TDM /IRM

Bilan biologique

Audiométrie/Potentiel Evoqué Auditif (PEA)

Bilan ophtalmologique

Electro-encéphalogramme (EEG)

Autre (pédiatrique, génétique)

Bilan orthophonique

Bilan psychologique

Diagnostic retenu

- * Troubles de l'humeur
- * Troubles anxieux
- * Autisme
- * Troubles liés à l'environnement
- * Enfant DYS
- * Déficience intellectuelle
- * TDAH
- * Enfant précoce

Cause organique

Conduite à tenir thérapeutique

Surveillance et évolution

Nombre de consultation :

Suivi par : -Un pédopsychiatre

 -Psychologue

 -Les deux

Durée de la prise en charge

Discipline de consultation

Evolution clinique :

Amélioration

pas d'amélioration

surveillance

- Suivi thérapeutique régulier
- Suivi thérapeutique irrégulier
- Abandon thérapeutique

Perspective de la consultation en pédopsychiatrie

ANNEXE 2

G. Les outils diagnostiques

Description		Population concernée	Référence
Outils de dépistage			
M-Chat			(Baron-Cohen, 1992)
Modified Check-list for autism in Toddlers	Instrument développé à des fins de repérage systématique.	Enfants de 18 mois dans la population générale	
ADBB Échelle alarme détresse bébé	Echelle de dépistage et d'évaluation du retrait relationnel du jeune enfant	Enfants âgés de 2 mois à 2 ans en population générale	(Guedeney, 2001)
ASAS (Echelle d'Atwood)	Questionnaire conçu pour identifier des comportements et des	Enfants pendant leurs années d'école primaire	(Attwood, 1998)
Australian Scale for Asperger's Syndrome	Capacités indicatives du syndrome d'Asperger.		
Outils diagnostiques			
ADI-R Autism Diagnostic Interview – Revised	Outil de confirmation diagnostique spécifique à l'autisme. Entretien semistructuré fait par un clinicien avec les parents de l'enfant chez qui on suspecte un autisme.	Enfants à partir de 3 ans ayant un âge développemental d'au moins 18 mois.	(Lord, 1994)
ADOS Autism Diagnostic Observation Schedule	Outil d'évaluation semi-structuré utilisé en complémentarité avec l'ADI-R. L'ADOS fournit un contexte standardisé dans lequel le clinicien peut objectiver les difficultés de la personne évaluée.	L'ADOS permet d'évaluer des enfants à partir de 2 ans, et des adultes (en fonction des modules).	(Lord, 1989)
CARS Childhood Autism Rating Scale	Outils de mesure de l'intensité des troubles spécifiques à l'autisme. Echelle d'évaluation basée sur les comportements.	Enfants à partir de 24 mois	(Schopler, 1980)

ANNEXE 3 :

Algorithme de l'ADI-R

- ✓ Nom du sujet :
- ✓ Date de naissance :
- ✓ Date de l'entretien :
- ✓ Age chronologique :
- ✓ Clinicien/ chercheur :

Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques :

(Coter le plus anormal entre 4-5 ans pour les items suivants)

B1/ Défaut de l'utilisation des comportements non verbaux pour réguler l'interaction sociale

- ✓ - Regard direct (42)
- ✓ - Sourire social (43)
- ✓ - Variété de l'expression faciale utilisée pour communiquer (52)

B2/ Défaut pour développer des relations avec les pairs

- ✓ - Jeu imaginatif avec les pairs (plus de 4 ans seulement) (64)
- ✓ - Intérêt pour les enfants (66)
- ✓ - Réaction aux approches des autres enfants (67)
- ✓ - Jeu de groupe avec des pairs (4-10 ans)

Ou

- ✓ - Amitiés (âge de 10 -15 ans) (68/69)

(Coter selon l'âge chronologique de l'enfant)

B3/ Absence de plaisir partagé

- ✓ - Montrer et diriger l'attention (45)
- ✓ - Offrir pour partager (46)
- ✓ - Chercher à faire partager son plaisir avec les autres (47)

B4/ Absence de réciprocité socio-émotionnelle

- ✓ - Offre du réconfort (49)
- ✓ - Utilise le corps de l'autre pour communiquer (11)
- ✓ - Qualité des interactions sociales (51)

- ✓ - Expression faciale inappropriée (53)
- ✓ - Adéquation des réponses sociales (57)

Total B= B1+B2+B3+B4

Score seuil=10

Communication :

Tous les sujets :

C1/ Absence ou retard du langage parlé et défaut de compensation à l'aide de gestes

- ✓ - Pointer pour exprimer l'intérêt (30)
- ✓ - Gestes instrumentaux/ conventionnels (31)
- ✓ - Acquiescer de la tête (32)
- ✓ - Hochement de tête (33)

C4/ Absence de faire-semblant varié spontané ou de jeu imitatif social

- ✓ - Imitation spontanée des actions (29)
- ✓ - Jeu imaginatif (63)
- ✓ - Jeu social imitatif (65)

Sujets verbaux (niveau global de langage=0)

C2V/ Défaut relatif pour initier ou maintenir l'échange conversationnel

- ✓ - Conversation réciproque (20)
- ✓ - « Bavardage » social (16)

C3V/ Discours stéréotypé, répétitif ou idiosyncratique

- ✓ - Productions stéréotypées (18)
- ✓ - Questions inappropriées (22)
- ✓ - Inversion pronominale (23)
- ✓ - Néologismes/ langage idiosyncratique (24)

Total Verbal= C1+C4+C2V+C3V

Score seuil=8

Total Non Verbal= C1+C4

Score seuil=7

Comportements répétitifs et schémas stéréotypés :

D 1/ Préoccupation envahissante ou intérêts restreints

- ✓ Intérêts restreints (plus de 4 ans) (70)

- ✓ Préoccupations inhabituelles (71)

D2/ Adhésions apparemment compulsives à des routines ou rituels non fonctionnels

- ✓ Rituels verbaux (25)
- ✓ Compulsions/ rituels (75)

D3/ Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (la note la plus élevée)

- ✓ Maniérisme des mains et des doigts (81)

Ou

- ✓ Maniérismes complexes (84)

D4/ Préoccupations avec des parties d'objets ou des éléments (la note la plus élevée)

non fonctionnels du matériel

- ✓ Utilisation répétitive des objets (72)

Ou

- ✓ intérêts sensoriels inhabituels (77)

Total=D1+D2+D3+D4

Score seuil=3

Anomalie du développement à ou avant 36 mois :

- ✓ Age auquel les parents ont remarqué pour la première fois que quelque chose n'allait pas tout à fait au niveau du langage, des relations ou du comportement (si < 36 mois, attribuer la note 1) (2)
Age auquel une anomalie a été évidente pour la première fois (si coté 3 ou 4, attribuer la note 1) (93)
Opinion de l'investigation concernant l'âge auquel les anomalies de développement. Se sont probablement manifestés pour la première fois (si <36mois, attribuer la note 1) (94)
- ✓ Age des premiers mots isolés (si > 24 mois, attribuer la note 1) (12)
- ✓ Age des premières phrases (si > 36 mois, attribuer la note 1) (13)

Score seuil= 1

ANNEXE 4.

Critères diagnostiques du trouble déficit de l'attention/hyperactivité

► Critères diagnostiques du DSM-5 (2013)

F. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2) :

3. **Inattention** : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex. : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex. : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex. : son esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex. : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait).

- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex. : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).
 - f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex. : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).
 - g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
 - h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).
 - i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex. : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).
4. **Hyperactivité et impulsivité** : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles :
- Remarque** : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.
- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.

- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situations qui nécessitent de rester assis).
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e) Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (ex. : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).
- f) Souvent, parle trop.
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex. : termine la phrase de ses interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).
- h) A souvent du mal à attendre son tour (ex. : lorsque l'on fait la queue)
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex. : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui, sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).

G. Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

H. Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex. : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités).

- I. On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie.
- J. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

Sous-types cliniques

Condition mixte ou combiné : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.

Condition inattention prédominante : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.

Condition hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

ANNEXE 5

► Critères diagnostiques de la CIM-10 (1993)¹

F90. TROUBLES HYPERKINÉTIQUES

G1. Inattention. Au moins 6 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- 1) ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail, ou d'autres activités ;
- 2) ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu ;
- 3) ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit ;
- 4) ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, son travail, ou à se conformer à des obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions) ;
- 5) a souvent du mal à organiser des tâches ou des activités ;
- 6) évite souvent ou fait à contre cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à la maison ;
- 7) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison ;
- 8) est souvent facilement distrait par des stimuli externes ; 9) a des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.

G2. Hyperactivité. Au moins 3 des symptômes suivants ont persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- 1) agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise ;
- 2) se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis ;
- 3) court partout ou grimpe souvent de façon excessive dans des situations inappropriées ;
- 4) est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisirs ;
- 5) fait preuve d'une activité motrice excessive non influencée par le contexte social ou les consignes.

¹ {Société française de pédiatrie 2009}

G3. Impulsivité. Au moins 1 des symptômes suivants a persisté au moins pendant 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :

- 1) se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser ;
- 2) ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe ;
- 3) interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres) ;
- 4) parle souvent trop sans tenir compte des règles sociales.

G4. Le trouble survient avant 7 ans.

G5. Caractère envahissant du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, à la maison, à l'école, et dans une autre situation où l'enfant fait

ANNEXE 6

Définitions

La thérapie cognitivo- comportementale (TCC) est basée sur le comportement, la cognition ou la psychologie sociale, pour changer les émotions et les comportements par l'enseignement. Cet enseignement a pour but de modifier les pensées et les comportements de manière active et centrée sur les problèmes (134,133).

La thérapie cognitive utilise la restructuration cognitive (134).

La thérapie comportementale favorise l'accès à des événements positifs à travers des activités de planification et de développement des compétences sociales (134).

La thérapie familiale (TF) est basée sur des principes généraux cognitivocomportementaux ou psychanalytiques qui peuvent inclure de la psychopédagogie, de la résolution de problèmes et un travail sur la gestion de crise et pourrait impliquer des interventions spécifiques (135).

La thérapie interpersonnelle (TIP) explore la relation entre l'humeur et les problèmes relationnels et met l'accent sur l'amélioration des compétences relationnelles (134).



Bibliographie



1. Barry sarvet

Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 24 (2015) 699–

71 <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2015.06.011> *childpsych.theclinics.com* 1056–4993/15/\$

– see front matter 2015 Elsevier Inc. All rights reserved.

2. Carole Catry et Daniel Marcelli

L'intime et le secret dans la consultation pédopsychiatrique *Enfances & Psy* 2008/2 (n° 39)

Pages : 192 ISBN : 9782749209036 DOI : 10.3917/ep.039.0023 Éditeur : ERES.

3. F. Charfia, *, R. Fakhfakhb, I. Hadhric, A. Harrathid, A. Belhadja, M.B. Halayemc, A. Boudenc

Clinical and sociodemographic profile of outpatients in a department of child and adolescent psychiatry in Tunisie Auteur correspondant. Service de pédopsychiatrie, hôpital Mongi Slim de La Marsa, © 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

4. M. Jean-René Buisson

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL 2010 Avis présenté par LA PÉDOPSYCHIATRIE : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

5. e-Manuel de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Genève : Association internationale de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et alliés Professions 2015 © IACAPAP 2015.

6. Élisabeth Levy

Rôles et fonctions du pédopsychiatre et du psychologue, en CMP, en privé, Psychologue-psychanalyste, 6, rue Paul Gervais, 75013 Paris .mt pédiatrie, vol. 8, n° 1, janvier-février 2005

7. Zillah Parker, Margaret Steele Wade Junek, Luc Morin, Simon Davidson, Hubert White, Tim Yates

CHILD PSYCHIATRY IN CANADA Position Statement Canadian Academy of Child Psychiatry Physician Resource Committee January 22, 2002

8. ROY MICHAEL STEFANIK

The difference between a child psychologist and child psychiatrist DECEMBER 8, 2011

9. Normand Carrey, MD, FRCP(C)1 and John Gregson, MB ChB,

A Context for Classification in Child Psychiatry 2008 May; 17(2): 50–57.

10. Dr Michelle Funk,

Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

(Guide des politiques et des services de santé mentale) ISBN 92 4 254657 7 (Classification NLM : WM 34) © Organisation mondiale de la Santé 2005

11. INSERM.

Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2003.

12. Daniel Bailly, Manuel Bouvard,

Françoise Casadebaig, Maurice Corcos, Eric Fombonne, Philip Gorwood, Pierre Gressens, Marie-Odile Krebs, Marie-Thérèse Le Normand, Jean-Luc Martinot, et al. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent

13. Lamboy B.

La santé mentale : état des lieux et problématique, Summary. Santé Publique. 17(4) :583-96.

14. F. Charfia, *, R. Fakhfakh, I. Hadhric, A. Harrathid, A. Belhadja, M.B. Halayemc, A. Boudenc

Clinical and sociodemographic profile of outpatients in a department of child and adolescent psychiatry in Tunisia 2014

15. La parentalité et l'enfance, thème de SISM Publié le 20 Février 2018

16. Kessler RC1, Berglund P,

Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 2005 Jun ;62(6) :593-602.

17. Le Consortium de l'OMS sur la santé mentale dans le monde Prévalence de la vie et distribution des troubles mentaux selon l'âge d'apparition dans les enquêtes de l'OMS sur la santé mentale dans le monde (WMH).

Bull World Health Organ sous presse. Cet article présente une comparaison synthétique détaillée des informations AOO pour un large éventail de troubles mentaux à partir d'enquêtes communautaires menées dans 16 pays différents.

18. M. Wiss a, *, P. Lenoir b, J. Malvy b, M. Wissocq b, C. Bodier

Child consultation-liaison psychiatry within the hospital: a prospective study (2004) 4-12

19. Hanan Hussein

Pathways to Child Mental Health Services Among Patients in an Urban Clinical Setting in Egypt Published online: December 01, 2012

20. Anthony A. Olashore, corresponding author1 Bechedza Frank-Hatitchki,2 and Olorunfemi

Diagnostic profiles and predictors of treatment outcome among children and adolescents attending a national psychiatric hospital in Botswana 2017; 11: 8

21. VALSAMMA EAPEN AND RAFIA GHUBASH

HELP-SEEKING FOR MENTAL HEALTH PROBLEMS OF CHILDREN: PREFERENCES AND ATTITUDES IN THE UNITED ARAB EMIRATES Psychological Reports 2004

22. Marcia Adriaanse, corresponding author Lieke van Domburgh, Barbara Zwirs,
School-based screening for psychiatric disorders in Moroccan-Dutch youth 2015
23. Kathleen Ries Merikangas,
Epidemiology of mental disorders in children and adolescents 2009
24. Guillaume Bronsard, Christophe Lançon
Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System 2011
25. Erskine HE1, Ferrari AJ,
The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder Published 2014
26. E. Fombonne
Epidemiology of psychiatric disorders paediatric psychiatry
27. H. Ayadi, Y. Moalla,
La psychopathologie liée au sexe en consultation de pédopsychiatrie (à propos de 264 cas) : étude comparative tunisienne, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 54 (2006) 422-427
28. Y. Richard
Caractéristiques sociodémographiques d'enfants et d'adolescents en attente de consultations au service de pédopsychiatrie de l'hôpital universitaire de Brest Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence Volume 56, numéro 7, novembre 2008, pages 430-438
29. Rapport sur l'évaluation du système de santé mentale en Égypte utilisant l'instrument d'évaluation de l'Organisation mondiale de la santé pour les systèmes de santé mentale.
Le Caire, Egypte, OMS-AIMS, 2006
30. Parents divorcés, comment le vivent les enfants selon leur âge ?
15 septembre 2017 dans Psychologie
31. EMartin-Lebrun
Conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant Archives de Pédiatrie Volume 4, Issue 9, September 1997, Pages 886-892

- 32. La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans.**
/ Base documentaire / [cité 16 juin 2017].
- 33. Haute Autorité de Santé**
– Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. [Cité 19 juill. 2017].
- 34. Haute Autorité de Santé**
Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. [Cité 19 juill. 2017].
- 35. Le Galudec M, Richard Y, Saint-André S, Garlantézec R, Lazartigues A.**
Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2011 ;59 :1-7.
- 36. Daniel Bailly, Manuel Bouvard**
Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent
- 37. H. Ayadi, Y. Moalla, H. Bouaicha, A. Walha, F. Ghribi**
La psychopathologie liée au sexe en consultation de pédopsychiatrie (à propos de 264 cas) : étude comparative tunisienne
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 54 (2006) 422-427
- 38. Reigstad B1, Jørgensen K, Wichstrøm L**
Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992--2001. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Oct ;39(10) :818-27
- 39. Daniel Bailly, Manuel Bouvard,**
Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent
HAL Id: hal-01570673 Submitted on 31 Jul 2017
- 40. Brauner CB, Stephens CB**
Estimation de la prévalence des troubles émotionnels / comportementaux de la petite enfance : défis et recommandations.
Représentant de la santé publique 2006 mai-juin ; 121 (3) : 303-10.
- 41. Fergusson DM, Horwood LJ**
L'étude de Christchurch sur la santé et le développement : examen des résultats sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

Aust NZJ Psychiatry. 2001 juin; 35 (3): 287–96.

42. Merikangas KR., Avenevoli S.

Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. In: Tsaung MT, Tohen M, eds. Textbook in Psychiatric Epidemiology, 2nd Edition. New York, NY: Wiley- Liss; 2002:657–704.

43. Lipman, Boyle

LE LIEN ENTRE LA PAUVRETÉ ET LA SANTÉ MENTALE : DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

44. Jos Corveleyn et Catherine Maes

. « Pauvreté et risques pour la santé mentale ». Revue Quart Monde, N°184

45. MaviAlcántara–LópezMaravillasCastroJulioSánchez–MecaVisitación Fernández

*The Association between Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and Emotional and Behavioral Problems in Spanish Children and Adolescents
February 2017, Volume 32, Issue 2, pp 135–144*

46. Dr TaranehShojaei, Pr Viviane Kovess–Masfety

La santé mentale des enfants scolarisés dans les écoles primaires de la région Provence–Alpes –Côte d'Azur

47. Erum Nadeem, Jill Waterman,

*Long–Term Effects of Pre–Placement Risk Factors on Children's Psychological Symptoms and Parenting Stress Among Families Adopting Children from Foster Care
J EmotBehavDisord. 2017 Jun; 25(2): 67–81.*

48. Julie Jacquart, Alain Malchair, Jean Bertrand

Le devenir d'enfants nés de parents présentant un trouble psychiatrique.

49. Angela Plass–Christl, Anne–Catherine Haller,

*Parents with mental health problems and their children in a German population–based sample: Results of the BELLA study
Published : July 3, 2017*

50. N. Catheline

*Environnement scolaire de l'enfant et de l'adolescent – 21/12/06
[37–200–E–40] – Doi : 10.1016/S0246–1072(06)41366–3*

51. Pr Asri f, Dr Imane Oukheir

La consultation pédopsychiatrique à l'hôpital ibn Nafis : particularités sociodémographiques et cliniques. Mémoire de fin de stage

52. H. Ayadi, Y. Moalla, H. Bouaicha, A. Walha, F. Ghribi

La psychopathologie liée au sexe en consultation de pédopsychiatrie (à propos de 264 cas) : étude comparative tunisienne
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 54 (2006) 422-427

53. Angela Plass-Christl, Anne-Catherine Haller

Parents with mental health problems and their children in a German population-based sample: Results of the BELLA study
©2017 Plass-Christl et al.

54. Zillah Parker

Pédopsychiatrie canadienne: Les effectifs médicaux Énoncé de principe Académie canadienne de pédopsychiatrie Comité sur les effectifs médicaux
Le 22 janvier 2002

55. Julie Jacquart, Alain Malchair, Jean Bertrand

Le devenir d'enfants nés de parents présentant un trouble psychiatrique.

56. S. Caillaud, V. Haas

Représentations Croisées du rôle des psychologues dans le champ du handicap Les attentes de la MDPH Et les comptes rendus psychologiques.
Neuropsychiatr Enfance Adolesc (2016)

57. Laurence Bernard-Tanguy

Le bilan psychologique : un acte thérapeutique ?
International Psychology, Practice and Research, 6, 2015

58. Marie-JulieBéliveau, RaphaëleNoël, NicoleSmolla, VéroniqueMartin

Jeunes enfants en déficit langagier : apport des méthodes projectives à la compréhension de leur évolution comportementale
L'Évolution Psychiatrique 2018

59. Romano E, Tremblay R, Vitaro F.

Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impair: finding from an adolescent community,
J. Child Psychol. Psychiat, 2001 ; 42, 4 : 451-461

60. Fombonne E.

Epidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie

EMC Psychiatrie, 2005 ; 2 :169194

61. Guillaume BRONSARD, MarieClaude SIMEONI, Sophie CAMPREDON, Pascal AUQUIER, Christophe LANCON

Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des milieux socio-éducatifs. 2008

62. Costello E., Egger H., Angold A.

Examen décennal de la recherche : l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent : I. Méthodes et fardeau de santé publique.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005; 44: 972-986.

63. Fergusson DM., Horwood LJ., Lynskey MT.

Prévalence et comorbidité des diagnostics de DSM-III-R dans une cohorte de naissance de 1 à 5 ans.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993; 32: 1127-1134.

64. Ford T., Goodman R., Meltzer H.

L'enquête britannique sur la santé mentale des enfants et des adolescents 1999 : La prévalence des troubles du DSM-IV.

Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42: 1203-1211.

65. Froehlich TE., Lanphear BP., Epstein JN., Barbaresi WJ., Katusic SK., Kahn RS.

Prévalence, reconnaissance et traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité dans un échantillon national d'enfants américains.

Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161: 857-864.

66. Costello E., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A.

Prévalence et le développement de troubles psychiatriques dans l'enfance et l'adolescence

Arch Gen Psychiatry. 2003; 60: 837-844.

67. Canino G., Shrout PE., Rubio-Stipec M.

, et al. Les taux de DSM-IV des troubles de l'enfant et de l'adolescent à Porto Rico – la prévalence, les corrélats, l'utilisation des services et les effets de la déficience.

Arch Gen Psychiatry. 2004; 61: 85-93.

68. Costello EJ., Mustillo S., Keller G., Angold A.

Prévalence des troubles psychiatriques dans l'enfance et l'adolescence. Dans : BL Levin, J Petrila, Hennessy KD, éd. Services de santé mentale :

Une perspective de santé publique, deuxième édition. Oxford, Royaume-Uni Oxford University Press ; 2004 : 111-128.

69. Laurence Robel

Les différentes modalités de prise en charge de l'autisme
Mt pédiatrie 2012 ; 15 (3) : 253-7

70. Émilie Cappea

Étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'une enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger : Effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant
0014-3855/\$-see front matter © 2012 Elsevier Masson SAS.

71. Anne Wintgensdu

Guidance psychopédagogique des parents d'enfants atteints d'autisme
La psychiatrie de l'enfant 2006/1 (Vol. 49)

72. Carole Sénéchal

Parents as co-therapists: A winning solution for treating autistic children
Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique Volume 171, Issue 9, November 2013, Pages 603-609

73. GUEULLE Amandine

Un psychomotricien au service petite enfance de la ville Une prévention de l'enfant à l'environnement. 2015

74. Jeanne Frémond.

La relation thérapeutique psychomotrice : réflexion sur l'approche du psychomotricien face aux troubles du comportement 2016

75. Claude Bursztejn

Les classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : questions épistémologiques
L'Informationpsychiatrique 2011 ; 87 : 363-7

76. American Psychiatric Association

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. p.5-25.

77. Cuisset J M, Joriot S, Auvin A, Goze O, Medjkane F, Salloum A et al.

Approche neuropédiatrique de l'autisme.
Archives de pédiatrie 12 (2005) 1734-1741.

78. Staller JA.

Diagnostic profiles in outpatient child psychiatry.
Am J Orthopsychiatry 2006;76(1):98-102.

79. Lenoir P, Bodier C, Desombre H, J. Malvy, B. Abert, M. Ould Taleb, D. Sauvage Sur la prévalence de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED). *Encephale* 2009; 35:36-42

80. Charman, T. (2002)

The prevalence of autism spectrum disorders. Recent evidence and future challenges.
European Child and Adolescent Psychiatry. 11: 249-256.

81. Wing, L., Potter, D. (2002)

The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising?
Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 8 (3): 152-161.

82. Kjellmer L, Hedvall A, Fernell E, et al.

Language and communication skills in preschool with autism spectrum disorders: Contribution of cognition, severity of autism symptoms, and adaptive functioning to the variability.
Research in Developmental Disabilities 33 (2012) 172-180.

83. Rieske RD, Matson JL, Beighley JS et al.

Personal-social development differences in toddlers diagnosed with autism spectrum disorder: DSM-IVTR versus DSM-5.
Research in Autism Spectrum Disorders 8 (2014) 1307-1315.

84. Fombonne E.

Epidemiology of pervasive developmental disorders.
Pediatr Res 2009;65(6):591-8.

85. Memoire de Mr Aymen KACHOUCHI (2014)

Perception de la douleur chez l'enfant autiste à propos de 40 cas Hôpital militaire Avicenne.

86. Fombonne E.

Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update.
J Autism Dev Disord 2003;33(4):365-82.

87. Allik H, Larsson JO, Smedje H.

Insomnia in schoolage children with Asperger syndrome or highfunctioning autism.
BMC Psychiatry 2006; 6:18.

88. Krakowiak P, Goodlin-Jones B, Hertz-Picciotto I, et al.

Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays, and typical development: a population-based study.
J Sleep Res 2008;17(2):197-206.

89. American Psychiatric Association.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
Washington, DC : Author, 2013.

90. Organisation mondiale de la santé.

CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.
10e révision Genève : OMS

91. Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA -R 2000. Paris : CTNHRI ; 2002.

92. Haute autorité de sante

Autisme et autres troubles envahissants du développement, Etat des connaissances, jan 2010.

93. Seltzer MM, Krauss MW, Shattuck PT, Orsmond G, Swe A, Lord C.

The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood.
J Autism Dev Disord 2003;33(6):565-81.

94. Lawer L, Brusilovskiy E, Salzer MS, Mandell DS.

Use of vocational rehabilitative services among adults with autism.
J Autism Dev Disord 2009 ;39(3) :487-94.

95. Haute Autorité de Santé.

Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation.
Note de cadrage ; 2012.

96. OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. 2005. [Internet].
[Cité 27 août 2014].

Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf
27.

97. Leitch K.

Vers de nouveaux sommets : rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes.
Santé Canada. 2007 [Internet]. [Cité 25 août 2014].

Disponible sur : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index-eng.php>

98. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche.
Paris : Masson, 2000. 305 p.

99. Boyer L, Henry J-M, Samuelian J-C, Belzeaux R, Auquier P, Lancon C, et al.

Mental Disorders among Children and Adolescents Admitted to a French Psychiatric Emergency Service. *Emerg Med Int.* 2013; 2013:651530. doi:10.1155/2013/651530.

100. Monseur et C. Hattiez,

« Aspect cognitif du trouble attentionnel : définition, étiologie et prise en charge », 2012.

101. Holly E. Erskine,1,2 Alize J. Ferrari,1

The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010
Journal of Child Psychology and Psychiatry 55:4 (2014), pp 328-336 doi:10.1111/jcpp.12186

102. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. London: NICE; 2009.
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg77/resources/guidance-antisocial-personality-disorder-pdf>

103. Dalsgaard S.

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).
Eur Child Adolesc Psychiatry 2013;22(Suppl 1):S43S8.

104. Marie-Christine Mouren,

L'examen clinique de l'enfant TDAH
Publié le 28 octobre 2006,

105. Lecendreux, M., Konofal, E., &Faraone, S. V. (2011).

Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France.
Journal Of Attention Disorders, 15(6), 516-524. doi : 10.1177/1087054710372491

- 106. AACAP Work Group on Quality Issues, Pliszka S.**
Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(7):894–921.
- 107. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al.**
The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication.
Am J Psychiatry 2006;163(4):716–23.
- 108. Puura K, Almqvist F, Tamminen T, Piha J, Rasanen E, Kumpulainen K, et al.**
Psychiatric disturbances among prepubertal children in southern Finland.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33(7):310–8.
- 109. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M.**
Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34(5):629–38.
- 110. Prasad S, Steer C.**
Switching from neurostimulant therapy to atomoxetine in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: clinical approaches and review of current available evidence.
Paediatr Drugs 2008;10(1):39–47.
- 111. Gallucci F, Bird HR, Berardi C, Gallai V, Pfanner P, Weinberg A.**
Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(5):1051–8.
- 112. Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, et al.**
European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13(Suppl 1):7–30.
- 113. These d'exercice par Cécile labbé**
Prise en charge des enfants souffrant du trouble déficitaire de l'attention : aspects physiopathologiques et thérapeutiques (Traitement par le méthylphénidate et son possible mésusage) 2016

114. G. WAHL,
Les enfants hyperactifs, 2012.
115. [Image en ligne] https://www.ac-paris.fr/serail/jcms/s2_1145079/fr/histoire-de-notre-Ecole
116. Costello EJ., Mustillo S., Keller G., Angold A.
Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. In: Levin BL, Petrila J, Hennessy KD, eds. Mental Health Services: a Public Health Perspective, Second Edition. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004:111-128.
117. AACAP. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 2007: *practice parameters for the assessment and the treatment of children and adolescent with depressive disorders.*
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(11):1503-26.
118. Costello EJ, Foley DL, Angold A.
10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45(1):8-25.
119. Merikangas KR, He JP, Brody DJ, Fisher PW, Bourdon k, Koretz DS.
Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES.
Pediatrics 2010;125(1):75-81.
120. Chan Chee C, Guignon N, Delmas M-C, Herbertr JB, Gonzales L.
Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France.
RevEpidemiol Sante Publique 2012;60(1):31-9.
121. Ferrari P. Bonnot O.
Dépression de l'enfant. In: Ferrari P, Bonnot O. Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris:Lavoisier;2013.355-65.
122. Ferrari P, Bonnot O.
Dépression de l'enfant.
Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris:Lavoisier;2013.560-8.

123. Ibrahim Durukan, Dursun Karaman, Koray Kara, TürkerTürker, Ali EvrenTufan, ÖzhanYalçın, KorayKarabekiroğlu

Diagnostics de patients se référant à une clinique externe de psychiatrie pour enfants et adolescents

Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2011;24:113-120

DOI: 10.5350/DAJPN2011240204

124. PATTEN CA, GILLIN JC, FARKAS AJ, GILPIN EA, BERRY CC, PIERCE JP.

Depressive symptoms in California adolescents: family structure and parental support. J Adolesc Health 1997, 20: 271-278

125. PATTEN SB.

The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression.

Can J Psychiatry 1991, 36: 706-711

126. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK.

Depression in adolescence.

Lancet. 2012;379(9820):1056-67.

127. « Historique », Fondation Vallée, en ligne) 2013 février 22)

128. G. DUMORTIER

Prescription des psychotropes en pédopsychiatrie : limites des indications officielles et perspectives thérapeutiques

L'Encéphale, 2005 ; 31 : 477-89, cahier 1

129. Jérôme Vermeulen

Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron [Image en ligne]

130. Philippe Landru

ITARD Jean-Marc Gaspard Montparnasse – 3ème division [Image en ligne]

131. [Image en ligne] <http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/bio/voisinf.htm>

132. [Image en ligne] <http://www.fondation-falret.org/la-fondation/vision-jp-falret>

133. Arnberg A, Ost L-G.

CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis.

CognBehavTher. 2014;43(4):275-88.

134. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al.
Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents.
Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 30;(11):CD008324.
135. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
Depression in children and young people: identification and management.
Clinical guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2015.
136. Saber HAMROUNI, Najoua MOUALLA et Yessine ARFA
LA PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT HUMAIN [EN LIGNE] 2016
137. Renaud MICHEL
Psychologie du développement : de la naissance à l'adolescence
138. Bowlby, J. (1954).
Soins maternels et santé mentale, Cahiers de l'O.M.S., Genève.
139. CEMEA-Pays de la Loire PSYCHOLOGIE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT
140. Hélène Ricaud-Droisy Claire Safont-Mottay Nathalie Oubrayrie-Roussel
Psychologie du développement Enfance et adolescence
141. Fabienne Roos-Weil
Psychiatrie infanto-juvenile : les solutions du conseil économique, social et environnemental
10.3917/inpsy.8605.0385
142. Pr Wilfried De Backer
Psychiatrie et psychothérapie infanto-juvénile
Avis du groupe de travail mixte « Psychiatrie » (infanto-juvénile) Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes Juin 2016
143. La santé mentale et les maladies mentales chez les enfants et les adolescents :
Renseignements à l'intention des parents et des aidants [EN LIGNE]
<http://www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Sante-mentale-et-les-maladies-mentales-enfants-adolescents/index.php?m=article&ID=13037>

144. Morgane Vrai

*L'attachement comme système motivationnel : J. Bowlby
Psychisme, 2012*

145. Stefan Grommen

*Pavlov n'a jamais chassé les chiens avec une cloche
Source: Wall Street Journal, Le New Yorker 18 November 2014*

146. Vincent Joly

« La boîte de Skinner » : expériences sur la motivation et les apprentissages

147. Firouzeh Mehran

*Abraham Maslow : une théorie humaniste de la personnalité
Psychologie positive et personnalité 2010, Pages 33-41*

148. H. Denis, A. Baghdadi

*Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent
Département universitaire de pédopsychiatrie Disponible sur Internet le 17 novembre
2016*

149. Rapee RM (in press).

*Family factors in the development and management of anxiety disorders.
Clinical Child and Family Psychology Review. 2010*

150. Ronald M Rapee

*TROUBLES ANXIEUX CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT
©IACAPAP 2012*

151. Costel Io, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003).

*Prevalence and development of psychiatry disorders in childhood and adolescence.
Archives of General Psychiatry, 60(8), 837-844. doi:
0.1 001 /archpsyc.60.8.83 7*

152. Connolly SD, Bernstein GA.

*Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents
with anxiety disorders.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46:267-83.*

153. Kendall PC, Kane M, Howard B, et al.

Cognitive-behavioral therapy for anxious children: treatment manual.
Ardmore: Workbook Publishing; 1990.

154. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M et al (2004).

The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico.
Archives of General Psychiatry, 61:85-93.

155. Costello EJ, Egger HL, Angold A.

The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity.
Child Adolesc Psychiatry Clin N Am 2005; 14:631-48.

156. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009).

Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment.
Annual Review of Clinical Psychology, 5:311-341.

157. Costello EJ, Egger H, Angold A

Revue de mise à jour de la recherche sur 10 ans : l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents: I. Méthodes et fardeau de santé publique.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 octobre; 44 (10): 972-86.

158. Marilyn Daniels,

Benedictine Roots in the Development of Deaf Education: Listening with the Heart, Greenwood Publishing Group, 1997, 137 p.
158/ « Historique », Fondation Vallée, enli) 2013 février 22

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأسهر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 250

سنة 2018

خصائص وآفاق استشارة الطب النفسي للأطفال بمستشفى
ابن نفيس
(المستشفى الجامعي محمد السادس)

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/07/12

من طرف

السيدة: سامية مديح

المزودة في 30 مارس 1991

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

خصائص الطفل – الطب النفسي – توفير رعاية الطب النفسي للأطفال- آفاق

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد م. بوسكراوي

أستاذ في طب الأطفال و عميد كلية الطب و الصيدلة بمراكش

السيدة ف. عصري

أستاذة في الطب النفسي

السيدة ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

السيد م. بو الروس

أستاذ في طب الأطفال .

السيدة إ. العدلي

أستاذة في الطب النفسي