Evaluation de la dépression chez les personnes autistes dyscommunicantes

Autisme au sein des Troubles du Neurodéveloppement

Penser la place de la clinique et des outils d'évaluation dans la démarche diagnostique et d'accompagnement

Dr Xavier BENAROUS, M.D., Ph.D.
Child and Adolescent Psychiatry Department
Pitié-Salpêtrière Hospital
AP-HP.Sorbonne Université
Paris, France

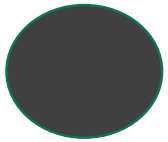
TALK
22 SEPTEMBRE 2026

PLAN

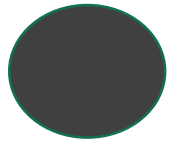
1. **Problématique**
2. Perspectives historiques et épidémiologiques sur la dépression dans TND
3. Vignettes cliniques
4. Freins à la prise en charge et spécificités du tableau clinique
5. Dépression/TND: outils de repérage diagnostique
6. Perspectives: modèle développemental de la dépression: [G-E-C-T]
7. Projet SIDE-B

POURQUOI S’INTERESSER A CE PROBLEME?

Troubles du Neurodéveloppement

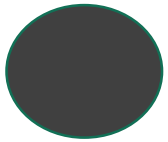


Troubles affectifs



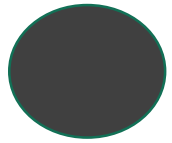
POURQUOI S'INTERESSER A CE PROBLEME?

Troubles du Neurodéveloppement



- TSA
- TDA/H
- Trouble de la communication
- Trouble du développement de la coordination
- TDI
- TSApp

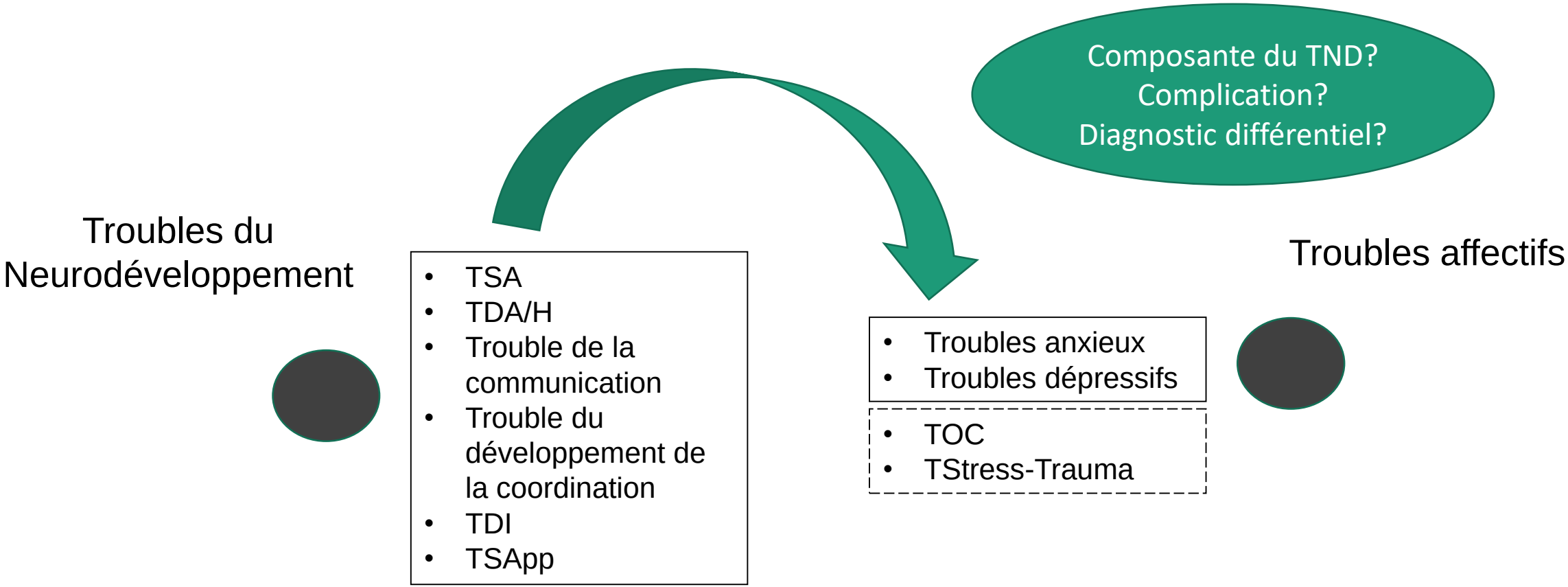
Troubles affectifs



- Troubles anxieux
- Troubles dépressifs

- TOC
- TStress-Trauma

POURQUOI S'INTERESSER A CE PROBLEME?



POURQUOI S'INTERESSER A CE PROBLEME?

Trouble
Neurodévelo

tifs

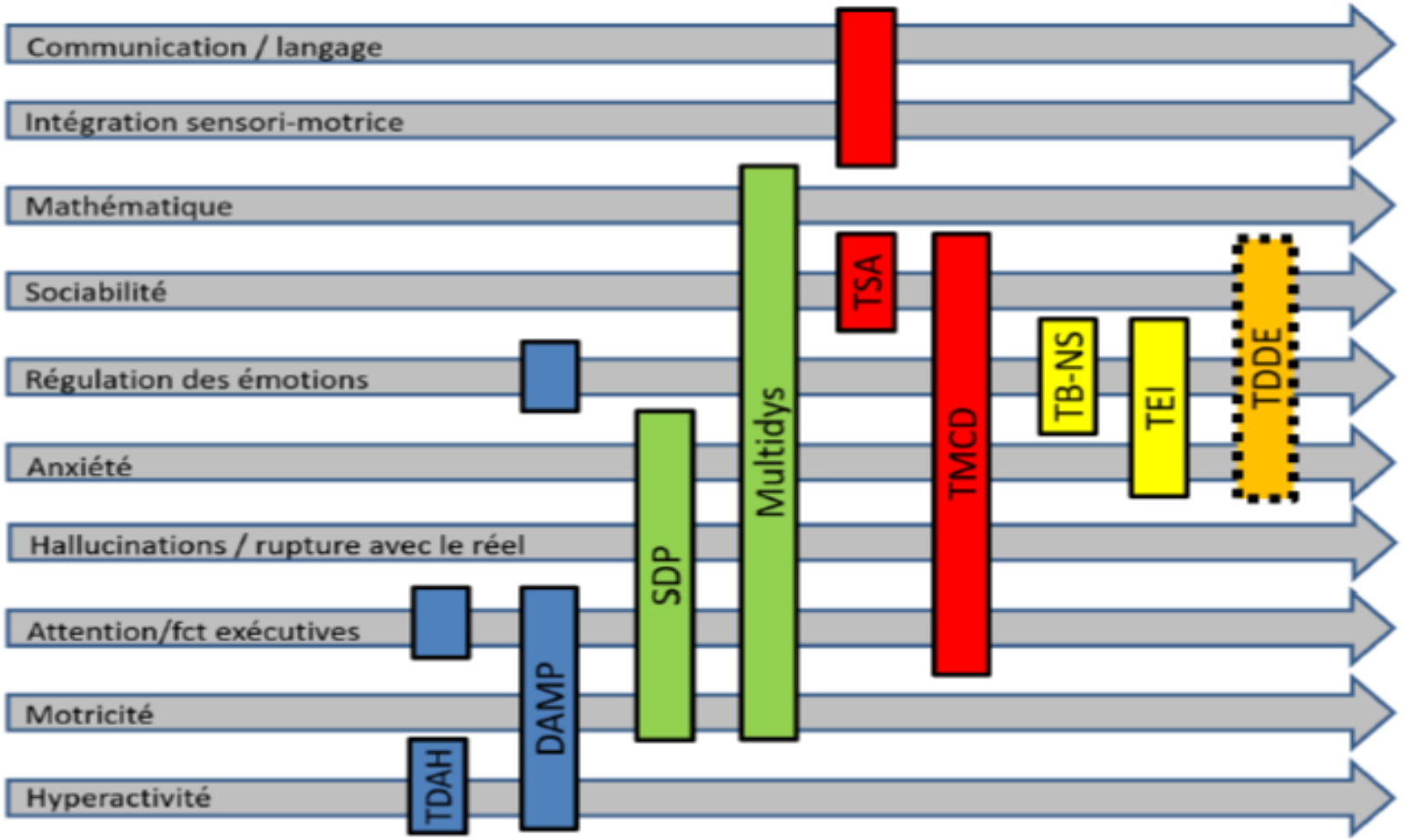
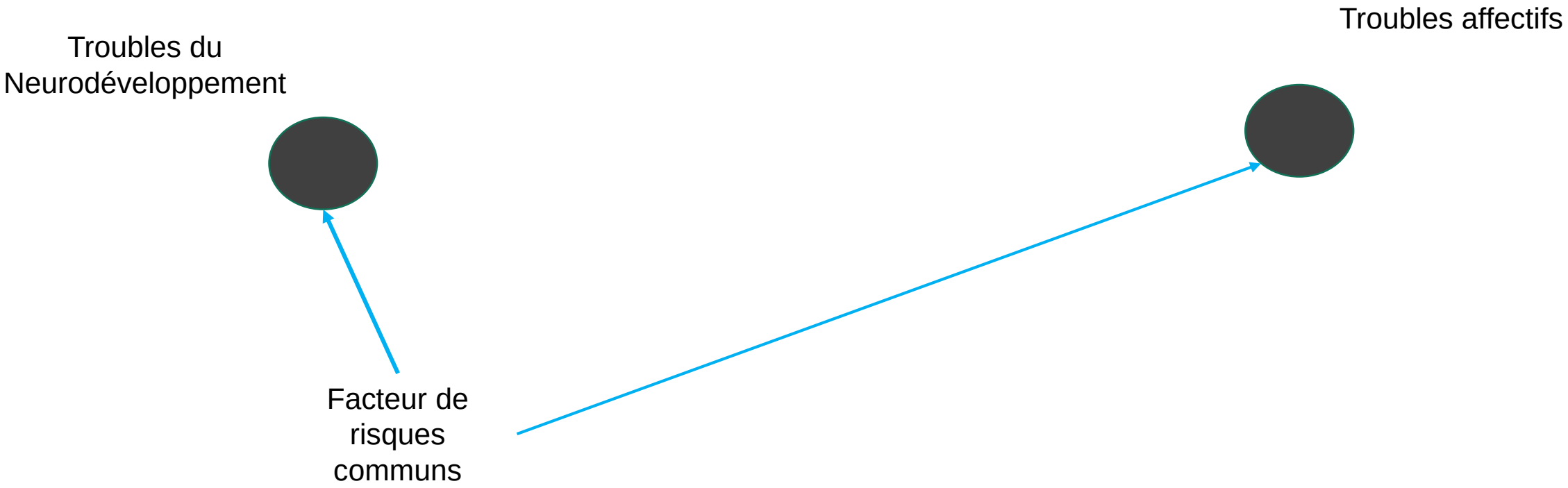
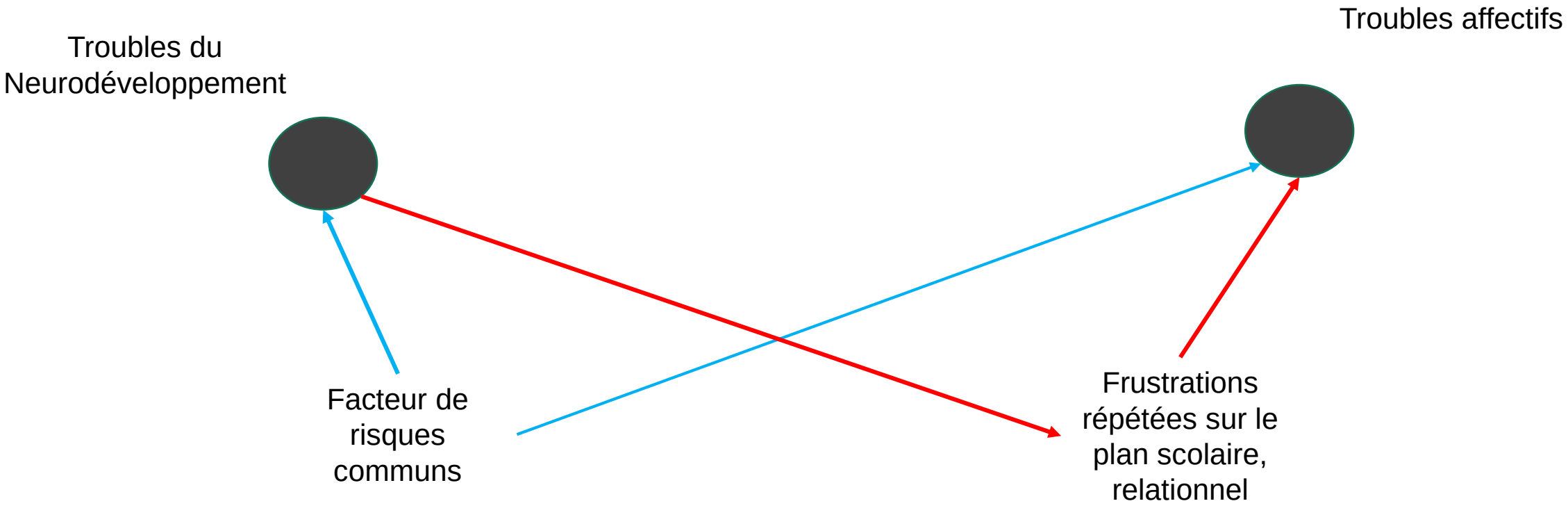


Figure 1. *Tableaux cliniques apparentés au TDDE (adapté d'après Jean Xavier et al. (2015))*

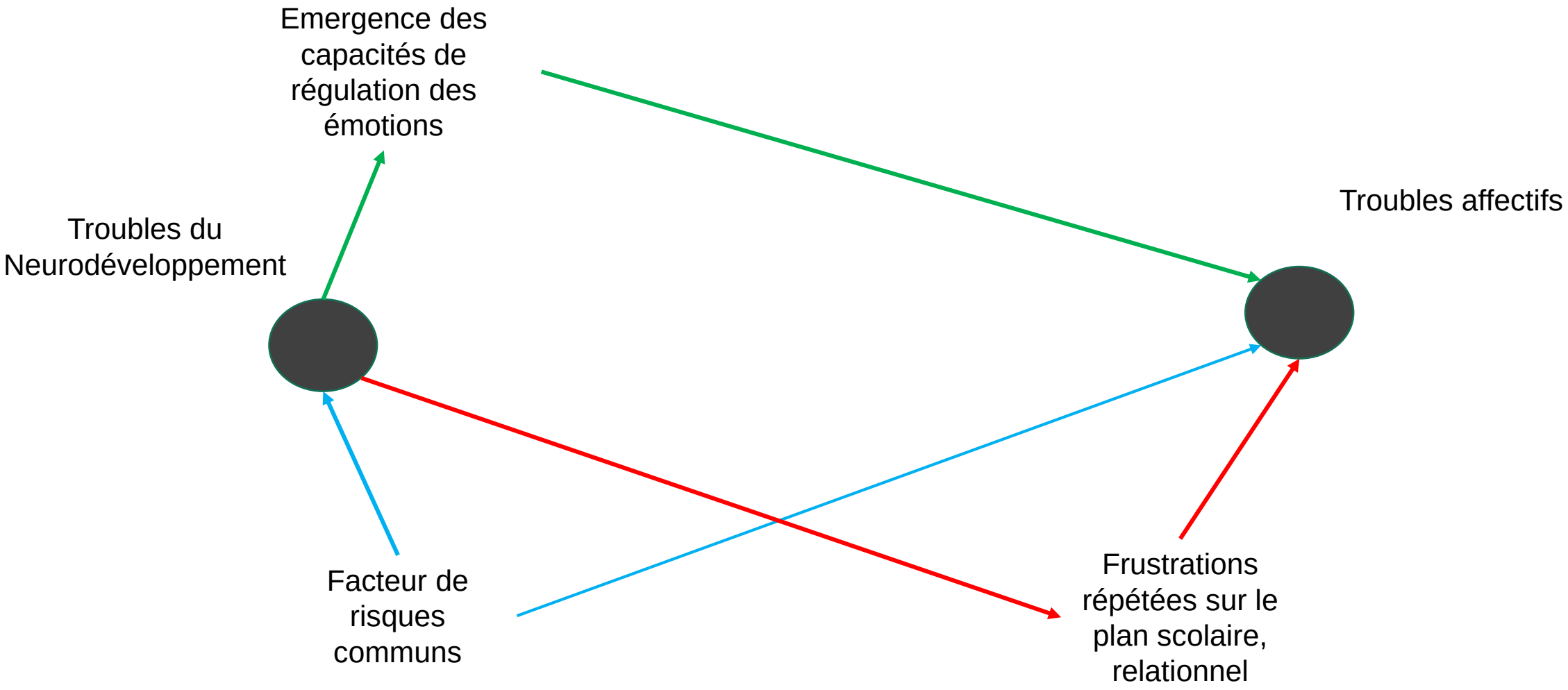
POURQUOI S'INTERESSER A CE PROBLEME?



POURQUOI S’INTERESSER A CE PROBLEME?



POURQUOI S'INTERESSER A CE PROBLEME?



POURQUOI S'INTERESSER A CE PROBLEME?

- **Surreprésentation de formes intriqués** TND/affectif chez les patients avec troubles psy. complexes et résistantes **dans les structures de soin chronique** (HDJ, hospitalisation temps plein…)
- De nombreuses **entités diagnostiques sont à cheval** entre ces deux domaines :
  - Trouble réactif de l'attachement
  - Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle
  - Etat de Stress Post-traumatique Développemental
- Eviter errance diagnostique, **prescriptions médicamenteuses inadaptées** potentiellement iatrogène (neuroleptique au long cours), nécessité d'une adaptation des dispositifs de psychothérapie
- Promouvoir une approche intégrative = médicale + développementale +/- systémique, qui répond mieux aux besoins et attentes des patients

PLAN

1. Problématique
2. **Perspectives historiques et épidémiologiques sur la dépression dans TND**
3. Vignettes cliniques
4. Freins à la prise en charge et spécificités du tableau clinique
5. Dépression/TDI: outils de repérage diagnostique
6. Perspectives: modèle développemental de la dépression: [G-E-C-T]
7. Projet SIDE-B

Travaux historiques

- **Descriptions historiques** de manie/mélancolie chez sujets avec DI (Clouston 1883, Hurd 1988)
- Pour certains auteurs psychanalytiques, processus psychologiques trop immatures pour développer une dépression (Gardner 1967)
- **Travaux de Reiss** dans les années 80 sur la fréquence des troubles émotionnels chez sujets avec DI
- Revue de Sovner and Hurley (1983) de 25 études observationnelles qui rapportent chez les sujets avec DI **tous les types de troubles émotionnels** (anxieux, dépression, bipolarité)

Prevalence

- Adultes avec TDI ont une vulnérabilité importante pour tous les troubles mentaux (Buckles 2013) Idem enfants-adolescents avec TDI (Dekker 2003 RW, Einfeld 2011 RW, Hemmings 2013)
- Prévalence de la dépression dans méta-analyse de Maiano et al. (2018)
  - 2%-3% chez les enfants
  - 6-7% chez l'Adolescent

Incidence

- Etude de cohorte: **4-6 fois plus de risque d'avoir un trouble dépressif à l'âge adulte** pour des jeunes avec TDI d'intensité modéré évalué à 15 ans (Maughan et al. 1999, Richards et al. 2001)

Facteurs de risques de troubles dépressifs chez jeunes avec TDI

- **Problèmes cognitifs** (capacités de résolution de problème) avec difficultés **d'ajustement au stress** (Deb 2009)
- Les **barrières/limitations fonctionnelles liées aux handicaps** et les **événements de vie négatifs** (défaut de participation au niveau scolaire, relationnel…)
- **Maladies somatiques associés**, neurologiques, sensorielles ou physique (Rutter 1971)
- Exposition plus fréquente à des facteurs de risque connu de dépression (moins de connexion sociale, accès à des ressources communautaires) (Sterling 2008)
  - Génétique: 30% héritabilité à l'adolescence, 0-1% chez l'enfant (Thapar 2012)
  - Environnementale+++ maladie physique, ACE, adversité sociale…
- Le **manque de facteurs protecteurs** en particulier relation intime, de connexion sociale, de soutien communautaire (Brown & Harris 1978, Sterling 2008)

Facteurs de risque spécifiques au TDI

- **Intensité de la déficience cognitive:** borderline (17%) > léger-modéré (3,5%) > sévère (2,6%)
- **Adolescent** > enfant prépubère, (respectivement 6% vs. 3% (Maiano 2001)
- **Avoir des TND comorbides :** +TSA (OR=4,4), +TDA/H (OR=5,9)
- **Avoir des douleur associée** (OR=7)
- Avoir été victime de **harcèlement** (OR=2,3)

Conséquences

- Moins de demande de soutien social, **déficit dans les compétences sociales** (Ailey 2000)
- ↑ **comportements agressifs**: 4 fois plus de comportements aggressifs (Reiss & Rojahn, 1993)
- Augmentation de la **morbidité** et **mortalité précoce** (Mccarron 2015, Dunham 2018)

Epidémiologie

- **Prévalence vie entière entre 9 et 54%** (Lai et al. 2019; Leyfer et al. 2006)
- **4 fois plus important** qu'en population neurotypique (Hudson et al. 2019)

Facteurs de risque

- Victimisation par les camarades, EdV négatifs, barriers sociale et stigmatisation
- Facteurs individuels/biologiques: ?

Présentation clinique

- **Plus grande sévérité clinique**, du retentissement fonctionnel et des (Magnuson and Constantino 2011; Newell et al. 2023)
- **Surprésenté chez les personnes avec un trouble dépressif résistant** (O'Connor et al. 2023)

Pergamon

Child Abuse & Neglect, Vol. 24, No. 10, pp. 1257–1273, 2000
Copyright © 2000 Elsevier Science Ltd.
Printed in the USA. All rights reserved
0145-2134/00/$–see front matter

PII S0145-2134(00)00190-3

MALTREATMENT AND DISABILITIES: A POPULATION-BASED EPIDEMIOLOGICAL STUDY

P. M. Sullivan and J. F. Knutson

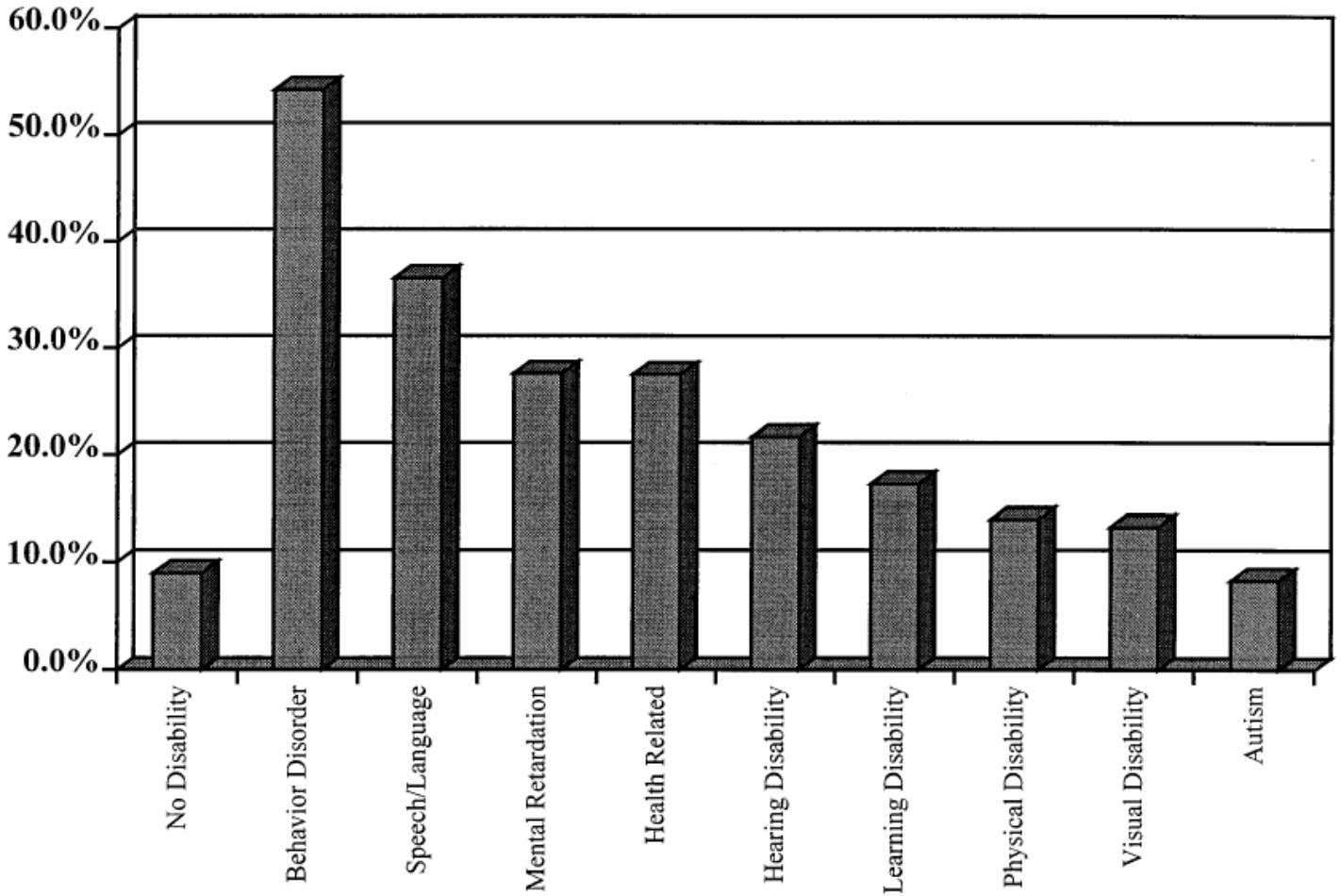


Figure 2. Prevalence of maltreatment by disability status.

PLAN

1. Problématique
2. Perspectives historiques et épidémiologiques sur la dépression dans TDI
3. **Vignettes cliniques**
4. Freins à la prise en charge et spécificités du tableau clinique
5. Dépression/TDI: outils de repérage diagnostique
6. Perspectives: modèle développemental de la dépression: [G-E-C-T]
7. Projet SIDE-B

CAS CLINIQUE 1: NOHLAN 18 ans

ANTCEDENT

- **syndrome de Baraitser-Winter** (syndrome malformation cérébro-facial) avec dysmorphie et atteinte ophtalmo (dystrophie papillaire), rein dupliqué
- WISC à 7 ans: ICV = 81, IRP = 69, IMT= -3 DS, IVT= 59
- Bilan orthophonique: langage oral autour de -2 ET pour les tests de compréhension, anomalie praxiques bucco-faciales
- Travaille en IM-PRO, vit seule avec son père, mère décédé à 1 an

HDM

- **Modification de son état clinique/motricité** + **plainte digestive** depuis six mois, pas de réponse aux traitement sympt. (aggravation sous PRIMPERAN)
- Hypothèse d'un syndrome parkinsonien rentrant dans le cadre de sa maladie génétique avec traitement par LEVODOPA sans efficacité évidente, discussion stimulation pallidale interne bilatérale
- Hospitalisation en neuropédiatre pour un **syndrome de refus global** (alimentation, traitement) avec des conduites d'allure oppositionnelle aux premiers plans depuis 2 semaines
- Entretien clinique : Echelle de Bush Francis 15/40

PEC

- Réponse positive TEMESTA 2 mg → **EDM sévère à caractéristique catatonique**
- introduction **FLUOXETINE 10 puis 20 mg puis TEMESTA à 9 mg**
- Adresser sur le secteur, saut de prise, ↑↑ sympt. catatonie
- Rémission complète symptômes catatoniques puis dépressifs après reprise du traitement

A distance verbalise:

- Crainte liée à la fin de la prise en charge en IM-PRO, enjeux d'autonomie
- Douleur liée à une relation affective très investie
- Arrêt ATD après 6 mois stable…travaille dans l'exploitation familiale

CAS CLINIQUE 2: FRANCOIS 14 ans

ANTCEDENT

- **TSA sévère déficit cognitif hétérogène, comorbidité TDA/H**
- **Epilepsies 2nd tumeur cérébral bénigne** (intervention chir. a 4 ans) – dernier bilan neuro IRM en 2020: pas d'anomalie , EEG difficile à interpréter
- Trouble du transit: alternance diarrhée/constipation
- 4ème ULIS + suivi SESSAD (ortho + psychomot + éducateur + psycho-ABA + équithérapie)
- RISPERDAL mal toléré, RITALINE LI (ne supporte pas forme LP)

HDM

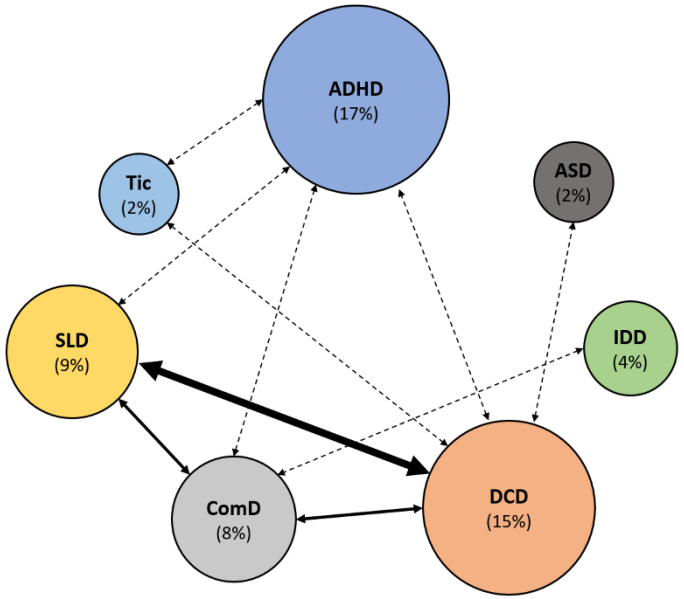
- **Rupture brutal de fonctionnement à l'entrée en 4ème** (nouvel établissement sans son frère), déscolarisation, retour dans l'ancien établissement, exclusion= pas de changement
- Cx neuro: pas de nouveau symptômes [pas effet majoration RITALINE], ophtalmo, stomato, ORL: RAS
- Entretien: très instable++, langage stéréotypés (expressions anglaises)

PEC

- Bilan HDJ neuro : EEG, IRM sans AG avec SIMUTED
- ATARAX… le temps de faire lien avec SESSAD
- Fenêtre thérapeutique RITALINE pas de modification de l'état clinique
- → **EDM avec agitation anxieuse**
- NORSET 15 mg… amélioration clinique : disparition des comportements auto-agressifs, réduction des rituels, amélioration thymique plus partielle

Cliniquement

- Retrait social plus marqué que d'habitude
- Comportements + ritualisés (lumière)
- Moins bon contact oculaire avec maniérisme (plisse des yeux)
- Plus irritable, sanglot
- Peur face à la nouveauté ↑↑↑
- Difficultés d'endormissement (2h mat)
- Majoration de l'appétit
- Trichotillomanie, morsure



Child Psychiatry & Human Development
https://doi.org/10.1007/s10578-024-01770-7

RESEARCH

Effects of Neurodevelopmental Disorders on the Clinical Presentations and Therapeutic Outcomes of Children and Adolescents with Severe Mood Disorders: A Multicenter Observational Study

Xavier Benarous[1,2] · Chloé Lefebvre[3] · Jean-Marc Guilé[3,4,7] · Angèle Consoli[1,2] · Cora Cravero[1,5] · David Cohen[1,6] · Hélène Lahaye[3,4]

- Comparaisons adolescentes avec troubles sévères de l'humeur dans 3 services de pédopsychiatrie avec (n=100) et sans TND (n=205)
- 57% filles, 14.38 ± 0.13 - Maltraitance 37% des cas – [91 TD, 9% TB]

33% a un TND
44% forme combinée

	Univariate models				Models with gender and SES as covariables			
	b	*95% CI*	*p-value*	*(pseudo)R^2*	*b*	*b 95% CI*	*p-value*	*(pseudo)R^2*
Clinical features								
Psychotic symptoms	0.31	[0.03, 0.58]	**.030***	.017	0.29	[-0.03, 0.60]	.072	.034
DMDD†	0.78	[0.51, 1.05]	**<.001****	.102	0.60	[0.31, 0.90]	**<.001****	.142
MDD	-0.76	[-1.12, -0.41]	**<.001****	.062	-0.54	[-0.93, -0.15]	**.007***	.129
Persistent irritability/temper tantrums	0.72	[0.42, 1.02]	**<.001****	.068	0.76	[0.44, 1.09]	**<.001****	.078
AbDIB total score	6.23	[0.24, 12.21]	**.042***	.084	5.67	[-0.33, 11.67]	.064	.149
Associated DBD	0.61	[0.36, 0.86]	**<.001****	.069	0.48	[0.20, 0.75]	**.001****	.091
Recent SA	-0.30	[-0.58, -0.03]	**.032***	.013	-0.23	[-0.53, 0.07]	.129	.038
Overweight	0.62	[0.33, 0.91]	**<.001****	.098	0.62	[0.29, 0.96]	**<.001****	.100
Therapeutic outcomes								
Prior hospitalization	0.42	[0.18, 0.66]	**.001****	.030	0.34	[0.08, 0.61]	**.012****	.044
CGAS at admission	-1.58	[-3.11, -0.04]	**.044***	.022	-2.02	[-3.72, -0.32]	**.020***	.045
Length of stay, days	13.86	[2.97, 24.74]	**.013***	.034	12.44	[0.35, 24.52]	**.044***	.058
Number of medications	0.28	[0.09, 0.46]	**.004***	.050	0.32	[0.11, 0.53]	**.003***	.067
Referral to daily outpatient facility	0.46	[0.18, 0.73]	**.001****	.039	0.35	[0.03, 0.66]	**.029***	.004

DECALAGE ENTRE THEORIE ET PRATIQUE

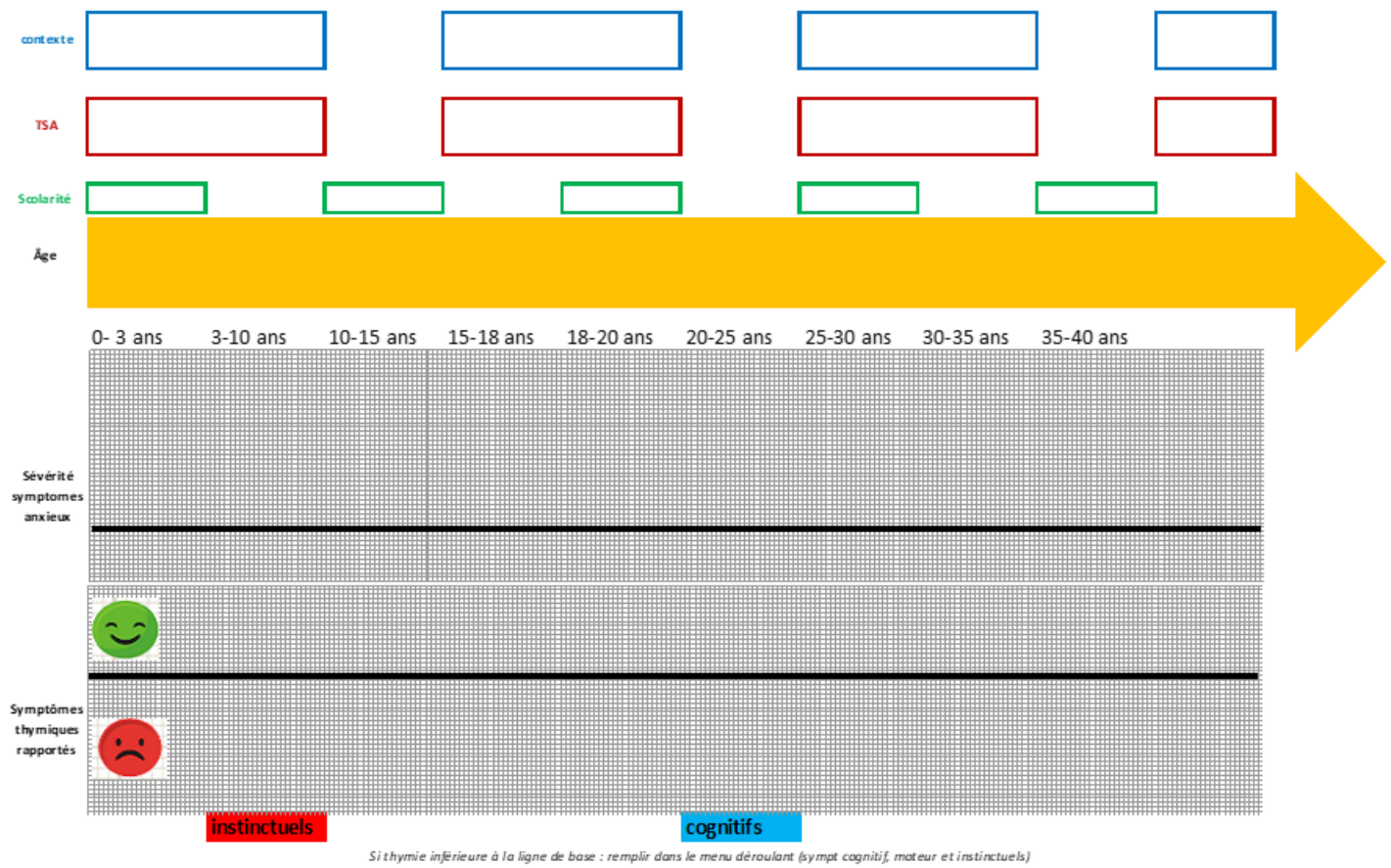
Tableau S2. Une illustration sur le Centre Ressource Autisme d'Amiens du manque de repérage des comorbidités affective chez des patients avec TSA (Walesa 2003)

	Echantillon dans enquête systématique (Hollocks et al., 2019)		Echantillon du CRA d'Amiens (100 sujets de 2018-2023)		Comparaisons
	Nb de sujet affectés	Prévalence théorique	Nombre de sujet affecté	Prévalence observée	
Épisode dépressif caractérisé	400/1975	23%	3/100	3%	$z = -4.255$, $p < .001$
Anxiété sociale	200/1009	29%	4/100	4%	$z = -3.895$, $p < .001$
Trouble obsessionnel compulsif	265/1147	24%	2/100	2%	$z = -4.934$, $p < .001$
Trouble anxieux généralisé	138/847	18%	1/100	1%	$z = -4.087$, $p < .001$
Anxiété indifférenciée	431/1444	27%	19/100	19%	$z = -2.309$, $p = .021$

DECALAGE ENTRE THEORIE ET PRATIQUE

Tableau S2. Une illustration sur le Centre Ressource Autisme d'Amiens du manque de repérage des comorbidités affective chez des patients avec TSA (Walesa 2003)

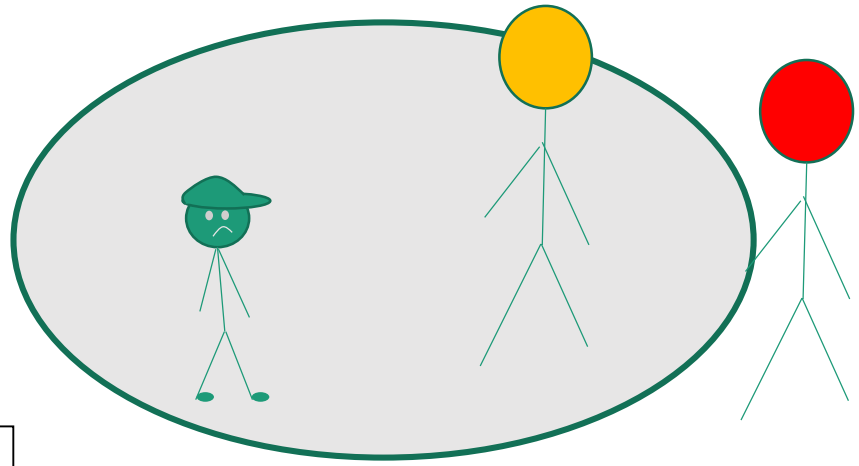
	Echantillon dans e systématique (Hollocks et al., 2	
	Nb de sujet affectés	Prév théo
Épisode dépressif caractérisé	400/1975	2
Anxiété sociale	200/1009	2
Trouble obsessionnel compulsif	265/1147	2
Trouble anxieux généralisé	138/847	1
Anxiété indifférenciée	431/1444	2



PLAN

1. Problématique
2. Perspectives historiques et épidémiologiques sur la dépression dans TDI
3. Vignettes cliniques
4. **Freins à la prise en charge et spécificités du tableau clinique**
5. Dépression/TDI: outils de repérage diagnostique
6. Perspectives: modèle développemental de la dépression: [G-E-C-T]
7. Projet SIDE-B

FREINS A LA PRISE EN CHARGES CHEZ LES JEUNES AVEC TND



- **Difficultés pour partager son vécu** (Mileviciute 2015) et rapporter son humeur
- **Difficultés à comprendre certains concepts émotionnels** (honte, culpabilité, désespoir)
- **Problème attention et mémoire de travail** (évaluer durée d'évolution des symptômes, fonctionnement prémorbide)
- Suggestibilité, réponses persévératives, **biais d'acquiescement** (Emerson 2013)

- **Les symptômes internalisés ne sont pas perçus comme un problème** (Martson 1997)
- **Distinction** difficultés de gestion des émotions réactionnelles (comportement régressif, retrait) et troubles dépressifs (Halvorsen 2022)
- **Critères diagnostiques** sont-ils adaptés?

- **Attention** du professionnel **focalisée** sur les comorbidités somatiques, iatrogène
- **Méconnaissance** des symptômes thymiques par professionnels non formés
- Dichotomie du système de soin

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

- **Plusieurs auteurs évoquent doute sur la pertinence des critères diagnostiques DSM surtout chez patient avec TDI sévère/profond** (Pawlarcyzk & Beckwith 1987, Cooper & Collacott, 1996)

- **Concept d'« *équivalents comportementales de dépression* »** (Hurley 1996)

- **Kettering Leicester diagnostic criteria** proposé par Cooper & Collacott (1996)

  Critéres DSM-IV inchangé + modifiés (comme la reduction dans les soins) + enlevés (comme les critères en lien avec symptoms cognitifs) + de substitution : 'aggression, crise de rage et autres comportements inadaptés' and 'ATCD de depression ou de manie qui réponde à un traitement antidépresseur'

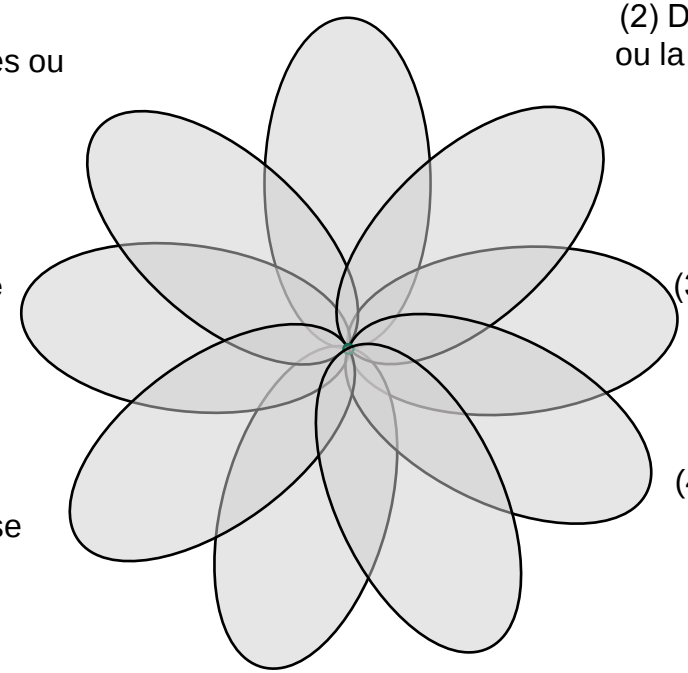
- **Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD)** du Royal College of Psychiatrists of the United Kingdom (2001)

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Critères DSM-5-TR:
A. ≥ 5 symptômes pendant 2 semaines avec rupture de fonctionnement antérieure
B. Pas les critéres d'un épisode mixte
C. Détresse significative dans plusieurs domaines
D. Pas lié à l'effet d'une substance ou une maladie somatique non psychiatrique

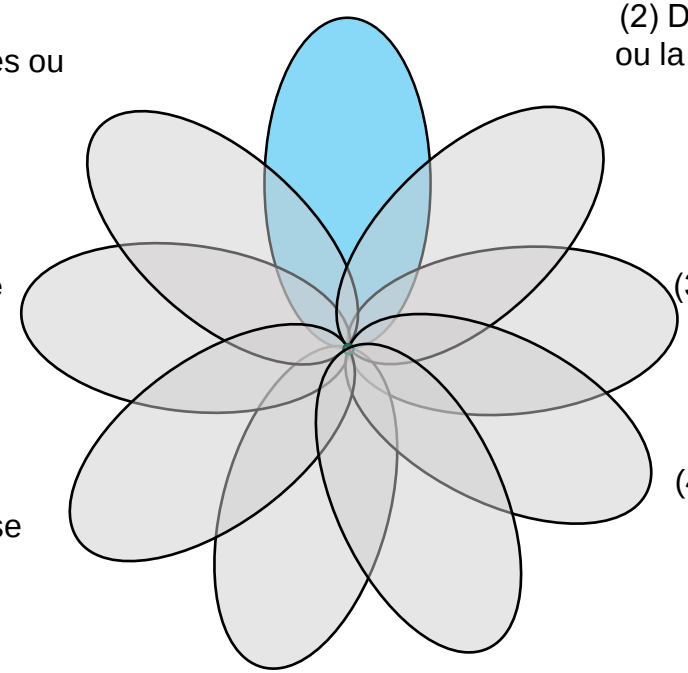
DC-LD propose uniquement 4/9 critères (au lieu de 5) en considérant les items inappropriés

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(3) Perte de poids ou prise de po
quasiment tous les j

(8) Difficultés à penser et se concenter

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation des critères DC-LD, DM-ID :

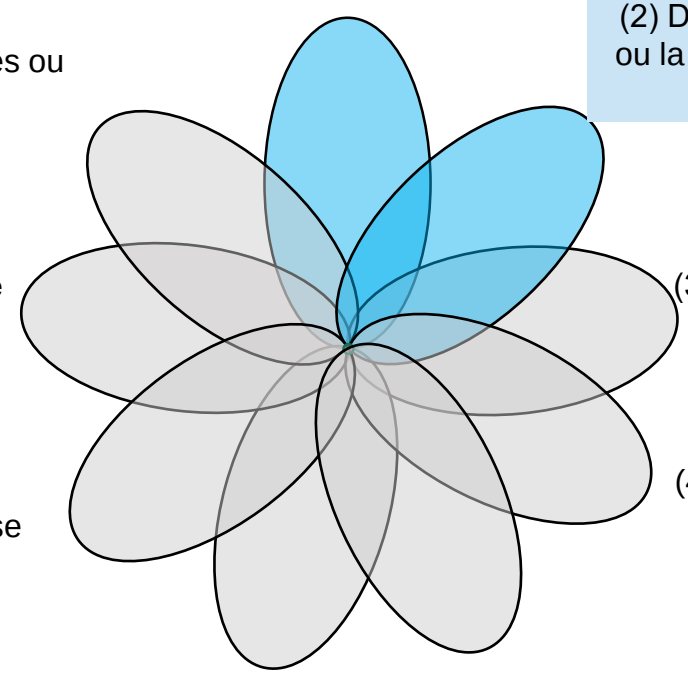
→**incapacité de maintenir son humeur habituelle** au cours de la journée
→**irritabilité**, **réduction du seuil de tolérance**
→apparition de **comportements agressifs**, comportements **destructeurs**, comportement **auto-agressifs**
→**sanglots**, émoussement des affects, regard triste
→**majoration des comportements ritualisés et stéréotypés habituels (+++)**

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation DC-LD :

→Perte d'intérêt de plaisir

→**Réduction de soins pour soi**

→**Réduction de la quantité de discours/communication**

Adaptation DM-ID

→ Refus des activités, plus solitaire

→ Participe mais pas de signes de plaisir

→ **Moins de réponse des renforcements**

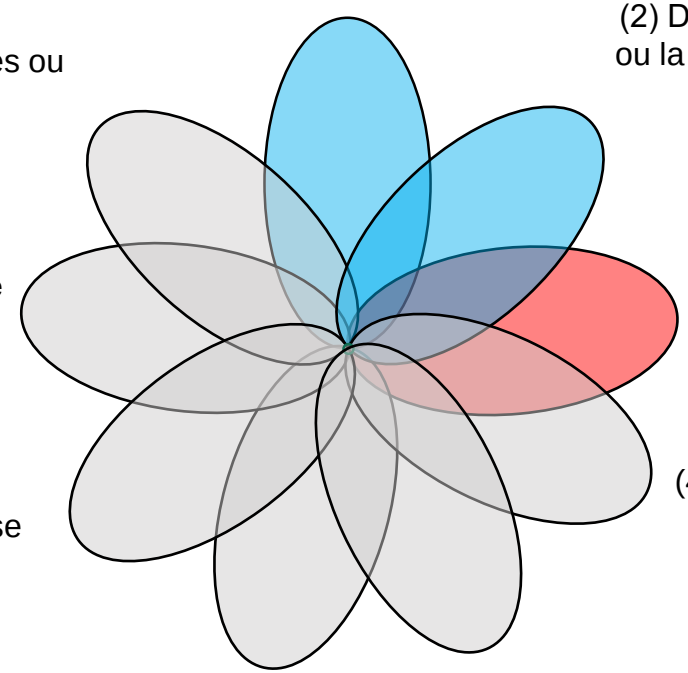
→ **Devient agressif quand est sollicité pour une activité sociale**

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation DC-LD :
Pas de diff.

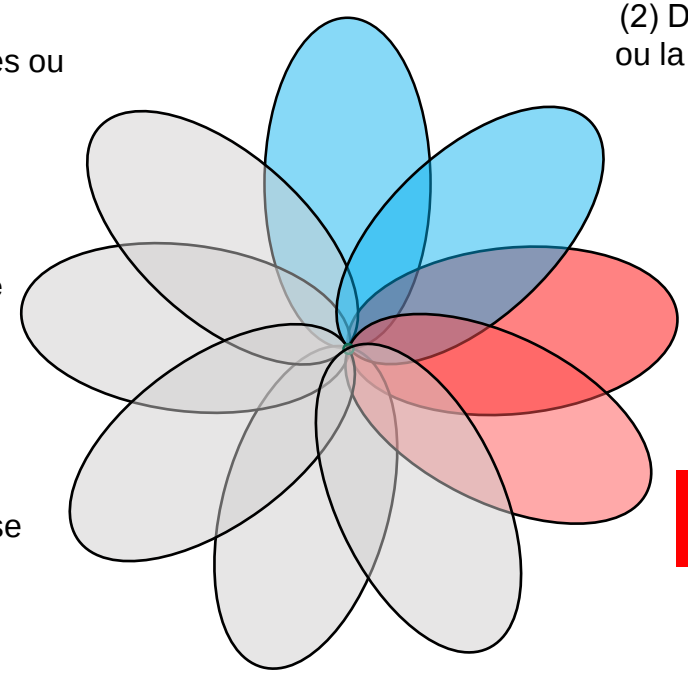
Adaptation DM-ID
- → **Obsédé par la nourriture, vol de la nourriture**
- → Comportements **agités en lien avec les repas** (jette la nourriture, crie quand le repas arrive)

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation DC-LD :
Pas de diff.

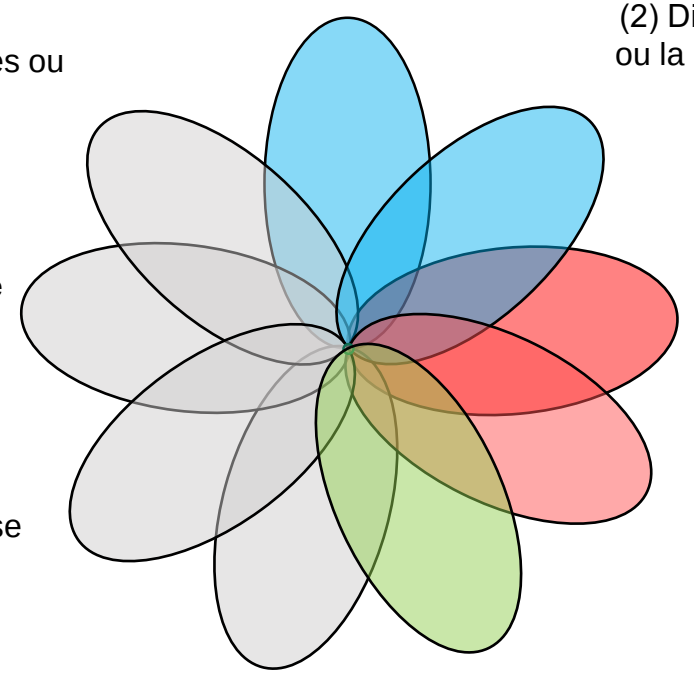
Adaptation DM-ID
→ Comportements problématiques le matin très tôt ou le soir
→ **Carnet du sommeil++++**

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation DC-LD :
Pas de diff.

Adaptation DM-ID

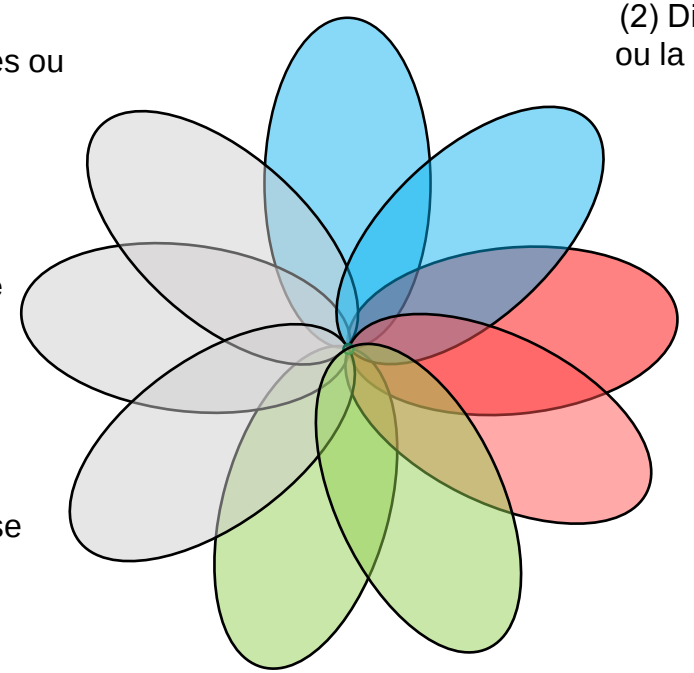
- → Rarement assis
- → Marche rapidement, **déambule**
- → Mouvements ralentis
- → **Diminution ou arrêt de la parole/vocalisation**
- → Moins actif physiquement que d'habitude
- → Podomètre peut être utile

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation DC-LD :
Perte d'énergie, plus de léthargie

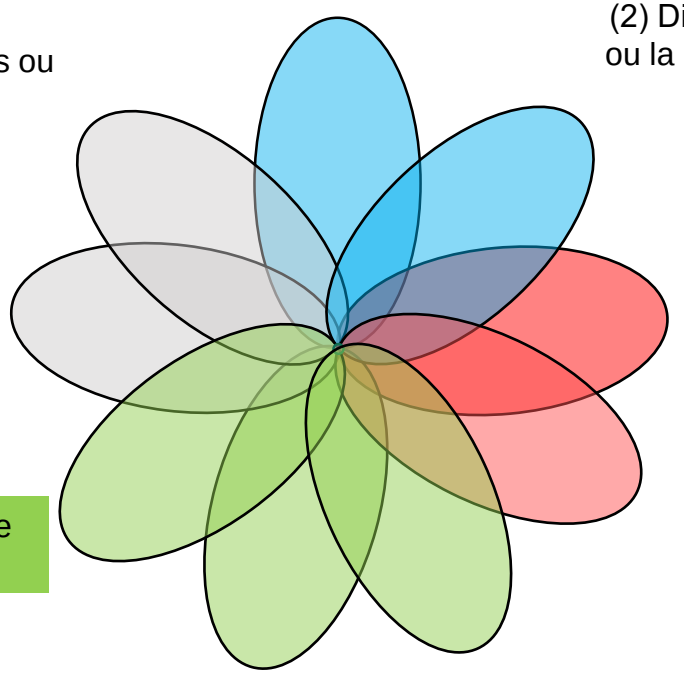
Adaptation DM-ID
- → **S'agite quand il est sollicité pour des activités qui demandent une effort physique**
- → Cerné
- → **Plus longtemps assis ou allongé sur son lit sans rien faire**

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation DC-LD :
Plus de distractibilité, plus d'indécision

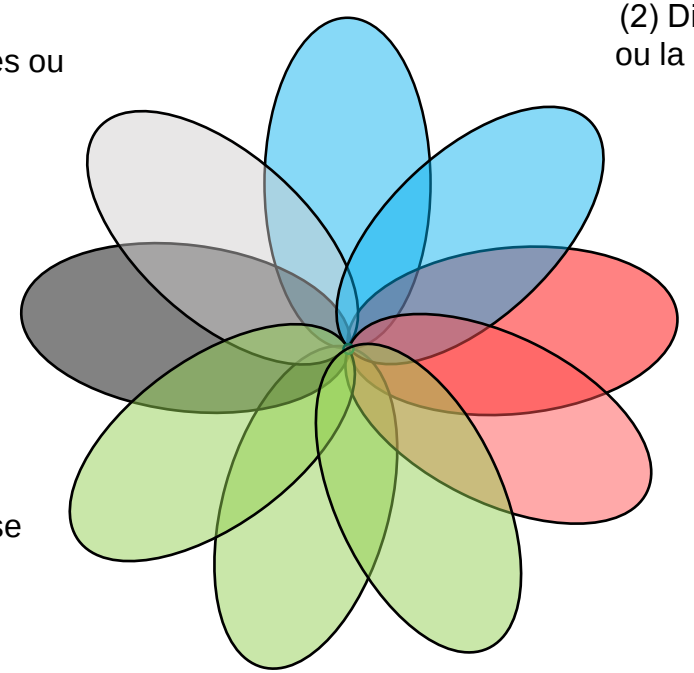
Adaptation DM-ID
→ Moins de productivité lors de activités
→ **Moins de soin personnel**
→ **N'arrive plus à terminer une tâche**

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation DC-LD :

- → Perte de confiance en soi
- → A**ugmentation des comportements de recherche de réconfort (*agrippement relationnel*)**
- → **Plus d'anxiété, apeuré**
- → Plus de **symptômes somatiques**

Adaptation DM-ID

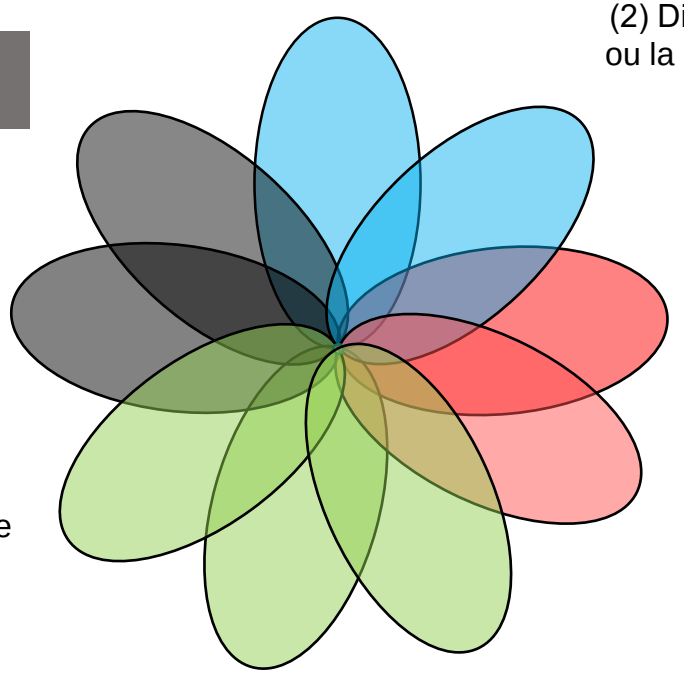
- → Se décrit comme une **mauvaise personne**
- → **S'attend à se faire punir, peur que les adultes soient en colère ou rejetant**

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(8) Difficultés à penser et se concenter

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

Adaptation DC-LD :
Pas de diff.

Adaptation DM-ID
- → Parle de la mort
- → **Plainte somatique ou peur de la maladie/mort**
- → **TS atypique décrite comme impulsive (se précipite hors du véhicule, défenestration)**

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION CHEZ JEUNES AVEC TDI

(1) Humeur dépressive la plupart de la journée, quasiment tous les jours (ou irritable)

(2) Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toute, ou la plupart, des activités la plupart de la journée, quasiment tous les jours

(3) Perte de poids ou prise de poids ou de l'appétit quasiment tous les jours

(4) Insomnie ou hypersomnie quasiment tous les jours

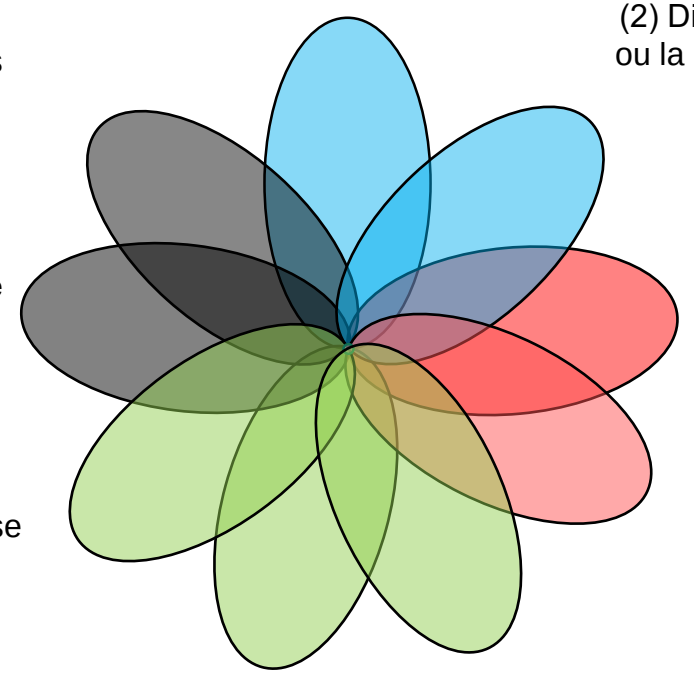
(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur quasiment tous les jours

(6) Fatigue ou perte d'énergie quasiment tous les jours

(7) Perte d'estime de soi ou culpabilité excessive ou inapproprié

(8) Difficultés à penser et se concenter

(9) Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires



Quid

- Symptômes psychotiques et catatoniques plus fréquents?
- Peu de données…

RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION CHEZ ADULTES AVEC TDI

European Guideline (Deb 2022)

Changement ou modification du comportement

+

Symptômes “biologique” (sommeil, appétit)

+/-

Pas nécesairement tous les critères diagnostic d’EDM

=

Suspicion de depression

↓

Surveillance quotidienne par famille-éducateurs sur une période fixé (1 sem. /1 mois) des comportements évocateurs

↓

Traitement ATD d’épreuve

THE EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHIATRY
www.elsevier.es/ejpsy



REVIEW ARTICLE

The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities

Shoumitro Deb[a,*], Bhathika Perera[b], Krzysztof Krysta[c], Mikail Ozer[d], Marco Bertelli[e], Ramon Novell[f], Jannelien Wieland[g], Tanja Sappok[h]

PLAN

1. Problématique
2. Perspectives historiques et ép sur la dépression dans TDI
3. Vignettes cliniques
4. Freins à la prise en charge
5. **Dépression/TDI: outils de repérage diagnostique**
6. Perspectives: modèle développemental de la dépression: [G-E-C-T]
7. Projet SIDE-B

Psychometric Properties of Measuring Tools for Depression in Autistic Youths: A Systematic Review



Measure	Version	Measurement properties								
		Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural validity	Hypothesis testing	Criterion validity	Responsiveness to change	Cross-cultural validity
QUESTIONNAIRES										
BDI-II	SR	+	na	na	na	na	na	na	-	na
CASI-D	IR/SR	++	na	++	na	++	+	na	na	na
CDI	SR	+	na	+/-	na	na	na	+/-	na	na
DASS21	SR	+	na	na	na	na	na	na	+	na
EDA	IR	+++	na	++	+++	+++	na	++	na	na
HADS	SR	++	na	+	na	++	na	+	na	++
MFQ-SF	IR/SR	++	na	na	na	na	+/-	---	+	na
PHQ-9	SR	+++	+	+	na	na	na	+	na	na
RCADS	SR	+	na	na	na	na	na	+	na	na
SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS										
ACI-PL	SSI	na	+++	na	+++	na	na	+++	na	na
KSADS-PL	SSI	++	na	na	na	na	na	++	na	na

Psychometric Properties of Measuring Tools for Depression in Autistic Youths: A Systematic Review



Measure	Version	Measurement properties								
		Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural validity	Hypothesis testing	Criterion validity	Responsiveness to change	Cross-cultural validity
QUESTIONNAIRES										
BDI-II	SR	+	na	na	na	na	na	na	-	na
CASI-D	IR/SR	++	na	++	na	++	+	na	na	na
CDI	SR	+	na	+/-	na	na	na	+/-	na	na
DASS21	SR	+	na	na	na	na	na	na	+	na
EDA	IR	+++	na	++	+++	+++	na	++	na	na
HADS	SR	++	na	+	na	++	na	+	na	++
MFQ-SF	IR/SR	++	na	na	na	na	+/-	---	+	na
PHQ-9	SR	+++	+	+	na	na	na	+	na	na
RCADS	SR	+	na	na	na	na	na	+	na	na
SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS										
ACI-PL	SSI	na	+++	na	+++	na	na	+++	na	na
KSADS-PL	SSI	++	na	na	na	na	na	++	na	na

(PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? *(Veuillez cocher (✔) votre réponse)*	**Jamais**	**Plusieurs jours**	**Plus de la moitié du temps**	**Presque tous les jours**
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING *0* **+** _____ **+** _____ **+** _____

=Total Score: _____

Revue de la littérature

- Evaluation des propriétés psychométriques (COSMIN)
- 12 études
- 6 instruments

Review > Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024 Dec;33(12):4061-4082.
doi: 10.1007/s00787-024-02405-x. Epub 2024 Mar 20.

A systematic review of the psychometric properties of tools for measuring depression in youths with intellectual disability

Xavier Benarous [1], Sandy Walesa [2], Jean-Marc Guilé [2], Cora Cravero [3], Angèle Consoli [3], David Cohen [3], Héloïse Young [4], Real Labelle [5], Hélène Lahaye [2]

Affiliations + expand

PMID: 38509427 DOI: 10.1007/s00787-024-02405-x

Measure	Version	Measurement properties							
		Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural validity	Hypothesis testing	Criterion validity	Responsiveness to change
Children's Depression Inventory (CDI)	SR	++	+	?	?	+	+	++	?
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Intellectual Disability (CESD-ID)	SR	+++	++	+++	++	++	?	+	?
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	SR	+++	+	++	?	?	++	++	?
Emotional Disorders Rating Scale for Developmentally Disabled (ERD-DD)	IR	?	+	?	?	?	?	?	?
Intellectual Disability Mood Scale (IDMS)	SR	++	?	?	+	?	?	+	?
Moods and Feelings Questionnaire, Child Version (MFQ-C) Short Form	SR	+	?	?	+	?	?	-	?

Revue de la littérature

- Evaluation des propriétés psychométriques (COSMIN)
- 12 études
- 6 instruments

Outils utilisés chez jeunes sans TDI

Peu de données

Measure	Version	Measurement properties							
		Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural validity	Hypothesis testing	Criterion validity	Responsiveness to change
Children's Depression Inventory (CDI)	SR	++	+	?	?	+	+	++	?
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Intellectual Disability (CESD-ID)	SR	+++	++	+++	++	++	?	+	?
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	SR	+++	+	++	?	?	++	++	?
Emotional Disorders Rating Scale for Developmentally Disabled (ERD-DD)	IR	?	+	?	?	?	?	?	?
Intellectual Disability Mood Scale (IDMS)	SR	++	?	?	+	?	?	+	?
Moods and Feelings Questionnaire, Child Version (MFQ-C) Short Form	SR	+	?	?	+	?	?	-	?

Revue de la littérature

- Evaluation des propriétés psychomé
- 12 études
- 6 instruments

Outils utilisés chez jeunes sans TDI

Peu de données

Measure								
Children's Depression Inventory (CDI)								
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Intellectual Disability (CESD-ID)								
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)								
Emotional Disorders Rating Scale for Developmentally Disabled (ERD-DD)								
Intellectual Disability Mood Scale (IDMS)								
Moods and Feelings Questionnaire, Child Version (MFQ-C) Short Form	SR	+	?	?	+	?	?	-	?

1-	Je suis triste de temps en temps Je suis triste très souvent Je suis triste tout le temps	.. .. ..
2-	Rien ne marchera jamais pour moi Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi Tout marchera bien pour moi	.. .. ..
3-	Je réussis presque tout ce que je fais Je rate beaucoup de choses Je rate tout	.. .. ..
4-	Des tas de choses m'amusent Peu de choses m'amusent Rien ne m'amuse	.. .. ..
5-	Je suis désagréable tout le temps Je suis souvent désagréable Je suis désagréable de temps en temps	.. .. ..
6-	De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver	.. .. ..
7-	Je me déteste Je ne m'aime pas Je m'aime bien	.. .. ..
8-	Tout ce qui ne va pas est de ma faute Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute	.. .. ..

Revue de la littérature

- Evaluation des propriétés psychométriques (COSMIN)
- 12 études
- 6 instruments

Outils adaptés chez jeunes sans TDI

Qualités psychométriques et acceptabilité

Measure	Version	Measurement properties							
		Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural validity	Hypothesis testing	Criterion validity	Responsiveness to change
Children's Depression Inventory (CDI)	SR	++	+	?	?	+	+	++	?
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Intellectual Disability (CESD-ID)	SR	+++	++	+++	++	++	?	+	?
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	SR	+++	+	++	?	?	++	++	?
Emotional Disorders Rating Scale for Developmentally Disabled (ERD-DD)	IR	?	+	?	?	?	?	?	?
Intellectual Disability Mood Scale (IDMS)	SR	++	?	?	+	?	?	+	?
Moods and Feelings Questionnaire, Child Version (MFQ-C) Short Form	SR	+	?	?	+	?	?	-	?

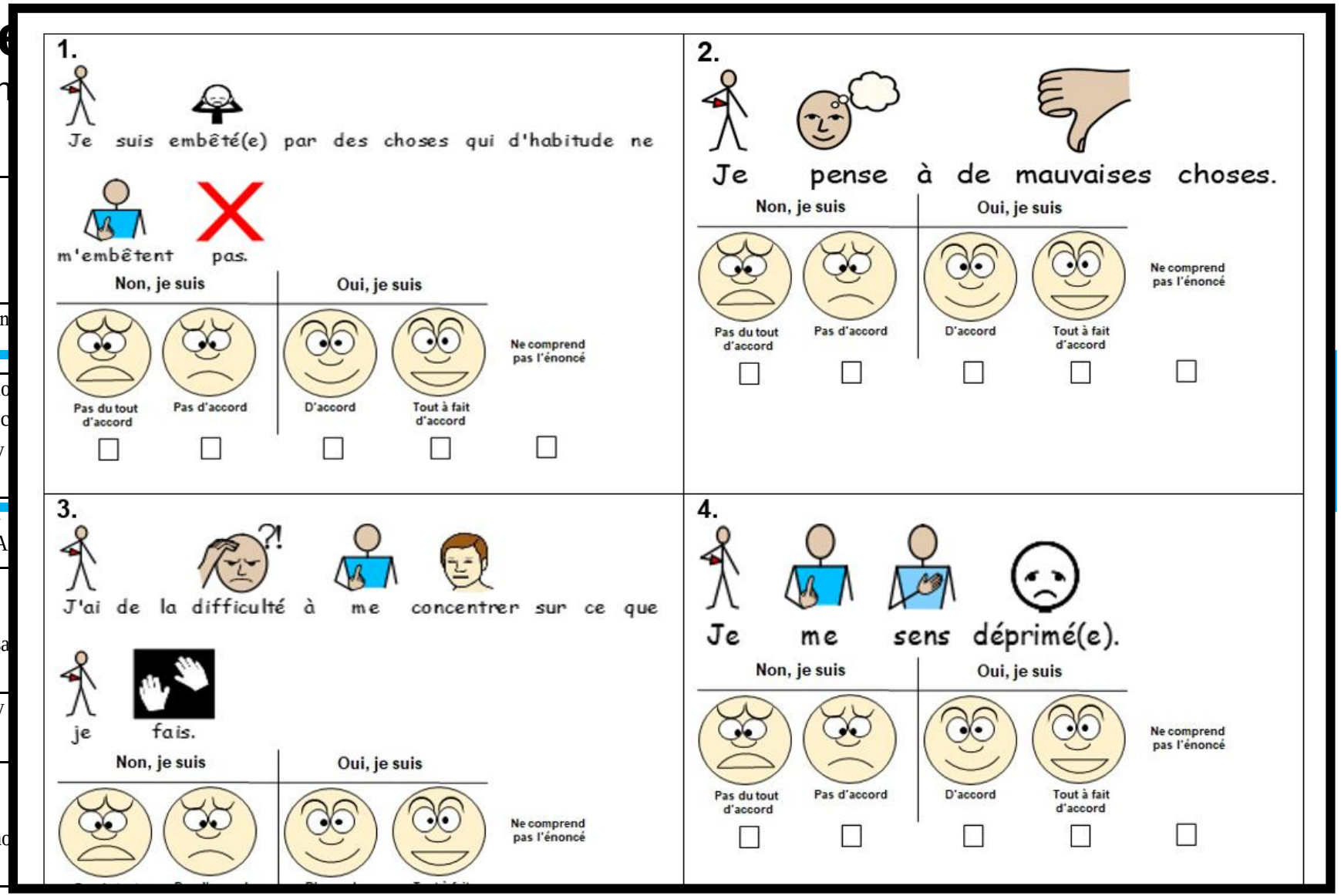
Revue de la littérature

- Evaluation des propriétés psych
- 12 études
- 6 instruments

Outils adaptés chez jeunes sans TDI

Qualités psychométriques et acceptabilité

Measure
Children's Depression Inventory (CDI)
Center for Epidemiolo Studies Depression Sc Intellectual Disability (CESD-ID)
Reynolds Adolescent Depression Scale (RA
Emotional Disorders Rating Scale for Developmentally Disa (ERD-DD)
Intellectual Disability Mood Scale (IDMS)
Moods and Feelings Questionnaire, Child Version (MFQ-C) Sho Form



Revue de la littérature

- Evaluation des propriétés psychométriques (COSMIN)
- 12 études
- 6 instruments

Measure	Version	Measurement properties							
		Internal consistency	Reliability	Measurement error	Content validity	Structural validity	Hypothesis testing	Criterion validity	Responsiveness to change
Children's Depression Inventory (CDI)	SR	++	+	?	?	+	+	++	?
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Intellectual Disability (CESD-ID)	SR	+++	++	+++	++	++	?	+	?
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	SR	+++	+	++	?	?	++	++	?
Emotional Disorders Rating Scale for Developmentally Disabled (ERD-DD)	IR	?	+	?	?	?	?	?	?
Intellectual Disability Mood Scale (IDMS)	SR	++	?	?	+	?	?	+	?
Moods and Feelings Questionnaire, Child Version (MFQ-C) Short Form	SR	+	?	?	+	?	?	-	?

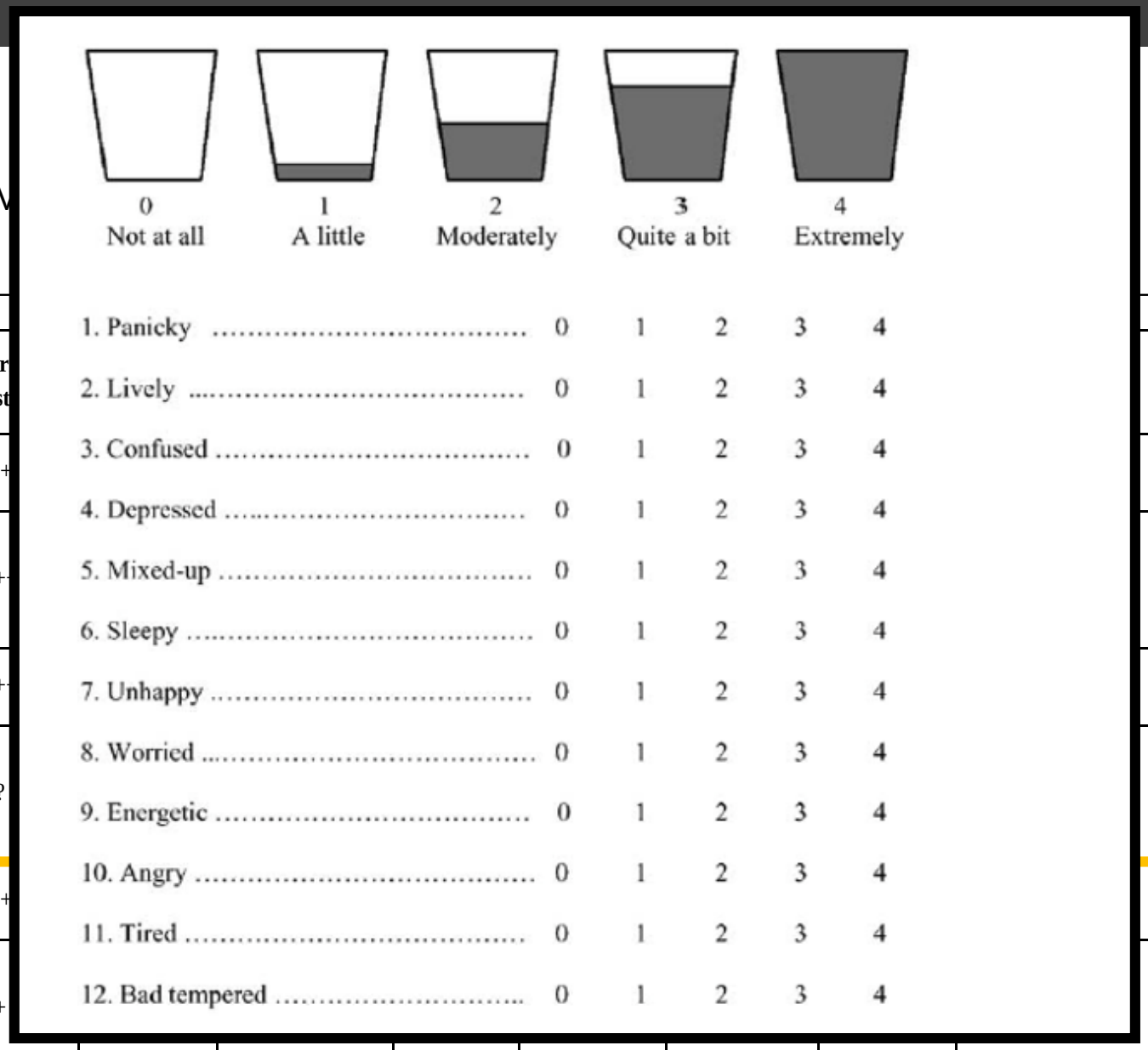
Outils pas très spécifique de la dépression

Revue de la littérature

- Evaluation des propriétés psychométriques (COSM
- 12 études
- 6 instruments

Measure	Version	Inter consist
Children's Depression Inventory (CDI)	SR	++
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Intellectual Disability (CESD-ID)	SR	++
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	SR	++
Emotional Disorders Rating Scale for Developmentally Disabled (ERD-DD)	IR	?
Intellectual Disability Mood Scale (IDMS)	SR	++
Moods and Feelings Questionnaire, Child Version (MFQ-C) Short Form	SR	+

Outils pas très spécifique de la dépressio n



Revue de la littérature

- Evaluation des propriétés psychométriques (COSMIN)
- 12 études
- 6 instruments

Quid des instruments pour guider le clinicien?
1 seule : le ERD-DD… dernière publication en 1990

Measure		Measurement properties							
						ctural dity	Hypothesis testing	Criterion validity	Responsiveness to change
Children's Depression Inventory (CDI)							+	++	?
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Intellectual Disability (CESD-ID)						++	?	+	?
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	SR	+++	+	++	?	?	++	++	?
Emotional Disorders Rating Scale for Developmentally Disabled (ERD-DD)	IR	?	+	?	?	?	?	?	?
Intellectual Disability Mood Scale (IDMS)	SR	++	?	?	+	?	?	+	?
Moods and Feelings Questionnaire, Child Version (MFQ-C) Short Form	SR	+	?	?	+	?	?	-	?

PLAN

1. Problématique
2. Perspectives historiques et cliniques sur la dépression dans TDI
3. Vignettes cliniques
4. Freins à la prise en charge
5. Dépression/TDI: outils de repérage diagnostique
6. **Perspectives: modèle développemental de la dépression: [G-E-C-T]**
7. Projet SIDE-B

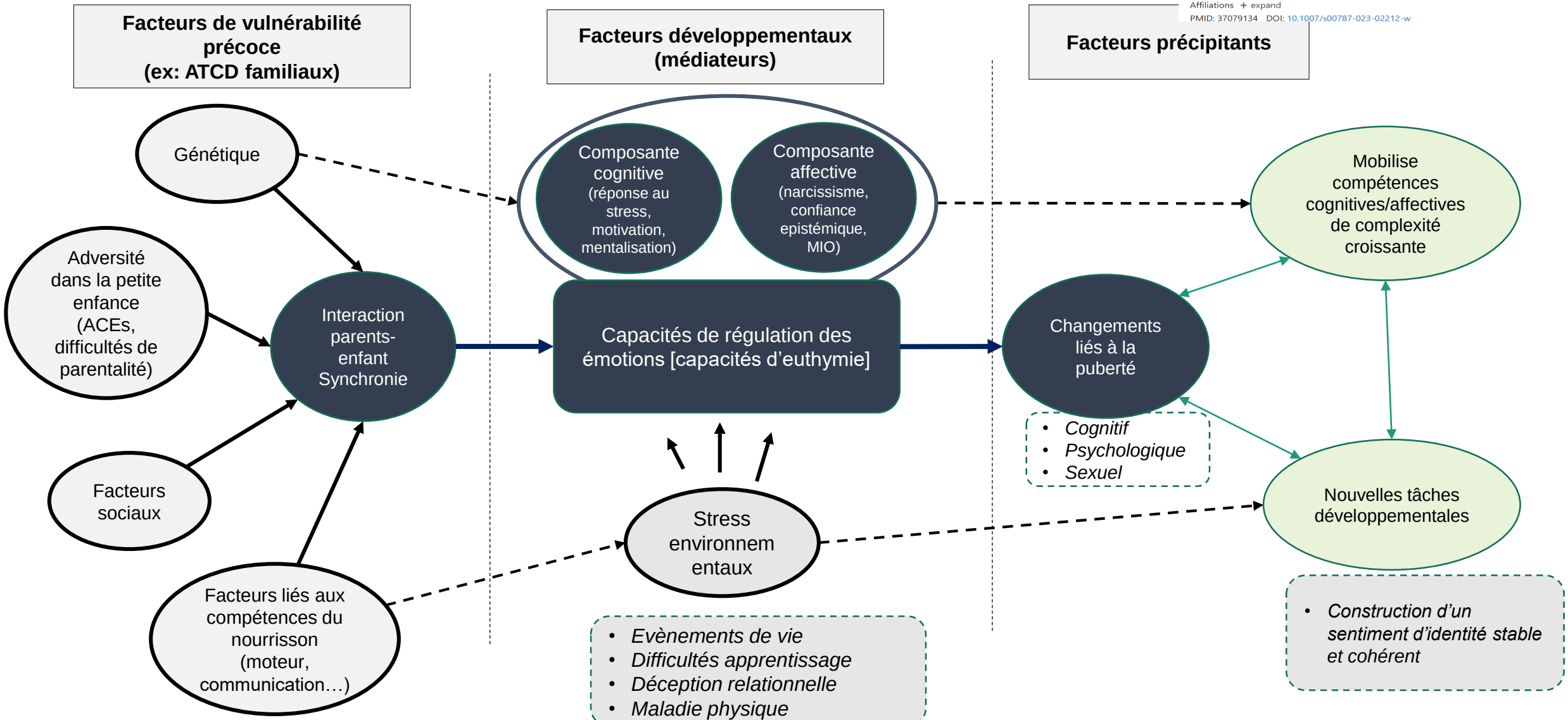
> Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024 Mar;33(3):935-937. doi: 10.1007/s00787-023-02212-w. Epub 2023 Apr 20.

Letter to the editors: an interactive model to understand the vulnerability to emotional disorders in youths with neurodevelopmental disorders–a triple jeopardy?

Xavier Benarous [1 2], Jean-Marc Guilé [3 4], Angèle Consoli [5]

Affiliations + expand

PMID: 37079134 DOI: 10.1007/s00787-023-02212-w



PLAN

1. Problématique
2. Perspectives historiques et cliniques sur la dépression dans TDI
3. Vignettes cliniques
4. Freins à la prise en charge
5. Dépression/TDI: outils de repérage diagnostique
6. Perspectives: modèle développemental de la dépression: [G-E-C-T]
7. **Projet SIDE-B**

Depuis toujours…

Questionnement autour des comorbidités trouble de l'humeur/TND

2023

Financement DéfiScience AAP SIDE-B

Contact Aude BELLALOU & Emilie CAPPE

2024

Groupe de travail sur la construction de l'échelle: professionnel-famille

2025

Travail préliminaire de validation (thèse A. JACHYM), CER SU

Université Paris Cité

Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé

1) TSA → tous TND dyscommunicants?
2) Acceptable en recherche → en clinique?
3) Guider sur tous les autres FDR (garder notre approche intégrative)?
4) Documenter l'évolution temporelle sur un questionnaire?

CRMREP-CDA Paris-USIDATU, CRA de Poitiers, CRA d'Amiens

Side-B

Screening Internalized problems in youths with Developmental disabilities based on Behavior (SIDE-B)

Validation d'un outil d'aide au repérage des troubles dépressifs chez les jeunes avec des troubles sévères du neurodéveloppement

Le Questionnaire Side-B

- ➔ Elaboré par les équipes de la Pitié Salpêtrière et le CRA de Poitiers
- ➔ 19 items consistant à caractériser la **présence du symptôme** puis sa **sévérité** en comparaison avec le fonctionnement habituel de la personne.
- ➔ Durée de passation: 10 minutes
- ➔ Rempli par le clinicien référent du jeune, accompagné d'une personne suivant l'enfant au quotidien (parent, soignant, éducateur, etc.)

Objectif de l'étude

Évaluer les qualités psychométriques du questionnaire: sa **validité** et sa **fiabilité** différents tests seront réalisés pour mesurer six qualités

Validité/Fiabilité?

- Fiche info
- PHQ-9
- CDRS-R
- MINI-K
- CL-ARI
- RMOAS

VOLET 1 : FACTEURS DE PRÉDISPOSITION

Cochez les cases correspondant aux changements ayant eu lieu dans l'environnement du jeune dans les semaines précédant les changements de comportement.

- ☐ Changements importants dans la prise en charge (lieu, groupe, personne référente, rééducation)
- ☐ Déménagement
- ☐ Naissance dans la famille proche
- ☐ Décès d'un proche
- ☐ Séparation des parents et autres changements dans l'organisation familiale (ex : départ dans la fratrie, parent handicapé)
- ☐ Conflits avec les pairs, harcèlement
- ☐ Agressions physiques graves ou répétées, intra ou extra-familiale
- ☐ Agression sexuelle, viol
- ☐ Autres événements traumatiques et/ou ayant entraîné un changement de routines, de repères, précisez……

Cochez ici les autres facteurs de vulnérabilité aux troubles dépressifs :

- ☐ Histoire familiale de dépression ou de troubles de l'humeur (dont dépression du post-partum)
- ☐ Antécédent personnel de trouble dépressif

VOLET 2 : CAUSE MÉDICALE NON PSYCHIATRIQUE - IATROGÉNIE EXPLIQUANT LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Avant d'évaluer la symptomatologie dépressive vérifier si les changements de comportement peuvent s'expliquer par une ou plusieurs causes somatiques listées ci-dessous, et cochez les cases correspondant à la situation :

- ☐ Douleur aiguë liée à des blessures (hématomes, fractures, coupures…)
- ☐ Douleurs chroniques non soulagés
- ☐ Problèmes ORL (dont apnée du sommeil, infections répétées…)
- ☐ Problèmes stomatologiques (dont perte/pousse de dents, caries répétées, malposition dentaire)
- ☐ Problèmes ophtalmologiques
- ☐ Problèmes gastro-intestinaux (dont reflux gastro-œsophagien, œsophagite, gastrite, constipation sévère)
- ☐ Problèmes dermatologiques (dont eczéma)
- ☐ Problèmes gynécologiques (dont syndrome prémenstruel, endométriose, infections)
- ☐ Problèmes urologiques et rénaux, précisez (infections urinaires, calculs, …)
- ☐ Problèmes endocrinologiques (dont diabète, problèmes thyroïdiens, de croissance)
- ☐ Episode infectieux intercurrent autres qu'ORL, précisez (infections rénales, cutanées, …)
- ☐ Troubles posturaux et orthopédiques (lié au tonus, déviation de la colonne, prothèses nécessaires…)
- ☐ Migraine, névralgie
- ☐ Épilepsie (dont épilepsie focale complexe, nocturne, partielle, absence)
- ☐ Allergie, asthme
- ☐ Autre (autres interventions chirurgicales), précisez……

Traitements médicamenteux :

Avant d'évaluer la symptomatologie dépressive vérifier si des médicaments ont été arrêtés ou instaurés dans les jours/semaines qui précédent le changement de comportement (en particulier corticoïde, antihypertenseur, antalgiques de palier 2 et 3, traitement antiinfectieux, hormonothérapie, antiépileptique, ainsi que tous les psychotropes).

Préciser : ……

……

……

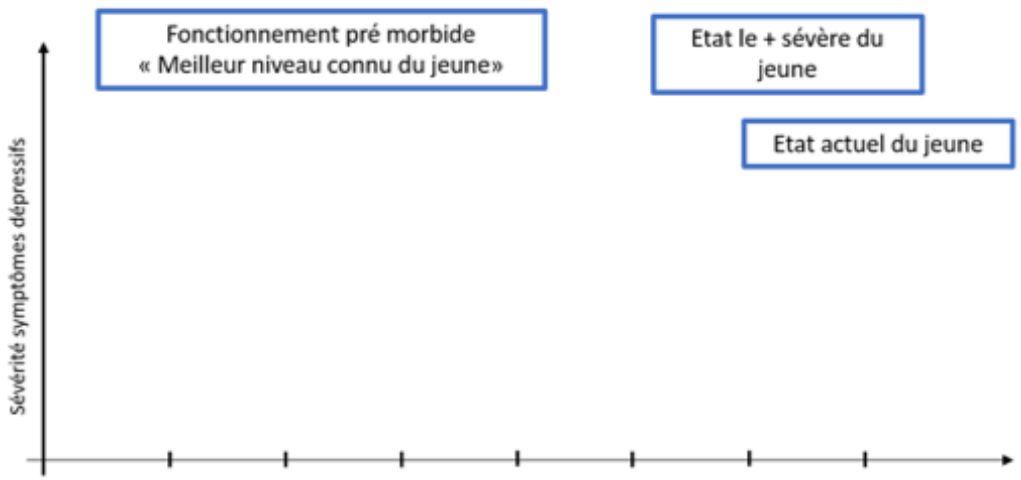
VOLET 3 : NIVEAU DE CHANGEMENT PAR RAPPORT À L'ÉTAT HABITUEL

Depuis quand sont observés mes changements significatifs dans le comportement du jeune par rapport à l'état habituel ?

……

Le schéma suivant donne un exemple de trajectoire d'évolution des symptômes. Ce graphique doit aider les familles/caregivers a se représenter l'importance des changements par rapport à l'état habituel. Après leur avoir montré, pourriez-vous leur demander de dessiner dans le graphique vierge la courbe d'évolution des symptômes du jeune ?





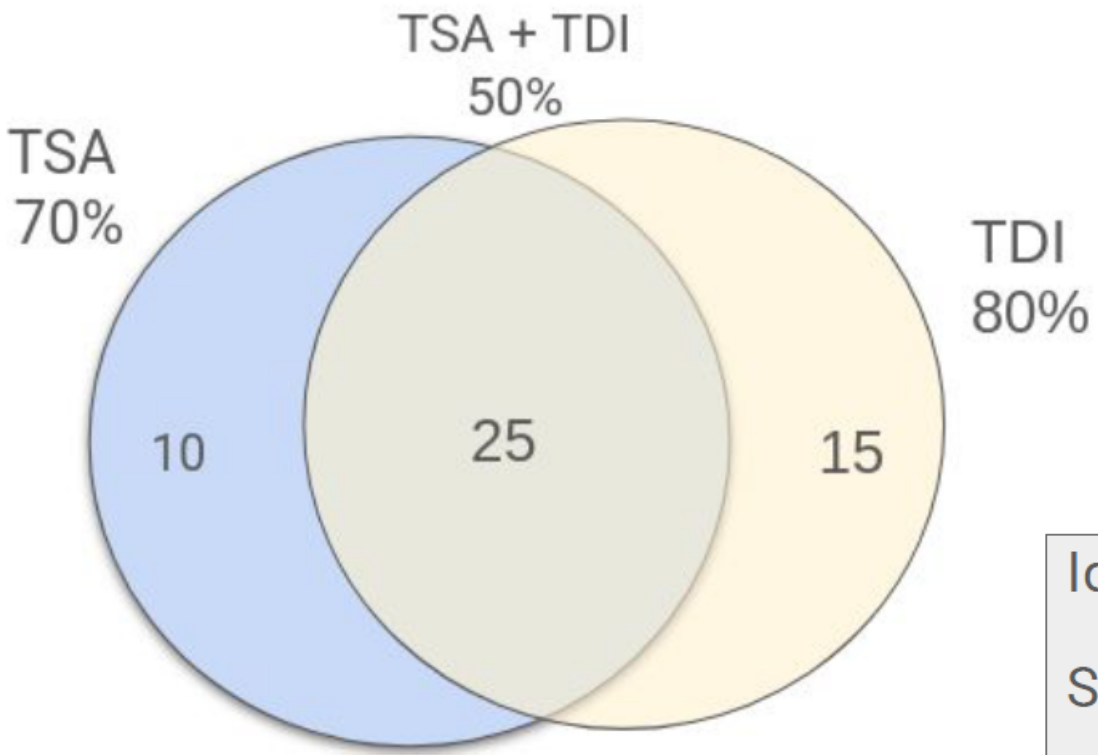
VOLET 4 : INVENTAIRE DES SYMPTOMES DEPRESSIFS	
Manifestations comportementales	**Sévérité du changement constaté**
1. ÉMOTIONS	
- Le jeune pleure, montre son mal-être, et/ou présente une irritabilité (tendu, « à fleur de peau ») - Variation d'humeur importante - Le jeune montre peu son bien-être (ex : sourire, rire) - Visage neutre, prostré, renfermé, très peu d'expression faciale - Certains mots, contextes lui font monter les larmes aux yeux - Rire inadapté	□ 0 - Aucun changement □ 1 - L'affect du jeune varie légèrement. Il montre légèrement plus d'expressions de mal-être ou de pleurs qu'à l'habitude. Il montre légèrement moins d'expressions de bien-être ou de sourires qu'à l'habitude ou est globalement moins expressif. □ 2 - L'affect du jeune varie de façon modérée. Il montre plus d'expressions de mal-être ou de pleurs qu'à l'habitude. Il montrer nettement moins d'expressions de bien-être ou de sourires qu'à l'habitude □ 3 - L'affect du jeune varie de façon importante. Il montre beaucoup plus d'expressions de mal-être ou de pleurs qu'à l'habitude. Il montre beaucoup moins d'expressions de bien-être ou de sourires qu'à l'habitude ou est beaucoup moins expressif
2. COMPORTEMENTS AGRESSIFS	
- Comportements agressifs verbaux (cris, insultes/injures…) - Comportements agressifs physiques envers autrui (coups, griffures, morsures, étranglement…) - Comportement agressif envers soi (*coups, scarifications, blessures)* - Crises de colère, crises clastiques (jet/brie d'objets), refus, opposition, intolérance à la frustration	□ 0 - Aucun changement □ 1 - Les comportements agressifs et violents augmentent légèrement, sans répercussion majeure sur la vie quotidienne : le jeune peut être apaiser facilement □ 2 - Les comportements agressifs et violents augmentent modérément. Ils commencent à avoir des répercussions sur le quotidien et sont difficilement maîtrisables □ 3 - Les comportements agressifs et violents augmentent de façon importante. Ils ont des répercussions sur le fonctionnement global du jeune et l'empêchent de réaliser certaines activités
3. STÉRÉOTYPIES	
- Les stéréotypies verbales et/ou motrices augmentent OU apparaissent (quand le jeune n'en avait pas auparavant) OU sont à nouveau présentes (alors qu'elles avaient disparu) - Les stéréotypies engendrent des lésions, comme par exemple des lésions de frottement ou de pression (si automutilations pas liées à des stéréotypies, merci de coter uniquement l'item 2)	□ 0 - Aucun changement □ 1 - Les stéréotypies motrices et/ou verbales augmentent légèrement, avec des répercussions minimes sur la vie quotidienne □ 2 – Augmentation modérée □ 3 - Les stéréotypies motrices et/ou verbales augmentent de façon importante, avec des répercussions importantes sur la vie quotidienne (l'empêchent de réaliser certaines activités)
4. INTÉRÊTS RESTREINTS ET COMPORTEMENTS RÉPÉTITIFS – DONT INTÉRÊTS SENSORIELS	

Résultats - Diagnostic de TND

Nombre de participants = **50**

Moyenne d'âge: **15,42** +/- 0,34

Sexe féminin: **32%**



Trouble du langage oral: **44%**

TDAH: **28%**

Identification étiologie génétique: 58%

Syndrome de Prader-Willi: 34%

Antécédent d'épilepsie: 28%

Résultats - Situations d'adversité

→ Aucune situation d'adversité identifiée: **22%**

→ Changement de prise en charge: **50%**

→ Conflits avec les pairs, harcèlement: **18%**

→ Agression physique et sexuelle : **12%** des cas

→ Puberté évoqué dans **10%** des cas

Score ACE: en moyenne **1,32** situations d'adversit

Résultats - Comorbidités psychiatriques

→ **98%** de l'échantillon: épisode de "fléchissement thymique", passé ou en cours

→ **28%** d'épisode dépressif caractérisé passé ou en cours, diagnostic formel du médecin référent

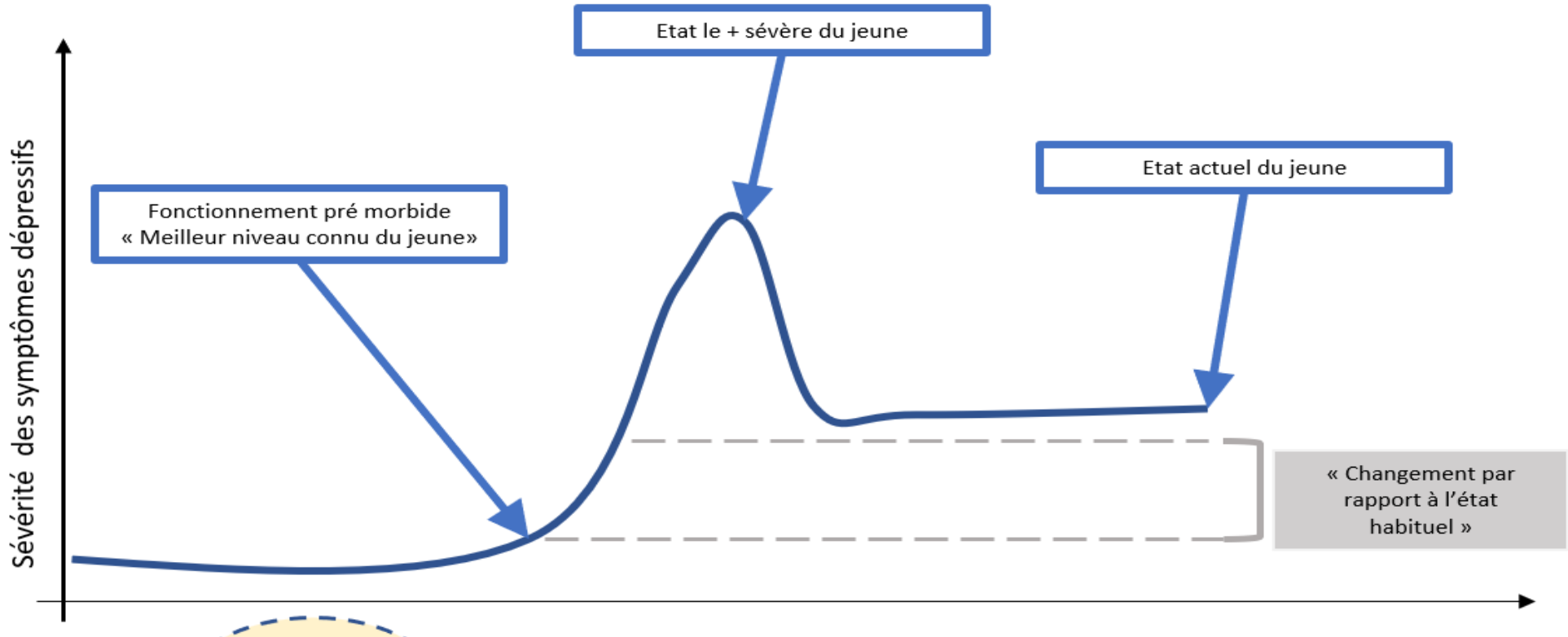
→ **32 %** de troubles anxieux

Antécédent d'hospitalisation en service de pédo-psychiatrie: **32%**

Antécédent de tentative de suicide: **10%**

Antécédent d'auto-mutilation: **20%**

Traitement psychotrope:
Aucun traitement: **16%**
1 ligne: **34%**
2 lignes: **26 %**
3 lignes ou +: **24%**



60% rapporte état de détresse actuel

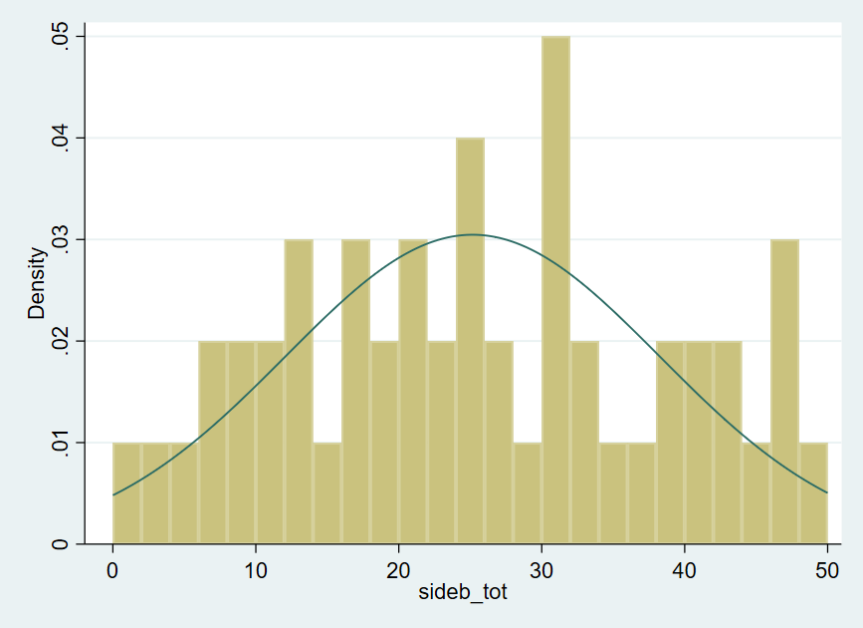
16% rapporte ATCD individuel EDM

Durée moyenne de la période dépressive
M= 16,01 ± 2,29 mois

Perception de rupture avec l'état antérieur du jeune

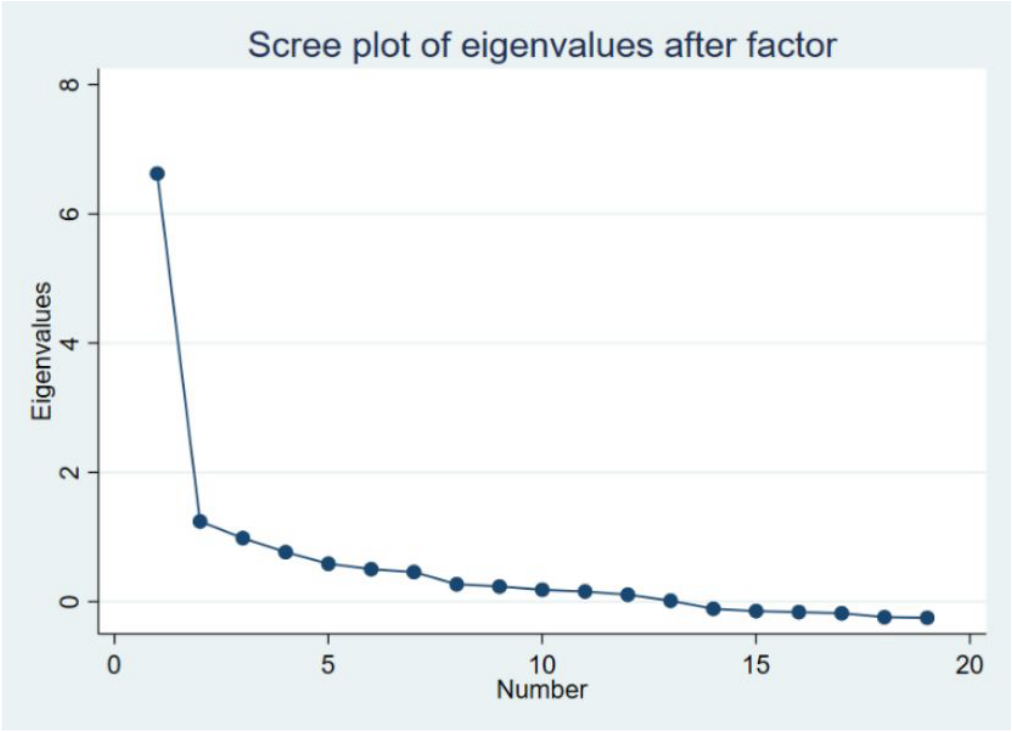
- Aucun changement 5%
- Changement minime 9%
- Changement significatif 33%
- Changement important 33%
- Changement majeur/considérable

Durée moyenne de la période de rémission
M= 11,00 ± 2,56 mois



- Score total : min 0 – max 49, score moyen = **25,2** (écart-type 13,2)
- Corrélation entre l'âge et le score total (r = 0,37 ; p = 0,008)
- Cohérence interne: α de Cronbach = 0,90
- Corrélations entre items: ρ = 0,18 à 0,78
  - Majorité des items : corrélations modérées à fortes (ρ > 0,50) ⇒ Bonne
  - + faible pour Appétit / poids → Sexualité; Idées délirantes / hallucinations; Pensées de mort / mise en danger

Corrélation avec la CDRS, échelle de sévérité des troubles dépressifs
r ≈ 0,39
→ Corrélations avec les scores d'irritabilité et d'agressivité
ARI-P : **r ≈ 0,55**
RMOAS : **r ≈ 0,47**
→ Corrélation avec facteurs de risque
Événements de vie (ACE) : **r ≈ 0,29**



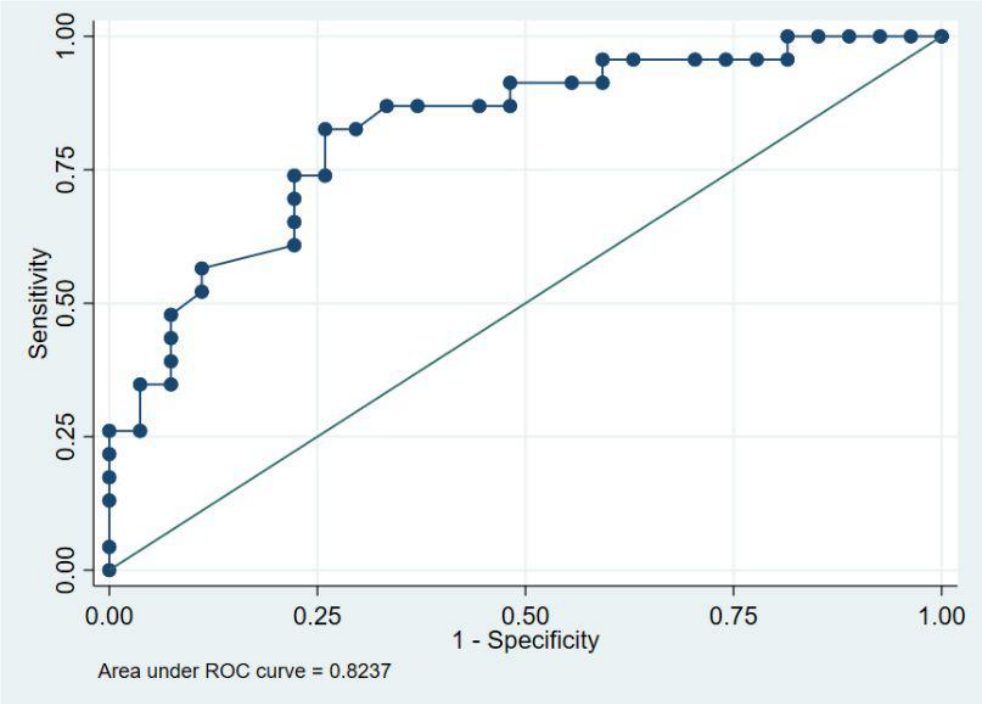
Propriétés psychométriques de l'échelle SIDE-B - Performance diagnostique

Etat de fléchissement thymique
98%

Episode dépressif caractérisé diagnostiqué par la Mini-Kid
46%

Analyse ROC
SIDE-B: AUC 0.837
CDRS: AUC 0.959
p= 0,034

Seuls **2 jeunes sur les 13** participants avec une **déficience sévère à profonde** ont reçu un diagnostic positif de dépression par la mini Kid



PERSPECTIVES

- **Les limites:** données préliminaires sur uniquement 50 sujets, avec biais lié au recrutement dans centres experts
- **Le futur**
  - Continuer en diversifiant le recrutement idéalement hors structure sanitaire, ou structure de 1er ligne
  - Mieux documenter la fiabilité : test-retest; inter-juge
  - Développer des modules pour les autres troubles internalisés (troubles anxieux, TOC, trouble de stress post-traumatique)

KEY POINTS

- **Ne pas voir les TND seulement comme un diagnostic différentiel** de Trouble dépressif/ anxieux/ TOC/ ESPT mais comme facteur de vulnérabilité/maintien

- **Si le TND est connu, s'assurer que la prise en charge est optimale** 1) vécu d'échec – de frustration alimentent les symptômes anxieux/dépressifs 2) rééducations et aménagements doivent aider à répondre aux mieux aux exigences développementales

- **Si le TND n'est pas connu, prendre en charge les deux problématiques….**Centre expert TDAH, CRTLA, CRA sont souvent utiles pour donner un avis sur une situation complexe

- **En cas de symptômes anxieux, dépressif, TOC sévère qui ne répondent pas aux approches psychothérapeutiques…même algorithme que pour les jeunes sans TND** (éviter traitement symptomatique au long cours)

- Exemples de projets cliniques
  - *Phénoménologie des troubles anxieux/dépressifs chez les jeunes avec TLO*
  - *Fréquence des symptômes catatoniques, psychotiques chez jeunes dépressifs avec TSA*
  - *Valider en français une grille qui aide les internes à mieux repérer les patients avec TND*
  - *Passage de l'ESPT aux formes développement de psychotrauma v (FDR développementaux?)*

Merci de votre attention



Et merci

- Équipe PSL Pr Angèle CONSOLI, Dr Cora CRAVERO, Dr Didier PERISSE
- Équipe Poitiers Pr Jean XAVIER
- Équipe Rouen: Hélène LAHAYE
- Pr Réal LABELLE, département de Psychologie de l'Université de Montréal
- Association Prader Willi France, Association Angelman, collectif DI, familles de consultation de Trousseau
- Collègues neuropédiatres de Trousseau (Delphine HERON, Cyril MIGNOT) et hépato-gastroentérologue (Béatrice DUBERN)
- Mes jeunes collègues: Sandy WALESA, Audrey JACHYM