



HAL
open science

Sommeil, activité et trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle : une étude actigraphique

Hélène Lahaye

► **To cite this version:**

Hélène Lahaye. Sommeil, activité et trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle : une étude actigraphique. Psychiatrie et santé mentale. 2019. dumas-02284912

HAL Id: dumas-02284912

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02284912>

Submitted on 12 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Picardie Jules Verne

Faculté de Médecine d'Amiens

Année 2019 N° 2019-45

**SOMMEIL, ACTIVITÉ ET TROUBLE DISRUPTIF AVEC DYSRÉGULATION
ÉMOTIONNELLE : UNE ÉTUDE ACTIGRAPHIQUE**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : PSYCHIATRIE

Présentée et soutenue publiquement le

17 mai 2019 à Amiens

Par

Hélène LAHAYE

Président du jury : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Membres du jury
Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS
Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT
Monsieur le Docteur Sébastien GARNY DE LA RIVIÈRE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Je vous remercie de me faire le grand honneur de présider mon jury de thèse.

Je vous exprime toute ma gratitude ainsi que mon profond respect.

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chef du Services d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux Pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Vous m'avez accompagné tout au long de mon parcours de recherche.

Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail et de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

Veillez recevoir mes humbles remerciements et ma vive reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur du DES de psychiatrie

Vous me faites l'honneur et le plaisir de diriger ce travail.

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagné tout au long de mon Internat.

Par votre enthousiasme, votre disponibilité, vos encouragements, et vos conseils, vous m'avez permis de mener à bien ce projet.

Veillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Merci de l'intérêt porté à mon travail.

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect

Monsieur le Docteur Sébastien GARNY DE LA RIVIÈRE

Praticien Hospitalier

Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

Reçois toute ma reconnaissance pour ton accompagnement durant mon internat, ton intérêt pour mes travaux de recherche et la transmission de ton savoir qui a guidé ma pratique. Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ma thèse et t'exprime mon profond respect.

Je dédie ce travail,

À **Sam**. Tu m'as accompagné et soutenu durant tout mon internat. Tu as été mon premier co-interne, ma plus belle rencontre et ce que l'internat m'a apporté de meilleur. Hâte de devenir Mme Boutalha !

À **mes parents**. À mon père, pour m'avoir donné l'envie du travail, pour s'être toujours intéressé à ce que je faisais. Je sais la chance que nous avons de t'avoir à nos côtés aujourd'hui. A ma mère, pour son soutien et son réconfort dans les moments difficiles et son enthousiasme dans tout ce que j'ai entrepris... Merci.

À **Sophie**, sœur, consœur, témoin, et bien plus ... sans toi je n'aurais jamais fait médecine. Merci pour ta présence depuis toujours, tes conseils, ton soutien sans faille au travail comme en dehors.

À **Kévin**, le meilleur des beaux-frères ! Merci pour ta bonne humeur et ton soutien. Je suis heureuse de te compter parmi la famille.

À **Virginie**, merci pour ton aide dans la rédaction de mes travaux et ta gentillesse. Je suis impatiente de travailler avec toi (promis je noterai mes rendez-vous). À Olivier, Charlotte et Arthur, pour votre présence chaleureuse.

À **toute ma famille**, pour leur présence tout au long de mes études.

À **mes beaux-parents, à Zac et Ludivine**, merci de m'avoir accueilli parmi les vôtres.

À **Céline**, ma copine d'externat, on se suit depuis la D2, tu as été là à tous les moments, les meilleurs comme les plus difficiles. À **Etienne**, pour tout ce que nous avons partagé depuis de nombreuses années, à nos cinés et à ta DVD-thèque.

À **Camille**, tu es l'amie que n'importe qui aurait voulu rencontrer durant son internat. Que de bons souvenirs ensemble et à venir ! merci pour ton soutien, ta gentillesse, ta disponibilité.

À **Hélène**, on se connaît depuis la sixième et je suis très heureuse que l'on soit toujours Lapin respectif aujourd'hui.

À **Claire, Clément, Simon, Sylvie, Morgane**, vous êtes des amis en or et votre présence a été si précieuse ces dernières années. À **Mickaël**, thank you so much for your support and your translation's help.

À **Alexandre**, tu fais partie des co-internes qui sont devenus des vrais amis. Merci pour ton soutien dans la recherche et à tout ce que nous avons partagé en dehors.

À **Victoria**, je suis heureuse d'avoir passé cette dernière d'internat et cette dernière présidence avec toi !!!!!

À **Jérôme**, à ta Twingo rouge, à nos nombreux cafés et débats.

À **Sofian, Valentine, Valérie, Bastien, Manon, Sandra, Ugo, Émilie, Benjamin, Gaétan, Leslie et tous les membres de l'APIP**, vous avez été des co-internes avec qui l'internat a été agréable à traverser.

À **Émilie, Julien et Maël**, merci pour votre présence et d'avoir participé à notre rencontre...

À **l'équipe de l'UAO**, merci pour ces très nombreuses gardes passées ensemble. Vous êtes une équipe formidable et m'avez tant appris.

À **Catherine**, pour avoir relu ce travail.

À **Isabelle**, pour son aide précieuse en recherche.

À **Nathalie, Sébastien, Marie, Dr Legrand**, je vous remercie du savoir que vous m'avez transmis ainsi que de votre vision de la pédo-psychiatrie qui, j'espère, inspirera ma pratique. À **Leila**, qui m'a appris le traitement du sevrage et beaucoup d'autres choses.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	12
I) <u>INTRODUCTION</u>	13
1. <u>Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle</u>	13
1.1 Définitions	13
1.1.1 Dysrégulation Émotionnelle	13
1.1.2 Irritabilité	13
1.2 Évolution nosographique	14
1.3 Critères diagnostiques du TDDE.....	16
1.4 Caractéristiques épidémiologiques	18
1.4.1 Prévalence	18
1.4.2 Comorbidités psychiatriques	19
2. <u>TDDE et sommeil</u>	19
2.1 Conduites suicidaires et sommeil	19
2.2 Études antérieures	21
3. <u>TDDE et activité motrice</u>	22
4. <u>Objectifs de l'étude</u>	23
II) <u>MATÉRIELS ET MÉTHODES</u>	25
1. <u>Durée de l'étude</u>	25
2. <u>Critères d'inclusion</u>	25
3. <u>Critères de non inclusion</u>	25
4. <u>Information et consentements</u>	26
5. <u>Schéma de l'étude</u>	26
6. <u>Outils d'évaluation</u>	27
6.1 Questionnaire sociodémographique	27
6.2 Questionnaire auprès du parent	27
6.3 Questionnaires auprès de l'adolescent(e)	28
6.3.1 K-SADS-PL	28
6.3.2 Inventaire de dépression (BDI- II).....	28
6.3.3 ALS.....	28
6.3.4 Auto questionnaire du TSRH	29

6.4	Instruments remplis par le clinicien	29
6.4.1	C-SSRS.....	29
6.4.2	Grille sémiologique du TSRH	30
6.5	Agenda du sommeil	30
6.6	Autres questionnaires	31
7.	<u>Actigraphie</u>	31
7.1	<u>Principe de l'actigraphie</u>	31
7.1.1	Intérêt de l'actigraphie.....	31
7.1.2	Aspect théorique	32
7.1.3	Dispositif Actiwatch 2®	33
7.1.4	Caractéristiques de l'enregistrement	34
7.2	<u>Variables mesurées</u>	34
7.2.1	Variables sommeil	34
7.2.2	Variables activité	35
8.	<u>Analyses statistiques</u>	37
III)	<u>RÉSULTATS</u>	38
1.	<u>Diagramme de flux</u>	38
2.	<u>Caractéristiques générales de la population</u>	39
3.	<u>Données cliniques</u>	40
3.1	Comorbidités psychiatriques et médicaments.....	40
3.2	Scores à l'ALS et à la BDI-II	42
3.3	C-SSRS	43
4.	<u>Données actigraphiques</u>	44
4.1	Variables sommeil.....	44
4.2	Variables activité.....	45
IV)	<u>DISCUSSION</u>	47
1.	<u>Caractéristiques générales de la population</u>	47
2.	<u>Données cliniques</u>	47
2.1	<u>Comorbidités psychiatriques et médicaments</u>	47
2.1.1	Comorbidités psychiatriques	47
2.1.2	Médications	48
2.2	<u>Scores à la BDI-II et à l'ALS</u>	48
2.2.1	BDI-II	48

2.2.2 ALS	49
3. <u>C-SSRS</u>	49
4. <u>Variables actigraphiques</u>	50
4.1 Variables sommeil	51
4.2 Variables activité	53
5. <u>Limites</u>	55
V) <u>CONCLUSION</u>	56
VI) <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	57
VII) <u>ANNEXES</u>	62
1. Note d’information destinée aux adolescents de 12 à 17 ans	63
2. Formulaire de consentement de participation à la recherche	65
3. Auto-questionnaire TSRH version parent.....	67
4. Grille sémiologique du TSRH.....	68
5. Beck Depression Inventory II	74
6. Échelle de Labilité Émotionnelle	77
7. C-SSRS.....	81
8. Version francophone synthétique du K-SADS-PL	83
RÉSUMÉ.....	133

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ALS : Affective Lability Scale
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- APA: American Psychiatric Association
- BDI-II: Beck Depression Inventory-II
- C-SSRS: Columbia-Suicide Severity Rating Scale
- DMDD : Disruptive Mood Dysregulation Disorder
- DES : Dysrégulation Émotionnelle Sévère
- DRCI : Direction de Recherche Clinique et de l'Innovation
- DSM-5: Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder
- EADS : Éveil Après le Début du Sommeil
- EDM : Épisode Dépressif Majeur
- K-SADS-PL : Kiddie Schedule for Affective and Schizophrénia for school-age Children-Present and Lifetime
- ISA : Idéations Suicidaire Active
- ISP : Idéation Suicidaire Passive
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PSG : Polysomnographie
- SMD : Severe Mood Dysregulation
- TBP : Trouble Bipolaire
- TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TDDE : Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle
- TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation
- TPL : Trouble de Personnalité Limite
- TS : Tentative de Suicide
- TSRH : Trouble Sévère de Régulation de l'Humeur
- TTS : Temps Total de Sommeil

I) INTRODUCTION

1. Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle

1 Définitions

Avant de mieux contextualiser le Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle (TDDE) et de le définir, il convient d'expliciter les notions de dysrégulation émotionnelle et d'irritabilité chronique, symptômes clés du TDDE.

1.1.1 Dysrégulation Émotionnelle

La dysrégulation émotionnelle est un terme faisant référence à l'incapacité d'un sujet à réguler ou à contenir ses émotions.

La dysrégulation émotionnelle inclut l'irritabilité mais n'est pas exclusive aux émotions négatives et concerne également d'autres émotions dysrégulées (élation, dépression, anxiété)(1).

Il s'agit d'un symptôme non spécifique, dans la continuité de ce que l'on peut observer de façon physiologique durant le développement de l'enfant et de l'adolescent (2).

Elle s'exprime de manière pathologique dans plusieurs troubles psychiatriques, dont le Trouble de Personnalité Limite (TPL). Le TPL est un trouble de la personnalité caractérisé par une impulsivité importante et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects (3). La dysrégulation émotionnelle occupe une place importante dans la psychopathologie de ce trouble.

Pour M.Linehan, dans sa théorie biosociale (4), les sujets avec TPL ont une vulnérabilité constitutionnelle de leur système de régulation émotionnelle, provoquant une grande réactivité aux stimuli externes et internes, une réponse émotionnelle forte et une difficulté de retour à l'émotionnel basal.

1.1.2 Irritabilité

Il est d'abord à noter qu'il n'existe pas de définition consensuelle de l'irritabilité dans la littérature internationale. Tout comme la dysrégulation émotionnelle, l'irritabilité est un symptôme peu spécifique et transnosographique au sein des pathologies de santé mentale.

Elle s'inscrit, comme dit auparavant, dans le cadre des dysrégulations émotionnelles.

Il s'agit d'un critère diagnostique retrouvé dans plusieurs troubles psychiatriques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition* (DSM-5) (5) tel que, l'anxiété généralisée, l'état de stress post traumatique ou encore la dépression de l'enfant et de l'adolescent.

E. Leibenluft, dont de nombreux travaux de recherche ont porté sur l'irritabilité, proposait de définir l'irritabilité comme une réponse excessive aux stimuli émotionnels négatifs et la qualifie suivant une composante affective, la colère et une composante comportementale, l'agressivité (6).

Dans une récente revue de littérature portant sur l'irritabilité par X.Benarous et al. (7), celle-ci était décrite comme une humeur négative, caractérisée par un seuil plus bas de déclenchement de colère, en réponse à une frustration, une provocation, une menace, en comparaison aux jeunes du même âge développemental.

Stringaris et al., dans une revue tout aussi récente (1), définissait l'irritabilité comme une propension accrue à la colère chez un individu, par rapport aux paires de même niveau développemental.

Qu'elle qu'en soit la définition donnée à l'irritabilité, les auteurs s'accordent sur le fait que celle-ci est un symptôme d'intérêt majeur dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

En effet, l'irritabilité est considérée comme un marqueur psychopathologique prédisant le risque de développer ultérieurement un trouble psychiatrique.

De nombreuses études ont montré que la présence d'une irritabilité durant l'enfance et l'adolescence prédit l'apparition de trouble anxieux, de dysthymie et de dépression à l'âge adulte(8),(9),(10),(11).

De plus, il existe un gradient de sévérité parmi les enfants et adolescents souffrant d'irritabilité. Les jeunes ayant un niveau d'irritabilité élevée ont un retentissement fonctionnel moins bon que ceux avec un niveau d'irritabilité bas (6).

1.2 Évolution nosographique

Le TDDE a intégré la catégorie des troubles de l'humeur de l'enfant et de l'adolescent dans la dernière version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition* (DSM-5), version française (8), manuel de référence de classification des troubles mentaux, publié en mai 2013 par l'American Psychiatric Association (APA).

Ce nouveau diagnostic a été ajouté au DSM-5 afin de pouvoir mieux identifier et prendre en charge les enfants et adolescents présentant une irritabilité chronique tout en se différenciant du trouble bipolaire (TBP) en population pédiatrique (12).

Le TBP est une maladie psychiatrique chronique caractérisée par la succession de phase maniaque ou hypomaniaque (avec humeur expansive) et de phase dépressive (avec humeur triste) (5).

Après une période où la bipolarité a été largement sous diagnostiquée en population pédiatrique, et suite à de nombreux travaux de recherche concernant le développement des troubles de l'humeur chez l'enfant et l'adolescent à partir des années 1960 (13), la définition de la manie chez l'enfant a été élargie, avec comme hypothèse sous-jacente, que l'irritabilité sévère chronique pourrait être un équivalent, ou tout au moins, un état maniaque en maturation.

Il s'en est suivi une augmentation significative du diagnostic de TBP aux États-Unis : entre 1996 et 2003 (14), le nombre d'enfants et d'adolescents diagnostiqués avec un TBP avait augmenté de 1,3 à 7,3 cas pour 10 000.

La présentation clinique classique de TBP, c'est-à-dire telle qu'elle est décrite chez l'adulte, est finalement rare chez les jeunes enfants (15).

Beaucoup d'enfants diagnostiqués bipolaires présentaient des symptômes différents de ceux classique de bipolarité (16), il convenait donc de pouvoir réfléchir à une alternative au diagnostic de TPB chez les enfants et adolescents présentant notamment une irritabilité chronique sévère.

C'est ainsi qu'a été mise en évidence la notion de dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère (DES).

E. Leibenluft (17) est à l'origine de la description clinique des symptômes de DES, communément appelé *Severe Mood Dysregulation* (SMD), traduit en français par *Trouble Sévère de Régulation de l'Humeur* (TSRH).

Dans le DSM-5, c'est le terme *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* (DMDD) qui a été retenu, traduit en français par Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle (TDDE).

Dans certain outil d'évaluation clinique antérieur à la traduction française du DSM-5, est utilisé le terme TSRH et non TDDE (cf Matériels et Méthodes).

Le tableau clinique du TDDE est semblable à celui décrit par Leibenluft, excepté l'hypervigilance qui a été exclue par le groupe de travail du DSM-5.

La présence d'une hyperactivité associée implique une comorbidité au TDDE avec un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH).

Le TDAH est décrit, selon le DSM-5, comme un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement (1).

Les critères du TDDE dans le DSM-5 sont plus restreints que ceux du TSRH et ne peuvent plus co-exister avec un Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP). Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est un trouble de l'enfant et de l'adolescent caractérisé par une humeur colérique/irritable, un comportement querelleur/provocateur ou un esprit vindicatif persistant (5).

1.3 Critères diagnostiques

Les critères fondamentaux du TDDE sont une irritabilité chronique sévère et des crises de colère (appelées également « crises de rage ») (18). On distingue deux composantes à cette irritabilité : la composante « tonique » se traduisant par une humeur négative, et une composante « phasique » qui se traduit par des crises de colère excessives, inadaptées compte tenu de l'âge et du facteur déclenchant (12).

Les critères diagnostiques du TDDE retenus dans le DSM-5 (1) sont les suivants :

- A- **Crises de colère sévères récurrentes** se manifestant verbalement (p. ex. excès de fureur verbale) et/ou dans le comportement (p. ex. agressivité physique envers des personnes ou des objets) qui sont nettement hors de proportion en intensité et en durée avec la situation ou la provocation.
- B- Les crises de colères **ne correspondent pas au niveau de développement.**
- C- Les **crises de colères** surviennent en moyenne, **trois fois par semaine** ou plus.
- D- **L'humeur entre les crises** de colère est de façon **persistante irritable ou colérique** quasiment toute la journée, presque tous les jours et elle peut être observée par les autres (p.ex. parents professeurs, pairs).
- E- **Les critères A-D sont présents depuis 12 mois ou plus.** Pendant ce temps, la personne n'a pas eu de période d'une durée de 3 mois consécutifs ou plus sans tous les symptômes des critères A-D.

F- **Les critères A-D sont présents dans au moins deux parmi trois situations** (c.-à-d à la maison, à l'école, avec les pairs) et sont sévères dans au moins une des situations.

G- **Le diagnostic ne doit pas être porté** pour la première fois **avant l'âge de 6 ans** ou **après l'âge de 18 ans.**

H- D'après l'anamnèse ou l'observation, l'âge de **début des critères A-E est inférieur à 10 ans.**

I- Il n'y a **jamais eu une période** distincte de plus d'une journée pendant laquelle ont été réunis tous les critères symptomatiques, à l'exception de la durée, **d'un épisode hypomaniaque ou maniaque.**

NB : Une élévation de l'humeur correspondant au niveau de développement, survenant p.ex. au cours d'un événement très positif ou de son anticipation, ne doit pas être considérée comme un symptôme de manie ou d'hypomanie.

J- Les comportements ne surviennent pas exclusivement au cours d'un épisode d'un trouble dépressif caractérisé et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex. trouble du spectre de l'autisme, trouble de stress post traumatique, anxiété de séparation, trouble dépressif persistant [dysthymie]).

NB : Ce trouble ne peut pas coexister avec un trouble oppositionnel avec provocation, un trouble explosif intermittent ou un trouble bipolaire mais il peut coexister avec d'autres troubles, tels un trouble dépressif caractérisé, un déficit de l'attention/ hyperactivité, un trouble des conduites et des troubles de l'usage d'une substance. Les personnes dont les symptômes répondent à la fois aux critères d'un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle et d'un trouble oppositionnel avec provocation doivent recevoir un diagnostic unique de Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle. Si un individu a déjà présenté un épisode maniaque ou hypomaniaque dans le passé, il ne doit pas recevoir de diagnostic de Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle.

K- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale ou neurologique.

1.4 Caractéristiques épidémiologiques

1.4.1 Prévalence

Compte tenu de la relative nouveauté du TDDE dans la littérature internationale, nous disposons de peu de données épidémiologiques sur ce trouble.

En population pédiatrique générale, contrairement à ce qui avait été avancé précédemment dans la littérature, le TDDE serait relativement rare avec une prévalence autour de 1%.

Cette prévalence est augmentée en population clinique où, sur une étude rétrospective de 101 enfants et adolescents consultants pour trouble de l'humeur, 22% ont été diagnostiqués TDDE (19).

En population générale, une prépondérance masculine semble être confirmée (5),(20).

1.4.2 Comorbidités psychiatriques

Ce nouveau syndrome présente des comorbidités non négligeables.

L'une des principales comorbidités est la survenue d'une dépression, que l'on nommera ici Épisode Dépressif Majeur (EDM) conformément à la nomenclature du DSM-5.

L'étude princeps de Brotman et al (21) révélait que la présence d'un TDDE augmentait le risque de syndrome dépressif de plus de 7 fois chez les patients par rapport à des jeunes ne présentant pas ce trouble.

Une enquête plus récente de Copeland et al (22) confirme cette association avec un risque relatif d'association estimé, selon les échantillons, entre 9,9 et 23,5 pour les troubles dépressifs.

Le TDDE est également fortement associé au TDAH. Selon une étude de Mayes récente, le TDDE est associé à hauteur de 26 % au TDAH en population générale (23). Le TDDE pourrait ainsi constituer une part importante des troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent (24).

Les enfants et adolescents porteurs d'un TDDE évoluent davantage vers des troubles anxieux et dépressifs à l'âge adulte (25)(26) que vers un TBP, écartant l'hypothèse initiale du lien entre irritabilité chronique et TBP.

Ainsi, dans une étude de Stringalis et al. sur une population clinique pédiatrique, la survenue d'un épisode maniaque était 50 fois plus fréquente chez les jeunes avec TBP que ceux avec TDDE (24).

De façon globale, les enfants et adolescents porteurs d'un TDDE ont davantage de difficultés (p.ex sociale, financière, santé) à l'âge adulte comparées aux jeunes sans TDDE ou avec un autre trouble pédo-psychiatrique (25).

Cliniquement, ce syndrome est vécu très difficilement par le patient et sa famille, particulièrement par les parents, qui ne parviennent pas à mettre un terme aux crises de leur enfant et sont désemparés face à l'intensité de ses colères. Ils ne maîtrisent pas les facteurs déclenchants les crises ni les moyens de les réduire ou d'apaiser leur enfant (27). Ceci engendre une souffrance psychique non négligeable pouvant entraîner des conduites suicidaires.

2. TDDE et sommeil

2.1 Conduites suicidaires et sommeil

En France, les suicides représentent 16 % des décès chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, constituant la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge, après les accidents de la voie publique (28). Le suicide chez les adolescents est un problème de santé publique, d'autant plus qu'il est une cause de mortalité évitable.

La moyenne nationale de décès par suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 4.7/100 000 habitants en France, d'après les données de 2015 du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc). Il existe une disparité interrégionale importante avec une surmortalité globale supérieure de 20% dans cette tranche d'âge dans les régions Nord-Ouest.

La première cause de suicide est la dépression avec une imputabilité estimée à 60 (29). Dans une étude cas-témoins d'enfants et d'adolescents suicidant, menée par J. Renaud al (29), il a été démontré que le risque de suicide abouti était multiplié par 40 en cas de trouble dépressif sous-jacent.

De plus, le diagnostic d'EDM est retrouvé dans 42 à 82 % des adolescents ayant fait une TS avec un risque multiplié par 11 chez les adolescents déprimés de faire une TS par rapport à la population générale du même âge (30).

Le risque suicidaire est également particulièrement associé à la dysrégulation émotionnelle chez l'adolescent, qu'elle soit concomitante ou non avec la présence d'un EDM (31), (32).

Comme avancé précédemment, la dysrégulation émotionnelle est une composante essentielle du TPL. La présence d'un TPL à l'adolescence est fortement associée aux conduites suicidaires (33),(34) et constitue l'un des facteurs de risque le plus important d'acte suicidaire.

Contrairement au TPL, où les intrications avec les comportements suicidaires ont été mises en avant dans de nombreuses études, aucune étude longitudinale n'a été conduite sur le lien entre conduite suicidaire et TDDE.

Les données concernent l'irritabilité chronique et la dysrégulation émotionnelle, symptômes majeurs du TDDE. Les liens entre irritabilité chronique et suicidalité a été mise en avant dans la littérature, notamment dans une revue de littérature récente (7), ainsi que ceux portant sur la dysrégulation émotionnelle, comme nous l'avons souligné précédemment.

En pratique clinique, les troubles du sommeil sont une plainte fréquente de la part des enfants et adolescents porteurs d'un TDDE et/ou de leur famille.

Les troubles du sommeil, en particulier l'insomnie, étaient un critère initial de la description sémiologique de Leibenluft de la DES (9) mais n'ont pas été retenus dans le DSM-5.

Le TDDE a été intégré à la catégorie des troubles de l'humeur dans les DSM-5, les symptômes dépressifs présents sont chroniques, sans atteindre les critères nécessaires au diagnostic d'un EDM.

Le lien entre altération du sommeil et pathologies psychiatriques (TOP, comportements suicidaires, EDM, TPL) a été clairement établi dans la littérature (22).

En effet, au sein des tableaux cliniques marqués par des variations thymiques et des symptômes dépressifs, le trouble du sommeil est une composante d'intérêt particulier : la quasi-totalité des adultes et adolescents déprimés rapporte des troubles du sommeil.

L'insomnie constitue ainsi le premier symptôme de dépression (35) et multiplie par quatre le risque de premier EDM ainsi que le risque de récurrence d'EDM. C'est également un facteur prédictif de dépression (36) : en population générale, l'insomnie à l'adolescence est associée au risque à l'âge adulte de développer un EDM (37).

Chez l'enfant et l'adolescent, ont été montrées des différences significatives entre sujets sains et adolescents déprimés, à la fois sur des plaintes subjectives du sommeil (38) (nombre de réveils nocturnes, nombre de minutes nocturne réveillé, qualité du sommeil) que sur certaines spécificités d'architecture du sommeil observées en polysomnographie (PSG) (39). Ainsi, plusieurs études observent une augmentation de la latence d'endormissement avec raccourcissement de la latence des périodes à mouvement oculaire rapide chez les adolescents déprimés (40).

L'insomnie est également associée aux conduites suicidaires (41) : l'insomnie rapportée par auto-questionnaire multiplie le risque par trois de suicide (TS) dans une étude (42) chez plus de

5000 adolescents américains. Elle est également en lien avec les suicides complétés (43) : après autopsie psychologique rétrospective comparative de 140 adolescents décédés par suicide, ceux-ci avaient présenté une aggravation des troubles du sommeil la semaine précédant leur décès, indépendamment des autres symptômes dépressifs.

2.2 Études antérieures

Dans la littérature internationale, peu d'études se sont intéressées à l'exploration objective du sommeil chez les TDDE.

Une étude par PSG chez des enfants TDDE en comparaison avec des enfants avec TBP et TDAH a été menée récemment par l'équipe d' Estrada-Prat X (44). Le but était de comparer les profils de sommeil entre les groupes, et de mettre en évidence, soit d'éventuelles spécificités propres au TDDE, soit des similitudes avec les TBP, en particulier sur la phase de REM-sleep. Aucune différence significative sur l'architecture du sommeil des enfants TDDE en comparaison avec les deux autres groupes n'a été retrouvée.

Néanmoins, plusieurs limites concernant cette étude peuvent être soulevées. Tout d'abord, l'échantillon des patients était de petite taille (n =14 enfants) et surtout la majorité (11 sur 14) recevait un traitement anti-dépresseur dont les effets positifs sur le sommeil ont été démontrés. De plus, le temps d'enregistrement de PSG était particulièrement court (8 heures).

L'équipe de Waxmonsky et al. (45) a également exploré les troubles du sommeil dans une population d'adolescents TDDE à l'aide de questionnaires parent et d'un enregistrement d'une nuit en PSG. Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence pour les variables du sommeil.

En effet, tout comme les résultats d'Estrada-Prat X et al, l'enregistrement en PSG n'était que sur une nuit de sommeil alors que dans notre étude, la durée d'enregistrement était de 9 jours. L'échantillon de TDDE avait également un fort taux de comorbidités : 92 % des enfants TDDE avaient un diagnostic associé de TDAH.

Or, les liens entre troubles du sommeil et TDAH sont bien connus et ont été démontrés dans la littérature (46).

Notre étude pilote (47) avait retrouvé un temps total de sommeil et une efficacité de sommeil réduites ainsi qu'une latence d'endormissement augmentée parmi un groupe de 21 enfants et adolescents âgés de 6 à 16 ans avec TDDE. Tous les sujets avaient une comorbidité

psychiatrique associée. La principale limite de notre étude, en plus des fortes comorbidités, était l'absence de groupe contrôle.

Étant donné que le TDDE comprend à la fois une dysrégulation émotionnelle et des symptômes dépressifs et que les deux sont associés aux conduites suicidaires de l'adolescent, elles-mêmes en lien avec une altération du sommeil, nous émettons l'hypothèse que les TDDE sont associés à des anomalies du sommeil observables en actigraphie.

3. TDDE et activité motrice

Les crises émotionnelles aiguës des enfants TDDE ont une structure proche de celles des crises « développementales » mais leur durée est plus longue (48).

Le rappel d'une règle ou d'une consigne émanant d'un adulte et les provocations d'autres enfants sont les principaux facteurs de ces crises de colère.

L'équipe de Leibenluft s'était intéressée aux différentes (25) composantes de la crise de colère.

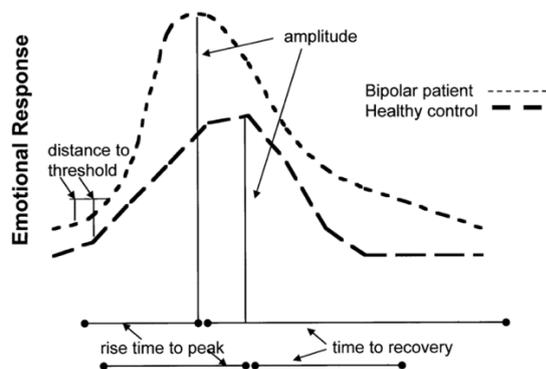
En considérant le symptôme prééminent, c'est-à-dire la crise de colère, le premier composant pouvant être décrit est l'irritabilité.

Le seuil émotionnel déclenchant la crise est plus bas que pour la plupart des autres jeunes du même âge développemental, ce qui induit des crises de colère plus fortes en intensité et en durée avec une période de retour à l'euthymie plus long.

Le second composant pouvant être décrit est un possible défaut d'inhibition motrice ou un seuil de base d'activité motrice plus haut que la moyenne des jeunes du même âge développemental. Le patient est incapable d'anticiper ou de prévenir les crises de colère. A noter qu'autant la colère s'intensifie rapidement au début de la crise, pour ensuite disparaître, autant la détresse est constante durant toute la crise.

Pour illustrer notre propos, nous pouvons utiliser le modèle développé par Davidson et repris par Leibenluft (2) sur la réponse émotionnelle de patients bipolaires en comparaison avec des patients contrôles sains (Figure 1).

Figure 1. Réponse émotionnelle : patients avec TBP versus témoins sains.



Par extrapolation, ce défaut d'inhibition motrice ou ce seuil d'activité motrice plus élevé que la moyenne pourrait avoir un impact sur l'activité motrice circadienne du sujet avec TDDE, et entraîner une réponse émotionnelle disproportionnée se traduisant par une crise de colère intense.

Notre hypothèse est celle d'un trait d'irritabilité motrice caractérisé par une activité motrice de base plus élevée chez les TDDE en comparaison avec des jeunes non TDDE.

4. Objectifs de l'étude

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre du protocole Acti-Humeur, actuellement en cours (N°ICB : 2012-A00925-38) et dont l'investigateur principal et responsable scientifique est le Pr Jean-Marc Guilé (Consultation de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Amiens Picardie).

Le protocole Actihumeur a reçu l'autorisation du Comité de Protection des Patients Nord-Ouest 2 (Amiens).

Il s'agit d'une étude descriptive, uni centrique (CHU Amiens Picardie) de type cas-témoin (49). La visée de l'étude est exploratoire au vu du peu de données dans la littérature scientifique concernant le TDDE.

Nous utiliserons un plan comparatif non randomisé pour étudier les variables explorées dans le groupe cas TDDE et le groupe témoin non-TDDE.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la prévalence du TDDE dans un échantillon clinique d'enfants et d'adolescents suicidants, durant une période de 4 mois. Cet objectif a été traité et est en cours de rédaction en vue de publication.

Les objectifs secondaires de l'étude consistaient à :

- Comparer le groupe TDDE au groupe sans TDDE parmi une population d'enfants et d'adolescents suicidants suivant les variables : instabilité thymique évaluée par l'Affective Lability Scale (ALS), suicidalité évaluée par la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), profil sensoriel évalué par le questionnaire de Dunn et composantes du profil actigraphique (variables sommeil et activité)

Les critères de jugement secondaires étaient donc les suivants :

- Variables cliniques : données socio-épidémiologiques, profil sensoriel évalué par le questionnaire de Dunn, instabilité thymique évaluée par l'ALS, comorbidités psychiatriques au « *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children-Present and Lifetime* » (K-SADS-PL), suicidalité évaluée à l'aide de la C-SSRS.
- Variables actigraphiques : variables sommeil et variables d'activités (telles que décrites dans la partie Matériels et Méthodes).

Nous avons travaillé à répondre aux objectifs secondaires, hormis l'évaluation du profil sensoriel par le questionnaire de Dunn qui fera l'objet d'un travail de master ultérieur.

Notre population d'étude a été volontairement réduite aux adolescents pour ce travail, c'est-à-dire aux jeunes de plus de 12 ans, âge défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les groupes cas et témoins enfant seront traités dans un prochain travail.

II) MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Durée de l'étude

Les inclusions des cas et des témoins ont débuté en février 2013 et se sont achevées en février 2019.

2. Critères d'inclusion

Les patients présentant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques suivantes étaient éligibles à l'étude :

- Adolescents entre 12 et 17 ans
- Filles ou garçons
- Admis à la consultation de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens pour conduite suicidaire (c'est-à-dire : tentative de suicide, menaces suicidaires ou comportement suicidaire) ou idéation suicidaire (active ou passive) récente, c'est-à-dire inférieure à 1 mois
- Ayant un diagnostic de TDDE pour le groupe-cas et l'absence de diagnostic de TDDE pour le groupe témoin.

Les cas ont été appariés aux témoins suivant le sexe et l'âge, plus ou moins 6 mois, afin de réduire les biais de sélection (50).

3. Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus les adolescents ayant :

- Un syndrome dépressif sévère, c'est-à-dire un EDM avec un score à l'échelle de BDI-II supérieur à 33,5
- Une déficience mentale avérée par un test de WISC-IV
- Un tableau psychotique
- Un abus de substance psychoactive et/ou d'alcool au moment de l'admission
- Des troubles du sommeil et de la vigilance d'étiologie organique telle qu'une pathologie respiratoire (syndrome d'apnée du sommeil...), motrice (syndrome des jambes sans repos), ou une narcolepsie
- Toute contre-indication de l'équipe traitante

- Non affiliation à un régime de sécurité sociale (bénéficiaire ou ayant droit)
- Un représentant légal privé de liberté comme stipulé dans l'article L.1121-6 du Code de la Santé Publique.

4. Information et consentements

Tous les patients répondant aux critères d'inclusion se sont vus remettre ainsi qu'à leur responsable légal une note d'information expliquant le protocole. Ces informations, ainsi que d'éventuelles questions ont été reprises au cours d'un entretien entre l'adolescent, ses parents et l'investigateur.

Après un délai de réflexion, l'adolescent et ses parents, s'ils acceptaient de participer à l'étude, signaient un consentement en 2 exemplaires originaux, le premier devant être gardé 10 ans par l'investigateur et le second remis au représentant légal donnant son consentement.

L'ensemble des documents est fourni en annexe.

5. Schéma de l'étude

L'inclusion, la passation des questionnaires et le retrait de la montre-actigraphe s'effectuaient en 3 visites auprès du médecin investigateur.

- Visite de pré-admission : Un membre de l'équipe soignante contactait l'équipe de recherche d'un participant potentiel. L'admissibilité du patient en égard aux critères de non-inclusion et d'inclusion était vérifiée.

L'information était donnée, soit verbalement, soit par écrit, au représentant légal de l'adolescent et à l'adolescent lui-même.

Le principe de la recherche était expliqué et il était demandé au représentant légal la possibilité d'être contacté par un des médecins investigateurs ou leurs étudiants.

- Visite 1 : Le représentant légal avec l'adolescent était rencontré par un membre de l'équipe de recherche. Une information complète et détaillée leur était fournie et leurs étaient remises les notes d'informations ainsi que les formulaires de consentements qui étaient signés par l'adolescent et leur parent. La compréhension de l'ensemble des éléments expliqués était soigneusement recherchée.

Une seule signature d'un des parents était nécessaire en l'absence du refus de l'autre parent.

Après signature des consentements, la passation des questionnaires et entretiens au parent et à l'adolescent était effectuée.

Le bracelet-actigraphe était remis à l'adolescent en même temps qu'un agenda du sommeil. Les modalités d'utilisation et les éventuels effets indésirables étaient explicités.

Les participants pouvaient se retirer à n'importe quel moment de l'étude actigraphique.

- Visite 2 : La montre actigraphe était retirée après 9 jours de pose, vérification de l'enregistrement des données et restitution de l'agenda du sommeil. Les réactions qualitatives et les éventuels effets indésirables étaient recueillis auprès de l'adolescent et de son parent.

6. Outils d'évaluation

Par soucis de commodité, nous ne présenterons ici que les outils nécessaires à notre partie de l'étude.

6.1 Questionnaire sociodémographique

Les données sociodémographiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé. Les informations collectées concernaient l'adolescent (date de naissance, âge en années et mois, sexe), sa scolarité (type et niveau de scolarité, redoublement), celle de ses parents (niveau d'étude), son milieu de vie (nombre d'enfant dans la fratrie et rang dans la famille biologique, responsables légaux accueillant l'enfant), le référent qui l'avait adressé dans l'étude (psychologue, pédopsychiatre ...) et les traitements pris par l'adolescent.

6.2 Questionnaire auprès du parent : Auto-questionnaire du TSRH, version parent

Il s'agit d'un relevé des comportements observés dans ce trouble tel que décrit dans les publications de Leibenluft et repris dans le DSM-5.

Chaque critère du DSM-5 est coté 2, 1 ou 0 suivant si le comportement est présent, non présent ou si l'information est manquante. Pour que le diagnostic puisse être posé, l'ensemble des critères du DSM-5 doivent être présents.

L'auto questionnaire du TSRH version parent est joint en Annexe.

6.3 Questionnaires auprès de l'adolescent(e)

6.3.1 K-SADS-PL

Afin de permettre une évaluation diagnostique selon les critères de la précédente version du DSM-5, le DSM IV, et de déterminer les éventuelles comorbidités psychiatriques ainsi que les diagnostics d'exclusion, nous avons eu recours à un entretien semi structuré : l'Échelle des troubles de l'humeur et de la schizophrénie pour les enfants et adolescents d'âge scolaire, version épisode présent et passé (*Kiddie Schedule for Affective and Schizophrenia for school-age Children-Present and Lifetime Version*) (51).

Cet entretien a été réalisé par un investigateur clinicien (interne ou pédopsychiatre) préalablement formé.

Dans ce travail, nous utiliserons les données de l'épisode actuel.

Cet instrument est couramment utilisé dans les études pédopsychiatriques, il présente une validité clinique satisfaisante (52). Le K-SADS-PL permet l'identification des troubles mentaux répertoriés dans l'Axe I du DSM-IV, notamment le TBP, TDAH et le TOP.

Le K-SADS-PL est joint en Annexes.

6.3.2 Inventaire de dépression (BDI -II)

La présence et l'intensité d'un éventuel EDM a été évaluée à l'aide de la Beck Depression Inventory-II (BDI) (53) dans sa version française (54).

Il s'agit d'un auto-questionnaire à destination de l'adolescent(e), comportant 21 propositions suivant les critères diagnostiques du DSM-IV de l'EDM actuel. Chaque proposition est cotée de 0 à 3.

La BDI-II est l'un des instruments le plus fidèle et valide dans l'évaluation clinique de l'EDM (55).

La BDI-II est jointe en Annexes.

6.3.3 ALS

La labilité émotionnelle a été appréciée par l'ALS, dans sa version adaptée (56) pour les adolescent(e)s francophones, l'Échelle de Labilité Émotionnelle.

Elle comprend 54 questions réparties en six sections examinant les variations émotionnelles entre euthymie d'une part, et entre, dépression, élation, colère et anxiété d'autre part, ainsi qu'entre anxiété et dépression, et enfin entre dépression et élation.

L'adolescent(e) devait coter chaque proposition entre 0, 1, 2 et 3, chaque proposition correspondant respectivement à « rarement vrai », « parfois vrai », « souvent vrai » et « très souvent vrai ». Un score brut total était calculé ainsi qu'un score pour chaque sous-section.

L'ALS est jointe en Annexes.

6.3.4 Auto-questionnaire du TSRH

Il s'agit d'un relevé comportant les 11 items développés par JJ Breton, R Labelle et L. Bergeron (Université de Montréal) et décrivant les comportements et symptômes ressentis dans le TDDE tels que décrits dans les publications de l'équipe de Leibenluft et repris dans le DSM-5.

L'adolescent(e) devait répondre à chaque proposition soit 0, 1 ou 2, si le comportement est « présent », « non présent » ou si « l'information est manquante ».

Pour que le diagnostic puisse être posé, l'ensemble des critères du DSM-5 doivent être présents. Cet auto-questionnaire, tout comme la version parent, permettait de vérifier la présence ou l'absence du syndrome chez l'adolescent(e) en fonction du groupe cas ou du groupe témoin. Les questions sont identiques à celles de la version parent.

6.4 Instruments remplis par le clinicien

6.4.1 C-SSRS

La suicidalité a été évaluée par le C-SSRS dans sa version française élaborée par Labelle et al.

Cette grille, remplie par le clinicien en fonction de l'entretien clinique effectué auprès de l'adolescent, distingue les différentes conduites suicidaires récentes (inférieures à 1 mois) : idéations suicidaires actives (ISA) et passives (ISP), tentatives de suicides (TS).

L'OMS définit la TS comme « tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz. . .) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique ». Au sein des comportements suicidaires, sont différenciées les ISP où la volonté de se donner la mort n'est pas présente, des pensées suicidaires dites actives caractérisées par une volonté de mettre fin à ses jours avec une intentionnalité plus ou moins forte.

Les conduites suicidaires sont différenciées des gestes autodestructeurs non suicidaires (par exemple, des scarifications) et des menaces suicidaires. Les menaces suicidaires sont des verbalisations suicidaires sans intention réelle du sujet d'agir.

Le nombre de TS vie entière connue et ou/rapportée est également consigné ainsi que la présence éventuelle d'impulsion phobique.

Pour notre étude, les variables suivantes seront comprises dans l'analyse

- Présence/absence d'idéations suicidaires actives et/ou passives
- Présence/absence d'impulsion phobique
- Nombre de tentative de suicide vie entière
- Présence/absence de menace suicidaire
- Présence/absence de geste autodestructeur non suicidaire.

Le C-SSRS est joint en Annexes.

6.4.2 Grille sémiologique du TSRH

Il s'agit de l'annexe 9 du K-SADS-P-L.

Les items reprennent chaque symptôme du TDDE ; avec en plus la notion d'hyper-vigilance (fuite des idées, distractibilité, agitation physique, insomnie) présente dans la description initiale du TDDE par Leibenluft et qui n'a pas été retenue dans les critères du DSM-5.

Les propositions sont cotées 0, 1, 2 ou 3 par le clinicien en fonction de l'intensité des symptômes, correspondant respectivement à « aucune information, non présent, sous le seuil, seuil ». Le diagnostic est établi selon l'algorithme de cotation et le seuil cliniquement significatif.

La grille sémiologique du TSRH est jointe en Annexes.

6.5 Agenda du sommeil

Un agenda du sommeil papier était remis à l'adolescent(e) en même temps que la montre-actigraphe.

Seul(e), ou aidé(e) d'un parent, l'adolescent(e) devait remplir pour chaque jour d'enregistrement l'heure du coucher et du lever, les éventuels réveils nocturnes ainsi que les activités physiques intenses quotidiennes.

Ceci, afin d'être le plus précis possible dans la définition des intervalles de sommeil lors de la relecture des enregistrements.

6.6 Autres questionnaires

Nous énumérerons ici les autres questionnaires administrés dans l'étude principale mais n'entrant pas en compte dans notre analyse :

- Child Behavior Check List
- Évaluation du profil sensoriel de Dunn

7. Actigraphie

7.1 Principe de l'actigraphie

7.1.1 Intérêt de l'actigraphie

Le rythme d'activité motrice circadien a été évalué par l'actigraphie grâce à un bracelet-actigraphe porté par les patients.

L'actigraphie permet d'enregistrer le cycle veille-sommeil sur plusieurs jours (jusqu'à plusieurs semaines suivant la durée de la batterie de la montre-actigraphe et le choix de la durée d'enregistrement).

En comparaison avec la polysomnographie (PSG), qui est le gold standard en matière d'enregistrement du sommeil, l'actigraphie est plus facile d'utilisation et bien moins invasive. Elle est moins coûteuse qu'une PSG et ne nécessite pas de technicien spécialisé. Après une courte formation, la montre-actigraphe peut être facilement programmée de façon autonome. Elle permet d'enregistrer les variables du sommeil dans les conditions habituelles de vie du sujet, hors de l'hôpital.

En plus des variables sommeil, l'actigraphie permet d'enregistrer l'activité quotidienne du sujet et la distribution circadienne de l'activité basale motrice (57).

La littérature montre une bonne concordance entre la PSG et l'actigraphie avec des taux d'identification veille/sommeil entre 85 et 92 % (58),(59).

Selon les recommandations fournies par l'American Academy of Sleep Medicine sur l'utilisation de l'actigraphie, celle-ci est recommandée pour l'évaluation des troubles du sommeil et des troubles du rythme circadien veille-sommeil.

La PSG est le gold standard en matière d'étude du sommeil. Elle permet l'exploration du sommeil de façon qualitative par la mise en évidence des différentes phases du sommeil, contrairement à l'actigraphie qui explore le sommeil de façon indirecte par mesure de l'activité motrice.

La PSG est un outil dont la grande sensibilité et spécificité a été prouvée de façon robuste dans la littérature (60).

7.1.2 Aspect théorique

Lorsque l'individu bouge, l'accélération liée au mouvement entraîne une déformation physique de l'élément piézo-électrique par déplacement de la masse sismique à l'intérieur de l'actigraphe (59).

Il en résulte la génération d'un voltage proportionnel à l'amplitude de l'accélération résultante (61).

Le voltage est filtré, amplifié et échantillonné à une fréquence de 32 Hz.

Grâce à un convertisseur analogique-numérique dans l'actigraphe, le signal maximal de voltage à l'intérieur d'une seconde est exprimé en une valeur chiffrée : le compte d'activité brut.

Afin de permettre l'intégration numérique les valeurs négatives de compte d'activité sont généralement converties en valeurs positives.

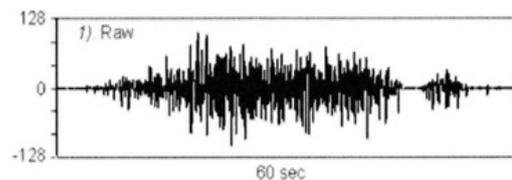


Figure 2. Compte d'activité brut (Chen and al, 2005)

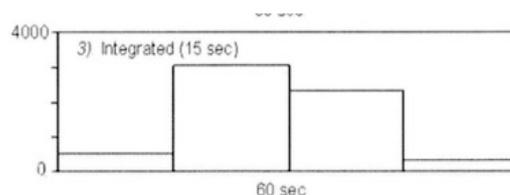


Figure 3. Compte d'activité brut (Chen and al, 2005)

Une intégration numérique est réalisée, qui consiste à calculer l'aire sous la courbe pour une durée déterminée.

Cette durée déterminée est appelée « epoch » ou durée d'enregistrement en français. On obtient ainsi un compte d'activité représentant le niveau d'activité moyenne par époque. La définition même d'un « compte » est plutôt floue d'un point de vue physiologique ou physique et le compte d'activité n'est pas une unité de mesure standardisée.

Néanmoins, de façon standard, le seuil de compte d'activité est défini à 40.

A noter que pour être « scorable » en tant que sommeil ou éveil, une période doit avoir un nombre d'activité physique valide avant ou après la période donnée.

7.1.3 Dispositif Actiwatch 2®

Pour cette étude, nous disposons de 4 montres-actigraphe de type Actiwatch 2® (Philips Respironics, Murrysville, PA, USA) dont la fiabilité a été reconnue dans la littérature (62).

La montre-actigraphe Actiwatch 2® a l'apparence et la taille d'une montre bracelet classique, ce qui la rend discrète dans la vie quotidienne des adolescents (Figure 4).

Figure 4 Montre-actigraphe utilisée pour l'étude Acti Humeur



En plus de l'enregistrement du rythme d'activité motrice circadien, la montre actigraphe Actiwatch 2® permet l'enregistrement de la luminosité environnante et de marquer le tracé lorsque le sujet presse sur un bouton de la montre pour indiquer le moment du coucher, les éventuels réveils nocturnes et l'heure de lever du lit.

Les données recueillies lors de l'enregistrement ont été analysées grâce au logiciel Actiware Respironics® version 6.0.9.

Le logiciel a été mis à jour par le biais de l'informatique du CHU d'Amiens car l'ancienne version 5.5 ne permettait pas l'utilisation de certaines fonctionnalités. Les données actigraphiques ont été transférées à la société Philips® pour être converties dans un format compatible avec la version 6.0.9.

7.1.4 Caractéristiques de l'enregistrement

La durée de l'epoch a été fixée à 1 min, ce qui correspond à la durée d'enregistrement la plus fréquemment retrouvée dans la littérature (57)

Les adolescents devaient porter la montre-actigraphe au poignet non dominant pendant 9 jours incluant 2 fins de semaines tel que préconisé dans la littérature (63) avec et sans synchroniseurs externes (les synchroniseurs sont les contraintes fixes de lever et de coucher imposées par le rythme de vie de l'adolescent).

La montre-actigraphe devait être portée idéalement de façon continue pendant toute la durée de l'enregistrement. Si elle était enlevée, l'adolescent devait le spécifier sur l'agenda du sommeil.

7.2 Variables mesurées

Tous les intervalles de sommeil ont été créés par l'algorithme du logiciel Actiware Respironics et vérifiés visuellement par le clinicien en s'aidant de l'agenda du sommeil du patient tel que recommandé dans la littérature (64).

7.2.1 Variables sommeil

Les variables suivantes étaient automatiquement générées par le logiciel Actiware Respironics®. Elles sont représentées dans la Figure 5 ci-dessous.

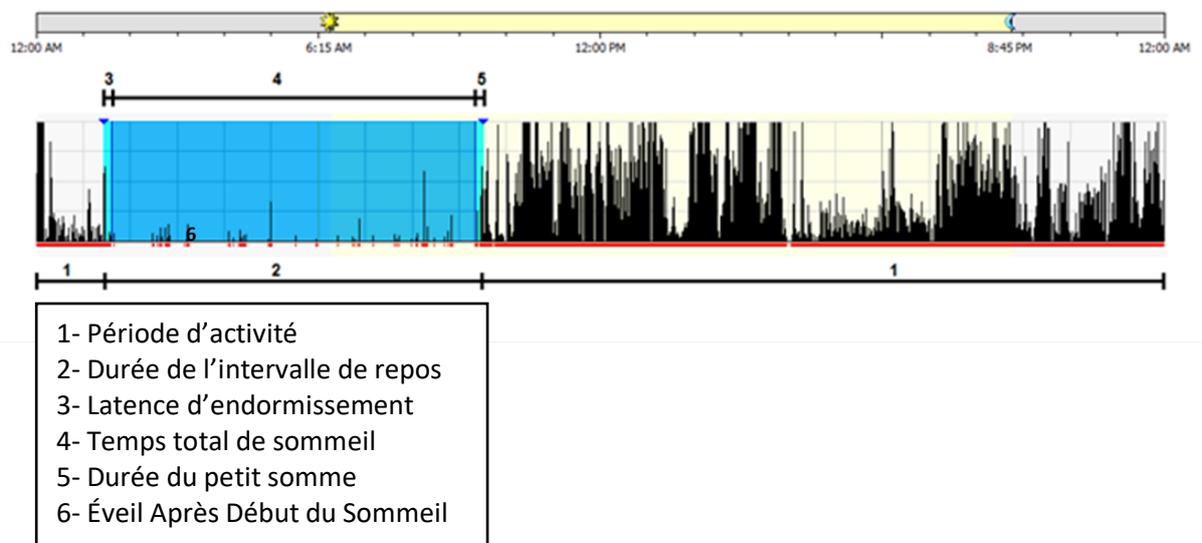
De façon consensuelle, la nomenclature des variables sommeil en actigraphie est identique à celle utilisée en PSG (65).

- Durée de l'intervalle de repos : Temps passé au lit après l'heure du coucher, il inclut la durée de la latence d'endormissement, la durée de l'intervalle de sommeil et la durée du réveil (appelée également durée du petit somme).

- Latence d'endormissement (min) : Temps nécessaire pour que le sommeil s'installe après instauration de l'intention de dormir. Temps entre le début d'un intervalle de repos donné et l'heure de début de l'intervalle de sommeil (en minutes), contrôlé par l'algorithme de détection de l'intervalle de sommeil.
- Durée de l'intervalle de sommeil (min) : C'est la période où le sujet est endormi. Elle débute après l'endormissement et se termine juste avant le réveil.
- Durée du petit somme (min): Temps nécessaire pour que le sujet se réveille. Temps entre la fin de l'intervalle de sommeil et le début de la période d'activité (en minutes), contrôlé par l'algorithme de détection de l'intervalle de sommeil.
- Temps total de sommeil (TTS) (min) : Nombre total de périodes pour l'intervalle de repos scorées en tant que sommeil par le logiciel. Il correspond à la durée de l'intervalle de sommeil auquel est soustrait la durée des EADS.
- Efficacité du sommeil (%) C'est le pourcentage de temps passé à dormir au lit. Elle correspond au Temps total de sommeil exprimé comme une fraction de l'intervalle de sommeil.
- Nombre d'épisode d'éveils : C'est le nombre total de blocs continus de périodes où chaque période est cotée en tant qu'éveil pour la période donnée.
- EADS (Éveil Après le Début du Sommeil) : Nombre total de périodes entre les heures de début et de fin de l'intervalle de sommeil donné, scorées en tant qu'éveil par le logiciel Actiware Respironics®, multiplié par la longueur de la période en minutes.

Nous avons exploité les données de l'ensemble des variables sommeil hormis la durée du petit somme.

Figure 5. Exemple de tracé actigraphique obtenu avec le logiciel Actiware Respironics®



7.2.2 Variables activité

L'activité motrice journalière a été évaluée grâce à l'amplitude relative d'activité, la variabilité intra-journalière et la stabilité inter-journalière, selon les formules établies par Van Someren (66) et repris dans les travaux de Jones (67).

Les formules de ces trois variables ont été adaptées à partir de ces articles par la Direction de Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du CHU Amiens Picardie, en l'absence de formules mathématiques disponibles dans la littérature.

- Amplitude relative d'activité : Elle correspond à l'écart entre le début de la période de 10 heures la plus active et la période la moins active du sujet en 24 heures. Cette mesure indique l'amplitude du cycle d'activité journalier.
- Variabilité intra-journalière : C'est la fréquence et la longueur des transitions entre le repos et l'activité sur l'ensemble de la journée. Elle offre un index de fragmentation du rythme. Elle est calculée à partir du ratio des carrés moyens des différences entre les heures successives et le carré moyen des différences de la moyenne générale de toute l'activité calculée.
- Stabilité inter-journalière : C'est un indice de l'invariabilité du rythme circadien de 24 heures de l'individu entre les différents jours.

8. Analyses statistiques

Pour l'analyse descriptive des deux groupes, les effectifs et pourcentages ont été calculés et présentés à l'aide de tests non-paramétriques pour échantillons appariés. Les variables de suicidalité au C-SSRS ont été comparées entre les deux groupes par un Khi-2 de Mac Nemar.

Les moyennes des variables sommeil des deux groupes ont été comparées grâce à un test non paramétrique des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons liés (49).

L'ensemble des résultats (moyenne et écart type) est présenté dans la partie Résultats.

Concernant la partie d'analyse des variables activité, les données ont été traitées par la DRCI du CHU d'Amiens. Un modèle mixte a été utilisé pour tenir compte des mesures répétées.

III) RÉSULTATS

1. Diagramme de flux

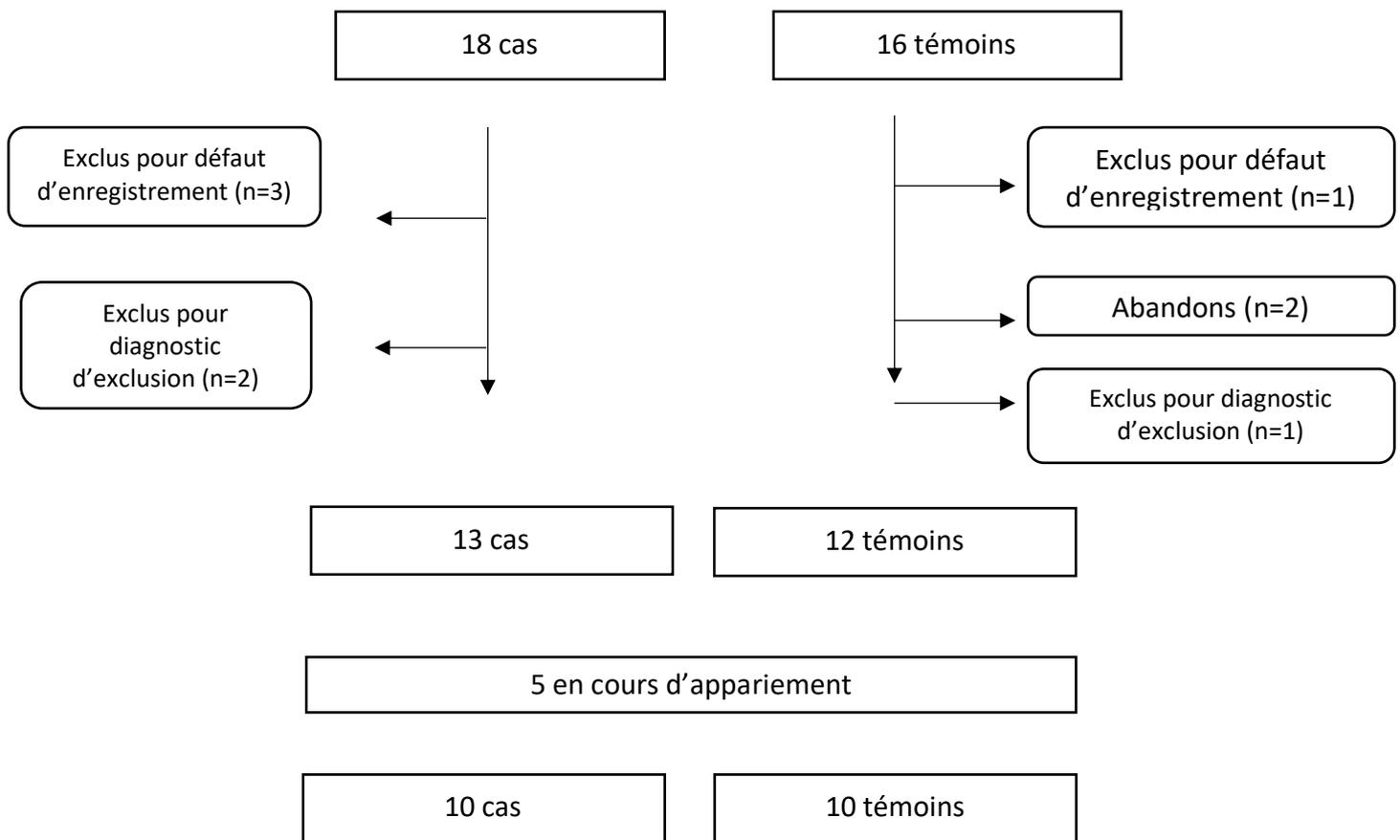
Au total, 18 cas TDDE et 16 témoins non-TDDE adolescents ont été inclus au terme de l'étude entre février 2013 et septembre 2018.

Dans le groupe cas, après relecture des données actigraphiques, deux patients ont été exclus faute d'un temps d'enregistrement suffisant (durée inférieure à 2 jours). Une patiente avait perdu la montre-actigraphe durant l'étude. Deux autres ont été exclus pour des comorbidités d'exclusion retrouvées à la passation du K-SADS-PL et confirmées cliniquement par leur pédopsychiatre traitant (schizophrénie pour l'un, trouble bipolaire pour l'autre). Pour mémoire, le DSM-5 exclut la comorbidité TBP-TDDE.

Parmi les témoins, deux ont abandonné au cours de l'étude sans avoir eu l'enregistrement actigraphique. Un patient a été exclu faute d'un temps d'enregistrement suffisant (moins de 3 jours), et un autre pour suspicion de pathologie organique du sommeil qui a nécessité des explorations complémentaires par son pédopsychiatre.

Au total, nous avons 10 cas appariés à 10 témoins. 5 patients étaient toujours en cours d'appariement (2 cas et 3 témoins). Le diagramme de flux est représenté en figure 6.

Figure 6 Diagramme de flux



2. Caractéristiques générales de la population

A l'issue des inclusions intéressant la période de notre travail, notre échantillon d'adolescents se composait donc de **10 cas TDDE et 10 témoins non-TDDE**.

Chaque groupe comportait 9 garçons et 1 fille. La moyenne d'âge était de 14,19 ans dans le groupe cas ($\pm 1,2$ ans) et 14,19 ans ($\pm 1,18$ ans) également dans le groupe contrôle.

Les deux groupes ne différaient pas significativement en terme d'âge et de sexe, indiquant que les critères d'appariement avaient bien été respectés.

La quasi majorité des adolescents vivaient chez 1 ou 2 parents que ce soit dans le groupe TDDE (100%) que dans le groupe non-TDDE (90%). Parmi ceux vivant chez un ou deux de leurs parents, on retrouvait 60 % vivant avec leurs deux parents biologiques dans le groupe TDDE et

40 % dans le groupe non TDDE et 40 % dans les deux groupes vivants soit en garde partagée avec leur père ou leur mère seul(e) ou accompagné(e) d'un(e) conjoint(e).

Les caractéristiques sociodémographiques des deux groupes figurent au tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques de la population

	TDDE (n=10)	non-TDDE (n=10)	P ¹value
Age (ans) moyenne ± écart type (ans)	14,19 ± 1,2	14,19 ± 1,18	NS
Sexe (% filles)	10	10	NS
Vivant avec ses 2 parents	6	4	
Vivant avec sa mère seulement	0	2	
Vivant avec sa mère et son conjoint	2	0	
Vivant avec son père seulement	0	0	
Vivant avec son père et sa conjointe	0	2	
Vivant en garde partagée	2	1	
Vivant en famille d'accueil	0	1	
Vivant dans un foyer	0	0	

¹Test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons liés

TDDE : Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle

NS : Non significatif

3. Données cliniques

3.1 Comorbidités psychiatriques et médicaments

Les diagnostics principaux et secondaires psychiatriques du groupe TDDE et du groupe non-TDDE ont été évalués après passation de l'entretien semi-structuré K-SADS-PL en utilisant le "best estimate consensus" de Klein (68).

Dans le groupe cas TDDE, la majorité des adolescents n'avait pas de diagnostic associé au TDDE (70 %). Le cas échéant, le diagnostic le plus fréquemment mis en évidence était un EDM (20 %). Aucun adolescent avec TDDE n'avait de TDAH associé.

Dans le groupe non-TDDE, le diagnostic principal était dans le champ des troubles de l'humeur (60%) : Trouble de l'Adaptation avec Humeur Dépressive (40 %) et EDM (20%).

Aucun des adolescents des deux groupes ne présentait de diagnostic d'énurésie nocturne ou d'encoprésie nocturne.

Concernant d'éventuels traitements, 3 participants du groupe témoin ont rapporté prendre un traitement psychotrope au moment de l'inclusion ; deux adolescents prenaient un neuroleptique (Risperidone et Cyamémazine) et un troisième de l'Hydroxyzine.

Aucun cas TDDE ne prenait de traitement.

Aucun adolescent des deux groupes ne recevait de la mélatonine au moment de l'enregistrement actigraphique.

La répartition des comorbidités psychiatriques et des médications est figurée dans le Tableau 2.

Tableau 2. Comorbidités psychiatriques et médications.

Comorbidités psychiatriques (n)	Groupe TDDE (n=10)	Groupe non-TDDE (n=10)
Aucun diagnostic associé	7	0
TDAH	0	1
Épisode Dépressif Majeur	2	2
Troubles des conduites	0	1
Trouble Oppositionnel avec Provocation	0	1
Trouble de l'Adaptation avec Humeur Dépressive	0	4
Anxiété de Séparation	0	1
État de Stress Post Traumatique	1	0
Médications	0	3

TDDE : Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

3.2 Scores à l'ALS et à la BDI-II

A l'ALS, on observait une différence significative ($p < 0,05$) pour la variable « variation euthymie-colère » avec une moyenne dans cette sous-section à 1,78 ($\pm 0,93$) pour le groupe TDDE contre une moyenne à 0,79 ($\pm 0,67$) pour le groupe témoin.

Pour les autres variables (variation « euthymie-dépression », « euthymie-élation », « euthymie-anxiété », « dépression-anxiété », « dépression-élation ») ainsi qu'aux moyennes du score total, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes.

Le score moyen à la BDI-II était de 18 ($\pm 11,15$) dans le groupe TDDE et de 25,50 ($\pm 12,01$) dans le groupe témoin. Cliniquement, un EDM est jugé sévère pour un score supérieur 33,5. Les deux groupes se situaient donc à un score clinique de dépression modérée avec un score moyen plus élevé dans le groupe témoin que dans le groupe cas, sans différence significative pour autant, possiblement en raison d'une variance élevée au sein des deux groupes.

Les scores moyens à l'ALS et à la BDI-II sont résumés en Tableau 3.

Tableau 3. Score à l'ALS et à la BDI-II.

Score à l'ALS	Groupe TDDE (n=10)	Groupe non- TDDE (n=10)	P ¹ value
Variation euthymie-dépression	1,20 ($\pm 0,32$)	1,36 ($\pm 0,52$)	NS
Variation euthymie-élation	1,12 ($\pm 0,42$)	1,21 ($\pm 0,59$)	NS
Variation euthymie-anxiété	1,21 ($\pm 0,32$)	1,29 ($\pm 0,47$)	NS
Variation euthymie-colère	1,78 ($\pm 0,93$)	0,79 ($\pm 0,67$)	< 0,05
Variation dépression-élation	1,20 ($\pm 0,29$)	1,11 ($\pm 0,54$)	NS
Variation dépression-anxiété	1,25 ($\pm 0,52$)	1,35 ($\pm 0,76$)	NS
Score ALS total	68,11 ($\pm 13,34$)	63,78 ($\pm 18,66$)	NS
Score à la BDI-II	18 ($\pm 11,15$)	25,50 ($\pm 12,01$)	NS

¹Test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons liés.

ALS: *Affective Lability Scale*

BDI-II: *Beck Depression Interview-II*

TDDE : *Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle*

NS : *Non significatif*

3.3 C-SSRS

Tous les adolescents inclus dans les deux groupes présentaient des idéations suicidaires actives ou passives.

Les idéations suicidaires étaient davantage de type passive dans le groupe TDDE (60 %) que dans le groupe non TDDE (20%). Au contraire, les idéations suicidaires étaient davantage de type active (80 %) dans le groupe non TDDE que dans le groupe TDDE (20 %).

Concernant les tentatives de suicide vie entière, la moitié des adolescents dans le groupe TDDE n'avait jamais fait de passage à l'acte et la moitié avait au moins fait une tentative.

Dans le groupe témoin, la tendance était à l'inverse, puisque que 8 adolescents avaient au moins fait une tentative et seulement 2 n'étaient jamais passés à l'acte.

Dans chaque groupe, un adolescent déclarait présenter des phobies d'impulsion récentes.

Les deux groupes comportaient des adolescents ayant rapporté des menaces suicidaires ou des gestes autodestructeurs récents sans différence significative.

La répartition des différentes variables retenues de la C-SSRS sont présentées en Tableau 4

Tableau 4. Suicidalité évaluée par la C-SSRS.

C-SSRS	Groupe TDDE (n=10)	Groupe non TDDE (n=10)	P ¹ value	
Idéation suicidaire active	4	8	NS	
Idéation suicidaire passive	6	2	NS	
Phobie d'impulsion	1	1	NS	
Nombre de TS vie entière				
	0	5	2	NS
	1	3	3	NS
	2	2	5	NS
Menaces suicidaires	3	4	NS	
Gestes autodestructeurs non suicidaires	3	5	NS	

¹Test au Chi2 de Mac Nemar

C-SSRS: Columbia-Severity Suicide Rating Scale

TDDE : Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle

NS : Non significatif

4. Données actigraphiques

4.1 Variabes sommeil

La latence d'endormissement moyenne du groupe TDDE (23,80 min ± 23,02 min) était significativement augmentée (p<0,05) par rapport à celle du groupe témoin (10,33 min ± 7,80 min).

Le TTS moyen dans le groupe cas (343,78 min ± 100,68 min) était significativement diminué (p<0,05) par rapport au groupe témoin (423,48 min ± 67,59 min) tout comme l'efficacité du sommeil moyenne, qui était significativement diminuée (p<0,05) dans le groupe TDDE (63,55 % ± 17,20 %) par rapport au groupe témoin (79,66 % ± 11,30 %).

Les autres variables du sommeil (durée de l'intervalle de repos, durée de l'intervalle de sommeil, EADS, nombre de réveils nocturnes) ne différaient pas de manière statistiquement significative entre les deux groupes.

L'ensemble des résultats des variables sommeil est décrit en Tableau 5.

Tableau 5. Variables sommeil actigraphiques (min)

Variables sommeil	Groupe TDDE (n=10)	Groupe non- TDDE (n=10)	P¹ value
Durée de l'intervalle de repos (min)	546,68 (± 60,06)	554 (± 63,98)	NS
Latence d'endormissement (min)	23,80 (± 23,02)	10,33 (± 7,80)	<0,05
Durée de l'intervalle de sommeil (min)	509,52 (± 69,28)	512,86 (± 55,31)	NS
Temps total de sommeil (min)	343,78 (± 100,68)	423,48(± 67,59)	< 0,05
Éveil Après le Début du Sommeil (min)	132,77 (± 85,85)	83,07 (± 52,31)	NS
Nombre de réveils nocturnes	34,62 (± 9,90)	32,58 (± 13,92)	NS
Efficacité du sommeil (%)	63,55 (± 17,20)	79,66 (± 11,30)	<0,05

¹ Test non paramétrique de Wilcoxon pour échantillons liés

TDDE : Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle

NS : Non significatif

4.2 Variables activités

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence pour les variables variabilité intra-journalière et stabilité inter-journalière entre les deux groupes.

On observe néanmoins une tendance pour l'amplitude relative : elle était plus élevée de 0,042 [-0.13 ; 0.03] chez les cas par rapport aux témoins.

Cependant, la différence n'était pas statistiquement significative avec p=0,06.

Les résultats des variables activité sont présentées Tableau 6.

Tableau 6. Variables activités.

Variables	Groupe	Groupe non-	Estimation	IC	P value
Activité	TDDE (n=10)	TDDE (n=10)	de l'effet	95 %	
Amplitude relative	0,67 (\pm 0,13)	0,63 (\pm 0,19)	0,045	-0,002 ; 0,009	0,06
Variabilité intra journalière	1,43 (\pm 0,47)	1,45 (\pm 0,40)	-0,014	-0,14 ; 0,12	NS
Stabilité inter journalière	0,49 (\pm 0,28)	0,52 (\pm 0,28)	-0,042	-0,13 ; 0,04	NS

IC : Intervalle de confiance

TDDE : Trouble Disruptif avec Dysrégulation Émotionnelle

NS : Non significatif

IV) DISCUSSION

1. Caractéristiques épidémiologiques de la population

Nos groupes cas et témoins avaient une moyenne d'âge autour de 14 ans (14,19 ans \pm 1,2 ans pour le groupe TDDE et 14,19 ans \pm 1,18 ans pour le groupe non TDDE) avec un sexe ratio très en faveur des garçons (1 fille pour 9 garçons dans chaque groupe), sans différence significative entre les deux groupes sur ces deux variables, indiquant que l'appariement (sexe et âge \pm 6 mois) avait été respecté.

La plupart des études concernant les TDDE ont été faites en population infantile (c'est-à-dire un âge compris entre 6 et 12 ans au vu des critères du DSM-5 et de l'OMS) (45), (69), (70), alors que nous avons fait le choix pour notre travail d'exploiter uniquement les données des adolescents de plus de 12 ans.

Ceci constitue une originalité de notre étude par rapport aux autres. Néanmoins, nos résultats ne sont donc pas parfaitement superposables à ceux de la littérature.

Nous retrouvons, comme dans la littérature internationale, une prédominance masculine mais de façon beaucoup plus marquée dans notre étude (5).

Nous pouvons nous interroger sur cette prédominance masculine au sein de nos deux groupes. Tout d'abord, il convient de souligner que, sur les 4 patients exclus pour défaut d'enregistrement (cf Figure 6 : Diagramme de Flux), 3 étaient des filles dont 2 dans le groupe cas.

Au vu du faible effectif de notre étude, ceci a eu un impact non négligeable sur la prévalence en garçons de nos 10 paires cas-témoins.

2. Données cliniques

2.1 Comorbidités psychiatriques et médicaments

2.1.1 Comorbidités psychiatriques

La majorité des adolescents de notre groupe TDDE n'avait pas de diagnostic associé (70 %), les autres ayant soit un EDM (20 %) soit un état de stress post traumatique (10%).

Nous avons donc un groupe d'adolescents cas quasi exclusivement TDDE uniquement, ce qui est original par rapport aux données de la littérature, d'autant plus car aucun des adolescents TDDE de notre étude n'avait de diagnostic de TDAH associé.

Pour rappel, le TDDE serait associé à hauteur de plus de 25 % au TDAH en population clinique (23).

Dans le groupe témoins, les adolescents présentaient davantage de trouble de l'humeur : 4 adolescents avaient au K-SADS-PL un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et 3 d'entre eux un EDM.

Ces résultats, obtenus au K-SADS-PL, sont tout à fait cohérents avec la population clinique de notre groupe témoin.

En effet, comme mentionné à plusieurs reprises, nos témoins étaient des suicidants. Les troubles de l'humeur sont les troubles les plus fréquemment associés aux conduites suicidaires, que ce soit chez l'adulte ou chez l'adolescent (29).

2.1.2 Médications

Aucun adolescent du groupe TDDE ne prenait de traitement médicamenteux au moment de l'inclusion et de l'enregistrement actigraphique.

Une revue de littérature récente (2) a recensé les traitements utilisés de façon empirique pour les enfants et adolescents souffrants de TDDE, sans qu'aucun n'est d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) spécifique.

Le groupe témoin comprenait 3 adolescents recevant des psychotropes : deux prenaient des neuroleptiques (Risperidone et Cyamémazine) et un dernier de l'Hydroxyzine.

Ces psychotropes sont connus pour leur propriétés sédatives, en particulier la Cyamémazine et l'Hydroxyzine qui sont utilisés de façon courante pour les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent, bien que seul l'Hydroxyzine est l'AMM pour les troubles du sommeil de l'enfant de plus de 6 ans, et en dernière intention (71).

La posologie des traitements reçus par le groupe témoin n'avait pas été consignée, ce qui aurait pu être intéressant pour évaluer le degré de sédation des adolescents concernés.

2.2 Score à la BDI-II et à l'ALS

2.2.1 BDI-II

Les scores au BDI-II ne différaient pas de façon significative au sein des deux groupes ($18 \pm 11,15$ dans le groupe TDDE et $25,50 \pm 12,01$ dans le groupe témoin non-TDDE).

Le score moyen à la BDI-II était plus haut dans le groupe non TDDE que dans celui TDDE, ce qui concorde avec les résultats obtenus au K-SADS-PL dans le groupe témoin comme développés précédemment.

Quant au score moyen retrouvé dans le groupe TDDE, qui se situe dans le niveau d'une dépression modérée, il peut être explicité par deux particularités cliniques du groupe TDDE. Tout d'abord, même si le groupe TDDE était moins déprimé que le groupe témoin, il était constitué de suicidants. Nous l'avons dit auparavant, les comportements suicidaires sont très en lien avec le champ des troubles de l'humeur (72) et ceci même si les symptômes présentés par l'adolescent ne s'inscrivent pas au sein d'un EDM constitué. Ensuite, les TDDE appartiennent, suivant le DSM-5, dans la catégorie des troubles dépressifs. Ils possèdent des symptômes dépressifs chroniques sans atteindre le seuil d'un EDM mais ces symptômes dépressifs chroniques sont suffisants pour coter de façon positive des items de la BDI-II.

2.2.2 ALS

Nous avons retrouvé une différence de moyenne de score pour la variable « variation euthymie-colère », celle-ci étant augmentée de façon significative chez le groupe TDDE par rapport au groupe non TDDE ($p < 0,05$).

Cette différence significative est tout à fait cohérente avec la symptomatologie des TDDE, caractérisée par la survenue de crises de colère et donc une transition émotionnelle brusque entre humeur neutre et colère.

Nous n'avons pas constaté de différence significative pour les autres variables « variation euthymie-dépression », « variation euthymie-élation », « variation euthymie-anxiété », « variation dépression-anxiété », « variation dépression-élation » ainsi qu'aux moyennes du score total.

3. C-SSRS

La suicidalité était comparable dans les deux groupes, et ceci dans toutes les variables retenues dans l'analyse de la C-SSRS.

Au vu des données recueillies dans cette analyse intermédiaire, nous ne pouvons montrer que les adolescents TDDE présentaient davantage de conduites suicidaires que dans le groupe témoin.

Comme dit précédemment, aucune étude longitudinale n'a été conduite sur le lien entre conduite suicidaire et TDDE.

Les données dans la littérature sont celles portant sur l'irritabilité chronique et la dysrégulation émotionnelle.

L'objectif principal du protocole Acti-Humeur pourrait apporter une partie de réponse puisqu'il s'agissait d'évaluer la prévalence du TDDE dans un échantillon clinique d'enfant et d'adolescents suicidants, durant une période de 4 mois.

4. Variables actigraphiques

Au meilleur de nos connaissances, notre travail est la première étude actigraphique cas-témoins concernant les variables activité et sommeil dans une population d'adolescents suicidants porteurs d'un TDDE en comparaison avec un groupe contrôle.

L'actigraphie permet l'exploration du sommeil, basé sur les plaintes subjectives des adolescents, de façon non-invasive et en milieu écologique extrahospitalier.

Sa validité dans le milieu de la recherche a été confirmée dans la littérature (73) particulièrement en milieu pédiatrique où l'évaluation du sommeil est difficile au seul regard des plaintes fonctionnelles de l'enfant et de sa famille.

L'utilisation de l'actigraphie dans la recherche a été croissante ces vingt dernières années avec un nombre d'articles sur le sujet dépassant celui de la recherche en PSG (73).

Ainsi, le nombre d'article portant sur l'actigraphie en population infanto-juvénile en 2010 était égal au nombre publié entre 1991 et 2001.

Au cours de notre étude, nous avons pu constater que le port de la montre-actigraphe était bien toléré et apportait peu de contraintes aux adolescents et à leur famille.

L'Académie Américaine de Médecine du Sommeil a récemment publié de nouvelles recommandations en juillet 2018 (65) sur l'utilisation de l'actigraphie dans l'évaluation des troubles du sommeil et des troubles du rythme circadien veille-sommeil.

La méta-analyse comprenait 81 études actigraphiques. Les résultats montrent que l'actigraphie fournit des données objectives pour les pathologies du sommeil (suspectées ou diagnostiquées) en population pédiatrique et adultes suivantes : insomnie, trouble du rythme veille-sommeil, pathologie respiratoire du sommeil.

4.1 Variables sommeil

Aucune étude actigraphique n'a été faite chez les TDDE, hormis notre étude pilote qui ne comprenait pas de groupe témoin (69).

En l'absence de données actigraphiques et PSG en population adolescente saine, les variables sommeil et activité de notre échantillon de TDDE ne peuvent être comparées à un groupe témoin strictement sain.

Les données disponibles dans la littérature concernant les variables sommeil en population adolescente saine sont celles recueillies par sondage téléphonique auprès de jeunes âgés de 15 à 19 ans. Ce sont donc des données subjectives (74).

Les adolescents interrogés rapportaient un temps total de sommeil de 457 min, une latence d'endormissement de 29 minutes et une efficacité du sommeil calculée à hauteur de 94 %.

En comparaison, notre groupe contrôle présentait une latence d'endormissement augmentée ainsi qu'une efficacité du sommeil et un TTS réduits.

Ces différences peuvent être expliquées par les spécificités cliniques propres à notre groupe contrôle, les patients témoins étant des suicidants.

Bien que la suicidalité ne diffère pas de façon significative entre les deux groupes, on ne peut négliger l'impact de la comorbidité suicidaire sur les variables sommeil dans le groupe contrôle. En effet, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, le lien entre troubles du sommeil et suicidalité a été établi de façon robuste dans la littérature (41).

Si l'on discute de façon plus spécifique les variables de sommeil d'intérêt, plusieurs points sont à relever.

Concernant la durée de l'intervalle de repos, l'absence de différence significative entre les deux groupes est cohérente. Il n'y a en effet aucune raison pour que les adolescents TDDE passent plus ou moins de temps au lit que les témoins, d'autant plus que les deux groupes ne diffèrent pas au niveau des scores de dépression.

En revanche, les différences significatives concernant les variables TTS et latence d'endormissement semblent plus spécifiques au TDDE.

En effet, plusieurs études ont mis en évidence la corrélation inverse entre les troubles du comportements externalisés chez l'enfant et l'adolescent et le TTS (évalué par questionnaire) (75)(76).

Dans notre étude, le TTS était diminué de façon significative dans le groupe TDDE (343,78 min \pm 100,68 min, contre 423,46 min \pm 67,59 min dans le groupe non TDDE).

Ceci correspond tout à fait avec le tableau clinique des TDDE caractérisé par les crises de colères intenses, confirmé par une différence significative de score à la variable à l'ALS « variation euthymie-colère » entre les deux groupes.

La latence d'endormissement était augmentée de façon significative dans le groupe TDDE (23,80 min \pm 23,02 min) par rapport au groupe témoin (10,33 min \pm 7,80 min).

Une augmentation de la latence d'endormissement était constamment rapportée à la PSG parmi une population de déprimés à début précoce dans une étude de 2014 (77).

Cette corrélation est particulièrement intéressante pour les TDDE qui ont intégré les troubles de l'humeur dans le DSM-5.

L'efficacité du sommeil est une variable calculée à partir du TTS : elle correspond au TTS exprimé comme une fraction de l'intervalle de sommeil. Étant donné que l'intervalle de sommeil est sensiblement le même dans les deux groupes et que seul le TTS variait, l'efficacité du sommeil était significativement diminuée dans le groupe TDDE par rapport au groupe témoin (63,55 min \pm 17,20 min dans le groupe TDDE contre 79,66 min \pm 11,30 min)

A défaut de pouvoir comparer nos données actigraphiques à d'autres études actigraphiques portant sur le TDDE, nous pouvons nous intéresser aux études actigraphiques traitant d'autres troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent.

Néanmoins, cette comparaison est limitée en raison des âges des populations étudiées et du dispositif de montre-actigraphe utilisé qui peut différer entre les études. Les résultats obtenus en actigraphie à partir de deux dispositifs d'enregistrements différents ne peuvent être comparés de façon satisfaisantes entre eux d'après la littérature (78).

Nous détaillerons ainsi les résultats actigraphiques obtenus dans d'autres études actigraphiques chez les adolescents avec EDM, TPL et TBP pour les trois variables d'intérêt majeur de notre étude (TTS, latence d'endormissement et efficacité du sommeil).

Les adolescents porteurs de TPL partagent certaines caractéristiques avec les adolescents TDDE, dont la dimension de dysrégulation émotionnelle, symptôme clé des TPL.

L'étude actigraphique portant sur des adolescents avec TPL, menée par Huynh et al, (79) retrouvait un TTS de 438 min ($\pm 92,73$), en comparaison notre groupe TDDE avait un TTS de 343 min ($\pm 100,68$ min). La latence d'endormissement était de 20,78 min $\pm 12,65$ min chez ces adolescents quand elle était à 23,80 min dans notre groupe cas.

La valeur de l'efficacité du sommeil des TPL était augmentée (72,61 % $\pm 10,93\%$) par rapport à notre groupe TDDE (63,55 % $\pm 17,20\%$). L'âge moyen était de 16,71 ans ± 1 an. Le même dispositif de montre-actigraphe a été utilisé (Actiwatch 2 ®).

Dans une autre étude, portant sur des enfants et adolescents avec TBP âgés de 5 à 18 ans, le TTS était également diminué par rapport à notre groupe TDDE (474 min) (80). Concernant la latence d'endormissement, elle était mesurée à 16,50 min en moyenne chez les adolescents bipolaires. Dans notre groupe TDDE, elle était augmentée à 23,80 min. La valeur de l'efficacité du sommeil était de 77,19 min ($\pm 11,64$ min). La comparabilité avec cette étude est limitée par la présence d'enfants dans l'échantillon ainsi que par l'utilisation d'un dispositif de montre-actigraphe différent du nôtre (Ambulatory Monitoring Inc.).

Le TDDE ayant intégré la catégorie des troubles de l'humeur du DSM-5, il semblait pertinent de comparer nos données des variables sommeil à celles d'adolescents souffrants de EDM.

En population de jeunes déprimés, une seule étude (81) a utilisé l'actigraphie pour caractériser le sommeil d'enfants souffrant d'EDM (tel que défini par l'ancienne version du DSM-5, le DSM-IV). Les autres études réalisées dans cette population se sont davantage intéressées à la distribution du rythme circadien d'activité (82),(83),(75).

Cette étude, ancienne de 2007, avait comparé le profil actigraphique de sommeil d'enfants ayant été victimes d'abus sexuels à des enfants souffrant d'une dépression et à des témoins sains. Ces données actigraphiques concernant la dépression ne peuvent être comparées aux variables sommeil de notre étude car la tranche d'âge est différente tout comme le dispositif d'actigraphie utilisé.

4.2 Variables activité

Il y a extrêmement peu de données dans la littérature concernant l'évaluation de l'activité circadienne en population pédiatrique par l'actigraphie.

En particulier, aucune étude concernant l'activité motrice des TDDE n'a été publiée jusqu'à présent.

Néanmoins, plusieurs équipes ont publié sur l'activité motrice diurne et nocturne de plusieurs pathologies pédopsychiatriques.

Dans un large échantillon de jeunes déprimés (d'après les critères du DSM-5) Teicher et al. n'avait pas prouvé de différence significative sur le taux d'activité entre le groupe d'enfants et adolescents avec EDM et le groupe contrôle (83). Néanmoins, la mesure de l'activité diurne et nocturne s'était faite par mesure du taux total d'activité brut quand dans notre étude nous avons utilisé les variables amplitude relative, variabilité intra-journalière et stabilité inter-journalière.

L'équipe d'Aronen avait trouvé une association entre la sévérité de la dépression chez 27 jeunes pré-pubères hospitalisés et le pourcentage de temps journalier passé à des taux très bas d'activité (75).

Jones, dont les travaux ont été la base de nos recherches sur les variables variabilité intra-journalière, stabilité inter-journalière et l'amplitude relative, avait utilisé ces trois variables pour comparer l'activité circadienne d'un groupe d'enfants bipolaires et de témoins sains (67). La variabilité intra-journalière était plus élevée dans le groupe bipolaire que le groupe contrôle alors qu'au contraire la stabilité inter-journalière était diminuée chez les BP par rapport au groupe témoin. L'amplitude relative ne différait pas entre les deux groupes.

Dans notre étude nous avons mis en évidence une tendance dans l'amplitude relative, suggérant un niveau d'activité plus élevé chez les TDDE que chez le groupe contrôle.

5. Limites

Il existe plusieurs limites à notre travail.

Tout d'abord, notre échantillon de TDDE était constitué quasi exclusivement de garçons. Les données de la littérature n'étant pas en faveur d'un sexe ratio masculin aussi important, nous pouvons nous interroger sur la représentativité de notre échantillon.

Ensuite, le nombre de patients dans chaque groupe est limité (n=10) ce qui diminue la puissance de nos résultats, ceci en partie due à un nombre proportionnellement important d'exclusion par défaut d'enregistrement (n=4). La lecture de ces tracés actigraphique très courts montre que les adolescents ont enlevé la montre-actigraphe moins de 2 jours après leur pose.

Ceci nous rappelle l'importance de l'adhésion complète de l'adolescent et de sa famille au protocole de l'étude, davantage dans les études pédopsychiatriques où les familles et les jeunes sont soumise à leurs propres difficultés. Il convient aussi de vérifier dès la fin de l'enregistrement que celui-ci a été correctement réalisé, ce qui, n'avait pas été fait pour les premiers patients cas de l'étude.

Bien que l'actigraphie offre de nombreux avantages, la durée du temps d'enregistrement de 9 jours représente une contrainte pour conduire l'étude.

En effet, sachant que la majorité des patients participants étaient suivis sur le plan pédopsychiatrique par un interne ou un médecin du CHU, nous avons pris le parti de mettre les visites n°1 et 2 (telles que décrites dans la partie III) Matériels et Méthodes) dans les suites des rendez-vous individuels pour plus de praticité pour les familles.

Le rythme du suivi pédopsychiatrique étant de 15 jours environ, nous ne pouvions réaliser que 2 voir 3 inclusions par mois maximum ce qui représentait une lenteur non négligeable pour la temporalité de l'étude.

Ensuite, nous l'avons souligné à plusieurs reprises, les deux groupes étaient constitués de suicidants.

Dans la mesure où les adolescents avec conduites suicidaires ont des spécificités de sommeil propres, en particulier une insomnie de première partie de nuit (41) nous ne pouvons conclure que les différences de variables, en particulier du sommeil, sont uniquement dues à la présence du TDDE.

De même, notre échantillon de TDDE étant des suicidants, les variables remarquables ne peuvent être extrapolées à l'ensemble des patients TDDE sans cette comorbidité.

V) CONCLUSION

Nos résultats sont en faveur d'un profil sommeil spécifique du TDDE. Néanmoins, ceux-ci sont à nuancer par la présence d'une population avec comorbidité suicidaire.

Notre hypothèse d'une activité basale motrice plus intense chez les TDDE n'est à ce jour pas confirmée. Cependant, la présence d'une tendance pour l'amplitude relative est à confirmer par l'augmentation du nombre de patients cas et témoins de l'étude.

Ceci nous amène à plusieurs pistes de réflexions autour des perspectives possibles de ce travail.

Au vu des résultats dégagés de cette étude, il nous semble particulièrement intéressant d'envisager le recrutement d'un groupe témoin sain pour exploration actigraphique.

Ce groupe témoin permettrait une comparaison entre TDDE et témoins sains, et ainsi obtenir des résultats libres de toute comorbidité suicidaire.

De plus, comme nous l'avons dit précédemment, le protocole Acti-Humeur comprend une population pédiatrique entre 6 et 16 ans.

La poursuite de la constitution du groupe témoin enfant fournira de nouvelles données sur ce trouble.

En particulier, il sera intéressant de voir si les différences de variables sommeil entre TDDE et témoins adolescents sont également présentes chez les enfants ou si une différence entre les deux groupes sur le rythme d'activité motrice est mise en évidence.

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. Stringaris A, Vidal-Ribas P, Brotman MA, Leibenluft E. Practitioner Review: Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *J Child Psychol Psychiatry*. juill 2018;59(7):721-39.
2. Benarous X, Consoli A, Guilé J-M, Garny de La Rivière S, Cohen D, Olliac B. Evidence-based treatments for youths with severely dysregulated mood: a qualitative systematic review of trials for SMD and DMDD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. janv 2017;26(1):5-23.
3. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. nov 2018;Volume 9:199-210.
4. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:181-205.
5. American Psychiatric Association. DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson; 2015.
6. Leibenluft E, Stoddard J. The developmental psychopathology of irritability. *Dev Psychopathol*. nov 2013;25(4pt2):1473-87.
7. Benarous X, Consoli A, Cohen D, Renaud J, Lahaye H, Guilé J-M. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 6 oct 2018 [cité 17 avr 2019]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-018-1234-9>
8. Althoff RR, Crehan ET, He J-P, Burstein M, Hudziak JJ, Merikangas KR. Disruptive Mood Dysregulation Disorder at Ages 13-18: Results from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. mars 2016;26(2):107-13.
9. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, et al. Prevalence, Clinical Correlates, and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children. *Biol Psychiatry*. nov 2006;60(9):991-7.
10. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic versus episodic irritability in youth: a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. août 2006;16(4):456-66.
11. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2013;52(8):831-40.
12. Benarous X, Raffin M, Milhiet V, Guilé J-M, Cohen D, Consoli A. Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère : une nouvelle entité pour des enfants irritables ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. mars 2014;62(2):72-82.
13. Masi L, Guilé J-M, Mille C. Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère chez l'enfant : évolution nosologique et affiliation aux pathologies de l'humeur. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. mars 2014;62(2):65-71.
14. Blader JC, Carlson GA. Increased Rates of Bipolar Disorder Diagnoses Among U.S. Child, Adolescent, and Adult Inpatients, 1996–2004. *Biol Psychiatry*. juill 2007;62(2):107-14.
15. Carlson G-A. Trouble bipolaire à début précoce : considérations cliniques et de recherche. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. août 2006;54(4):207-16.
16. Goldstein BI, Birmaher B, Carlson GA, DelBello MP, Findling RL, Fristad M, et al. The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: Knowledge to date and directions for future research. *Bipolar Disord*. 2017;19(7):524-43.
17. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. mars 2003;160(3):430-7.
18. Mick E, Spencer T, Wozniak J, Biederman J. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biol Psychiatry*. 1 oct 2005;58(7):576-82.

19. Benarous X, Renaud J, Breton JJ, Cohen D, Labelle R, Guilé JM. Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with other depressive disorders? *J Affect Disord*.
20. Dickstein DP, Rich BA, Binstock AB, Pradella AG, Towbin KE, Pine DS, et al. Comorbid anxiety in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. août 2005;15(4):534-48.
21. Brotman MA, Kircanski K, Leibenluft E. Irritability in Children and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*. 8 mai 2017;13(1):317-41.
22. Shanahan L, Copeland WE, Angold A, Bondy CL, Costello EJ. Sleep Problems Predict and Are Predicted by Generalized Anxiety/Depression and Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mai 2014;53(5):550-8.
23. Mayes SD, Calhoun SL, Waxmonsky JG, Kokotovich C, Baweja R, Lockridge R, et al. Demographic Differences in Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms in ADHD, Autism, and General Population Samples. *J Atten Disord*. 22 août 2016;108705471666440.
24. Stringaris A. Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. févr 2011;20(2):61-6.
25. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. juin 2014;171(6):668-74.
26. Leibenluft E, Blair RJR, Charney DS, Pine DS. Irritability in pediatric mania and other childhood psychopathology. *Ann N Y Acad Sci*. déc 2003;1008:201-18.
27. Masi L, Mille C, Guilé J-M. Diagnostic d'un trouble sévère de régulation de l'humeur à partir d'un cas d'instabilité psychomotrice. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. mars 2014;62(2):83-9.
28. de Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. « Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? ». *Arch Pédiatrie*. août 2010;17(8):1202-9.
29. Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study. *J Affect Disord*. janv 2008;105(1-3):221-8.
30. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2003;42(4):386-405.
31. Holtmann M, Buchmann AF, Esser G, Schmidt MH, Banaschewski T, Laucht M. The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: a longitudinal analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. févr 2011;52(2):139-47.
32. Zlotnick C, Donaldson D, Spirito A, Pearlstein T. Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juin 1997;36(6):793-8.
33. Knafo A, Guilé J-M, Breton J-J, Labelle R, Belloncle V, Bodeau N, et al. Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. févr 2015;60(2 Suppl 1):S46-54.
34. Greenfield B, Henry M, Weiss M, Tse SM, Guile J-M, Dougherty G, et al. Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry J Acad Can Psychiatr Enfance Adolesc*. nov 2008;17(4):197-201.
35. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. févr 2011;168(2):129-42.
36. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*. 15 mars 1996;39(6):411-8.
37. Roane BM, Taylor DJ. Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *Sleep*. oct 2008;31(10):1351-6.
38. Bertocci MA, Dahl RE, Williamson DE, Iosif A-M, Birmaher B, Axelson D, et al. Subjective sleep complaints in pediatric depression: a controlled study and comparison with

- EEG measures of sleep and waking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. nov 2005;44(11):1158-66.
39. Ivanenko A, McLaughlin Crabtree V, Gozal D. Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Med Rev*. avr 2005;9(2):115-29.
 40. Lofthouse N, Gilchrist R, Splaingard M. Mood-related sleep problems in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. oct 2009;18(4):893-916.
 41. Liu X. Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep*. 1 nov 2004;27(7):1351-8.
 42. Roberts RE, Roberts CR, Duong HT. Chronic insomnia and its negative consequences for health and functioning of adolescents: a 12-month prospective study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. mars 2008;42(3):294-302.
 43. Goodwin RD, Marusic A. Association between short sleep and suicidal ideation and suicide attempt among adults in the general population. *Sleep*. août 2008;31(8):1097-101.
 44. Estrada-Prat X, Álvarez-Guerrico I, Bleda-Hernández MJ, Camprodon-Rosanas E, Batlle-Vila S, Pujals-Altes E, et al. Sleep study in Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar children. *Actas Esp Psiquiatr*. janv 2017;45(1):12-20.
 45. Waxmonsky JG, Mayes SD, Calhoun SL, Fernandez-Mendoza J, Waschbusch DA, Bendixsen BH, et al. The association between Disruptive Mood Dysregulation Disorder symptoms and sleep problems in children with and without ADHD. *Sleep Med*. sept 2017;37:180-6.
 46. Hvolby A. Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. *Atten Deficit Hyperact Disord*. mars 2015;7(1):1-18.
 47. Delaplace R, Garny de La Rivière S, Bon Saint Come M, Lahaye H, Popov I, Rey N, et al. Sleep and disruptive mood dysregulation disorder: A pilot actigraphy study. *Arch Pédiatrie*. juill 2018;25(5):303-8.
 48. Potegal M, Carlson G, Margulies D, Gutkovitch Z, Wall M. Rages or temper tantrums? The behavioral organization, temporal characteristics, and clinical significance of angry-agitated outbursts in child psychiatry inpatients. *Child Psychiatry Hum Dev*. déc 2009;40(4):621-36.
 49. Conway A, Rolley JX, Fulbrook P, Page K, Thompson DR. Improving statistical analysis of matched case-control studies. *Res Nurs Health*. juin 2013;36(3):320-4.
 50. El-Masri MM. Case-control study design. *Can Nurse*. sept 2014;110(6):10.
 51. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 1997;36(7):980-8.
 52. Lauth B, Arnkelsson GB, Magnússon P, Skarphéðinsson GÁ, Ferrari P, Pétursson H. Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version) depression diagnoses in an adolescent clinical population. *Nord J Psychiatry*. déc 2010;64(6):409-20.
 53. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: manual. 2nd ed. San Antonio, Tex. : Boston: Psychological Corp. ; Harcourt Brace; 1996. 38 p.
 54. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2010.
 55. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Williams JE, Bailey J. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *J Clin Psychol*. janv 2008;64(1):83-102.
 56. Harvey PD, Greenberg BR, Serper MR. The affective lability scales: development, reliability, and validity. *J Clin Psychol*. sept 1989;45(5):786-93.
 57. Sadeh A. The role and validity of actigraphy in sleep medicine: An update. *Sleep Med Rev*. août 2011;15(4):259-67.
 58. Sadeh A, Acebo C. The role of actigraphy in sleep medicine. *Sleep Med Rev*. mai 2002;6(2):113-24.
 59. Ancoli-Israel S, Cole R, Alessi C, Chambers M, Moorcroft W, Pollak CP. The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. *Sleep*. 1 mai 2003;26(3):342-92.

60. Hirshkowitz M. Polysomnography Challenges. *Sleep Med Clin.* déc 2016;11(4):403-11.
61. Mathie MJ, Coster ACF, Lovell NH, Celler BG. Accelerometry: providing an integrated, practical method for long-term, ambulatory monitoring of human movement. *Physiol Meas.* avr 2004;25(2):R1-20.
62. Tonetti L, Pasquini F, Fabbri M, Belluzzi M, Natale V. Comparison of two different actigraphs with polysomnography in healthy young subjects. *Chronobiol Int.* févr 2008;25(1):145-53.
63. Acebo C, Sadeh A, Seifer R, Tzischinsky O, Wolfson AR, Hafer A, et al. Estimating sleep patterns with activity monitoring in children and adolescents: how many nights are necessary for reliable measures? *Sleep.* 1 févr 1999;22(1):95-103.
64. Boyne K, Sherry DD, Gallagher PR, Olsen M, Brooks LJ. Accuracy of computer algorithms and the human eye in scoring actigraphy. *Sleep Breath.* mars 2013;17(1):411-7.
65. Smith MT, McCrae CS, Cheung J, Martin JL, Harrod CG, Heald JL, et al. Use of Actigraphy for the Evaluation of Sleep Disorders and Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: An American Academy of Sleep Medicine Systematic Review, Meta-Analysis, and GRADE Assessment. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 juill 2018;14(7):1209-30.
66. Van Someren EJ, Swaab DF, Colenda CC, Cohen W, McCall WV, Rosenquist PB. Bright light therapy: improved sensitivity to its effects on rest-activity rhythms in Alzheimer patients by application of nonparametric methods. *Chronobiol Int.* juill 1999;16(4):505-18.
67. Jones SH, Hare DJ, Evershed K. Actigraphic assessment of circadian activity and sleep patterns in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* avr 2005;7(2):176-86.
68. Klein DN, Ouimette PC, Kelly HS, Ferro T, Riso LP. Test-retest reliability of team consensus best-estimate diagnoses of axis I and II disorders in a family study. *Am J Psychiatry.* juill 1994;151(7):1043-7.
69. Delaplace R, Garny de La Rivière S, Bon Saint Come M, Lahaye H, Popov I, Rey N, et al. Sleep and disruptive mood dysregulation disorder: A pilot actigraphy study. *Arch Pédiatrie.* juill 2018;25(5):303-8.
70. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, Comorbidity, and Correlates of DSM-5 Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Am J Psychiatry.* févr 2013;170(2):173-9.
71. Acquaviva E, Peyre H, Falissard B. Panorama de la prescription et de la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* janv 2012;60(1):77-85.
72. Ivanova MY, Dobrea A, Dopfner M, Erol N, Fombonne E, Fonseca AC, et al. Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* sept 2007;36(3):405-17.
73. Meltzer LJ, Montgomery-Downs HE, Insana SP, Walsh CM. Use of actigraphy for assessment in pediatric sleep research. *Sleep Med Rev.* oct 2012;16(5):463-75.
74. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
75. Aronen ET, Lampenius T, Fontell T, Simola P. Sleep in Children With Disruptive Behavioral Disorders. *Behav Sleep Med.* 3 sept 2014;12(5):373-88.
76. Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *J Psychiatr Res.* avr 2011;45(4):505-11.
77. Augustinavicius JLS, Zanjani A, Zakzanis KK, Shapiro CM. Polysomnographic features of early-onset depression: a meta-analysis. *J Affect Disord.* avr 2014;158:11-8.
78. Meltzer LJ, Walsh CM, Traylor J, Westin AML. Direct comparison of two new actigraphs and polysomnography in children and adolescents. *Sleep.* 1 janv 2012;35(1):159-66.
79. Huỳnh C, Guilé J-M, Breton J-J, Godbout R. Sleep-Wake Patterns of Adolescents with Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* avr

2016;47(2):202-14.

80. Faedda GL, Ohashi K, Hernandez M, McGreenery CE, Grant MC, Baroni A, et al. Actigraph measures discriminate pediatric bipolar disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder and typically developing controls. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(6):706-16.

81. Glod CA, Teicher MH, Hartman CR, Harakal T. Increased Nocturnal Activity and Impaired Sleep Maintenance in Abused Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 1997;36(9):1236-43.

82. Armitage R, Hoffmann R, Emslie G, Rintelman J, Moore J, Lewis K. Rest-Activity Cycles in Childhood and Adolescent Depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juin 2004;43(6):761-9.

83. Teicher MH, Glod CA, Harper D, Magnus E, Brasher C, Wren F, et al. Locomotor Activity in Depressed Children and Adolescents: I. Circadian Dysregulation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 1993;32(4):760-9.

VII) ANNEXES

1. Note d'information destinée aux adolescents de 12 à 17 ans	63
2. Formulaire de consentement de participation à la recherche	65
3. Auto-questionnaire TSRH version parent.....	67
4. Grille sémiologique du TSRH.....	68
5. Beck Depression Inventory II	74
6. Échelle de Labilité Émotionnelle (ALS)	77
7. C-SSRS.....	81
8. Version francophone synthétique du K-SADS-PL	83

17.3 Annexe 3 : Note d'information destinée aux adolescents de 12 à 17 ans

**Note d'information pour les adolescents de 12 à 17 ans participant
à une recherche biomédicale intitulée :
PROFIL CLINIQUE ET ACTIGRAPHIQUE DES JEUNES SUICIDANTS HOSPITALISES :
EXPLORATION DU TROUBLE SEVERE DE REGULATION DE L'HUMEUR**

Promoteur : CHU d'Amiens - Investigateur principal : Dr Jean Marc Guilé

N° enregistrement de la recherche ICB : 2012-A00925-38

Bonjour,

Tu es sollicité par le Docteur : _____ du Centre Hospitalier de : _____ pour participer à une étude de recherche biomédicale intitulée : **«Profil clinique et actigraphique des jeunes suicidants hospitalisés : exploration du trouble sévère de régulation de l'humeur »**

Ce document va permettre de te fournir les informations pour comprendre le but de cette étude, son intérêt et son déroulement.

Si tu ne comprends des mots ou des expressions, n'hésites pas à demander des explications à ton médecin.

POURQUOI REALISE-T-ON CETTE ETUDE ?



Cette étude est réalisée à Amiens et dans deux autres services hospitaliers français : le CHU de Rouen et la Pitié Salpêtrière de Paris. Elle va permettre de comprendre quels sont les facteurs impliqués dans le risque de suicide, en particulier le trouble sévère de régulation de l'humeur. Ce trouble est marqué par de la tristesse, des crises de colère et de l'insomnie.

Cette étude concerne des enfants de 6 à 17 ans, qui comme toi, sont hospitalisés à la suite de conduites suicidaires.

Pour essayer d'éviter cela, nous aimerions comprendre quelles sont les perturbations de l'humeur et du sommeil associées au risque suicidaire

COMMENT VA SE DEROULER CETTE ETUDE ?

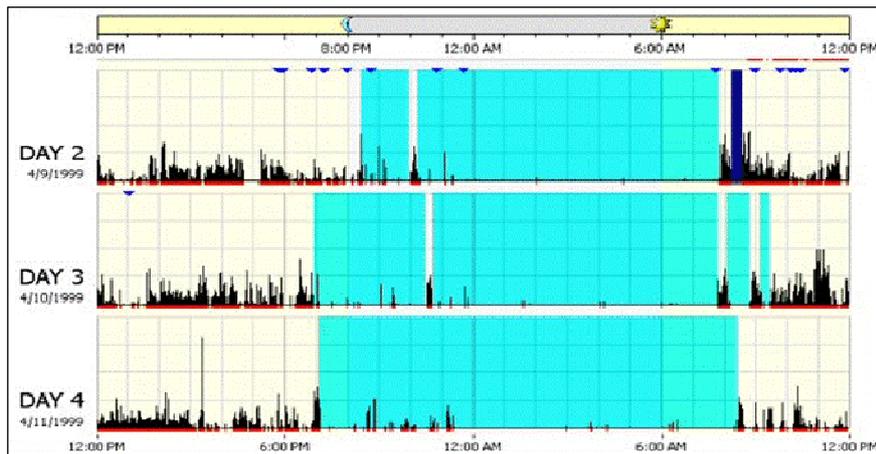
Si tu souhaites participer à l'étude, lors de ton hospitalisation, tu va avoir plusieurs entretiens cliniques.

Au cours de ces entretiens, tu vas répondre à trois questionnaires avec l'aide d'une personne du service. Tes parents devront également répondre à trois questionnaires.

Pendant l'hospitalisation, on va te mettre une montre que l'on appelle un actigraphe que tu vas garder pendant neuf jours de suite, incluant deux week-ends.



Cette montre enregistre l'activité de ton corps au cours de la journée et la nuit. C'est ce qu'on appelle un «profil actigraphique». Voici un exemple :



La montre sera retirée après les neuf jours. Ta participation à l'étude dure 9 jours.

QUELS SONT LES CONTRAINTES ET LES RISQUES ?

Cette recherche ne comporte aucun risque, peut-être un peu de stress lorsque tu va répondre au questionnaire, mais tu seras accompagné d'une personne du service qui t'aideras.

Il est possible qu'une réaction cutanée se déclenche due au contact de l'instrument avec la peau. Cela est dû à un excès de sueur, il suffit de retirer la montre, se rincer le poignet, passer la montre sous l'eau, l'essuyer et la remettre au poignet.

Tes parents et toi êtes libres d'accepter ou de refuser ta participation à cette recherche. Tu peux à tout moment retirer ton accord et tes parents peuvent à tout moment retirer leur consentement. Cela ne changera pas ta prise en charge dans le service. N'hésite pas à poser des questions avant de prendre ta décision.

Note d'information remise le :/...../..... à :.....

Nom et prénom de l'investigateur :

Signature de l'investigateur :

17.5 Annexe 5 : Formulaire de Consentement de participation

**Formulaire de Consentement de participation à une recherche biomédicale
pour les titulaires de l'autorité parentale pour une personne mineure :
PROFIL CLINIQUE ET ACTIGRAPHIQUE DES JEUNES SUICIDANTS HOSPITALISES :
EXPLORATION DU TROUBLE SEVERE DE REGULATION DE L'HUMEUR**

Promoteur : CHU d'Amiens - Investigateur principal : Dr Jean Marc Guilé

N° enregistrement de la recherche ICB : 2012-A00925-38

Nous, soussignés

M^{me}, M^{lle}, M. (*nom, prénom*)
(*père, mère, titulaire de l'autorité parentale**)

et M^{me}, M^{lle}, M. (*nom, prénom*)
(*père, mère, titulaire de l'autorité parentale**)

acceptons librement et volontairement que notre enfant ou adolescent (*nom, prénom*)

..... **participe à la recherche biomédicale intitulée « PROFIL CLINIQUE ET ACTIGRAPHIQUE DES JEUNES SUICIDANTS HOSPITALISES : EXPLORATION DU TROUBLE SEVERE DE REGULATION DE L'HUMEUR »** dont le promoteur est le **CHU d'Amiens** et qui nous a été proposée par le Docteur _____ médecin investigateur dans cette étude, qui peut nous contacter au : _____.

Afin d'éclairer notre décision, nous avons reçu et bien compris les informations qui nous ont été données par écrit et oralement. Nous avons disposé d'un temps de réflexion suffisant entre la communication de ces informations et le consentement que nous donnons. Le Dr..... (tél : _____) se tient à notre disposition pour toute information complémentaire.

Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Elles ne pourront être consultées que par l'équipe médicale, les personnes dûment mandatées par le promoteur de la recherche et éventuellement par des représentants des autorités administratives de santé, tous soumis au secret professionnel.

Après avoir discuté et obtenu réponse à toutes nos questions, nous acceptons librement et volontairement que notre enfant participe à cette recherche dans les conditions décrites. Nous sommes parfaitement conscients que nous sommes libres d'accepter ou de refuser la participation à cette recherche, et ce quelles que soient nos raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à nos relations avec le médecin et n'entraînera pas de préjudice sur la qualité des soins que nous sommes en droit d'attendre pour notre enfant ou notre adolescent

Nous avons bien compris dans la note d'information qui nous a été remise que pour pouvoir participer à cette recherche, notre enfant ou adolescent doit bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Nous confirmons que c'est bien le cas.

Le consentement de notre enfant ou de notre adolescent doit également être recherché s'il est apte à exprimer sa volonté. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

- Je (nom de l'enfant) _____, comprends et affirme souhaiter participer à l'essai clinique.
- L'accord de l'enfant n'a pas été recherché en raison de

Fait à Amiens, le /.... /.....

<u>Signature de l'investigateur</u>	<u>Signature de l'enfant</u>	<u>Signature des deux titulaires* de l'exercice de l'autorité parentale précédées de la date et de la mention « lu et approuvé »</u>

*si un seul parent est présent, sa signature suffit (Code de la santé publique art L122-2-II)

**(Trouble sévère de régulation de l'humeur avec dysphorie)
Version parent**

Nom/prénom du jeune : _____ No dossier _____	
Informateur (père/mère) _____	
Date de naissance: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Date de l'entrevue : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Âge : _ _ _ _
Sexe : Fille _____	Garçon _____

**Interviewer: Indiquer au parent que les questions portent sur les 12 derniers mois
Codes : Aucune information (0) Non (1) Oui (2) Ne s'applique pas (9)**

Est-ce que votre enfant se met en colère et fait des crises durant lesquels il/elle crie fort, lance des choses ou frappe sur les objets ou les gens autour de lui/elle	_____
Si oui, poser les questions 2 à 11 - Si non, coder 9 aux questions 2 à 11	
Avez-vous l'impression que les crises de rage sont beaucoup trop importantes par rapport à la situation ou à l'événement qui les a déclenchées ?	_____
Est-ce que les crises de rage surviennent trois fois par semaine ou plus ?	_____
Quand il/elle fait des crises de rage, est-ce qu'il/elle est presque toujours irritable, en colère ou triste ?	_____
Est-ce que presque à chaque jour, entre les crises, votre enfant se sent:	
irritable ?	_____
en colère ?	_____
ou triste ?	_____
Est-ce que les autres autour de lui/elle (autre parent, professeurs ou les jeunes) s'aperçoivent qu'il/elle se sent irritable, en colère ou triste?	_____
Est-ce que les crises de rage durent depuis au moins un an ?	_____
Au cours de la dernière année, y a-t-il eu une période de 3 mois ou plus durant laquelle il n'y a pas eu de crises de rage ?	_____
Est-ce que les crises de rage surviennent :	
à la maison ?	_____
à l'école ?	_____
avec les ami(e)s ?	_____
Est-ce que les crises de rage ont commencé avant l'âge de 10 ans ?	_____
Est-ce que les crises de rage causent à votre enfant de gros problèmes :	
à la maison?	_____
à l'école ?	_____
avec les ami(e)s ?	_____

17.8 Annexe 8 : Questionnaire Profil Sensoriel

TROUBLE SÉVÈRE DE LA RÉGULATION DE L'HUMEUR (critères Leibenluft)

Humeur irritable

Te sens-tu souvent grincheux, triste ou fâché? As-tu eu ces sentiments au cours des dernières semaines? Est-ce que tu t'es senti de cette façon, la plupart des jours au cours de la dernière année? (Si non) À quelle fréquence tu as ces sentiments? Est-ce qu'il y a eu une période où tu n'avais pas ses sentiments pendant quelques mois? Lorsque tu te sens grincheux ou fâché, combien de temps dans une journée tu te sens ainsi? Est-ce que tu as ces sentiments à la maison, à l'école ou lorsque tu es avec d'autres jeunes? Comment tes parents, tes professeurs ou tes amis disent que tu te sens?

À quel âge sont apparus les symptômes d'humeur?

P E S

0 0 0 Aucune information.

1 1 1 Non présent.

2 2 2 Sous le seuil : Humeur irritable et/ou triste présente moins de la moitié de la journée, -ou moins fréquente que la plupart des jours au cours des 12 derniers mois, ou comprenant une période asymptomatique de plus de deux mois au cours de la dernière année, -ou pas assez sévère pour être observée par d'autres gens.

3 3 3 Seuil : Humeur irritable et/ou triste présente au moins la moitié de la journée depuis au moins 12 mois et sans période asymptomatique de plus de deux mois. Sévérité suffisante pour être visible par d'autres gens (parents, professeurs, pairs).

PASSÉ :
P E S

Réactivité nettement excessive

Est-ce que c'est facile ou fréquent pour toi de devenir irritable, fâché ou d'exploser? Lorsque tu te sens très fâché, est-ce que tu cries ou hurles? Est-ce que tu jures/sacres beaucoup, tu traites les autres de noms ou tu les rabaisse? Est-ce que tu lances ou détruis des objets? Est-ce que tu as déjà menacé ou réellement blessé quelqu'un d'autre? Qu'est-ce qui se passait au moment que c'est arrivé? Est-ce que tu t'es déjà senti si irritable ou fâché que tu as explosé au moins trois fois par semaine au cours du dernier mois? Est-ce que cela t'arrive souvent au cours de la dernière année? Est-ce qu'il y a eu un moment dans la dernière année où tu n'avais pas ces sentiments pendant quelques semaines? Ces périodes ont duré combien de temps?

P E S

0 0 0 Aucune information.

1 1 1 Non présent.

2 2 2 Sous le seuil : Se sent définitivement plus fâché ou irritable qu'il est attendu de la situation. Argumente, rapide à exprimer l'énervement. La colère se produit moins souvent que trois fois par semaine au cours des quatre dernières semaines et/ou n'a pas persisté pendant au moins un an. Il y a eu une période asymptomatique pendant plus de deux mois au cours de la dernière année.

3 3 3 Seuil : Réaction hors de proportion pour n'importe quel stressor précipitant psychosocial. L'individu a des rages verbales et/ou démontre de l'agressivité envers les autres ou les biens matériels. Ces situations se produisent, en moyenne, au moins trois fois par semaine au cours des quatre dernières semaines et étaient présentes de façon constante au cours des 12 derniers mois. Il n'y a pas eu de période asymptomatique de plus de deux mois au cours de la dernière année.

PASSÉ :

Hypervigilance chronique

L'hypervigilance inclut l'insomnie, l'agitation, la distractibilité, la fuite des idées ou les pensées rapides, la pression du discours et le comportement intrusif. (Au moins 3 des 6 symptômes). **Ne pas coter si les symptômes sont épisodiques plutôt que chroniques.**

Insomnie

Est-ce que tu as habituellement de la difficulté à t'endormir après t'être mis au lit et avoir éteint les lumières? Si oui, qu'est-ce qui te tient éveillé? (Considérer que le jeune pourrait regarder la télévision dans la chambre ou jouer aux jeux vidéo au lieu d'essayer véritablement de dormir)
Est-ce que tu te réveilles au milieu de la nuit? Combien de fois? Combien de temps est-ce que cela te prend pour te rendormir?
À quelle heure tu te réveilles le matin? Est-ce que tu te réveilles plus tôt que tu ne devrais?

P E S

- 0 0 0 Aucune information.
- 1 1 1 Non présent.
- 2 2 2 Sous le seuil : Prend 30-60 minutes pour s'endormir, ou se réveille au milieu de la nuit pour 15-30 minutes, ou se réveille 30 minutes plus tôt que supposé.
- 3 3 3 Seuil : Prends plus d'une heure pour s'endormir, se réveille au milieu de la nuit pour plus de 30 minutes, ou se réveille plus de 30 minutes plus tôt que supposé.

PASSÉ :
P E S

Notez en vous basant sur les données rapportées par l'informateur ou les données observées.

Fuite des idées

Est-ce qu'il y a eu des moments pendant lesquels tes pensées couraient si vite que tu avais de la difficulté à les suivre? Est-ce que tu as déjà senti comme s'il y avait trop d'idées qui se bouscuaient dans ta tête? Est-ce que tu pouvais arrêter les pensées si tu le voulais? Quelle était ton humeur à ce moment-là?

P E S

- 0 0 0 Aucune information.
- 1 1 1 Non présent.
- 2 2 2 Sous le seuil : La fuite des idées cause une détresse ou un dysfonctionnement mineurs.
- 3 3 3 Seuil : La fuite des idées cause une détresse ou un dysfonctionnement importants. Les pensées ne peuvent pas être arrêtées volontairement.

PASSÉ :
P E S

Est-ce que ceci décrit le patient la plupart du temps la dernière année?

Parent oui non
Enfant oui non

Distractibilité

Est-ce que tu as des difficultés à poursuivre ce que tu fais? Est-ce que tu commences des choses que tu ne finis pas? Est-ce que tu es facilement distrait? Est-ce que tu as de la difficulté à rester attentif en classe?

P E S

0 0 0 Aucune information.

1 1 1 Non présent.

Est-ce que ceci décrit le patient la plupart du temps la dernière année?

Parent oui____ non____

Enfant oui____ non____

2 2 2 Sous le seuil : Présent, mais répond au recadrage/encadrement. La distractibilité n'a aucun effet ou un effet minime sur le fonctionnement.

Notez en vous basant sur les données rapportées par l'informateur ou les données observées.

3 3 3 Seuil : La distractibilité a un effet modéré sur le fonctionnement. Ne répond pas au recadrage/encadrement PASSÉ : _____

Note : Est-ce que c'est chronique ou lié à une humeur euphorique? Si chronique, noter positivement pour TSHR. Autrement, considérer la passation du supplément KSADS sur la manie.

P E S

0 0 0 Aucune information.

Agitation physique

Est-ce que c'est difficile pour toi de rester immobile, ou dois-tu continuer à bouger sans pouvoir t'arrêter? Est-ce que tu sens comme si tu as besoin de marcher de long en large? Est-ce que tu sens que tu dois taper sur le bureau ou jouer avec quelque chose dans tes mains?

1 1 1 Pas du tout, ou ralenti.

2 2 2 Sous le seuil : De temps en temps, incapable de rester assis calmement sur une chaise, bouge, tire ou frotte.

Est-ce que ceci décrit le patient la plupart du temps la dernière année?

Parent oui____ non____

Enfant oui____ non____

3 3 3 Seuil : Souvent incapable de rester assis en classe, bouge, etc. Presque toujours dérangeant à un certain degré.

PASSÉ : _____
P E S

Note : Est-ce que c'est chronique ou lié à une humeur euphorique? Si chronique, noter positivement pour TSHR. Autrement, considérer la passation du supplément sur la manie.

Est-ce que tu as des ennuis avec les autres parce que tu coupes la parole? Est-ce que les autres se plaignent que tu les interromps lorsqu'ils parlent? Est-ce que les autres se plaignent que tu t'approches physiquement trop d'eux ou que tu es dans leur espace personnel ». Est-ce que ça t'arrive souvent?

Notez en vous basant sur les données rapportées par l'informateur ou les données observées.

Comportement intrusif (interrompt ou fait irruption)

P E S

- 0 0 0 Aucune information
- 1 1 1 Non présent.
- 2 2 2 Sous le seuil : De temps en temps, interrompt ou fait irruption, ou durée inférieure à 12

Pression du discours

*Est-ce qu'il y a eu des moments où tu parlais très rapidement ou sans arrêt et tu ne pouvais pas t'arrêter?
Est-ce que les gens te disaient que tu parlais trop vite ou trop? Est-ce que les gens avaient de la difficulté à te comprendre?*

Est-ce que ceci décrit le patient la plupart du temps la dernière année?

Parent **oui**____ **non**____
Enfant **oui**____ **non**____

Notez en vous basant sur les données rapportées par l'informateur ou les données observées.

- 3 3 3 Seuil : Souvent interrompt ou fait irruption. Actuellement présent depuis au moins 12 mois sans période asymptomatique de plus de deux mois.

PASSÉ :
 P E S

- 0 0 0 Aucune information.
- 1 1 1 Non présent, ou débit verbal ralenti.
- 2 2 2 Sous le seuil : Parle sensiblement plus que d'habitude mais la conversation n'est pas sous pression .
- 3 3 3 Seuil : discours et conversation continuellement sous pression .

PASSÉ :
 P E S

Difficultés de fonctionnement

	Parent EC			Parent EPPS			Enfant EC			Enfant EPPS			Sommaire EC			Sommaire EPPS		
a. Socialement (avec les pairs) :	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
b. Avec la famille :	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
c. À l'école :	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
d. Hospitalisation (pour manie) :	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
e. Autre :	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2

Trouble sévère de la régulation de l'humeur – Critères diagnostiques
(Cotation : 0 = Aucune information 1 = Non présent 2 = Présent)

1) Preuve d'un précipitant (spécifiez) :

2) Les symptômes thymiques (colère, tristesse et/ou irritabilité)	<u>PASSÉ</u>	<u>COURANT</u>
a) sont présents la plupart des jours	0 1 2	0 1 2
b) sont suffisamment sévères pour être visible par l'entourage de l'enfant	0 1 2	0 1 2
c) 2a ET 2b sont remplis	0 1 2	0 1 2

3) Hyperexcitation (3 de 6) :

a) insomnie	0 1 2	0 1 2
b) agitation physique	0 1 2	0 1 2
c) distractibilité	0 1 2	0 1 2
d) pensées rapides/fuite des idées	0 1 2	0 1 2
e) pression du discours	0 1 2	0 1
2 f) comportement intrusif		0 1 2
0 1 2		

4) Réactivité nettement excessive aux stimuli émotionnels négatifs 0 1 2 0 1 2

5) Les symptômes ci-dessus (2), (3) et (4) sont :

a) <u>actuellement</u> présents	0 1 2	0 1 2
b) <u>ont été présents</u> pendant au moins 12 mois	0 1 2	0 1 2
c) <u>sans période asymptomatique</u> de plus de deux mois	0 1 2	0 1 2

6) Perturbation du fonctionnement

a) Socialement (avec les pairs) :	0 1 2	0 1 2

b) Avec la famille :	0 1 2	0 1 2

c) À l'école :	0 1 2	0 1 2

7) Les symptômes thymiques et la réactivité augmentée sont sévères dans au moins un milieu ET modérés dans au moins un autre :

		<u>PASSÉ</u>				<u>COURANT</u>			
a) À la maison :	Sévère	Modéré	Léger	Aucun	Sévère	Modéré	Léger	Aucun	
b) À l'école :	Sévère	Modéré	Léger	Aucun	Sévère	Modéré	Léger	Aucun	
c) Avec les pairs :	Sévère	Modéré	Léger	Aucun	Sévère	Modéré	Léger	Aucun	

8) Âge d'apparition : _____ (avant 12 ans?)
Durée : Actuellement _____ (# de mois depuis la dernière année)

9) Critères d'exclusion :

- a) Le jeune manifeste un des symptômes cardinaux de manie : humeur élevée ou expansive, grandiosité ou estime de soi augmenté, diminution épisodique du besoin de sommeil
- b) Le jeune présente une psychose
- c) Le jeune remplit les critères pour :
 - i) Trouble bipolaire (I, II ou NS)
 - ii) Schizophrénie, Trouble schizophréniforme, Trouble schizoaffectif
 - iii) Trouble envahissant du développement
 - iv) Trouble de stress post-traumatique
 - v) Trouble lié à une substance dans les trois derniers mois
- d) L'humeur, l'hyperexcitation et la réactivité excessive ne sont pas mieux expliquées par :
 - i) Trouble du spectre autistique
 - ii) Trouble anxieux
 - iii) Abus ou dépendance à une substance
 - iv) Début ou augmentation d'une médication

	<u>PASSÉ</u>			<u>COURANT</u>		
Diagnostic d'un TSRH	0	1	2	0	1	2

17.10 Annexe 10: Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

INVENTAIRE DE DÉPRESSION

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Lis avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisis **l'énoncé** qui décrit le mieux comment tu t'es senti(e) au cours des **deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerle alors le chiffre placé devant l'énoncé que tu as choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, tu en trouves plusieurs qui semblent décrire également bien tes sentiments, choisis celui qui a le chiffre le plus élevé et encerle ce chiffre. Assure-toi bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no 16 (changement aux habitudes de sommeil) et le groupe no 18 (changement à l'appétit).

Ne rien inscrire ici

1. Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis toujours triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas endurable.

2. Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 Je n'ai aucun espoir dans l'avenir et je sens qu'il ne peut qu'empirer.

3. Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas l'impression d'avoir échoué dans la vie.
- 1 J'ai subi plus d'échecs que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je vois un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai l'impression d'être un échec complet en tant qu'être humain.

4. Perte de plaisir

- 0 Les choses qui me plaisent me procurent autant de satisfaction qu'avant.
- 1 Les choses ne me procurent pas autant de satisfaction qu'avant.
- 2 Je retire très peu de satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire.
- 3. Je ne retire aucune satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire.

5. Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- 1 J'ai l'impression que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 Je sens que je suis puni(e).

7. Sentiments négatifs envers soi

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) de moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas.

8. Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me sens responsable de tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou m'occuper à quelque chose.

12. Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu intérêt pour les gens et pour diverses activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision

- 0 Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile qu'avant de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation

- 0 Je ne considère pas que je suis sans valeur.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je sens que je vauds moins que les autres.
- 3 J'ai l'impression que je ne vauds absolument rien.

15. Perte d'énergie

- 0 J'ai autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose.
- 3 Je n'ai pas suffisamment d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Changement aux habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1 Je dors un peu plus que d'habitude.
- 2 Je dors un peu moins que d'habitude.
- 3 Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 4 Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 5 Je dors presque toute la journée.
- 6 Je me réveille une ou deux heures avant le temps et je suis incapable de me rendormir

17. Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18.Changement à l'appétit

0 Mon appétit n'a pas changé.

1 J'ai un peu moins d'appétit qu'avant.

2 J'ai un peu plus d'appétit qu'avant.

3 J'ai beaucoup moins d'appétit qu'avant.

4 J'ai beaucoup plus d'appétit qu'avant.

5 Je n'ai pas d'appétit du tout.

6 J'ai constamment envie de manger.

19.Difficulté à se concentrer

0 Je parviens à me concentrer aussi bien qu'avant.

1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien qu'avant.

2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20.Fatigue

0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.

1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.

2 Je suis trop fatigué(e) pour faire beaucoup des choses que je faisais avant.

3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21.Perte d'intérêt pour le sexe

0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.

1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.

2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.

3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

17.11 Annexe 11 : Echelle de Labilité Emotionnelle

Échelle de Labilité Émotionnelle (ALS, Harvey, 1989)
Version adaptée pour les adolescents francophones

Nom/prénom :

Date de naissance :

date du jour :

Ce questionnaire explore les changements survenant dans les émotions et le sommeil. Merci de lire chaque énoncé et de coter chaque phrase selon le code suivant :			
0=rarement vrai	1=parfois vrai	2=souvent vrai	3=très souvent vrai

1- Je dors très bien pendant plusieurs nuits et ensuite pendant les nuits suivantes, je suis tellement déprimé(e) que je ne dors pas bien du tout.	
2- Il y a des périodes où j'ai vraiment envie de bouger beaucoup et peu de temps après, je ne me sens plus du tout agité.	
3- A certains moments je suis nerveux (se), j'ai l'impression de perdre toutes mes idées et/ou d'être étourdi(e) et puis peu de temps après, je suis tellement triste que je n'ai plus envie de rien faire.	
4- Mon niveau d'inquiétude change souvent : Parfois je m'inquiète beaucoup plus que d'habitude et d'autres fois je ne m'en fais pas plus que d'habitude.	
5- A certains moments je suis calme et, une minute après, je deviens tellement nerveux(se) que je perds toutes mes idées et je deviens étourdi(e).	
6- Quelquefois je m'implique excessivement dans des activités et puis après, je n'ai plus du tout envie d'y participer et je m'en veux de m'y être impliqué(e).	
7- Parfois je parle beaucoup plus que d'habitude et d'autres fois je parle comme d'habitude.	
8- A certains moments j'ai très peu d'énergie et peu de temps après, j'ai autant d'énergie que d'habitude.	
9- Mon intérêt pour les activités change souvent : A certains moments je prends vraiment plaisir à participer aux activités et à d'autres moments, je ne suis plus intéressé(e) du tout.	
10- Par moments, je pense que je ne vauds rien du tout et puis rapidement après, je ne pense qu'aux choses qui m'inquiètent.	

0=rarement vrai	1=parfois vrai	2=souvent vrai	3=très souvent vrai
11- Mon besoin de dormir change souvent : Il y a des fois où j'aurais envie de dormir toute la journée et d'autres fois où je n'ai presque plus besoin de dormir du tout.			
12- Je peux me sentir très bien et la minute suivante tout me tape sur les nerfs et je me sens nerveux(se).			
13- Je peux me sentir très coupable et tout d'un coup je n'y pense même plus.			
14- Souvent, je suis de bonne humeur et tout d'un coup, je ne me contrôle plus et me mets en colère.			
15- Souvent, je me mets très en colère à propos de quelque chose et puis rapidement après je me sens comme d'habitude.			
16- Très souvent, je me sens très nerveux (se) et tendu(e) et puis tout d'un coup, je me sens très triste et fatigué(e).			
17- Quelquefois je m'inquiète au sujet de quelque chose et puis tout d'un coup, je me sens triste à propos de cette même chose.			
18- Mon humeur change rapidement : Je peux être d'humeur normale et puis rapidement après, j'ai envie de rire et faire des blagues toute la journée.			
19- Je peux être positif en imaginant le futur et rapidement après devenir très négatif en pensant au futur et à ce qu'il va apporter.			
20- A certains moments je suis très calme et à d'autres moments, je me sens très tendu(e) et nerveux (se).			
21- Il y a des périodes où je suis très calme et la minute suivante, je suis furieux (se) et fâché(e) à cause de n'importe quoi.			
22- Mon humeur change souvent : Je peux me sentir déprimé(e) et découragé(e) et ensuite, je me sens nerveux (se) et tendu(e).			
23- Souvent je me sens bien, et puis tout à coup, je deviens énervé (fou) et j'ai envie de frapper quelque chose.			
24- Parfois, je varie entre des périodes où je m'intéresse beaucoup au sexe et, d'autres moments, où ça ne m'intéresse pas du tout.			
25- Parfois, je peux être bien concentré(e) et la minute d'après, ma tristesse m'empêche de me concentrer.			
0=rarement vrai	1=parfois vrai	2=souvent vrai	3=très souvent vrai

26- A certains moments je peux dormir très bien et à d'autres, je suis tellement nerveux(se) que je dors à peine.				
27- A certains moments, j'ai très envie de voir beaucoup de monde et à d'autres moments, j'ai moyennement envie.				
28- A certains moments, je suis tendu(e) et n'importe quoi peut me taper sur les nerfs et peu de temps après, je me sens tout à fait calme et détendu(e).				
29- Quelque fois, je me sens déprimé(e) et la minute suivante, je me sens super heureux.				
30- Il y a des moments où je me sens un(e) «bon à rien» et rapidement après, je me trouve extraordinaire.				
31- Quelquefois, je me sens bien et, la minute suivante, je suis en train de pleurer.				
32- Mon humeur change souvent : Quelquefois je suis très positif(ve) et super optimiste et d'autres fois, mon humeur est tout à fait normale.				
33- Il y a des moments où je suis furieux(se) et je crie après tout le monde et peu de temps après, je n'y pense même plus.				
34- Il y a des moments où je suis plein(e) d'énergie et d'autres fois, je n'ai même pas la force de faire ce que j'ai à faire.				
35- Mon humeur change souvent : elle passe par des moments où je me sens bien à d'autres moments où je me sens très fort(e) et très heureux(se).				
36- Quelquefois je suis très content(e) de moi et je me sens extraordinaire, et puis rapidement après je me sens tout à fait normal(e).				
37- Mon humeur change rapidement : je m'inquiète à propos de beaucoup de choses et un moment après, rien ne m'intéresse.				
38- Quelque fois, je peux me sentir si triste que je voudrais juste dormir, mais rapidement après, je ne peux plus dormir car je suis trop nerveux(se).				
39- A certains moments, je sens que je peux faire plein de choses (plus que d'habitude) et à d'autres moments, beaucoup moins que d'habitude.				
40- Mon appétit change souvent : il augmente ou diminue à certains moments et à d'autres, il est comme d'habitude (normal)				
0=rarement vrai	1=parfois vrai	2=souvent vrai	3=très souvent vrai	
41- Certaines fois, je suis très fâché(e) mais peu de temps après je me sens calme.				
42- A certains moments, je ne peux rien faire du tout, et rapidement après, je peux en				

faire autant que d'habitude.	
43- Parfois, j'ai beaucoup d'énergie et la minute suivante, j'ai si peu d'énergie que je ne peux rien faire.	
44- A certains moments, je me sens calme et peu de temps après, je sens que mon cœur bat vite et j'ai du mal à respirer.	
45- Il y a des moments où j'ai beaucoup plus d'énergie que normalement et rapidement après, mon niveau d'énergie est normal.	
46- A certains moments, je fais les choses plus lentement que d'habitude et peu de temps après, je les fais comme d'habitude.	
47- A certains moments, je me sens très créatif (ve) et mes pensées sont très claires et à d'autres moments, je ne suis pas plus créatif(ve) que d'habitude.	
48- A certains moments, je suis tellement déprimé(e) que j'ai de la difficulté à m'endormir et à d'autres moments, je n'ai pas du tout besoin de dormir.	
49- A certains moments, je n'ai pas la force de me concentrer et même de penser, et peu de temps après, je m'inquiète beaucoup.	
50- A plusieurs reprises j'ai été désagréable et bête avec les autres toute la journée et puis après, j'ai accepté les autres beaucoup plus facilement.	
51- A des moments, j'ai une très grande envie de voir plein de monde et puis tout à coup, j'ai envie de me retrouver totalement seul(e).	
52- Parfois je suis très intéressé(e) par le sexe et la minute d'après, cet intérêt est normal.	
53- A certains moments, je n'ai pas du tout besoin de dormir et rapidement après, je suis comme tout le monde.	
54- A certains moments, j'aime être avec les autres et à d'autres moments, j'aime mieux être tout(e) seul(e)	

Version 17 06 05 (5)

Adaptation Guilé JM, Chapdelaine C et Desrosiers L 2005 jmguile@total.net

17.12 Annexe 12 : Grille abrégée de la sensibilité

Identification : _____	Date de naissance : _____	sexe : _____
Date de passation : _____	Évaluateur : _____	Service: _____

Grille abrégée de suicidalité Montréal, Version finalisée du 17 09 2010

1. Idéations suicidaires au cours du dernier mois.

1.1 = Aucune idéation suicidaire	
1.2 = Idéation suicidaire passive (désir d'être mort)	
1.3 = Idéation suicidaire active (pensée de vouloir mettre fin à sa vie, se suicider)	
1.9 = Information insuffisante ou invalide	

2. Intentionnalité au cours du dernier mois

(estimer l'intention dominante de passer à l'acte au moment où les idées suicidaires sont présentes)

2.1 = Aucune	
2.2 = Masquée (intention présente selon le clinicien mais non reconnue par la personne)	
2.3 = Ambivalente (intention ou désir de mort inconstant)	
2.4 = Définitive (intention ou désir de mort constant quand les idées suicidaires sont présentes)	
2.9 = Information insuffisante ou invalide	

3. Pensées associées à l'idéation suicidaire au cours du dernier mois.

3.1. Aucune (ni phobie d'impulsion, ni plan)	
3.2. Phobie d'impulsion suicidaire	
3.3. Plan suicidaire. Indiquer moyen (voir nomenclature en Q5.1.1) :	
3.9. Information insuffisante ou invalide	

4. Comportements préparatoires en vue d'une tentative de suicide au cours du dernier mois

Cocher et noter tous les comportements réalisés par la personne.

4.1. Aucun comportement préparatoire documenté	
4.2. Se procurer du matériel pour la tentative (ex : préparer une corde, etc.)	
4.3. Visiter un site potentiel pour une tentative de suicide	
4.4. Écrire des lettres/poèmes portant sur la détresse psychologique ou le suicide	
4.5. Écrire un testament	
4.6. Donner ses biens matériels	
4.7. Autre comportement préparatoire (préciser)	
4.9. Information insuffisante ou invalide	

5. Tentative (s) de suicide au cours de la vie (geste autodestructeur dont la finalité peut être la mort)

Nombre de tentatives connues/rapportées : _____

Débuter par la tentative la plus récente.

5.1	Date :		
5.1.1 Méthode <i>Cocher le moyen utilisé pour se suicider.</i>	Strangulation (pendaison)		Électrocution
	Intoxication		Collision (voiture, train)
	Lacération		Arme à feu

*Préparée par Labelle, R., Guilé, JM, Huynh C. et Breton, JJ. D'après Posner K, Melvin GA, Stanley B, et coll. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectrums*, 12(2):156-162.

	Précipitation/défénestration		Autre :	
5.1.2.Intentionnalité <i>Coter le degré d'intention du geste.</i>	Masquée			
	Ambivalente			
	Définitive			
	Information insuffisante ou invalide			
5.1.3.Raisons de non complétion de la TS	Tentative avortée (<i>le sujet a arrêté lui-même son geste</i>)			
	Tentative interrompue (<i>une source extérieure a mis fin à la tentative</i>)			
5.1.4.TS non létale	<i>Le sujet a informé un tiers immédiatement après avoir complété la TS</i>			
	<i>La tentative n'a pas causé la mort ou bien les soins ont été apportés à temps</i>			

5.2.	Date :			
5.2.1.Méthode <i>Cocher le moyen utilisé pour se suicider.</i>	Strangulation (pendaison)		Électrocution	
	Intoxication		Collision (voiture, train)	
	Lacération		Arme à feu	
	Précipitation/défénestration		Autre :	
5.2.2.Intentionnalité <i>Coter le degré d'intention du geste.</i>	Masquée			
	Ambivalente			
	Définitive			
	Information insuffisante ou invalide			
5.2.3. Raisons de non complétion de la TS	Tentative avortée (<i>le sujet a arrêté lui-même son geste</i>)			
	Tentative interrompue (<i>une source extérieure a mis fin à la tentative</i>)			
5.1.4.TS non létale	<i>Le sujet a informé un tiers immédiatement après avoir complété la TS</i>			
	<i>La tentative n'a pas causé la mort ou bien les soins ont été apportés à temps</i>			

Répéter le tableau 5 pour chaque TS (feuille additionnelle)

6. Menace(s) suicidaire(s) au cours du dernier mois (sans intention de mourir)

6.1 Aucune	
6.2 Au moins une	
6.9 Information insuffisante ou invalide	

7. Automutilation(s) au cours du dernier mois (geste autodestructeur non suicidaire)

	Oui	Nombre ou fréquence
7.1 Aucune		
7.2 Se couper		
7.3 Se brûler		
7.4 Se frapper/gifler		
7.6 Se piquer		
7.7 Se gratter		
7.8 Autre :(préciser)		
7.9 Information insuffisante ou invalide		

*Préparée par Labelle, R., Guilé, JM, Huynh C. et Breton, JJ. D'après Posner K, Melvin GA, Stanley B, et coll. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectrums*, 12(2):156-162.

Version francophone synthétique du K-SADS-PL

Préparée par

D. Purper-Ouakil, C. Huynh, et J.-M. Guilé, 2010

Identification : _____	Évaluateur : _____		
Date de passation : _____	Date de naissance : _____	Sexe : M	F

Pour obtenir des informations additionnelles concernant l'administration du K-SADS-PL et télécharger une version en anglais de l'instrument, veuillez consulter le site :

www.wpic.pitt.edu/ksads/default.htm

Références :

Version originale anglophone :

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Pittsburg 1996.

Versions traduites en français :

Mouren-Siméoni MC, Cook S, Flament M, Nedey-Saiag MC, Nollet-Cléménçon C, Paillère- Martinot ML, Purper-Ouakil D, Vila G. Kiddie-SADS-version vie entière (K-SADS-PL). Editions Scientifiques INSERM Edition révisée et modifiée, Paris 2002.

Renaud J. Échelle des troubles de l'humeur et de la schizophrénie pour les enfants d'âge scolaire (6-18 ans) Version présente et longitudinale (Kiddie-SADS-PL). Montréal 2001.

Table des matières

Troubles dépressifs.....	2
Trouble dépressif majeur	3
Dépression mélancolique.....	3
Trouble dysthymique.....	4
Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.....	4
Trouble dépressif NS.....	4
Caractère saisonnier	4
Dépression avec caractéristiques atypiques.....	5
TDM avec caractéristiques psychotiques	5
Trouble schizoaffectif – type dépressif	5
Manie.....	6
Épisode maniaque	6
Épisode hypomaniaque.....	7
Cyclothymie.....	7
Trouble schizoaffectif – type maniaque	7
Trouble bipolaire NS	7
Sous-types trouble bipolaire	7
Psychose	8
Schizophrénie.....	10
Trouble schizophréniforme.....	10
Trouble psychotique bref.....	11
Trouble panique	12
Trouble anxiété de séparation	13
Phobie sociale	14
Agoraphobie et phobies spécifiques.....	15
Trouble anxiété généralisée	16
Trouble obsessionnel compulsif	17
Énurésie	19
Encoprésie.....	19
Anorexie mentale	20
Boulimie	20
Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention	21
Trouble oppositionnel avec provocation	23
Troubles des conduites	24
Tics	25

Syndrome de Gilles de la Tourette.....	26
Tics chroniques moteurs ou vocaux	26
Tics transitoires moteurs ou vocaux.....	26
Consommation de substances toxiques	27
Tabac	27
Alcool	28
Substances psychotropes	29
État de stress post-traumatique	30
État de stress post-traumatique	31
État de stress aigu :	31

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif		
*Épisode passé=minimum de DEUX mois sans symptôme après l'épisode		
Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé*
1. Humeur dépressive (>2 sem)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Irritabilité et colère	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Anhédonie, perte des intérêts, démotivation, ennui	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Idéation suicidaire passive	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Idéation suicidaire active	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Actes suicidaires -sévérité (sévérité de l'intention et de la mise en danger)	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Actes suicidaires -létalité médicale (mise en jeu du pronostic somatique)	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Atteintes à l'intégrité physique sans intention suicidaires	0 1 2 3	0 1 2 3
Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.		
Items supplément		
1. Manque de réactivité de l'humeur ou irritabilité lors d'événements positifs	0 1 2 3	0 1 2 3
2. L'humeur dysphorique est-elle différente de celle d'une expérience de deuil ?	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Variations nycthémérales de l'humeur		
a. aggravation matinale (pire le matin)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. aggravation vespérale (pire l'après-midi/le soir)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Troubles du sommeil		
a. insomnie d'endormissement (initiale)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. insomnie du milieu de la nuit (intermédiaire)	0 1 2 3	0 1 2 3
c. insomnie du petit matin (terminale)	0 1 2 3	0 1 2 3
d. inversion du rythme nycthéméral (circadien)	0 1 2 3	0 1 2 3
e. sommeil non réparateur	0 1 2 3	0 1 2 3
f. hypersomnie	0 1 2 3	0 1 2 3

5. Fatigue, manque d'énergie	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Troubles cognitifs		
a. troubles de la concentration, de l'attention ralentissement idéique (chez TDAH, coter si aggravation nette)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. indécision	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Appétit, poids		
a. diminution de l'appétit	0 1 2 3	0 1 2 3
b. perte de poids	0 1 2 3	0 1 2 3
c. augmentation de l'appétit	0 1 2 3	0 1 2 3
d. prise de poids (prise <1.5 kgs sur 6 mois chez l'enfant entre 5-11 ans)	0 1 2 3 0 1 2 3	0 1 2 3 0 1 2 3
8. Troubles psychomoteurs		
a. agitation (chez TDAH, coter si aggravation nette)		
b. Ralentissement	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Image de soi		
a. dévalorisation/mésestime de soi	0 1 2 3	0 1 2 3
b. culpabilité excessive	0 1 2 3	0 1 2 3

10. Désespoir, vécu d'impuissance	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Sensibilité au rejet	0 1 2 3	0 1 2 3

Autres critères

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : présent

1. Facteur déclenchant	0 1 2	0 1 2
2. Apparition/majoration en relation avec le cycle menstruel	0 1 2	0 1 2
3. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2

Critère du trouble dépressif majeur

1. Au moins 5 des items 1-5 du dépistage et/ou des items 4-10 du supplément sont-ils cotés 3 ?

2. Au moins un des items 1, 2, 3 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée >2 semaines ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Délire ou hallucinations > 2 sem au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Les symptômes sont-ils une réaction normale à un être cher ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Les symptômes sont-ils imputables aux effets d'une substance/à une affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non
7. Les critères d'une Schizophrénie ou d'un Trouble schizophréniforme sont-ils remplis ?	Oui	Non	Oui	Non

Trouble dépressif majeur

Si items 1-3 « oui » et items 4-7 « non »

Critères de dépression mélancolique

1. Le patient a-t-il les critères de TDM ? Oui Non Oui Non

2. L'item 1 du dépistage ou l'item 1 du supplément est-il coté 3 ? Oui Non Oui Non

3. Au moins trois items parmi ceux-ci sont cotés 3 : items supplément 2, 3a, 4c, 7a ou 7b, 8a, 8b, 9b ? Oui Non Oui Non

Dépression mélancolique

Items 1-3 « oui » Oui Non Oui Non

Critère du trouble dysthymique

1. Au moins un des items 1 et 2 du dépistage sont-ils cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 1 ou 2 du dépistage sont-ils plus fréquemment présents qu'absents pendant 1 an au moins ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée > un an ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins deux des items suivants sont-ils cotés 3 ? Items de supplément : 4, 5, 6, 7, 9a, 10	Oui	Non	Oui	Non
5. Les critères d'épisode maniaque ou hypomaniaque ont-ils jamais été réunis ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Au cours de la première année d'évolution les critères d'un TDM ont-ils été réunis ?	Oui	Non	Oui	Non
7. Les symptômes sont-ils imputables aux effets d'une substance/à une affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non
8. Existe-il un Trouble psychotique chronique co-occurent ?				

9. Est-ce que cette perturbation de l'humeur est associée à un trouble chronique non-affectif déjà existant à l'Axe I ou III ?

Trouble dysthymique

Si items 1-4 « oui » et items 5-8 « non ». Si item 9 « oui », spécifier « type secondaire ». Si item 9 « non », spécifier « type primaire ».

Critères du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

1. Réaction à un (ou plusieurs) facteurs de stress dans les 3 mois suivant le début du stress ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Réaction excessive p/r à ce qui est attendu ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée inférieure à 6 mois ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Présence de symptômes dépressifs, mais les critères d'un trouble mental spécifiques ne sont pas remplis et ne représentent pas un deuil sans complication.	Items 1-4 « oui ».			

Trouble de l'adaptation avec humeur

dépressive

Oui Non Oui Non

Oui Non Oui Non

Critère du Trouble dépressif NS

Symptômes dépressifs ne correspondant ni à un trouble dépressif spécifique ni à un trouble de l'adaptation	Oui	Non	Oui	Non
--	-----	-----	-----	-----

Critère saisonnier

1. Critères du TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Lien temporel entre les symptômes et une période particulière (60 jours) de l'année ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Est-ce que l'aspect saisonnier découle de manière évidente d'un stressor psychosocial ?	Oui	Non	Oui	Non
Caractère saisonnier (Items 1-2 « oui » et item 3 « non »)				

Dépression avec caractéristiques atypiques

1. Critères TDM ou T dysthymique ou T dépressif NS?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'humeur dépressive est-elle réactive aux événements positifs ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins deux des items suivants sont-ils cotés 3 ? Item supplément : 4f, 7c, 7d, 8b, 11	Oui	Non	Oui	Non

Dépression avec caractéristiques

atypiques (Items 1-3 « oui »)

TDM avec caractéristiques psychotiques

1. Critères TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution du TDM (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Symptômes psychotiques uniquement au cours TDM	Oui	Non	Oui	Non

TDM avec caractéristiques psychotiques

(items 1-3 « oui »)

Trouble schizoaffectif – type dépressif

1. Critères TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution d'un épisode dépressif (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Symptômes psychotiques pendant au moins deux semaines au cours de l'épisode actuel sans symptômes thymiques au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non

Trouble schizoaffectif – type dépressif (Items

1-3 « oui »)

Manie

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel			Épisode passé		
1. Élation, humeur expansive	0	1	2 3	0	1	2 3
2. Réduction du besoin de sommeil	0	1	2 3	0	1	2 3
3. Augmentation de l'activité centrée sur un but (seulement si dans un contexte thymique)	0	1	2 3	0	1	2 3
4. Fuite des idées	0	1	2 3	0	1	2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément	Épisode actuel			Épisode passé		
1. Mégalomanie (grandiosité, augmentation de l'estime de soi variations p/r état de base dans un contexte thymique)	0	1	2 3	0	1	2 3
3. Troubles du jugement/conduites à risque	0	1	2 3	0	1	2 3
4. Troubles attentionnels (chez TDAH, coter seulement si variations p/r état de base dans un contexte thymique)	0	1	2 3	0	1	2 3
5. Instabilité motrice	0	1	2 3	0	1	2 3
6. État ne se rapportant pas seulement à l'effet d'alcool ou toxiques	0	1	2 3	0	1	2 3
7. Durée (coter « 3 » si 4 jours ou plus)	0	1	2 3	0	1	2 3

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : présent

8. Retentissement					
a. social	0	1	2	0	1 2
b. familial	0	1	2	0	1 2
c. scolaire	0	1	2	0	1 2
d. hospitalisation (pour manie)	0	1	2	0	1 2
e. autre	0	1	2	0	1 2

Critères DSM-IV Manie

1. L'item 1 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Y-a-t-il trois items parmi les suivants qui sont cotés 3 ? : items 2-4 du dépistage, items 1-5 du supplément	<i>Note : les items 3 du dépistage et 5 du supplément comptent pour un seul.</i>			

Oui	Non	Oui	Non					
				3. Une de sections de l'item 8 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
				4. La période d'élévation est-elle supérieure à 7 jours ou a-t-elle nécessité une hospitalisation ?	Oui	Non	Oui	Non
				5. Délire/hallucination pendant au moins deux semaines sans symptomatologie thymique au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
				6. Symptômes en rapport avec effets pharmacologiques/affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non
				7. Critères de SZP ou trouble schizophréniforme	Oui	Non	Oui	Non
				Critères DSM-IV Manie	Oui	Non	Oui	Non
				Items 1-4 « oui » et 5-7 « non »				

Épisode hypomaniaque

1. L'item 1 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Y-a-t-il trois items parmi les suivants qui sont cotés 3 ? : items 2-4 du dépistage, items 1-5 du supplément.	Oui	Non	Oui	Non
<i>Note : les items 3 du dépistage et 5 du supplément comptent pour un seul.</i>				
3. L'item 7 est-il coté 3 (au moins 4 jours d'évolution)	Oui	Non	Oui	Non
4. Y-a-t-il une altération marquée du fonctionnement ?	Oui	Non	Oui	Non

Hypomanie DSM-IV

Items 1-3 « oui » et item 4 « non »

Cyclothymie

Nombreux épisodes hypomaniaques et dépressifs (NS) pendant une période d'au moins un an	Oui	Non	Oui	Non
---	-----	-----	-----	-----

Trouble schizoaffectif – type maniaque

1. Critères épisode maniaque ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution d'un épisode maniaque (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non

3. Symptômes psychotiques pendant au moins deux semaines au cours de l'épisode actuel sans symptômes thymiques au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
--	-----	-----	-----	-----

Trouble schizoaffectif – type maniaque (Items

1-3 « oui ».	Oui	Non	Oui	Non
--------------	-----	-----	-----	-----

Critères du trouble bipolaire NS

Symptômes maniaques ou hypomaniaques ne correspondant pas aux troubles bipolaires spécifiques (par ex : un TDM avec un seul épisode hypomaniaque)	
---	--

Oui Non Oui Non

Sous-types trouble bipolaire

Trouble bipolaire-épisode actuel maniaque	Oui	Non	Oui	Non
Trouble bipolaire-épisode actuel mixte	Oui	Non	Oui	Non
Trouble bipolaire-épisode actuel dépressif	Oui	Non	Oui	Non
Cycles rapides	Oui	Non	Oui	Non

Psychose

0 : Pas d'information, 1 : Absent, 2 : soupçonné ou probable, 3 : définitivement présent

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Hallucinations	0 1 2 3	0 1 2 3
Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.		
2. Délire	0 1 2 3	0 1 2 3

0 : Pas d'information, 1 : Absent, 2 : soupçonné ou probable, 3 : définitivement présent

Items supplément : hallucinations	Épisode actuel	Épisode passé
1. Hallucinations auditives		
a. Hallucinations auditives : sons non-verbaux	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Hallucinations mandatoires	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Commentaire courant/voix qui commente les	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Voix faisant la conversation	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Pensées audibles	0 1 2 3	0 1 2 3
f. Autres hallucinations verbales	0 1 2 3	0 1 2 3
a. Dans la tête seulement	0 1 2 3	0 1 2 3
b. De l'extérieur seulement	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Combinaison	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Hallucinations visuelles	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Hallucinations tactiles	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Hallucinations olfactives	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Illusions	0 1 2 3	0 1 2 3

2. Localisation des voix/bruits

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément : hallucinations				
7. Acceptation culturelle des hallucinations	0	1	2	0 1 2
8. Durée de l'hallucination > une journée	0	1	2	0 1 2
9. Association avec la maladie affective	0	1	2	0 1 2
10. Association avec un traumatisme	0	1	2	0 1 2
11. Association avec l'usage d'une substance ou avec un facteur organique	0	1	2	0 1 2
12. Présence l'un facteur précipitant	0	1	2	0 1 2

13. Durée des symptômes > 1 semaine	0	1	2	0	1	2
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---

0 : Pas d'information, 1 : Absent, 2 : soupçonné ou probable, 3 : définitif

Items supplément : délires						
1. Grandiosité	0	1	2	3	0	1 2 3
2. Culpabilité/péché	0	1	2	3	0	1 2 3
3. Délire de contrôle ou d'influence	0	1	2	3	0	1 2 3
4. Délire somatique	0	1	2	3	0	1 2 3
5. Idées délirantes de catastrophe	0	1	2	3	0	1 2 3
6. Diffusion de la pensée	0	1	2	3	0	1 2 3
7. Insertion de la pensée/pensées imposées	0	1	2	3	0	1 2 3
8. Vol de la pensée	0	1	2	3	0	1 2 3
9. Message TV/radio	0	1	2	3	0	1 2 3
10. Délire de persécution	0	1	2	3	0	1 2 3
11. Délire de lecture dans les pensées	0	1	2	3	0	1 2 3
12. Délire de référence	0	1	2	3	0	1 2 3
13. Autres idées délirantes	0	1	2	3	0	1 2 3

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément : délires	Épisode actuel			Épisode passé		
14. Délires appartenant à un sous-système culturel ou familial	0	1	2	0	1	2
15. Délires multiples	0	1	2	0	1	2
16. Délire dans le contexte d'une maladie affective (2 sem avant/après)	0	1	2	0	1	2
17. Délires toujours suite à l'usage d'une substance ou au cours d'une condition médicale	0	1	2	0	1	2
17. Contenu des délires est toujours congruent à la dépression ou à la manie	0	1	2	0	1	2
18. Présence de facteur précipitant	0	1	2	0	1	2
19. Durée des symptômes > 1 semaine	0	1	2	0	1	2

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément : Autres symptômes psychotiques						
1a. Émoussement affectif/affect plat	0	1	2	0	1	2
1b. Affect inapproprié	0	1	2	0	1	2
2a. Incohérence	0	1	2	0	1	2
2b. Relâchement des associations	0	1	2	0	1	2
3. Comportement catatonique	0	1	2	0	1	2
4. Retentissement						
a. scolaire	0	1	2	0	1	2
b. social	0	1	2	0	1	2
c. familial	0	1	2	0	1	2
d. hygiène perturbée	0	1	2	0	1	2

Critères de Schizophrénie				
	Épisode actuel		Épisode passé	
1. Au moins deux items de 1-2 du dépistage et/ou 1-3 du supplément « autres symptômes psychotiques » OU 1c ou 1d du supplément « hallucinations » OU idée délirante bizarre	Oui	Non	Oui	Non
2. Au moins un domaine de retentissement (Item 4 du supplément « autres symptômes psychotiques ») coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Signes permanents de la perturbation ≥ 6 mois	Oui	Non	Oui	Non
4. Absence d'un Trouble schizo-affectif ou d'un Trouble de l'humeur	Oui	Non	Oui	Non
5. Absence d'une affection médicale générale/du à une substance	Oui	Non	Oui	Non

DSM-IV Troubles de Schizophrénie si critères 1 à 5 « oui ».

Actuel : Oui Non
 Passé : Oui Non

Critères de Trouble schizophréniforme				
	Épisode actuel		Épisode passé	
1. Au moins deux items de 1-2 du dépistage et/ou 1-3 du supplément « autres symptômes psychotiques » OU 1c ou 1d du supplément « hallucinations » OU idée délirante bizarre	Oui	Non	Oui	Non
2. Absence d'un Trouble schizo-affectif ou d'un Trouble de l'humeur	Oui	Non	Oui	Non
3. Absence d'une affection médicale générale/du à une substance	Oui	Non	Oui	Non
4. Durée > 1 mois, mais < 6 mois	Oui	Non	Oui	Non

DSM-IV Troubles de Trouble schizophréniforme si critères 1 à 4 « oui ».

Actuel : Oui Non
 Passé : Oui Non

Si Schizophrénie ou Trouble schizophréniforme, spécifier :

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

Cours				
a. Subchronique	0	1	2	0 1 2
b. Chronique	0	1	2	0 1 2
c. Subchronique avec exacerbation aiguë	0	1	2	0 1 2

d. Chronique avec exacerbation aigüe	0	1	2	0	1	2
e. Rémission	0	1	2	0	1	2
Prodrome ou phase résiduelle						
a. Isolement social/renli sur soi	0	1	2	0	1	2
b. Performance scolaire perturbée	0	1	2	0	1	2
c. Comportement nettement bizarre	0	1	2	0	1	2
d. Hygiène personnelle altérée	0	1	2	0	1	2
e. Affect émoussé, inapproprié	0	1	2	0	1	2
f. Discours digressif, vague, trop élaboré ou						
g. Croyances bizarres ou pensée magique	0	1	2	0	1	2
h. Expériences perceptives inhabituelles	0	1	2	0	1	2
i. Manque important d'initiative, d'intérêt, ou						
Durée (en semaines) : _____						

Si Trouble schizophréniforme, spécifier :

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Caractéristiques de bon pronostic

1. Survenue des symptômes psychotiques dans les 4 semaines succédant au premier changement observable du comportement ou du fonctionnement habituel	0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---

2. Confusion, désorientation ou perplexité, à l'acmé de l'épisode psychotique	0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---

3. Bon fonctionnement social et professionnel prémorbide	0	1	2	0	1	2
--	---	---	---	---	---	---

Bon : au moins 2 items

Correct : un seul item

Mauvais : aucun item

Critères de Trouble psychotique bref

1. Au moins un item de 1-2 du dépistage et/ou 1-3 du supplément « autres symptômes psychotiques »	Épisode actuel		Épisode passé	
	Oui	Non	Oui	Non

2. Absence d'un Trouble schizo-affectif ou d'un Trouble de l'humeur ou d'une Schizophrénie	Oui	Non	Oui	Non
--	-----	-----	-----	-----

3. Absence d'une affection médicale générale/due à une substance	Oui	Non	Oui	Non
--	-----	-----	-----	-----

4. Durée > 1 jour, mais < 1 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide	Oui	Non	Oui	Non
--	-----	-----	-----	-----

DSM-IV Troubles de Trouble psychotif bref si critères 1 à 4 « oui ».

Actuel :	Oui	Non
Passé :	Oui	Non

Trouble panique

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Attaques de panique (coter 3 si + de 4 attaques de panique sur 6 mois ou si anxiété d'anticipation)	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si la question ci-dessus est cotée 3

Coter épisode actuel la période des 6 mois les plus récents

0 : pas d'information, **1** : Absent, **2** : parfois se produit pendant une attaque,

3 : toujours ou presque toujours se produit pendant une attaque

Items supplément	0	1 2 3	0	1 2 3
1. Souffle coupé	0	1 2 3	0	1 2 3
2. Vertiges/évanouissement	0	1 2 3	0	1 2 3
3. Palpitations	0	1 2 3	0	1 2 3
4. Tremblements ou secousses musculaires	0	1 2 3	0	1 2 3
5. Sueurs	0	1 2 3	0	1 2 3
6. Sensations d'étouffement	0	1 2 3	0	1 2 3
7. Nausées	0	1 2 3	0	1 2 3
8. Dépersonnalisation/déréalisation	0	1 2 3	0	1 2 3
9. Sensations d'engourdissement/picotements	0	1 2 3	0	1 2 3
10. Frissons ou bouffées de chaleur	0	1 2 3	0	1 2 3
11. Douleurs thoraciques	0	1 2 3	0	1 2 3
12. Peur de mourir	0	1 2 3	0	1 2 3
13. Peur de perdre le contrôle	0	1 2 3	0	1 2 3

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

14. Stimuli circonscrits	0	1 2	0	1 2
15. Attaques spontanées (non anticipées)	0	1 2	0	1 2
16. Au moins une attaque avec 4 symptômes	0	1 2	0	1 2
17. Au moins 4 attaques en 4 semaines	0	1 2	0	1 2
a. Nombre maximum d'AP en un mois	0	1 2	0	1 2
b. Nombre record d'AP en une semaine	0	1 2	0	1 2
18. Peur d'avoir une nouvelle attaque	0	1 2	0	1 2
19. Au moins une AP avec apparition de 4 symptômes en 10 minutes	0	1 2	0	1 2
20. Agoraphobie (réduction des déplacements, besoin d'un accompagnateur ...)		0 1 2		0 1 2
21. Retentissement				
a. social	0	1 2	0	1 2
b. familial	0	1 2	0	1 2
c. scolaire	0	1 2	0	1 2

Trouble panique DSM-IV	Oui	Non	Oui	Non
1. Les items 15-19 sont-ils tous cotés 2 ?	Oui	Non	Oui	Non

2. Origine organique/pharmacologique ?	Oui	Non	Oui	Non
3. AP mieux expliquées par un autre trouble ?	Oui	Non	Oui	Non

TP sans agoraphobie

Item 1 « oui », items 2 et 3 « non »	Oui	Non	Oui	Non
--------------------------------------	-----	-----	-----	-----

Trouble anxiété de séparation

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif								
Items dépistage	Épisode actuel			Épisode passé				
1. Peur qu'un événement catastrophique ne vienne provoquer une séparation	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Peur qu'il n'arrive quelque chose à la principale figure d'attachement	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Refus/réticence à aller à l'école	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Peur de dormir loin de la maison ou de dormir seul (après 4 ans)	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Peur de rester seul à la maison (après 4 ans)	0	1	2	3	0	1	2	3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3

Items supplément								
1. Cauchemars	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Symptômes physiques les jours de séparation ou d'école	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Séparation	0	1	2	3	0	1	2	3

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément						
5. Durée au moins 4 semaines	0	1	2	0	1	2
6. Retentissement						
a. social	0	1	2	0	1	2
b. familial	0	1	2	0	1	2
c. scolaire	0	1	2	0	1	2
7. Facteurs précipitants (spécifier)	0	1	2	0	1	2

Critères DSM-IV anxiété de séparation

1. Au moins trois items dépistage et/ou supplément cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Item 5 coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
Trouble anxiété de séparation	Oui	Non	Oui	Non

Phobie sociale

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Évitement des contacts sociaux	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Peur des situations sociales	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément

1. Implication sociale préférentielle avec personnes familiales (même si enfants)	0 1 2	0 1 2
2. Durée d'évolution > 6 mois	0 1 2	0 1 2
3. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
d. anxiété sévère/pleurs/colères lors de l'exposition aux stimuli anxiogènes	0 1 2	0 1 2
e. évitement	0 1 2	0 1 2
4. Existence d'un facteur déclenchant (préciser)	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV Phobie sociale

1. L'item 1 du supplément est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 2 du supplément est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Question « d » de l'item 3 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Question « e » de l'item 3 est elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non

Phobie sociale				
(Critères 1, 2, 3, 4 « oui »)	Oui	Non	Oui	Non

Agoraphobie et phobies spécifiques

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Questionner pour agoraphobie (endroit plein de monde, transports, sur un pont) et pour phobies spécifiques (chiens, chevaux, insectes, hauteurs, ascenseurs, métro, noir...)

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Détresse (ex : crises de colère, être figé ou collant)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Évitement	0 1 2 3	0 1 2 3

Préciser la phobie la plus intense :

Préciser les autres phobies

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

L'agoraphobie est-elle liée à la crainte d'avoir	Oui	Non	Oui	Non
Item A. Supplément (asymptomatique) ?				
1. Stimulus phobogène	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Durée (en mois)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Réactivité	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Facteur(s) déclenchant(s) (préciser)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
a. social	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. familial	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. autres animaux (ex. serpents)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. être seul hors de la maison*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. foule*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Critères DSM-IV de phobie spécifique				
i. grands espaces (aller seul dehors après 10 ans)*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. transports*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
1. L'une des sections de l'item 1 du supplément	Oui	Non	Oui	Non
k. ascenseurs*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Les magasins et autres espaces clos (sauf ascenseurs)	Oui	Non	Oui	Non
3. L'item 3 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
m. aller sur un pont ou dans un tunnel	Oui	Non	Oui	Non
4. Un des sous-items de l'item 4 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
n. autres (préciser)	Oui	Non	Oui	Non
5. La peur ou l'évitement sont-ils mieux	Oui	Non	Oui	Non
NB. Les items avec un astérisque sont typiques d'agoraphobie				
Phobie spécifique/agoraphobie	Oui	Non	Oui	Non
Critères 1, 2, 3, 4 « oui » et 5 « non »				
Trouble panique avec agoraphobie	Oui	Non	Oui	Non

Trouble anxiété généralisée

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif		
Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Préoccupations excessives concernant l'avenir (2 : >3/semaine pour 1 évènement anticipé (EA); 3 : 5/semaine pour au moins 2 EA)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Plaintes somatiques (pas seulement liées à la séparation) (coter 3 si >1/semaine)	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Conscience de soi marquée (gêne/regard des autres) (coter 2 si >2/semaine ; 3 si 5/semaine)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Tension interne/incapacité à se détendre	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3

Items supplément

1. Préoccupations concernant une conduite passée	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Souci excessif concernant ses propres compétences	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Besoin excessif de réassurance	0 1 2 3	0 1 2 3

0 : pas d'information, 1 : absent, 2 : présent

4. Difficulté à contrôler ses préoccupations	0	1 2	0	1 2
5. Autres symptômes (présents plus d'un jour sur 2)	0	1 2	0	1 2
a. tension musculaire, douleurs	0	1 2	0	1 2
b. agitation	0	1 2	0	1 2
c. fatigabilité	0	1 2	0	1 2
d. sensation d'être survolté, à bout, « sur les nerfs »	0	1 2	0	1 2
e. difficultés de concentration, de mémoire	0	1 2	0	1 2
f. difficultés d'endormissement, sommeil agité	0	1 2	0	1 2
g. irritabilité	0	1 2	0	1 2
6. Durée > 6 mois	0	1 2	0	1 2
7. Retentissement				
a. social	0	1 2	0	1 2
b. familial	0	1 2	0	1 2
c. scolaire	0	1 2	0	1 2
Facteur déclenchant (préciser)	0	1 2	0	1 2

8.

Critères DSM-IV Trouble anxiété généralisée

1. Au moins 4 items cotés 3 parmi les 4 items Oui Non Oui Non

du dépistage et les items 1-3 du supplément ?

2. L'item 4 du supplément est-il coté 2 ? Oui Non Oui Non

3. Une des questions de l'item 5 est-elle cotée 2 ? Oui Non Oui Non

4. L'item 6 est-il coté 2 ? Oui Non Oui Non

5. Une des questions de l'item 7 est-elle cotée 2 ? Oui Non Oui Non

6. Présence anxiété de séparation, anxiété Oui Non Oui Non

généralisée, TOC, phobie spécifique, tr

humeur ?

Trouble anxiété généralisée Oui Non Oui Non

critères 1, 2, 3, 4, 5 « oui », et 6 « non »

Trouble obsessionnel compulsif

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel			Épisode passé				
1. Compulsions	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Obsessions	0	1	2	3	0	1	2	3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément (compulsions)								
1. Type de compulsion								
a. toucher	0	1	2	3	0	1	2	3
b. compter	0	1	2	3	0	1	2	3
c. nettoyer/laver	0	1	2	3	0	1	2	3
d. vérifier	0	1	2	3	0	1	2	3
e. collectionner/amasser/afficher	0	1	2	3	0	1	2	3
f. ranger/ordonner	0	1	2	3	0	1	2	3
g. programme des activités	0	1	2	3	0	1	2	3
h. recommencer/refaire	0	1	2	3	0	1	2	3
i. autres (préciser)	0	1	2	3	0	1	2	3

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

2. But des compulsions (sont destinées à empêcher un sentiment de malaise ou un événement redouté)	0	1	2	0	1	2
3. Reconnaissance du caractère excessif des compulsions	0	1	2	0	1	2
4. Temps passé > 1 heure/j	0	1	2	0	1	2
5. Retentissement						
a. social	0	1	2	0	1	2
b. familial	0	1	2	0	1	2
c. scolaire	0	1	2	0	1	2
d. détresse sévère	0	1	2	0	1	2

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items supplément (obsessions)								
1. Contenu des obsessions								
a. contamination, maladie	0	1	2	3	0	1	2	3
b. pensées agressives	0	1	2	3	0	1	2	3
c. pensées nihilistes ou morbides	0	1	2	3	0	1	2	3
d. besoin de symétrie, d'exactitude	0	1	2	3	0	1	2	3
e. phrases/sons/images absurdes	0	1	2	3	0	1	2	3
f. obsessions sexuelles	0	1	2	3	0	1	2	3
g. accumulation/épargne	0	1	2	3	0	1	2	3

h. pensées à caractère religieux	0	1 2 3	0	1 2 3
i. autres (à préciser)	0	1 2 3	0	1 2 3

Énurésie

0 : pas d'information, 1 : absent, 2 : 1 à 4 fois par mois, pour 3 mois ou plus

Items dépistage	Épisode actuel			Épisode passé		
1. Mictions répétées						
a. la nuit	0	1	2	0	1	2
b. le jour	0	1	2	0	1	2
c. total	0	1	2	0	1	2

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 2.

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément	Épisode actuel			Épisode passé		
1. Deux fois par semaine pendant 3 mois consécutifs ou plus	0	1	2	0	1	2
2. Détresse	0	1	2	0	1	2
3. Retentissement						
a. familial	0	1	2	0	1	2
b. scolaire	0	1	2	0	1	2
c. social	0	1	2	0	1	2
4. Âge chronologique d'au moins 5 ans (ou âge développemental équivalent)	0	1	2	0	1	2
5. Absence de trouble physique ou d'effets physiologiques directs d'une substance	0	1	2	0	1	2

Critères DSM-IV Énurésie :

Items 1 ET 2 et/ou 3 ET items 4-5 cotés 2

Encoprésie

0 : pas d'information, 1 : absent, 2 : 6-11 fois par an, 3 : 1 fois ou plus par mois

Items dépistage	Épisode actuel			Épisode passé				
1. Émissions fécales répétées								
a. la nuit	0	1	2	3	0	1	2	3
b. le jour	0	1	2	3	0	1	2	3
c. total	0	1	2	3	0	1	2	3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

0 : pas d'information, 1 : non, 2 : oui

Items supplément	Épisode actuel			Épisode passé		

1. au moins 1/mois pendant ≥ 3 mois	0	1	2	0	1	2
2. Détresse	0	1	2	0	1	2
3. Retentissement						
a. familial	0	1	2	0	1	2
b. scolaire	0	1	2	0	1	2
c. social	0	1	2	0	1	2
4. Âge chronologique d'au moins 4 ans (ou âge développemental équivalent)	0	1	2	0	1	2
5. Absence de trouble physique ou d'effets physiologiques directs d'une substance	0	1	2	0	1	2

Critères DSM-IV Encoprésie :

Items 1, 4, ET 5 cotés 2

Anorexie mentale

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage

1. Peur de devenir obèse	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Amaigrissement dû à un refus de maintenir un poids approprié (au dessous du 85% attendu)	0	1	2	3	0	1	2	3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

Items supplément

1. Trouble de l'image corporelle	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Aménorrhée (absence de 3 cycles consécutifs)	0	1	2	3	0	1	2	3

Critères DSM-IV Anorexie mentale : items 1,2 du dépistage cotés 3 et item 1 du supplément coté 3.

NOTE : Pour les filles pubères, l'item 2 du supplément doit être coté 3 également

Préciser

Type restrictif

Type avec crises de boulimie/vomissements ou purgatif

Boulimie

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : moins d'une fois par semaine, 3 : une fois ou plus par semaine

Items dépistage

1. Méthodes pour perdre du poids								
a. Utilise des pilules amaigrissantes	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Prend des laxatifs	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Prend des diurétiques	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Se fait vomir	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Exercice physique intensif	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Boit seulement des liquides hypocaloriques pendant une semaine ou plus	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Méthodes combinées d'amaigrissement	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Crises ou attaques de boulimie*	0	1	2	3	0	1	2	3

*noter uniquement les rages alimentaires (absorption importante sur une période de temps limitée)

pathologiques, ex. cachées et se terminant éventuellement en vomissements

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

Items supplément

1. Manque de contrôle pendant la crise de boulimie	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Hyperpréoccupé(e) par son poids ou sa silhouette	0 1 2 3	0 1 2 3

Critères

1. Items 1 et 2 du dépistage cotés 3	Oui	Non
2. Items 1 et 2 du supplément cotés 3	Oui	Non
3. Deux fois ou plus par semaine, > 3 mois	Oui	Non
4. Exclusivement durant épisodes d'anorexie mentale	Oui	Non

Boulimie DSM-IV si critères 1-3 « oui » et 4 « non »

Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : Subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel				Épisode passé				Catégorie
1. Difficulté à soutenir l'attention (école, tâches, jeux)	0	1	2	3	0	1	2	3	A
2. Distractibilité	0	1	2	3	0	1	2	3	A
3. Difficulté à rester assis	0	1	2	3	0	1	2	3	B
4. Impulsivité	0	1	2	3	0	1	2	3	

supplément si au moins une question ci-dessus cotée 3

Items Supplément	Épisode actuel				Épisode passé				Catégorie
1. Fait beaucoup d'erreurs d'inattention	0	1	2	3	0	1	2	3	A
2. N'écoute pas	0	1	2	3	0	1	2	3	A
3. Difficultés à suivre les directives	0	1	2	3	0	1	2	3	A
4. Difficultés à organiser les tâches	0	1	2	3	0	1	2	3	A
5. Aversion/évitement des tâches nécessitant de l'attention	0	1	2	3	0	1	2	3	A
6. Perd ses objets	0	1	2	3	0	1	2	3	A
7. Oublis fréquents dans la vie quotidienne	0	1	2	3	0	1	2	3	A
8. Agitation (bouge)	0	1	2	3	0	1	2	3	B
9. Court ou grimpe de façon excessive	0	1	2	3	0	1	2	3	B
10. Monté sur ressorts (toujours prêt à partir)	0	1	2	3	0	1	2	3	B
11. Difficultés à jouer tranquillement	0	1	2	3	0	1	2	3	B
12. Répond intempestivement (avant que la question ne soit complètement posée)	0	1	2	3	0	1	2	3	B
13. Difficultés à attendre son tour	0	1	2	3	0	1	2	3	B
14. Interrompt ou s'impose	0	1	2	3	0	1	2	3	B
15. Change d'activité	0	1	2	3	0	1	2	3	B
16. Parle excessivement	0	1	2	3	0	1	2	3	B
17. S'engage dans des activités physiquement dangereuses	0	1	2	3	0	1	2	3	

0 : pas d'information, 1 : absent, 2 : présent

		Épisode actuel		Épisode passé	
18. Durée d'évolution + 6 mois	0	1	2	0	1 2
19. Début avant 7 ans	0	1	2	0	1 2
20. Retentissement	0	1	2	0	1 2
a. social (pairs)	0	1	2	0	1 2
b. familial	0	1	2	0	1 2
c. scolaire	0	1	2	0	1 2

Diagnostic de TDAH

Inattention : Nombre de réponses 3 parmi les items A

Épisode actuel =

Épisode passé =

Hyperactivité/Impulsivité : Nombre de réponses 3 parmi les items B

Épisode actuel =

Épisode passé =

	Épisode actuel		Épisode passé	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Total A3 > ou = 6 + Total B3 < ou = 5 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Total B3 > ou = 6 + Total A3 < ou = 5 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Total A3 > ou = 6 + Total B3 > ou = 6 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Item 18 coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Item 19 coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Au moins deux domaines de retentissement cotés 2	Oui	Non	Oui	Non
7. Les critères pour un trouble envahissant du développement sont-ils remplis ?	Oui	Non	Oui	Non

TDAH DSM-IV si l'un des trois premiers items est « oui », les critères 4, 5 et 6 sont « oui », et le critère 7 est « non ».

TDAH inattentif : 1 + 4, 5, 6

Actuel : oui Non

Passé : oui Non

TDAH Impulsif/hyperactif : 2 + 4, 5, 6

Actuel : oui Non

Passé : oui Non

Trouble oppositionnel avec provocation

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : Subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel				Épisode passé			
1. Perd son sang-froid (Se met souvent en colère)	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Se dispute (conteste) beaucoup avec les adultes	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Transgresse (désobéit) les règles	0	1	2	3	0	1	2	3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3

Items supplément	Épisode actuel				Épisode passé			
1. Facilement contrarié ou en colère	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Fâché ou plein de ressentiment	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Rancunier et vindicatif (se venge)	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Utilise un langage grossier	Critère DSM- IIR							
5. Fait exprès de contrarier les autres	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Fait porter aux autres la responsabilité de	0	1	2	3	0	1	2	3

ses propres erreurs

0 : pas d'information ; 1 : Absent ; 2 : présent

	Épisode actuel			Épisode passé		
7. Durée d'évolution + 6 mois	0	1	2	0	1	2
8. Retentissement	0	1	2	0	1	2
a. social (pairs)	0	1	2	0	1	2
b. familial	0	1	2	0	1	2
c. scolaire						
9. Présence d'un facteur déclenchant	0	1	2	0	1	2

Critères DSM-IV

	Épisode actuel		Épisode passé	
1. Au moins quatre items du dépistage et du supplément cotés 3	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 7 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins un domaine de retentissement (Item 8) cotés 2	Oui	Non	Oui	Non

Troubles des conduites

0 : Pas d'information, 1 : Absent, 2 : Subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel				Épisode passé			
1. Mensonges (dans le but de tromper, d'escroquer)	0	1	2	3	0	1	2	3
2. École buissonnière avant 13 ans	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Commence les bagarres	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Brutalise, menace, intimide les autres	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Vols non agressifs (mais de valeur > 15 euros)	0	1	2	3	0	1	2	3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.

Coter épisode actuel la période des 6 mois les plus récents.

Items supplément	Épisode actuel				Épisode passé			
1. Vandalisme (casser les objets d'autrui)	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Participation à des effractions	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Vols avec agression	0	1	2	3	0	1	2	3
4. A mis le feu	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Reste dehors tard la nuit	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Fugue la nuit (ne pas coter si c'est pour éviter des violences physiques ou sexuelles)	0	1	2	3	0	1	2	3
7. Utilisation d'une arme	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Cruauté physique envers des personnes	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Activités sexuelles sous la contrainte	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Cruauté physique envers des animaux	0	1	2	3	0	1	2	3

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : présent

	Épisode actuel				Épisode passé			
11. Retentissement								
a. Social (pairs)	0		1	2	0		1	2
b. familial	0		1	2	0		1	2
c. scolaire	0		1	2	0		1	2
12. Durée d'évolution > 6 mois	0		1	2	0		1	2
13. Type « en groupe »	0		1	2	0		1	2
14. Type solitaire agressif	0		1	2	0		1	2
15. Type indifférencié	0		1	2	0		1	2
16. Type début dans l'enfance (< 10 ans)	0		1	2	0		1	2
17. Type début à l'adolescence	0		1	2	0		1	2

Critères de trouble des conduites

1. Au moins 3 items dépistage et supplément cotés 3,

dont 1 présent au cours des 6 derniers mois ?

	Épisode actuel		Épisode passé	
2. Au moins un domaine de retentissement	Oui	Non	Oui	Non

(Item 11) cotés 2 ?

3. Si > 18 ans, absence de Trouble de personnalité antisociale ?

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

DSM-IV Troubles des conduites si critères 1, 2 et 3 « oui ».

Actuel : Oui Non

Passé : Oui Non

Tics

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : subclinique, 3 : cliniquement significatif

Items dépistage	Épisode actuel				Épisode passé			
1. Tics moteurs (observation + interrogatoire)	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Tics vocaux	0	1	2	3	0	1	2	3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

0 : pas d'information, 1 : Absent, 2 : présent

Items supplément : tics moteurs simples				
1. Clignements de l'œil	0	1	2	0 1 2
2. Autres tics de la face	0	1	2	0 1 2
3. Balancement de la tête	0	1	2	0 1 2
4. Secousses des épaules	0	1	2	0 1 2
5. Mouvements des bras	0	1	2	0 1 2
6. Contractions du ventre	0	1	2	0 1 2
7. Mouvements de jambe	0	1	2	0 1 2
8. Autres	0	1	2	0 1 2

1. Toucher/tapoter des choses	0	1	2	0 1 2
2. Sauter ou tourner	0	1	2	0 1 2
3. Échopraxie/Échokinésie	0	1	2	0 1 2
4. Se blesser	0	1	2	0 1 2
5. Autres	0	1	2	0 1 2

1. Tousser/renifler/s'éclaircir la gorge	0	1	2	0 1 2
2. Grogner	0	1	2	0 1 2
3. Autres	0	1	2	0 1 2

1. Répéter ses propres mots/phrases	0	1	2	0 1 2
2. Répéter les propos des autres	0	1	2	0 1 2
3. Coprolalie	0	1	2	0 1 2
4. Insultes/injures raciales	0	1	2	0 1 2
5. Autres	0	1	2	0 1 2

a. social	0	1	2	0 1 2
b. familial	0	1	2	0 1 2
c. scolaire	0	1	2	0 1 2

Critères DSM-IV Syndrome de Gilles de la Tourette

1. Présence de tics moteurs multiples et de tics vocaux (pas forcément ensemble)	Oui	Non	Oui	Non
2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée ou par intermittence pendant un an ou plus ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins un domaine de l'item 6 coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Intervalles libres < 3 mois	Oui	Non	Oui	Non
6. Absence de cause organique/pharmacologique	Oui	Non	Oui	Non
Syndrome de Gilles de la Tourette	Oui	Non	Oui	Non

Items 1-6 « oui »

Critères DSM-IV Tics chroniques moteurs ou vocaux

1. Présence de tics moteurs multiples ou de tics vocaux (mais pas les deux en même temps)

2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée ou par intermittence pendant un an ou plus ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins un domaine de l'item 6 coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Intervalles libres < 3 mois	Oui	Non	Oui	Non
6. Absence de cause organique/pharmacologique	Oui	Non	Oui	Non
7. Absence du diagnostic du syndrome de Tourette	Oui	Non	Oui	Non

Tics chroniques moteurs ou vocaux Oui Non Oui Non

Items 1-6 « oui », et 7 « non »

Critères DSM-IV Tics transitoires moteurs ou vocaux

1. Présence de tics moteurs multiples ou de tics vocaux

2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée mais moins de 12 mois consécutifs ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Durée minimale d'évolution quatre semaines	Oui	Non	Oui	Non

Consommation de substances toxiques

Tabac

	Parents		Enfant	
	Oui	Non	Oui	Non
1. A déjà fumé du tabac ?				
2. Si oui, quantité de cigarettes consommées				
a. Usage actuel (nb/j)		---		---
b. Plus grande quantité (nb/j)		---		---
3. Age de la première consommation régulière (> 1/j)		---		---
4. A déjà essayé d'arrêter :	0	1 2	0	1 2
5. A déjà arrêté :	0	1 2	0	1 2
6. Si oui, plus long arrêt en mois :		---		---

Alcool

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Âge de la première consommation régulière d'alcool	---	---
2. Au moins deux boissons alcoolisées par semaine, quatre fois ou plus	0 1 2	0 1 2
Si item #2 coté 2, poursuivre le dépistage		
1. Quantité en une journée	0 1 2	0 1 2
(> 3 boissons)		(> 3 boissons)
2. Fréquence (j/sem)	0 1 2 (> 3 jours)	0 1 2 (> 3 jours)
3. Préoccupation d'autres personnes à propos de ta consommation d'alcool	0 1 2	0 1 2

Si un des items coté 2, remplir le supplément abus/dépendance

Items supplément

1. Fréquence (fois/sem)	0 1 2 3	0 1 2 3
(score max > 3/sem)		
2. Quantité en une fois	0 1 2 3	0 1 2 3
(> 3 verres/fois)		
3. Boit plus que prévu	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Conséquences négatives physiques	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Csq négatives comportement dangereux	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Csq négatives psychologiques (humeur/colère)	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Csq négatives scolaires - professionnelles	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Csq négatives sociales (difficultés relationnelles)	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Csq négatives légales (actes antisociaux)	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Avoir été sous l'emprise de l'alcool pour remplir des obligations importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Réduction ou abandon activités importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
12. Temps perdu passé à boire	0 1 2 3	0 1 2 3
13. Tolérance (boire + pour mêmes effets)	0 1 2 3	0 1 2 3
14. A tenté d'arrêter	0 1 2 3	0 1 2 3
(1-2 tentatives)		

	Épisode actuel		Épisode passé	
15. Symptômes de sevrage	0	1 2	0	1 2
16. Consommation pour éviter sevrage	0	1 2	0	1 2
17. Durée > 1 mois des signes de sevrage	0	1 2	0	1 2
Abus d'alcool DSM IV				
Au moins un item 4-10 coté 3	Oui	Non	Oui	Non
Dépendance alcool DSM IV				
Au moins 3 items 3-17 cotés 3 sur 1 an	Oui	Non	Oui	Non

Note : les items 4 à 10 sont considérés ici comme un seul item.

Substances psychotropes

Items dépistage	Épisode actuel	Épisode passé
1. Consommation de drogues		
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Stimulants	0 1 2	0 1 2
c. Sédatifs/Hypnotiques/Anxiolytiques	0 1 2	0 1 2
d. Cocaïne	0 1 2	0 1 2
e. Opiacés	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Hallucinogènes	0 1 2	0 1 2
h. Solvants, produits inhalés	0 1 2	0 1 2
i. Autres (ecstasy, kétamine, GHB ...)	0 1 2	0 1 2
2. Fréquence (plus grande fréquence pendant les 6 derniers mois)		
(0 : Pas d'information ; 1 : Absent ; 2 : < 1 fois/mois ; 3 : plus d'une fois/mois)		
a. Cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Stimulants	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sédatifs/Hypnotiques/Anxiolytiques	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaïne	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opiacés	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Hallucinogènes	0 1 2 3	0 1 2 3
h. solvants, produits inhalés	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Autres (ecstasy, kétamine, GHB ...)	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polyintoxication	0 1 2 3	0 1 2 3

Items supplément (à faire remplir pour chaque produit consommé)	Épisode Actuel	Épisode passé
1. Fréquence par semaine (3 : trois fois ou plus)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Consomme plus que prévu	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Csq négatives physiques	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Csq négatives comportement dangereux	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Csq négatives psychologiques (humeur)	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Csq négatives professionnelles – scolaires	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Csq négatives sociales	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Csq négatives légales	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Était sous l'emprise du produit pour remplir des obligations importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Activités importantes abandonnées ou réduites à cause de la consommation	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Temps passé à consommer	0 1 2 3	0 1 2 3
12. Tolérance	0 1 2 3	0 1 2 3
13. Tentative d'arrêt	0 1 2 3	0 1 2 3
14. Symptômes de sevrage	0 1 2 3	0 1 2 3
15. Consommation pour éviter manque	0 1 2 3	0 1 2 3
16. Durée signes de sevrage (1 mois ou plus)	0 1 2 3	0 1 2 3

Abus de substances DSM-IV (Préciser lesquelles)

Au moins un item 3-9 coté 3	Oui	Non	Oui	Non
-----------------------------	-----	-----	-----	-----

Dépendance à une substance DSM-IV (préciser lesquelles)

Au moins trois items 2-16 cotés 3 (à un quelconque moment de la même période de 12 mois)	Oui	Non	Oui	Non
--	-----	-----	-----	-----

Note : les items 3 à 9 sont considérés ici comme

un seul item.

État de stress post-traumatique

0 : pas d'information, 1 : absent, 2 : présent

Items dépistage - 1 ^{ère} partie						
1. Événements traumatisants						
a. Accident d'automobile	0	1	2	0	1	2
b. Autre accident	0	1	2	0	1	2
c. Feu	0	1	2	0	1	2
d. Témoin d'une catastrophe	0	1	2	0	1	2
e. Témoin d'une infraction violente	0	1	2	0	1	2
f. Victime d'une infraction violente	0	1	2	0	1	2
g. Reçoit des nouvelles traumatisantes	0	1	2	0	1	2
h. Témoin de violences domestiques	0	1	2	0	1	2
i. Abus physique	0	1	2	0	1	2
j. Abus sexuel	0	1	2	0	1	2
k. Autre	0	1	2	0	1	2

Faire la 2^e partie dépistage si au moins une question ci-dessus est cotée 2.

Items dénistage – 2 ^e partie						
1. Pensées ou images récurrentes de l'événement	0	1	2	0	1	2
2. Efforts pour éviter les pensées ou les sensations associées au traumatisme	0	1	2	0	1	2
3. Cauchemars	0	1	2	0	1	2
4. Insomnie	0	1	2	0	1	2
5. Irritabilité ou crises de colère	0	1	2	0	1	2

Faire la partie supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 2.

Items supplément						
1. Jeux répétitifs reliés à l'événement/reconstitution	0	1	2	0	1	2
2. Épisode dissociatifs, illusions ou hallucinations						
a. Épisodes dissociatifs	0	1	2	0	1	2
b. Illusions	0	1	2	0	1	2
c. Hallucinations	0	1	2	0	1	2
3. Détresse secondaire à l'exposition à des indices qui évoquent l'événement	0	1	2	0	1	2
4. Efforts pour éviter les activités ou les situations qui font penser au traumatisme	0	1	2	0	1	2
5. Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme	0	1	2	0	1	2
6. Réduction de l'intérêt pour les activités	0	1	2	0	1	2
7. Détachement ou bizarrerie	0	1	2	0	1	2
8. Affect restreint	0	1	2	0	1	2
9. Sensation que l'avenir est bloqué	0	1	2	0	1	2
10. Difficulté à se concentrer	0	1	2	0	1	2
11. Hypervigilance	0	1	2	0	1	2
12. Réaction de susaut exagérée	0	1	2	0	1	2

13. Réactivité physiologique	0	1	2	0	1	2
14. Torpeur	0	1	2	0	1	2
15. Réduction de la conscience de son environnement	0	1	2	0	1	2
16. Déréalisation	0	1	2	0	1	2
17. Dépersonnalisation	0	1	2	0	1	2

18. Retentissement	0	1	2	0	1	2
a. social	0	1	2	0	1	2
b. familial	0	1	2	0	1	2
c. scolaire	0	1	2	0	1	2

Critères DSM-IV État de stress post-traumatique :

Critères

1. Au moins 1 des items suivants : 1, 3 du dépistage, 1, 2, 3, 13 du supplément	Oui	Non
2. Au moins 3 des items suivants : 2 du dépistage, 4, 5, 6, 7, 8, 9 du supplément	Oui	Non
3. Au moins 2 des items suivants : 4, 5 du dépistage, 10, 11, 12 du supplément		
4. Durée au moins un mois	Oui	Non
5. Item 18a, 18b, ou 18c coté 2	Oui	Non

Critères DSM-IV État de stress aigu :

Critères

1. Au moins 3 des items suivants : 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17 du supplément	Oui	Non
<i>Note : les items 7, 8 et 14 comptent pour un seul</i>		
2. Au moins 1 des items suivants : 1, 3 du dépistage, 1, 2, 3, 13 du supplément	Oui	Non
3. Au moins 1 des items suivants : 2 du dépistage, 4 du supplément	Oui	Non
4. Au moins 1 des items suivants : 4, 5 du dépistage, 10, 11, 12 du supplément		
5. Durée minimum 2 j, maximum 4 sem	Oui	Non
6. Survenue dans les 4 sem suivant l'événement		
7. Item 18a, 18b, ou 18c coté 2	Oui	Non
8. Les symptômes sont-ils imputables aux effets d'une substance/à une affection médicale générale ?	Oui	No