



HAL
open science

Étude rétrospective des enfants et adolescents hospitalisés pour crise clastique. Prévalence et stabilité du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (TDDE)

Jessica Zammit

► **To cite this version:**

Jessica Zammit. Étude rétrospective des enfants et adolescents hospitalisés pour crise clastique. Prévalence et stabilité du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (TDDE). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03528724

HAL Id: dumas-03528724

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03528724v1>

Submitted on 17 Jan 2022

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.

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

Jessica ZAMMIT

NÉE LE 3 janvier 1992 À Épinay-sur-Seine

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
28 Septembre 2021

Etude rétrospective des enfants et adolescents hospitalisés
pour crise clastique :
Prévalence et Stabilité du
Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle (TDDE)

PRÉSIDENTE DU JURY :

Madame le Professeur Priscille GÉRARDIN

DIRECTEUR DE THÈSE :

Monsieur le Docteur Vladimir FERRAFIAT

MEMBRES DU JURY :

Madame le Professeur Gisèle APTER

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Madame le Docteur Myriam LARSON

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie

Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES reproduction	HCN	Biologie du développement et de la
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique

Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI** Informatique

Mme Clémence **MEAUSOONE** Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI** Pharmacognosie

<h3>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</h3>

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

- A Madame le Professeur Priscille GÉRARDIN, vous me faites l'honneur de présider mon jury, je vous remercie de la confiance que vous m'accordez pour l'année à venir. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de ma plus profonde gratitude.
- A Madame le Professeur Gisèle APTER, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de considérer ce travail. je vous adresse mes plus sincères remerciements. Veuillez accepter, dans ce travail, l'assurance de mon plus grand respect.
- A Monsieur le Professeur Jean- Marc GUILÉ, vous me faites l'honneur de juger ce travail et de votre présence dans ce jury de thèse. Je suis très admirative de vos travaux. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.
- A Madame le Docteur Myriam LARSON, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury. J'ai apprécié travailler avec vous aux Feugrais. Merci pour tout le savoir que vous m'avez transmis. Veuillez trouver ici la marque de ma sincère reconnaissance.

- A Monsieur le Docteur Vladimir FERRAFIAT, dit le Dr Suprême, je te suis reconnaissante d'avoir dirigé cette thèse. Merci pour tes encouragements et ton implication. Le semestre passé à tes côtés a été riche en enseignements, tu m'as partagé ta passion du métier. Merci pour ta bienveillance et ton dévouement dans tout ce que tu entreprends. Un grand merci pour tout, tu m'as tellement apporté. Tes expressions comme « Go F*** Yourself » vont me manquer.
- A Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS, merci pour votre expertise, votre aide et vos précieux conseils dans cette thèse.
- A Margot VANNIER, pour tes judicieux conseils pour l'analyse statistique des résultats de l'étude.
- A Monsieur le Docteur Jean-Michel PASQUIER, merci pour votre gentillesse, votre écoute et de m'avoir montré différentes facettes de la psychiatrie. J'ai beaucoup appris à vos côtés.
- A Madame le Docteur Elodie SMETTE, dit Docteur Zeus, ma maman du CMP, merci pour ton humour et ta transmission de connaissances.
- A Madame le Docteur Carole GUEROULT, je vous remercie pour ces 6 mois passés à vos côtés à Dieppe.

- A Monsieur le Docteur Jean-Pierre CASSANY, un grand merci pour les mercredis matins riches en transmissions cliniques.
- A Madame le Docteur Jennyfer NAGOU, merci pour ton aide au cours de l'internat et notamment pour avoir dirigé mon mémoire de DU.
- A Madame le Docteur Julie HERBET, merci pour ta gentillesse et ta douceur.
- A Madame le Docteur Laura DETONY, dit le Dr Cascade, merci pour ta bonne humeur et ton enseignement.
- A Madame le Docteur Ludivine ELIE, j'ai beaucoup aimé travailler à tes côtés.
- A Madame le Docteur Maryam SOLEIMANI, merci pour ton flegme légendaire et ta douceur.
- A ma Binôme, devenue Madame le Docteur Anne-Sophie MARTIN, merci pour ton aide au premier semestre, le début d'internat n'aurait pas été pareil sans toi.

- A ma BRUMENT, devenue Madame le Docteur Marion BRUMENT, j'espère que Kiki se porte bien, merci pour ta bonne humeur et ton aide sur Rimbaud.
- A tous les médecins croisés durant mon internat : le docteur Valérie AUGUSTI, le Docteur Pierre QUESADA, le Docteur Annie DELBENDE, le Docteur Alice GOLDENBERG, le Docteur Anne-Marie GUERROT, le Docteur Sandrine ELIAS, le Docteur Claire MIRANDA-MARCHAND, le Docteur Aude CHAROLLAIS, le Docteur Nicolas GILLES, le Docteur Jérôme MASSOT, le Docteur Julien GUEHL, le Docteur Claire GEORGIN, le Docteur Jean-Baptiste DUBOC, le Docteur Thomas CAUCHOIS, le Docteur Basile GONZALES, le Professeur Olivier GUILLIN et tous les autres.
- Aux belles rencontres de l'internat : Camille, Cassandre, Thomas, Ulysse, Axel, Ela, Antoine, Charly, Victor et les autres.
- A toute l'équipe de Rimbaud, merci pour tout ce que vous m'avez apporté durant mon deuxième semestre d'internat, je suis ravie de retravailler avec vous.
- A toute l'équipe de Badinter : Elise, Muriel, Caroline, Sabrina, Julie, Camille, Stan, Clément, Hafize, Sandra, Betty, Joseph, Laurie, Maureen, les Julien, les Guillaume, Alex, Greg, Aomar, Anthony. Merci pour votre soutien durant ce semestre.

- A toute l'équipe du SMPR de la Maison d'Arrêt de Rouen et de Val de Reuil, du Centre thérapeutique et de l'USSA.
- A toute l'équipe des Feugrais, de liaison de pédopsychiatrie et du CMP Charles Perrault de Saint Etienne du Rouvray.
- A toute l'équipe d'Henri Ey avec qui j'ai débuté mon internat.
- A toute l'équipe de périnatalité et de pédopsychiatrie au CHU.
- A toute l'équipe du CMP de Dieppe, l'équipe de Winnicott, à toute l'équipe de pédiatrie de Dieppe, je porte toujours ma salopette pour les jours de garde.
- A l'équipe de l'UNACOR pour ces gardes inoubliables et remplies de bonnes choses à manger.
- A toute l'équipe de l'unité Colonna, Emma, Clément, Baptiste, Ophélie, Marine, Lucille, Auberie, Juliette, les Laura, Marion, Marlène, Amandine, Angélique, les Manon, Anna, Christophe, Laurence, Pierre.
- Un grand merci à Solenn et Sandrine pour leur aide dans cette thèse.

- Un grand merci à Mélanie, Julie, Cédric, Zoé, Karine, Sophie, Mathilde.
- Un grand merci à ma PIEL pour ta finesse clinique et ton humour indétrônable.
- Un grand merci à Alexis et Chrystelle, mon duo de chats noirs préférés.
- Merci au Pavillon Morvan, l'Unité Ados de Montreuil, les urgences d'Avicenne et le CRTLA de m'avoir donné l'envie durant mon externat de faire cette belle spécialité qu'est la psychiatrie.
- A toute l'équipe de l'IME Max Brière, le CRTLA, de génétique du CHU et le CAMSP.
- A ma Chrystelle, dit Heckle, ces 7 mois passés en liaison restent inoubliables, merci également pour ta patience, tes encouragements et pour ton aide dans la thèse.

- A mes parents, je n'en serais pas là sans vous, je vous aime :
 - A ma mère, merci pour ta présence quoiqu'il arrive et ton soutien indéfectible, profite bien de ta retraite.
 - A mon père, tu manques tellement à ma vie, j'espère que tu vois tout ça et que tu en es fier. J'essaie de me tenir à ma promesse. Tu avais raison la psychiatrie, c'était le bon choix.

- A Chantal, François, Christine, Martine et Jean.

- A mes cousins, cousines, Jérôme, Isabelle, Mélanie, Adeline et leurs petits enfants remplis d'énergie : Axel, Soren, Arthur, Raphaël, Mathilde, Sophia, Maéva, Elena et la petite dernière Mia.

- A Elodie, Guillaume, Eric.

- A mes tatas de cœur : Anne-Marie, la dame du 47, Viviane et tata nounou.

- A ceux disparus, Jean-Pierre, Georges, Claire et mes regrettés mémés et pépés.

- A Anthony, je sais que cette période n'a pas été facile pour toi. Tu m'as pourtant bien accompagné et soutenu. Merci pour ton aide pour la thèse, sans toi l'informatisation des données n'aurait pas été optimale. Contente que nos routes se soient croisées et je ne dis pas ça seulement pour les repas gras des gardes. Je suis comblée à tes côtés. Je t'aime.
- A Podpaye et Moh, nos deux amours.... de chats.
- A ma belle-famille, merci pour vos encouragements.

- Au Docteur Milouche, la puissance du Port du Havre, toutes mes félicitations pour ta thèse. Contente que cette amitié perdure depuis le collège. Il est loin le temps de Pikman et de nos mercredis après-midis au Basket. Je souhaite que tous tes projets se réalisent. Ta Cendrillon doit être fière de toi. Je t'aime.
- A mes amis de P13 si chers à mon cœur, je vous aime :
 Mon noyau : Baby Cham et tonton Vincent, merci de faire partie de ma vie.
 A Flo et Jean.
 A Léa et Cathy, mes rayons de soleil de la pneumo.
 A mes chouquettes préférées : Yanis et Luc.
 A Sami, mon fils de la P1.
- A Justine, dit Rustine, dit Gertrude, ma toute jeune trentenaire, une belle longue et amitié à nous. Je t'aime.
- A ma Audy, merci pour ton soutien et d'être là, même avec la distance. Je t'en suis reconnaissante. Je t'aime.
- Au pouvoir des trois : Caroline et Marion, merci pour ces brunchs ressourçants, votre amitié m'est si chère.

Je dédie ce travail à mon père, Roger Zammit.

« Tu n'es plus là où tu étais, mais tu es partout là où je suis . »

Victor Hugo

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Table des matières

I-Introduction	32
a) Définitions des troubles du comportement et crise clastique	32
b) Les motifs de passage aux urgences pédiatriques et pédopsychiatriques.....	33
c) Définition de l'irritabilité et le lien avec « la polémique » du trouble bipolaire pédiatrique	34
d) Concept et controverse de la dysrégulation sévère de l'humeur et du TDDE.....	35
e) Définition du TDDE et différences avec la dysrégulation sévère de l' humeur.....	36
f) Epidémiologie.....	37
g) Physiopathologie	38
h) Comorbidités	39
i) Thérapeutiques	39
j) Evolution	44
k) Généralités sur l'étude	45
l) Objectifs de l'étude.....	45
II-Matériel et méthode	46
a) Schéma de l'étude.....	46
b) Population de l'étude	47
c) Mode de recueil des données	47
d) Différentes données recueillies.....	48
e) Analyse statistique.....	52
f) Mention légale et éthique	52
III-Résultats	53
1. Objectifs principaux	54
a) Prévalence	54
b) Stabilité du diagnostic TDDE.....	54

2. Objectif secondaire.....	57
a) Caractéristiques sociodémographiques	57
b) Caractéristiques scolaires	63
c) Caractéristiques des PEC extérieures	64
d) Caractéristiques anamnestiques	67
e) Caractéristiques des ATCD	71
f) Caractéristiques développementales.....	73
g) Caractéristiques de l’hospitalisation.....	76
h) Caractéristiques diagnostiques	77
i) Caractéristiques thérapeutiques	79
j) Caractéristiques cliniques	86
IV-Discussion	95
1. Prévalence, stabilité et évolution du TDDE	95
2. Les aspects thérapeutiques de notre population	97
3. L’aspect neurodéveloppemental du TDDE	99
4. Les forces, les limites de l’étude et les perspectives	104
5. Profil majoritaire et « type » des enfants et adolescents avec TDDE de l’étude	106
V-Conclusion.....	108
VI-Bibliographie.....	109
VII-Annexes	119
VIII-Résumé	132
Mots clés	132

Liste des abréviations

AED : Action Educative Départementale

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ATCD : Antécédent

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

CGI-I : Clinical Global Impression – Improvement

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies -10

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DMDD : Disruptive Mood Dysregulation Disorder

DSM-IV : Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition

EREA : Etablissement Régional d'Enseignement Adapté

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

FDA : Food Drug Administration

IEM : Institut d'Education Motrice

IME : Institut Médico-Educatif

IMpro : Institut médico-professionnel

ISRNA : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

MAPA : Mesure d'Accompagnement Pour Adolescents

MCO : Médico-chirurgical et Obstétrique

PEC : Prise En charge

PMT : Parental Management Training

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SAFT : Service d'Accueil Familial Thérapeutique

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SMD : Severe Mood Disorder

TA : Tentative d'Autolyse

TAG : Troubles anxieux généralisés

TBP : Trouble Bipolaire Pédiatrique

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

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

TDDE : Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

TSA : Trouble du Spectre Autistique

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

Table des illustrations

Figure 1 : Schéma de l'étude en entonnoir

Tableau 1 : Le nombre de patients féminins et masculins de l'étude

Tableau 2 : Répartition de l'âge des patients de l'étude

Tableau 3 : Patients avec un TDDE et sans TDDE de l'étude

Tableau 4 : Patients avec un possible TDDE et sans TDDE de l'étude

Tableau 5 : Patients avec un probable TDDE et sans TDDE de l'étude

Tableau 6 : Patients avec un TDDE confirmé et sans TDDE de l'étude

Figure 2 : Flowchart de l'étude

Graphique 1 : Nombre de patients avec TDDE et sans TDDE en fonction de l'âge

Tableau 7 : Moyenne d'âge en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 8 : Tableau croisé du sexe en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 9 : Tableau croisé du type d'hébergement en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 10 : Tableau croisé de la situation familiale en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 11 : Détail sur la fratrie des patients avec TDDE et sans TDDE.

Tableau 12 : Tableau croisé des mesures éducatives/aide en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 13 : Tableau croisé du type de mesure éducative en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 14 : Tableau croisé de la scolarité en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 15 : Tableau croisé du type de scolarité en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 16 : Suivi psychologique en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Graphique 2 : Age de début des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE.

Graphique 3 : Durée des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE.

Tableau 17 : Tableau croisé de la moyenne d'âge du début des troubles et de la moyenne de durée des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 18 : Tableau croisé d'événement de vie stressant en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 19 : Tableau du type d'événement de vie stressant en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Graphique 4 : Nombre d'hospitalisation sur le plan pédopsychiatrique en fonction des patients avec un TDDE et sans TDDE

Tableau 20 : Tableau croisé du nombre moyen d'hospitalisation en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 21 : Tableau croisé d'ATCD psychiatriques familiaux au premier degré en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 22 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la marche en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 23 : Moyenne de l'âge en mois des premiers mots en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 24 : Moyenne de l'âge en mois des premières phrases en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 25 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la propreté diurne en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 26 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la propreté nocturne en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 27 : Moyenne des durées d'hospitalisation en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 28 : Diagnostic de sortie/Comorbidité en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 29 : Traitements antérieurs par ISRS en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 30 : Traitements ISRNA en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 31 : Traitements par psychostimulants en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 32 : TDAH en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 33 : Tableau croisé TDAH et psychostimulants.

Tableau 34 : Trouble des apprentissages en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 35 : Détail des troubles des apprentissages chez les patients avec un TDDE ou sans TDDE

Tableau 36 : Trouble de l'attachement en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Tableau 37 : Tableau croisé du trouble de l'attachement et mesure éducative

Tableau 38 : Détail des mesures éducatives croisées avec le trouble de l'attachement

Figure 3 : TDDE et aspects neurodéveloppementaux

Figure 4 : Prise en charge complexe du TDDE

Tableau 39 : Profil des patients avec TDDE de l'étude

I-Introduction

a) Définitions des troubles du comportement et crise clastique

Le comportement correspond à la manière d'agir, de réagir des personnes (1). Les troubles du comportement se définissent par des agissements qui correspondent à une déviation d'une norme, c'est à dire en excès (état d'agitation, d'agressivité etc.) ou au contraire en défaut (inhibition, etc). Ce symptôme peut être révélateur d'une souffrance psychique ainsi il est important de le comprendre, de l'expliquer et de le soulager (2). Le trouble du comportement peut être en lien avec l'environnement culturel et social. Il ne renvoie pas à un diagnostic spécifique. Il peut être associé aux troubles des conduites, au trouble oppositionnel avec provocation (TOP), au trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), aux troubles de la personnalité et les troubles du l'humeur (3).

La crise clastique est un mode d'expression d'un trouble du comportement. D'après Stéphane LAUDRIN et Mario SPERANZA (4), la crise renvoie à la rupture de l'équilibre d'un système confronté à un changement. D'après le dictionnaire Larousse (5), la crise représente un « *Brusque accès, forte manifestation d'un sentiment, d'un état d'esprit* ». Le terme « clastique » renvoie au « grec *klastos*, brisé, se dit d'une crise violente marquée par des bris d'objets » (6).

A l'adolescence, trois pistes peuvent être évoquées :

- les crises à l'adolescence avec des passages à l'acte, incluant la crise d'identité ou les crises juvéniles (7). Pour Eric ERIKSON (8), les crises sont un processus tout au long du développement psycho-affectif.
- la dépression (7)
- les conduites externalisées (7).

Sur le plan physiologique, les accès de colère apparaissent couramment vers la fin de la première année de vie, ils sont très fréquents entre 2 et 4 ans et rares après 5 ans (9).

Quand la symptomatologie persiste, les troubles du comportement peuvent être dits « externalisés ». Ils se manifestent par de l'agressivité, de l'impulsivité, de l'agitation, un manque de respect des limites qui sont établies et/ou un défaut d'obéissance (10). Ils regroupent les fugues, l'auto-agressivité (scarifications, automutilations), les prises de toxiques, les tentatives d'autolyse (TA), les comportements hétéro-agressifs, les vols, les mensonges, les troubles des conduites sexuelles, les conduites d'opposition et les crises clastiques (11).

Les plaintes des parents varient en fonction de l'âge. Avant l'âge de six ans, elles sont principalement sur le manque d'obéissance, l'agitation, l'hétéro-agressivité envers les adultes et les pairs et l'impulsivité. Après l'âge de six ans, les difficultés scolaires sont au premier plan avec des plaintes sur la concentration, les comportements inadaptés en classe et également les performances scolaires (10).

Ces troubles externalisés du comportement sont associés à différents syndromes. D'après le DSM-IV (12), ils font partie des symptômes du TDAH, des troubles des conduites et du TOP. Dans la CIM-10 (10), ils apparaissent dans les « troubles hyperkinétiques », dans les « troubles mixtes des conduites et des émotions » et dans les « troubles des conduites ».

Les troubles du comportement sont aussi dits « internalisés » quand ils sont définis par des attitudes d'hyper-contrôle et d'inhibition. Ils se manifestent et se contiennent sans déborder sur le monde extérieur contrairement aux problèmes d'externalisation qui sont tournés vers autrui (13) (14) (15).

b) Les motifs de passage aux urgences pédiatriques et pédopsychiatriques

Nous retrouvons un nombre important de motif de consultation aux urgences pour trouble du comportement et la majorité des patients ne bénéficie pas de suivi psychologique et est prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (16) (17).

L'urgence en pédopsychiatrie se définit par une situation de crise pathologique présentant un risque vital ou un danger imminent pour le jeune et/ou l'entourage. La crise peut venir d'un événement externe de type (naissance, traumatisme, deuil, rupture de liens familiaux, éducatifs, etc.) ou être liée au développement de l'enfant ou de l'adolescent (4).

En 2018, le travail de thèse de GLOMOT (18) revient sur les motifs de consultation aux urgences pédiatriques et aux urgences pédopsychiatriques qui sont :

- Tentative d'autolyse ou idées suicidaires
- Trouble du comportement, agitation, violence
- Symptôme psychotique
- Trouble du comportement alimentaire
- Agression sexuelle et physique
- Trouble du sommeil
- Plaintes somatiques.

En 2014, l'étude de PODLIPSKI et al. (19) met en avant quatre motifs principaux de consultation correspondant à plus de la moitié des cas : les syndromes dépressifs (11,7%), les troubles du comportement (15,3 %), l'anxiété (21,2 %) et les tentatives de suicide (27,7 %).

En 2013, l'étude de CHATAGNER et al. (20) sur le motif de consultation provoquant une situation d'urgence, reprise en 1992 et en 2002, concerne dans la majorité des cas les conduites agies (agitation, tentative de suicide, violence fugues, agressivité). Les motifs diffèrent selon le genre d'après PODLIPSKI et al. (19) en 2014, et KENNEDY et al. (21) en 2009, on note une prédominance de l'agressivité et des symptômes psychotiques chez les garçons, et une prédominance des symptômes dépressifs, des comportements suicidaires, des comportements sexualisés et des scarifications chez les filles. En effet, les troubles du comportement chez le garçon correspondent au premier motif de consultation avec 28%. En revanche, pour les filles, 32 % des consultations sont en lien avec des tentatives d'autolyse (19).

c) Définition de l'irritabilité et le lien avec «la polémique» du trouble bipolaire pédiatrique

Selon le dictionnaire Larousse (22), il s'agit du caractère, de l'état de quelqu'un qui s'emporte facilement.

L'irritabilité correspond à une hyper-réactivité aux légères provocations et aux mésententes dans les relations interpersonnelles, avec une tendance à des réactions excessives à celles-ci. Sur le plan du comportement, elle se rapproche de l'agressivité physique. Sur le plan affectif, elle tend vers la colère (23). Le concept d'irritabilité a beaucoup questionné dans le champ de la psychopathologie pédiatrique avec l'augmentation des diagnostics de trouble bipolaire pédiatrique (TBP) posés chez les enfants et les adolescents. Le TBP est un trouble de l'humeur qui entraîne un impact fonctionnel important (24). L'irritabilité est fréquemment associée au TBP (23).

Selon le DSM-IV (12), le trouble bipolaire est décrit par des épisodes de manie ou d'hypomanie, c'est-à-dire une période distincte d'humeur anormalement et constamment élevée, expansive ou irritable (symptômes A) accompagnée d'un certain nombre de symptômes cognitifs, comportementaux et physiques (symptômes B) tels que la grandiosité, diminution du besoin de sommeil, pression de la parole, augmentation des activités axées sur les objectifs, fuite des idées, distractibilité et agitation psychomotrice. La présence simultanée

de symptômes A et B définit un épisode de manie ou d'hypomanie; la différence entre les deux dépend de l'intensité et de la durée des symptômes (12).

Entre le milieu des années 1990 et le début années 2000, il y a eu une inflation du diagnostic de TBP créant une polémique (23)(24)(25). Aux Etats-Unis, en 8 ans, les enfants sortants d'hospitalisation psychiatrique avec un diagnostic de TBP sont passés de 10 à 34 %, et de 10 à 49 % chez les adolescents. Respectivement en 1996 et en 2004, il y avait 1,3 diagnostic de sortie de TBP pour 10000 enfants et adolescents contre 7,3 pour 10000, représentant une majoration par 5 (26). Il existe plusieurs explications possibles pour comprendre cette augmentation de diagnostic de TBP. En effet il peut avoir été sous diagnostiqué auparavant ou avoir eu des modifications dans la manière d'appliquer les critères de diagnostic amenant à une erreur de diagnostic (24). Un des aspects de la polémique concerne la place et la valeur clinique de l'irritabilité chronique et non-épisode en tant que présentation développementale du TBP (27). Ainsi il y a eu une intégration de l'irritabilité chronique dans le diagnostic du TBP alors que la symptomatologie se décrit par des épisodes. Dans ces conditions, la manie a pu être évoquée sur de l'irritabilité chronique, ayant pour conséquence de créer une superposition avec d'autres diagnostics comme le TDAH. En effet, dans le TDAH, nous retrouvons une agitation psychomotrice, des accès de colère et des difficultés à se réguler sur le plan émotionnel amenant à une irritabilité chronique. Par conséquent, associer l'irritabilité chronique au TBP a majoré le taux de diagnostic (24).

d) Concept et controverse de la dysrégulation sévère de l'humeur et du Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle (TDDE)

Le Docteur Ellen LEIBENLUFT (28) (29) s'intéresse depuis plusieurs années au TBP notamment aux mécanismes cérébraux médiant le TBP et l'irritabilité sévère chez les enfants et les adolescents. En 2003, elle élargit son champ de recherche sur l'irritabilité chronique et sévère (28) (29). Elle caractérise 4 phénotypes avec les critères diagnostiques du DSM-IV :

- Phénotype étroit avec critère d'hypomanie et de manie (7 jours pour la manie, 4 jours pour hypomanie)
- Phénotype avec hypomanie/ manie avec un épisode clair (de 1 à 3 jours)
- Phénotype avec manie irritable avec un épisode clair d'irritabilité mais sans exaltation de l'humeur

- Et un dernier phénotype plus large également nommé dysrégulation de l'humeur sévère ou en anglais Severe Mood Disorder (SMD) déterminé par le caractère chronique et sévère (24).

Le Professeur CARLSON (30) décrit les accès de colère et d'agitation «Angry outburst » chez les enfants avec le danger qu'ils représentent pour eux et pour les autres et évoque tout l'enjeu diagnostique et thérapeutique. L'hypothèse proposée est que la gravité et l'intensité de l'irritabilité varient selon le diagnostic (31). Le niveau d'irritabilité le plus sévère est caractérisé par des crises souvent violentes, prolongées et largement non provoquées (ou une réaction incongrue à un événement). En 2011, une nouvelle catégorie nosographique est proposée : le trouble avec dysrégulation sévère de l'humeur (SMD) pour intégrer plus finement, chez les enfants et les adolescents, la relation entre irritabilité chronique et manie (23)(32)(33)(34). Selon les critères de diagnostic du SMD, l'âge des patients doit être compris entre 7 et 17 ans, le premier épisode doit survenir avant l'âge de 12 ans et les caractéristiques sont des émotions négatives chroniques avec irritabilité et de fréquentes explosions émotionnelles (32). Il est important de différencier les patients présentant des épisodes distincts de dysphorie ou d'euphorie des patients avec des crises de colère et une irritabilité chronique (35).

Cette recherche a permis de souligner l'importance de l'irritabilité chronique dans l'approche intégrative et développementale de la psychiatrie. En 2013, le Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle (TDDE) ou encore appelé Trouble perturbateur de la régulation émotionnelle et en anglais Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD), est inclus dans le DSM-5 à la section du trouble dépressif (28)(29). Il est donc apparu récemment et les enfants présentant une dysrégulation émotionnelle sont devenus des challenges diagnostiques et thérapeutiques au cours des deux dernières décennies dans le contexte de la controverse bipolaire pédiatrique (36)(37)(38)(39).

e) Définition du TDDE et différences avec la dysrégulation sévère de l'humeur

Les critères de classification du trouble retrouvés dans le DSM-5 (40) sont :

- A. Des accès de colère sévères et récurrents qui se manifestent verbalement (agression verbale) et/ou dans un comportement (agression physique à l'égard de personnes ou de biens) et qui sont largement disproportionnés en termes d'intensité ou de durée par rapport à la situation ou à la raison
- B. Les accès de colère ne correspondent pas au niveau de développement

- C. Les crises se produisent en moyenne trois fois ou plus par semaine
- D. L'atmosphère qui règne entre les accès de colère est constamment irritable ou en colère presque toute la journée, et cela est perceptible par d'autres (par exemple, les parents, les enseignants, les pairs)
- E. Les critères A-D sont présents depuis un an ou plus. Pendant cette période, l'intéressé n'a jamais été complètement débarrassé des symptômes du critère A-D pendant trois mois consécutifs ou plus
- F. Les symptômes des critères A et D sont présents dans au moins deux des trois contextes (à la maison, à l'école ou en contact avec des pairs) et sont graves dans au moins un de ces contextes
- G. Le classement ne doit pas être attribué pour la première fois avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans
- H. Sur la base de l'historique du cas ou à travers l'observation, il peut être déterminé que les critères A à E ont commencé avant 10 ans
- I. Une période claire de plus d'un jour ne s'est jamais produite au cours de laquelle les symptômes ont pleinement satisfait aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque, à l'exception de la durée
- J. Le comportement ne survient pas exclusivement pendant un épisode du trouble dépressif et ne peut pas être expliqué par un autre trouble psychologique (par exemple, un trouble du spectre autistique, un trouble de stress post-traumatique, un trouble d'anxiété de séparation ou un trouble dépressif persistant (dysthymie))
- K. Les symptômes ne peuvent pas être attribués aux effets physiologiques d'un agent, ni à un désordre neurologique ou autre trouble somatique.

(Cf. annexe page 119, Annexe 1 : tableau récapitulatif des critères de diagnostic du TDDE)

Sur les différences entre TDDE et SMD, l'âge d'apparition des troubles diffère pour le TDDE avant 10 ans et pour le SMD avant 12 ans. De plus, le diagnostic de TDDE ne nécessite pas de symptôme d'hyperexcitabilité permettant de poser un diagnostic de TDAH comorbide si nécessaire contrairement au SMD (39).

(Cf. annexe page 120, Annexe 2 : tableau récapitulatif des critères de diagnostic du SMD)

f) Epidémiologie

Les prévalences diffèrent d'un article à l'autre, COPELAND et al. (41), décrivent des taux de prévalence du TDDE entre 0,8 et 3,3%, avec des taux plus élevés chez les individus d'âge préscolaire et de sexe masculin. La prévalence du TDDE serait d'environ 8,2% dans la

population générale et environ 26 à 31% en milieu clinique (42) (43). Il y a beaucoup de données soutenant que les symptômes de TDDE peuvent sévèrement affecter le niveau de fonctionnement social d'un jeune (41) (44) et que ces effets négatifs pourraient persister à l'âge adulte (44). En effet, il a été montré que les jeunes adultes atteints de TDDE présentent un niveau beaucoup plus élevé de déficiences fonctionnelles que ceux avec un autre trouble psychiatrique (TDAH, troubles anxieux, troubles dépressifs, ou troubles liés aux substances) (44) (45).

g) Physiopathologie

Les résultats des épreuves attentionnelles impliquant les émotions, la capacité de reconnaissance des émotions faciales et le degré de stress lors d'une tâche de frustration sont affectés chez les patients présentant un SMD (35).

Le déficit dans la reconnaissance des émotions faciales montre un déficit de flexibilité cognitive, notamment dans les tâches neuropsychologiques de *response reversal paradigm* mesurant l'aptitude du sujet à changer de stratégie cognitive lorsque les règles du jeu changent implicitement au cours de l'expérience (35) (46).

Le déficit dans le traitement des indices sociaux est également marqué. Les compétences sociales de l'enfant et la régulation des émotions peuvent être donc touchées (35) (47) (48).

La frustration est beaucoup plus ressentie par les patients présentant une telle déficience dans ces tâches et donc peuvent faire preuve d'irritabilité et de comportements agressifs. Le traitement des émotions se fait essentiellement par la région du cerveau nommée l'amygdale. En IRM fonctionnelle, on retrouve une activité de l'amygdale diminuée chez les patients avec SMD lors de tâches de reconnaissance faciale (35) (46).

Les patients avec SMD ont des potentiels évoqués retrouvant un déficit en *bottom-up* et d'attention précoce (diminution des ondes pariétales, temporales et centrales N1 P1) contrairement à ceux ayant un trouble bipolaire qui présentent plutôt un déficit de régulation lié à une diminution des processus *top-down*, d'attention exécutive (diminution des ondes pariétales P3) (39) (35). L'irritabilité ne serait pas liée à une difficulté à gérer les frustrations mais plutôt liée à une augmentation de l'excitabilité. Les patients avec un SMD comparés à ceux avec un trouble bipolaire ont moins d'interférences liées à des distracteurs émotionnels (49) (35). Chez les patients avec un SMD, les interactions entre attention et émotions sont encore mal comprises. Néanmoins, cela va dans le sens d'une différence entre les patients

ayant une symptomatologie chronique et ceux présentant des manifestations affectives épisodiques (35) (50).

h) Comorbidités

Les comorbidités fréquemment rencontrées avec la dysrégulation émotionnelle sont : le TDAH, le trouble anxieux, le TOP, le trouble des conduites et le trouble dépressif (51).

D'après BROTMAN et al. (52), le SMD est fréquemment associés avec les troubles dépressifs (13,7 %), les troubles anxieux (14,7 %), les TOP (24,5 %), et les TDAH (26,9 %) (51).

D'après l'étude de LEIBENLUFT et al. (53) en 2006, en population clinique, les comorbidités retrouvées sont: les troubles anxieux (46,9 %), les TOP (84,4%) et le TDAH (93,8%). En population générale, il est associé à 13,4 % de troubles dépressifs, 14,7 % de troubles anxieux, 24,5 % de TOP, 25,9 % de troubles des conduites et 26,9 % de TDAH (51) (53).

i) Thérapeutiques

Il n'y a pas de consensus sur le traitement des patients présentant un TDDE. Les principaux symptômes du TDDE (tels que l'irritabilité chronique sévère et la crise de colère) sont les cibles des traitements (32). Le TDDE présente fréquemment des comorbidités, il a été suggéré que les interventions thérapeutiques devraient se concentrer principalement sur le traitement des troubles associés (45).

Une revue sur les traitements par TOURIAN et al. (38), a montré que les thérapeutiques pharmacologiques des symptômes d'irritabilité chronique et d'agressivité chez les personnes atteintes de TDDE comprennent :

- des antidépresseurs (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine : ISRS et Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Noradrénaline : ISRNA)
- des psychostimulants (Méthylphénidate)
- des antipsychotiques atypiques (Aripiprazole, Risperidone, Quétiapine) et typique (Halopéridol)
- des thymorégulateurs (Sels de lithium, Valproate, Lamotrigine, Carbamazépine)
- et d'autres médicaments (α -2 agoniste, β -bloquant, etc.).

- ISRS/ISRNA

Les ISRS et les ISRNA peuvent être utilisés pour traiter l'irritabilité et la colère chroniques et persistantes chez les enfants et adolescents (38).

L'Atomoxétine est un ISRNA pour le traitement du TDAH chez les enfants et les adolescents, il est utilisé aux États-Unis et au Canada (38). L'étude de 4 essais randomisés contrôlés de PAPPADOPULOS et al. (54) indique que l'Atomoxétine ne pourrait pas être le traitement de choix chez les jeunes TDAH avec agressivité car il a un effet assez faible (0,18). Par ailleurs, une étude de 6 cas avec un TDDE sans TDAH, de BENAROUS et al. (55), a retrouvé une amélioration clinique sous traitement par Atomoxétine. Le résultat le plus frappant de cette étude est que l'Atomoxétine pourrait également cibler efficacement l'irritabilité chez les jeunes sans TDAH (55). Les six patients présentaient au moins un trouble anxieux comorbide pouvant expliquer en partie l'efficacité de l'Atomoxétine contre l'irritabilité, en réduisant les manifestations anxieuses (55). Des études d'efficacité et de tolérance bien conçues sur le TDDE sont nécessaires chez les enfants et les adolescents pour confirmer ou rejeter ces observations (55).

Quant à l'utilisation d'autres antidépresseurs sur le comportement agressif, le Bupropion, la Fluoxétine et la Désipramine (non utilisée en France) ont un effet significatif sur l'amélioration globale de l'agressivité et des symptômes du TDAH (38).

- Psychostimulants

Concernant les psychostimulants, le Méthylphénidate est le traitement le plus utilisé fréquemment dans le TDAH avec ou sans comorbidités : TOP et trouble des conduites. Les psychostimulants sont un des traitements les plus efficaces pour réduire l'agressivité chez les patients TDAH. Ils diminuent l'agressivité de manière significative avec une taille d'effet de 0,78 (38) (56).

Le TDDE a très souvent une comorbidité avec le TDAH, c'est ainsi que l'utilisation des psychostimulants a questionné chez les jeunes TDAH avec ou sans SMD. Dans l'étude de WAXMONSKY et al. (57), le Méthylphénidate a été jugé supérieur au placebo, avec un groupe de traitement actif par rapport au placebo, amélioré aussi bien sur l'agressivité que sur l'irritabilité. Une amélioration significative a été retrouvée avec une diminution du TDAH, des symptômes thymiques et du trouble oppositionnel avec provocation (38) (57) (58).

- Antipsychotiques

Pour l'irritabilité et l'agressivité, les antipsychotiques atypiques sont des traitements qui peuvent s'avérer efficaces avec notamment l'Aripiprazole et la Risperidone (59) (60) (61).

L'Aripiprazole est un antipsychotique atypique avec un récepteur D2 de haute affinité pour un effet agoniste partiel à faible dose. Le mécanisme d'action unique de ce médicament nous incite à faire l'hypothèse de l'existence d'une possible relation dose-effet de l'Aripiprazole dans le TDDE. Dans un cas présenté par AVERNA et al. (62), une monothérapie à faible dose d'Aripiprazole s'est avérée efficace pour réduire l'irritabilité et les comportements agressifs. COHEN et al. (59) ont identifié deux études de l'effet de l'Aripiprazole et ont retrouvé une plus grande réduction de l'irritabilité avec l'Aripiprazole par rapport au placebo chez ces sujets (OR = 6). Pour le traitement de l'irritabilité associée (avec humeurs changeantes rapidement, agressivité, crises de colère, comportement d'automutilation) à un trouble autistique, la Risperidone et l'Aripiprazole ont été approuvés pour la Food Drug Administration (FDA) (38).

Neuf études ont montré des réductions plus importantes de l'agressivité avec la Risperidone par rapport au placebo chez les sujets avec un TDAH, un Trouble du Spectre Autistique (TSA) et déficience intellectuelle (DI) avec un effet élevé de la rispéridone (0,9) (38). Deux autres études ont montré que la Risperidone était un traitement efficace des troubles du comportement perturbateurs et du TDAH chez les enfants et les adolescents avec une DI et des symptômes de « TDAH-like » (63) (64) (38).

Dans l'étude de 19 patients, de CONNOR et al. (65), la quétiapine a été efficace pour réduire l'agressivité manifeste chez les adolescents avec un trouble des conduites. Dix patients étaient sous placebo et neuf patients sous Quétiapine, huit des neuf patients sous Quétiapine avaient également un TOP et un TDAH (38).

Concernant les antipsychotiques typiques : Deux études sur des jeunes ayant un TSA (ANDERSON et al. (67)) et des troubles des conduites (CAMPBELL et al. (66)) démontrent que l'Halopéridol est supérieur au placebo dans la diminution de l'agressivité. Un essai contrôlé randomisé retrouvait que la Thioridazine était supérieure au placebo sur le comportement agressif chez les patients avec une DI. (68) (38).

- Association Méthylphénidate/ Antipsychotique

Si l'amélioration clinique n'est pas atteinte sur le plan de l'agressivité avec le Méthylphénidate seul, la Risperidone pourrait être adjointe (38). La justification de l'utilisation d'antipsychotiques atypiques dans le SMD ou le TDDE découle de la réponse clinique observée chez les enfants atteints de TSA avec des symptômes d'irritabilité et des accès de colère (38) (60). Les résultats dans le travail de PAN et al. (69), montre que le traitement combinant l'Aripiprazole à faible dose et le Méthylphénidate était associé aux améliorations significatives dans les deux symptômes cliniques et fonction cognitive chez les patients atteints de DMDD et TDAH. Ils indiquent également que l'association Aripiprazole/Méthylphénidate peut être un traitement efficace non seulement pour l'irritabilité mais aussi pour les symptômes dépressifs et anxieux (69).

- Thymorégulateurs

Concernant le Lithium, 4 essais contrôlés randomisés sur 5, ont conclu que le Lithium diminuait de manière importante l'agressivité par rapport au placebo (38) (70) (71) (72) (73) (66). Ces patients, enfants et adolescents, présentaient des troubles des conduites (38) (70) (71) (72) (73) (66). Parmi ces essais, l'étude de CARLSON et al. (72), retrouvait 9 des 11 patients inclus avec un trouble des conduites et/ou un TDAH. L'étude de RIFKIN et al. (73), ne retrouvait pas de différence avec le placebo mais la courte durée de l'étude (deux semaines) pourrait expliquer ce résultat. En revanche, une étude de DICKSTEIN et al. (74), montre que le traitement par sels de lithium, chez des enfants en pré-puberté hospitalisés, souffrant de SMD, n'est pas plus efficace qu'un placebo (35) (38).

Concernant les anticonvulsivants : ils comprennent la Carbamazépine, Lamotrigine, et le Valproate de sodium (38). L'étude de CUEVA et al. (75), a constaté que la Carbamazépine n'était pas supérieure au placebo pour réduire l'agressivité et le caractère explosif, le quotient intellectuel variait de 59 à 111 (38). En revanche, l'étude de MANDOKI et al. (76), montre que la Carbamazépine diminue les accès de colère chez les enfants et les adolescents, 3 cas, âgés de 9 à 16 ans, sont présentés avec des profils différents neurologiques (épilepsie partielle, autre type d'épilepsie, syndrome cérébral organique) (38) (76).

L'étude de BELSITO et al. (77), sur des patients avec un TSA traités par Lamotrigine, n'a pas démontré qu'elle était efficace pour diminuer les troubles associés à un TSA (38). La Lamotrigine diminue l'agressivité chez les sujets présentant un trouble de la personnalité

limite à l'âge adulte. (38) (78) (79). D'après DONOVAN et al. (80), le Valproate de sodium est un traitement pour l'agressivité chez les enfants et les adolescents atteints de trouble des conduites associé à un tempérament explosif chronique et labilité de l'humeur (38).

- Autres molécules

Agoniste alpha-2 : Dans la méta-analyse de CONNOR et al. (81), il est retrouvé un effet modéré avec l'utilisation de la Clonidine sur les symptômes du TDAH, elle peut également aider à diminuer l'agression impulsive (38). Dans l'étude de JASELSKIS et al. (82), la Clonidine a permis une diminution de l'hyperactivité, de l'impulsivité et de l'irritabilité chez des patients présentant un TSA. D'après l'étude de SCAHILL et al. (83), la Guanfacine diminue le comportement agressif chez les patients TDAH par rapport au placebo (38). La méta-analyse de sept essais randomisés et contrôlés, de RUGGIERO et al. (84), révèle que la Guanfacine est efficace et sûre chez les enfants et adolescents présentant un TDAH.

Bêta-bloquants : De nombreuses études anciennes montrent que l'utilisation de bêta-bloquants peut entraîner une diminution de l'agressivité (85) (86) (87) (38).

Naltrexone : L'étude d'un cas, de PARMAR et al. (88), soutient que la Naltrexone (un antagoniste compétitif des opioïdes) peut être une alternative pour traiter les crises associées au TDDE mais il existe peu de preuves disponibles, ce qui nécessite une recherche plus approfondie.

- Thérapies

Des thérapies psychologiques et thérapies de rééducation peuvent également être incluses dans le traitement du TDDE (38). L'intervention des parents (basée sur la technique de WESBETER-STRATTON) peut aider les enfants souffrant d'irritabilité émotionnelle; cependant, son effet réel et sa capacité à être utilisée pour traiter spécifiquement le TDDE doivent encore être validés (89) (90).

Chez les patients atteints de TDDE, les thérapies comportementales sont efficaces notamment pour améliorer leur fonctionnement cognitif. (32).

L'étude de WAXMONSKY et al. (57) concerne un essai randomisé sur les thérapies intégratives de groupe avec plusieurs séances de travail sur la reconnaissance des émotions chez soi et autrui, les liens entre la cognition et les émotions, sur la gestion de la frustration

avec l'aide de développement d'outils sur des techniques comportementales. Ce qu'on retrouve, c'est que le traitement psychosocial intégratif chez les patients SMD a permis une régression de l'irritabilité ainsi qu'une réduction de l'hyperexcitation et d'autres symptômes thymiques (57). Ce qui est soutenu dans cette étude est l'utilisation chez les patients TDAH avec une irritabilité non épisodique des traitements psychosociaux avant un traitement médicamenteux (57).

Il est nécessaire de travailler avec les différents intervenants de l'enfance : parents, enseignants afin de mieux répondre aux besoins de l'enfant et l'adolescent (45).

La revue de KIRCANSKI et al. (89), montre le traitement par la *Parent Management Training* (PMT) qui correspond aux interventions des parents pour travailler sur les troubles du comportement et l'importance de la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), en se concentrant sur la cognition sociale et les problèmes à résoudre. Les auteurs ont développé une TCC avec des thérapies d'expositions sur l'anxiété et des PMT pour travailler sur l'irritabilité sévère (89). L'essai pilote semble prometteur sur la faisabilité (89). Les analyses se feront à partir des données des cliniciens, des parents, des enfants, de l'échelle Clinical Global Impression – Improvement (CGI-I) permettant une mesure de l'amélioration clinique, des résultats de l'IRM fonctionnelle pré-traitement et post- traitement (91).

j) Evolution

Actuellement, il existe très peu de données sur cette question, le TDDE n'est pas forcément identifié et peut être méconnu par certains professionnels. Les études nous indiquent que le TDDE n'est pas un facteur prédictif de trouble bipolaire à l'âge adulte (51) (53).

L'irritabilité présente dans le TDDE est un facteur spécifique de prédisposition :

- au syndrome dépressif majeur avec un risque 7 fois plus élevé de le développer que la population générale
- à la dysthymie
- aux troubles anxieux généralisés à l'âge adulte (51).

Un haut niveau d'étude ne serait pas atteint chez ces personnes (52) (51).

Ces résultats nous laissent penser que le TDDE serait une forme précoce d'un trouble dépressif (51).

k) Généralités sur l'étude

Il existe peu de données sur les caractéristiques cliniques détaillées et la prévalence du TDDE des patients hospitalisés pour trouble du comportement avec crise clastique. Nous avons décidé de mener une étude rétrospective chez les patients entre 5 et 18 ans qui étaient hospitalisés entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2019 au sein du Centre Hospitalier du Rouvray, se situant en Seine Maritime, sur l'Unité Régionale d'Hospitalisation des Enfants et des Adolescents (URHEA). Nous nous sommes intéressés aux enfants et adolescents hospitalisés pour trouble du comportement avec crise clastique. Pour ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés à l'irritabilité chronique non épisodique et les crises clastiques chez les patients inclus.

Nous avons créé un outil de recueil d'informations et de données pour étudier les patients inclus au moyen d'un questionnaire informatisé avec un recueil systématique des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, etc.), scolaires, des prises en charge (PEC) extérieures, des antécédents (antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, nombre d'hospitalisation), neurodéveloppementales, de l'hospitalisation, diagnostiques, thérapeutiques (antécédent de traitement, traitement actuel, etc.) et cliniques (irritabilité chronique, etc.).

l) Objectifs de l'étude

Les objectifs principaux de cette étude sont d'évaluer la prévalence du TDDE dans cette population hospitalière et la stabilité diagnostique du TDDE auprès de trois examinateurs dont deux seniors spécialisés dans la prise en charge du TDDE.

L'objectif secondaire est de comparer le groupe « crise clastique avec TDDE » et le groupe « crise clastique sans TDDE » en étudiant leurs différentes caractéristiques.

Dans un premier temps, nous allons revenir sur le matériel et la méthode de cette étude. Dans un second temps, nous étudierons les résultats de l'étude. Enfin, nous terminerons par une discussion sur nos résultats par rapport aux données existantes dans un troisième temps.

II- Matériel et méthode

a) Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à partir des enfants et adolescents hospitalisés pour trouble du comportement avec crise clastique, entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2019, sur l'Unité Régionale d'Hospitalisation des Enfants et des Adolescents (URHEA) se situant au Centre hospitalier du Rouvray en Seine Maritime. Il s'agit d'une unité de secteur fermée de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Les données anonymisées des patients ont été collectées à partir des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) en reprenant les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, la sévérité de la symptomatologie, le développement, les comorbidités associées, les compétences scolaires et les facteurs psychosociaux qui seront détaillés plus bas. Ensuite, nous avons informatisé ces informations grâce à un questionnaire réalisé sur le logiciel Sphinx®.

Dans une second partie, trois examinateurs vont se succéder afin d'évaluer le diagnostic de TDDE avec le schéma suivant, en utilisant un système entonnoir.

L'identification des patients avec un TDDE va se faire en trois étapes :

- Etape 1 : TDDE possible

Le premier évaluateur repère l'irritabilité chronique non épisodique et émet l'hypothèse d'un possible TDDE. Cette étape a été effectuée par la rédactrice de cette thèse : Jessica ZAMMIT, interne en pédopsychiatrie.

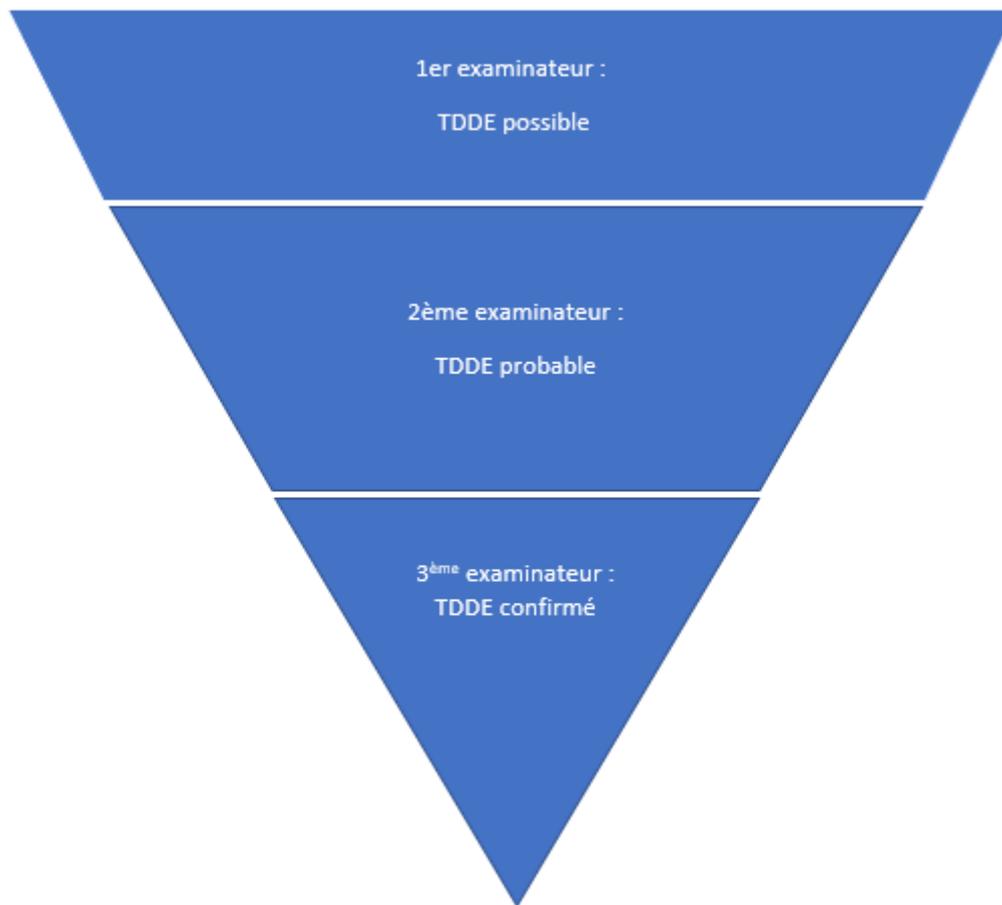
- Etape 2 : TDDE probable

Le second examinateur reprend les dossiers avec les questionnaires, et émet la probabilité d'un TDDE. Cette deuxième étape a été réalisée par le Dr Vladimir FERRAFIAT, médecin pédopsychiatre, responsable de l'URHEA.

- Etape 3 : TDDE confirmé

Le dernier examinateur confirme ou infirme la présence de TDDE chez les dossiers TDDE probables. Cette dernière étape a été exécutée par le Dr Xavier BENAROUS, médecin pédopsychiatre, ayant fait de nombreuses recherches et expert sur le TDDE.

Figure 1 : Schéma de l'étude en entonnoir



b) Population de l'étude

Les patients inclus dans cette étude devaient être âgés de 5 à 18 ans au moment de leur hospitalisation sur l'URHEA et avoir un motif d'entrée pour trouble du comportement avec crise clastique.

c) Mode de recueil des données

Les données ont été collectées à l'aide des CRH des enfants et adolescents hospitalisés durant la période choisie. Le questionnaire a été rempli en version papier puis a été informatisé afin de pouvoir analyser les données dans un second temps.

d) Différentes données recueillies

Le questionnaire se trouve en annexe 3, page 121, avec toutes les données à compléter (Annexe 3 : Questionnaire pour le recueil des données de l'étude).

L'ensemble des données suivantes a été recherché et collecté pour chaque patient.

- **Caractéristiques socio-démographiques**

- le sexe : féminin/ masculin
- l'âge
- le mode d'hébergement : domicile, domicile maternel, paternel, tiers familial, famille d'accueil, foyer, Service d'Accueil Familial Thérapeutique (SAFT), internat, alternance internat/ domicile, alternance domicile/ Institut Médico-Educatif (IME) et alternance domicile/ Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP)
- la situation parentale: ensemble, séparés, père décédé, mère décédée, pas de contact avec le père, pas de contact avec la mère, père incarcéré, mère incarcérée, père à l'étranger, mère à l'étranger, adopté, pupille de l'Etat
- Fratrie
- Travail des parents
- Aides/Mesures éducatives/placement : placement administratif, placement judiciaire, Action Educative à Domicile (AED) en cours, en attente, refusée, renforcée, Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) en attente, refusée, terminée, Service de Maintien à Domicile (SMD) en attente, refusé, Mesure d'Accompagnement (MAPA) en attente, refusée, Technicien d'Intervention Sociale et Familiale (TISF), prise en charge par éducateur ASE ou non .
- Milieu pénitentiaire : si problème avec justice

- **Caractéristiques scolaires**

- Le niveau scolaire
- Type de scolarité : classique, Etablissement Régional d'Enseignement Adapté (EREA), Institut d'Education Motrice (IEM), IME, ITEP, Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA), Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), déscolarisation
- Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) : temps plein, temps partiel
- Redoublement ou non

- **Caractéristiques des PEC extérieures**
 - Suivi en cours : CMP, CMPP, HDJ, psychologique, IDE, ergothérapeutique, en psychomotricité, orthophonique
 - Établissement médico-sociaux : IEM, Institut médico-professionnel (IMpro), IME, ITEP, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), en attente.

- **Caractéristiques anamnestiques**
 - Début des troubles
 - Durée des troubles
 - Présence d'événement de vie stressant et si oui, lequel.
 - Retentissement dans le domaine de la vie de l'enfant

- **Caractéristiques des antécédents (ATCD)**
 - ATCD d'hospitalisation
 - Nombre d'hospitalisation
 - ATCD Médico-chirurgicaux
 - ATCD psychiatriques personnels
 - ATCD de Tentative d'Autolyse (TA)
 - ATCD de scarification
 - ATCD psychiatriques familiaux
 - ATCD psychiatriques familiaux au premier degré : Episode Dépressif Caractérisé (EDC), TA, décès par suicide
 - Accouchement à terme ou non

- **Caractéristiques développementales**
 - L'âge d'acquisition de la marche
 - L'âge d'acquisition des premiers mots
 - L'âge d'acquisition des premières phrases
 - L'âge d'acquisition de la propreté diurne
 - L'âge d'acquisition de la propreté nocturne
 - retard des acquisitions

- **Caractéristiques de l'hospitalisation**

- Durée d'hospitalisation
- Nécessité d'entrave physique et/ou chimique
- Examens paracliniques

- **Caractéristiques thérapeutiques**

- Traitements antérieurs et posologie (ISRS, ISRNA, autres traitements antidépresseurs, traitements anxiolytiques ou sédatifs, thymorégulateurs, antipsychotiques, psychostimulants et autres molécules)
- Traitements à la sortie d'hospitalisation et posologie (ISRS,ISRNA, traitements anxiolytiques ou sédatifs, thymorégulateurs, antipsychotiques, psychostimulants et autres molécules)

- **Caractéristiques diagnostiques**

- Diagnostic de sortie
- TDDE
- Comorbidités

- **Caractéristiques cliniques**

- Caractéristiques des crises clastiques :
 - Crise clastique
 - Fréquence des crises clastiques
- Caractéristiques de l'agressivité :
 - Hétéro-agressivité
 - Auto-agressivité

➤ Caractéristiques de la gestion des émotions et de la mentalisation :

D'après la définition retrouvée dans le travail de Roy (92), la mentalisation est « la capacité de percevoir et d'interpréter un comportement comme étant lié à des états mentaux ».

- Irritabilité chronique
- Intolérance à la frustration
- Impulsivité
- Difficultés de mentalisation
- Difficultés de gestion des émotions
- Labilité émotionnelle

➤ Caractéristiques de la symptomatologie psychiatrique ou pathologie psychiatrique (si diagnostic possible) :

- Éléments dépressifs
- Troubles anxieux
- Troubles des conduites
- TCA
- TOP
- TDAH
- TSA
- Symptômes psychotiques
- Hypomanie/manie
- Agitation psychomotrice

➤ Caractéristiques psychosociales :

- Harcèlement scolaire
- Refus scolaire/ phobie scolaire
- Isolement social
- Théorie de l'esprit/ Empathie

➤ Caractéristiques neurodéveloppementales

- Troubles des apprentissages
- Trouble de l'attachement

➤ Prise de toxique

- **TDDE**

- Possible
- Probable
- Confirmé

e) Analyse statistique

Les données ont été analysées grâce au logiciel Sphinx®, ce qui a permis de réaliser des tableaux à plats des résultats et des tableaux croisés des données.

Une biostatisticienne du CHU de Rouen nous a aidé à analyser les tests statistiques en fonction de la nature des données.

La comparaison des variables qualitatives entre les deux groupes (groupe avec TDDE vs. groupe sans TDDE) a été réalisée grâce au test du Chi² ou au test exact de Fisher selon les effectifs théoriques.

La comparaison des variables quantitatives entre les deux groupes (groupe avec TDDE vs. groupe sans TDDE) a été réalisée grâce au test de Mann-Whitney.

Une différence a été considérée comme statistiquement significative si le degré de signification (p) était inférieur à 5 % (risque $\alpha = 5 \%$).

f) Mention légale et éthique

Les données sur l'identité ont été anonymisées.

La recherche ne rentre pas dans le champ d'application de la Loi Jardé.

III-Résultats

Au total, 173 patients ont été hospitalisés lors de la période étudiée pour cette thèse (01/01/2017-31/12/2019). Parmi ces patients, 89 étaient hospitalisés pour trouble du comportement avec crise clastique. Dix neuf patients avaient un diagnostic de TDDE et soixante- dix patients sans diagnostic de TDDE (Cf Flowchart de l'étude page 56).

Répartition par sexe :

Dans cette étude, 66 garçons (74,2%) et 23 filles (25,8%) ont été inclus.

Ces résultats sont regroupés dans le tableau 1 ci-dessous (Tableau 1 : le nombre de patients féminins et masculins de l'étude).

Tableau 1 : le nombre de patients féminins et masculins de l'étude

Sexe	Patients
Féminin	25,8% (23)
Masculin	74,2% (66)
Total	100% (89)

Répartition par âge :

Ils étaient âgés entre 5 et 15 ans. Les âges les plus fréquents se trouvaient de 9 et 11 ans. Cette répartition est inscrite dans le tableau 2 ci-dessous (Tableau 2 : répartition de l'âge des patients de l'étude).

Tableau 2 : Répartition de l'âge des patients de l'étude.

Age (en années)	Patients
5	1,1% (1)
6	3,4% (3)
7	5,6 % (5)
8	7,9% (7)
9	15,7% (14)
10	15,7% (14)
11	15,7% (14)
12	7,9% (7)
13	12,4% (11)
14	9,0% (8)
15	5,6 % (5)
Total	100% (89)

1. Objectifs principaux

a) Prévalence du TDDE

La prévalence du diagnostic de TDDE au sein de notre population des enfants et adolescents hospitalisés à l'URHEA pour crise clastique est de 21,3 % (cf. Tableau 3 : patients avec un TDDE et sans TDDE de l'étude). Au sein de la population totale (173 patients), cela représente 11 %.

Tableau 3 : Patients avec un TDDE et sans TDDE de l'étude

	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Patients	21,30% (19)	78,70% (70)	100% (89)

b) Stabilité du diagnostic du TDDE

Pour rechercher une stabilité diagnostic du TDDE, trois examinateurs se sont succédés.

L'examineur N°1 a émis l'hypothèse que 19 patients avaient un possible diagnostic de TDDE (cf. page suivante le tableau 4 : Patients avec un possible TDDE et sans TDDE de l'étude). Dans un second temps, l'examineur N°2 a également émis l'hypothèse que ces mêmes 19 patients présentaient un probable diagnostic de TDDE (cf. page suivante le Tableau 5 : patients avec un probable TDDE et sans TDDE de l'étude). Enfin l'examineur N°3 qui a étudié ces 19 CRH anonymisés avec leurs questionnaires a pu confirmer le diagnostic de TDDE chez ces 19 même patients (cf. page suivante le Tableau 6 : patients avec un TDDE confirmé et sans TDDE de l'étude).

Au total, le diagnostic de TDDE était stable chez ces dix-neuf patients passant d'un possible à un TDDE confirmé (cf. Flowchart de l'étude page 56).

Tableau 4 : Patients avec un possible TDDE et sans TDDE de l'étude

Possible TDDE ? (Examineur N°1)	Avec TDDE
Oui	100% (19)
Non	0,0% (0)
Total	100% (19)

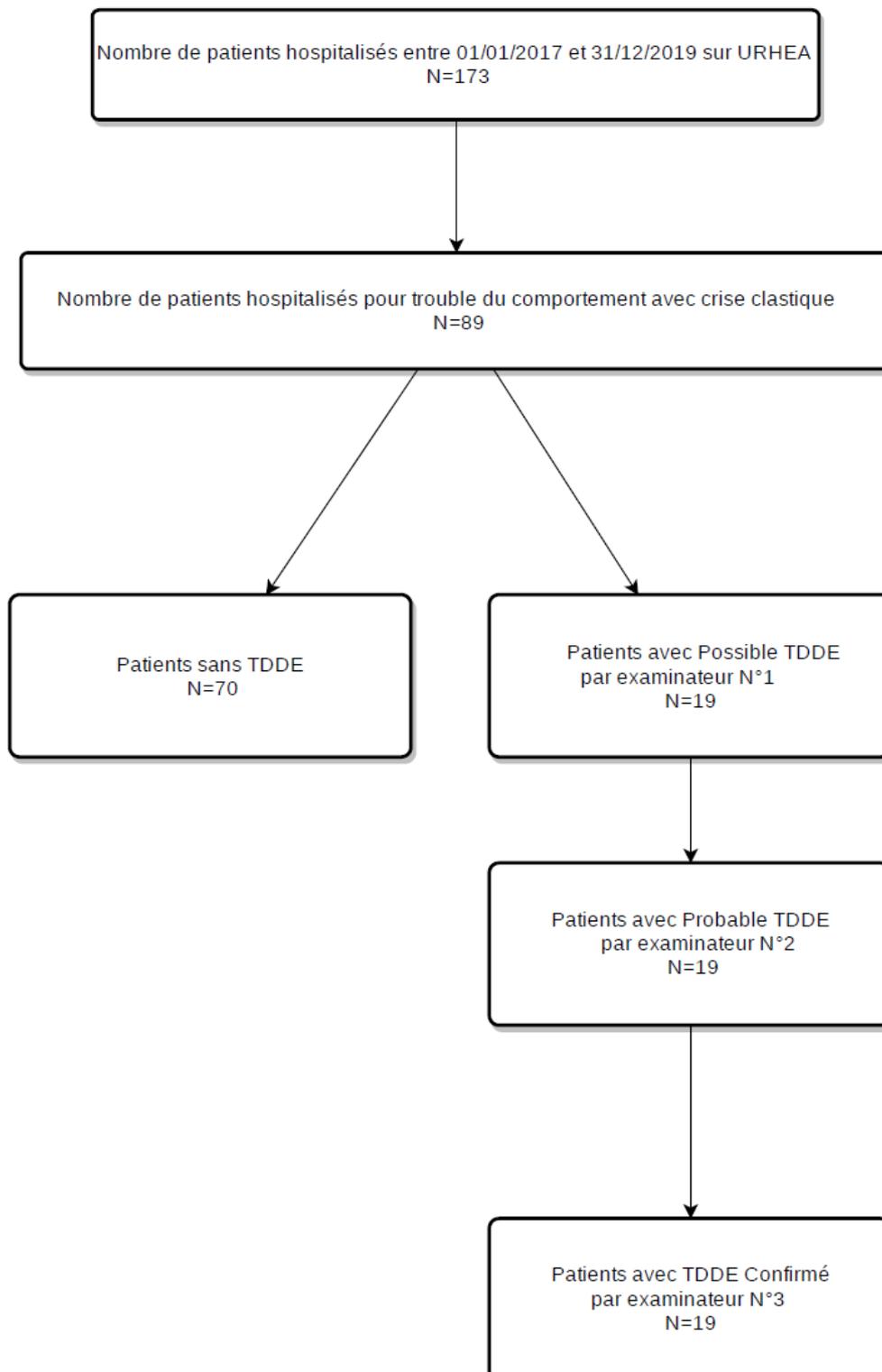
Tableau 5 : Patients avec un probable TDDE et sans TDDE de l'étude

Probable TDDE ? (Examineur N°2)	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Oui	100% (19)	0,0% (0)	21,3% (19)
Non	0,0% (0)	100% (70)	78,7% (70)
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)

Tableau 6 : Patients avec un TDDE confirmé et sans TDDE de l'étude

TDDE confirmé ? (Examineur N°3)	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Oui	100% (19)	0,0% (0)	21,3% (19)
Non	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
Total	100% (19)	0,0% (0)	100% (19)

Figure 2 : Flowchart de l'étude



2. Objectif secondaire

Comparaison des deux groupes avec TDDE et sans TDDE :

a) Caractéristiques sociodémographiques

- Répartition âge

Dans le graphique 1 (Graphique 1 : Nombre de patients avec TDDE et sans TDDE en fonction de l'âge), nous retrouvons la répartition des patients avec TDDE et sans TDDE en fonction de l'âge. Les patients avec un TDDE étaient âgés de 8 à 14 ans et les patients sans TDDE de 5 à 15 ans.

Dans le groupe avec TDDE, 15,8 % (n = 3) étaient âgés de 8 ans, de même que pour les 9 ans (n = 3), 21,1 % (n = 4) avaient 10 ans, 21,1% (n = 4) avaient 11 ans, 10,5% (n = 2) avaient 13 ans, 10,5% (n = 2) avaient 14 ans et 5,3% (n = 1) avaient 12 ans. Parmi les patients avec un TDDE, 13 ont eu un diagnostic rétrospectif car ils étaient âgés entre 10 et 14 ans au moment de l'hospitalisation.

Dans le groupe sans TDDE, 15,7% (n = 11) des patients étaient âgés de 9 ans, 14,3% (n = 10) avaient 10 ans, 14,3% (n = 10) avaient 11 ans, 12,9% (n = 9) avaient 13 ans, 8,6% (n = 6) avaient 12 ans, 8,6% (n = 6) avaient 14 ans, 7,1% (n = 5) avaient 7 ans, 7,1% (n = 5) avaient 15 ans, 5,7% (n = 4) avaient 8 ans, 4,3% (n = 3) avaient 6 ans et 1,4% (n = 1) avaient 5 ans.

Concernant la répartition de l'âge entre les 2 groupes, il n'y a pas de différence statistiquement significative avec un test de Mann Whitney, la valeur p (p-value) du test est 0.8822 (p value > 0,05). La moyenne d'âge pour le groupe TDDE est de 10.58 ans et pour le groupe sans TDDE de 10.67 ans (cf. Tableau 7 : Moyenne d'âge des patients avec TDDE et sans TDDE).

Graphique 1 : Nombre de patients avec TDDE et sans TDDE en fonction de l'âge

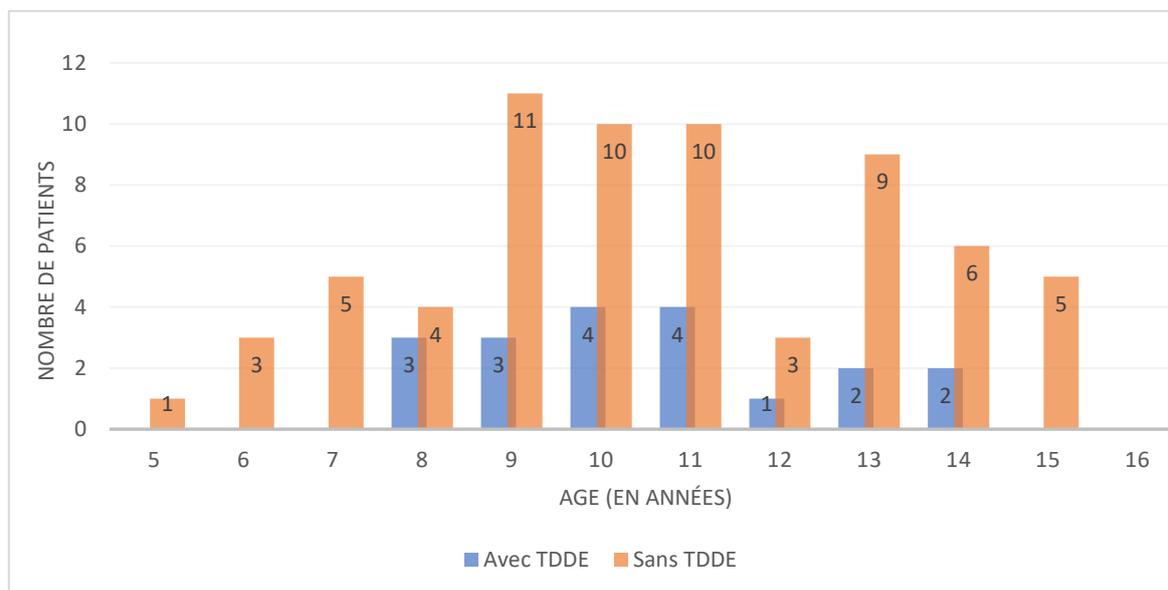


Tableau 7 : Moyenne d'âge des patients avec TDDE ou sans TDDE

Âge	Avec TDDE	Sans TDDE	P value *
	(n = 19)	(n = 70)	0.8822
Moyenne [Ecart-type]	10,58 [écart-type]	10,67 [écart-type]	
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	

*test de Mann Whitney

- **Réparation par sexe**

Concernant la répartition par sexe, dans les groupes avec TDDE et sans TDDE, il y avait une majorité de garçons respectivement 78,9 % (n = 51) et 72,9 % (n = 15) soit 74,2 % (n = 66) des patients hospitalisés pour crise clastique. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les 2 groupes car p-value=0,7701 est supérieure à 0,05 (cf. le Tableau 8: Tableau croisé du sexe avec les patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 8 : Tableau croisé du sexe avec les patients avec TDDE ou sans TDDE

Sexe	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Féminin	21.1% (4)	27.1% (19)	25.8% (23)	0,7701
Masculin	78.9% (15)	72.9% (51)	74.2% (66)	
Total	100% (19)	100 % (70)	100 % (89)	

* test exact de Fisher

- **Type d'hébergement**

Concernant l'hébergement, la majorité des enfants vivaient à leur domicile et le plus souvent chez leur mère.

Dans le tableau 9 regroupant les différents types d'hébergement, nous retrouvons que 68,4% (n = 13) des patients du groupe avec TDDE étaient hébergés au domicile (incluant chez les deux parents, chez la mère et chez le père) et 36,8% (n = 7) au domicile maternel contre respectivement dans le groupe sans TDDE 62,9 % (n = 44) et 32,9 % (n = 23). Dans le groupe avec TDDE, 5,3% (n = 1) avaient un hébergement en dehors du domicile parental mais chez un tiers de la famille. Dans le groupe avec TDDE, 5,3% (n = 1) et 4,3% (n = 3) dans le groupe sans TDDE, vivaient dans un hébergement SAFT. Dans le groupe avec TDDE, 10,5% (n = 2) vivaient en famille d'accueil contre 12,9% (n = 9) dans le groupe sans TDDE. Dans le groupe avec TDDE, 10,5% (n = 2) vivaient en foyer contre 8,6% (n = 13) des patients du groupe sans TDDE. Dans le groupe sans TDDE, 1,4% (n = 1) étaient en alternance entre internat et domicile, 1,4% (n = 1) en alternance domicile et ITEP et 4,3% (n = 3) en alternance domicile et IME.

Tableau 9 : Tableau croisé du type d'hébergement en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Type d'hébergement	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Domicile	68,4%(13)	62,9% (44)	64,0% (57)
Domicile maternel	36,8% (7)	32,9%(23)	33,7% (30)
Domicile paternel	15,8% (3)	12,9% (9)	13,5%(12)
Domicile hors parents	5,3% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
Famille d'accueil	10,5% (2)	12,9% (9)	12,4% (11)
Foyer	10,5% (2)	18,6% (13)	16,9% (15)
SAFT	5,3% (1)	4,3% (3)	4,5% (4)
Alternance internat/domicile	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Alternance domicile/IME	0,0% (0)	4,3% (3)	3,4% (3)
Alternance domicile/ITEP	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Total	100% (29)	100% (106)	100% (135)

- **Situation familiale**

Sur le plan de la situation familiale au moment de l'hospitalisation, une majorité de parents étaient séparés avec 68,4% (n = 13) dans le groupe TDDE et 57,1% (n = 40) dans le groupe sans TDDE.

Dans le groupe sans TDDE, leur père était décédé pour 2,9% (n = 2) et leur mère était décédée pour 1,4% (n = 1).

L'étude retrouve que 31,6% (n = 6) des patients du groupe avec TDDE et 20,0% (n = 14) des patients du groupe sans TDDE n'avaient pas de contact avec leur père et dans le groupe sans TDDE, 10,0% (n = 7) n'avaient pas de contact avec leur mère. Pour 10,5% (n = 2) du groupe avec TDDE et 2,9% (n = 2) du groupe sans TDDE, le père était incarcéré.

Pour d'autres patients, l'un des parents se trouvait à l'étranger : pour 5,3% (n = 1) dans le groupe avec TDDE et 1,4% (n = 1) dans le groupe sans TDDE.

A noter que dans le groupe sans TDDE, 5,7% (n = 4) des patients du groupe sans TDDE avaient été adoptés (cf. Tableau 10 : Tableau croisé de la situation familiale en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 10 : Tableau croisé de la situation familiale en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Situation familiale	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Parents ensemble	31,6% (6)	31,4% (22)	31,5% (28)
Parents séparés	68,4% (13)	57,1% (40)	59,6% (53)
Père décédé	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
Mère décédée	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Pas de contact avec le père	31,6% (6)	20,0% (14)	22,5% (20)
Pas de contact avec la mère	0,0% (0)	10,0% (7)	7,9% (7)
Père incarcéré	10,5% (2)	2,9% (2)	4,5% (4)
Père à l'étranger	5,3% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
Mère à l'étranger	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Adopté(e)	0,0% (0)	5,7% (4)	4,5% (4)
Total	100% (28)	100% (93)	100% (121)

- **Fratrie**

En regardant plus en détail la situation familiale du côté de la fratrie, nous retrouvons que 36,8% (n = 7) des patients du groupe avec TDDE et 40% (n = 28) du groupe sans TDDE avaient une fratrie seule, 21,1% (n = 4) du groupe avec TDDE et 15,7% (n = 11) du groupe sans TDDE une demi fratrie seule et 36,8% (n = 7) du groupe avec TDDE et 28,6% (n = 20) du groupe sans TDDE avaient à la fois une fratrie et une demi-fratrie.

Concernant la situation sans fratrie, 5,3% (n = 1) du groupe avec TDDE et 15,7% (n = 11) du groupe sans TDDE étaient enfant unique. (cf. Tableau 11 : informations sur la fratrie des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 11 : informations sur la fratrie des patients avec TDDE et sans TDDE.

Type de fratrie	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Fratrie	36,8%(7)	40%(28)	39,3%(35)
Demi-fratrie	21,1% (4)	15,7%(11)	16,9%(15)
Fratrie et Demi-fratrie	36,8%(7)	28,6%(20)	30,3%(27)
Aucune	5,3%(1)	15,7%(11)	13,5%(12)
Total	100%(19)	100%(70)	100%(89)

- **Travail du père et travail de la mère**

Concernant la situation professionnelle des parents, l'information n'était pas disponible pour un nombre important de patients, 48 patients pour l'information concernant le père et 44 patients pour l'information concernant la mère. Cette donnée n'est donc pas interprétable.

- **Mesure ou aide éducative**

Concernant les mesures éducatives ou les aides, 52,6% (n = 10) des patients du groupe avec TDDE et 50% (n = 35) des patients du groupe sans TDDE ont une aide ou mesure éducative. On n'a pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec une p value à 0.8388 avec un test du Chi² (cf. Tableau 12 : Tableau croisé des mesures éducatives/aide en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 12 : Tableau croisé des mesures éducatives/aide en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p value*
Aide/ mesure éducative	52,6% (10) Effectif sous H0 = 9,607	50% (35) Effectif sous H0 = 35,393	50,6% (45)	0.8388
Sans aide	47,4% (9) Effectif sous H0 = 9,393	50% (35) Effectif sous H0 = 34,607	49,4% (44)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test du Chi²

En regardant plus en détail les différents mesures ou aides éducatives regroupées dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 13 : Tableau croisé du type de mesure éducative en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE), nous retrouvons que 26,3 % (n = 5) des patients dans le groupe avec TDDE et 35,7% (n = 25) des patients dans le groupe sans TDDE avaient un placement judiciaire sans précision.

Notre étude retrouve également que respectivement dans le groupe avec TDDE et dans le groupe sans TDDE, 10,5% (n = 2) et 2,9% (n = 2) avaient une AEMO de mise en place, 5,3% (n = 1) et 7,1% (n = 5) avaient une AED, 5,3 % (n = 1) et 1,4% (n = 1) avaient un SMD.

A noter que l'AEMO, la MAPA et l'AED avaient été refusées pour 2,9% (n = 2) des patients dans le groupe sans TDDE, 5,3% (n = 1) des patients dans le groupe TDDE et 1,4% (n = 1) des patients dans le groupe sans TDDE étaient en attente d'une AED renforcée, 5,8 % (n = 4) des patients dans le groupe sans TDDE étaient en attente d'une AED et 1,4% (n = 1) des patients en attente d'une AED renforcée et 1,4% (n = 1) des patients d'une TISF.

Tableau 13 : Tableau croisé du type de mesure éducative en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Aide/ Mesure éducative	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Placement administratif	5,3% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
Placement judiciaire	26,3% (5)	35,7% (25)	33,7% (30)
AED	5,3% (1)	7,1% (5)	6,7% (6)
AEMO	10,5% (2)	2,9% (2)	4,5% (4)
SMD	5,3% (1)	1,4% (1)	2,2% (2)
TISF	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Prise en charge par éducateur ASE	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Non	47,4% (9)	50,0% (35)	49,4% (44)
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)

- **Milieu pénitentiaire**

L'étude retrouve qu'un patient de chaque groupe avait eu des problèmes avec la justice. Pour le patient du groupe TDDE, il s'agissait d'une passage devant le juge pour des faits de violence et pour le patient du groupe sans TDDE, il s'agissait de l'intervention des forces de l'ordre pour des consommation de toxiques au collège.

b) Caractéristiques scolaires

- **Scolarité**

Notre étude retrouve 73,7% (n = 14) des patients scolarisés dans le groupe TDDE et 72,9% (n = 51) des patients scolarisés dans le groupe sans TDDE. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes (p-value = 0,9426). (cf. Tableau 14 : Tableau croisé de la scolarité en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

En regardant plus en détail les types de scolarité, on retrouve qu'elle était majoritairement classique (milieu ordinaire) pour 52,6% (n = 10) dans le groupe TDDE et 50% (n = 35) dans le groupe sans TDDE.

Respectivement dans le groupe avec TDDE et sans TDDE, 5,3% (n = 1) étaient scolarisés en ITEP et 5,7 % (n = 4) étaient en ULIS.

Dans le groupe TDDE, 10,5% (n = 2) des patients étaient scolarisés en EREA et dans le groupe sans TDDE, 8,6% (n = 6) étaient pris en charge en IME.

Concernant la déscolarisation, 26,3% (n = 5) dans le groupe TDDE étaient déscolarisés et 27,1% (n = 19) dans le groupe sans TDDE (cf. Tableau 15 : Tableau croisé du type de scolarité en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 14 : Tableau croisé de la scolarité en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Scolarité	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Scolarisation	73,7% (14) Effectif sous H0= 13,876	72,9% (51) Effectif sous H0= 51,124	73% (65)	0,9426
Déscolarisation	26,3% (5) Effectif sous H0= 5,124	27,1% (19) Effectif sous H0= 18,876	27% (24)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

* Test du Chi²

Tableau 15 : Tableau croisé du type de scolarité avec les patients avec TDDE et sans TDDE

Scolarité	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Classique	52,6% (10)	50,0% (35)	50,6% (45)
EREA	10,5% (2)	0,0% (0)	2,2% (2)
IEM	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
IME	0,0% (0)	8,6% (6)	6,7% (6)
ITEP	5,3% (1)	4,3% (3)	4,5% (4)
SEGPA	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
ULIS	5,3% (1)	5,7% (4)	5,6% (5)
Déscolarisation	26,3% (5)	27,1% (19)	27,0% (24)
Total	100% (19)	100% (19)	100% (89)

- **Redoublement**

Une majorité des patients n'avait pas redoublé dans le groupe avec TDDE et dans le groupe sans TDDE avec respectivement 78,9% (n = 15) et 74,3% (n = 52) des patients. L'information n'était pas disponible pour 7,9% (n = 7) des patients du groupe sans TDDE.

- **AVS**

L'étude retrouve que 42,1% (n = 8) des patients dans le groupe TDDE et 15,7% (n = 11) des patients dans le groupe sans TDDE avaient une AVS.

Tous les patients dans le groupe avec TDDE et 14,3% (n = 10) des patients dans le groupe sans TDDE avaient une AVS à temps partiel et 1,4% (n = 1) des patients dans le groupe sans TDDE avaient une AVS à temps complet.

L'information n'était pas disponible pour 7,1% (n = 5) des patients du groupe sans TDDE.

c) Caractéristiques des PEC extérieures

- **Suivi CMP**

L'étude retrouve que 100% (n = 19) des patients avec un TDDE étaient suivis au CMP ou HDJ et 10,5% (n = 2) patients étaient suivis à la fois dans un CMP et un HDJ.

Seuls 2,9% (n = 2) des patients sans TDDE n'avaient pas de suivi CMP ou HDJ et 20% (n = 14) des patients sans TDDE étaient suivis à la fois au CMP et à l'HDJ.

- **Suivi psychologique**

Concernant le suivi psychologique des patients, 78,9% (n = 15) des patients avec un TDDE contre 47,1% (n = 33) des patients sans TDDE avaient un suivi psychologique.

Avec un test du Chi², nous retrouvons une p-value de 0,0136. L'étude retrouve donc une différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un suivi psychologique plus important pour les patients avec un TDDE. Ces données sont résumées dans le tableau suivant (cf. Tableau 16 : Suivi psychologique des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 16 : Suivi psychologique des patients avec TDDE et sans TDDE

Suivi psychologique	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	78,9% (15) Effectif sous H0 = 10,247	47,1% (33) Effectif sous H0 = 37,753	53,9% (48)	0,0136
Non	21,1% (4) Effectif sous H0 = 8,753	52,9% (37) Effectif sous H0 = 32,247	46,1% (41)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

* Test du Chi²

- **Suivi IDE**

Concernant le suivi IDE, seulement 5,3% (n = 1) des patients sans TDDE et 4,3% (n = 3) des patients sans TDDE en avaient un.

- **PEC ergothérapeute**

Concernant la prise en charge par un ergothérapeute, seulement 1,4 % (n = 1) des patients sans TDDE en avaient une.

- **PEC orthophonique**

Concernant la prise en charge en orthophonie, 21,1% (n = 4) des patients TDDE et 15,7% (n = 11) des patients sans TDDE en avaient une.

- **PEC psychomotricité**

Concernant la prise en charge en psychomotricité, 21,1% (n = 4) des patients TDDE et 14,3% (n = 10) des patients sans TDDE en avaient une.

- **Évaluation psychométrique**

Concernant l'évaluation psychométrique des patients, 42,1% (n = 8) des patients TDDE et 50,0% (n = 35) des patients sans TDDE avaient eu une évaluation psychométrique.

L'information n'était pas disponible pour 4,5% (n = 4) des patients de l'étude.

Pour 36,8 % (n = 7) des patients avec un TDDE et 32,9% (n = 23) des patients sans TDDE, l'évaluation psychométrique était normale. Dans l'étude, nous retrouvons que les patients avec un TDDE ne pouvait présenter qu'une DI légère ce qui correspond aux critères du TDDE et 5,3% (n = 1) des patients avaient une DI légère.

Concernant la DI dans le groupe sans TDDE, 1,4% (n = 1) avaient une évaluation psychométrique sans précision, la DI légère était présente chez 4,3% (n = 3) des patients, la DI modérée chez 8,6% (n = 6) des patients et la DI sévère chez 2,9% (n = 2) des patients.

- **Établissements médico-sociaux**

Dans l'étude, nous retrouvons que 42,1% (n = 8) des patients avec un TDDE et 22,9% (n = 16) des patients sans TDDE sont accueillis dans des établissements médico-sociaux.

Il s'agit d'un accueil en ITEP pour 26,3% (n = 5) des patients avec un TDDE et 12,9% (n = 9) des patients sans TDDE, d'une prise en charge par un SESSAD pour 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE. Ils peuvent bénéficier d'un dispositif double notamment d'un dispositif ITEP/SESSAD pour 5,3% (n = 1) des patients avec un TDDE.

Concernant les patients sans TDDE, 8,6% (n = 6) des patients sont en IME et 1,4% (n = 1) des patients sont en IEM.

Plusieurs patients sont en attente d'une prise en charge en ITEP, 15,8% (n = 3) des patients avec un TDDE et 5,7% (n = 4) des patients sans TDDE, 5,3% (n = 1) des patients avec un TDDE et 8,6% (n = 6) des patients sans TDDE sont en attente d'un IME, 1,4% (n = 1) des patients sans TDDE sont en attente d'un IM Pro et 1,4% (n = 1) des patients sans TDDE sont en attente d'un SESSAD.

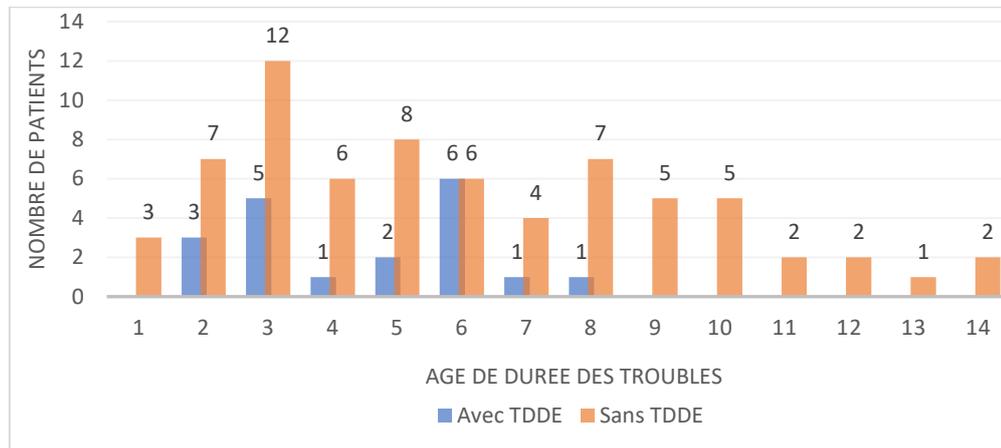
d) Caractéristiques anamnestiques

- Age de début des troubles et durée des troubles

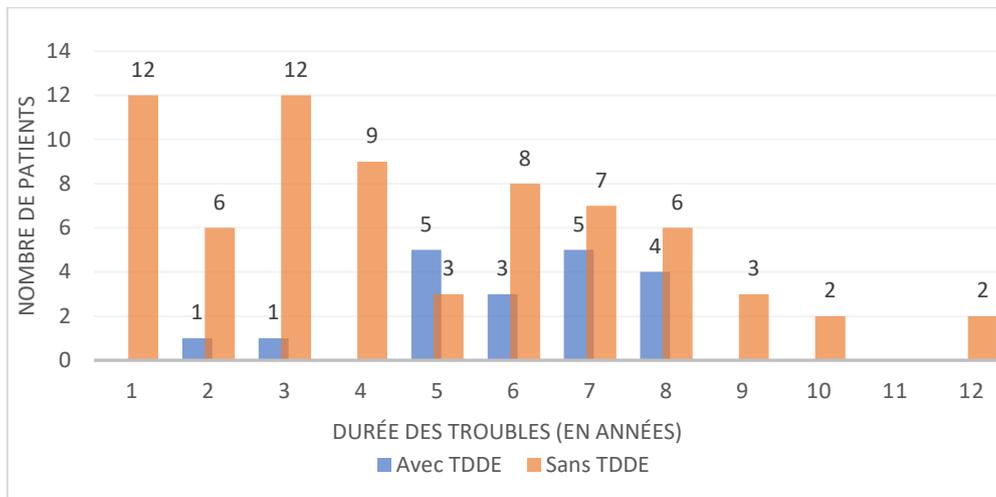
L'étude retrouve que l'âge de début des troubles du groupe avec TDDE varie de 2 à 8 ans et de 1 à 14 ans pour le groupe sans TDDE (cf. Graphique 2: Age de début des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Concernant la durée des troubles, dans le groupe TDDE, la durée des troubles varie de 2 à 8 ans et pour le groupe sans TDDE de 1 à 12 ans (cf. Graphique 3: Durée des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Graphique 2 : Age de début des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE



Graphique 3 : Durée des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE



En regardant plus en détail la moyenne d'âge de début des troubles, nous avons trouvé que la moyenne pour le groupe avec TDDE est de 4,53 ans et pour le groupe sans TDDE de 5,99 ans. Concernant la moyenne de durée des troubles, pour le groupe avec TDDE, elle est de 6,05 années et pour le groupe sans TDDE de 4,67 années.

Nous ne retrouvons pas de différence statistique entre les 2 groupes pour la variable moyenne d'âge du début des troubles avec une p-value à 0,1343 avec un test de Mann-Whitney. En revanche pour la moyenne de durée des troubles nous retrouvons une différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec une p-value à 0,0196 avec un test de Mann-Whitney.

Ces données sont récapitulées dans le tableau suivant (cf. Tableau 17 : Tableau croisé de la moyenne d'âge du début des troubles et de la moyenne de durée des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 17: Tableau croisé de la moyenne d'âge du début des troubles et de la moyenne de durée des troubles en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Âge du début des troubles	Avec TDDE (n = 19)	Sans TDDE (n = 70)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	4.53 [Ecart-type]	5.99 [Ecart-type]	0,1343
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	
Durée des troubles (unité)	Avec TDDE (n = 19)	Sans TDDE (n = 70)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	6,05 [Ecart-type]	4,67 [Ecart-type]	0,0196
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	

* Test de Mann-Whitney

- **Événement de vie stressant**

Concernant la présence ou non d'événement de vie stressant chez nos patients, nous retrouvons que 42,1% des patients avec un TDDE et 51,4% des patients sans TDDE avaient vécu un événement de vie stressant. Ces données n'étaient statistiquement pas significatives avec une p-value à 0,471 avec un test du Chi² (cf. Tableau 18 : Tableau croisé d'événement de vie stressant en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 18 : Tableau croisé d'événement de vie stressant en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Événement de vie stressant	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	42,1% (8) Effectif sous H0=9,393	51,4% (36) Effectif sous H0= 34,607	49,4% (44)	0.471
Non	57,9% (11) Effectif sous H0= 9,607	48,6% (34) Effectif sous H0= 35,593	50,6% (45)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test du Chi²

En s'intéressant plus en détail aux différents événements de vie stressants, la violence physique, la notion d'agression sexuelle et l'exposition à la violence sur autrui sont les plus cités.

Parmi les patients ayant vécu un événement de vie stressant, il y a respectivement pour le groupe avec TDDE et le groupe sans TDDE, 37,5% (n = 3) et 36,1% (n = 13) avaient subi une violence physique, 25% (n = 2) et 36,1% (n = 13) avaient été agressés sexuellement et 25% (n = 2) et 16,67% (n = 6) des patients avaient vécu une exposition à la violence sur autrui.

Nous retrouvons également la violence psychologique, le harcèlement scolaire et la séparation parentale, la carence éducative, la négligence, le deuil pour d'autres patients.

Les patients pouvaient avoir présenté plusieurs événements de vie stressants au cours de leur vie.

Ces données sont répertoriées dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 19 : Tableau du type d'événement de vie stressant en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 19 : Tableau du type d'événement de vie stressant en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Type événement de vie stressant	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Exposition à la violence sur autrui	10,5% (2)	8,6% (6)	9,0% (8)
Violence physique	15,8% (3)	18,6% (13)	18,0% (16)
Agression sexuelle	10,5% (2)	18,6% (13)	16,9% (15)
Violence psychologique	5,3% (1)	1,4% (1)	2,2% (2)
Harcèlement scolaire	5,3% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
Séparation parentale	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
Carence éducative	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
Négligence	0,0% (0)	4,3% (3)	3,4% (3)
Deuil	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
Autre	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Information non disponible	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
Total	100% (9)	100% (45)	100% (54)

- **Age lors du traumatisme**

L'information n'était pas disponible pour tous les patients ayant connu un événement de vie stressant, nous n'avons donc pas réalisé de test statistique.

Avec les données que vous avons recueillies, pour le groupe avec TDDE, l'âge moyen était de 5,33 ans et pour le groupe sans TDDE de 6,80 ans.

- **Retentissement dans les domaines de vie :**

Concernant le retentissement dans les domaines de vie de l'enfant, pour les patients TDDE, le domicile et le scolaire sont retrouvés à chaque fois et la relation avec ses pairs chez 31,6% (n = 6) des patients.

Pour le groupe sans TDDE, le domicile est retrouvé chez 98,6% (n = 69) des patients et le plan scolaire chez 90,0% (n = 63) des patients et la relation avec ses pairs chez 48,6% (n = 34) des patients.

De plus, un autre domaine de la vie pouvait être touché pour le groupe sans TDDE chez 2,9% (n = 2) des patients.

e) Caractéristiques des ATCD

- **ATCD Médico-chirurgical et Obstétrique (MCO)**

Concernant les ATCD MCO, 16 patients n'avaient pas d'ATCD connu. Les pathologies ORL (otites) et chirurgie ORL (amygdalectomie, adénoïdectomie, pose Aérateur-Trans Tympanique), le terrain atopique, les allergies et l'asthme sont les ATCD MCO les plus cités.

- **Accouchement à terme**

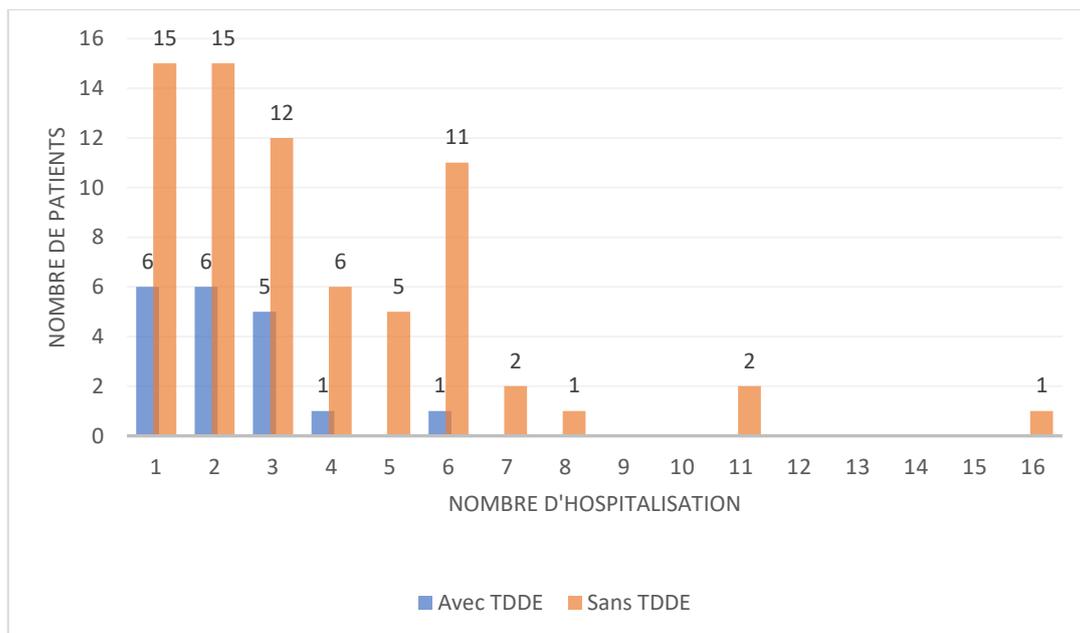
L'étude retrouve que 68,4% (n = 13) des patients dans le groupe avec TDDE et 71,4% (n = 50) des patients dans le groupe sans TDDE sont nés à terme.

L'information était manquante pour 21, 3% (n = 19) des patients de l'étude, nous n'avons donc pas réalisé de test statistique pour cette donnée.

- **Nombre d'hospitalisation sur le plan pédopsychiatrique**

Concernant les hospitalisations en pédopsychiatrie, les patients du groupe avec un TDDE ont été hospitalisés 1 à 6 fois auparavant et les patients sans TDDE de 1 à 16 fois. (cf. Graphique 4 : Nombre d'hospitalisation en fonction des patients avec un TDDE et sans TDDE).

Graphique 4 : Nombre d'hospitalisation sur le plan pédopsychiatrique en fonction des patients avec un TDDE et sans TDDE



L'étude retrouve que la moyenne du nombre d'hospitalisation pour le groupe TDDE est de 2,26 hospitalisations et 3,66 pour le groupe sans TDDE.

En réalisant un test statistique de Mann Whitney, nous retrouvons une différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec p value < 0,005 (p-value à 0,0040). Ce qui tend à nous montrer que les hospitalisations pour les patients sans TDDE sont plus fréquentes (cf. Tableau 20 : Tableau croisé du nombre moyen d'hospitalisation en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 20 : Tableau croisé du nombre moyen d'hospitalisation en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Nombre d'hospitalisation	Avec TDDE (n = 19)	Sans TDDE (n = 70)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	2,26 [Ecart-type]	3,66[Ecart-type]	0,0040
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	

*Test de Mann-Whitney

- **Motif des autres hospitalisations en pédopsychiatrie**

Les différents motifs des autres hospitalisations retrouvées sont :

- les troubles du comportement
- les crises clastiques
- les TA
- les idéations suicidaires
- les EDC
- un épisode délirant
- un épisode maniaque
- les TCA

- **ATCD de TA**

L'étude retrouve que 15,8% (n = 3) des patients du groupe avec TDDE et 18,6% (n = 13) des patients du groupe sans TDDE avaient un ATCD de TA.

L'information n'était pas disponible pour 5,3% (n = 1) des patients du groupe avec TDDE.

- **ATCD de scarification**

Les résultats de l'étude nous montre que 5,3% (n = 1) des patients du groupe avec TDDE et 8,6% (n = 6) des patients du groupe sans TDDE présentaient un ATCD de scarification.

L'information n'était pas disponible pour 5,3% (n = 1) des patients du groupe avec TDDE.

- **ATCD familiaux chez un apparenté du premier degré**

Concernant les ATCD psychiatriques familiaux, 84,2% (n = 16) des patients du groupe avec TDDE et 52,9 % (n = 3) des patients pour le groupe sans TDDE avaient un apparenté du premier degré avec un ATCD psychiatrique.

En réalisant un test du Chi², nous avons retrouvé une différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec une p value à 0,014 (cf. Tableau 21 : Tableau croisé d'ATCD psychiatriques familiaux au premier degré en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 21 : Tableau croisé d'ATCD psychiatriques familiaux au premier degré en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

ATCD psychiatriques familiaux chez un apparenté du premier degré	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	84,2% (16) Effectif sous H0 = 11,315	52,9% (37) Effectif sous H0 = 41,685	59,6% (53)	0,014
Non	15,8% (3) Effectif sous H0 = 7,685	47,1% (33) Effectif sous H0 = 28,315	40,4% (36)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test du Chi

f) Caractéristiques développementales

- **Marche acquise en mois**

L'âge de l'acquisition de la marche varie de 11 à 18 mois chez les patients avec un TDDE et varie de 10 mois à 30 mois chez les patients du groupe sans TDDE.

Il manquait des données pour 24,7% (n = 22) des patients. La moyenne d'âge d'acquisition de la marche dans le groupe avec un TDDE est de 14,39 mois et de 14,76 mois dans le groupe sans TDDE. Après un test de Mann-Whitney, nous retrouvons une p-value à 0,8525, ce qui nous indique qu'il n'y a pas de différence statistique significative entre les 2 groupes. (cf. Tableau 22 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la marche en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 22 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la marche en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Marche acquise (en mois)	Avec TDDE (n = 18)	Sans TDDE (n = 49)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	14,39 [Ecart-type]	14,76 [Ecart-type]	0,8525
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	

* test de Mann-Whitney

- **Premiers mots**

L'âge des premiers mots varie de 8 à 36 mois chez les patients avec un TDDE et varie de 5 à 42 mois pour les patients du groupe sans TDDE. La moyenne dans le groupe avec TDDE est de 15,44 mois et sans TDDE de 17,33 mois. Il manquait des données pour 59,6% (n = 53) des patients. Nous retrouvons avec un test de Mann-Whitney une p-value à 0,3595 ce qui nous indique qu'il n'y a pas de différence statistique significative entre les 2 groupes (cf. Tableau 23 : Moyenne de l'âge en mois des premiers mots en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 23 : Moyenne de l'âge en mois des premiers mots en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Premiers mots (en mois)	Avec TDDE (n = 9)	Sans TDDE (n = 27)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	15,44 [Ecart-type]	17,33 [Ecart-type]	0,3595
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	

* test de Mann-Whitney

- **Premières phrases**

L'âge des premières phrases varie de 18 à 36 mois chez les patients avec un TDDE et varie 24 à 48 mois chez les patients du groupe sans TDDE. La moyenne dans le groupe TDDE est de 27,60 mois et sans TDDE de 34,29 mois. Il manquait des données pour 88,9 % (n = 77) des patients.

Avec un test de Mann-Whitney, nous retrouvons une p value à 0,2340 ce qui nous indique qu'il n'y a pas de différence statistique significative entre les 2 groupes (cf. Tableau 24 : Moyenne de l'âge en mois des premières phrases en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 24 : Moyenne de l'âge en mois des premières phrases en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Premières phrases (en mois)	Avec TDDE (n = 5)	Sans TDDE (n = 7)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	27,60 [Ecart-type]	34,29 [Ecart-type]	0,2340
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	

* test de Mann-Whitney

- **Propreté diurne**

L'âge de la propreté diurne varie de 24 à 36 mois chez les patients avec un TDDE et varie 14 à 120 mois chez les patients du groupe sans TDDE. La moyenne dans le groupe TDDE est de 32,00 mois et sans TDDE de 34,57 mois. Avec un test de Mann-Whitney, nous retrouvons une p value à 0,8765 ce qui nous indique qu'il n'y a pas de différence statistique significative entre les 2 groupes.

Il manquait des données pour 56, 2% (n = 50) des patients de l'étude (cf. Tableau 25 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la propreté diurne en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 25 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la propreté diurne en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Propreté diurne (en mois)	Avec TDDE (n = 9)	Sans TDDE (n = 30)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	32,00 [Ecart-type]	34,57 [Ecart-type]	0,8765
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	

* test de Mann-Whitney

- **Propreté nocturne**

L'âge de la propreté nocturne chez les patients avec un TDDE varie de 24 à 84 mois.

Pour le groupe sans TDDE, l'âge varie 14 à 120 mois. La moyenne dans le groupe TDDE est de 42,00 mois et sans TDDE de 39,74 mois. Des données étaient manquantes pour 62,9 % (n = 56) des patients de l'étude.

Avec un test de Mann-Whitney, nous retrouvons une p value à 0,5518 ce qui nous indique qu'il n'y a pas de différence statistique significative entre les 2 groupes (cf. Tableau 26 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la propreté nocturne en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 26 : Moyenne de l'âge en mois de l'acquisition de la propreté nocturne en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Propreté nocturne (en mois)	Avec TDDE (n = 18)	Sans TDDE (n = 49)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	42,00 [Ecart-type]	39,74 [Ecart-type]	0,5518
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	

* Test de Mann-Whitney

- **Retard des acquisitions**

Concernant les acquisitions, l'étude retrouve que 36,8% (n = 7) des patients avec un TDDE et 40,0% (n = 28) des patients sans TDDE présentaient un retard des acquisitions. Les données étaient manquantes pour 13,5% (n = 12) des patients de l'étude.

Les informations que nous avons sur le retard des acquisitions sont que le retard pouvait être homogène. On retrouvait également un retard de langage, une acquisition de la marche tardive, la propreté non acquise, un trouble de l'élocution et de l'articulation, l'absence de pointage et un défaut de réciprocité.

g) Caractéristiques de l'hospitalisation

- **Durée d'hospitalisation**

L'étude retrouve que la durée d'hospitalisation variait entre 23 à 99 jours pour les patients avec TDDE et variait de 4 à 140 jours pour les patients sans TDDE.

Nous avons réalisé un test de Mann Whitney pour la moyenne de durée d'hospitalisation était de 59,89 jours pour les patients avec un TDDE et 55,11 jours pour les patients sans TDDE. La valeur de la p-value est de 0,0403. Il y a une différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec une durée plus longue en moyenne chez les patients avec un TDDE (cf. Tableau 27 : Moyenne des durées d'hospitalisation en fonction TDDE ou sans TDDE).

Tableau 27 : Moyenne des durées d'hospitalisation en fonction TDDE ou sans TDDE

Durée d'hospitalisation (unité)	Avec TDDE (n = 19)	Sans TDDE (n = 70)	p-value*
Moyenne [Ecart-type]	59,89 [Ecart-type]	55,11 [Ecart-type]	0,0403
Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	Médiane [Q1 ; Q3]	
Durée minimum et maximum (en jours)	23-99	4-140	

* Test de Mann-Whitney

➤ **Entrave**

Nous n'avons pas réalisé de test statistique pour la variable « entrave » car il y a avait un effectif faible pour un des groupes. Soixante trois pourcent (n = 12) des patients avec un TDDE et 38,6% (n = 27) des patients sans TDDE avaient eu une entrave durant leur hospitalisation. L'information n'était pas disponible pour 9,0% (n = 8) des patient de l'étude. Concernant le type d'entrave, 52,6% (n = 10) des patients avec un TDDE et 38,6% (n = 27) des patients sans TDDE avaient eu une entrave à la fois physique et chimique. Elle était seulement physique pour 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE, car n'avaient pas nécessité un traitement chimique supplémentaire, la contenance physique ayant suffit.

➤ **Examens paracliniques**

Dans les examens paracliniques réalisés couramment, on retrouve la biologie standard et une bilan élargi avec un bilan métabolique. L'ECG est également fréquemment réalisé pour la mise sous traitement.

Les imageries cérébrales sont également fréquentes avec les IRM cérébrales, TDM cérébrales, les EEG.

h) Caractéristiques diagnostiques

➤ **Diagnostics de sortie/ Comorbidités**

Les comorbidités fréquemment retrouvées dans cette étude avec le TDDE sont les troubles émotionnels apparaissant pendant l'enfance et l'adolescence (84,2% soit n = 16), le trouble de l'attachement (84,2% soit n = 16), le trouble des apprentissages (63,2% soit n = 12), le TDAH (36,8% soit n = 7) et les troubles spécifiques du développement (36,8% soit n = 7).

Celles moins fréquemment recueillies sont les troubles anxieux (31,6% soit n = 6), le TSA (15,8% soit n = 3) et la DI (10,5% soit n = 2).

Les comorbidités anecdotiquement observées sont les troubles des conduites (5,3% soit n = 1) l'encéphalopathie (5,3% soit n = 1), le syndrome d'Ehler Danlos (5,3% soit n = 1) et un trouble de la personnalité sans précision (5,3% soit n = 1).

Concernant les patients sans TDDE, les diagnostics de sortie retrouvés sont plus fréquemment le trouble de l'attachement (54,3% soit n = 38), le trouble anxieux (47,1% soit n = 33).

Les diagnostics de sortie moins fréquemment sont le trouble des apprentissages (27,1% soit n = 19), le trouble des conduites (22,9% soit n = 16), le TSA (18,6% soit n = 13), les troubles spécifiques du développement (15,7% soit n = 11), l'épisode dépressif (15,7% soit n = 11), la DI (12,9% soit n = 9), le TDAH (11,4% soit n = 8) et le trouble émotionnel apparaissant dans l'enfance et l'adolescence (11,4% soit n = 8).

Ceux observés de manière plus anecdotique sont les tics/syndrome Gille de la Tourette (4,3% soit n = 3), la catatonie (2,9% soit n = 2), la schizophrénie et trouble délirant (2,9% soit n = 2), le trouble bipolaire (2,9% soit n = 2), le trouble de la personnalité (2,9% soit n = 2), l'encéphalopathie (1,4% soit n = 1), le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) (1,4% soit n = 1), la Trisomie 21 (1,4% soit n = 1) et le TOP (1,4% soit n = 1).

(Cf. Tableau 28 : Diagnostic de sortie/ Comorbidité en fonction TDDE et sans TDDE).

Tableau 28 : Diagnostic de sortie/ Comorbidité en fonction TDDE et sans TDDE

Diagnostic de sortie/Comorbidité	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
TDDE	100% (19)	0,0% (0)	21,3% (19)
Trouble de l'attachement	84,2% (16)	54,3% (33)	60,7% (57)
Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance	84,2% (16)	11,4% (8)	27,0% (24)
Trouble des apprentissages	63,2% (12)	27,1% (19)	34,8% (31)
TDAH	36,8% (7)	11,4% (8)	16,9% (15)
Trouble spécifique du développement	36,8% (7)	15,7% (11)	20,2% (18)
Trouble anxieux	31,6% (6)	47,1% (33)	43,8% (39)
TSA	15,8% (3)	18,6% (13)	18,0% (16)
DI	10,5% (2)	12,9% (9)	12,4% (11)
Trouble des conduites	5,3% (1)	22,9% (16)	19,1% (17)
Trouble de personnalité sans précision	5,3% (1)	2,9% (2)	3,4% (3)
Syndrome d'Ehler Danlos	5,3% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
Psychose: Schizophrénie, Trouble délirant	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
Encéphalopathie	5,3% (1)	1,4% (1)	2,2% (2)
Episode dépressif	0,0% (0)	15,7% (11)	12,4% (11)
Catatonie	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
Trouble bipolaire	0,0% (0)	2,9% (2)	2,2% (2)
TOP	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Trisomie 21	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Syndrome d'alcoolisme fœtal	0,0% (0)	1,4% (1)	1,1% (1)
Total	100% (92)	100% (181)	100% (273)

i) Caractéristiques thérapeutiques

- **Traitements antérieurs**

Concernant les thérapeutiques, tous les patients avec un TDDE et 92,9% (n = 65) des patients sans TDDE avaient déjà eu un traitement antérieurement.

- **ISRS**

Pour les patients avec un TDDE, 52,6% (n = 10) des patients contre 25,7% (n = 18) des patients sans TDDE avaient eu un traitement avec un ISRS.

Avec un test de Chi², la valeur p (p-value) du test est 0.025, il y a une différence statistiquement significative entre les 2 groupes (Cf. Tableau 29 : Traitement antérieurs par ISRS en fonction TDDE ou sans TDDE).

Tableau 29 : Traitement antérieurs par ISRS en fonction TDDE ou sans TDDE

ISRS	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	52,6% (10) Effectif sous H0= 5,978	25,7% (18) Effectif sous H0= 22,022	31,5% (28)	0.025
Non	47,4% (9) Effectif sous H0= 13,022	74,3% (52) Effectif sous H0= 47,978	68,5% (61)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test de Chi²

En regardant plus en détail parmi les patients sous ISRS, 70% (n = 7) des patients avec un TDDE et 50% (n = 9) des patients sans TDDE étaient sous **Sertraline**, 30% (n = 3) des patients avec un TDDE et 44,5% (n = 8) des patients sans TDDE étaient sous **Fluoxétine**, 5,6% (n = 1) des patients sans TDDE étaient sous **Citalopram** et 5,6% (n = 1) des patients sans TDDE sous **Paroxétine**.

En s'intéressant aux posologies des ISRS, les posologies de la **Sertraline** variaient de **25 à 50 mg** pour les patients avec un TDDE et de **25 mg à 100 mg** pour les patients sans TDDE, les posologies de la **Fluoxétine** variaient de **10 à 40 mg** pour les patients avec un TDDE et de **5 à 20 mg** pour les patients sans TDDE, la posologie du **Citalopram** était de **25mg** et pour celle de la **Paroxétine** était de **40 mg**.

- **ISRNA**

L'étude retrouve que 15,8% (n = 3) des patients avec un TDDE et 2,9% (n = 2) des patients sans TDDE étaient sous ISRNA. Tous les patients sous ISRNA étaient sous **Atomoxétine**, la posologie pour les patients avec un TDDE variait de **18 à 30 mg** et elle était de **50 mg** pour les patients sans TDDE.

- **Autres traitements antidépresseurs**

On observe que 15,8% (n = 3) des patients avec un TDDE et 5,7% (n = 4) des patients sans TDDE avaient un autre traitement anti-dépresseur.

Parmi les patients sous un autre traitement antidépresseurs, 66,67% (n = 2) des patients avec un TDDE étaient sous **Amitriptyline** et 33,33% (n = 1) sous **Clomipramine 50 mg**. Cent pourcent (n = 4) des patients sans TDDE était sous **Amitriptyline** (dont un avait de l'**Amitriptyline à 50 mg**)

- **Traitements sédatifs et anxiolytiques**

On retrouve que 73,7% (n = 14) des patients avec un TDDE et 80,0% (n = 56) des patients sans TDDE avaient eu un traitement sédatif et/ou anxiolytique. Le traitement le plus prescrit était la **Cyamémazine**. Parmi les patients sous sédatifs et anxiolytiques, il y a respectivement chez les patients TDDE et sans TDDE à 71,4% (n = 10) et 69,7% (n = 39) sous **Cyamémazine**, 21,4% (n = 3) et 25% (n = 14) sous **Mélatonine**. On a également observé chez les patients sans TDDE que 41,1% (n = 23) des patients étaient sous **Hydroxizine** et 19,6% (n = 11) des patients sous **Benzodiazépines**. D'autres traitements sédatifs et anxiolytiques ont été retrouvés de manière plus anecdotique comme l'Alimémazine, la Buspirone Hydrochloride, la Chlorpromazine, la Loxapine, la Lévomépromazine, la Prométhazine, la Propériciazine et le Tiapride.

- **Thymorégulateurs**

L'étude retrouve que 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE et 11,4% (n = 8) des patients sans TDDE avaient reçu un traitement thymorégulateur. Pour les patients avec un TDDE, la **Carbamazépine à 400 mg** et le **Valpromide à 300 mg** avaient été prescrits.

Les traitements prescrits pour les patients sans TDDE sont :

- **Carbamazépine** jusqu'à **100 mg**
- **Divalproate de Sodium**
- **Lamotrigine**
- **Lithium LP 400 mg**
- **Oxcarbazépine**
- **Valproate de Sodium** jusqu'à **500 mg**
- Et **Valpromide** jusqu'à **600 mg**.

Pour les patients sans TDDE, trois patients avaient déjà eu plusieurs thymorégulateurs antérieurement avec :

- la **Carbamazépine, Divalproate de Sodium et Valproate de Sodium**
- la **Carbamazépine et Lamotrigine**
- le **Divalproate de Sodium** et de l'**Oxcarbazépine**.

- **Antipsychotiques**

On a retrouvé que 89,5% (n = 17) des patients avec un TDDE et 80,0% (n = 56) des patients sans TDDE ont eu un traitement antipsychotique. Parmi les patients sous antipsychotiques, 94,1% (n = 16) des patients avec un TDDE et 92,9% (n = 52) des patients sans TDDE avaient eu un traitement par **Rispéridone** avec respectivement des posologies allant de **0,5 à 4 mg** et de **0,25 à 4 mg**. Un total de 41,2% (n = 7) des patients avec un TDDE et 28,6% (n = 16) des patients sans TDDE avaient eu un traitement par **Aripiprazole** avec respectivement de **2,5 mg à 10 mg** et **2,5 à 20 mg** ainsi que la **forme injection retard à 300 mg**.

Un traitement par **Quétiapine** était prescrit chez 5,9% (n = 1) des patients avec un TDDE et 3,6% (n = 2) des patients sans TDDE. La posologie était de **50 mg** pour les patients avec TDDE et pour les patients sans TDDE de **100 à 150 mg**.

Pour les patients sans TDDE, 1,8% (n = 1) avaient également reçu un traitement par **Olanzapine** et 1,8% (n = 1) par **Amisulpride**.

Concernant les antipsychotiques de première génération, l'**Halopéridol** se retrouvait chez 5,9% (n = 1) des patients avec un TDDE et 7,1% (n = 4) des patients sans TDDE. La posologie était disponible pour les patients sans TDDE avec **2 mg**. Un traitement par

Zuclopenthixol est rapporté chez 5,9% (n = 1) des patients avec un TDDE et 3,6% (n = 2) des patients sans TDDE. La posologie était de **50 mg** pour les patients sans TDDE. Un traitement par **Pimozide** a été retrouvé chez 5,9% (n = 1) des patients avec un TDDE à 4 mg et 1,8% (n = 1) des patients sans TDDE.

- **Psychostimulants**

Nous retrouvons que 52,6% (n = 10) des patients avec un TDDE et 35,7% (n = 25) des patients sans TDDE avaient eu un traitement par psychostimulant.

Parmi les patients sous psychostimulants, 80% (n = 8) des patients avec TDDE et 60% (n = 15) des patients sans TDDE étaient sous **Quasym LP®**, 50% (n = 5) des patients avec TDDE et 44% (n = 11) des patients sans TDDE étaient sous **Ritaline®**.

Respectivement les patients avec TDDE et sans TDDE avaient **10 à 50 mg** et **10 à 30 mg** de **Quasym®**, **20 à 40 mg** et **10 à 40 mg** de **Ritaline®**.

Parmi les autres psychostimulants, 10% (n = 1) des patients avec TDDE et 20% (n = 5) des patients sans TDDE étaient sous **Méthylphénidate** sans précision de **10 à 20 mg** pour les patients sans TDDE, 20 % (n = 2) des patients avec TDDE étaient sous **Médikinet®** jusqu'à **5mg** et 8% (n = 2) des patients sans TDDE étaient sous **Concerta®**.

- **Autres molécules**

Concernant les autres molécules, 2,9% (n = 2) des patients sans TDDE avaient eu un autre traitement non cités ci-dessus.

Chez les patients sans TDDE, un était traité par **Oxybutinine** et un par **Prazosine 2,5 mg**.

- **Traitements actuels**

Dans l'étude, on retrouve 100% des patients avec un TDDE et 87,1% (n = 61) des patients sans TDDE a un traitement actuellement.

- **ISRS**

On a observé que 5,3% (n = 1) des patients avec un TDDE et 8,6% (n = 6) des patients sans TDDE ont un ISRS.

Parmi les patients sous ISRS, 100% (n = 1) des patients avec un TDDE sont sous **Sertraline 25 mg**. Pour les patients sans TDDE, 50% (n = 3) sont sous **Fluoxétine de 5 à 20 mg**, 16,67% (n = 1) sont sous **Sertraline à 50 mg** et 33,33% (n = 2) des patients ont un traitement par **Fluvoxamine 50 mg**.

- **ISRNA**

L'étude retrouve que 36,8% (n = 7) des patients avec un TDDE et 5,7% (n = 4) des patients sans TDDE ont un traitement par ISRNA.

Avec un test exact de Fisher, la valeur p (p-value) du test est 0.0014. Nous retrouvons une différence statistiquement significative entre les 2 groupes (cf. Tableau 30 : Traitements ISRNA en fonction TDDE ou sans TDDE).

Tableau 30 : Traitements ISRNA en fonction TDDE ou sans TDDE

ISRNA	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	36,8% (7)	5,7% (4)	12,4% (11)	0,0014
Non	63,2% (12)	94,3% (66)	87,6% (78)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test exact de Fisher

Parmi les patients sous ISRNA, 100% étaient sous **Atomoxétine**. Pour les patients avec un TDDE, 28,6 % (n = 2) des patients sont sous **Atomoxétine 20 mg**, 14,3% (n = 1) des patients sont sous **45 mg**, 14,3% (n = 1) sous **50 mg**, 14,3% (n = 1) sous **55 mg**, 14,3% (n = 1) sous **70 mg** et 14,3% (n = 1) sous **78 mg**.

Pour les patients sans TDDE, 25 % (n = 1) sont sous **Atomoxétine 50 mg**, 25% (n = 1) sous **60 mg**, 25% (n = 1) sous **75mg** et 25 % (n = 1) sous **80 mg**.

- **Autres traitements antidépresseurs**

Aucun des patients avec TDDE ou sans TDDE n'a un autre type de traitement antidépresseur.

- **Traitements sédatifs et anxiolytiques**

On observe que 36,8% (n = 7) des patients avec un TDDE et 60 % (n = 42) des patients sans TDDE ont un traitement sédatif ou anxiolytique.

Parmi les patients sous traitement sédatif et/ ou anxiolytique, 85,8% (n = 6) des patients avec TDDE et 38,1% (n = 16) des patients sans TDDE sont sous **Lévomépromazine**, 14,3%

(n = 1) des patients avec TDDE et 35,7% (n = 15) des patients sans TDDE sont sous **Mélatonine**, 28,5% (n = 2) des patients avec TDDE et 14,3% (n = 6) des patients sans TDDE sont sous **Benzodiazépine**.

Pour les patients sans TDDE, 9,5% (n = 4) sont sous **Chlorpromazine**, 4,8% (n = 1) sous **Buspirone Hydrochloride**, 4,8% (n = 1) sous **Lévocétirizine** et 4,8% (n = 1) sous **Prométhazine**.

- **Thymorégulateurs**

L'étude retrouve qu'aucun des patients avec un TDDE n'est sous thymorégulateur. 17,1% (n = 12) des patients sans TDDE ont un traitement thymorégulateur.

Parmi les patients sous thymorégulateurs, 75% (n = 9) des patients sont sous **Carbamazépine** de **200 mg à 1000 mg**, 16,67% (n = 2) des patients sont sous **Lamotrigine** de **10 à 150 mg** et 8,3% (n = 1) des patients sont sous **Topiramate** à **100 mg**.

- **Antipsychotiques**

Nous retrouvons que 68,4% (n = 13) des patients avec un TDDE et 48,6% (n = 34) des patients sans TDDE sont sous antipsychotiques.

Parmi les patients sous antipsychotiques, 100 % (n = 13) des patients avec un TDDE sont sous **Aripiprazole** de **2,5 mg à 5 mg**, 58,8% (n = 20) des patients sans TDDE sont sous **Aripiprazole** de **2,5mg à 5 mg**, 17,6 % (n = 6) des patients sont sous **Quétiapine** de **50 mg à 400 mg**, 11,8% (n = 4) des patients sont sous **Rispéridone** de **0,5 mg à 1 mg**, 8,8% (n = 3) des patients sont sous **Clozapine** de **200 mg à 350 mg** et 2,9% (n = 1) des patients sont sous **Pimozide 5 mg** et 2,9% (n = 1) sont sous **Zuclopenthixol** en **libération retard**.

A noter que 2,9% (n = 1) des patients sont à la fois sous **Pimozide** et **Clozapine** dans le groupe sans TDDE.

- **Psychostimulants**

L'étude retrouve que 26,3% (n = 5) des patients avec un TDDE sont sous psychostimulants contre 5,7 % (n = 4) des patients sans TDDE.

Nous avons réalisé un test exact de Fisher et nous avons retrouvé une p-value à 0.0193, ce qui nous montre qu'il y a une différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec une proportion plus importante de patients avec un TDDE sous psychostimulant. (cf. Tableau 31 : Traitements par psychostimulants en fonction TDDE ou sans TDDE).

Tableau 31 : Traitements par psychostimulants en fonction TDDE ou sans TDDE

Psychostimulants	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	26,3% (5)	5,7% (4)	10,1% (9)	0,0193
Non	73,7% (14)	94,3% (66)	89,9% (80)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test exact de Fisher

Les psychostimulants prescrits sont les molécules du **Méthylphénidate** et plus particulièrement le **Quasym®** et la **Ritaline®**.

Parmi les patients sous psychostimulant, 60 % (n = 3) des patients avec un TDDE sont sous **Quasym®** de **10 à 30 mg**, 40 % (n = 2) des patients avec un TDDE sont sous **Ritaline®** de **10 à 20 mg**, 75% (n = 3) des patients sans TDDE sont sous **Quasym®** de **10 à 20 mg** et 50% (n = 2) des patients sans TDDE sont sous **Ritaline®** de **10 à 30 mg**.

Il est à noter qu'un patient est sous Ritaline® 10 mg et Quasym® 20mg en même temps dans le groupe de patients sans TDDE.

- **Autres molécules**

Concernant les autres molécules, 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE et 27,1% (n = 19) des patients sans TDDE ont un autre traitement non cités ci-dessus.

Parmi les patients traités par une autre molécule, 50% (n = 2) des patients avec TDDE et 84,2% (n = 16) des patients sans TDDE sont traités par **Prazosine** à **2, 5 mg** pour les patients avec TDDE et de **1,25 mg à 5 mg** pour les patients sans TDDE. Il y a 50% (n = 1) des

patients avec TDDE et 5,3% (n = 1) des patients sans TDDE sont sous **Oxybutinine**, 5,3% (n = 1) des patients avec TDDE et 5,3% (n = 1) des patients sans TDDE sont sous **Desmopressine**.

Pour les patients sans TDDE, 10,5% (n = 2) sont sous **Clonidine** de **0,025 à 0,125 mg**, 5,3% (n = 1) sous **Acétate de Cytoproterone 50 mg**, 5,3% (n = 1) sous **Alfuzosine 7,5 mg**, 5,3% (n = 1) sous **Estradiol 2 mg**, 5,3% (n = 1) sous **Nadolol**.

j) Caractéristiques cliniques

• Fréquence des crises clastiques

Les crises clastiques étaient présentes chez chacun des patients de l'étude puisqu'il s'agissait d'un critère d'inclusion. Elles étaient le plus fréquemment pluri-hebdomadaires pour 36,8% (n = 7) des patients avec un TDDE et 18,6% (n = 13) pour ceux sans TDDE.

Ensuite, nous retrouvons qu'elles étaient pluri-quotidiennes pour 26,3% (n = 5) des patients avec un TDDE et 10% (n = 7) des patients sans TDDE puis hebdomadaires pour 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE et 10% (n = 7) pour les patients sans TDDE.

Puis, elles étaient quotidiennes pour 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE et 4,3% (n = 3) des patients sans TDDE.

Et enfin, pour les patients sans TDDE, elles pouvaient être également mensuelles pour 1,4% (n = 1) et pluri-mensuelles pour 1,4% (n = 1).

Il est important de noter que l'information n'était pas disponible pour 46,1% (n = 41) des patients.

• Irritabilité Chronique

L'étude retrouve l'irritabilité chronique chez 100% des patients avec un TDDE contre 25,7% (n = 18) des patients sans TDDE.

• Hétéro-agressivité et Auto-agressivité

Concernant l'agressivité, 100% des patients avec un TDDE contre 92,9% (n = 65) des patients sans TDDE ont une hétéro-agressivité et 73,7% (n = 14) des patients avec un TDDE contre 51,4% (n = 36) des patients sans TDDE ont une auto-agressivité.

Concernant la fréquence de l'agressivité, pour l'hétéro-agressivité, l'information n'était pas disponible pour 8,9% (n = 8) des patients. Elle était régulière dans 94,7% des cas pour les patients avec un TDDE et 87,1% des cas pour les patients sans TDDE. Elle était occasionnelle dans 2,9% des cas chez les patients sans TDDE.

Concernant la régularité de l'auto-agressivité, elle était régulière dans 68,4% des cas pour les patients avec un TDDE et 50% des patients sans TDDE. Elle était occasionnelle dans 5,9% chez les patients avec TDDE et 1,4% chez les patients sans TDDE.

- **Intolérance à la frustration, Impulsivité, Difficultés de mentalisation, Difficultés de gestion des émotions, Labilité émotionnelle**

L'étude retrouve que 100% des patients avec un TDDE contre 64,3% (n = 45) des patients sans TDDE ont une intolérance à la frustration. L'information n'était pas disponible pour 2,9% (n = 2) des patients sans TDDE.

On observe que 94,7% (n = 18) des patients avec un TDDE contre 40,0% (n = 28) des patients sans TDDE avaient une impulsivité. L'information n'était pas disponible pour 5,3% (n = 1) des patients avec un TDDE.

L'étude retrouve des difficultés de mentalisation chez 100% des patients avec un TDDE contre 91,4% (n = 64) des patients sans TDDE et 100% des patients avec un TDDE contre 97,1% (n = 68) des patients sans TDDE avaient des difficultés de gestion des émotions. L'information n'était pas disponible pour 1,4% (n = 1) des patients sans TDDE.

L'étude nous rapporte que 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE contre 8,6% (n = 6) des patients sans TDDE ont une labilité émotionnelle.

- **Eléments dépressifs**

Concernant la symptomatologie dépressive, l'étude nous rapporte que 63,2% (n = 12) des patients avec un TDDE et 81,4% (n = 57) des patients sans TDDE présentent des éléments dépressifs.

Parmi les éléments dépressifs les plus retrouvés, 50% (n = 6) des patients avec TDDE et 59,6% (n = 34) des patients sans TDDE ont une tristesse de l'humeur. 41,7% (n = 5) des patients avec un TDDE et 50,9% (n = 29) des patients sans TDDE ont un trouble du sommeil, 33,3% (n = 4) des patients avec un TDDE et 17,5% (n = 10) des patients sans TDDE ont une diminution de l'estime de soi.

Ensuite, l'étude nous montre respectivement dans le groupe avec TDDE et dans le groupe sans TDDE que 8,33% (n = 1) et 8,8% (n = 5) des patients ont un trouble de l'orexie et que 16,7% (n = 2) et 16,7% (n = 9) des patients ont un trouble de la concentration.

Seulement chez les patients sans TDDE, nous observons qu'il y a de patients avec des idées noires 17,5% (n = 10), avec des idéations suicidaires 10,5% (n = 6), avec une asthénie 3,5% (n = 2), avec une anhédonie 3,5% (n = 2) et avec un sentiment de culpabilité/ inutilité 8,8% (n = 5).

- **Troubles anxieux**

Dans notre étude, nous retrouvons que 89,5% (n = 17) des patients avec un TDDE et 88,6% (n = 61) des patients sans TDDE présentent des éléments de trouble anxieux.

Parmi les patients avec des éléments d'anxiété, 52,9% (n = 9) des patients avec un TDDE et 62,3% (n = 38) des patients sans TDDE présentent une anxiété de séparation, 29,4% (n = 5) des patients avec un TDDE et 24,6% (n = 15) des patients sans TDDE ont des éléments anxieux sans précision, 11,8% (n = 2) des patients avec un TDDE et 27,9% (n = 17) des patients sans TDDE ont des éléments d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Nous retrouvons également que 23,5% (n = 4) des patients avec un TDDE et 8,2% (n = 5) des patients sans TDDE ont une anxiété de performance, 11,8% (n = 2) des patients avec un TDDE et 3,3% (n = 2) des patients sans TDDE ont des éléments de Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), 5,9% (n = 1) des patients avec un TDDE et 11,5% (n = 7) des patients sans TDDE ont des éléments de TAG et 8,2% (n = 6) des patients sans TDDE ont des éléments du trouble panique.

- **Troubles des conduites**

On retrouve que 5,3% (n = 1) des patients avec un TDDE contre 22,9% (n = 16) des patients sans TDDE ont un trouble des conduites.

- **Harcèlement scolaire**

L'étude nous rapporte que 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE contre 5,7% (n = 4) des patients sans TDDE ont vécu un harcèlement scolaire.

- **Refus scolaire : phobie scolaire**

Nous retrouvons que 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE contre 14,3% (n = 10) des patients sans TDDE ont un refus scolaire ou une phobie scolaire.

L'information n'était pas disponible pour 6,7% (n = 6) des patients de l'étude.

- **Isolement social**

L'étude nous montre que 31,6% (n = 6) des patients avec un TDDE contre 47,1% (n = 33) des patients sans TDDE sont isolés socialement. L'information n'était pas disponible pour 4,5% (n = 4) des patients de l'étude.

- **Symptômes psychotiques**

Concernant les symptômes psychotiques, seuls 10% (n = 7) des patients sans TDDE en présentaient.

Les symptômes psychotiques retrouvés sont :

- Les Hallucinations Acoustico-Verbales (HAV) dans contexte d' ESPT et DI
- Hallucinations cénesthésiques, olfactives et gustatives
- Idées de grandeur et de référence
- Automatisme mental
- Rires immotivés
- Eléments délirants à type de persécution
- Mécanisme interprétatif et hallucinatoire
- Hallucinations visuelles.

- **Agitation psychomotrice**

L'agitation psychomotrice se retrouve chez 73,7% (n = 14) des patients avec un TDDE contre 58,6% (n = 41) des patients sans TDDE.

- **Hypomanie/ manie**

Seuls 2,9% (n = 2) des patients sans TDDE présentaient une hypomanie ou manie.

- **TDAH**

L'étude nous montre que 36,8% (n = 7) des patients avec un TDDE contre 11,4% (n = 8) des patients sans TDDE ont un TDAH.

En réalisant un test statistique avec un test exact de Fisher, nous avons retrouvé une p-value à 0.015 ce qui nous montre une différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec une proportion plus importante de TDAH chez les patients avec un TDDE que chez les patients sans TDDE (cf. Tableau 32 : TDAH en fonction TDDE ou sans TDDE).

Tableau 32 : TDAH en fonction TDDE ou sans TDDE

TDAH	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	36,8% (7)	11,4% (8)	16,9% (15)	0,015
Non	63,2% (12)	88,6% (62)	83,1% (74)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test exact de Fisher

En s'intéressant plus particulièrement aux patients avec un TDAH et aux patients sous psychostimulants, nous retrouvons que 46,7% (n = 7) des patients avec un TDAH ont un traitement par psychostimulant et 53,3% (n = 8) des patients avec un TDAH n'ont pas de traitement par psychostimulant. 2,7% (n = 2) des patients sont sous psychostimulants et n'ont pas de TDAH et 10,1% (n = 9) patients sont sous psychostimulants.

En réalisant un test exact de Fisher, nous retrouvons une différence significative entre les 2 groupes avec une p-value à 0,0057 (cf. Tableau 33 : tableau croisé TDAH et psychostimulants).

Tableau 33 : tableau croisé TDAH et psychostimulants.

Psychostimulants	TDAH	Sans TDAH	Total	p-value*
Oui	46,7% (7)	2,7% (2)	10,1% (9)	0,0057
Non	53,3% (8)	97,3% (72)	89,9% (80)	
Total	100% (15)	100% (74)	100% (89)	

*Test exact de Fisher

- **TCA**

L'étude nous rapporte qu'aucun des patients avec un TDDE ne présentait un TCA mais qu'il est présent chez 1,4 % (n = 1) des patients sans TDDE. Le type de TCA retrouvé est l'anorexie.

- **TOP**

On a observé un TOP seulement chez 1,4% (n = 1) des patients sans TDDE.

- **TSA**

L'étude retrouve que 15,8% (n = 3) des patients avec un TDDE contre 18,6% (n = 13) des patients sans TDDE ont un TSA. Les TSA retrouvés sont : TSA sévère, TSA léger et syndrome d'Asperger.

- **Théorie de l'esprit/ empathie**

La théorie de l'esprit est présente chez 73,7 % (n = 14) des patients avec un TDDE contre 61,4 % (n = 43) des patients sans TDDE.

- **Trouble des apprentissages**

L'étude retrouve que 63,2 % (n = 12) des patients avec un trouble des apprentissages dans le groupe TDDE et 27,1 % (n = 19) des patients avec un trouble des apprentissages dans le groupe sans TDDE.

Nous avons réalisé un test du Chi² et retrouvé une p-value à 0,0035. Ce qui nous montre une différence statistiquement significative de trouble des apprentissages entre les 2 groupes (cf. Tableau 34 : Trouble des apprentissages en fonction TDDE ou sans TDDE).

Tableau 34 : Trouble des apprentissages en fonction TDDE ou sans TDDE

Trouble des apprentissages	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	63.2% (12) Effectif sous H0= 6,618	27.1% (19) Effectif sous H0= 24,382	34,8% (31)	0,0035
Non	36.8% (7) Effectif sous H0= 12,382	72.9% (51) Effectif sous H0= 45,618	65,2% (58)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test du Chi²

Parmi les troubles des apprentissages, nous retrouvons 26,3% (n = 5) des patients avec un TDDE et 10% (n = 7) des patients sans TDDE présentant une dyspraxie. Concernant les Multidys, ils étaient présents chez 21,1% (n = 4) des patients avec un TDDE. Certaines données étaient manquantes dans les dossiers pour qualifier les différents troubles des apprentissages présents dans le Multidys. La dyslexie se retrouvaient chez 15,8% (n = 3) des patients avec un TDDE et 11,4% (n = 8) des patients sans TDDE. La dysgraphie était décrite chez 15,8% (n = 3) des patients avec un TDDE et 1,4% (n = 1) des patients sans TDDE. La dysorthographe était existante chez 5,3% (n = 1) des patients avec un TDDE et 2,9% (n = 2) des patients sans TDDE. Dans l'étude, nous retrouvons que 10,5% (n = 2) des patients avec un TDDE et 5,7% (n = 4) des patients sans TDDE ont un trouble des apprentissages sans précision. Pour les patients sans TDDE, 4,3% (n = 3) ont une dyscalculie et 4,3% (n = 3) ont une dysphasie (cf. [Tableau 35](#) : Détail des troubles des apprentissages chez les patients avec un TDDE ou sans TDDE).

Tableau 35 : Détail des troubles des apprentissages chez les patients avec un TDDE ou sans TDDE

Trouble des apprentissages	Avec TDDE	Sans TDDE	Total
Oui, sans précision	10,5% (2)	5,7% (4)	6,7% (6)
Dyscalculie	0,0% (0)	4,3% (3)	3,4% (3)
dysgraphie	15,8% (3)	1,4% (1)	4,5% (4)
Dyslexie	15,8% (3)	11,4% (8)	12,4% (11)
Dysorthographe	5,3% (1)	2,9% (2)	3,4% (3)
Dysphasie	0,0% (0)	4,3% (3)	3,4% (3)
Dyspraxie	26,3% (5)	10,0% (7)	13,5% (12)
Multidys	21,1% (4)	0,0% (0)	4,5% (4)
Non	36,8% (7)	72,9% (51)	65,2% (58)
Total	100% (25)	100% (79)	100% (104)

- **Trouble de l'attachement**

Nous avons retrouvé que 84,2 % (n = 16) des patients dans le groupe avec TDDE et 54,3 % (n = 38) des patients dans le groupe sans TDDE ont un trouble de l'attachement

Après un test du Chi² et nous avons retrouvé une différence statistiquement significative de trouble de l'attachement entre les 2 groupes avec une p-value à 0,018 (cf. Tableau 36 : Trouble de l'attachement en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE).

Tableau 36 : Trouble de l'attachement en fonction des patients avec TDDE et sans TDDE

Trouble de l'attachement	Avec TDDE	Sans TDDE	Total	p-value*
Oui	84,2% (16) Effectif sous H0= 11,528	54,3% (38) Effectif sous H0= 42,472	60,7% (54)	0,018
Non	15,8% (3) Effectif sous H0= 7,472	45,7% (32) Effectif sous H0= 27,528	39,3% (35)	
Total	100% (19)	100% (70)	100% (89)	

*Test du Chi²

Concernant le trouble de l'attachement et les mesures éducatives, l'étude nous montre que 61,1% (n = 33) des patients avec un trouble de l'attachement ont également une mesure éducative, 34,3% (n = 12) des patients qui n'ont pas de trouble de l'attachement ont une mesure éducative.

Nous avons réalisé un test du Chi² et nous avons obtenu une différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec une p-value à 0,013 (cf. Tableau 37 : Tableau croisé du trouble de l'attachement et mesure éducative).

Tableau 37 : Tableau croisé du trouble de l'attachement et mesure éducative

Mesure éducative	Trouble de l'attachement	Sans trouble de l'attachement	Total	p-value*
Oui	61,1% (33) Effectif sous H0= 27,303	34,3% (12) Effectif sous H0= 17,697	50,6% (45)	0,013
Non	38,9% (21) Effectif sous H0= 26,697	65,7% (23) Effectif sous H0= 17,303	49,4% (44)	
Total	100% (54)	100% (35)	100% (89)	

*Test du Chi²

Nous avons ensuite étudié les différentes mesures éducatives en croisant avec le trouble de l'attachement. Nous retrouvons que 40,7% (n = 22) des patients avec un trouble de l'attachement ont également un placement judiciaire, 9,3% (n = 5) ont une AED également, 5,6% (n = 3) ont une AEMO, 1,9% (n = 1) ont un SMD, 1,9% (n = 1) ont une TISF et 1,9% (n = 1) ont une prise en charge par un éducateur de l'ASE (cf. le tableau suivant récapitulant les différentes données Tableau 38: Détail des mesures éducatives croisées avec le trouble de l'attachement).

Tableau 38 : Détail des mesures éducatives croisées avec le trouble de l'attachement.

Mesure éducative	Avec un trouble de l'attachement	Sans trouble de l'attachement	Total
Placement administratif	0,0% (0)	2,9% (1)	1,1% (1)
Placement judiciaire	40,7% (22)	22,9% (8)	33,7% (30)
AED	9,3% (5)	2,9% (1)	6,7% (6)
AED renforcée	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
AEMO	5,6% (3)	2,9% (1)	4,5% (4)
SMD	1,9% (1)	2,9% (1)	2,2% (2)
MAPA	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
TISF	1,9% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
Prise en charge par éducateur ASE	1,9% (1)	0,0% (0)	1,1% (1)
Non	38,9% (21)	65,7% (23)	49,4% (44)
Total	100% (54)	100% (35)	100% (89)

- **Prise de toxique**

Concernant les toxiques, 5,3% (n = 1) des patients avec un TDDE et 7,1% (n = 5) des patients sans TDDE étaient concernés. Pour les patients avec TDDE, la seule substance consommée était le tabac pour un patient et pour les patients sans TDDE, trois patients consommaient du tabac et deux du cannabis.

- **Autres informations**

Nous avons peu d'information sur les échelles réalisées durant l'hospitalisation. Parmi les échelles réalisées, nous retrouvons la ABC, la Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) pour l'évaluation des tics, l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF), la UCLA pour l'évaluation de l'ESPT, la Kaufman Assessment Battery for Children (KABC) pour l'évaluation cognitive et intellectuelle, la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), la Clinical Global Impression (CGI), la Children's Depression Inventory (CDI), Child Behavior Checklist (CBCL) et le test de personnalité d'EYSENCK.

IV-Discussion

1) Prévalence, stabilité et évolution du TDDE

Concernant notre premier objectif, la prévalence retrouvée chez les enfants et adolescents hospitalisés pour crise clastique au sein de l'unité hospitalisation URHEA est de 21,3% entre 2017 et 2019. Au sein de la population totale de l'unité durant cette période, la prévalence du TDDE est de 11%. Cette prévalence retrouvée nous montre que c'est un diagnostic à rechercher et à ne pas négliger car il représente une proportion importante des patients hospitalisés. En 2018, l'étude de BOUDJERIDA et al. (93) retrouvait dans la population générale 2 à 5% de TDDE (12). En 2006, l'étude de BROTMAN et al. (52) retrouvait 3,3% de TDDE. L'étude de CHASE et al (94), retrouvait une prévalence de 18 % dans une population hospitalière. Nos résultats concordent donc avec les données disponibles actuellement, d'autant plus qu'il s'agit d'une population hospitalière en milieu tertiaire avec donc un biais de recrutement avec des patients très sévères.

Concernant notre deuxième objectif principal, l'étude retrouve une stabilité du diagnostic à 100% entre les trois examinateurs. Ce qui nous indique que le questionnaire rempli à l'aide du CRH a permis d'établir le diagnostic chez les 19 patients sur les 89 patients inclus de l'étude. De plus, cela met en avant le caractère fiable et stable des critères diagnostiques de TDDE entre différents praticiens. A ma connaissance, il n'y avait pas d'étude similaire évaluant la stabilité du diagnostic du TDDE sur un échantillon de patients hospitalisés avec trois niveaux de filtrage par trois examinateurs. L'étude de CHASE et al. (94) évaluait si un diagnostic de TDDE pouvait être retrouvé de manière rétrospective dans une population de patient. Elle retrouvait seulement 4 diagnostics initiaux de TDDE sur les 18 patients. Ce qui montre encore que le TDDE est fréquemment sous-estimé dans la population générale et probablement non recherché systématiquement chez les enfants présentant des crises clastiques. Ceci est sans doute explicable par la validation et l'inclusion récente du diagnostic lors de l'apparition DSM-5, mais aussi par le diagnostic de l'épisode dépressif de l'enfant dont le symptôme ubiquitaire l'irritabilité aigüe peut se confondre avec celle chronique du TDDE.

Sur le plan de l'évolution, dans notre étude, les troubles durent, en moyenne, depuis 6,05 années dans le groupe avec TDDE contre 4,67 années dans le groupe sans TDDE. Ce qui peut nous indiquer que les patients avec un TDDE mettent plus de temps à rentrer dans les soins que les patients sans TDDE malgré des difficultés qui semble débiter plus tôt. Encore une fois, cela pourrait s'expliquer par le retard de diagnostic du TDDE. Les troubles dureraient

au minimum depuis 2 ans dans le groupe avec TDDE, ce qui concorde avec la définition de la durée des troubles du TDDE qui doit être supérieure à 1 an (12). C'est encore un argument majeur pour rechercher de manière plus fine ce diagnostic car la durée des troubles s'inscrit dans le développement de l'enfant et le perturbe dans ses apprentissages par exemple.

La variable « nombre d'hospitalisation » est intéressante car on aurait pu penser que les patients avec un TDDE auraient été hospitalisés un nombre plus important de fois que les patients sans TDDE, en imaginant, par exemple des multiples passages aux urgences et des hospitalisations pour crises clastiques mais nous avons observé la tendance inverse. En effet, les patients avec un TDDE avaient été hospitalisés, en moyenne, 2,26 fois contre 3,66 fois pour les patients sans TDDE. Dans l'étude, il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Le faible nombre de patients dans l'échantillon « avec TDDE » pourrait être un des facteurs expliquant cette différence. De plus, la question de l'environnement familial ou social qui pourrait ne pas faciliter l'accès aux soins soit par le non accord des soins par les parents ou soit ils sont pris en charge en interne par les structures comme ITEP, IME, etc.

En revanche, les hospitalisations chez les patients avec un TDDE avaient une durée d'hospitalisation en moyenne plus importante que les patients sans TDDE (59,89 jours vs 55,11 jours). Ce qui nous indique qu'il y avait moins d'hospitalisation pour les patients avec un TDDE mais pour une durée plus longue d'hospitalisation. De plus cette population de patients apparaît plus malade et avec une chronicité des troubles. Le TDDE s'inscrit dans les troubles neurodéveloppementaux avec de nombreuses comorbidités (TDAH, trouble de l'attachement, trouble des apprentissages, etc.), ils ont plus de vécus traumatiques, ces patients sont donc plus durs à stabiliser.

Dans notre étude, nous retrouvons que 63,2% de patients avec des éléments dépressifs dans le groupe TDDE et 81,4% dans le groupe sans TDDE. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes. Aucun des patients avec un TDDE n'avait eu un diagnostic de dépression contre 15,7% de patients sans TDDE qui avaient eu un diagnostic de dépression. Ce résultat est biaisé car les examinateurs étaient formés au diagnostic du TDDE. Dans l'étude de MAYES et al. (95) en 2016, sur la cohorte de 61 patients avec un TDDE, 37,3% d'entre eux présentaient des critères de dépression. L'EDC n'est pas un trouble neurodéveloppemental contrairement au TDDE. La difficulté réside dans le fait que nous pouvons voir les patients comme déprimés et donc de les traiter comme tels par des antidépresseurs. L'irritabilité chronique dans le TDDE est l'expression de la dysrégulation émotionnelle et non de la dépression.

2) Les aspects thérapeutiques de notre population

Sur le plan thérapeutique, les patients avec un TDDE ont eu de manière significative plus de suivi psychologique. Le suivi psychologique apparaît comme étant partie intégrante du parcours thérapeutique des patients avec un TDDE. En effet, cette étude nous montre que 78,9% des patients avec un TDDE avaient un suivi psychologique avant l'hospitalisation contre 53,9% des patients sans TDDE, cette différence peut s'expliquer dans le probable besoin de ces patients de travailler sur leur gestion des émotions et l'irritabilité à des âges très jeunes. Ceci n'est pas étonnant étant donné le caractère développemental du TDDE qui impacterait sur les mécanismes *top-down* et *bottom up*. D'après LEIBENLUFT et al. (96), l'irritabilité est un sujet clinique courant qui peut découler de réponse aberrante à l'approche de la menace et/ou à la frustration. L'anxiété et l'irritabilité sont associées et suggèrent qu'il y a une importance des circuits de réponses au menace dans la physiopathologie de l'irritabilité (96). Elle rapporte qu'il y a chez les patients irritables, des déficits de contrôle cognitif, des anomalies d'apprentissages de la récompense et des réponses exagérées à des frustrations (96). Ces anomalies associées à une défaillance dans les régions médianes impacteraient le contrôle cognitif et l'attention (cortex pariétal, cortex cingulaire antérieur, etc.) et l'apprentissage de la récompense (cortex préfrontal ventromédian, gyrus frontal inférieur, le striatum, etc.) (96).

Il semble donc pertinent de cibler directement l'irritabilité sévère comme le montre le travail de KIRKANSKI et al. (89) qui décrit plusieurs traitements psychosociaux, basés sur la TCC et thérapies intégratives, qui sont développés et testés.

Ensuite, concernant la gestion des émotions avec les parents, l'étude de WAXMONSKY et al. (57) en 2016 décrit un essai randomisé d'une thérapie de groupe intégrative pour les enfants avec SMD et TDAH. L'intervention parentale a été axée sur la gestion des antécédents des accès de colère pour les aider dans la régulation des émotions de leur enfant. Le traitement conjoint a permis une plus grande réduction de l'irritabilité évaluée par les parents qu'avec les psychostimulants (57)(95). Il est important de noter que tous les patients avec un TDDE et quasiment la totalité des patients sans TDDE étaient suivis par un psychiatre avant l'hospitalisation.

Sur le plan médicamenteux, tous les patients avec un TDDE avaient un traitement avant hospitalisation et après hospitalisation. Ce qui correspond au profil de patients que nous avons dans l'unité d'hospitalisation car très souvent, ils ont été hospitalisés à plusieurs reprises en liaison pédopsychiatrique avant d'arriver sur l'unité et ont échappé à plusieurs lignes

thérapeutiques. Ce qui implique plusieurs essais thérapeutiques avant l'hospitalisation sur l'unité URHEA. Cette large utilisation des molécules pourrait s'expliquer du fait de l'absence de diagnostic formel avant l'hospitalisation et la multiplication des hypothèses diagnostiques trouble des conduites, etc. Ce que nous retrouvons dans notre étude car le diagnostic de TDDE a été posé pour tous les patients de notre étude lors de leur hospitalisation à l'URHEA.

Concernant les traitements antérieurs, 52,6% des patients avec un TDDE et 25,7% des patients sans TDDE avaient eu un traitement par ISRS. Cette différence significative entre les 2 groupes nous montre que les patients avec un TDDE avaient plus fréquemment un traitement par ISRS, compte tenu de son imbrication avec le traitement de l'irritabilité retrouvée dans la dépression. Il pouvait également servir à une diminution de l'agressivité (38).

Concernant les traitements actuels et notamment les IRSNA, 36,8% des patients avec un TDDE ont un traitement par IRSNA et tous par Atomoxétine contre 5,7% des patients sans TDDE. Ce traitement semble être une des stratégies de traitement du TDDE dans cette étude. Dans l'étude de BENAROUS et al. (55), il est supposé que l'Atomoxétine pourrait avoir un effet positif sur la dysrégulation émotionnelle en ciblant l'irritabilité des patients sans TDAH et surtout la comorbidité anxieuse. Ceci comporte un biais car les patients de cette étude font partie de notre échantillon et ont été traité par les deuxième et troisième examinateurs.

Concernant les psychostimulants sont prescrits chez 26,3 % des patients avec un TDDE contre 5,7% des patients sans TDDE. Ils semblent être également une autre stratégie de traitement des patients TDDE et ce résultat peut s'expliquer par la comorbidité TDDE et TDAH. Dans l'étude de BENAROUS et al. (45) sur les traitements chez les patients avec une dysrégulation émotionnelle sévère, le traitement par psychostimulant s'est avéré partiellement efficace chez les patients avec TDDE et TDAH (97).

Le TDAH apparaît dans notre étude comme une comorbidité fréquente du TDDE. En effet, 36,8% des patients avec un TDDE contre 11,4% des patients sans TDDE ont un TDAH dans notre étude. Ce résultat est en accord avec les données disponibles actuellement. Les chiffres varient selon les différentes études. Dans l'étude d'AXELSON et al. (42) en 2012, 79% des patients avec un TDDE avaient un TDAH (42). Dans l'étude de TURFAN et al. (98), il y a 69,4% de patients TDDE avec un TDAH. Dans les études de COPELAND et al. (41), d'AXELSON et al. (42) et MITCHELL et al. (99), les enfants et adolescents avec un TDDE ont plus fréquemment un TDAH que les patients sans TDDE. Les chiffres de notre étude sont

certainement plus bas du fait de notre faible échantillon mais reste significatifs. Plus particulièrement, parmi les psychostimulants, le Méthyphénidate est un des traitements de choix du TDAH. Notre étude corrobore ceci car 77,8% des patients avec un TDAH ont un traitement par psychostimulant et plus précisément cinq patients des sept patients avec un TDDE et un TDAH ont un traitement par psychostimulant. La méta-analyse de PRINGSHEIM et al. (100) nous indique que les preuves vont dans le sens que les psychostimulants, l'Atomoxétine et les alpha 2- agonistes se montrent efficaces sur les comportements agressifs ainsi que sur les symptômes du TDAH avec un bénéfice plus important sous psychostimulants.

Par ailleurs, notre étude retrouve qu'aucun des patients avec un TDDE n'est sous thymorégulateur et que 17,1% (n = 12) des patients sans TDDE ont un traitement thymorégulateur. Cette pratique rejoint les données sur l'absence d'efficacité des thymorégulateurs chez les patients avec un TDDE comme évoqué dans le travail de BAWEJA et al. (101) qui revient sur l'essai randomisé et contrôlé contre un placebo mené chez des patients SMD, qui ne retrouvait pas de bénéfice par rapport au placebo (74).

3) L'aspect neurodéveloppemental du TDDE

Nous avons de nombreux arguments dans notre étude pour dire que le TDDE présente des aspects neurodéveloppementaux.

Premièrement, pour approfondir la question de l'attachement et donc du caractère neurodéveloppemental, d'après le DSM-IV, le trouble de l'attachement fait référence à un « *mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de 5 ans.* » (12). La mise en place des interactions précoces perturbée peut entraîner un trouble de l'attachement et majorer le risque d'inattention et d'hyperactivité (102). Les difficultés à réguler les émotions semblent établir un point commun au TDAH et au trouble de l'attachement. En effet, l'étude de FRANC et al. (102), qui revient sur le TDAH et l'attachement, évoque que la qualité de l'attachement et les capacités de régulation interpersonnelle des émotions négatives sont liées chez l'enfant en situation de stress (103). Il existe différents types d'attachement qui ont été décrit à l'aide de la situation étrange :

-l'attachement insécuré qui peut être désorganisé ou organisé sur un mode anxieux-ambivalent ou évitant.

- l'attachement sécure qui est relié à une importante capacité d'adaptation en situation de stress. On retrouve une meilleure régulation des émotions chez les enfants avec un attachement sécure grâce à des modèles internes encourageant la qualité des relations interpersonnelles et la confiance en l'autre (102) (103) (104).

Pour l'attachement insécure, il ne s'agit pas forcément de forme pathologique mais nous pouvons retrouver chez les personnes une certaine vulnérabilité clinique. Ceci entraînerait des modifications précoces et provoquerait un fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire altéré (102) (105). Un attachement de qualité a un impact dans le développement cognitif et émotionnel de l'enfant ainsi des recherches sur les effets à moyen et long terme du stress prénatal pourrait aider à une coordination des mesures préventives avec par exemple un soutien précoce à la parentalité chez les familles comportant un risque (102). Dans notre étude, nous retrouvons que 84,2% des patients avec un TDDE contre 54,3% des patients sans TDDE avaient un trouble de l'attachement. Ce résultat nous amène à penser que le trouble de l'attachement est une comorbidité souvent associée au TDDE. Dans le travail de ZEPF et al. (39), il a été retrouvé que, pour les enfants avec un trouble de la régulation émotionnelle, la norme est d'être issus d'une famille avec un fonctionnement perturbé avec notion de négligence, abus ou séparation des figures d'attachement. La recherche de FALGUIERE et al. (106), nous explique que le lien entre dysrégulation émotionnelle et TDAH pourrait être expliqué par un trouble dans la mise en place de l'attachement (106). Le travail de FRANC et al. (102) retrouve deux études sur des groupes d'enfants ayant subi une carence de soins précoces dans des orphelinats roumains qui ont ensuite été adoptés au Royaume-Uni en comparaison à des enfants adoptés n'ayant pas vécu des carences de soins. La première étude de KREPPNER et al. (107) décrit un effet net de la durée de la carence précoce sur l'apparition plus tard de symptômes d'hyperactivité et d'inattention et souligne une importante association des symptômes avec la présence d'un trouble de l'attachement. Il rapporte que les enfants adoptés après l'âge de six mois présentant plus de symptômes d'hyperactivité et d'inattention (102)(107). Dans la deuxième étude de STEVENS et al. (108), les patients de cette cohorte ont été réévalués après l'âge de 11 ans et retrouvent que les symptômes décrits à l'âge de 6 ans sont constants à la préadolescence malgré un environnement différent (102).

Ce travail a pu mettre en avant une association forte entre trouble de l'attachement et mesure éducative avec 61,1% des patients présentant un trouble de l'attachement ont également une mesure éducative ou une mesure de placement. Ce qui semble plutôt cohérent car ceux ayant vécu des placements, ont vécu des séparations souvent répétées et brutales avec leur figure

d'attachement. Dans notre étude, 52,6% des patients avec un TDDE et 50 % des patients sans TDDE ont une mesure éducative ou un placement.

Dans le travail de CARLSON et al. (109), il est expliqué que les enfants avec des troubles du comportement avec crise de colère sont souvent pris en charge en milieu hospitalier notamment psychiatrique et ont un suivi. Ils sont plus sujets à des placements à domicile ou dans des établissements spécialisés.

Nos résultats peuvent peut-être s'expliquer par une part importante d'événement de vie stressant subis dans les 2 groupes malgré le peu de redoublement dans les 2 groupes (21,1% pour les patients avec un TDDE et 15,7% des patients sans TDDE, l'information n'était pas disponible pour 10% des patients sans TDDE).

Par ailleurs, l'étude nous a permis de recueillir que 42,1% des patients avec un TDDE et 51,4% des patients sans TDDE avaient vécu un événement de vie stressant. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes ce qui peut nous indiquer que les troubles du comportement peuvent se retrouver chez des patients ayant vécu un événement de vie stressant. Les troubles du comportement peuvent être alors l'expression d'un symptôme en lien avec l'événement de vie stressant et pas nécessairement l'expression d'un trouble neurodéveloppemental comme le TDDE. En revanche la forte prévalence d'événement de vie dans le TDDE, devrait nous indiquer de systématiquement les rechercher car pourraient venir aggraver le TDDE surtout s'il existe un traumatisme psychique voire un ESPT comorbide.

Le travail de AL ODHAYANI et al. (110), évoque l'agressivité ou le repli social comme pouvant être un signe de privation affective. Il évoque aussi qu'un comportement hyperactif ou inhabituel peut être un signe de maltraitance (110). La revue de CAFFO et al. (111) expose un lien entre exposition aux traumatismes, un comportement antisocial et troubles psychologiques (112).

L'étude de OUYANG et al. (113) nous a montré qu'avoir eu un vécu de maltraitance était associé à une symptomatologie de TDAH (114). Comme nous l'avons vu dans l'introduction, la dysrégulation entre le top-down et le bottom-up dans le modèle de physiopathologie des patients avec un SMD proposé par LEIBENLUFT va dans le sens que l'irritabilité n'est pas le fait d'une difficulté à gérer les émotions mais plutôt une augmentation de l'excitabilité, cela touche l'attention précoce et l'attention exécutive (35)(39). Ceci pourrait expliquer l'expression majorée des symptômes du TDDE dans le cadre d'un traumatisme et l'augmentation des symptômes du TDAH-like dans ce contexte.

Il est d'autant plus intéressant d'étudier les ATCD familiaux au premier degré pour voir s'il existe un lien entre pathologie psychiatrique familiale et le TDDE. En effet un

environnement familial perturbé et insécurisant par des pathologies psychiatriques peut avoir un impact sur le plan neurodéveloppemental et pourrait favoriser l'apparition du TDDE. Notre étude vient soutenir cette idée car nous retrouvons que 84,2% des patients avec un TDDE et 52,9% des patients sans TDDE ont des ATCD familiaux psychiatriques au premier degré. Ce qui nous manifeste un fort lien entre une histoire familiale avec un ATCD psychiatrique au premier degré, l'exposition précoce aux symptômes psychiatriques, les probables troubles de l'attachement et TDDE. De plus, nous avons connaissance d'un lien entre histoire familiale de trouble bipolaire et TDDE ce qui était établi dans l'étude de SPARKS et al. (115) en 2014, en nous indiquant qu'une histoire familiale de trouble bipolaire augmentait le risque de TDDE. En revanche dans notre étude, nous retrouvons seulement deux patients avec une histoire familiale de trouble bipolaire au deuxième et troisième degré parmi le groupe avec TDDE.

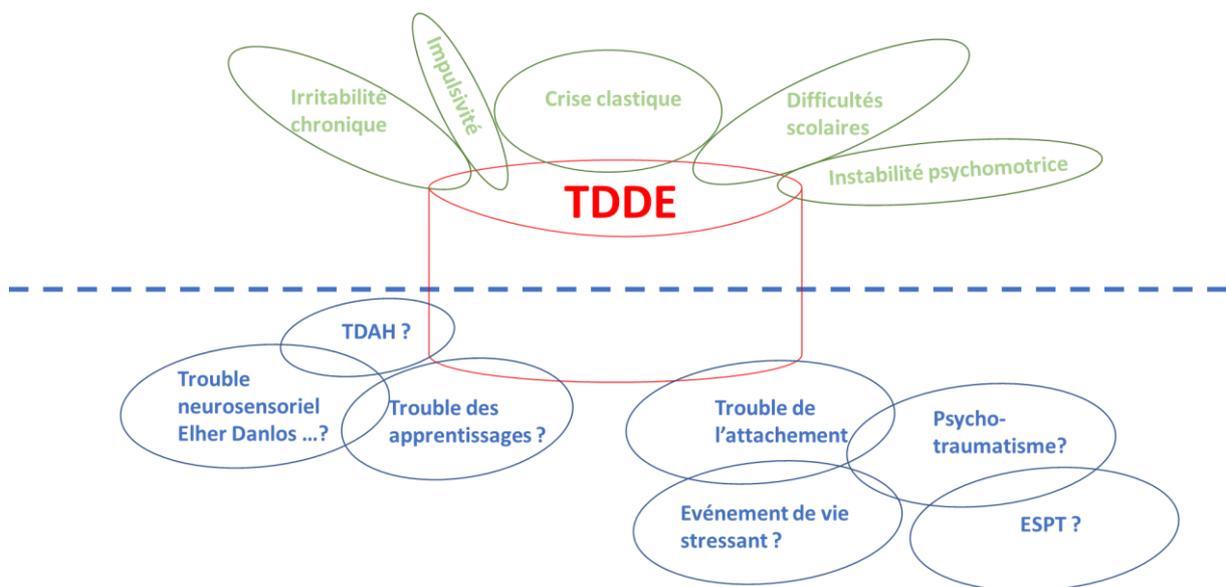
Deuxièmement, l'aspect neurodéveloppemental du TDDE dans notre étude s'exprime clairement par la cinétique du développement du trouble, notamment avec l'âge du début des troubles. D'après les critères diagnostiques du TDDE, nous ne pouvons pas diagnostiquer de TDDE avant l'âge de 6 ans. Or dans notre étude, nous retrouvons que la moyenne d'âge de début des troubles pour le groupe TDDE est de 4,53 ans (vs 5,99 ans pour le groupe sans TDDE). Ces données nous font penser qu'il faudrait être plus vigilant dans la petite enfance sur les aspects développementaux de l'enfant et de l'émergence précoce d'une symptomatologie telle que l'irritabilité, l'anxiété, les troubles de l'apprentissage et les troubles du sommeil. BENAROUS et al. (116) reviennent et insistent sur cette idée et évoquaient qu'il fallait examiner attentivement les facteurs externes (modèle d'attachement, compétence parentale etc.) et les facteurs internes (les troubles du développement) concernés dans le développement de la régulation émotionnelle.

Troisièmement, notre étude met en avant que 63,2% (n = 12) des patients avec un TDDE et 27,1% (n = 19) des patients sans TDDE présente un trouble des apprentissages. Nos résultats sont plus élevés que dans l'étude de BENAROUS et al. (117) qui montrait que 19 % des patients avec un TDDE avaient un trouble des apprentissages (7 sur 36 patients TDDE) contre 11% des patients sans TDDE (14 sur 127) et 25% des patients avec un TDDE avaient des difficultés dans les apprentissages scolaires.

Dans le travail de CARLSON et al. (118), il est évoqué que les patients avec irritabilité peuvent présenter un trouble psychiatrique, un trouble du langage et un trouble des apprentissages.

Pour conclure cette partie sur l'aspect neurodéveloppemental du TDDE, nous pouvons prendre l'image de l'iceberg pour schématiser toute la problématique de la prise en charge du TDDE. La partie visible de l'iceberg représenterait le TDDE a proprement parlé avec les symptômes « bruyant » et clastiques et la partie immergée matérialiserait les différents aspects neurodéveloppementaux sous-jacents du TDDE à ne pas négliger, qui sont le TDAH, le trouble de l'attachement, le trouble des apprentissages, le vécu familial douloureux, les psycho-traumas ou l'ESPT (cf. ci-dessous, Figure 3: TDDE et aspects neurodéveloppementaux).

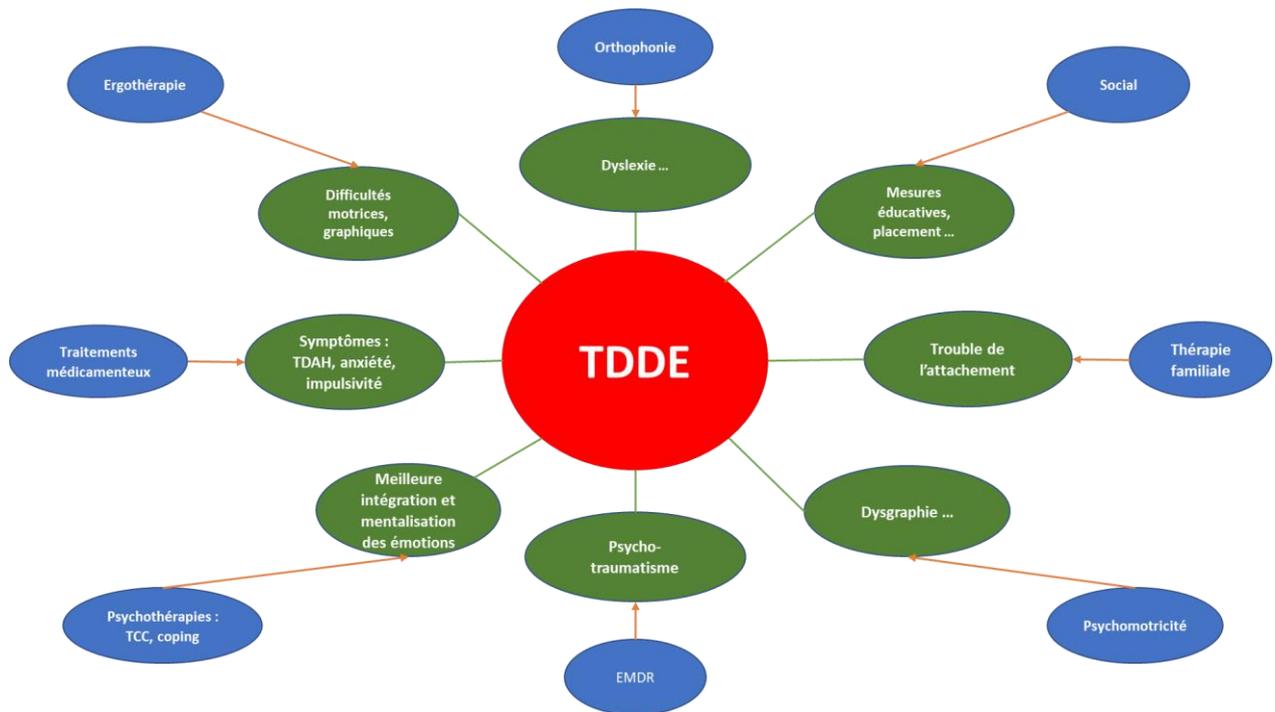
Figure 3 : TDDE et aspects neurodéveloppementaux



La prise en charge du TDDE est donc très complexe avec un champ thérapeutique pluridisciplinaire large et varié. Nous proposons un résumé de ce qui nous paraît être indispensable pour l'approche et la prise en charge intégrative et développementale des patients présentant un TDDE. Nous insistons sur le fait que la prise en charge ne peut être seulement axée sur le traitement médicamenteux et les psychothérapies mais qu'il doit aussi être axé sur le plan social, le plan neuropsychologique, le plan ergothérapeutique, le plan

psychomoteur, psychopathologique etc. Nous soulignons qu'il ne faut pas exclure la famille de la prise en charge quand elle est présente mais au contraire l'inclure au cœur de la prise en charge afin de travailler notamment sur les problématiques de l'attachement (cf. Figure 4 : Prise en charge complexe du TDDE).

Figure 4 : Prise en charge complexe du TDDE



4) Les forces, les limites de l'étude et les perspectives

Cette étude nous a permis d'étudier la prévalence du TDDE en milieu hospitalier. La stabilité de ce diagnostic a été établie au sein de cette unité par trois examinateurs différents. Cette étude appuie le fait que le TDDE peut avoir plusieurs comorbidités comme le trouble de l'attachement, le trouble des apprentissages et le TDAH. Il existe plusieurs limites à prendre en compte.

Premièrement, plusieurs biais se trouvent dans ce travail de recherche, le premier étant le biais effet-centre en lien avec l'unité d'hospitalisation URHEA. En effet, l'unité d'hospitalisation URHEA est une unité spécialisée de troisième recours et prend en charge une population de patients sévères et complexe avec de nombreuses comorbidités. Les résultats ne sont donc pas nécessairement extrapolables à la population hospitalière générale. D'autres études prospectives seraient judicieuses et nécessaires en milieu hospitalier notamment en pédopsychiatrie de liaison par exemple. Un second biais concernerait les 3 examinateurs. En effet, le deuxième examinateur, le Dr FERRAFIAT était le médecin chef de l'unité URHEA. Le troisième examinateur, le Dr BENAROUS ne regardait que les dossiers et questionnaires des patients validés par le Dr FERRAFIAT. Ce qui pourrait biaiser les résultats si les 2 premiers examinateurs n'avaient pas répondu correctement à l'hypothèse du diagnostic TDDE. Ce qui est pertinent c'est que les examinateurs étaient d'accords entre eux. Cependant, les deux examinateurs ont une expertise dans la prise en charge du TDDE donc il semble peu probable qu'il y ait eu des erreurs de diagnostic entre la deuxième et la troisième étape.

Deuxièmement, l'échantillon est faible. Il aurait été intéressant d'avoir plus de patients TDDE inclus en élargissant l'étude sur quelques années de plus avant de voir si les résultats significatifs se confirmaient également.

Troisièmement, les traitements non pharmacologiques n'ont pas été étudiés, nous nous sommes intéressés surtout aux PEC extérieures antérieures à l'hospitalisation mais il a été clairement établi qu'il y avait une différence significative entre le groupe avec TDDE et sans TDDE. Ce qui montrait que le groupe avec TDDE était suivi psychologiquement avant hospitalisation. Les différents types de thérapies n'ont pas été explorés. Cela pourrait être intéressant de réaliser d'autres études en les intégrant.

Quatrièmement, il s'agit d'une étude rétrospective, l'étude perd en fiabilité si les informations ne sont pas disponibles alors qu'en prospective les informations peuvent être recherchées directement.

Cinquièmement, d'autres études seront nécessaires pour avoir un follow up de ces patients sur plusieurs mois ou années et de voir sur le long terme qu'elle est leur évolution. Que deviennent ces patients à l'âge adulte ? Des études suggèrent qu'à l'âge adulte, les

enfants et adolescents avec l'irritabilité du TDDE pourraient avoir une prédisposition au syndrome dépressif majeur (51).

Sixièmement, les échelles spécifiques au TDDE n'avaient pas été réalisées pour chaque patient donc nous avons perdu en précision. Intégrer les échelles dans les études prospectives permettrait d'avoir une quantification sur l'amélioration de la symptomatologie et ou de voir l'efficacité ou inefficacité des traitements.

Septièmement, nous avons des précisions sur les différents types des troubles des apprentissages mais il n'y avait pas d'information concernant le type du trouble de l'attachement, il serait intéressant d'approfondir cette question afin de voir s'il y a un lien entre TDDE et un type d'attachement particulier.

5) Profil majoritaire et « type » des enfants et adolescents TDDE de l'étude

A partir des données recueillies dans l'étude, nous avons établi un profil des patients avec un TDDE (cf. Tableau 39 : Profil des patients avec TDDE de l'étude)

Tableau 39 : Profil des patients avec TDDE de l'étude

Profil TDDE établis à l'aide de nos 19 patients de l'étude	
SEXE	Masculin
AGE	8 à 14 ans
SITUATION FAMILIALE	Parents séparés
DOMICILE	Domicile maternel
PEC EXTERIEURES	Suivi psychiatrique et suivi psychologique
AGE MOYEN DE DEBUT DES TROUBLES	4,53 ans
DUREE DES TROUBLES	6,05 ans
NOMBRE MOYEN D'ATCD D'HOSPITALISATION	2,26
ATCD FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES AU PREMIER DEGRE	Oui
DUREE MOYENNE D'HOSPITALISATION	59,89 jours
TRAITEMENTS ANTERIEURS	Oui par ISRS
TRAITEMENTS ACTUELS	Oui par ISRNA, psychostimulants
CLINIQUE	Crise clastique Irritabilité chronique Hétéro-agressivité Intolérance à la frustration Impulsivité Difficultés de mentalisation Difficultés de gestion des émotions
COMORBIDITES	TDAH Trouble de l'attachement Trouble des apprentissages

V-Conclusion

Le TDDE reste un sujet complexe en pleine émergence. Il représente un enjeu diagnostique et thérapeutique, il semble important de mieux le repérer afin de mieux le traiter. Cette étude nous a permis d'avoir la prévalence du TDDE dans une population hospitalière particulière. Elle représente 21,3% des patients hospitalisés pour crise clastique et 11% de la totalité des patients hospitalisés entre 2017 et 2019. Cette étude visait également à rechercher la stabilité diagnostique, elle a été établie à l'aide de 3 examinateurs. Ces derniers étaient en accord sur le diagnostic du TDDE chez les 19 patients diagnostiqués, soulignant la stabilité de ce diagnostic quand il est posé.

Elle a également caractérisé la population des enfants et adolescents hospitalisés pour crise clastique. Différentes caractéristiques ont été étudiées, au delà de l'irritabilité chronique comme un symptôme majeur du TDDE, afin de mieux phénotyper les patients hospitalisés. Nous avons trouvé que certains troubles neurodéveloppementaux comme le TDAH et les troubles d'apprentissage étaient significativement plus fréquents chez les patients avec un TDDE. Le trouble de l'attachement a été significativement plus fréquent chez ces patients. Ces éléments amènent des pistes intéressantes tant sur le plan du dépistage de ces troubles neurodéveloppemental et psychoaffectif, que de leur prise en charge dans un souci d'une approche intégrative et développementale des patients avec un TDDE.

D'autres études seraient nécessaires afin d'affiner la psychopathologie et la neurophysiopathologie de ces patients souffrant d'un TDDE. Il semblerait pertinent de faire une étude prospective sur le sujet avec des échelles spécifiques du trouble. Il faudrait avoir également un suivi de ces patients en post-hospitalisation et sur un plus long terme pour savoir ce que deviennent les patients à l'âge adulte.

VI-Bibliographie

1. Définitions : comportement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comportement/17728>
2. Troubles du comportement - [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: http://www.ac-grenoble.fr/savoie/pedagogie/docs_pedas/troubles_comportement_2/index.php?num=930
3. Krotenberg A, Lambert É. Chapitre II. Les troubles du comportement : un terme générique pour désigner des situations très variées. *Enfance / adolescence et ses troubles*. 2012;53-92.
4. Laudrin S, Speranza M. Crise et urgence en pédopsychiatrie. *Enfances & Psy*. 2002;18(2):17.
5. Définitions : crise - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/crise/20526>
6. Définitions : clastique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/clastique/16422>
7. Gicquel L. Crises clastiques, scarifications et automutilations. In: *Médecine et Santé de L'adolescent* [Internet]. Elsevier; 2019 [cité 8 avr 2021]. p. 277-81. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294759192000357>
8. Houssier F. Erik Erikson Les crises de l'identité [Internet]. *Sciences Humaines*. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: https://www.scienceshumaines.com/erik-erikson-les-crisis-de-l-identite_fr_40546.html
9. Accès de colère - Pédiatrie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-et-probl%C3%A8mes-comportementaux-chez-les-enfants/acc%C3%A8s-de-col%C3%A8re?query=Acc%C3%A8s%20de%20col%C3%A8re>
10. Roskam I, Kinoo P, Nassogne M-C. L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. août 2007;55(4):204-13.
11. Harf A, Taïeb O, Moro MR. Troubles du comportement externalisés à l'adolescence et adoptions internationales : revue de la littérature. *L'Encéphale*. juin 2007;33(3):270-6.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV-TR®*. 4. Arlington: American Psychiatric Publishing; 1994.
13. Braham S, Hadj Kacem I, Mlika S, Moalla Y, Walha A, Gaddour N, et al. Impulsivité et problèmes d'internalisation et d'externalisation chez l'adolescent. *L'Encéphale*. juin 2015;41(3):215-20.

14. [PDF] Helping Students Overcome Depression and Anxiety: A Practical Guide. Second Edition. | Semantic Scholar [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Helping-Students-Overcome-Depression-and-Anxiety%3A-A-Merrell/3d41664d4dff691c5f4cd665fa4a29767df22bab>
15. Merrell KW, Walker HM. Deconstructing a definition: Social maladjustment versus emotional disturbance and moving the EBD field forward. *Psychology in the Schools*. 2004;41(8):899-910.
16. Speranza M. Les urgences pédiopsychiatriques : expérience de la création d'une unité d'accueil et d'urgence au sein du CHU de Bicêtre. :4.
17. Chatagner A. Adolescents et urgences pédiopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. 2013;9.
18. Glomot A, and Christelle L. 2017. *Enfants et adolescents en souffrance psychique: un état des lieux des prises en charges en pédiatrie à l'hôpital de Boulogne-sur-Mer*. Thèse d'exercice : Médecine. Psychiatrie : Lille 2 : 2017.
19. Podlipski MA, Peuch AC, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, Mallet E, Marguet C, Gérardin P. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédiopsychiatrique [Adolescents consulting at the pediatric emergency room for psychological or psychiatric reasons]. *Arch Pediatr*. 2014 Jan;21(1):7-12. French. doi: 10.1016/j.arcped.2013.10.007. Epub 2013 Nov 26. PMID: 24290183.
20. Blondon M, Périsset D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. 2007;8.
21. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing Best Practice in Pediatric Emergency Mental Health: A Prospective Study Examining Clinical Characteristics. *Pediatric Emergency Care*. juin 2009;25(6):380-6.
22. Définitions : irritabilité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/irritabilit%C3%A9/44357>
23. Fournier P, Desombre H. Le concept d'irritabilité chronique sévère : une dimension clinique à prendre en compte chez l'enfant et l'adolescent. *L'Encéphale*. avr 2017;43(2):187-91.
24. Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A, Polanczyk GV. Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(01):S32-9.
25. Stability of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms (Irritable-Angry Mood and Temper Outbursts) Throughout Childhood and Adolescence in a General Population Sample | SpringerLink [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-015-0033-8>
26. Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*. sept 2007;64(9):1032-9.

27. Leibenluft E, Charney DS, Pine DS. Researching the pathophysiology of pediatric bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2003; 53:1009–20. [PubMed: 12788246].
28. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining Clinical Phenotypes of Juvenile Mania. *American Journal of Psychiatry*. mars 2003;160(3):430-7.
29. NIMH » Principal Investigator: Ellen Leibenluft, M.D. [Internet]. [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/principal-investigators/ellen-leibenluft.shtml>
30. Carlson GA, Potegal M, Margulies D, Gutkovich Z, Basile J. Rages—What Are They and Who Has Them? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. juin 2009;19(3):281-8.
31. Mick E, Spencer T, Wozniak J, Biederman J. Heterogeneity of Irritability in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Subjects With and Without Mood Disorders. *Biological Psychiatry*. oct 2005;58(7):576-82.
32. Chen J, Wang Z, Fang Y. The history, diagnosis and treatment of disruptive mood dysregulation disorder. 2016;28(5):4.
33. Leibenluft E. Severe Mood Dysregulation, Irritability, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths. *Am J Psychiatry*. févr 2011;168(2):129-42.
34. Leibenluft E, Stoddard J. The developmental psychopathology of irritability. *Dev Psychopathol*. nov 2013;25(4 0 2):1473-87.
35. 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 ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. mars 2014;62(2):72-82.
36. Masi G, Pisano S, Milone A, Muratori P. Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: a longitudinal study. Masi G, Pisano S, Milone A, Muratori P (2015) Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: a longitudinal study *J Affect Disord* 186:249–253 doi:101016/j.jad201505069.
37. Roy AK, Lopes V, Klein RG. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A New Diagnostic Approach to Chronic Irritability in Youth. *American Journal of Psychiatry*. sept 2014;171(9):918-24.
38. Tourian L, LeBoeuf A, Breton JJ, Cohen D, Gignac M, Labelle R, Guile JM, Renaud J. Treatment options for the cardinal symptoms of disruptive mood dysregulation disorder. Tourian L, LeBoeuf A, Breton JJ, Cohen D, Gignac M, Labelle R, Guile JM, Renaud J (2015) Treatment options for the cardinal symptoms of disruptive mood dysregulation disorder *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 24(1):41–54.
39. Zepf FD, Holtmann M. Trouble perturbateur de la régulation émotionnelle. :12.
40. American Psychiatric Association . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition ed. American Psychiatric Press; Washington, DC: 2013.

41. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, Comorbidity, and Correlates of DSM-5 Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *American Journal of Psychiatry*. févr 2013;170(2):173-9.
42. Axelson D, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz SM, et al. Examining the Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder Diagnosis in Children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms Study. *J Clin Psychiatry*. oct 2012;73(10):1342-50.
43. Margulies DM, Weintraub S, Basile J, Grover PJ, Carlson GA. Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children.
44. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ (2014) Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder *Am J Psychiatry* 171(6):668–674 doi:10.1176/appi.ajp.2014.13091213.
45. 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. *European Child & Adolescent Psychiatry*. janv 2017;26(1):5-23.
46. Dickstein DP, Finger EC, Brotman MA, Rich BA, Pine DS, Blair JR, et al. Impaired probabilistic reversal learning in youths with mood and anxiety disorders. *Psychol Med*. juill 2010;40(7):1089-100.
47. Guyer AE, McClure EB, Adler AD, Brotman MA, Rich BA, Kimes AS, et al. Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. sept 2007;48(9):863-71.
48. Rich BA, Grimley ME, Schmajuk M, Blair KS, Blair RJR, Leibenluft E. Face emotion labeling deficits in children with bipolar disorder and severe mood dysregulation. *Dev Psychopathol*. 2008;20(2):529-46.
49. Rich BA, Schmajuk M, Perez-Edgar KE, Fox NA, Pine DS, Leibenluft, E. Different Psychophysiological and Behavioral Responses Elicited by Frustration in Pediatric Bipolar Disorder and Severe Mood Dysregulation. *Am J Psychiatry*. 2007;9.
50. Brotman MA, Rich BA, Guyer AE, Lunsford JR, Horsey SE, Reising MM, et al. Amygdala Activation During Emotion Processing of Neutral Faces in Children With Severe Mood Dysregulation Versus ADHD or Bipolar Disorder. *AJP*. janv 2010;167(1):61-9.
51. Masi L. Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère chez l'enfant : évolution nosologique et affiliation aux pathologies de l'humeur. 2014;7.
52. 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*. 1 nov 2006;60(9):991-7.

53. 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.
54. Pappadopulos E, Woolston S, Chait A, Perkins M, Connor DF, Jensen PS. Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: efficacy and effect size. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* févr 2006;15(1):27-39.
55. Benarous X, Ferrafiat V, Zammit J, Consoli A, Gérardin P, Guilé J-M, et al. Effective use of atomoxetine to treat six inpatient youths with disruptive mood dysregulation disorder without attention deficit disorder. *CNS Spectrums.* 20 juin 2019;1-3.
56. Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, et al. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. *Psychiatry Research.* sept 2019;279:323-30.
57. Waxmonsky JG, Waschbusch DA, Belin P, Li T, Babocsai L, Humphrey H, et al. A Randomized Clinical Trial of an Integrative Group Therapy for Children With Severe Mood Dysregulation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 2016;55(3):196-207.
58. 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 ?, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 62, Issue 2, 2014, Pages 72-82, ISSN 0222-9617, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.10.001>.
59. Cohen D, Raffin M, Canitano R, Bodeau N, Bonnot O, Perisse D, et al. Risperidone or Aripiprazole in Children and Adolescents with Autism and/or Intellectual Disability: A Bayesian Meta-Analysis of Efficacy and Secondary Effects. *Research in Autism Spectrum Disorders.* janv 2013;7(1):167-75.
60. Owen R, Sikich L, Marcus RN, Corey-Lisle P, Manos G, McQuade RD, et al. Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics.* déc 2009;124(6):1533-40.
61. Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith I, et al. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics.* nov 2004;114(5):e634-641.
62. Aversa R, D'Agati E, Vicari S. Low-dose aripiprazole monotherapy in a young child with disruptive mood dysregulation disorder. *Therapeutic Advances in.* avr 2016;6(2):149-51.
63. Correia Filho AG, Bodanese R, Silva TL, Alvares JP, Aman M, Rohde LA. Comparison of risperidone and methylphenidate for reducing ADHD symptoms in children and adolescents with moderate mental retardation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Aug;44(8):748-55. doi: 10.1097/01.chi.0000166986.30592.67. PMID: 16034276.
64. Aman MG, Binder C, Turgay A. Risperidone effects in the presence/absence of psychostimulant medicine in children with ADHD, other disruptive behavior disorders, and subaverage IQ. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2004;14(2):243-54.

65. Connor DF, McLaughlin TJ, Jeffers-Terry M. Randomized controlled pilot study of quetiapine in the treatment of adolescent conduct disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* avr 2008;18(2):140-56.
66. Campbell M, Small AM, Green WH, Jennings SJ, Perry R, Bennett WG, et al. Behavioral efficacy of haloperidol and lithium carbonate. A comparison in hospitalized aggressive children with conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry.* juill 1984;41(7):650-6.
67. Anderson LT, Campbell M, Adams P, Small AM, Perry R, Shell J. The effects of haloperidol on discrimination learning and behavioral symptoms in autistic children. *J Autism Dev Disord.* juin 1989;19(2):227-39.
68. Aman MG, Marks RE, Turbott SH, Wilsher CP, Merry SN. Methylphenidate and thioridazine in the treatment of intellectually subaverage children: effects on cognitive-motor performance. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 1991;30(5):816-24.
69. Pan P-Y, Fu A-T, Yeh C-B. Aripiprazole/Methylphenidate Combination in Children and Adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Open-Label Study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* déc 2018;28(10):682-9.
70. Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF, Cater J, Campbell M. A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry.* juill 2000;57(7):649-54.
71. Campbell M, Adams PB, Small AM, Kafantaris V, Silva RR, Shell J, et al. Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* avr 1995;34(4):445-53.
72. Carlson GA, Rapport MD, Pataki CS, Kelly KL. Lithium in hospitalized children at 4 and 8 weeks: mood, behavior and cognitive effects. *J Child Psychol Psychiatry.* févr 1992;33(2):411-25.
73. Rifkin A, Karajgi B, Dicker R, Perl E, Boppana V, Hasan N, et al. Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *The American Journal of Psychiatry.* 1997;154(4):554-5.
74. Dickstein DP, Towbin KE, Van Der Veen JW, Rich BA, Brotman MA, Knopf L, et al. Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Lithium in Youths with Severe Mood Dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* févr 2009;19(1):61-73.
75. Cueva JE, Overall JE, Small AM, Armenteros JL, Perry R, Campbell M. Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1996;35(4):480-90.
76. Mandoki MW, Sumner GS, Matthews-Ferrari K. Evaluation and treatment of rage in children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1992;22(4):227-35.

77. Belsito KM, Law PA, Kirk KS, Landa RJ, Zimmerman AW. Lamotrigine therapy for autistic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Autism Dev Disord.* avr 2001;31(2):175-81.
78. Leiberich P, Nickel MK, Tritt K, Pedrosa Gil F. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients, Part II: an 18-month follow-up. *J Psychopharmacol.* sept 2008;22(7):805-8.
79. Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH, et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol.* mai 2005;19(3):287-91.
80. Donovan SJ, Stewart JW, Nunes EV, Quitkin FM, Parides M, Daniel W, et al. Divalproex treatment for youth with explosive temper and mood lability: a double-blind, placebo-controlled crossover design. *Am J Psychiatry.* mai 2000;157(5):818-20.
81. Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 2002;41(3):253-61.
82. Jaselskis CA, Cook EH, Fletcher KE, Leventhal BL. Clonidine treatment of hyperactive and impulsive children with autistic disorder. *J Clin Psychopharmacol.* oct 1992;12(5):322-7.
83. Scahill L, Chappell PB, Kim YS, Schultz RT, Katsovich L, Shepherd E, et al. A placebo-controlled study of guanfacine in the treatment of children with tic disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* juill 2001;158(7):1067-74.
84. Ruggiero S, Clavenna A, Reale L, Capuano A, Rossi F, Bonati M. Guanfacine for attention deficit and hyperactivity disorder in pediatrics: A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology.* oct 2014;24(10):1578-90.
85. Williams DT, Mehl R, Yudofsky S, Adams D, Roseman B. The effect of propranolol on uncontrolled rage outbursts in children and adolescents with organic brain dysfunction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry.* 1982;21(2):129-35.
86. Luchins DJ, Dojka D. Lithium and propranolol in aggression and self-injurious behavior in the mentally retarded. *Psychopharmacol Bull.* 1989;25(3):372-5.
87. Kuperman S, Stewart MA. Use of propranolol to decrease aggressive outbursts in younger patients. Open study reveals potentially favorable outcome. *Psychosomatics.* juin 1987;28(6):315-9.
88. Parmar A, Vats D, Parmar R, Aligeti M. Role of Naltrexone in Management of Behavioral Outbursts in an Adolescent Male Diagnosed with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* déc 2014;24(10):594-5.
89. Kircanski K, Clayton ME, Leibenluft E, Brotman MA. Psychosocial Treatment of Irritability in Youth. *Curr Treat Options Psychiatry.* mars 2018;5(1):129-40.

90. Rao U. DSM-5: Disruptive mood dysregulation disorder. *Asian Journal of Psychiatry*. oct 2014;11:119-23.
91. Naim R, Kircanski K, Gold A, German RE, Davis M, Perlstein S, et al. Across-subjects multiple baseline trial of exposure-based cognitive-behavioral therapy for severe irritability: a study protocol. *BMJ Open*. mars 2021;11(3):e039169.
92. Roy S. Le processus de mentalisation : Intérêts cliniques. :77.
93. Boudjerida A, Labelle R, Bergeron Lise, Berthiaume C, Breton J-J. Validation de l'échelle du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. 2018.
94. Chase D, Harvey PD, Pogge DL. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) in psychiatric inpatient child admissions: Prevalence among consecutive admissions and in children receiving NOS diagnoses. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. déc 2020;38:102-6.
95. Mayes S, Baweja R, Hameed U, Waxmonsky J. Disruptive mood dysregulation disorder: current insights. *NDT*. août 2016;Volume 12:2115-24.
96. Leibenluft E. Pediatric irritability: A systems neuroscience approach. *Trends Cogn Sci*. avr 2017;21(4):277-89.
97. Waxmonsky J, Pelham WE, Gnagy E, Cummings MR, O'Connor B, Majumdar A, et al. The Efficacy and Tolerability of Methylphenidate and Behavior Modification in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Severe Mood Dysregulation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. déc 2008;18(6):573-88.
98. Tufan E, Topal Z, Demir N, Taskiran S, Savci U, Cansiz MA, et al. Sociodemographic and Clinical Features of Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Chart Review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. mars 2016;26(2):94-100.
99. Mitchell RHB, Timmins V, Collins J, Scavone A, Iskric A, Goldstein BI. Prevalence and Correlates of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Among Adolescents with Bipolar Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 1 mars 2016;26(2):147-53.
100. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can J Psychiatry*. févr 2015;60(2):42-51.
101. Baweja R, Mayes SD, Hameed U, Waxmonsky JG. Disruptive mood dysregulation disorder: current insights. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 24 août 2016;12:2115-24.
102. Franc N, Maury M, Purper-Ouakil D. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) : quels liens avec l'attachement ? *L'Encéphale*. juin 2009;35(3):256-61.

103. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *J Consult Clin Psychol.* avr 1996;64(2):237-43.
104. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol.* 1997;9(4):679-700.
105. Bloch M, Peleg I, Koren D, Aner H, Klein E. Long-term effects of early parental loss due to divorce on the HPA axis. *Horm Behav.* avr 2007;51(4):516-23.
106. Falguière N, Welniarz B. L'enfant instable: Liens entre trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité, trouble bipolaire pédiatrique et dysrégulation comportementale et émotionnelle sévère. *Perspectives Psy.* janv 2016;55(1):8-17.
107. Kreppner JM, O'Connor TG, Rutter M. Can Inattention/Overactivity Be an Institutional Deprivation Syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology.* 2001;16.
108. Stevens SE, Sonuga-Barke EJS, Kreppner JM, Beckett C, Castle J, Colvert E, et al. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* avr 2008;36(3):385-98.
109. Carlson GA, Dyson M. Diagnostic Implications of Informant Disagreement About Rage Outbursts: Bipolar Disorder or Another Condition? :8.
110. Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Conséquences comportementales de la violence faite aux enfants. *Can Fam Physician.* août 2013;59(8):e350-6.
111. Caffo E, Forresi B, Lievers LS. Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry.* juill 2005;18(4):422-8.
112. Psychopathology in female juvenile offenders - Dixon - 2004 - *Journal of Child Psychology and Psychiatry* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2004.00307.x?sid=nlm%3Apubmed>
113. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Child Maltreatment: A Population-Based Study. *The Journal of Pediatrics.* déc 2008;153(6):851-6.
114. Gétin C. Déclaration de consensus international de la World Federation of ADHD : [Internet]. *HyperSupers - TDAH France.* [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.tdah-france.fr/Declaration-de-consensus-international-de-la-World-Federation-of-ADHD.html>
115. Sparks GM, Axelson DA, Yu H, Ha W, Ballester J, Diler RS, et al. Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Chronic Irritability in Youth at Familial Risk for Bipolar Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* avr 2014;53(4):408-16.
116. Benarous X, Cohen D, Ferrafiat V, Guilé J-M. Navigating in Troubled Waters: The Developmental Roots of Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* mars 2021;60(3):320-1.

117. Benarous X, Renaud J, Breton JJ, Cohen D, Labelle R, Guilé J-M. Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder? *Journal of Affective Disorders*. mars 2020;265:207-15.
118. Carlson GA, Klein DN. Commentary: Frying pan to fire? Commentary on Stringaris et al. (2018). *J Child Psychol Psychiatr*. juill 2018;59(7):740-3.

VII-Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des critères de diagnostic du TDDE du DSM-5 (40)

A	Crises de colères sévères et récurrentes en réponse à un facteurs de stress habituel : <ul style="list-style-type: none">• Soit verbalement soit à travers le comportement, tel que crise de rage verbale, agression physique à l'encontre des personnes et des objets.• Réaction globalement excessive en terme de durée et d'intensité compte tenu de la situation de frustration.• Inadapté au niveau de développement de l'enfant.
B	Crises de colères, en moyenne, 3 fois ou plus par semaine
C	L'humeur anormale négative persistante entre les crises (irritabilité, colère, et/ou tristesse) quasiment toute la journée
D	Les critères A-C doivent être présent au moins de 12 mois sans intervalle libre de plus de 3 mois consécutif
E	Les symptômes se manifestent dans au moins deux types d'environnements différents (à la maison, à l'école, avec les pairs) et doivent être sévères dans au moins un domaine.
F	Agé de 6 ans ou plus
G	Age de survenue avant 10 ans
H & I	Le symptômes ne répondent pas aux critères d'un autre trouble mental (par exemple trouble bipolaire, épisode dépressif majeur, psychose) mais peut coexister avec un trouble oppositionnel avec provocation, un TDAH ou un abus de substance

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des critères de diagnostic du SMD (27) (33)

Critère d'inclusion	Critère d'exclusion
1. Age entre 7 et 17 ans, survenus du syndrome avant 12 ans	Présence d'un des symptômes cardinaux de la manie: <ul style="list-style-type: none"> • Humeur élevée ou expansive • Idées de grandeur ou augmentation de l'estime de soi • Réduction épisodique du besoin de sommeil
2. Humeur anormale (tristesse, colère) présent au moins une demi-journée la plupart des jours et suffisamment sévère pour être constaté par l'entourage de l'enfant (parent, professeur, pairs)	Ces symptômes survenant de manière épisodique
3. Excitabilité définie par au moins 3 des critères suivants: insomnie, agitation, distractibilité, accélération de la pensée fuite des idées	Répond aux critères diagnostiques d'une schizophrénie, d'une schizophrénie dysthymique, de troubles envahissants du développement, ou de syndrome de stress post traumatique
4. Comparé à ses pairs, l'enfant montre une réactivité marquée et amplifiée aux stimuli négatifs qui se traduit verbalement ou dans le comportement par exemple à travers des crises de colère lors des moments des frustrations (inapproprié pour l'âge/pour le facteur précipitant), crise de rage verbale, et/ou agression de personnes ou d'objet, de tel événement surviennent en moyenne 3 fois par semaine	Répond aux critères d'un abus de substance dans les 3 mois qui précèdent
5. Les symptômes décrits dans le critère 2, 3 et 4 sont habituellement présents et persistent pendant plus de 12 mois, sans intervalle libre de plus de 2 mois.	QI < 70
6. Ses symptômes sont très gênants dans au moins un lieu (domicile, école, avec les pairs) et au moins moyennement gênant dans un autre lieu	Symptômes dues aux effets physiologiques de substances ou liés à une affection médicale ou neurologique

Annexe 3 : Questionnaire pour le recueil des données de l'étude

Thèse

Général	
1. Initiales <input type="text"/>	4. Sexe <input type="radio"/> 1. Féminin <input type="radio"/> 2. Masculin
2. Date de naissance <input type="text"/>	5. Observation N° <input type="text"/>
3. Âge <input type="radio"/> 1. 5 <input type="radio"/> 2. 6 <input type="radio"/> 3. 7 <input type="radio"/> 4. 8 <input type="radio"/> 5. 9 <input type="radio"/> 6. 10 <input type="radio"/> 7. 11 <input type="radio"/> 8. 12 <input type="radio"/> 9. 13 <input type="radio"/> 10. 14 <input type="radio"/> 11. 15 <input type="radio"/> 12. 16	6. Liée à échelle N° <input type="text"/>
MDV	
7. Hébergement <input type="checkbox"/> 1. Domicile <input type="checkbox"/> 2. Domicile maternel <input type="checkbox"/> 3. Domicile paternel <input type="checkbox"/> 4. Domicile hors parents <input type="checkbox"/> 5. Famille d'accueil <input type="checkbox"/> 6. Foyer <input type="checkbox"/> 7. SAFT <input type="checkbox"/> 8. Internat <input type="checkbox"/> 9. Alternance internat/domicile <input type="checkbox"/> 10. Alternance domicile/IME <input type="checkbox"/> 11. Alternance domicile/ITEP <input type="checkbox"/> 12. Information non disponible <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>	12. Scolarité <input type="checkbox"/> 1. Classique <input type="checkbox"/> 2. EREA <input type="checkbox"/> 3. IEM <input type="checkbox"/> 4. IME <input type="checkbox"/> 5. ITEP <input type="checkbox"/> 6. SEGPA <input type="checkbox"/> 7. ULIS <input type="checkbox"/> 8. UMSIS <input type="checkbox"/> 9. Déscolarisation <input type="checkbox"/> 10. Information non disponible <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).</i>
8. Situation Familiale <input type="checkbox"/> 1. Parents ensemble <input type="checkbox"/> 2. Parents séparés <input type="checkbox"/> 3. Père décédé <input type="checkbox"/> 4. Mère décédée <input type="checkbox"/> 5. Pas de contact avec le père <input type="checkbox"/> 6. Pas de contact avec la mère <input type="checkbox"/> 7. Père incarcéré <input type="checkbox"/> 8. Mère incarcérée <input type="checkbox"/> 9. Père à l'étranger <input type="checkbox"/> 10. Mère à l'étranger <input type="checkbox"/> 11. Adopté(e) <input type="checkbox"/> 12. Pupille de l'état <input type="checkbox"/> 13. Information non disponible <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>	13. Niveau scolaire <input type="radio"/> 1. Maternelle <input type="radio"/> 2. CP <input type="radio"/> 3. CE1 <input type="radio"/> 4. CE2 <input type="radio"/> 5. CM1 <input type="radio"/> 6. CM2 <input type="radio"/> 7. 6ème <input type="radio"/> 8. 5ème <input type="radio"/> 9. 4ème <input type="radio"/> 10. 3ème <input type="radio"/> 11. 2nd Pro <input type="radio"/> 12. 2nd Générale et technologique <input type="radio"/> 13. 1ère année de CAP <input type="radio"/> 14. 1ère Pro <input type="radio"/> 15. 1ère Générale <input type="radio"/> 16. 1ère Technologique <input type="radio"/> 17. 2ème année de CAP <input type="radio"/> 18. Terminale Pro <input type="radio"/> 19. Terminale Technologique <input type="radio"/> 20. Terminale Générale <input type="radio"/> 21. CAP <input type="radio"/> 22. Bac Pro <input type="radio"/> 23. Bac Technologique, Bac Général <input type="radio"/> 24. Brevet des collèges <input type="radio"/> 25. Jamais scolarisé. <input type="radio"/> 26. Information non disponible
9. Fratrie <input type="text"/>	
10. Travail du père <input type="text"/>	
11. Travail de la mère <input type="text"/>	

14. Redoublement

- 1. Non
- 2. Oui, sans précision
- 3. 1 fois
- 4. 2 fois
- 5. Plus de 2 fois
- 6. Information non disponible.

15. AVS

- 1. Non
- 2. Partiel
- 3. Complet
- 4. En attente
- 5. Information non disponible

16. Mesure éducative

- 1. Placement administratif
- 2. Placement judiciaire
- 3. AED
- 4. AED en attente
- 5. AED refusée
- 6. AED renforcée
- 7. AED renforcée en attente
- 8. AEMO
- 9. AEMO en attente
- 10. AEMO refusée
- 11. AEMO terminée
- 12. SMD
- 13. SMD en attente
- 14. SMD refusé
- 15. MAPA
- 16. MAPA en attente
- 17. MAPA refusée
- 18. TISF
- 19. TISF en attente
- 20. Prise en charge par éducateur ASE
- 21. Non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

17. Milieu pénitentiaire**ATCD****18. Nombre d'hospitalisation****19. Motif autre hospitalisation****20. Accouchement à terme**

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

21. ATCD MCO**22. Age début des troubles****23. Durée des troubles****24. ATCD TA**

- 1. 0
- 2. 1
- 3. 2
- 4. 3
- 5. 4
- 6. 5
- 7. entre 6 et 10
- 8. >10
- 9. Information non disponible

25. ATCD de scarification

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

26. ATCD psy

27. Antécédents psychiatriques familiaux chez apparentés au premier degré

1. EDC 2. Tentative d'autolyse 3. Suicide
 4. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

28. ATCD psy Familiaux

29. Evènement de vie stressant

1. Oui 2. Non 3. Information non disponible

30. Si "Oui", lequel?

1. Exposition à la violence sur autrui
 2. Violence physique
 3. Agression sexuelle
 4. Violence psychologique
 5. Harcèlement scolaire
 6. Séparation parentale
 7. Carence éducative
 8. Négligence
 9. Deuil
 10. Autre
 11. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

31. Si "oui", âge lors du traumatisme

32. Retentissement dans le domaine de vie de l'enfant

1. Domicile 2. Scolaire 3. Relation avec les pairs
 4. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Développement dans l'enfance

33. Marche acquise : en mois

34. Premiers mots : en mois

35. Première phrase : en mois

36. Propreté diurne acquise : en mois

37. Propreté nocturne acquise : en mois

38. Retard des acquisitions

1. Oui 2. Non 3. Information non disponible

39. Si "Oui", lequel?

40. Autre

PEC extérieures

41. Suivi CMP/HDJ

1. CMP/CMPP
 2. CMP/CMPP en attente
 3. CMP/CMPP interrompu
 4. HDJ
 5. HDJ en attente
 6. HDJ interrompu
 7. Non
 8. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases (7 au maximum).

42. Suivi Psychologique

1. Oui
 2. non
 3. Interrompu
 4. En attente
 5. Information non disponible

43. Suivi IDE

1. Oui
 2. Non
 3. Interrompu
 4. En attente
 5. Information non disponible

44. PEC Ergothérapeute

1. Oui
 2. Non
 3. Interrompue
 4. En attente
 5. Information non disponible

45. PEC orthophonie

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Interrompue
- 4. En attente
- 5. Information non disponible

46. PEC psychomotricité

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Interrompue
- 4. En attente
- 5. Information non disponible

47. Etablissements médico-sociaux

- 1. IEM
- 2. IM pro en attente
- 3. IME
- 4. IME en attente
- 5. ITEP
- 6. ITEP en attente
- 7. SESSAD
- 8. SESSAD en attente
- 9. Aucun
- 10. Information non disponible
- 11. ITEP/SESSAD

Vous pouvez cocher plusieurs cases (10 au maximum).

48. Evaluation psychométrique

- 1. Oui (sans précision)
- 2. Oui (normale)
- 3. Oui (déficience légère)
- 4. Oui (déficience moyenne)
- 5. Oui (déficience sévère)
- 6. Oui (HPI)
- 7. Non
- 8. Information non disponible

Hospitalisation

49. Date d'entrée

50. Date de sortie

51. Durée d'hospitalisation

52. Entrave physique/chimique

- 1. Physique
- 2. Chimique
- 3. Physique et chimique
- 4. Non
- 5. Information non disponible

53. Examens paracliniques

54. TDDE diagnostiqué?

- 1. Avec TDDE
- 2. Sans TDDE
- 3. Information non disponible

55. Diagnostic de sortie/Comorbidité

- 1. TDDE
- 2. F06: Catatonie
- 3. F20 : Schizophrénie
- 4. F22 : Trouble délirant persistant
- 5. F31: Trouble bipolaire
- 6. F32 : Episode dépressif
- 7. F41.1 : Trouble anxieux généralisé
- 8. F41.2 : Trouble anxieux et dépressif mixte
- 9. F41.9 : Trouble anxieux sans précision
- 10. F42.9 : Trouble obsessionnel compulsif
- 11. F43.1 : ESPT
- 12. F43.2 : Trouble de l'adaptation
- 13. F60.9 : Trouble de la personnalité sans précision
- 14. F70 : Retard mental léger
- 15. F71 : Retard mental moyen
- 16. F72 : Retard mental sévère
- 17. F79 : Retard mental sans précision
- 18. F80 : Trouble du langage écrit et oral
- 19. F81 : Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires
- 20. F82 : Troubles spécifiques du développement moteur
- 21. F83 : Troubles spécifiques mixtes du développement
- 22. F84 : TSA
- 23. F90 : TDAH
- 24. F91 : Trouble des conduites
- 25. F91.3 : TOP
- 26. F92 : Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
- 27. F93 : Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance
- 28. F94 : Trouble de l'attachement
- 29. F95 : Tics
- 30. F95.2 : Syndrome de Gilles de la Tourette
- 31. F98 : Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- 32. G93.4 : Encéphalopathie
- 33. Q79.6 : Syndrome d'Ehler Danlos
- 34. Q86.0 : Syndrome d'alcoolisme foetal
- 35. Q90.0 : Trisomie 21
- 36. Q93.4 : Encéphalopathie sans précision
- 37. Trouble des apprentissages

Vous pouvez cocher plusieurs cases (34 au maximum).

Traitements antérieurs

56. Traitements antérieurs

1. Oui 2. Non

57. ISRS

1. Oui 2. Non

58. Si "oui"

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Citalopram | <input type="checkbox"/> 2. Citalopram 25mg |
| <input type="checkbox"/> 3. Fluoxétine | <input type="checkbox"/> 4. Fluoxétine 5mg |
| <input type="checkbox"/> 5. Fluoxétine 10mg | <input type="checkbox"/> 6. Fluoxétine 15mg |
| <input type="checkbox"/> 7. Fluoxétine 20mg | <input type="checkbox"/> 8. Fluoxétine 40mg |
| <input type="checkbox"/> 9. Paroxétine | <input type="checkbox"/> 10. Paroxétine 40mg |
| <input type="checkbox"/> 11. Sertraline | <input type="checkbox"/> 12. Sertraline 25mg |
| <input type="checkbox"/> 13. Sertraline 50mg | <input type="checkbox"/> 14. Sertraline 100mg |
| <input type="checkbox"/> 15. Fluvoxamine 50mg | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

59. ISRNA

1. Oui 2. Non

60. Si "Oui"

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Atomoxétine | <input type="checkbox"/> 2. Atomoxétine 18mg |
| <input type="checkbox"/> 3. Atomoxétine 20mg | <input type="checkbox"/> 4. Atomoxétine 30mg |
| <input type="checkbox"/> 5. Atomoxétine 45mg | <input type="checkbox"/> 6. Atomoxétine 50mg |
| <input type="checkbox"/> 7. Atomoxétine 55mg | <input type="checkbox"/> 8. Atomoxétine 60mg |
| <input type="checkbox"/> 9. Atomoxétine 70mg | <input type="checkbox"/> 10. Atomoxétine 78mg |
| <input type="checkbox"/> 11. Atomoxétine 80mg | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

61. Autres traitements anti-dépresseurs

1. Oui 2. Non

62. Si "Oui"

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Amitriptyline | <input type="checkbox"/> 2. Amitriptyline 10mg |
| <input type="checkbox"/> 3. Amitriptyline 50mg | <input type="checkbox"/> 4. Clomipramine |
| <input type="checkbox"/> 5. Clomipramine 50mg | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

63. Traitements sédatifs ou anxiolytiques

1. Oui 2. Non

64. Si "Oui"

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Alimémazine | <input type="checkbox"/> 2. Benzodiazépine |
| <input type="checkbox"/> 3. Buspirone hydrochloride | <input type="checkbox"/> 4. Chlorpromazine |
| <input type="checkbox"/> 5. Cyamémazine | <input type="checkbox"/> 6. Hydroxyzine |
| <input type="checkbox"/> 7. Loxapine | <input type="checkbox"/> 8. Lévocétirizine |
| <input type="checkbox"/> 9. Lévomépromazine | <input type="checkbox"/> 10. Mélatonine |
| <input type="checkbox"/> 11. Prométhazine | <input type="checkbox"/> 12. Propériciazine |
| <input type="checkbox"/> 13. Tiapride | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

65. Thymorégulateurs

1. Oui 2. Non

66. Si "Oui"

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Carbamazépine |
| <input type="checkbox"/> 2. Carbamazépine 100mg |
| <input type="checkbox"/> 3. Carbamazépine 200mg |
| <input type="checkbox"/> 4. Carbamazépine 400mg |
| <input type="checkbox"/> 5. Carbamazépine 500mg |
| <input type="checkbox"/> 6. Carbamazépine 600mg |
| <input type="checkbox"/> 7. Carbamazépine 800mg |
| <input type="checkbox"/> 8. Carbamazépine 1000mg |
| <input type="checkbox"/> 9. Divalproate de sodium |
| <input type="checkbox"/> 10. Lamotrigine |
| <input type="checkbox"/> 11. Lamotrigine 10mg |
| <input type="checkbox"/> 12. Lamotrigine 150mg |
| <input type="checkbox"/> 13. Lithium |
| <input type="checkbox"/> 14. Lithium LP 400mg |
| <input type="checkbox"/> 15. Oxcarbazépine |
| <input type="checkbox"/> 16. Valproate de sodium |
| <input type="checkbox"/> 17. Valproate de sodium 500mg |
| <input type="checkbox"/> 18. Valpromide |
| <input type="checkbox"/> 19. Valpromide 300mg |
| <input type="checkbox"/> 20. Valpromide 600mg |
| <input type="checkbox"/> 21. Topiramate |
| <input type="checkbox"/> 22. Topiramate 100mg |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

67. Antipsychotiques

1. Oui 2. Non
-

68. Si "Oui"

- 1. Amisulpride
- 2. Aripiprazole
- 3. Aripiprazole 2.5mg
- 4. Aripiprazole 4mg
- 5. Aripiprazole 5mg
- 6. Aripiprazole 7mg
- 7. Aripiprazole 7.5mg
- 8. Aripiprazole 10mg
- 9. Aripiprazole 15mg
- 10. Aripiprazole 20mg
- 11. Aripiprazole Maintena 300mg
- 12. Clozapine
- 13. Clozapine 200mg
- 14. Clozapine 300mg
- 15. Clozapine 350mg
- 16. Halopéridol
- 17. Halopéridol 2mg
- 18. Olanzapine
- 19. Pimozide
- 20. Pimozide 4mg
- 21. Pimozide 5mg
- 22. Quetiapine
- 23. Quetiapine 50mg
- 24. Quetiapine 100mg
- 25. Quetiapine 150mg
- 26. Quetiapine 300mg
- 27. Quetiapine 400mg
- 28. Rispéridone
- 29. Rispéridone 0.25mg
- 30. Rispéridone 0.30mg
- 31. Rispéridone 0.5mg
- 32. Rispéridone 0,75mg
- 33. Rispéridone 1mg
- 34. Rispéridone 1.25mg
- 35. Rispéridone 1.5mg
- 36. Rispéridone 2mg
- 37. Rispéridone 3mg
- 38. Rispéridone 4mg
- 39. Zuclopenthixol
- 40. Zuclopenthixol 50mg
- 41. Zuclopenthixol AP 200mg

Vous pouvez cocher plusieurs cases (39 au maximum).

69. Psychostimulants

1. Oui 2. Non

70. Si "Oui"

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Concerta | <input type="checkbox"/> 2. Quasym LP |
| <input type="checkbox"/> 3. Quasym LP 10mg | <input type="checkbox"/> 4. Quasym LP 20mg |
| <input type="checkbox"/> 5. Quasym LP 30mg | <input type="checkbox"/> 6. Quasym LP 50mg |
| <input type="checkbox"/> 7. Medikinet | <input type="checkbox"/> 8. Médikinet 5mg |
| <input type="checkbox"/> 9. Méthylphénidate | <input type="checkbox"/> 10. Méthylphénidate 10mg |
| <input type="checkbox"/> 11. Méthylphénidate 15mg | <input type="checkbox"/> 12. Méthylphénidate 20mg |
| <input type="checkbox"/> 13. Ritaline | <input type="checkbox"/> 14. Ritaline 10mg |
| <input type="checkbox"/> 15. Ritaline 15mg | <input type="checkbox"/> 16. Ritaline 20mg |
| <input type="checkbox"/> 17. Ritaline 25mg | <input type="checkbox"/> 18. Ritaline 30mg |
| <input type="checkbox"/> 19. Ritaline 40mg | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases (17 au maximum).

71. Autres

1. Oui 2. Non

72. si "Oui"

- 1. Acetate de cytoproterone
- 2. Acetate de cytoproterone 50mg
- 3. Alfuzosine
- 4. Alfuzosine 7.5mg
- 5. Clonidine
- 6. Clonidine 0.025mg
- 7. Clonidine 0.075mg
- 8. Desmopressine
- 9. Estradiol
- 10. Estradiol 2mg
- 11. Nadolol
- 12. Oxybutinine
- 13. Prazosine
- 14. Prazosine 1.25mg
- 15. Prazosine 2.5mg
- 16. Prazosine 5mg
- 17. Somatropine
- 18. Somatropine 1.2mg

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Traitements actuels**73. Traitements actuels**

1. Oui 2. Non

74. ISRS

1. Oui 2. Non

75. Si "oui"

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Citalopram | <input type="checkbox"/> 2. Citalopram 25mg |
| <input type="checkbox"/> 3. Fluoxétine | <input type="checkbox"/> 4. Fluoxétine 5mg |
| <input type="checkbox"/> 5. Fluoxétine 10mg | <input type="checkbox"/> 6. Fluoxétine 15mg |
| <input type="checkbox"/> 7. Fluoxétine 20mg | <input type="checkbox"/> 8. Fluoxétine 40mg |
| <input type="checkbox"/> 9. Paroxétine | <input type="checkbox"/> 10. Paroxétine 40mg |
| <input type="checkbox"/> 11. Sertraline | <input type="checkbox"/> 12. Sertraline 25mg |
| <input type="checkbox"/> 13. Sertraline 50mg | <input type="checkbox"/> 14. Sertraline 100mg |
| <input type="checkbox"/> 15. Fluvoxamine 50mg | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

76. ISRNA

1. Oui 2. Non

77. Si "Oui"

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Atomoxétine | <input type="checkbox"/> 2. Atomoxétine 18mg |
| <input type="checkbox"/> 3. Atomoxétine 20mg | <input type="checkbox"/> 4. Atomoxétine 30mg |
| <input type="checkbox"/> 5. Atomoxétine 45mg | <input type="checkbox"/> 6. Atomoxétine 50mg |
| <input type="checkbox"/> 7. Atomoxétine 55mg | <input type="checkbox"/> 8. Atomoxétine 60mg |
| <input type="checkbox"/> 9. Atomoxétine 70mg | <input type="checkbox"/> 10. Atomoxétine 75mg |
| <input type="checkbox"/> 11. Atomoxétine 78mg | <input type="checkbox"/> 12. Atomoxétine 80mg |

Vous pouvez cocher plusieurs cases (11 au maximum).

78. Autres traitements anti-dépresseurs

1. Oui 2. Non

79. Si "Oui"

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Amitriptyline | <input type="checkbox"/> 2. Amitriptyline 10mg |
| <input type="checkbox"/> 3. Clonipramine | <input type="checkbox"/> 4. Clonipramine 50mg |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

80. Traitements sédatifs ou anxiolytiques

1. Oui 2. Non

81. Si "Oui"

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Alimémazine | <input type="checkbox"/> 2. Benzodiazépine |
| <input type="checkbox"/> 3. Buspirone hydrochloride | <input type="checkbox"/> 4. Chlorpromazine |
| <input type="checkbox"/> 5. Cyamémazine | <input type="checkbox"/> 6. Hydroxyzine |
| <input type="checkbox"/> 7. Loxapine | <input type="checkbox"/> 8. Lévocétirizine |
| <input type="checkbox"/> 9. Lévonépromazine | <input type="checkbox"/> 10. Mélatonine |
| <input type="checkbox"/> 11. Prométhazine | <input type="checkbox"/> 12. Propériciazine |
| <input type="checkbox"/> 13. Tiapride | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

82. Thymorégulateurs

1. Oui 2. Non

83. Si "Oui"

- 1. Carbamazépine
- 2. Carbamazépine 100mg
- 3. Carbamazépine 200mg
- 4. Carbamazépine 400mg
- 5. Carbamazépine 500mg
- 6. Carbamazépine 600mg
- 7. Carbamazépine 800mg
- 8. Carbamazépine 1000mg
- 9. Divalproate de sodium
- 10. Lamotrigine
- 11. Lamotrigine 10mg
- 12. Lamotrigine 150mg
- 13. Lithium
- 14. Lithium LP 400mg
- 15. Oxcarbazépine
- 16. Valproate de sodium
- 17. Valproate de sodium 500mg
- 18. Valpromide
- 19. Valpromide 300mg
- 20. Valpromide 600mg
- 21. Topiramate
- 22. Topiramate 100mg

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

84. Antipsychotiques

1. Oui 2. Non

85. Si "Oui"

- 1. Amisulpride
- 2. Aripiprazole
- 3. Aripiprazole 2.5mg
- 4. Aripiprazole 4mg
- 5. Aripiprazole 5mg
- 6. Aripiprazole 7mg
- 7. Aripiprazole 7.5mg
- 8. Aripiprazole 10mg
- 9. Aripiprazole 15mg
- 10. Aripiprazole 20mg
- 11. Aripiprazole Maintena 300mg
- 12. Clozapine
- 13. Clozapine 200mg
- 14. Clozapine 300mg
- 15. Clozapine 350mg
- 16. Halopéridol
- 17. Halopéridol 2mg
- 18. Olanzapine
- 19. Pimozide
- 20. Pimozide 4mg
- 21. Pimozide 5mg
- 22. Quetiapine
- 23. Quetiapine 50mg
- 24. Quetiapine 100mg
- 25. Quetiapine 300mg
- 26. Quetiapine 400mg
- 27. Rispéridone
- 28. Rispéridone 0.25mg
- 29. Rispéridone 0.30mg
- 30. Rispéridone 0.5mg
- 31. Rispéridone 1mg
- 32. Rispéridone 1.25mg
- 33. Rispéridone 1.5mg
- 34. Rispéridone 2mg
- 35. Rispéridone 3mg
- 36. Rispéridone 4mg
- 37. Zuclopenthixol
- 38. Zuclopenthixol 50mg
- 39. Zuclopenthixol AP 200mg

Vous pouvez cocher plusieurs cases (35 au maximum).

86. Psychostimulants

1. Oui 2. Non

87. Si "Oui"

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Concerta | <input type="checkbox"/> 2. Quasym LP |
| <input type="checkbox"/> 3. Quasym LP 10mg | <input type="checkbox"/> 4. Quasym LP 20mg |
| <input type="checkbox"/> 5. Quasym LP 30mg | <input type="checkbox"/> 6. Quasym LP 50mg |
| <input type="checkbox"/> 7. Medikinet | <input type="checkbox"/> 8. Médikinet 5mg |
| <input type="checkbox"/> 9. Méthylphénidate | <input type="checkbox"/> 10. Méthylphénidate 10mg |
| <input type="checkbox"/> 11. Méthylphénidate 15mg | <input type="checkbox"/> 12. Ritaline |
| <input type="checkbox"/> 13. Ritaline 10mg | <input type="checkbox"/> 14. Ritaline 15mg |
| <input type="checkbox"/> 15. Ritaline 20mg | <input type="checkbox"/> 16. Ritaline 30mg |
| <input type="checkbox"/> 17. Ritaline 40mg | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

88. Autres

1. Oui 2. Non

89. Si "Oui"

- 1. Acetate de cytoproterone
- 2. Acetate de cytoproterone 50mg
- 3. Alfuzosine
- 4. Alfuzosine 7.5mg
- 5. Clonidine
- 6. Clonidine 0.025mg
- 7. Clonidine 0.075mg
- 8. Clonidine 0,125mg
- 9. Desmopressine
- 10. Estradiol
- 11. Estradiol 2mg
- 12. Nadolol
- 13. Oxybutinine
- 14. Prazosine
- 15. Prazosine 1.25mg
- 16. Prazosine 2.5mg
- 17. Prazosine 5mg
- 18. Somatropine
- 19. Somatropine 1.2mg

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Clinique**90. Crise clastique**

1. Oui 2. Non 3. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

91. Fréquence des crises clastiques

- 1. Quotidiennes
- 2. Pluri-quotidiennes
- 3. Hebdomadaires
- 4. Pluri-hebdomadaires
- 5. Mensuelles
- 6. Pluri-mensuelles
- 7. Information non disponible

92. Irritabilité chronique

1. Oui 2. Non 3. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

93. Hétéroagressivité

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Occasionnelle
- 4. Régulière
- 5. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

94. Autoagressivité

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Occasionnelle
- 4. Régulière
- 5. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

95. Intolérance frustration

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Occasionnelle
- 4. Régulière
- 5. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

96. Impulsivité

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Occasionnelle
- 4. Régulière
- 5. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

97. Difficulté de mentalisation

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

98. Difficulté de gestion des émotions

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

99. Eléments dépressifs

- 1. Tristesse de l'humeur
- 2. Anhédonie
- 3. Asthénie
- 4. Trouble de la concentration
- 5. Diminution de l'estime de soi
- 6. Sentiment de culpabilité/inutilité
- 7. Perte de projection dans l'avenir
- 8. IDN
- 9. IDS
- 10. Trouble du sommeil
- 11. Trouble de l'orexie
- 12. Trouble de la libido
- 13. Aucun
- 14. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

100. Troubles anxieux

- 1. Oui (sans précision)
- 2. Anxiété de performance
- 3. Anxiété de séparation
- 4. ESPT
- 5. TAG
- 6. TOCs
- 7. Trouble panique
- 8. Non
- 9. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases (8 au maximum).

101. Trouble des conduites

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Occasionnel
- 4. Régulière
- 5. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

102. Harcèlement scolaire

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

103. Refus scolaire/phobie scolaire

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

104. Isolement social

- 1. Oui
- 2. Sans précision
- 3. Léger
- 4. Modéré
- 5. Sévère
- 6. Total
- 7. Non
- 8. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

105. Symptômes psychotiques

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

106. Si "Oui", lesquels?**107. Labilité émotionnelle**

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

108. Agitation psycho-motrice

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

109. Hypomanie/Manie

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

110. TDAH

- 1. TDAH
- 2. TDA sans H
- 3. TDAH non précisé
- 4. Non
- 5. Information non disponible

111. TCA

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

112. Si "oui", lequel?**113. TOP**

- 1. Oui
- 2. Occasionnel
- 3. Régulier
- 4. Non
- 5. information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

114. TSA

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Information non disponible

115. Si "oui", lequel ?

116. Théorie de l'esprit/ Empathie

1. Oui 2. Non 3. Information non disponible

117. Trouble des apprentissages

1. Oui, sans précision
 2. Dyscalculie
 3. Dysgraphie
 4. Dyslexie
 5. Dysorthographe
 6. Dysphasie
 7. Dyspraxie
 8. Multidys
 9. Non
 10. Information non disponible

Vous pouvez cocher plusieurs cases (9 au maximum).

118. Trouble de l'attachement

1. Oui 2. Non 3. Information non disponible

119. Prise de toxique

1. Oui 2. Non 3. Information non disponible

120. Si "oui", lequel?

121. Autre

TDDE

122. Possible TDDE? (Examineur N°1)

1. Oui 2. Non 3. Impossible de statuer

123. Probable TDDE? (Examineur N°2)

1. Oui 2. Non 3. Impossible de statuer

124. si "oui", TDDE confirmé? (Examineur N°3)

1. Oui 2. Non 3. Impossible de statuer

VIII-Résumé

Introduction : Les troubles du comportement avec crise clastique sont des motifs fréquents d'hospitalisation en pédopsychiatrie. Ils peuvent s'intégrer dans le diagnostic du Trouble Disruptif avec Dysrégulation émotionnelle (TDDE) arrivé récemment dans nos classifications diagnostiques, dans un contexte de polémique autour du trouble bipolaire pédiatrique. Ce travail de thèse vise à évaluer la prévalence et la stabilité du diagnostic de TDDE au sein d'une population de patients admis dans une unité d'hospitalisation.

Méthode : Une étude rétrospective a été réalisée au sein d'une population d'enfants et d'adolescents hospitalisés pour crise clastique entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2019.

Les objectifs primaires sont d'évaluer la prévalence et la stabilité du diagnostic après une analyse des dossiers par trois examinateurs différents.

L'objectif secondaire est de caractériser cliniquement ces enfants et adolescents hospitalisés pour crise clastique sur différents plans : socio-démographiques, scolaires, anamnestiques, neurodéveloppementales, diagnostiques, thérapeutiques et cliniques.

Résultats : Dans l'étude, 89 patients ont été inclus : 19 avaient un diagnostic de TDDE et 70 avec un autre diagnostic que le TDDE. La prévalence du TDDE était donc de 21,3% au sein des patients hospitalisés pour crise clastique soit 11 % de la population totale de patients hospitalisés sur la période étudiée. La stabilité diagnostique a été établie avec les trois examinateurs.

Concernant les caractéristiques recherchées, il y avait des différences statistiquement significatives entre le groupe avec un TDDE et le groupe sans TDDE pour les variables suivantes avec respectivement : 78,9% vs 53,9% des patients avec un suivi psychologique, 6,05 vs 4,67 années de durée des troubles, 2,26 vs 3,66 de nombre moyen d'hospitalisations, 84,2% vs 52,9% d'antécédent familial psychiatrique au premier degré, 59,89 vs 55,11 jours d'hospitalisation, 52,6% vs 25,7% d'inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine dans les traitements antérieurs, 36,8% vs 5,7% d'inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline dans les traitements actuels, 26,8% vs 5,7% de psychostimulants dans les traitements actuels, 36,8% vs 11,4% de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), 63,2% vs 27,1% de troubles des apprentissages, 84,2% vs 54,3% de trouble de l'attachement.

Discussion- Conclusion : Cette étude a permis d'évaluer la prévalence au sein de cette population de patient et d'établir la stabilité diagnostique auprès de trois examinateurs. Le TDDE apparaît comme un trouble neurodéveloppemental associé à de nombreuses comorbidités avec notamment le TDAH, le trouble de l'attachement et les troubles des apprentissages. Notre étude nous montre que la prise en charge doit être pluridisciplinaire afin de l'optimiser et de traiter les comorbidités.

D'autres études peuvent être nécessaires afin d'explorer plus en détails les variables « troubles des apprentissages », « trouble de l'attachement » et « TDAH » avec notamment un follow-up.

Mots clés : Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle ; irritabilité ; trouble de l'attachement ; trouble des apprentissages ; trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.