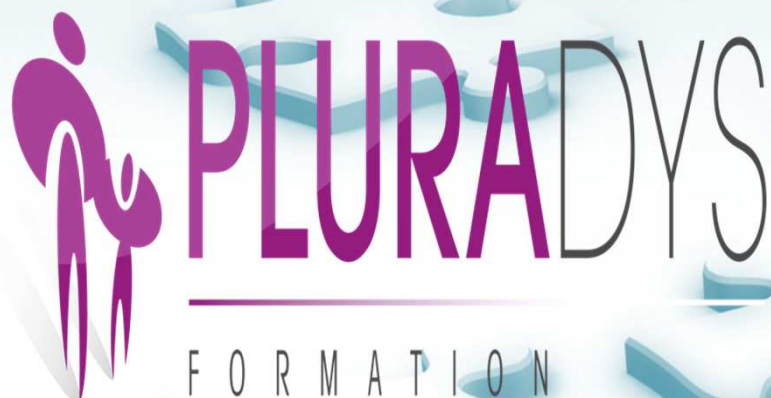




SEMAINE DES DYS EN BOURGOGNE- FRANCHE-COMTE

TOP, TDAH et autres provocations

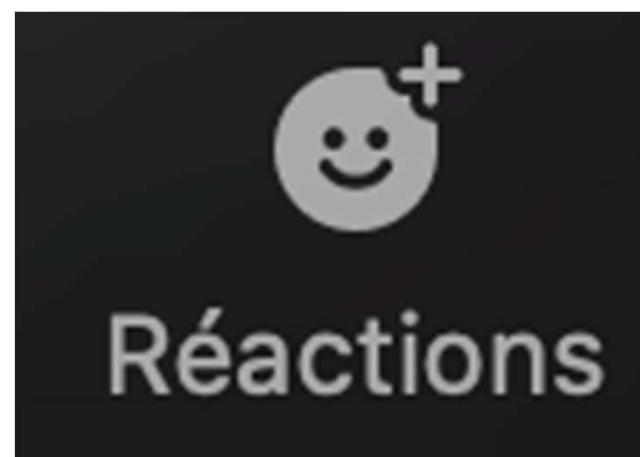
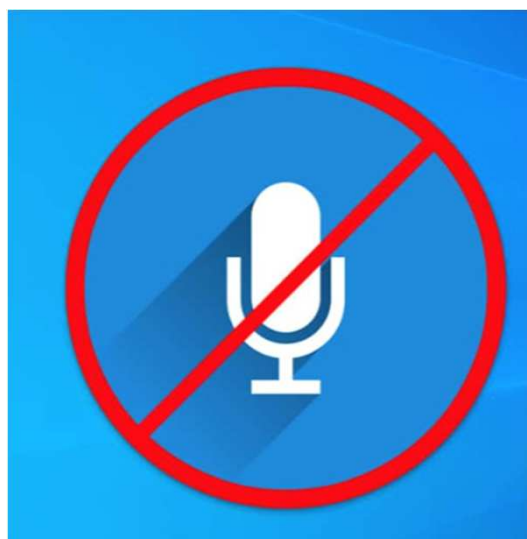
*Pr Pierre Fournernet, pédopsychiatre
Hospices Civils de Lyon*

16 rue du Cap Vert– 21800 QUETIGNY
tél. 03 80 50 09 48 - contact@pluradys.org - www.pluradys.org

Siège Social : 7, rue du Volnay 21000 DIJON – SIRET : 50754055700018
Le Réseau PLURADYS est porté par l'association PLURADYS, association loi 1901 enregistrée en Préfecture le 21 novembre 2007 sous le n° W212003368

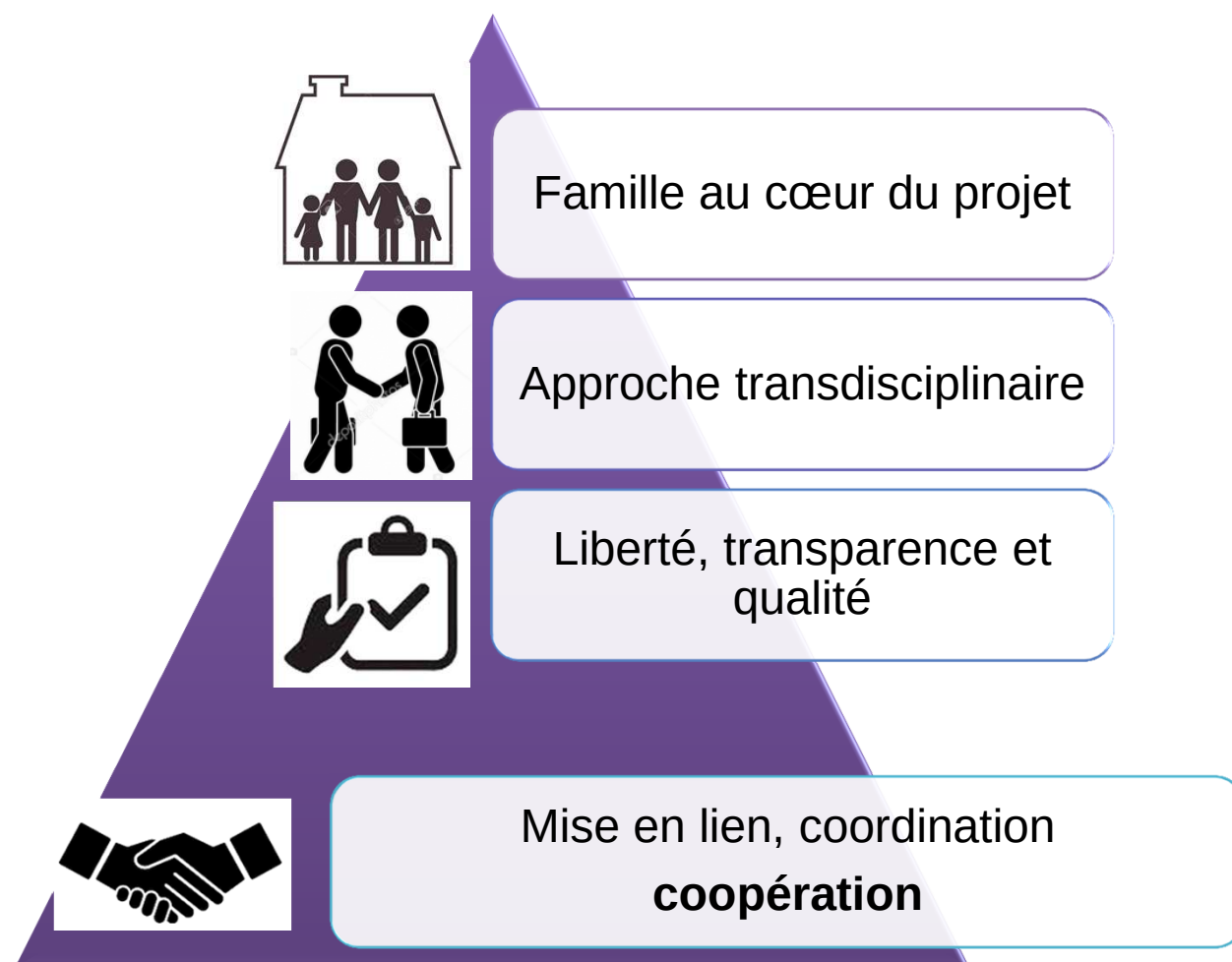
BIENVENUE !

Interventions en visuo, *quelques consignes*



BIENVENUE !

Les valeurs de Pluradys



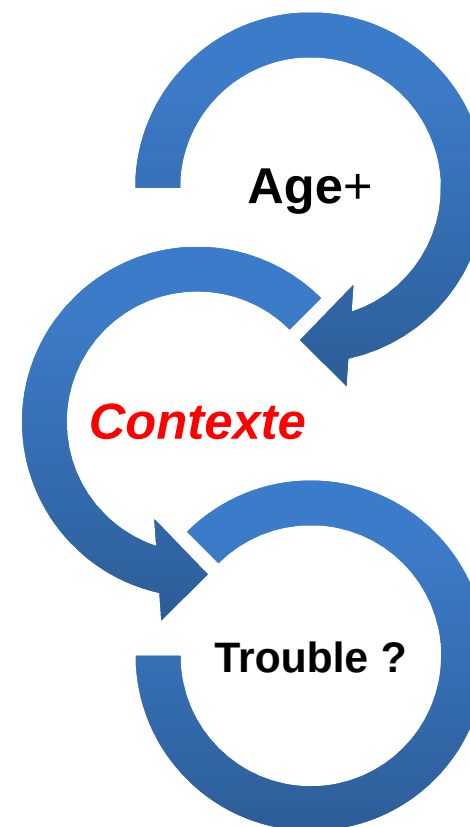
Préambule



- 1. Définition**
- 2. Historique**
- 3. Données actuelles**
- 4. Principe de prise en charge**
- 5. Perspectives**

1. Définition

- **Dévi**ation du **cpt** par rapport aux **normes** attendues, en fonction d'un âge donné
 - *Intensité* des difficultés
→ gêne fonctionnelle
 - *Durabilité*
→ > 15 jours



Regard d'autrui & Estime de soi

✓ La perception et l'estime de soi s'inscrivent et se construisent dans le regard de l'autre

– Le regard qui porte et soutien (confiance)

→ *Modèle interne sécure*

→ *Lecture socio culturelle*



2. Historique

- **L'opposition classique : nature / culture**

→ Violence primitive ou fondamentale **C.Darwin, 1859**

→ *L'enfant turbulent* **H.Wallon, 1925**

- **Approche évolutionniste**

→ Adaptation
et processus de sélection naturelle

H.Mercier, H. & J.B Van der Henst, 2007.



3. Données actuelles

✓ *A quel âge est on le plus violent ?*

→ Entre **2 & 5** ans



→ A **12 mois**

Rapport de Dominance installé

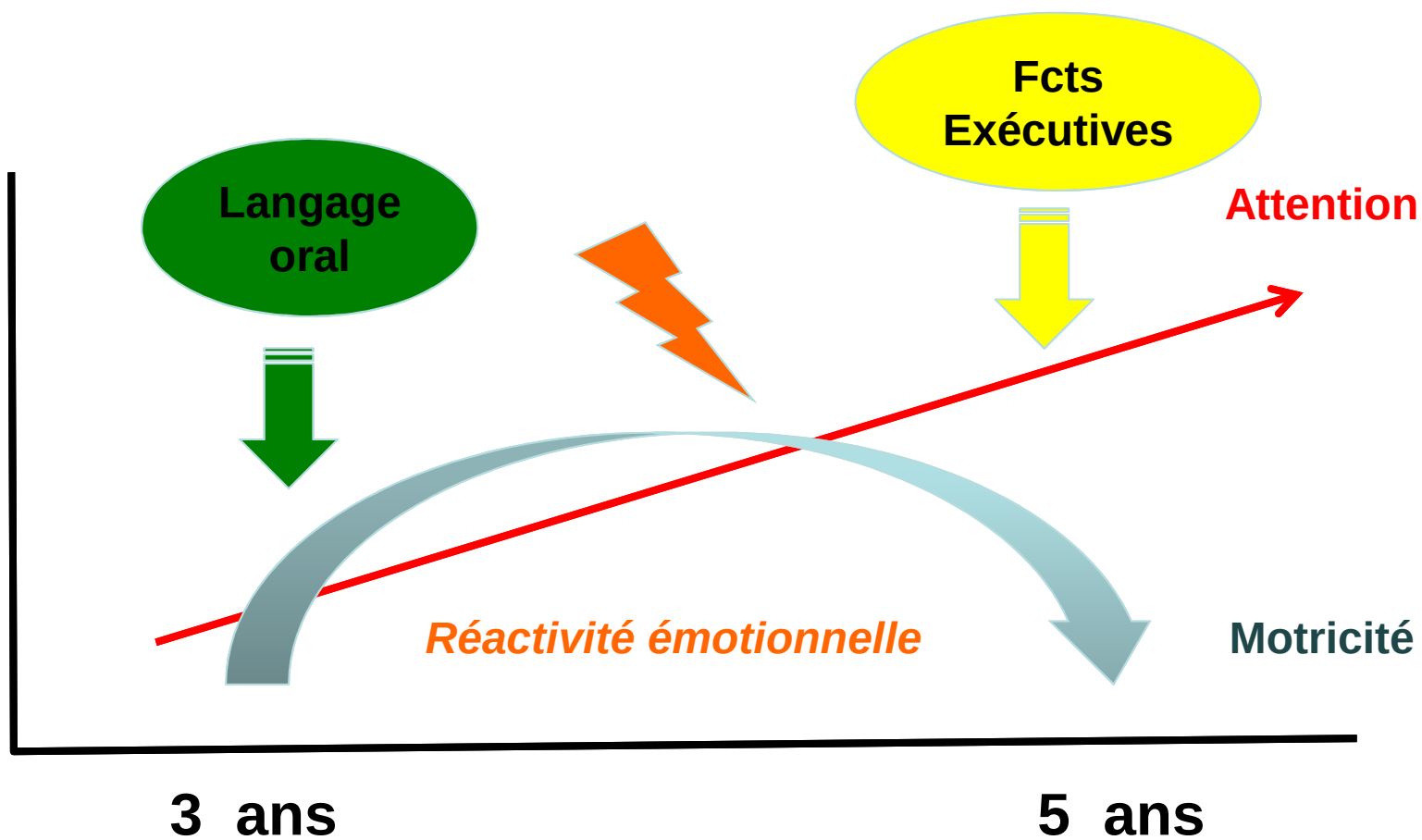
→ A **18 mois**

80% des enfants commettent des agressions physiques



R.Tremblay. Prevenir la violence dès la petite enfance. O.Jacob, 2008
F.Math & D.Desor. Comprendre la violence des enfants. Dunod, 2015

L'auto contrôle de soi....





NIH Public Access

Author Manuscript

Arch Gen Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2010 January 25.

Published in final edited form as:

Arch Gen Psychiatry. 2010 January ; 67(1): 78–84. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.171.

Structural differences in adult orbital and ventromedial prefrontal cortex are predicted by 4-month infant temperament

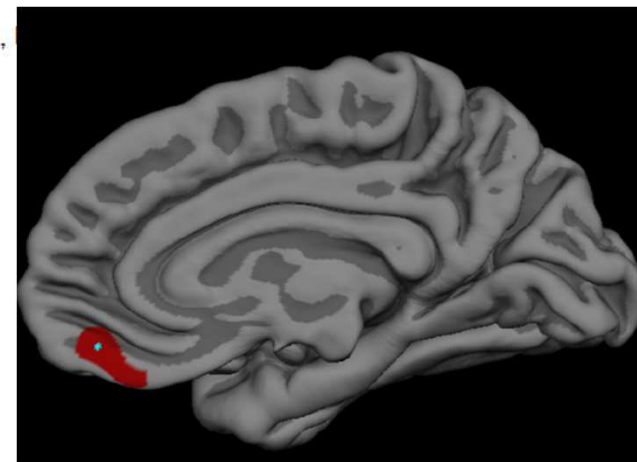
Carl E. Schwartz, MD^{1,2,3}, Pratap S. Kunwar, MS^{1,2}, Douglas N. Greve, PhD^{2,3,4}, Lyndsey R. Moran, BA¹, Jane C. Viner, BA¹, Jennifer M. Covino, BS, MPA¹, Jerome Kagan, PhD⁶, S. Evelyn Stewart, MD^{1,3}, Nancy C. Snidman, PhD^{1,5}, Mark G. Vangel, PhD^{2,3,7}, and Stuart R. Wallace, BS^{1,2}

¹Developmental Neuroimaging & Psychopathology Laboratory, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Context—The term temperament refers to a biologically based predilection for a distinctive pattern of emotions, cognitions, and behaviours first observed in infancy or early childhood. High reactive infants are characterized at 4 months by vigorous motor activity and crying in response to unfamiliar visual, auditory, and olfactory stimuli, whereas low reactive infants show low motor activity and low vocal distress to the same stimuli. High reactive infants are biased to become behaviorally inhibited in the second year of life, defined by timidity with unfamiliar people, objects and situations. In contrast, low reactive infants are biased to develop into uninhibited children who spontaneously approach novel situations.

Objective—To examine whether differences in the structure of ventromedial or orbitofrontal cerebral cortex at age 18 years are associated with high or low reactivity at 4 months of age.

Design—Structural MRI in a cohort of 18-year olds enrolled in a longitudinal study. Temperament was determined at 4 months of age by direct observation in the laboratory.



Results—Adults with a low reactive infant temperament, compared with those categorized as high reactive, showed greater thickness in left orbitofrontal cortex. Subjects categorized as high reactive in infancy, compared with those previously categorized as low reactive, showed greater thickness in right ventromedial prefrontal cortex. This is the first demonstration that temperamental differences measured at 4 months of age have implications for the architecture of human cerebral cortex lasting into adulthood. Understanding the developmental mechanisms that shape these differences may offer new ways to understand mood and anxiety disorders as well as the formation of adult personality.



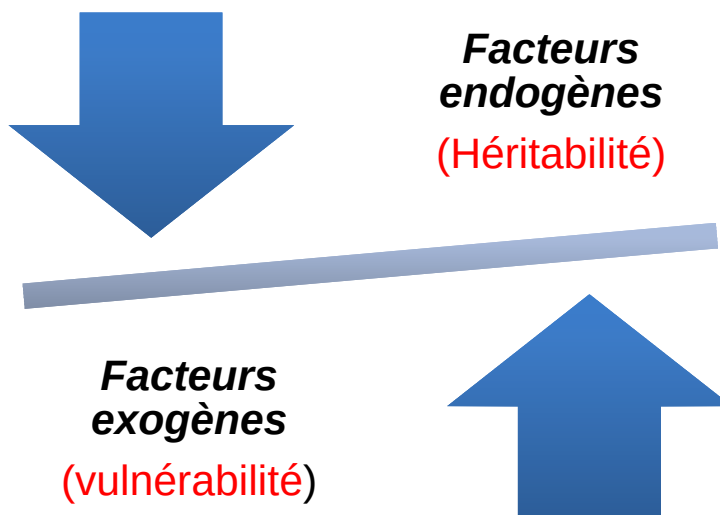
- La triade ***Hyperactivité - Irritabilité & Agressivité***, entre 3 & 4 ans, majore le risque de :
 - TDA/H
 - Conduites oppositionnelles (TOP & TC)
 - Troubles anxio dépressifs
- à ...9,14 & 25 ans



Smith et al. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2017
Husby & Wichstrom. J Abnorm Child Psychol, 2017
Dery et al. Child Psychiatry Hum Dev, 2017

3. Données actuelles

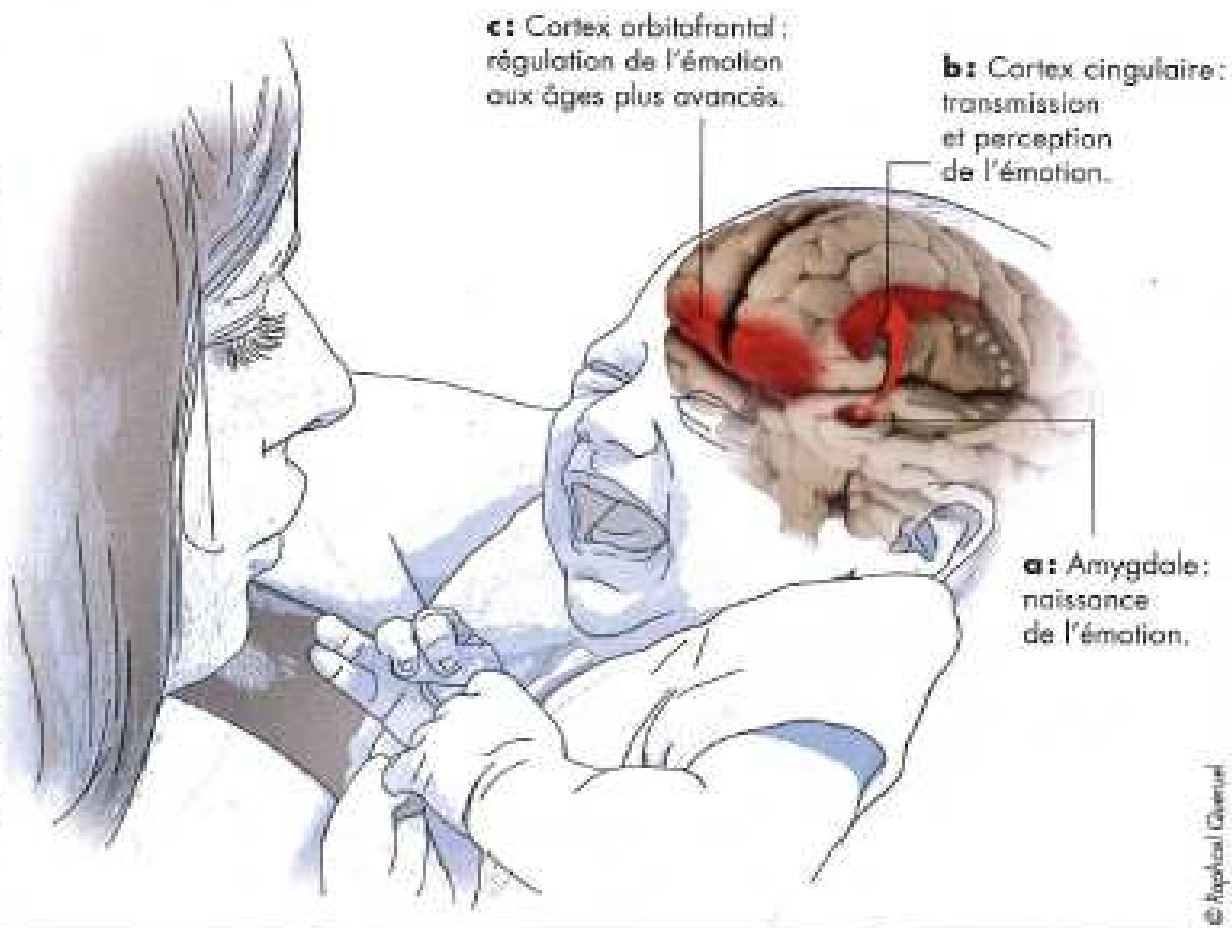
- **N'en faisons pas une maladie...**
 - La notion de *Trouble*



→ **Processus poly factoriels & approche pluri disciplinaire**

L'attachement sécure: une expression libre des émotions

Un attachement sécure s'établit lorsqu'un enfant peut exprimer ses émotions et les voir prises en compte. Chez un enfant qui a peur, par exemple, l'émotion part de l'amygdale (a) et gagne le cortex cingulaire (b) qui lui permettra par la suite d'être perçue et exprimée. Si le parent ne répond pas à ces attentes, le cortex cingulaire interdira à l'avenir à l'émotion de quitter l'amygdale. L'émotion sera séquestrée, inconsciente, difficilement exprimable et régulable. Plus tard, chez l'enfant ou l'adolescent, elle ne pourra pas gagner le cortex orbitofrontal nécessaire à sa régulation (c).



4. Retombées pratiques

✓ **Changement de paradigme**

- De l'enfant manipulateur qu'il faut redresser...
- A l'enfant **vulnérable**, au cerveau immature, qui nécessite d'être accompagné avec bienveillance

✓ **Un trouble du comportement exprime un besoin non satisfait (source d'angoisse)**

- Repérage précoce des situations à risque **> 5 ans**
- Prévention primaire
- Prévention secondaire (programmes psycho éducatifs et accompagnements thérapeutiques, ...)



4. Retombées pratiques

✓ L'importance de l'éducation...

→ *Le holding parental*

- ✓ Présentation « juste » de la réalité
- ✓ Interdits & limites structurantes
- ✓ Bienveillance & confiance en soi

→ *Le style éducatif parental*

D. Baumrind, 1971

- ✓ Autoritaire (pratiques dures & punitions)
- ✓ Permissif (indulgence et faiblesse excessive)
- ✓ Négligent (indifférence et froideur affective)
- ✓ Démocratique (fermeté bienveillante)



4. Retombées pratiques

✓ **Mais ca ne suffit pas...**

→ **Le TDAH** **Hyperactivité/impulsivité**
Inattention

- Avant l'âge de 12 ans
- 2 situations (maison, école et ...)
- Altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie



- **Comorbidités associées** **> 70%**

→ Troubles du langage
Troubles de la coordination motrice
Troubles des apprentissages
TEI & TDDE
Dépression / anxiété

→ **Problème du diagnostic positif & différentiel**



4. Retombées pratiques

✓ ***Le TDAH : un diagnostic clinique mais qui doit être argumenté...***

- Intérêt des échelles cliniques (Conners, ADHD-RS)
- Test psychométrique (WPPI-IV / WISC-V)
- Batterie neuropsychologique (NEPSY-II/BMTi/ TEA CH)
- Bilan de langage et /ou psychomoteur
- Avis neuropédiatrique (EEG, X fra, sensoriel)

→ ***Centre référent / réseau de santé TND & A / praticiens libéraux***



Le TOP ...c'est pas TOP

- **Clinique**

- Colères fréquentes et/ou humeur irritable
- Attitudes défiantes et/ou argumentatives
- Caractère vindicatif et/ou opposant

- **Critères associés**

- Impact significatif (dans une situation)
- Durée > 6 mois



Le Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle

- Le TDDE est une **nouvelle entité diagnostique** apparue dans **le DSM 5^{ème} version** (2013)
- Il vise à réduire le surdiagnostic de **troubles bipolaires** chez l'enfant
- Le TDDE est classé parmi les **troubles dépressifs**.



Smith et al. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2017
Husby & Wichstrom. J Abnorm Child Psychol, 2017
Dery et al. Child Psychiatry Hum Dev, 2017

Le Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle

- **Clinique**
 - Une humeur irritable – colérique de façon chronique +++
 - Des crises de colères jugées excessives : sévères et récurrentes
 - Et ne correspondent pas au niveau de développement de l'enfant
- **Critères associés**
 - ces crises surviennent au moins **3x/semaine** en moyenne
 - Les troubles doivent avoir débuté **avant l'âge de 10 ans**
 - Durée des troubles **> 1 an** (sans intervalle libre de plus de 3 mois)
- Ce diagnostic ne peut être porté que chez un enfant âgé entre **6 et 18 ans**.
- Pour que le diagnostic soit retenu, les symptômes doivent entraîner un **retentissement dans au moins deux domaines de la vie de l'enfant** parmi : l'école, la maison, les relations avec les pairs.
- Il faut également que ce retentissement soit **jugé sévère dans au moins un domaine** sus-cité.



Leibenluft et al, Am J Psychiatry, 2011
Stringaris & Goodman. Am J Psychiatry, 2009
Brotman et al. Am J Psychiatry, 2017

5. Principes de prise en charge

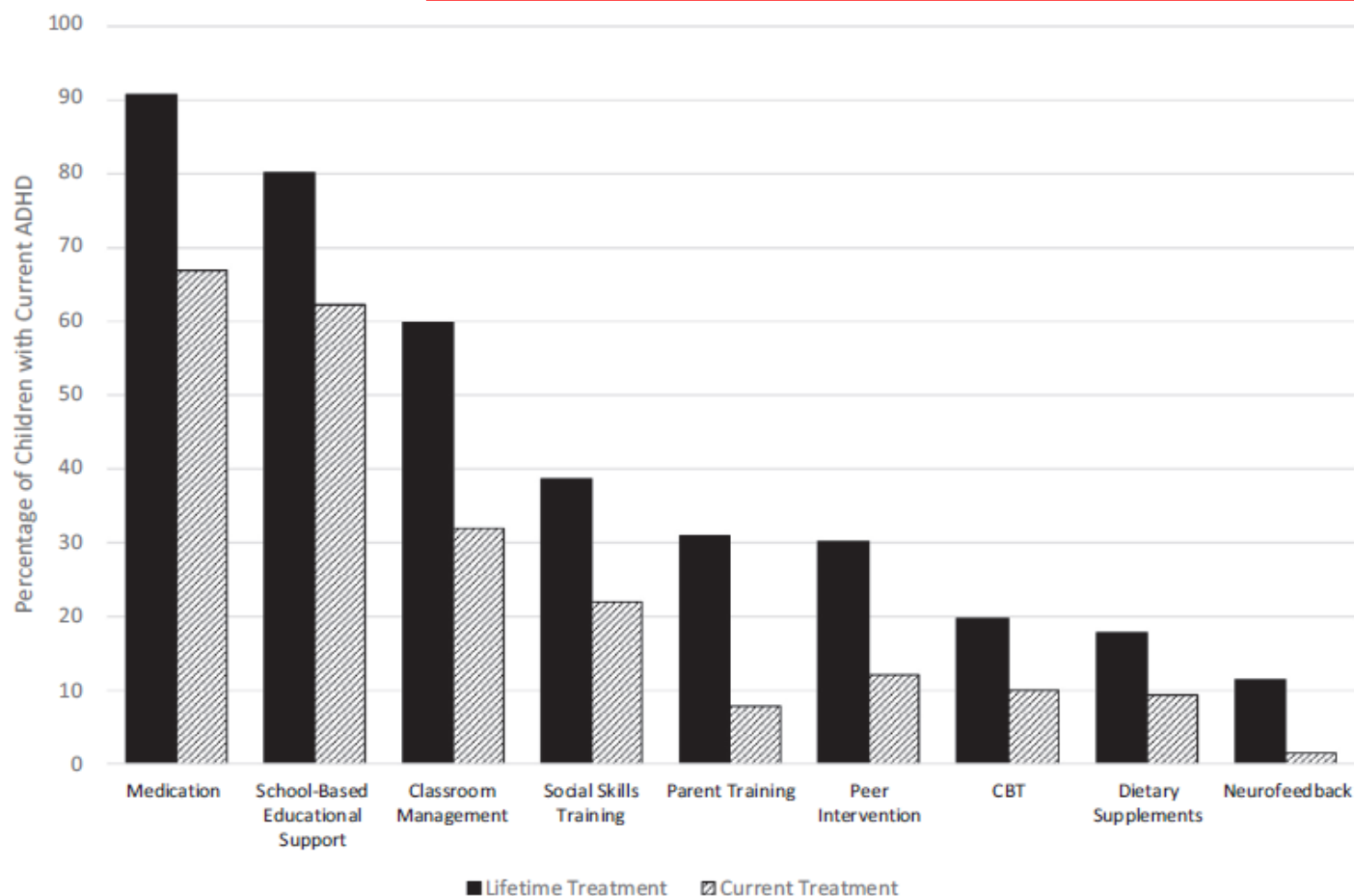


Figure. Graph showing percentage of children 4-17 years of age with current ADHD receiving treatment, by treatment type (medication, school-based educational support, classroom management, social skills training, parent training, peer intervention, cognitive behavioral therapy, dietary supplements, and neurofeedback) (NS-DATA 2014).

5. Principes de prise en charge

1. Aides éducatives

Guidance parentale

Attachement parental & éducation positive

2. Remédiations

Langage (orthophonie)

Motricité (psychomotricité et/ou ergothérapeute)

Gestion émotionnelle & Habiletés sociales (neuropsychologue/psychologue)

3. Approches psycho éducatives

Programmes validés

Cochrane DataBase Syst Rev 2016

4. Psychotrope en seconde intention

5. Psychothérapies

Pas de différences significatives entre les différentes approches

Approches validées

NICE Guidelines. BMJ 2015

Thérapie cognitivo-comportementale

Thérapie systémique



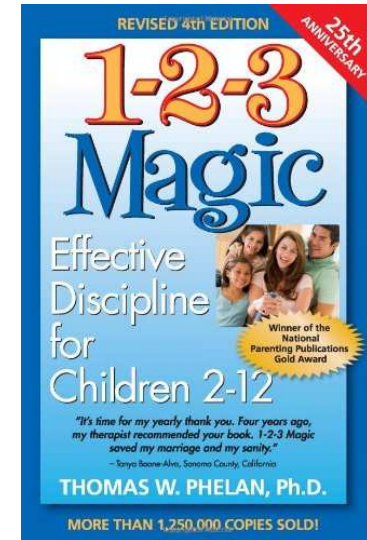
5. Principes de prise en charge

- **Le « Positive parenting »**
 - Le « *Positive Parenting* » pourrait se traduire par « *des méthodes de parentalité positives* ».
 - Par exemple, le *Positive Parenting* implique le respect mutuel, la création d'un environnement sécurisant pour l'enfant, avoir des attentes réalistes de la part de l'enfant...
- **Son efficacité a été démontrée dans l'opposition**
 - surtout chez les plus petits (*étude de Scotto, 2012*)
 - chez les adolescents, les résultats sont plus limités, il semblerait qu'il vaut mieux se tourner vers une Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) individuelle.



5. Principes de prise en charge

- **Les programmes psycho éducatifs**
 - Influencer sur les facteurs de risques
(intervention préventive)
 - Réduire l'agressivité, les actes antisociaux, la violence en générale *(intervention ciblée)*
 - Trois cibles
 - Facteurs liés à l'éducation parentale
 - Facteurs liés à l'enfant
 - Facteurs environnementaux
- Ex :
 - Seattle Social Development Project
 - Montreal Prevention experiment
 - PATHS program (6-10 ans)
 - Fast Track Program (6-17 ans)



Pour conclure...



Perspectives...

- **Apprendre, c'est être attentif...**
 - *Hyper sollicitation & « surcharge cognitive »*
 - La durée moyenne de concentration baisse (dispersion digitale)
 - Capacité en MDT sont passées de 12 sec à 8 sec
- **Etre attentif, c'est aussi inhiber...**



Un challenge cognitif...

→ *L'attention un « capital » qu'il faut savoir entretenir et préserver...*

→ *Muscler ses fonctions exécutives*



Merci de votre attention



Email : pierre.fourneret@chu-lyon.fr

