

# L'EXAMEN CLINIQUE DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET LEURS FAMILLES

**Thomas Lempp, Daleen de Lange, Daniel Radeloff &  
Christian Bachmann**

**Edition en français**  
**Traduction : Eleanor O'Boyle**  
**Sous la direction de : Priscille Gérardin**  
**Avec le soutien de la SFPEADA**



Statue de Sherlock Holmes à  
Meiringen, Suisse  
(Wikipedia commons)

Thomas Lempp MD  
Department of Child and  
Adolescent Psychiatry,  
Goethe-University of Frankfurt,  
Germany

Conflict of interest: none  
reported

Daleen de Lange MD  
Okonguarri Psychotherapeutic  
Centre, Namibia

Conflict of interest: none  
reported

Daniel Radeloff MD  
Department of Child and  
Adolescent Psychiatry,  
Goethe-University of Frankfurt,  
Germany

Conflict of interest: none  
reported

Christian Bachmann MD  
Department of Child and  
Adolescent Psychiatry, Charité  
- Universitätsmedizin Berlin,  
Germany

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2017. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à [jmreyATbigpond.net.au](mailto:jmreyATbigpond.net.au)

Citation suggérée : Lempp T, de Lange D, Radeloff D, Bachmann C. The clinical examination of children, adolescents and their families. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2017.

## MODALITÉS DE LECTURE DU CHAPITRE

- Vous êtes *débutant* dans le champ de la santé mentale infanto-juvénile : bienvenu dans cette spécialité, nous vous invitons à lire le chapitre dans sa globalité
- Vous êtes *expérimentés* et vous souhaitez améliorer vos capacités d'évaluation : nous vous invitons à lire les cas cliniques figurant dans les encadrés à droite du texte et les mettre en pratique dans votre exercice clinique. Dans une démarche de partage d'expérience entre cliniciens, vous pouvez également, après consultation transmettre vos retours d'expérience aux auteurs de cet ouvrage ; retours qui pourront venir illustrer la prochaine édition de ce chapitre.
- L'évaluation diagnostic d'un patient spécifique *vous est difficile* : nous vous conseillons de lire la partie « résolution de problème » figurant à la fin de ce chapitre (pages 23-24). Si cela ne suffit pas, lisez nos recommandations dans la section de références (pages 24-25).

### Pourquoi lire ce chapitre ?

Il est important d'accorder une attention spéciale à l'examen clinique en psychiatrie infanto-juvénile :

- Il paraît évident qu'une *évaluation diagnostique précise est nécessaire avant l'instauration d'un traitement*. Si le diagnostic est faux ou incomplet, non compris ou non accepté par la famille, il y a de fortes chances que le traitement soit inefficace. L'instauration d'un traitement peut être long et coûteux. Aussi le temps passer à rechercher et poser le diagnostic est précieux, et contribue à de meilleurs rendements en terme de traitement.
- L'examen clinique doit prendre en compte les *caractéristiques développementales propres* aux enfants et adolescents. Les enfants ne sont pas des petits adultes, ils ne peuvent pas être évalués par un entretien individuel seul, parler « un langage différent » avec le clinicien, et demandent rarement de l'aide.
- La quantité d'information et les incohérences de discours peuvent embrouiller le clinicien. Dans ce contexte, il est important d'être *au clair avec les objectifs* de cette évaluation. L'expérience pratique permet de trouver un équilibre entre un examen standardisé et un examen plus individualisé.

### Les caractéristiques de l'évaluation de la santé mentale propres aux enfants et aux adolescents.

- Les enfants sont rarement demandeurs de soins psychiatriques, et sont *le plus souvent adressés par un tiers* (parents, profs, pédiatre...). Cela a son importance lors de l'évaluation de la situation. Il se peut par exemple que les exigences du parent dépassent les capacités de l'enfant, ou que les pratiques parentales ne soient pas adaptées pour cet enfant, résultant à un désir de changement pour l'enfant. Dans d'autres cas la présence de troubles psychiatriques chez les parents ou professeurs peut altérer la perception qu'ils ont de l'enfant. En bref :
  - Il est important de prendre en compte la contribution à la fois de l'enfant mais également celle de l'adulte au comportement problématique à l'origine de la demande ;

Conflict of interest: none reported

Acknowledgements: our gratitude to Friderike Fornoff (University of Frankfurt) and Joseph Rey (University of Sydney) for their help in preparing this chapter.

Would you like to share your "clinical pearls"?

If you have comments regarding this chapter, especially more clinical pearls from your own work you are cordially invited to send us your suggestions to lemp@em.uni-frankfurt.de

The Sherlock Holmes illustrations are from Sidney Paget (1860-1908), who illustrated Conan Doyle's stories in The Strand magazine.

"J'aime me comparer à Sherlock Holmes pendant ce temps. J'utilise l'indice le plus flagrant (la plainte initiale) pour débiter l'enquête, et creuser en profondeur afin de comprendre la nature du symptôme et du comportement, et de trouver les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui précipitent et maintiennent le symptôme." (Stubbe, 2007).

"Quel que soit l'âge de l'enfant, et le problème clinique, l'entretien doit associer structure et standardisation (qui permet de comparer les enfants) avec sensibilité à l'imprévu et à l'individuel" (Rutter & Taylor, 2008).

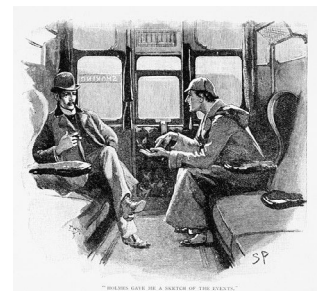
Soyez clairs sur les objectifs et flexibles avec les méthodes.

- Il faut élucider la perception qu'a l'enfant du problème et analyser sa motivation au changement.
- Les enfants doivent être *évalués dans leur contexte* familial, scolaire, communautaire, culturel, et non isolément. Afin d'identifier les ressources de l'enfant, il est important d'analyser la fluctuation du comportement de l'enfant en fonction du contexte et de l'environnement, et si ces derniers sont à l'origine d'une aggravation ou d'une amélioration du comportement. L'observation du fonctionnement familial et les liens avec les partenaires sont indispensables à l'examen clinique. Tout lien avec un partenaire nécessite l'autorisation des parents. Les renseignements utiles peuvent provenir de :
  - D'un parent qui vit loin de son enfant (l'idéal est de toujours inclure les deux parents)
  - De professeurs (par téléphone, email, ou en obtenant les bulletins et bilans scolaires). Un professeur aura vu des centaines d'enfants du même âge ce qui peut lui servir de comparaison, contrairement au parent d'un enfant unique.
  - Du médecin traitant et/ ou du pédiatre
  - Des soignants passés ou actuels
  - Parfois des frères et sœurs, des grands parents, des caregivers
  - Pour les patients hospitalisés : des infirmières, des assistantes sociales, des kinésithérapeutes, ou psychomotriciens.
- Le problème actuel doit être évalué dans un contexte développemental. Les aspects développementaux peuvent influencer la symptomatologie psychiatrique (par ex, la dépression se manifeste différemment selon l'âge). Si certaines pathologies ont un tableau similaire chez l'enfant et l'adulte (ex TOC), d'autres pathologies sont différentes chez l'enfant (PTSD). Les troubles comportementaux chez l'enfant peuvent être secondaires à un retard des apprentissages (énurésie) la perte d'une acquisition (conséquence d'une maladie somatique, d'une perte ou d'un traumatisme) ou l'incapacité à exploiter les bonnes compétences (trouble des conduites). En bref, il faut savoir faire la différence entre un développement normal et anormal, et pouvoir repérer les comportements propres à l'âge, au contexte et au stade développemental.
- Le degré de maturation de l'enfant va déterminer sa capacité à analyser et verbaliser ses émotions. *L'enfant et le clinicien sont à des niveaux différents de développement*, ils parlent donc deux langues différentes. Aussi certains traits développementaux peuvent avoir un impact sur la communication entre clinicien et patient. Par exemple, la communication peut être entravée par la peur de l'étranger chez un enfant jeune, ou la peur du jugement chez un adolescent. Il paraît donc important de pouvoir adapter ses modes de communication à l'âge de l'enfant (observation d'un nourrisson, jeux avec un enfant d'âge préscolaire, dessins avec un enfant anxieux ou mutique ...).
- L'évaluation clinique de l'enfant est *plus longue que pour l'adulte* (2 à 5 heures), il faut donc répartir efficacement son temps. Les échelles d'évaluation sont utiles à l'examen, mais ne remplacent pas une évaluation en face à face.

Aucun enfant ne peut-être évalué de façon isolée!



"Il n'existe aucun enchaînement d'événements que l'intelligence humaine ne puisse expliquer." (Sherlock Holmes, "The Valley of Fear")



"C'est une erreur capitale de théoriser avant d'avoir les données. Car on commence par tordre les faits pour les adapter aux théories, au lieu d'adapter les théories aux faits."

(Sherlock Holmes, "A Scandal in Bohemia")

## LES OBJECTIFS DE L'EXAMEN CLINIQUE

Avant de commencer un examen, les objectifs doivent être clairs. Les méthodes utilisées pour atteindre les objectifs peuvent varier d'un patient à l'autre mais les objectifs restent les mêmes :

- Créer une *relation thérapeutique* avec le patient, les parents ou toute autre personne ressource. Une rupture du lien peut compromettre le traitement
- Préciser le *motif de consultation* (qui souffre du problème ? Pourquoi maintenant ?)
- Identifier les *attentes implicites ou explicites* des parents et de l'enfant
- Identifier la *plainte principale* de l'enfant et de la famille
- *Evaluer l'enfant dans le contexte actuel*, dans sa famille, à l'école, avec ses pairs, et avoir en tête les influences culturelles et communautaires
- Obtenir une *anamnèse développementale* depuis la naissance, une *anamnèse familiale*, une *anamnèse médicale et psychiatrique familiale*
- Identifier les facteurs individuels, familiaux, et environnementaux, à l'origine du trouble ou d'une majoration du trouble
- Synthétiser les informations de façon à obtenir une *formulation clinique*. Le clinicien regroupe les informations pour définir les différents facteurs impliqués. Cette approche permet d'anticiper le diagnostic, le pronostique, et les recommandations de traitement
- *Communiquer la formulation clinique* et les recommandations aux parents de manière compréhensible et éclairée
- Prioriser les symptômes à traiter, et *préciser l'action thérapeutique*
- Discuter avec le patient et la famille de la *balance bénéfice risque pour le traitement proposé* et des facteurs environnementaux susceptibles d'influencer l'adhésion au traitement
- Prévoir assez de *temps pour être efficace*

En somme, l'évaluation a pour objectif de regrouper et synthétiser les différentes informations de manière à comprendre le comportement de l'enfant, fixe les objectifs de traitement, et définit une prise en charge ajustée.

La première étape diagnostique est l'observation et le recueil d'informations. Il ne faut pas se précipiter et se baser uniquement sur les symptômes.

## BRINGING BUILDING BLOCKS : EMPILER DES BRIQUES

Il n'existe pas de marqueurs biologiques ou radiologiques spécifiques de troubles psychiatriques. Dans ce contexte, le diagnostic en santé mentale s'appuie sur de *multiples composantes* et ne s'obtient pas grâce à une méthode unique valide (par exemple faire un diagnostic après un entretien ou grâce à quelques questionnaires). Il faut recueillir plusieurs données contributives d'un diagnostic (par exemple entretiens séparés parents enfants, scores donnés par les professeurs, évaluation psychométrique). Si ces données sont compatibles, elles s'assemblent entre elles pour construire un « mur diagnostique », à partir duquel le clinicien peut faire des recommandations appropriées. Le diagnostic final, les recommandations de prise en charge et le pronostic doit se faire à la lumière de toutes ces informations

Quatre composantes sont importantes :

1. L'entretien des parents et de l'enfant



2. L'examen psychologique
3. L'anamnèse médicale et l'examen clinique
4. Les scores et l'évaluation psychométriques.

L'association de ces composantes aide à trouver un diagnostic selon les deux systèmes de classifications : the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) ; American Psychiatric Association, 2000) et l'international Classification of Diseases (ICD-10 ; World Health Organization, 1996).

### Les troubles comorbides

Les parents et professeurs attirent l'attention des professionnels sur les symptômes prédominants et inquiétants de l'enfant, sans s'apercevoir des symptômes moins bruyants. Les symptômes *internalisés* comme l'anxiété ou la tristesse sont difficilement repérables par l'adulte, et pas toujours bien décrits par l'enfant, contrairement aux symptômes *externalisés* (ADHD / Trouble des conduites). La comorbidité (la présence d'au moins une pathologie comorbide) est fréquente en psychiatrie infanto-juvénile; et peut modifier le traitement et/ou le pronostic.

### Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel permet de différencier l'affection du patient d'autres pathologies pouvant avoir les mêmes symptômes. Un bon nombre de pathologies partageant le même symptôme (irritabilité dans la dépression, le trouble bipolaire, l'ADHD, l'anxiété etc.), doivent être envisagés dans l'établissement d'un diagnostic.

### Poser le cadre

Poser le cadre permet de construire une relation thérapeutique le patient, et ses parents et de faire le point sur les *aspects administratifs, le motif d'admission, les exigences de chacun.*

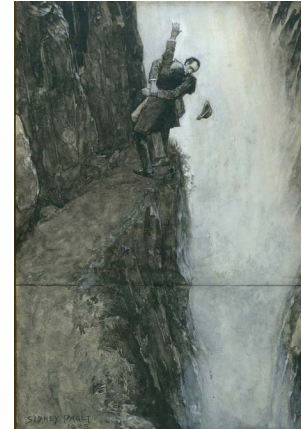
### Le lieu idéal

Un bureau spacieux, lumineux, agréable, avec des tableaux colorés accrochés au mur, et du matériel à disposition (jouets, papier, crayons) permet de mettre à l'aise les patients.

### Une relation thérapeutique initiale

L'alliance thérapeutique est prioritaire dès le début. La plupart des familles et des enfants appréhendent la rencontre avec un professionnel en santé mentale. La transparence avec son patient et sa famille permet de favoriser cette rencontre. Elle implique d'expliquer en avance toute les étapes du processus, à savoir ce qui va être fait, pourquoi et pour combien de temps.

L'enfant a besoin d'être rassuré sur l'endroit et le type de docteur qu'il va rencontrer (par exemple « le docteur des sentiments », « le docteur des paroles », « un hôpital pour les problèmes émotionnels ») et assuré qu'il n'y aura pas d'aiguilles, ou de gestes physiques. L'enfant ignore ce qu'est un centre de santé mentale et peut ainsi redouter une hospitalisation ou une séparation avec ses parents ou craindre que cette rencontre soit synonyme de punition, surtout si ses difficultés ont été sources de réprimandes. Les parents et proches sont souvent mal informés et



“Nous en arrivons à évaluer les probabilités et à choisir la plus plausible. C'est une manière scientifique de se servir de son imagination.”  
(Sherlock Holmes, “Le chien des Baskerville”)

Il faut se montrer le plus transparent possible avec le patient et sa famille, et ce plus particulièrement en début d'évaluation clinique.

### Exemple d'explication de sa profession

« je suis un psychiatre pour enfant et adolescent, un docteur spécialisé dans la compréhension et le traitement des troubles de l'émotion et du comportement chez l'enfant ou l'adolescent. Ma tâche c'est de comprendre quels peuvent être tes problèmes...»

peuvent partager certaines de ces croyances, il est utile de leur expliquer quel genre de professionnel on est ;

### ***Les aspects administratifs***

Il est important de clarifier ce qu'une évaluation psychiatrique, combien de temps elle dure et ce que la famille peut en attendre (recommandations, certificat etc). Le coût doit également être abordé avec la famille. Il faut être vigilant aux difficultés financières ou d'assurance, susceptibles d'influencer le diagnostic ou le traitement. Il ne faut pas oublier d'aborder les disponibilités en terme d'emploi du temps, les questions de confidentialité et d'obtenir l'autorisation de pouvoir faire le lien avec d'autres professionnels autour. Enfin, il convient d'inviter les parents à apporter un maximum d'éléments écrits concernant l'enfant (bulletin, observation de l'école...).

### ***Clarifier les motifs de demande***

Afin de proposer une structure d'entretien qui réponde aux besoins du patient, il faut identifier au préalable la demande et le motif de consultation. La forme et le fond de l'évaluation dépend du destinataire : juge des familles, services sociaux, ou parents qui s'inquiètent d'un passage à l'acte suicidaire... Cette mise au point minimise les frustrations et les déceptions du patient, de la famille, et des soignants adresses.

L'enfant ne comprend pas toujours la raison pour laquelle il doit consulter un psychiatre, car il ne se sent pas malade, il se peut qu'il consulte en raison de la récompense qui lui a été promise. Dans certains cas, les professeurs de l'école peuvent exiger de l'enfant qu'il fasse preuve de discipline et inviter les parents à consulter. Les demandes peuvent être très variables selon les personnes : la mère peut vouloir une évaluation afin de valider ses compétences parentales ; le père peut souhaiter un diagnostic lui permettant d'avoir accès à des aides scolaires améliorant la performance scolaire de son enfant, tandis que la grand-mère peut exiger une approche parentale différente pour ses petits-enfants.

Les questions importantes à se poser sont :

- Qui est à l'origine de la demande et pourquoi ? (les parents, les pédiatres, l'école, la justice, le patient, ..)
- Qui d'autre émet des inquiétudes par rapport à l'enfant et pour quelles raisons ?
- Pourquoi maintenant ?
- Quelles sont les interrogations principales ?

Si les motifs d'admissions sont conflictuels, il est important de se rappeler, que la clinique se centre sur l'enfant, et essayer de se focaliser sur ce qu'il y a de mieux et de moins négligeable pour l'enfant.

### ***Gérer les exigences***

Une exigence parentale inadaptée peut être source de frustration pour le parent. Il faut donc questionner ces attentes dès le début de la prise en charge. Afin de réduire l'anxiété des parents et des enfants, il faut au préalable préparer la famille à ce qui les attend. Le tout intervient dans un procédé de négociation des attentes qui consiste à expliciter le cheminement de l'évaluation et mettre en lumière ce qui peut être fait et ce qui ne peut pas l'être.

Les bulletins de l'école peuvent mettre en évidence :

- Un déclin dans la réussite scolaire
- Une hétérogénéité des résultats scolaires
- Des observations concernant un problème comportemental ou relationnel.

« qui a eu l'idée que votre enfant puisse bénéficier d'une évaluation ? »

Deux questions fondamentales à poser en début d'entretien :

- Qui est confronté au problème ?
- Pourquoi maintenant ?

« qu'espérez-vous que l'examen accomplisse ? »

## ENTRETIEN DU PARENT ET DE L'ENFANT

### A qui s'adresser et dans quel ordre ?

Il est important de voir l'enfant avec ses parents au début de la prise en charge. Après un certain temps, il est également utile de voir parents et enfant séparément. SI il n'existe pas de règles, il est obligatoire de questionner le patient seul, afin de soulever des problématiques ne pouvant pas être évoquées en présence des parents (idées suicidaires, abus, sexualité...).

Dans la plupart des cas, les parents ont peu de représentations de la vie psychique et interne de leur enfant, de leur vie extra familiale et leur performance à l'école. Nous observons souvent des désaccords entre parents, enfants et professeurs. Des études ont montré que les accords entre parents et enfants sont faibles voire modérés (Achenbach et al, 1987 ; Salbach-Andrae et al, 2009). Les enfants d'âge scolaire, et les adolescents sont plus à même d'informer le clinicien sur l'existence de sentiments anxieux et dépressifs, d'idées suicidaires, de comportements dont les parents n'ont pas conscience (activité sexuelle, problématique d'identité de genre, usage de toxiques, abus sexuels, pensées obsessionnelles, hallucinations). Cependant, les parents constituent une excellente source d'information pour ce qui concerne la présence de comportements tels que la fausseté, l'hyperactivité, l'inattention, l'impulsivité, la non compliance, l'agressivité.

### Comment formuler ses questions ?

Il est utile de commencer l'entretien par des *questions ouvertes*. Cela aide à établir de bons liens, et permet d'éviter de passer à côté d'informations importantes. Aussi, il est recommandé de permettre aux parents de raconter leur version du problème sur un temps donné. Cela donne une idée sur ce qui les inquiète, leur permet de se sentir écouté et compris par le clinicien. Reprendre les termes utilisés par les parents permet d'améliorer la communication.

Au fur et à mesure de l'entretien, il est possible de poser des *questions fermées* permettant de compléter l'entretien, faire préciser quelques détails et interroger des aspects qui n'auraient pas été mentionnés. Si les réponses ne révèlent rien, une autre thématique peut être abordée.

### Qui a raison ?

Des divergences existent entre les descriptions de l'observateur et le comportement de l'enfant, plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela :

- Le comportement de l'enfant varie vraiment selon l'environnement, et les personnes en présence
- Les jugements peuvent différer selon l'observateur
- L'observateur peut manquer d'informations sur ce qui est normal ou non chez un enfant de cet âge
- L'observateur a un avis subjectif.

Afin de réduire les divergences, il est important et utile de pouvoir obtenir des informations provenant de plusieurs sources. Les divergences relèvent plus de la multiplicité de contextes et d'observateur plutôt que d'authenticité des informations. Plus les informations proviennent de différentes sources, plus la compréhension du problème et l'évaluation seront précises.

L'enfant est souvent la meilleure source d'informations pour ce qui est symptômes internalisés, tandis que les parents le sont pour ce qui est des symptômes externalisés.

Le fait de reprendre les termes prononcés par les parents donne à ces derniers le sentiment d'être écouté.

## Les thèmes à aborder

Cinq thèmes sont à aborder dans l'évaluation clinique :

- Symptômes
- Impact
- Facteurs de Risque
- Qualités (Forces)
- Explications

### *Symptômes*

Les symptômes à l'origine de la consultation et de la plainte initiale, sont évidemment à prendre en compte. Il faut élucider :

- La fréquence (changements dans le temps ?)
- L'intensité (changements dans le temps ?)
- La durée
- Le contexte d'apparition du symptôme
- L'évolution dans le temps

L'étape suivante consiste à obtenir une anamnèse détaillée du problème. Une bonne compréhension de l'évolution du problème est nécessaire pour déterminer le bon diagnostic. Il faut donc préciser :

- Si le problème a été présent dès l'enfance (ex symptômes autistiques)
- Si le problème est intermittent ou récurrent (ex symptômes dépressifs ou maniaques, tics)
- Si une altération avec l'état antérieur est constatée (ex schizophrénie).

Dans cette même étape il convient également d'obtenir des informations sur le traitement antérieur, (médicament, consultation, hospitalisation, recours à une médecine traditionnelle ou à des traitements alternatifs ou complémentaires).

### *Impact*

L'étape d'après consiste à préciser l'impact des symptômes sur la vie quotidienne de l'enfant et des membres de la famille : les effets sur la qualité de vie du patient, la fratrie, la relation conjugale, la famille plus éloignée, la classe, les performances, les relations avec les pairs, et le développement psycho-moteur. Il s'agit aussi de préciser les contextes faisant émerger le trouble, et ceux dans lesquels le trouble apparaît moins (la phobie a des symptômes plus marqués en présence de l'objet phobogène). Il faut savoir que le comportement problème peut refléter :

- Une pathologie sous-jacente
- Une difficulté d'ajustement entre l'enfant et son environnement
- Un problème environnemental
- Souvent, une combinaison de ces critères.

### *Les facteurs de risque*

L'étape suivante consiste à rechercher les facteurs de risque, actuels, passés, ainsi que familiaux. Les facteurs de risque peuvent être d'ordre génétique, développemental, familial et social. On considère les pathologies mentales chez l'enfant en terme de facteurs de risque et non en terme de cause. Il existe trois facteurs de risques différents que l'on peut nommer « les 3 P » :

L'évocation des troubles chez l'enfant suscite beaucoup d'angoisse chez les parents. Dans ce con-texte, il est important de les laisser raconter leur histoire, selon leurs termes, à leur rythme.

Repérer l'impact des symptômes sur le patient, sa famille, l'école, et ses amis.



- Les facteurs prédisposants, qui rendent un enfant vulnérable aux pathologies mentales (ex gènes, poids de naissance, sexe)
- Les facteurs précipitants, responsables de l'apparition ou de l'aggravation d'un symptôme (ex déclenchement de l'anorexie mentale en lien avec la puberté)
- Les facteurs perpétuants, qui maintiennent le symptôme (ex éducation parentale inadéquate, absence d'intervention professionnelle, pas d'accès aux services de santé).

Comparons la pathologie mentale au vent qui souffle à travers le trou d'une fenêtre. Le verre a d'abord été fragilisé à un endroit précis (prédisposant). Le verre a ensuite été traversé par un caillou (facteur précipitant) et n'a pas été réparé (facteur perpétuant). Le vent souffle donc toujours (symptôme) (Goodman & Scott, 2005).

*L'anamnèse développementale* : il s'agit d'un récit précis du développement de l'enfant depuis la grossesse jusqu'à l'enfance. Il est utile d'utiliser une approche structurée avec des questions interrogeant les différentes étapes de développement (cf table A.5.3) et des questions supplémentaires, si nécessaire. Les parents ne se souviennent pas toujours des différentes étapes de développement de leur enfant. Les problèmes peuvent concerner :

- Les fonctions instinctuelles (sommeil, alimentation, propreté)
- Les étapes psychomotrices : marche, position assise, psychomotricité fine et globale, acquisition de l'écriture
- Développement cognitif et apprentissage scolaire : l'acquisition du langage, de la lecture, de l'écriture, des mathématiques. Pour apprendre à l'école, il faut des capacités cognitives, de la motivation, concentration, gestion de l'autorité, sociabilisation, tolérance à la frustration, et un soutien parental à l'apprentissage.
- Développement interpersonnel : réaction à la séparation précoce, capacité à jouer avec autrui, stabilité des relations, étayage amical, types d'activités partagées
- Développement émotionnel et tempérament de l'enfant
- Histoire traumatique : physique, sexuelle, émotionnelle, négligence, violence, catastrophe naturelle
- Comportement à risque : comportement auto-agressif, idées noires, automutilation, hétéro agressivité envers les autres et/ou les animaux.

*Histoire familiale* : l'interrogatoire porte sur le fonctionnement familial actuel et passé et sur la présence de pathologie neuro psychiatriques dans la famille (alcoolisme dépendance, abus de substance, suicide, comportement déviant, troubles du comportement). La connaissance des pathologies mentales dans la famille aide à faire le diagnostic de l'enfant (ex une maman alcoolique dépendante fera suspecter un syndrome d'alcoolisme fœtal chez l'enfant).

L'évaluation de la transmission génétique du trouble de l'enfant doit être évaluée (ex la présence d'un trouble bipolaire chez le père). La participation génétique n'explique pas à elle seule la présence du trouble psychiatrique, mais elle favorise la vulnérabilité accrue aux troubles psychiatriques (Luthar & Prince, 2008). La majorité de parents craignent le même sort pour la fratrie mais ne le verbalisent pas forcément, les précisions concernant les risques de transmissions

### Facteurs de risque

Un facteur de risque augmente le risque d'apparition d'un trouble. Le risque peut provenir d'un comportement (ex, la consommation de cannabis augmente le risque de symptômes psychotiques). Parfois, le risque est inévitable. (ex les filles adolescentes souffrent davantage de la dépression que les garçons). Le sexe représente donc un facteur de risque de dépression.

L'interrogatoire passe au préalable par l'explication de son utilité. Sans cela, ils pourraient ne pas comprendre l'intérêt.

Exemple de question recherchant un traumatisme antérieur « Est-ce que votre enfant a déjà été témoin d'un événement grave ou effrayant ? »

Il faut porter une attention particulière aux discontinuités et ruptures dans l'évolution développementale.

La recherche d'antécédents familiaux de troubles neuro-psychiatriques doit être routinière.

génétiques sont donc à utiles afin de soulager la famille.

### **Forces**

C'est une erreur de se focaliser uniquement sur les faiblesses de chacun, sans tenir compte des ressources, lesquelles sont utiles au traitement et à la prise en charge. Cette approche soutient la famille et les aide à pallier à leur vulnérabilité.

### **Explications**

Se renseigner sur la représentation des parents des troubles de leur enfant et leurs causes éventuelles, permet de mieux cibler les interventions de psychoéducation. Comprendre comment les parents et l'enfant perçoivent l'évolution des symptômes met également en lumière le contexte culturel de la famille (Sholevar, 2007).

### **Conclure l'entretien**

Lorsque l'entretien se termine de manière positive, cela permet à la famille de rester sur une bonne impression et de renforcer l'alliance. Les questions possibles à cette étape sont :

- « Aurais-je omis une question qui vous paraît important ? »
- « Je vous ai posé beaucoup de questions, vous avez peut-être des questions à me poser ? »

## **ENTRETIEN AVEC LES PARENTS**

### **Les objectifs de l'entretien avec les parents**

L'entretien parental sert à préciser :

- Les aspects du comportement de leur enfant qui les inquiète le plus
- Les solutions essayées jusqu'à présent
- L'impact du trouble sur le reste de la famille
- Si le comportement problème est réactionnel à une situation ou continu (ex devant une inattention et une agitation apparaissant uniquement à l'école, on peut douter du diagnostic de TDAH)
- La présence de troubles neuropsychiatriques dans la famille.

### **Entretien standardisés**

Les entretiens standardisés (outils diagnostic délimitant des séquences d'entretien avec des questions spécifiques) sont souvent utilisés pour la recherche mais peuvent servir à la pratique clinique. Ces outils permettent de balayer les domaines clés en terme de psychopathologie. Ils permettent d'aborder toute une série de symptômes, y compris ceux qui ne sont pas soulevés par la famille. L'utilisation de ces instruments permet de ne pas passer à côté de pathologies comorbides. Cependant, ces outils ne remplacent pas un entretien psychiatrique individualisé, et ne permettent pas à eux seuls d'établir le diagnostic et le traitement. Aussi, la majorité de ces entretiens apportent peu ou prou de précisions sur le contexte, les émotions, le coping (Le Couteur & Gardner, 2008).

Le clinicien doit être attentif à la psychopathologie parentale (ex une mère dépressive aura plus de commentaires négatifs concernant l'enfant qu'une mère normale).

« L'entretien diagnostic doit véhiculer l'idée que l'enfant est bien plus qu'un patient ou un en-semble de symptômes » (King, 1997)

« Lorsque je rencontre les parents d'un souffrant d'un trouble mental, j'interroge en premier sur les capacités, les ressources, les qualités et talents de leur enfant » (Giovanni Bollea, Pédopsychiatre italien)

Les parents craignent parfois être les seuls à avoir des difficultés avec leur enfant. Dans ce contexte, ils peuvent être soulagés d'entendre dire par le clinicien que leur problème est commun et que l'aide apportée aux autres familles a pu être efficace.

## L'ENTRETIEN DE L'ENFANT

Les objectifs de cet entretien sont :

- D'obtenir la confiance de l'enfant. En général, plus l'enfant est jeune, plus cela peut prendre du temps
- De connaître la perception de l'enfant du problème
- D'identifier l'étape développementale de l'enfant
- De préciser les symptômes émotionnels, les événements traumatiques, les actes de délinquance, la consommation de toxiques, la présence de troubles sexuels
- De recueillir des données permettant de compléter un « Mental status examination »

Sauf en cas d'anxiété majeure de séparation, les enfants acceptent en général rapidement que le parent quitte la pièce en s'agrippant parfois à des objets transitionnels (couverture, doudou...) facilitant la transition. Plus l'enfant est âgé plus les séances conjointes avec le parent pourront être arrêtées précocement. A noter que les enfants sont souvent gênés d'entendre des discussions le concernant devant lui.

### Comment commencer ?

Une fois que les parents ont quitté la pièce, il est recommandé de débiter la consultation en questionnant sur des sujets susceptibles d'intéresser l'enfant comme les hobbies, les animaux, les vacances, les cadeaux de Noël, et d'anniversaire. L'étape suivante consiste à éclairer ce que l'enfant comprend de sa venue en soins, ce qui permet d'avoir une idée des relations et de la communication entre parents et enfant et du développement cognitif de l'enfant. Certains enfants doivent être encouragés à exprimer leurs *propres* inquiétudes plutôt que celles des parents ou professeurs. Il faut être vigilant à la façon de formuler ses questions, car les enfants plus jeunes sont particulièrement suggestibles.

### Techniques d'entretien ajustées aux étapes de développement

Il ne faut pas s'attendre à ce que des enfants d'âge préscolaires soient assis toute la durée de l'entretien. Aussi, la personne menant l'entretien doit mettre à disposition du matériel de jeu pour l'enfant. Les techniques utilisées sont le dessin, le jeu et les questions directs. La méthode appropriée va dépendre de l'âge de l'enfant (âge développemental prioritairement à l'âge chronologique) et du problème (ex mutisme sélectif). Le fait d'inviter l'enfant à faire un dessin est une bonne façon de débiter l'entretien. Les questions directes doivent être courtes, simples, précises et ne traitant qu'un sujet à la fois (Jones, 2003). Par exemple éviter les questions du type « Est-ce que tu as des soucis à l'école, t'entends-tu bien avec les autres, et aimes-tu le sport ? » et préférer « as-tu des soucis à l'école ? ».

S'introduire dans le jeu de l'enfant permet de :

- Sympathiser avec l'enfant
- Evaluer leur état affectif
- Evaluer la coordination et les capacités motrices
- Evaluer le langage et le discours
- Evaluer les capacités attentionnelles



« Le fait de distinguer, des faits accessoires de faits essentiels, revêt une importance capitale dans l'art de la détection. Faute de quoi, l'énergie et l'attention sont gaspillées .... » (Sherlock Holmes, "The Reigate Puzzle").

« le clinicien doit avoir conscience des effets que peuvent avoir des différences de sexe, d'âge, de bagage culturel ou social, entre lui et son patient ( ou les parents), sur l'entretien. » (King, 1997)

Pour obtenir des informations pertinentes, il faut établir du lien et de la confiance.

La description des émotions de l'enfant, son angoisse, son humeur, des événements importants, aide à comprendre ses difficultés.

- Evaluer leur capacité à relever des défis complexes
- Evaluer leur interaction dans le jeu et le jeu de faire semblant (notamment lors des doutes sur un trouble envahissant du développement)
- Recueillir des informations pour le « mental status examination ».

Les questions permettant d'explorer les états internes de l'enfants :

- Quel animal voudrais-tu être le plus/ le moins ?
- Qui emmènerais-tu avec toi sur une île déserte ?
- Si on pouvait exaucer trois vœux, quels seraient-ils ?

### Entretien avec des patients adolescents

Globalement, l'entretien est similaire avec un adolescent. Cependant, la durée de l'entretien individuel avec l'adolescent est plus longue. Il est important d'être vigilant à ce que l'adolescent ne se sente pas exclu de la relation parent clinicien. Préciser ce que l'adolescent comprend de l'intérêt de l'entretien, et ce qui lui en a été dit est une bonne manière de commencer l'entretien. Les adolescents sont très sensibles au regard et au jugement de l'autre, au rejet, à l'équité, à la justice. Aussi, l'autre pourrait penser qu'il soit différent, faible, bizarre. Ainsi, voici quelques questions utiles lors de l'interrogatoire :

- Qu'est-ce que tu considères comme injuste ou juste dans ta vie ?
- Qu'aimerais-tu changer dans ton école /famille/monde ?
- Quels sont tes projets pour les 10 prochaines années ?

### Confidentialité : « le direz-vous à mes parents ? »

La confidentialité est une préoccupation majeure chez les adolescents qui demandent de l'aide médicale. Pour cela, ils doivent être informés de la confidentialité de la relation patient médecin, de ses limites et son cadre : la confidentialité peut être levée sans l'accord du patient en cas de danger pour le patient ou pour autrui. De nombreux pays imposent l'obligation légale de signaler des situations d'abus. La diversité des législations à cet égard nécessite d'être à jour. La confidentialité et le cadre doit être annoncé en début d'entretien, en présence des parents, afin que ces derniers puissent prendre conscience du caractère confidentiel de l'entretien.

### Les domaines d'intérêts à explorer avec les patients adolescents

- Comportement antisocial ou délinquant (ex « *as-tu fais déjà fait des choses que tu considères comme dangereuses dans ta vie ?* »)
- Comportement sexuel à risque et identité sexuelle (« *as-tu déjà éprouvé des sentiments envers quelqu'un ?* » éviter les questions comme « *est ce qu'un garçon/fille te plaît ?* » qui omettent les questionnements qu'un adolescent peut avoir sur sa sexualité)
- Abus d'alcool et consommation de toxiques (préciser les consommations antérieures, le contexte et le but des consommations : (parents, amis, auto médication)
- Idéation suicidaire ou comportement suicidaire, auto agressivité, scarifications (« *as-tu besoin de te faire du mal ? as-tu déjà pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue ?* »).

Les jouets génériques sont préférables car ils sont davantage susceptibles de faire ressortir les préoccupations de l'enfant que les mises en scènes prévues avec des jouets issus de films ou séries.. (Bostic & King, 2007)

Le but de l'entretien, sa durée, la confidentialité qu'elle implique, et le rôle du clinicien doivent être précisés tôt et selon des termes appropriés. Exemples de questions possibles :

« Qu'est-ce que tes parents t'ont dit sur ta venue ici ? »  
« Comment te sens tu par rapport à ta présence ici ? »

Contrairement à ce que l'on peut penser, le fait d'interroger sur les idées suicidaires ne les déclenche pas. Le clinicien bienveillant, est peut-être le seul à qui l'adolescent peut confier ses pen-sées.



"Ne te fie pas aux impressions générales, mon garçon, mais concentre toi sur les détails" (Sherlock Holmes, "A Case of Identity")

## MENTAL STATUS EXAMINATION

Le *mental status examination* (MSE) est une description objective, qui porte sur la présentation physique de l'enfant, les symptômes, le comportement et fonctionnement *durant l'entretien*. Un MSE permet qu'un autre clinicien ou le même clinicien, à posteriori, puisse avoir une représentation de l'état mental de l'enfant lors de l'évaluation. Le MSE est un élément important dans l'évaluation psychiatrique (Tableau A.5.1). Le MSE est stricto sensu purement descriptif, ne contient ni jugement, ni précision de ce qui est normal / anormal ; cliniquement signifiant ou non.

Les comportements retrouvés dans la plupart des troubles, peuvent aussi apparaître chez des enfants sains. Ce qui détermine si un trouble est significatif, c'est l'intensité du symptôme, sa sévérité et sa persistance dans le temps.

Si le MSE se distingue de l'interrogatoire, il se fait implicitement tout au long de l'entretien parallèlement à l'observation de l'enfant et à l'interaction avec le clinicien. Certaines composantes nécessitent d'être recherchées spécifiquement (orientation, mémoire, symptômes obsessionnelles ou hallucinatoires) contrairement à d'autres.

Les cliniciens doivent être à l'affût pour saisir la moindre occasion d'observer le patient et ses interactions avec la famille. Il pourra repérer le comportement :

- Dans la salle d'attente (comment les membres de la famille sont-ils assis ? communiquent-ils ? observe-t-on des conflits ?)
- Lors de la rencontre et pendant les présentations
- Dans le bureau
- Lors de la séparation avec les parents (lorsque les parents quittent la pièce)
- Lors de l'évaluation psychologique
- Lors de l'examen physique

## ANAMNESE MEDICALE ET EXAMEN CLINIQUE SOMATIQUE

Le but de l'anamnèse médicale et de l'examen clinique est de repérer une étiologie médicale, ou l'existence de pathologies associées, pour pouvoir les traiter. Ces pathologies médicales peuvent :

- Augmenter le risque de psychopathologie chez l'enfant
- Être pertinent pour le choix du traitement
- Peut expliquer la psychopathologie actuelle.

Les pathologies somatiques mimant une symptomatologie psychiatrique sont rares, mais il est important de connaître certains « pièges diagnostiques » (Tableau A.5.2). Si l'anamnèse médicale fait suspecter une pathologie médicale, des investigations complémentaires sont à prévoir.

Nous suggérons l'approche *par étape* suivante :

- Etape 1 : anamnèse médicale brève
- Etape 2 : examen clinique de base

Si les étapes 1 et 2 ne relèvent rien de particulier, il n'est pas nécessaire de

“Le jour viendra où chaque diagnostic aura son propre traitement, mais ce jour est loin. Les traitements psychologiques et pharmacologiques doivent répondre à des patterns de symptomatologie plutôt qu'à un diagnostic” (Rutter & Taylor, 2008)

### Décrire avant d'interpréter

Étant donné que chaque symptôme peut avoir plusieurs significations, fonctions et implications cliniques chez des enfants différents il est important de ne pas sauter du symptôme au diagnostic.



**Tableau A.5.1 Mental status examination**

Composante MSE	Repérer:	Exemple
Apparence physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age (réel et représenté)</li> <li>• Vêtements appropriés par rapport à l'âge</li> </ul>	« Stéphanie est une fille de 9 ans, agréable à voir, bien ap-prêtée, portant des vêtements adaptés, qui fait plus que son âge (environ 12 ans).
Ouverture relationnelle avec le clinicien, et tolérance à la séparation avec le parent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact visuel</li> <li>• Coopération et adhésion à l'évaluation</li> <li>• Comportement envers les parents et la fratrie</li> </ul>	« Elle évite le regard mais coopère lors de l'évaluation »
Humeur, émotions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Type d'affects, adaptés ou non au contexte (ex déprimé, irri-table, joyeux)</li> </ul>	« Stéphanie semble déprimée (ex pleurs, absence de plaisir, désespoir), a peu de variations d'humeur et décrit une humeur dépressive »
Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peurs</li> <li>• Phobies</li> <li>• Obsessions</li> <li>• Compulsions ou rituels</li> <li>• Difficultés de séparation</li> </ul>	« Elle ne présente pas de syn-drome dépressif ou anxieux évidents »
Psychomotricité (agitation, ralentissement, ou décharges psychomotrices)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tics, maniérisme</li> <li>• Agitation psychomotrice</li> <li>• Coordination</li> </ul>	« On observe un ralentisse-ment psychomoteur. »
Contenu et forme de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallucinations</li> <li>• Délires</li> <li>• Troubles de la pensée</li> </ul>	« On observe un ralentissement de la pensée, mais elle reste cohérente. On ne retrouve pas d'hallucinations ou de délire. »
Langage et discours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aisance</li> <li>• Prosodie</li> <li>• Allure</li> <li>• Capacités linguistiques</li> </ul>	« Son discours est approprié par rapport à son âge.
Fonctionnement cognitif glo-bal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocabulaire approprié</li> <li>• Soif de savoir</li> <li>• Dessins appropriés</li> </ul>	« Ses capacités cognitives semblent altérées et son voca-bulaire en dessous de son âge »
Attention et concentration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attention</li> <li>• Concentration</li> </ul>	« Se fatigue très vite, et s'arrête vite de suivre les con-versations. »
Mémoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Court terme</li> <li>• Long terme</li> </ul>	« Ne montre pas de difficultés de remémoration. »
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation dans le temps et dans l'espace</li> </ul>	« A une bonne orientation spa-tio-temporelle. »
Capacités de jugement et insight	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscience du problème</li> <li>• Capacité à critiquer des situations hypothétiques</li> <li>• Attitude vis-à-vis de l'aide</li> <li>• Observance</li> </ul>	« le patient a conscience du problème, est demandeur d'aide et de traitement »
Evaluation du risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idées noires, comportement suicidaire</li> <li>• Comportement auto-agressif</li> <li>• Pensées hétéro-agressives ou projet de nuire à autrui</li> <li>• Comportement à risque</li> </ul>	« Pas de risque auto ou hétéro-agressif »

Source: King (2007) modified.

**Tableau A.5.2 Symptômes psychiatriques et diagnostics différentiel pour chaque symptôme**

Symptôme	Diagnostic Différentiel
Dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble neurologique (tumeur cérébrale, épilepsie, traumatisme, atrophie cérébrale)</li> <li>• Trouble endocrinologique (hypo/hyperthyroïdie, maladie d'Addison, maladie de Cushing)</li> <li>• Trouble rénal (néphrite chronique)</li> <li>• Trouble métabolique (hypoglycémie)</li> <li>• Maladie infectieuse (VIH, Lyme)</li> <li>• Intoxication (Alcool dépendance)</li> <li>• Pathologie maligne (leucémie)</li> <li>• Pharmacologie : antihypertenseurs (bêta bloquants), antiépileptiques, psychotropes (neuroleptiques, barbituriques), stéroïdes (glucocorticoïde), analgésiques</li> <li>• Autre : tuberculose, antibiotiques, antimycotiques, cytostatique</li> </ul>
Psychose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble neurologique (tumeur cérébrale, épilepsie, encéphalite, infections, sclérose en plaques)</li> <li>• Consommations de substances (marijuana, cocaïne, LSD)</li> <li>• Intoxication (alcool)</li> <li>• Pharmacologique : psychotropes, anticonvulsivants, anticholinergiques, stéroïdes, antibiotiques.</li> </ul>
Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles liés aux consommations : toxiques, amphétamine, cocaïne, hallucinogènes, alcool, nicotine, caféine, ecstasy, opioïdes</li> <li>• Trouble neurologique : convulsions, migraine, sclérose en plaques, augmentation de la pression intracrânienne, réduction de la perfusion cérébrale</li> <li>• Autre : hypoglycémie, hypoxie, hyperthyroïdie, carcinome, troubles du rythme, phéochromocytome</li> </ul>
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer</li> <li>• Trouble Endocrinien (hyperthyroïdie, diabète de type 2)</li> <li>• Trouble gastro-intestinal (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, gastrite, ulcère gastrique)</li> <li>• Malabsorption (maladie cœliaque)</li> </ul>
Enurésie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalie urologique et génitale (valve urétrale, accolement des lèvres)</li> <li>• Infection urinaire</li> <li>• Pathologie neurologique (myéloméningocèle, spina bifida, syndrome de la moelle attachée)</li> <li>• Autre pathologie médicale (diabète de type 2)</li> </ul>

Source: Herpertz-Dahlmann & Bachmann (2007), modified.

pousser les investigations. Si au contraire, elles révèlent des anomalies :

- Etape 3 : investigations et avis spécialisé

### **Anamnèse médicale**

Une approche reprenant les antécédents médicaux personnels et familiaux, et envisageant la possibilité d'une cause ou d'une participation somatique, doit être systématique. Les études tendent à montrer qu'une approche reprenant les antécédents médicaux influence souvent la prise en charge alors qu'un examen physique rarement (Dooley et al, 2003).

Les situations nécessitant un examen physique plus poussé et détaillé sont les suivantes (étape 3) :

- Symptomatologie atypique ou âge de début des symptômes atypique (hallucinations chez une fille de 7 ans).
- Antécédents de crise d'épilepsie
- Antécédents de trauma crânien ou d'infection du système nerveux

central

- Régression développementale
- Courbes de croissance au-dessus du 97ème percentile ou en dessous du 3ème percentile
- Doute sur un abus ou une maladie factice (Münchhausen par procuration)
- Apparition brutale d'un comportement nouveau et stéréotypé (flapping dans le syndrome de Rett)
- Altération de l'état de conscience, fatigue intense, altérations cognitives, et présence de symptômes physiques tels que maux de gorge, fièvre, céphalée, nausée et variations de poids.
- Apparition brutale d'obsessions et de compulsions et/ou de tics moteurs ou vocaux, suite à une pharyngite (PANDAS, cf chapitre F.4 et H.5)

Les points suivants sont à vérifier lors de l'interrogatoire médicale :

**Développement pré et périnatal**

- Consanguinité chez les parents ?
- Appel à des techniques de procréation assistée ?
- Grossesse (exposition à des agents tératogènes : alcool, tabac, substances illicites, médicaments, éruption ou fièvre durant la grossesse indiquant l'exposition à un virus)
- Antécédents de décès périnatal ou de menace du pronostic vital dans la fratrie (peut indiquer un trouble du métabolisme)

Il est important de ne pas oublier la dimension somatique lors de l'évaluation diagnostique, ni pousser trop loin les investigations et examens.

La perte des acquisitions rapportée par les parents doit alerter le professionnel et faire suspecter un trouble neurodégénératif.



“les petites choses sont infiniment les plus importantes” (Sherlock Holmes, “A Case of Identity”)

**Tableau A.5.3 Grille représentant les différentes étapes de développement**

Age	Capacités motrices	Langage
3 mois	Port de tête	Imite des sons
6 mois	Roule	
9 mois	Tenue assise sans appui	Combine des syllabes pour en faire des sons semblables aux mots
12 mois	Reste debout sans appui	Sait dire 20 mots
15 mois	Marche seul Joue avec une balle	
18 mois	Peut porter des objets en marchant	Peut faire des phrases de deux mots
2 ans	Court Tape dans une balle	Sait dire son prénom Demander « pourquoi » Peut nommer 6 parties du corps
3 ans	Saute, se balance sur un pied	Peut faire des phrases avec 4 mots Utilise le singulier et le pluriel
4 ans	Rebondit	Utilise le passé, raconte ses expériences
5 ans		
6 ans	Rebondit en croisant les pieds	Langage complètement développé

Les accidents ou les pathologies pouvant toucher le système nerveux central doivent donner lieu à des investigations.

- Une exposition au plomb
- Des crises d'épilepsie
- Un trauma crânien
- La perte de conscience

- Antécédent de fausse couche spontanées (deux ou plus) ; un parent sur 20 est porteur d'une translocation ou d'une inversion chromosomique (Gardner & Sutherland 1996)
- Accouchement et période néonatale : âge gestationnel, poids de naissance, score APGAR (une naissance compliquée est un facteur de risque développemental).

### ***Développement post-natal***

Il est mis en évidence par une anamnèse du développement précoce (jusqu'à 5 ans). Il faut inviter les parents à rapporter le carnet de vaccination. Le tableau A.5.3 met en évidence les acquisitions lors de chaque étape de développement.

### ***Antécédents médicaux***

Les troubles communs chez l'enfant (ex. asthme) incitent à rechercher les traitements prescrits, et les automédications. Toute hospitalisation et tout traitement après la naissance est à rechercher (acte chirurgical, vaccinations, perte de conscience, crise d'épilepsie, problème auditif ou visuel, allergies, réponse au traitement, effets secondaires).

Le clinicien doit être attentif à l'existence de pathologies pouvant affecter le système nerveux central, comme le VIH, la tuberculose, le lupus érythémateux, l'épilepsie, le trauma crânien, les problèmes de thyroïde, le diabète.

### **Examen clinique somatique**

#### ***Qui doit le faire ?***

L'examen clinique peut donner l'occasion aux praticiens qui sont au point avec cela, de faire des ponts entre le somatique et le psychique. Pour les psychologues et les professionnels de santé sans parcours médical, il est préférable de rechercher si un examen a été fait dernièrement, ou d'adresser le patient à un pédiatre.

Un examen neurologique suffit et ne nécessite pas un déshabillage complet.

Les paramètres suivants sont à rechercher :

- Poids et taille
- Périmètre crânien (une déformation du périmètre crânien est le plus souvent familial, la comparaison avec le périmètre crânien des parents doit précéder l'interprétation du périmètre crânien du patient.)
- Tension artérielle (utiliser un brassard approprié, qui couvre les deux tiers de la distance séparant le coude de l'épaule)
- Examen de la peau (Cf Tableau A.5.4)
- Examen neurologique de base
  - Posture, démarche
  - Tests des fonctions cérébelleuses (dysdiadochocinésie)
  - Reflexes, tonus, et force
  - Mouvements anormaux (fasciculations, tics, myoclonies, dystonie, athétose, tremblements, chorée).

L'observation de la démarche de l'enfant est ce qu'il y a de plus précieux dans l'évaluation neurologique. Une démarche normale nécessite un équilibre

**Tableau A.5.4 Inspection de la peau en psychiatrie de l'enfant**

Symptômes dermatologiques	Indice possible pour :
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traces d'aiguilles, abcès, hyperpigmentation des bras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consommation de toxiques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hématomes d'âges différents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Négligence</li> <li>Abus physique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Trace cutané d'automutilation (scarifications)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trouble de la personnalité borderline<sup>a</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tâche café au lait chez des enfants de plus d'un an, d'une taille supérieure à 1,5 cm</li> <li>Taches de rousseur dans le creux des bras, après 3 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neurofibromatose de type 1<sup>b</sup> (rare)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Macules dépigmentés en forme</li> <li>Adénome sébacé</li> <li>Fibrome péri unguéal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sclérose tubéreuse<sup>c,d</sup> (rare)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tâche de vin dans la région trigéminale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Syndrome de Sturge Weber<sup>b</sup></li> </ul>

<sup>a</sup>Les scarifications à but non suicidaire sont le plus souvent sur la face antérieure de l'avant bras gauche.

<sup>b</sup>La Neurofibromatose de Type 1, la sclérose tubéreuse, et le syndrome de Sturge Weber sont des syndromes neuro-cutanés (phakomatoses). Ils affectent le système nerveux central, la peau et les yeux. Ils ont une origine ectodermique.

<sup>c</sup>0,4-3% des enfants autistes ont également une sclérose tubéreuse (Smalley et al, 1991).

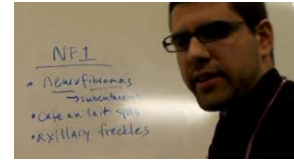
<sup>d</sup>L'IRM cérébral est le test diagnostique le plus fiable

entre des systèmes moteurs, sensoriels, et de coordination et une qualité de ces derniers. Un enfant qui marche correctement a peu de chance d'avoir un trouble neurologique sévère (Wolf et al, 2008).

### Examens complémentaires, tests et avis spécialisé

Les examens complémentaires, tests et spécialistes à dispositions sont variables selon les pays. Les examens qui suivent sont à prescrire dans l'idéal, mais la plupart ne donneront pas de résultats positifs :

- Bilan sanguin
- Tests urinaires
- Imagerie cérébrale (IRM en première intention, Tomodensitométrie en deuxième)
- Investigation génétique (devant une dysmorphie du visage, des pieds ou des mains ; anomalie de la courbe de taille (supérieure au 97ème percentile, inférieure au 3ème percentile).
- Bilan métabolique (devant : une consanguinité, un retard staturo-pondéral, des décompensations épisodiques, suite à des troubles mineurs, hépatosplénomégalie, traits du visage grossiers). Un dépistage métabolique est plus utile qu'une investigation génétique, un EEG ou une imagerie cérébrale.
- Electroencéphalogramme (EEG)
- Electrocardiogramme (ECG)



Cliquer sur l'image pour voir une vidéo de 8 minutes sur les troubles neurocutanés.



Si vous suspectez une maladie génétique ou métabolique rare et ne pouvez pas vous tourner vers un spécialiste, cliquez sur l'image pour accéder au site "orpha.net" et utilisez la fonction "recherche par signe". Ce portail est disponible en anglais, espagnol, allemand, italien, français et portugais.

Essayez dès que vous en avez la possibilité de voir des enfants avec maladie rare. La connaissance des phénotypes existants est une condition pour les reconnaître. Phenomizer est un site avec des informations utiles permettant aux cliniciens d'entrer les caractéristiques cliniques d'un patient et d'obtenir un diagnostic différentiel probabiliste. Pour voir un tutorial [cliquez ici](#).



- Examen de l'audition
- Examen ophtalmologique.

## ECHELLES DE NOTATION ET EVALUATION PSYCHOMETRIQUE

Le but de cette partie est de mettre en lumière les outils permettant une aide au diagnostic et au traitement.

### Echelles de notation

Les échelles de notation correspondent à un recueil de données sur la présence (mesure qualitative) et la sévérité (mesure quantitative) des symptômes. Ces échelles peuvent être apporter des informations supplémentaires utiles au diagnostic, elles peuvent permettre d'apprécier l'efficacité d'un traitement (pronostic), et servir pour la recherche. Elles peuvent également être utilisées pour dépister des enfants à risque, nécessitant une évaluation plus poussée (Verhulst & Van der Ende, 2008).

### Bénéfices et inconvénients des échelles de notation

#### Pour :

- Elles aident à détecter des problèmes cliniquement significatifs n'appartenant pas au trouble principal
- Elles permettent une évaluation compréhensive
- Certains patients révèlent plus facilement des informations par écrit, qu'à l'oral
- Elle peut être complétée par les parents, les professeurs, les patients en dehors de l'entretien, et permet de rendre l'entretien plus efficace
- Celles qui évaluent la sévérité du symptôme peuvent donner une base de référence et permettre une évaluation de la réponse au traitement (ex TADAH checklist avant et après traitement par méthylphénidate).

#### Contre :

- Elles demandent du temps et de savoir lire et écrire
- Elle peut être refusée par les parents/enfants

Les échelles de notations sont des instruments qui complètent une évaluation, mais ne la remplacent pas



"Il n'y a rien de plus trompeur qu'une évidence"  
(Sherlock Holmes, "The Boscombe Valley Mystery")

Tableau A.5.6 The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

But	Langues	Commentaires
Dépistage des troubles de la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent (Goodman et al, 2000)	Disponible dans 73 langues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuit hors utilisation commerciale</li> <li>• Les scores élevés (10%)</li> <li>• Utilisé à travers le monde</li> <li>• Bref : 25 items représentés sur une page</li> <li>• Spécificité élevée, faible sensibilité</li> <li>• Peut être complété en ligne par le patient, avec feedback immédiat.</li> </ul>

Source: Carandang and Martin (2009).

- Les cotations et analyses des résultats sont chronophages
- Le clinicien peut en dépendre pour sa pratique.

Il existe des échelles à faire compléter par le patient, le clinicien, les parents, les professeurs et d'autres personnes sources (travailleurs sociaux). Plusieurs sont utilisées en pratique clinique. Le SDQ « Strengths and Difficulties Questionnaire » ou le Questionnaire Points Forts, Points faibles en français, est un outil utilisé à l'échelle internationale, disponible dans plusieurs langues (cf Tableau A.5.6.). Il contient 25 items évaluant les forces et difficultés de l'enfant, et peut être complété par les parents, les professeurs, l'enfant, ou par tous. Le questionnaire couvre une grande variété de troubles. Dans la plupart des cas, si un trouble spécifique est suspecté (ex dépression, ADHD), l'utilisation d'une échelle plus ciblée, parallèlement à une échelle globale est utile.

### **Evaluation psychométrique**

Une évaluation psychométrique efficace repose sur une bonne utilisation de tests psychométriques valides. Les résultats du test peuvent aider le clinicien à :

- Trouver le diagnostic ou les comorbidités
- Identifier les forces et faiblesses du profil cognitif
- Prévoir un projet de soins (ex le niveau de communication indiquant ou pas une psychothérapie)

Il existe de nombreux tests psychologiques pour enfant et adolescents et le choix du test dépend du patient, du diagnostic suspecté, de l'expérience et des connaissances de l'examineur. L'évaluation du fonctionnement cognitif du patient est une aide au diagnostic et au choix du traitement. ( cf chap C.1 et C.3).

### ***Intelligence : « la somme de tous les processus mentaux »***

S'il existe des désaccords entre experts sur la notion et la définition de l'intelligence, il apparaît que les tests d'intelligence peuvent mesurer avec fiabilité le développement, les capacités cognitives et le comportement adaptatif (Charman et al, 2008). Le *quotient intellectuel* (QI) montre une stabilité modérée à élevée dans le temps et est fortement corrélé au pronostic socio-économique et professionnel, déterminés par la réussite académique, l'obtention d'un emploi et le revenu.

Les tests de QI sont standardisés et *adaptés à l'âge* (cf chapitre C.1). Le score moyen est de 100 et la déviation standard est de 15. Ces données déterminent la moyenne au-delà de laquelle on parle de score faible (-1DS) ou supérieur (+1DS). Un QI inférieur à 70 est en faveur d'un retard mental (cf chapitre C.1).

L'observation de l'enfant dans une situation de test contribue à l'évaluation. Les points suivants sont à prendre en compte :

- Le degré de coopération avec l'examineur
- Le niveau de concentration et d'attention
- L'habileté sociale et les compétences communicationnelles
- Les difficultés rencontrées

Les résultats des tests peuvent être influencés par :

- Des difficultés de langage
- Des problèmes de coordination motrice
- La prise de traitement

### Test évaluant la théorie de l'esprit : le test de Sally et Anne

Le Test Sally et Anne est un test psychologique utilisé en psychologie du développement pour évaluer, à l'aide de marionnettes, les aptitudes en cognition sociale consistant à comprendre qu'autrui possède des états mentaux différents des siens. (Cf Chapitre C.2 pour plus de détails)

Le clinicien utilise deux marionnettes, « Sally » et « Anne ». Sally dispose d'un panier, et Anne d'une boîte. Dans le jeu, Sally prend une bille et la dépose dans son panier, puis quitte la pièce. En son absence, Anne sort la bille du panier de Sally et la cache dans sa boîte. Sally réapparaît alors et l'on pose à l'enfant la question « Où Sally va-t-elle chercher sa bille ? ».

Pour réussir le test, l'enfant doit indiquer le panier de Sally. Les enfants de moins de 4 ans, comme la plupart des enfants autistes (plus âgés), répondent « la boîte d'Anne », ne semblant pas conscients que Sally ignore que sa bille a été déplacée.



“Il n'y a rien de plus stimulant qu'une affaire où tout se ligue contre vous”  
(Sherlock Holmes, “Le Chien des Baskerville”)

- La psychopathologie du patient (ex syndrome dépressif)
- Des troubles auditifs ou visuels.

Un écart majeur entre les résultats du test et la performance de l'enfant décrit par les parents, professeurs ou observé par le clinicien, requiert une évaluation plus approfondie.

## COMMUNICATION DES RECOMMANDATIONS

Le but de cette dernière partie de l'évaluation est de synthétiser les éléments retrouvés et de les communiquer d'une façon claire et appropriée aux parents. Cela peut nécessiter une ou plusieurs séances lors desquelles les recommandations de traitements sont exposées, débattues et adoptées.

Dans la plupart des cas, il est utile de prendre du temps pour traiter les informations, coter les échelles d'évaluation, et réfléchir aux diagnostics différentiels, et aux recommandations. Les parents sont souvent anxieux à l'idée d'entendre ce qui est défaillant chez leur enfant. Ce pourquoi, une certaine sensibilité et écoute est recommandée. Les émotions telles que la déception, la tristesse, le déni émergent régulièrement, notamment lorsque le diagnostic détruit les attentes et espoirs des parents vis-à-vis de l'avenir de l'enfant.

Il est important de savoir que la famille *retiendra très peu d'information* au final, surtout si la séance suscite beaucoup d'émotions. Dans ce contexte, il est possible d'écrire un compte rendu pour les parents, ou de proposer plusieurs consultations.

Le fait de mettre en avant les points forts et les ressources de l'enfant et de sa famille, facilite le feedback et permet de considérer le patient comme un individu plutôt que de le réduire à un diagnostic pathologique. Il vaut mieux éviter les termes techniques et le jargon psychiatrique (préférer « *Sally a des difficultés pour comprendre ce que les autres ressentent, notamment quand leurs désirs et intentions peuvent être différents des siens* », à « *la théorie de l'esprit de votre fille est inexistante* »). Nommer le diagnostic n'est jamais suffisant. Il faut exposer les arguments en faveur du diagnostic et les facteurs qui ont une influence sur ce dernier. Il est également important de préciser les incertitudes, le potentiel d'évolution, le pronostic avec ou

L'évaluation n'est pas finie, tant que les résultats ne sont pas communiqués à la famille, à l'enfant et à l'adresseur.

Idées directrices pour le feedback :

- Simple, sans jargon médical
- Sans jugement
- Axé sur les ressources
- Pratique

sans traitement. Si le diagnostic est provisoire, il faut préciser ses doutes.

### Avec ou sans l'enfant ?

- Cela dépend de la nature du problème et de l'étape de développement de l'enfant. Si l'enfant est présent, il faut accorder du temps à l'enfant pour lui expliquer directement ce qui a été observé. Une bonne stratégie consiste à commencer par parler des points forts, puis exposer les difficultés et proposer des moyens permettant de les réduire, et enfin finir par parler des ressources tout en donnant l'espoir que la situation s'améliore.
- Cibler l'intervention thérapeutique

Les cliniciens doivent s'assurer que les résultats et les recommandations sont :

- Entendues
- Comprises
- Ressenties comme utiles

Pour favoriser la compliance au traitement, le clinicien doit faire alliance avec les parents et les faire participer aux décisions, plutôt que se positionner en tant qu'expert. Dans la majorité des cas, il est possible de proposer plusieurs traitements en exposant pour chacun les effets secondaires et les risques, et d'aider les parents à choisir celui qui convient. Si les parents souhaitent poursuivre un traitement non recommandé et à risque, ils doivent être informés des risques encourus.

La question du pronostic doit être abordée de manière à donner de l'espoir tout en étant réaliste sur le pronostic à long terme. L'objectif thérapeutique à long terme revient en général à aider et accompagner la famille à pouvoir vivre avec la pathologie, plutôt qu'à la guérir.

## RESOLUTION DE PROBLEMES

Les conseils qui suivent sont utiles en cas de doute diagnostique et sont à appliquer avec souplesse :

- Ignorer le DSM et le CIM10 pour un temps, et se concentrer sur la description du problème. Décrire le mieux possible ce qui est atypique et inhabituel chez le patient. Après, penser aux diagnostics qui pourraient coller aux symptômes
- Discuter du cas avec des collègues, si possible, expérimentés
- Si c'est possible, essayer de filmer une évaluation avec l'accord du patient et de ses parents, et montrer la vidéo à des collègues pour un avis
- Il est possible que le problème ne vienne pas de l'enfant mais d'un autre membre de la famille qui souffre d'une maladie mentale
- Il n'est souvent pas possible de conclure à un diagnostic après un seul entretien
- En cas de doute sur un diagnostic différentiel, se rappeler qu'un trouble commun est commun, et qu'un trouble rare est rare
- La symptomatologie peut être atypique en cas de comorbidités multiples (ex syndrome dépressif chez un autiste)

S'assurer qu'une famille parte avec des informations sur le diagnostic, le traitement et une lumière d'espoir, plutôt qu'avec un diagnostic seul.

"Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours."  
(Edward Livingston Trudeau, 1848-1915)



"Rien ne résout mieux un cas, que de l'exposer à une autre personne."  
(Sherlock Holmes, "Silver Blaze")

Il y a un écart entre les descriptions diagnostic des manuels et les descriptions cliniques observées en pratique clinique. Les cliniciens doivent être prudents devant des patterns atypiques ne reflétant pas un diagnostic classique. (Rutter & Taylor, 2008).

- En cas de suspicion diagnostic, éliminer les diagnostics différentiels pour cette affection
- Ne pas passer à côté d'un diagnostic médical, une iatrogénie (effets secondaires d'un traitement) ou une intoxication.
- Penser à l'hypothèse d'un trouble factice ou d'un trouble partagé (ex une mère schizophrène persuade son enfant qu'ils sont tous les deux poursuivis par les services secrets)
- Il y aura toujours des cas, dans lesquelles les symptômes ne correspondent pas à un diagnostic spécifique car les systèmes de classification ne sont pas parfaits et ne le seront sûrement jamais. Comme le dit Leo Kanner, pédopsychiatre, dans son article sur les diagnostics différentiels « les enfants n'ont pas lu ces livres » (Kanner, 1969).
- Il existe des cas n'aboutissant pas à un diagnostic, soit parce que la pathologie n'a pas encore été trouvée ou décrite, soit parce que le patient ne présente pas de problème psychiatrique ou médicale mais un problème adaptatif, nécessitant des conseils et un accompagnement plus qu'une thérapie complexe.

“Quand tu entends des bruits de sabots derrière toi, ne t'attends pas à voir un zèbre ” (Theodore E Woodward MD)



## REFERENCES

- Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlation for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101:213-232.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- \* Baird G, Gringras P (2008). *Physical Examination and Medical Investigation*. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp317-335.
- Bostic JQ, King RA (2007). Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. In Martin A, Volkmar FR (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp323-344.
- Carandang CG, Martin A (2009). Clinical assessment of children and adolescents with depression. In Rey JM, Birmaher B (eds) *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp23-37.
- Charman T, Hood J, Howlin R (2008). Psychological examination in the clinical context. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp299-316.
- Dooley JM, Gordon KE, Wood EP et al (2003). The utility of the physical examination and investigations in the pediatric neurology consultation. *Pediatric Neurology*, 28:96-99.
- Gardner RJM, Sutherland GR (1996). Pregnancy loss and infertility. In *Chromosome Abnormalities and Genetic Counseling*. Oxford Monographs on Medical Genetics, No. 29. New York: Oxford University Press, pp311-321.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177:534-539.
- \* Goodman R, Scott S (2005). *Child Psychiatry*, 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Blackwell.
- Herpertz-Dahlmann B, Bachmann C (2007). [Körperliche Untersuchung]. In Remschmidt H, Matthejat F, Warnke A (eds), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart Thieme, pp17-20.
- Jones DPH (2003). *Communicating with Vulnerable Children: A Guide for Practitioners*. London: Gaskell.
- Kanner L (1969). The children haven't read those books, reflections on differential diagnosis. *Acta Paedopsychiatrica*, 36:2-11.
- Le Couteur A, Gardner F (2008). Use of structured interviews and observational methods in clinical settings. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp271-288.
- Luthar SS, Prince RP (2007). Developmental psychopathology. In Martin A, Volkmar FR (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp291-301.
- \* Rutter M, Taylor E (2008). Clinical assessment and diagnostic formulation. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp42-57.
- Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K et al (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18:136-143.
- Sholevar GP (2007). Cultural child & adolescent psychiatry. In Martin A, Volkmar FR (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp57-65.
- Smalley S, Smith M, Tanguay P (1991). Autism and psychiatric disorders in tuberous sclerosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 615:382-3.
- \* Stubbe D (2007). *Practical Guides in Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Verhulst FC, Van der Ende J (2008). Using rating scales in a clinical context. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp289-298.
- Wolf SM, McGoldrick PE, Cohen L (2008). Pediatric neurological examination for the psychiatrist. In Walker AM, Kaufman DM, Pfeffer CR et al (eds), *Child and Adolescent Neurology for Psychiatrists*, 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- \* King RA (1997). Practice Parameters for the psychiatric examination of children and adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36:4S-20S.
- World Health Organisation (1996). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

\*Recommended reading.