

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Saâd-Dahleb, Blida

Faculté de Médecine

Département de Médecine

Thèse pour
l'obtention du Doctorat en Sciences Médicales

**Organisation et planification des
soins en consultation de
pédopsychiatrie**

- à partir de la consultation
pédopsychiatrique de l'EHS Frantz – Fanon,
Blida en 2014 -

Candidate :
Lamisse Medjhoua-Benamar

Directeur de Thèse :
Professeur Farid Kacha

Année 2018

Sommaire :

Préambule.....	11
----------------	----

Chapitre 1 : Partie théorique

1.1 L'introduction à la pédopsychiatrie :

1.1.1 Histoire de la pédopsychiatrie.....	17
1.1.2 La pédopsychiatrie dans les différents pays.....	22
1.1.3 Histoire de la pédopsychiatrie en Algérie.....	24
1.1.4 La nosographie en pédopsychiatrie.....	31
1.1.5 Les classifications en pédopsychiatrie.....	36
1.1.6 L'éthique en pédopsychiatrie.....	41
1.1.7 La recherche épidémiologique en pédopsychiatrie.....	46

1.2 Les appuis pour l'organisation et la planification des soins en pédopsychiatrie :

1.2.1 La politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.....	50
1.2.2 Le droit des enfants.....	56
1.2.3 L'état des lieux en Algérie.....	61

Chapitre 2 : Protocole d'étude

2.1	Problématique.....	64
2.2	Objectifs de la recherche.....	66
2.3	Méthodologie.....	67
2.3.1	Le cadre.....	67
2.3.2	La population d'étude.....	69
2.3.3	Le type d'étude.....	70
2.3.4	Le questionnaire.....	70
2.3.6	La pré enquête.....	72
2.3.5	Les moyens.....	73

Chapitre 3 : Résultats

3.1 La description d'une activité spécifique et l'appréciation de la demande de soins :

3.1.1	Répartition par sexe.....	76
3.1.2	Répartition par âge.....	77
3.1.3	Répartition selon le type de consultation.....	78
3.1.4	Répartition selon l'âge et le type de consultation.....	79
3.1.5	Répartition selon la demande.....	80
3.1.6	Répartition selon les motifs de consultation.....	81
3.1.7	Répartition selon les conditions socio économiques.....	82
3.1.8	Les difficultés scolaires-Conditions socio économiques.....	83
3.1.9	Les troubles du comportement- CSE.....	84
3.1.10	Répartition selon les diagnostics retenus.....	85
3.1.11	Répartition selon le sexe et le diagnostic retenu.....	86
3.1.12	Répartition selon l'âge et le diagnostic retenu.....	87
3.1.13	Les troubles du développement en fonction du sexe.....	89
3.1.14	Les troubles du développement en fonction de l'âge.....	90
3.1.15	Les types des troubles du développement.....	91

3.1.16 Les types des troubles envahissants du développement.....	93
3.1.17 Répartition des TED en fonction du sexe.....	94
3.1.18 Répartition des TED en fonction de l'âge.....	95
3.1.19 Signes autistiques-Diagnostics retenus.....	98
3.1.20 Signes autistiques-Troubles du développement.....	99
3.1.21 Signes autistiques-TED.....	100
3.1.22 Troubles du langage-Diagnostics retenus.....	101
3.1.23 Troubles du langage-Troubles du développement.....	103
3.1.24 Troubles du langage- TED.....	104
3.1.25 Répartition selon le sexe du retard mental.....	105
3.1.26 Répartition selon l'âge du retard mental.....	106
3.1.27 Les types de retard mental.....	107
3.1.28 Répartition des troubles névrotiques selon le sexe.....	108
3.1.29 Répartition des troubles névrotiques selon l'âge.....	109
3.1.30 Les types de troubles névrotiques.....	110
3.1.31 Réaction à un facteur de stress en fonction du sexe.....	111
3.1.32 Réaction à un facteur de stress en fonction de l'âge.....	112
3.1.33 Troubles du Comportement et Troubles Emotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence en fonction du sexe..	113
3.1.34 Troubles du Comportement et Troubles Emotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence en fonction de l'âge..	114
3.1.35 Troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance en fonction du type et du sexe.....	115
3.1.36 Troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance en fonction de l'âge.....	116
3.1.37 Répartition en fonction de la scolarisation.....	117
3.1.38 Répartition des patients non scolarisés.....	118
3.1.39 Le niveau scolaire des patients scolarisés.....	119
3.1.40 Difficulté scolaire-niveau scolaire.....	120
3.1.41 Difficulté scolaire en fonction du sexe.....	121
3.1.42 Difficulté scolaire-Diagnostics retenus.....	122
3.1.43 Scolarisation-Diagnostics retenus.....	124
3.1.44 Troubles du développement-Scolarisation.....	126
3.1.45 Troubles du développement-Niveau scolaire.....	127
3.1.46 Autisme-Scolarisation.....	128
3.1.47 Patients en classes intégrés.....	129

3.1.48 Diagnostic des enfants en classes intégrés.....	130
3.1.49 Retard mental-Scolarisation.....	131
3.1.50 Retard mental léger-Scolarisation.....	132
3.1.51 Retard mental-Scolarisation-Niveau scolaire.....	133
3.1.52 Demande de certificats médicaux et d'expertise.....	134
3.1.53 Type de certificats médicaux.....	135
3.1.54 Patients expertisés-Diagnostic.....	136
3.1.55 Patients expertisés-Sexe.....	137

3.2 L'offre de soins :

3.2.1 Répartition géographique en fonction du secteur.....	138
3.2.2 Répartition géographique dans le secteur.....	139
3.2.3 Répartition géographique, hors wilaya de Blida.....	140
3.2.4 Répartition géographique dan le hors secteur.....	141
3.2.5 Les professionnels qui ont reçus les patients.....	142
3.2.6 Les délais.....	143
3.2.7 Le délai entre la demande et l'accueil.....	144
3.2.8 Suivi antérieur.....	145
3.2.9 Le type de suivi antérieur.....	146
3.2.10 L'orientation vers.....	147
3.2.11 La rupture de suivi.....	148
3.2.12 La demande de PEC-Le suivi.....	149
3.2.13 L'orientation par.....	150
3.2.14 Les spécialités qui orientent.....	151
3.2.15 La pathologie associée.....	152
3.2.16 Les comorbidités retrouvées.....	153
3.2.17 La notion de souffrance néonatale.....	154
3.2.18 La souffrance néonatale-Diagnostics retenus.....	155
3.2.19 Le secteur d'orientation.....	156
3.2.20 Les types de prestation.....	157
3.2.21 La tranche d'âge-Le type de demande.....	158

3.3 La petite enfance :

3.3.1 Répartition en fonction de l'âge.....	159
3.3.2 Répartition en fonction du type de consultation.....	160
3.3.3 Petite enfance-Type de TED.....	161
3.3.4 Petite enfance-Autisme-Signes autistiques.....	162
3.3.5 Petite enfance-TED sans précision-Signes autistiques.....	163
3.3.6 Petite enfance-Autisme-Troubles du langage.....	164

3.4 L'adolescence :

3.4.1 Le type de consultation pour adolescents.....	165
3.4.2 Les tentatives de suicide en fonction de l'âge.....	166
3.4.3 Les tentatives de suicide en fonction du sexe.....	167
3.4.4 Répartition par sexe.....	168
3.4.5 TC et TE en fonction de l'âge.....	169
3.4.6 Les diagnostics pour les adolescents.....	170

Chapitre 4 : Discussion

4.1 La description d'une activité spécifique et l'appréciation de la demande de soins :

4.1.1 Les éléments relatifs à l'enfant.....	175
4.1.2 Les éléments relatifs à la consultation.....	177
4.1.3 Les éléments relatifs à la famille.....	180
4.1.4 Les éléments relatifs aux troubles retrouvés :	
4.1.4.1 Les troubles du développement psychologique.....	182
4.1.4.2 Le retard mental.....	189
4.1.4.3 Les troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress.....	192
4.1.4.4 Les TC et TE apparaissant durant l'enfance et l'adolescence.....	195

4.1.5	Eléments relatifs à la scolarisation :	
4.1.5.1	La scolarisation et la non scolarisation.....	198
4.1.5.2	Le niveau scolaire.....	199
4.1.5.3	Les lieux où sont gardés ou pris en charge les enfants non scolarisés.....	199
4.1.5.4	La difficulté scolaire.....	200
4.1.5.5	Les alternatives à la scolarisation ordinaire.....	209
4.1.6	Eléments relatifs à l'activité mettant en lien la consultation avec la justice	
4.1.6.1	Les certificats médicaux.....	211
4.1.6.2	L'expertise médicale.....	211

4.2 L'offre de soins:

4.2.1	Le Secteur.....	214
4.2.2	Le dispositif.....	217
4.2.3	Le recours à la pédopsychiatrie.....	221
4.2.4	Les professionnels.....	222
4.2.5	Les délais.....	225
4.2.6	La multidisciplinarité.....	227
4.2.7	L'orientation.....	227
4.2.8	La rupture de suivi.....	228
4.2.9	La transformation de la demande.....	230
4.2.10	Les partenaires dans la prise en charge.....	230
4.2.10.1	Les médecins spécialistes.....	230
4.2.10.1.1	Les liens avec la pédiatrie.....	230
4.2.10.1.2	Les liens avec la psychiatrie.....	234
4.2.10.1.3	Les liens avec la neurologie.....	235
4.2.10.1.4	Les liens avec la médecine légale.....	236
4.2.10.1.5	Les liens avec l'ORL.....	236
4.2.10.2	Les parents.....	238
4.2.10.3	Les médecins généralistes.....	239
4.2.11	La prestation en fonction de l'âge.....	239

4.3 La petite enfance :

4.3.1	Fréquence.....	241
4.3.2	Spécificité et adaptation du dispositif de soin.....	241
4.3.3	Complexité.....	242
4.3.4	Pluridisciplinarité.....	243

4.4 L'adolescence :

4.4.1	Urgence.....	244
4.4.2	Une population différente-Des motifs différents.....	246
4.4.3	Une population différente-Un dispositif différent.....	247

4.5 Les difficultés :.....249

Chapitre 5 : Conclusion et perspectives

5.1	Conclusion.....	251
5.2	Perspectives et recommandations.....	253

Bibliographie.....271

Annexe I.....282

Annexe II.....303

Liste des abréviations et acronymes

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF	United Nations of International Children's Emergency Fund
ONS	Office Nationale des Statistiques
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant.
CNIA	Comité National Intersectoriel de l'Autisme.
PMI	Protection Maternelle Infantile
EPSP	Etablissement Public de Santé de Proximité.
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique.
IME	Institut Médico-Educatif
SESSAD	Service d'Education et des Soins Spécialisés à Domicile.
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique.
CAMPS	Centre d'Action Médicosociale Précoce.
CRA	Centre Ressource pour l'Autisme.
CIM	Classification Internationale des Maladies.
DSM	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental disorder.
CFTMEA	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.
TED	Trouble Envahissant du Développement.
TDHA	Trouble du Déficit d'Attention avec/sans Hyperactivité.
TE	Trouble Emotionnel.
TC	Trouble du Comportement
TADS	Trouble de l'Anxiété de Séparation.
QI	Quotient Intellectuel.

Annexes I

Annexe A	Questionnaire	P283
Annexe B	Critères diagnostics CIM 10	P292

Préambule

La pédopsychiatrie a été consacrée comme discipline autonome par l'arrêté ministériel du 18 juin 2013 ¹. Le travail de thèse que nous soumettons vient quelque mois après la création de la spécialité, proposer une réflexion sur son organisation et sa planification à partir d'un service confronté à un grand secteur géo démographique. C'est en effet dès janvier 2014 que l'idée de faire le point sur la demande en pédopsychiatrie nous est apparue.

Il se trouve qu'il y a 46 ans, après un premier travail réalisé en 1971, par F. Redjimi Kaci Mohammed ² dans une thèse de doctorat en médecine, la planification de l'assistance psychiatrique à l'enfance apparaissait déjà impérieuse. Dans son travail, elle constatait essentiellement des demandes d'aide pour la prise en charge des enfants présentant des troubles épileptiques ou des insuffisances mentales graves.

Qui sont ces enfants aujourd'hui ? Quels âges ont ils ? Pour quels motifs consultent ils ? Quelles sont leurs attentes ? Qu'est ce qui leur est proposé ? Ce qui leur est proposé, leur est -il- adapté ? Et beaucoup d'autres questions pouvant paraître simples et élémentaires mais essentielles à l'élaboration d'un projet quel qu'il soit.

Le sujet traité nous semble important car la prévalence des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent est estimée entre 10 et 36% d'après l'organisation mondiale de la santé. Il nous semble propice car l'Algérie est, aujourd'hui, entrain de dessiner un plan national de santé mentale avec entre autre un plan de santé mentale pour l'enfant et l'adolescent.

Dans tous les pays du monde la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'est développée tardivement après celle de l'adulte. Il a fallu à l'Algérie du temps pour se débarrasser des vestiges de la

psychiatrie coloniale qui brillait par ses thèses racistes. Frantz Fanon dans ses textes notamment celui des damnés de la terre ³ dénonce, conteste, la notion de psychiatrie de l'indigène celle qui n'attribuait pas à l'Algérien la capacité d'analyser une situation et à organiser un panorama mental.

Après l'indépendance, notre pays disposait de 6000 lits de psychiatrie adulte ⁴ sans aucun psychiatre formé par la faculté d'Alger. Par la suite, est née, la psychiatrie de la post indépendance avec ses urgences et ses priorités. Cinquante ans après l'indépendance, l'enfant obtient une place officielle dans le champ de la psychiatrie en imposant la spécialisation des professionnels qui s'occuperont de lui.

Choyée, sacrifiée, humiliée, maltraitée, l'enfance de nos jours, prend une place centrale. On constate que même, dans la littérature, elle occupe une place de thématique fondamentale.

Cosette, dans « Les misérables » de Victor Hugo ⁵, est exploitée par les adultes. Son nom est devenu synonyme de maltraitance et d'enfance à risque. « Oliver Twist », de Charles Dickens ⁶, est orphelin vivant dans un hospice, soumis à des privations, s'échappe et prend la route !

Dans l'œuvre littéraire algérienne, les enfants ont été les yeux et la voix par lesquels il devenait possible d'explorer l'époque coloniale. Dans « Le fils du pauvre » ⁷, Mouloud Feraoun peint son enfance et son adolescence dans un village de Kabylie où il fut tour à tour berger, élève puis instituteur.

L'enfant fut longtemps considéré comme un adulte en miniature. C'est par sa célèbre phrase « *Le petit d'homme n'est pas simplement un petit homme* » ⁸ que Jean Jacques Rousseau en 1762 a fait prendre conscience d'une réalité psychologique propre à l'enfant.

En 1877, Charles Darwin publie une esquisse biographique d'un petit enfant, son fils ⁹. Il inaugure l'idée qu'une étude du développement de

l'enfant permettrait de mieux comprendre la psychologie humaine en général.

L'évolution de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie est liée à l'histoire de l'enfance. Ces deux spécialités s'adressent non à un organe ou un groupe d'organes particulier, non à une technique particulière, mais à un sujet particulier. L'intérêt pour la santé physique de l'enfant allait tôt ou tard être rejoint par l'intérêt pour sa santé mentale dans le monde, et bien plus tard, dans notre pays.

Notre travail sera réparti sur 5 chapitres :

- Le premier portera tout d'abord sur une introduction à la pédopsychiatrie. Elle consistera à préciser certains aspects théoriques inhérents à la spécialité qui nous semblent importants à exposer. Parmi ces aspects, nous développerons ceux qui sont relatifs à l'histoire, à la nosographie, aux classifications, à l'épidémiologie et à l'éthique en pédopsychiatrie. Nous exposerons ensuite les éléments relatifs à l'organisation des soins notamment à la politique de la santé mentale de l'enfant et l'adolescent, au droit des enfants et à l'état des lieux en Algérie.
- Le deuxième s'attachera à l'étude du protocole utilisé et sur l'analyse de ses différents paramètres.
- Le troisième concernera les résultats de l'étude.
- Le quatrième s'intéressera à la discussion des résultats retrouvés.
- Le cinquième apportera une conclusion et ouvrira sur des perspectives.

Chapitre 1 :

1.1 Introduction à la pédopsychiatrie

1.1.1 Historique de la pédopsychiatrie

De tout temps, les enfants souffrant de dysfonctionnement psychique ont fait l'objet d'observations, il est d'ailleurs très difficile d'attribuer une date de naissance à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

D-J. Duché ¹⁰ distingue plusieurs étapes plus au moins intriquées. Ce sont des étapes qui correspondent à l'évolution de la psychiatrie infantile.

La prise en charge « des enfants idiots » illustre les débuts de la pédopsychiatrie. C'est Esquirol, le premier élève de Pinel qui va différencier la démence de l'idiotie.

C'est en 1800, que survint un évènement que l'on considère comme fondamental pour l'histoire de la psychiatrie de l'enfant en France et dans le monde.

Les paysans découvrent un enfant à l'état sauvage dans la forêt d'Aveyron, il est capturé puis confié à un orphelinat. Dans la littérature, on parlera « Du sauvage d'Aveyron ».

Pinel examine l'enfant et conclue qu'il est atteint d'idiotisme incurable. L'enfant selon lui, n'était pas devenu idiot parce qu'il avait été abandonné ; il avait été abandonné parce qu'il était idiot.

Itard, est d'un avis contraire à celui de son maître Pinel et ose dire que l'enfant sauvage était « un prétendu idiot », il dit à ce propos ¹⁰ :

« Je ne partageais point cette opinion défavorable ; et malgré la vérité du tableau et la justesse des rapprochements, j'osais concevoir quelques espérances. Je les fondais moi même sur la double considération de la cause et de la curabilité de cet idiotisme apparent... »

Il considérait que l'existence du « Sauvage d'Aveyron », privée de tout contact humain expliquait son idiotisme, un idiotisme acquis de son total isolement.

Pendant cinq ans, il consacre l'essentiel de son activité à celui qu'il prénommera « Victor ». Il s'engage dans une rééducation qu'il dénomme « un traitement moral » mais Victor n'accèdera jamais au langage.

Il rapportera par contre avec minutie une clinique décrivant un enfant autistique :

« Il se balançait sans relâche comme certains animaux de la ménagerie, mordant et égratignant ceux qui l'ennuyaient, ne témoignant aucune affection à ceux qui le servaient. »

« Sans réaction au bruit du pistolet, il se retournait au craquement d'une noisette. Il prenait la main des adultes pour leur montrer ce qu'il désirait. »

Jean Marc Gaspard Itard 1774-1839 est considéré par certains comme le premier psychiatre d'enfants.

Le mythe de l'enfant sauvage a inspiré beaucoup d'auteurs notamment Bettelheim ¹¹ qui l'a revisité en décrivant l'enfant loup comme présentant des troubles autistiques.

Parmi les médecins, ce sont les élèves d'Esquirol qui se sont occupés des troubles mentaux chez l'enfant ; Belhomme, Falret, Ferrus, Voisin, Delasiauve, Perchappe, Bourneville, tous se sont intéressés principalement à l'idiotie, à l'étiologie somatique grave, à la séparation des espaces de soins entre adultes et enfants et à l'action médicopédagogique.

Parmi les non médecins, plusieurs personnalités ont marqué cet apport éducatif et psychologique.

Seguin, tient une des premières places dans l'histoire de la psychiatrie de l'enfant, il est beaucoup plus connu aux états unis qu'en France, son pays d'origine. A la base surveillant à l'hospice des incurables, il entreprendra plus tard des études de médecine aux états unis. Il considère que toute organisation psychopathologique grave de l'enfant peut être amendable et accessible au traitement médicopédagogique.

Vallée, surveillant à Bicêtre, rencontre Seguin et s'imprègne de ses méthodes éducatives pour les enfants idiots, il finira par fonder son propre centre qu'il léguera à l'état et qui sera par la suite rattaché à l'assistance publique sous le nom de « La fondation Vallée ».

Binet est le véritable fondateur de la psychologie expérimentale en France, il étudie le comportement intellectuel des enfants normaux dans les écoles et celui des arriérés mentaux dans l'asile. Il a décrit le premier test mental utilisable en pratique qui fut adopté avec enthousiasme dans de nombreux pays.

Piaget qui avait travaillé dans les laboratoires de Binet part de l'idée que la pensée naît lorsqu'une situation nouvelle se présente que les automatismes ne peuvent résoudre.

Très peu de psychiatres se sont intéressés à l'adolescent. Ce n'est qu'à la fin du 19 ème siècle, aux états unis, que des éducateurs, des psychologues, des juristes et des médecins commencent à s'intéresser à la délinquance des jeunes enfants.

H. Emminghaus ¹⁰ considère l'enfant délinquant comme étant plus, victime d'une maladie à soigner, que d'un état pervers à châtier.

Les descriptions cliniques du 20 ème siècle étaient empreintes d'un certain adultomorphisme. C'est avec l'introduction en 1943 de la description de l'autisme infantile précoce que Kanner ¹² réussit à accorder la grande majorité des psychiatres d'enfants.

Pour Diatkine ¹³, l'étrangeté des enfants autistes, l'état des connaissances actuelles et la difficulté à mettre en œuvre des traitements efficaces expliquent l'intérêt passionné et les polémiques, que suscitent cette perturbation jusqu'au jour d'aujourd'hui.

Serge Lébovici ¹⁴ pense qu'un rappel historique correspond sans aucun doute à une réalité dont le poids se fait sentir encore aujourd'hui, lorsqu'il s'agit de préciser la place de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il nous invite à comprendre pourquoi l'enfant n'intéressa guère les psychiatres à l'époque. Ils étaient en fait, considérés soit comme des idiots ou comme de mauvais sujets, caractériels ou délinquants.

La psychanalyse modifie radicalement l'approche des troubles mentaux chez l'enfant. Freud ¹⁵ décrit la psyché d'une façon totalement nouvelle. Il parle de la névrose infantile qui déploie ses effets répétitifs dans la névrose de transfert chez des patients adultes souffrant de troubles hystériques.

L'œuvre de Freud a complètement modifié l'approche des troubles mentaux de l'enfant. Cette nouvelle théorie de la psyché a une telle importance que certains auteurs comme Duché considèrent qu'elle a signé l'acte de naissance de la psychiatrie de l'enfant.

Melanie Klein ¹⁶ a étendu et développé la compréhension que Freud a eue de la vie psychique. De la même façon qu'il a analysé les rêves, elle a exploré le territoire méconnu de l'esprit de l'enfant par l'analyse du jeu. Elle a également montré de quelle manière des états mentaux primitifs du très jeune enfant ont une influence sur ceux de l'adulte.

Bowlby ¹⁷ souligne l'importance de l'attachement dans le développement du jeune enfant qu'il définit comme un équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu.

Les psychanalystes d'enfants ont tous joué un rôle essentiel dans l'étude et la reconnaissance du développement de l'enfant. Ils

constatent l'importance de l'environnement et du milieu familial dans la genèse des troubles affectifs de l'enfant et de l'adolescent.

L'évidence du rôle essentiel de la famille dans l'évolution psychopathologique du malade est née aux états unis puis a progressivement gagné l'Europe.

Depuis une vingtaine d'années, on étudie les compétences du bébé et des interactions précoces mère- enfant, aboutissant à des interventions de plus en plus précoces qui s'inscrivent dans des perspectives préventives.

A coté de cela, il y'a eu l'apport indéniable des thérapies comportementales, des thérapies psychomotrices, de l'orthophonie, à la prise en charge de l'enfant en pédopsychiatrie.

Si la découverte de l'usage de la chlorpromazine en 1952 par Delay et Deniker a révolutionné la prise en charge des troubles mentaux pour la psychiatrie d'adulte, son impact sera moindre pour la psychiatrie de l'enfant car le traitement médicamenteux en pédopsychiatrie occupe une moindre place.

1.1.2 La pédopsychiatrie dans les différents pays :

Serge Lebovici ¹⁸ dit que l'histoire de la psychiatrie de l'enfant montre des tendances et une évolution communes :

1. Les pays de langue allemande :

Ils sont restés près de la psychiatrie traditionnelle. H.Remschmidt ¹⁹ rappelle que la psychiatrie de l'enfant n'a trouvé sa place autonome qu'en 1968.

Celle-ci est définie par l'association médicale allemande comme suit :

« La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent applique la pratique des diagnostics, de traitements non chirurgicaux, la prévention et la réhabilitation des désordres psychiatriques psychosomatiques et neurologiques et les troubles de la conduite psychologique et sociale ».

2. La psychiatrie soviétique :

S.Lebovici ¹⁸ dit que la psychiatrie soviétique a été marquée par l'héritage kraepelinien ou tout le domaine de la psychiatrie de l'enfant a été limité à celui des psychoses conçues comme les premières manifestations d'un processus schizophrénique dont les apparences varient avec la maturation. Il dit qu'à l'époque, il fallait faire admettre que l'amélioration des conditions de vie allait couper la racine des troubles affectifs, de l'anxiété et des caractéropathies.

N'empêche que, c'est le premier pays à avoir consacré un département de recherche très sophistiqué en psychologie et à avoir mis en place un dispositif de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent démantelé après la chute de l'URSS.

Makarenko parlera de l'éducation morale dans la pédagogie ²⁰ et Lev Vygotski de psychologie sociale ²¹. Pour ce dernier, les représentations mentales sont socialement transmises par le langage. La pensée a sa source dans la parole qui va être progressivement maîtrisée jusqu'à devenir un langage intériorisé ²¹.

3. Dans les pays du nord de l'Europe :

La psychiatrie s'est développée sans perspective théorique très cohérente, mais l'organisation des soins et la mise à la disposition de la population de services bien structurés apparaissent comme très remarquables.

La psychiatrie de l'enfant est essentiellement une psychiatrie sociale, ouverte à de nombreuses possibilités pratiques.

4. La psychiatrie dans les pays Anglo-Saxons :

Dans ces pays, la psychanalyse a pris une place essentielle dans la pratique après la deuxième guerre mondiale. Dans cette discipline une contribution essentielle a été apportée par Anna Freud, Mélanie Klein, Donald Winnicott, René Spitz, Margaret Mahler.

L'influence de la psychanalyse a été longtemps essentielle. Son importance a diminué au profit d'études plus simples et d'une rentabilité plus grande dès la fin du siècle dernier.

On assistera plus tard à une grande diffusion des thérapies comportementales et des approches systémiques.

1.1.3 Historique de la pédopsychiatrie en Algérie

La création de la spécialité vient non seulement cristalliser un processus, qui a mis des décennies à aboutir mais permet également l'inscription d'une histoire, l'histoire de la pédopsychiatrie dans notre pays. Examiner les raisons qui ont fait, qu'à tel moment de notre histoire, la création de la pédopsychiatrie comme spécialité autonome a été possible, permet de comprendre le processus dont il est question.

Après l'indépendance, la priorité a été donnée à la psychiatrie d'adultes qui se pratiquait dans les hôpitaux érigés durant la période coloniale et autour d'un nombre très réduit de psychiatres et d'infirmiers.

Pendant qu'un vaste dispositif pédiatrique prenait place pour la prise en charge des enfants en matière de vaccination, de protection maternelle et infantile, de lutte contre les maladies infectieuses ; les enfants ayant des troubles mentaux lourds ou des handicaps étaient envoyés en France sur la base d'une convention entre les caisses d'assurances des deux pays. Suite à un différend, la convention a été rompue et c'est le secteur de la solidarité nationale et de la sécurité sociale qui s'en est chargé.

L'accueil médicalisé des enfants souffrants de troubles mentaux dans les institutions de santé se fera sous forme de tentatives, à l'initiative de plusieurs psychiatres.

Parmi eux :

Le Pr K. Benmiloud a tout d'abord mis en place une consultation à Mustapha en 1966 puis d'un service à Drid Hocine en 1976.

Le Pr M. Boucebci a ouvert, à la clinique des Oliviers, en 1976, un service universitaire de pédopsychiatrie dans des bâtiments offerts par les sœurs religieuses qui ont demandé à ce que ces derniers soient réservés à la prise en charge de l'enfant. C'est celui qui a créé le premier hôpital de jour pour enfants et adolescents dans les services de la santé.

Mahfoud Boucebci a laissé plusieurs contributions marquées par l'intérêt qu'il avait porté aux enfants notamment un livre intitulé « Psychiatrie, société et développement »²² dans lequel il développe des questions relatives aux institutions fondamentales, famille, école, société, collectivités et la place réservée aux mal classés, les femmes et les enfants particulièrement.

Le Pr Bensmail a proposé un service de pédopsychiatrie, attenant au service d'adultes qui a été construit à Djbel El Ouehch à Constantine.

Ces expériences, ainsi que toutes les autres menées par les psychiatres dans les secteurs de la santé vont avoir des durées de vie éphémères.

N.Metahri écrit qu'à cette période la dynamique pour le développement de la psychiatrie de l'enfant reste lente et les expériences parsemées d'obstacles qui freinent et ne permettent plus à l'Algérie de rester fidèle aux engagements qu'elle a contractés vis-à-vis des enfants²³.

Le Pr H. Salhi, autour des années 90, s'est consacrée à organiser le service de pédopsychiatrie de Blida. Quelques aménagements et une équipe de psychiatres, de psychologues, d'orthophonistes, d'infirmiers, de secrétaires et de résidents en psychiatrie ont d'emblée dessiné une configuration particulière et multidisciplinaire pour la pratique pédopsychiatrique.

Ainsi lancés, les premiers objectifs étaient d'apprendre les spécificités de la clinique de l'enfant et de reconnaître les problématiques liées au développement de l'enfant, au traumatisme et à l'école.

Les modalités de suivi étaient scindées en soins ambulatoires et hospitaliers. Le scepticisme qui venait du passé et qui pouvait à l'époque faire douter de la pérennité de cette nouvelle expérience s'est vite estompé face à l'arrivée massive des usagers.

Le Pr F. Kacha, lui, a proposé la formation de pédopsychiatrie, il a inscrit au niveau de la tutelle le projet d'envoyer en France, durant trois années consécutives, cinq psychiatres d'adultes par an, dans la perspective de disposer d'une quinzaine de pédopsychiatres qui allaient décider de l'avenir de la spécialité.

La décennie noire a fait qu'après le départ du premier groupe de psychiatres, leur retour devenait improbable.

Quasiment en même temps, Une consultation multidisciplinaire destinée à l'enfant et à l'adolescent fut créée en 1993 par ce dernier, à l' EHS Mahfoud Boucebci de Chéraga. Une consultation qui s'est transformée en unité en 2003. Cette unité, qui n'a été érigée en service qu'en 2006, a révolutionné l'exercice pédopsychiatrique dans le pays, en devenant à l'époque un service de référence.

En 2004, le Pr F.Kacha a encore proposé deux formations de 25 pédopsychiatres chacune, en ramenant cette fois, des formateurs étrangers sur place, avec l'aide de l'OMS et le soutien du ministère de la santé.

Après ces deux formations, les pouvoirs publics étaient plus sensibles aux questions relatives au développement de la pédopsychiatrie. Cette sensibilisation a permis tout d'abord, la construction du service de pédopsychiatrie de Chéraga et son développement mais aussi, de tous les services qu'on citera à la fin de ce chapitre. La tutelle a ensuite pris la décision que tout projet de construction d'un service de psychiatrie pour adultes, devait être suivi d'un service de pédopsychiatrie.

L'intérêt pour le psycho traumatisme de l'enfant durant la décennie noire a également contribué à une bonne visibilité de la pédopsychiatrie aux yeux de la population, des professionnels et des pouvoirs publics. L'aide des pays étrangers et des institutions internationales a été d'un grand apport à un moment donné. Le Canada, avec la formation de prévention contre la violence, qui a débouché sur un ouvrage destiné aux enseignants. La Belgique, avec la formation en thérapie familiale. La France, avec les collègues qui sont venus former les deux promotions de pédopsychiatrie mais également de psychiatrie d'urgence et de catastrophe où la place de l'enfant n'a pas été oubliée. La communauté européenne avec le projet du « Child Trauma Network » regroupant la Belgique, l'Espagne, l'Italie, la France , le Maroc, l'Algérie, le Liban et l'Egypte pour la mise en place d'un réseau de prise en charge de l'enfant dans chaque pays et l'édition d'un ouvrage destiné aux soignants. Toutes ces interventions montrent bien que, lorsqu'il a été question d'enfants, nos collègues étrangers ont manifesté beaucoup de bonne volonté.

Ainsi, avec le recul de ces dernières années, nous pouvons relever que les deux dernières décennies se déclinent en plusieurs étapes :

- **La première** fait apparaître deux lignes :
 1. **Celle de la maturation** : qui a permis de construire progressivement un corpus de connaissance cliniques et d'acquérir quelques savoirs faire auprès des enfants.
 2. **Celle de la structuration** : qui a permis de prêter attention à l'organisation du travail.

- **La deuxième** est celle de la mise en route de projets dessinant la multisectorialité :

En 2001, il y'a eu la naissance d'un projet multisectoriel en partenariat avec handicap international.

C'est un projet qui a regroupé un collectif de professionnels appartenant à six structures ; les deux services de pédopsychiatrie de Blida et de Chéraga, trois centres médicopédagogiques, un centre d'adaptation scolaire Ali ramli et une association de professionnels et de parents d'enfants.

Ce projet a eu pour but essentiel, l'élaboration puis la mise en pratique d'un programme triennal à partir de l'année 2003.

L'objectif a été d'améliorer la prise en charge des enfants autistes et psychotiques et le développement des compétences des professionnels appartenant à ces structures.

- **La troisième** étape est celle de la formation et de la création des services de pédopsychiatrie.

Assez vite les limites de tous ces projets vont apparaître à cause de l'absence de professionnels pour assurer leur fonctionnement. Seuls les psychiatres déjà en poste dans les service de pédopsychiatrie ont continué. Plus de la moitié des psychiatres ont du renoncer à leur projet. Tenus par toutes les charges de la psychiatrie d'adultes : gardes consultations, certains préférant s'en aller vers le secteur libéral.

Aussi, ceci apparaissait comme une évidence, la psychiatrie infanto juvénile à plusieurs égards ne pouvait évoluer dans la psychiatrie d'adulte. Seule son autonomisation pouvait permettre son développement.

- **La quatrième** étape est la mise en forme d'un projet, celui de la création de la pédopsychiatrie comme une discipline autonome. Un projet approuvé et retenu par le ministère de l'enseignement supérieur. La pédopsychiatrie se confirmait comme distincte de la psychiatrie d'adultes.

Nous pensons que c'est grâce à la combinaison des efforts de professionnels engagés, d'une demande de soins pressante à un moment donné de l'histoire, que certaines actions deviennent possibles.

Aujourd'hui, on assiste à la mise en route de projets importants autour de la santé mentale de l'enfant : Le plan national de l'autisme, le projet de lutte contre la violence infantile et les thèses en pédopsychiatrie.

Grace à ce qui a été entrepris, nous disposons actuellement de sept rangs magistraux qui enseignent la spécialité. La première promotion de pédopsychiatres est attendue pour 2018. Dix sept services de pédopsychiatrie ont été construits, avec aujourd'hui, différents niveaux de maturation :

Les services de pédopsychiatrie existants sur le territoire national ²⁴ sont :

Drid Hocine et **Chéraga** à Alger, **El Razi** à Annaba, **El Madher** à Batna, **Frantz Fanon** à Blida, **Sour El Ghezlène** à Bouira, **Djbel El Ouahch** à Constantine, **Oued El Athmania** à Mila, **Mostaganem** à Mostaganem, **Ouled Mansour** à M'sila, **Sidi Chami** à Oran, **Ain Abassa** à Sétif, **Sidi Belabbes** à Sidi Belabbes, **El Harrouch** à Skikda, **Tiaret** à Tiaret, **Nador** à Tipaza, **Fermane Hanafi** à Tizi Ouzou.

Les services de pédopsychiatrie fonctionnels ²⁴ ce jour, sont les services universitaires de :

Drid Hocine et ***Chéraga*** à Alger, ***El Razi*** à Annaba, ***Frantz Fanon*** à Blida, ***Djbel El Ouahch*** à Constantine, ***Sidi Chami*** à Oran, ***Ain Abassa*** à Sétif.

Les services de pédopsychiatrie en cours d'organisation ²⁴ aujourd'hui, sont les services de santé publique de:

El Madher à Batna, ***Oued El Athmania*** à Mila, ***Mostaganem*** à Mostaganem, ***Nador*** à Tipaza, ***El Harrouch*** à Skikda et ***Fernane Hanafi*** à Tizi Ouzou.

1.1.4 La nosographie en pédopsychiatrie

La discipline pédopsychiatrique se situe aux confins de la médecine, de la sociologie, de la psychologie et de la psychanalyse, mais aussi de la philosophie ²⁵.

M. Allione pense que c'est sans doute ce qui en fait l'originalité mais c'est aussi ce qui nourrit les arguments de ses détracteurs. Ceux qui pensent que les psychiatres ne sont pas capables de valider leur diagnostic par des outils scientifiques standardisés parce que leurs références doctrinales ou leurs corpus théoriques sont multiples ²⁶.

Il est difficile d'aborder la question de la nosographie en pédopsychiatrie sans revenir sur des notions pouvant paraître élémentaire mais incontournables lorsqu'on veut comprendre ce dont il est question.

La nosologie est la branche de la médecine qui étudie les critères de classification des maladies tandis que les classifications en elles-mêmes concernent la nosographie.

La nosographie est la description et la classification méthodique des maladies. Elle est également appelée « histoire de la maladie ». C'est un élément constitutif de la nosologie.

La notion de diagnostic :

Le dictionnaire Hachette ²⁷ définit le diagnostic comme l'acte par lequel le médecin, en groupant les symptômes et les données de l'examen clinique, les rattache à une maladie bien identifiée.

J.Chabanier rappelle que la démarche médicale comporte quatre étapes ²⁸ :

- 1) L'étape du symptôme : il s'agit de tous les indices dont est porteur un sujet. En distinguant ce dont il se plaint et ce qui est retrouvé à l'examen.
- 2) L'étape du syndrome : c'est la mise en corrélation de l'ensemble des symptômes en un « syndrome ». Une organisation originale des symptômes, répétable et reproductible expérimentalement.
- 3) L'étape du diagnostic : C'est à ce stade que se constitue une entité morbide très clairement définie et que l'on parlera de maladie.
- 4) L'étape de la connaissance de la cause jusqu'à son traitement.

Tel est le modèle classique, des maladies infectieuses, selon lequel la cause est extérieure au sujet mais il se trouve qu'une grande proportion de consultations médicales n'aboutit pas au diagnostic d'une maladie clairement définie.

Le diagnostic en psychiatrie :

Le modèle précédent, a d'abord été appliqué à la psychiatrie dans l'affection mentale la plus fréquente vers 1917 qui était la paralysie générale, associant une démence à des signes neurologiques et biologiques, d'origine syphilitique.

Or, si en médecine organique, le lien entre le symptôme et le phénomène considéré est souvent naturel, le symptôme en médecine mentale est fortement dépendant de la théorie utilisée.

Le diagnostic en psychiatrie de l'enfant :

Si les premiers psychiatres ont cherché à reconnaître chez l'enfant les prémices d'une maladie de l'adulte, on sait maintenant que l'enfant en développement n'est pas un adulte en miniature.

Deux phénomènes interviennent dans le développement de l'enfant :

a. **un phénomène biologique** : au sens large dans lequel on ne saurait confondre :

1. le niveau maturatif : qui correspond à la maturation du système nerveux.
2. le niveau pulsionnel : la pulsion, « processus dynamique consistant dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but».
3. le niveau d'attachement : il s'agit là des liens très étroits entre le bébé et sa mère, connus depuis les travaux de John Bowlby ²⁹.

b. **Un phénomène interactionnel** : l'enfant étant un être social dès son origine. Le bébé structure autant la mère que celle-ci le structure. L'enfant ou les enfants successifs vont autant éduquer les parents que ceux-ci les éduquent. Le rééducateur ou le thérapeute est pris lui aussi dans un jeu d'identification croisée, comme l'élève qui, modifie plus ou moins l'enseignant.

À tout instant, chacun se construit et construit l'autre, et cette complexification croissante des relations dépasse considérablement la simple problématique de l'inné et de l'acquis. Dans cette complexité clinique, le clinicien étudie moins des entités séparées entrant en relation que, le résultat d'un jeu transactionnel d'ensemble où chacun, s'il est bien lui, est aussi, quelque peu l'autre ²⁸.

Une pratique transdisciplinaire :

Bernard d'Espagnat ³⁰ nous a fait remarquer récemment que « La science n'est pas une connaissance désincarnée. Ses rapports avec l'action sont bien trop étroits pour que l'on ait le droit de la concevoir de cette manière ».

Cet auteur ³¹ ajoute « Dans l'action il n'y a pas de vérité que l'on puisse qualifier d'absolue, c'est-à-dire, d'extrapoler en toute certitude d'un domaine à un autre, englobant le premier. »

Le problème ainsi posé, dépasse largement celui du diagnostic pour s'ouvrir sur le questionnement d'une pratique transdisciplinaire.

Dans cette pratique, faut-il rappeler cette observation datant de 1878 de Claude Bernard, fondateur de la Médecine Expérimentale : « les définitions sont illusoire, les conditions des choses sont tout ce que nous pouvons en connaître. Dans aucun ordre de sciences nous n'allons au-delà de cette limite » ³².

D'ailleurs, en pratique pédopsychiatrique, ceci se vérifie dans les différentes solutions institutionnalisées qui sont moins indiquées selon la catégorie nosographique que selon le moment évolutif d'une pathologie.

Le même « état » clinique pouvant nécessiter à un certain moment une hospitalisation, à d'autre un placement médico-pédagogique, à d'autre une cure ambulatoire.

Les recommandations diagnostiques :

Après une longue période où la psychopathologie a servi de référence pour poser un diagnostic d'autisme, nous sommes entrés à présent dans une époque où l'évaluation, avec ses questionnaires et tests standardisés, prend le pas sur la clinique.

Pour répondre à ces critiques et à une montée en puissance des associations de parents, un consensus s'est imposé sur la mise en place de recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, qui oblige les pédopsychiatres à suivre une démarche codifiée et met un terme à toute une longue période où ils préféraient ne pas porter de diagnostic trop lourd ou invalidant pour préserver dans la famille une ouverture au développement de l'enfant et à tous ses possibles.

Depuis l'année 2005, les recommandations sur le diagnostic ³³ de l'autisme ont fait l'objet d'un large consensus. Pierre Delion ³⁴ lui, conteste ces recommandations lorsqu'elles concernent l'enfant de moins de 3 ans. Il dit à ce propos : « Par essence, tout consensus se révèle volatile, en tout cas transitoire ».

Jusque-là, la majorité des pédopsychiatres inspirés par les théories psychodynamiques refusaient un étiquetage qui puisse fixer le destin d'un sujet. Il pouvait y avoir une sorte d'antinomie entre le diagnostic posé qui enferme le sujet dans une catégorie et le souci thérapeutique qui s'appuie sur la potentialité évolutive d'un enfant en devenir.

La démarche diagnostique est constitutive de l'acte clinique malgré sa complexité. Une complexité qui nécessite plusieurs formulations :
Une formulation à partir d'une psychopathologie, une formulation descriptive des catégories cliniques et une formulation intégrative biopsychosociale.

1.1.5 Les classifications en pédopsychiatrie

L'intérêt d'une approche classificatoire reste discuté par un certain nombre de psychiatres d'enfants qui craignent que l'attribution d'un diagnostic ait pour effet de fixer des processus pathologiques encore peu structurés.

On cite souvent, à ce sujet, les études sur l'effet « Pygmalion », décrit par Rosenthal et Jacobson ³⁵. Un biais positif ou négatif du jugement sur le comportement ou les performances d'un sujet, lorsque l'examineur possède une information préalable sur lui. On peut s'interroger par exemple sur l'influence que peut avoir le fait de présenter un élève comme « autiste » ou affecté d'un « TDHA » ou encore d'un « trouble oppositionnel » sur le jugement d'un enseignant.

En même temps, l'intérêt des classifications n'échappe cependant à personne surtout lorsqu'il s'agit de continuer à édifier un savoir. Chez l'enfant et l'adolescent, selon l'expression de R. Mises et Ph. Jeammet ³⁶ « la référence nosographique ne saurait faire opposition aux principes qui guident l'approche clinique ».

La Classification internationale des maladies

La CIM est la classification de l'OMS ³⁷. Elle a repris et développé le projet de classification universelle des maladies initié par Bertillon en 1893. Ceci explique qu'elle en est soit déjà à sa 10^e édition. La version actuelle (CIM-10) est parue en 1994.

C'est une classification qui couvre tous les domaines de la médecine : le chapitre V concerne la psychiatrie.

C'est seulement dans la CIM-9 que la psychiatrie de l'enfant a fait véritablement son entrée avec quatre chapitres :

- Les psychoses spécifiques de l'enfance.
- Les troubles de l'affectivité spécifiques de l'enfance.
- L'instabilité de l'enfance.
- Les retards spécifiques du développement.

Le DSM :

Les premières versions de la classification de l'Association psychiatrique américaine ³⁸, n'étaient que de simples nomenclatures, peu diffusées en dehors des États-Unis. Dans ses premières moutures, DSM I et II, il restait une prise en compte du sens des symptômes et du fonctionnement mental.

La publication de la 3^{ème} édition du Manuel statistique en 1980 a marqué indiscutablement un tournant dans l'histoire des classifications en présentant des descriptions apparemment expurgées de toute théorie étiopathogénique. Des critères diagnostiques explicites, une structure multiaxiale. Ces caractéristiques en faisaient un guide clair qui a été d'abord généralement reçu comme un progrès.

Les notions telles que les psychoses et l'autisme infantile ne furent plus qu'une liste de symptômes regroupés sous le générique de troubles envahissants du développement.

Marie-José Del Volgo et Roland Gori ³⁹ pensent que cette classification « uniformise les procédures de recueil des données cliniques pour contraindre les praticiens à opérer de la même manière formelle que dans les situations de recherche des laboratoires universitaires de psychologie expérimentale ».

M. Allione²⁶ dit à propos de l'autisme dans ces classifications, qu'il est devenu un vaste « fourre-tout » qui balaie très large, de l'autisme déficitaire, souvent associé à un handicap, en passant par l'autisme de Kanner et le syndrome d'Asperger, jusqu'aux autismes atypiques dont on ne sait plus bien ce qu'ils ont d'autistique !

Ce que l'on appelle actuellement le « spectre autistique » a englouti au passage la notion de psychose de l'enfant²⁶.

Jacques Hochmann⁴⁰ développe ceci en disant « On voit, dans cette évolution nosologique, le poids croissant du modèle de l'autisme infantile, d'abord sous-catégorie devenue ensuite un archétype autour duquel se placent, avec leur degré plus ou moins marqué de ressemblance, les autres troubles envahissants ».

Du coup, l'incidence de l'autisme dans la population des enfants⁴¹ a considérablement augmenté de 4 à 5 pour 10 000 en 1970 puis 20 pour 10 000 en 1994 à 65 pour 10 000 en 2006.

Certains pensent que cette évolution s'est faite aux Etats-Unis pour des raisons économiques afin de diminuer les coûts et de rationaliser les soins mais aussi pour répondre aux exigences des compagnies d'assurance et pour valider la discipline et ses pratiques auprès des usagers. La version 5 du DSM a tout de même fait l'effort d'intégrer la dimension développementale et la spécificité de la clinique infantile sans y arriver complètement.

La classification américaine est, tout de même, depuis, la principale référence des publications scientifiques internationales. Elle a manifestement influencé la 10^e édition de la classification de l'OMS, tant sur le plan de la terminologie que de sa conception d'ensemble.

Cependant, un certain nombre de cliniciens – notamment en France – gardent une position critique vis-à-vis des orientations de ces deux classifications et se reconnaissent mieux dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ⁴², classification francophone spécifique à l'enfant.

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) :

A été mise au point par une équipe réunie autour de Roger Misés. Cette classification s'appuie sur une théorie psychopathologique. Elle ne se limite pas à un enregistrement de données comportementales. Elle prend en compte l'intériorité de l'enfant et permet des hypothèses sur sa vie mentale. Elle permet aussi de repérer des organisations structurales et tient compte des liens avec l'environnement.

Elle a connu plusieurs révisions ayant notamment pour but d'améliorer sa compatibilité avec la CIM. Sa révision très récente CFTMEA 2010 marque un progrès important dans ce sens.

La classification 0-3 ans :

Est apparue en 1994 la première version d'une classification spécifique ⁴³ du très jeune enfant qui a été révisée en 2005. C'est une classification multiaxiale qui permet de classer les troubles psychologiques des enfants en âge préscolaire en prenant en considération plusieurs paramètres notamment le paramètre développemental. Elle a été construite par l'interdisciplinary council of developmental and learning disorders sous la direction de Stanley Greenspan.

Ce que pense C. Chalumeau ⁴⁴ illustre parfaitement les divergences existantes entre ce qu'on appellera les deux écoles, elle dit que le savoir psychiatrique pris dans le discours de la science souhaite pouvoir mesurer et référer le symptôme hors de la variation de sens propre à un sujet, pour des besoins de recherche et de communication. Cette logique du signe prévalent qui éjecte le sujet. « Sans nom », voudrait que l'acte diagnostique cesse de rater son référent, il voudrait qu'il le fixe, le nomme.

Ce qui est sur, c'est que devant la complexité clinique, les cliniciens, dans le champ de la psychiatrie de l'enfant, doivent apprendre à connaître les limites de validité et les avantages des différents modèles et à articuler les données issues de chacun d'entre eux.

Dans le travail que nous proposerons, nous avons choisi la classification internationale des maladies CIM10 parce que, c'est celle qui répondait le mieux aux objectifs du sujet de thèse. Un sujet qui demande plus de statistiques par catégorie diagnostique, que de finesse diagnostique. Des statistiques, qui nous permettront, non pas d'affiner un projet de soin spécifique, mais d'évaluer tout un dispositif de soins pédopsychiatriques.

1.1.6 L'Éthique en pédopsychiatrie

L'apparition de techniques médicales et biologiques nouvelles, spécialement dans le domaine de la procréation, a modifié la dimension morale de toute la médecine.

J.P Bachmann ⁴⁵ pense que l'existence de ces modifications, de ces conflits de valeurs, définit l'essence même du problème éthique, qu'il convient de distinguer de la morale et de la déontologie.

Nous retiendrons les propositions de G.Durand ⁴⁶ qui distingue ainsi l'éthique de la déontologie :

L'éthique est la science qui définit les jugements de valeurs qui qualifient les actes de bons ou mauvais. Elle est l'étude et l'analyse de la morale.

La déontologie désigne quant à elle l'ensemble des devoirs liés à l'exercice d'une profession et la recherche des exigences éthiques qui lui sont associées.

L'enfant, ses droits, dès sa conception jusqu'à sa naissance, puis dans sa croissance et son développement, la place qu'il occupera dans la société, le devenir des processus de filiation et de la parentalité sont au cœur de la plupart des problèmes éthiques.

Le pédopsychiatre occupe une place importante dans tout débat éthique car il est confronté aux problèmes d'autonomie, de liberté de l'individu tout particulièrement dans le problème de consentement des patients, de la privation de liberté et de la confidentialité.

1/ La consultation pédopsychiatrique :

La demande de consultation et de soins émane très rarement de l'enfant lui-même mais le plus souvent de ses parents à qui incombe la responsabilité d'élever, d'assurer son développement et de veiller à ce qu'il puisse bénéficier de soins adéquats.

La mise en évidence des difficultés que les parents peuvent rencontrer à assurer leurs responsabilités place régulièrement le psychiatre d'enfant dans une situation difficile.

Cette problématique est particulièrement évidente lorsque l'enfant est victime de sévices dans le cadre familial et que ces sévices sont révélés par des membres de la famille sous le sceau du secret professionnel.

Plusieurs études ont montré la réticence des professionnels de la santé mentale à signaler les cas avérés de maltraitance, malgré le devoir qui leur en incombe en fonction des lois en vigueur dans la plupart des pays ⁴⁵.

Le souci de ne pas violer le secret professionnel et de maintenir une alliance thérapeutique avec la famille, la crainte des répercussions néfastes d'un signalement sous-tendent cette attitude.

Les pressions provenant de différents milieux avec lesquels le psychiatre d'enfant est amené à collaborer – notamment l'école- sont souvent à l'origine de problèmes éthiques qui dépassent ceux de la simple confidentialité.

Un certain nombre de problèmes restent posés quant à l'utilisation de certains modèles médicaux. Le recours à des procédures diagnostiques et plus particulièrement l'utilisation de certaines entités diagnostiques suscite régulièrement des critiques en raison des effets possibles de

stigmatisation. L'utilisation de diagnostics inexacts ou inappropriés s'accompagne aussi, à long terme, de conséquences néfastes.

2/ Les choix thérapeutiques :

Le choix des modalités thérapeutiques en pédopsychiatrie comme en psychiatrie de l'adulte est pris sur la base de considérations empiriques ou théoriques.

Ce choix peut soulever un problème éthique. Face à un même symptôme, une phobie scolaire par exemple, les psychanalystes attendent du traitement une modification de l'économie intrapsychique de l'enfant, les thérapeutes de famille visent à modifier la dynamique du système familial dans laquelle s'inscrit un tel symptôme, alors que, pour les comportementalistes, l'objectif premier est le contrôle des manifestations d'angoisse.

Nous pensons, bien sur, que le choix thérapeutique peut être influencé par notre orientation théorique mais nous pensons également que c'est l'articulation de tous les paramètres en lien avec la situation qui se présente à nous qui décide du meilleur choix thérapeutique. La complémentarité des approches, lorsqu'elle est possible, au sein d'une même équipe, pourrait considérablement réduire le problème éthique du choix thérapeutique.

3/ Le consentement :

Les systèmes légaux ont longtemps estimé que les enfants et les adolescents étaient incapables de prendre d'importantes décisions quant à leur vie, et donc à la gestion de leur santé.

Mais au cours de ces dernières décennies et dans un mouvement de reconnaissance progressive des droits des enfants, de nombreux pays ont défini les droits légaux aux mineurs.

Dans notre pays, les enfants ne décident pas lorsqu'il s'agit de leur santé, ils ne sont d'ailleurs reçus en consultation pédopsychiatrique que lorsqu'ils sont accompagnés par leurs parents. Rien dans les textes actuels des droits de l'enfant ne permet aux enfants d'accepter ou de refuser un soin quel qu'il soit.

4/ La capacité de discernement chez l'enfant :

Le discernement, disposition de l'esprit à juger clairement et sainement les choses, comporte en plus de son aspect intellectuel un élément de volition : la capacité de choisir librement, en dehors de toute contrainte.

Dans le domaine du traitement médical, le sujet capable de discernement doit être en mesure de saisir la raison et les conséquences d'une intervention médicale et de ses alternatives pour donner son consentement.

Un authentique consentement de l'enfant semble impossible avant 10 ans. Entre 10 et 15 ans, une capacité à consentir doit progressivement être admise. Elle dépendra non seulement du développement de l'individu mais aussi de la nature des soins et des circonstances.

5/ La confidentialité :

Le respect du secret professionnel est un élément essentiel à toute relation thérapeutique et tous les codes d'éthique, depuis le serment d'Hippocrate, ils réaffirment son caractère fondamental et tout spécialement lorsqu'ils traitent de la spécificité de la relation entre le psychiatre et son patient.

L'interprétation de ce principe par le psychiatre d'enfants peut être très large et va dépendre d'un certain nombre de facteurs dont :

- Sa conception du droit de l'enfant à sa vie privée.
- Sa responsabilité à l'égard des parents demandeurs de soins pour leur enfant et tenant à leur droit d'être informés.
- Son appréciation du degré d'autonomie et de responsabilité de l'enfant.

La question de la confidentialité se pose avec acuité dans notre société surtout lorsqu'elle concerne la consultation pour adolescents. Nous constatons, parfois, comme un paradoxe entre l'autonomisation parfois trop précoce des enfants et une rivalité accrue envers « L'autre personne » qu'investira l'enfant. Le lien privilégié que cet enfant est susceptible de nouer au cours d'une consultation peut mettre les parents dans une situation d'échec, pouvant entraver le processus thérapeutique. Une sorte de contrat est souvent établi dans notre pratique avec l'adolescent et sa famille. Ce contrat vise à protéger cette confidentialité et d'en faire une sorte d'alliée thérapeutique.

1.1.7 La recherche épidémiologique en pédopsychiatrie

Olliac et col pensent que la recherche épidémiologique en pédopsychiatrie est ralentie par deux particularités qui la distinguent de la plupart des autres spécialités médicale ⁴⁷. La pauvreté de la mesure et la difficulté à définir ce qu'est un « cas pathologique » en santé mentale de l'enfant.

Les définitions varient et peuvent avoir des significations très larges selon Mille et col ⁴⁸. Ceci expliquerait l'extrême disparité des chiffres de prévalence retrouvés dans la littérature.

Lebovici dit, qu'en ce qui concerne l'enfant, la recherche et les hypothèses à vérifier doivent tenir compte d'autres facteurs que les facteurs neurobiologiques ⁴⁹.

L'enfant vit dans une famille qui a sa place dans une culture ; les communications qui s'y déroulent en instituent le système et l'histoire transmise ⁴⁹.

La biographie devient alors une histoire tissée d'événements qui ont dans une certaine mesure la propriété de donner un sens au comportement, même s'ils ne prennent leur signification qu'après coup.

Tursz nous rappelle que les premiers travaux dans le champ de la psychopathologie ont débuté avec des études menées dans les années 1960 dont les avancées méthodologiques ont été reprises dans les recherches ultérieures ⁵⁰.

Les protocoles ont depuis reposé sur :

1. L'investigation des troubles psychiatriques par des moyens d'évaluation standardisés.
2. L'utilisation de plusieurs sources d'informations : enfants, parents, enseignants.
3. Le choix d'une définition diagnostique reposant à la fois sur la présence de symptômes et sur une diminution de l'adaptation avec un retentissement sur le fonctionnement psychologique et social de l'enfant.

L'étude descriptive constitue une approche particulièrement adaptée lorsqu'un thème n'a été que peu exploré par des travaux scientifiques. Ce type d'étude ouvre la voie à des travaux destinés à explorer plus avant le sujet ⁵¹.

L'épidémiologie descriptive impose la description du phénomène de santé, l'analyse causale correspond à l'épidémiologie analytique. Ces deux aspects sont complémentaires. Si l'étude analytique tire sa finalité dans la recherche étiologiques permettant ensuite de définir les grands axes de la prévention, elle ne peut se passer des informations données par l'étude descriptive, qui, seule, permet d'appréhender l'importance numérique du phénomène étudié.

Que ce soit en épidémiologie descriptive ou en épidémiologie analytique, l'enquête représente l'outil méthodologique de choix.

L'épidémiologie descriptive a pour but d'étudier la répartition des phénomènes morbides dans les populations et leur variation dans le temps, grâce à une quantification qui utilise les statistiques présentées sous forme de tableaux, d'histogrammes et de courbes.

Le fondement de l'épidémiologie descriptive est donc le recueil des informations, soit passif, soit actif, au cours d'enquêtes exhaustives systématiques qui donnent une appréciation plus réelle du phénomène étudié.

Choquet affirme que l'étude descriptive permet de mettre en place une politique de santé cohérente après détermination des priorités, elle permet également de juger les résultats de cette politique ⁵².

Les aspects organisationnels du sujet qu'on a choisi d'aborder exigent une étude descriptive et analytique selon une méthodologie quantitative.

Chapitre 1

1.2 Les appuis pour l'organisation et la planification.

1.2.1 La Politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

L'OMS : « Les enfants sont notre avenir. Des politiques et plans bien conçus permettent aux gouvernements de promouvoir la santé mentale des enfants dans l'intérêt des familles, de la communauté et de la société tout entière » ⁵³.

Dans les guides des politiques de santé mis en place par l'organisation mondiale de la santé on retrouve la politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Une politique qui ne peut se déployer sans le préalable d'une bonne connaissance du contexte de la santé mentale de l'enfant.

1/ Le contexte de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent :

Les enfants et les adolescents qui sont en bonne santé mentale peuvent se procurer et maintenir un bien être et un comportement social et psychologique optimums.

En plus des raisons d'ordre épidémiologique qui affirment que Les enfants et les adolescents ont un taux de prévalence de troubles mentaux variant de 10 à 35 %, il existe trois raisons fondamentales qui justifient la mise sur pied d'interventions efficaces pour les enfants et les adolescents :

- o Etant donné que les troubles mentaux apparaissent à un certain stade de développement de l'enfant et de l'adolescent, les programmes de dépistage et les interventions relatives à ces troubles peuvent être menés pendant la période où ils risquent s'apparaître.

- o Etant donné qu'il existe un degré élevé de continuité entre les troubles de l'enfant et de l'adolescent et ceux de l'adulte. Une intervention précoce pourrait prévenir ou réduire la probabilité d'un handicap durable.
- o Des interventions efficaces réduisent le poids des troubles mentaux pour l'individu et la famille et amoindrissent les couts que supporte le système de santé.

La santé mentale des enfants et des adolescents peut subir l'influence d'un certain nombre de facteurs :

- o Les facteurs de risque : Augmentent la probabilité de l'apparition des problèmes de santé mentale.
- o Les facteurs de protection : Atténuent les effets de l'exposition aux risques.

Les politiques, les plans et les interventions spécifiques devraient être conçus de manière à réduire les facteurs de risque et à favoriser les facteurs de protection.

2/ L'élaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent :

L'élaboration d'une politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent susceptible doit faire partie intégrante d'une politique globale de santé, d'une politique de la santé de l'enfant et de l'adolescent ou d'une politique de santé mentale.

Il est impératif d'identifier des étapes :

1. Collecter les informations et les données nécessaires à l'élaboration de la politique définissant :

- La prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents.
- Les besoins intimement liés aux stades de leur développement.
- Les ressources financières et humaines disponibles.
- Une organisation effective de la prise en charge.
- Les attitudes des professionnels de la santé dans le cadre de la résolution des problèmes de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

2. Rassembler les faits observés en vue de l'élaboration d'une stratégie efficace :

Lors de l'évaluation des projets pilotes et des études publiées au niveau international, il est important de faire la différence entre :

- L'efficacité : la capacité d'une intervention à produire un effet désiré dans un cadre très règlementé.
- L'efficience : la capacité d'une intervention à produire un effet désiré dans un cadre plus large, mais règlementé.

Les résultats d'une étude menée sur un groupe de population bien défini dans un cadre très règlementé ne se reproduisent pas automatiquement dans les conditions naturelles. La prudence est requise lorsqu'il s'agit d'appliquer les résultats d'une étude sur une population différente.

3. Engager les consultations et les négociations :

- L'écologie sociale de l'enfant et de l'adolescent est faite de telle sorte que les intérêts et les besoins soient satisfaits dans plusieurs structures.
- Un processus de consultation peut accroître l'adhésion des principaux partenaires.
- La participation dans un processus d'élaboration de la politique pourrait donner aux parties prenantes une meilleure idée des contributions potentielles de leur secteur à la santé mentale des enfants et de l'adolescent.

Sont les trois raisons qui justifient la nécessité de consulter les autres partenaires.

4. Contacter d'autres pays :

Les consultations internationales peuvent apporter une contribution importante à l'élaboration de la politique, notamment lorsque les consultants ont des données d'expérience sur plusieurs autres pays qui ont des similitudes en ce qui concerne le niveau de développement économique.

5. Définir une vision globale, des valeurs, des principes et des objectifs de la politique :

Au cours de cette étape, les décideurs élaborent l'essentiel de la politique en se servant des données collectées pendant les quatre premières étapes.

6. Désigner les domaines d'action :

Pour élaborer une politique relative à la santé mentale des enfants et des adolescents, les décideurs doivent coordonner les actions dans plusieurs domaines afin d'optimiser l'impact de toute politique de santé mentale.

Ces domaines sont les suivants :

- Financement.
- Organisation des services.
- Promotion, prévention, traitement et réhabilitation.
- Collaboration intersectorielle.
- Plaidoyer ou campagnes de sensibilisation.
- Législation et droits humains.
- Ressources humaines et formation.
- Amélioration de la qualité.
- Système d'information.
- Recherche et évaluation des politiques et des services.

7. Identifier les principaux rôles et responsabilités des différents secteurs et partenaires :

Il est essentiel que toutes les parties prenantes et tous les secteurs soient conscients de leurs responsabilités. Tous ceux qui ont participé au processus de consultation pourraient être pris en compte.

Nous avons choisi dans l'étude que nous proposerons, de suivre un cheminement qui adopte les grandes lignes de ce raisonnement.

1.2.3 Le droit des enfants dans le domaine de la santé en Algérie.

Dans le but de compléter cette partie avec une vision juridique sur le droit des enfants en Algérie, nous sommes allés voir dans les textes de loi sanitaire, ce qui leur est consacré.

La loi du 23 octobre 1976 a été largement discutée, critiquée et comparée par A.Bakiri dans un travail intitulé « La loi algérienne de santé mentale »⁵⁴. C'est dans la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection de la santé⁵⁵ qu'on retrouve les textes en lien avec le soin des enfants.

Dans cette dernière loi, on ne retrouve pas d'orientation en lien avec les structures de santé dédiées à la prise en charge des enfants en souffrance mentale en dehors du soin ambulatoire. Un avant projet de loi est actuellement soumis au débat à l'assemblée populaire nationale.

Les règles qui constituent le droit de l'enfant sont inscrites dans plusieurs codes, code civil, code pénal, code de la famille.

Il est mis en application par différents magistrats notamment le juge des enfants. Le droit de l'enfant a une vocation interne, mais ne peut ignorer le droit international. Il se développe en même temps que d'autres structures sociales ou médicales également chargées de la protection de l'enfant.

Une autre vision des droits de l'enfant est véhiculée par la convention internationale des droits de l'enfant⁵⁶, l'enfant est désormais pensé comme un sujet, une personne dotée de liberté.

La convention des droits de l'enfant dite convention de New York oblige les états signataires à prendre des dispositions afin de rendre effective les règles fixées par son texte, plus généralement les états doivent adapter leurs législations pour intégrer dans leur droits les normes fixées dans le texte international.

Cette convention n'était pas le premier texte international proclamant les droits de l'enfant, une première déclaration fut approuvée en 1924 par la société des nations. Les nations unies avaient adopté une déclaration des droits de l'enfant en 1959. Mais ces documents n'étaient que des affirmations de principes qui n'avaient aucune force obligatoire pour les états, d'autant que leur écho fut très faible.

L'Algérie a ratifié cette convention le 19 décembre 1992, et elle est entrée en vigueur le 16 mai 1993, au niveau régional l'Algérie a publié le 8 juillet 2003 au journal officiel n°41 le décret présidentiel ⁵⁷ n° 03242 portant ratification de la charte africaine des droits et du bien être de l'enfant africain, la charte reconnaît la position unique et privilégiée qu'occupe l'enfant dans la société avec d'importantes responsabilités au sein de la famille, un droit accordé à l'enfant signifie un devoir correspondant s'inscrivant ainsi dans les principes de la convention des droits de l'enfant.

Concernant le secteur sanitaire, l'Algérie s'est engagée entre autre à diminuer le taux de mortalité des enfants, concernant le secteur éducatif elle s'est engagée à installer des cantines, à implanter des bibliothèques au niveau des établissements, à réaliser des équipements sportifs et à promouvoir et équiper des structures et des unités de médecine scolaire.

Concernant le secteur social elle comptait stimuler la création de jardins d'enfants privés, développer le système de prise en charge des handicapés physiques et mentaux et renforcer le filet social.

Deux articles de la Convention Internationale ⁵⁶ des Droits de l'Enfant sont relatifs à la santé de l'enfant:

1. L'article 6, alinéa 2 : « Les états parties assurent dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant ».
2. L'article 27 reconnaît « le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation ».

En Algérie, la protection de la santé de l'enfant est assurée par des dispositions de trois ordres:

1. Mesures de protection maternelle et infantile.
2. Protection sanitaire notamment en milieu éducatif.
3. Des mesures destinées aux enfants handicapés.

1. Les mesures de protection maternelle et infantile :

Des mesures destinées à consolider la promotion et la protection de la mère, du foetus et du nouveau-né :

- En assurant une meilleure sécurité néonatale et périnatale.
- En renforçant la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. la morbidité et les handicaps.
- En améliorant les conditions de suivi de la grossesse, particulièrement les grossesses à risques, des conditions de prise en charge médicale du nouveau-né.
- En consolidant le lien mère enfant à travers la promotion de l'allaitement maternel.

2. Protection sanitaire notamment en milieu éducatif :

Les centres de protection assurent des consultations et des actes de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans.

Aussi l'exigence de soumettre des enfants à un certain nombre d'examens médicaux. Chaque enfant est muni d'un carnet de santé délivré gratuitement sur lequel sont consignés toutes les indications relatives à la santé en particulier les examens médicaux périodiques et les vaccinations.

La protection en âge scolaire ou en milieu scolaire est aussi un élément fondamental de la promotion de la santé de la population dans son ensemble, elle s'adresse à plus du quart de cette population.

Elle vise à la prise en charge des élèves dans le milieu éducatif, afin d'assurer à cet élève un développement harmonieux physique, et mental, intellectuel et social. Cette protection qui se fait par un control de l'état de santé de chaque élève notamment par le carnet de santé scolaire.

3. Des mesures destinées aux enfants handicapés :

« L'enfant handicapé est un enfant entrant dans la vie ou acquérant au cour de son développement un retard par rapport aux enfants normaux du même âge que lui».

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant ne fait pas de distinction de principe entre les enfants quel que soit leur état mental ou physique, mais elle reconnaît que l'enfant handicapé doit bénéficier de dispositifs spéciaux de formation appropriés à son état.

L'Algérie a développé une politique d'intégration en faveur des enfants handicapés. Une politique en vue de repérer les enfants handicapés et leur assurer un traitement, une éducation et un emploi compatible avec leur état de santé.

Le code de la santé a clairement affirmé que tout enfant atteint d'un trouble du comportement, d'une infirmité motrice ou sensorielle ou d'une déficience mentale a droit à sa réhabilitation et à sa réinsertion sociale, et pour leur permettre d'exercer ce droit le code a préconisé la création de centres médico-pédagogique et de centres d'enseignement spécialisés pour les prendre en charge sur le plan du traitement.

Parallèlement à cela un dispositif favorisant l'intégration scolaire des enfants handicapés présentant un léger handicap est mis en place.

M.Djennad dans un mémoire intitulé « Les droits de l'enfant en Algérie »⁵⁸ affirme la conformité du droit algérien à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant. Une conformité qui apparaît à travers plusieurs textes législatifs et de l'intérêt accordé par l'Algérie à l'enfance.

Ces droits n'ont pas encore atteint un degré d'autonomie permettant de créer un code de l'enfance au même titre que les autres codes.

Cependant, un décret récent datant du 19 décembre 2016 fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'organe national de la protection et de la promotion de l'enfance. Il est question dans l'article 18 de ce décret des missions de cet organe, notamment celle de la santé de l'enfant⁵⁹.

1.2.3 Etat des lieux de la pédopsychiatrie en Algérie

Pour avoir un aperçu sur l'état des lieux de la pédopsychiatrie en Algérie, nous nous baserons sur les informations recueillies et transmises par le comité national intersectoriel de l'autisme ⁶⁰ CNIA, lors de la célébration de la journée mondiale de sensibilisation à l'Autisme au palais de la culture, à Alger le 2 avril 2017.

Le ministère de la santé et de la réforme hospitalière : (premier semestre 2016)

Les lieux de prise en charge :

- Il existe 17 services et deux unités de pédopsychiatrie sur tout le territoire nationale.
- Il existe des consultations d'orthophonie et de psychologie dans les établissements de proximité de santé publique.
- Le secteur privé est également actif, surtout les cabinets de pédiatrie.

Les intervenants sont multiples :

- Praticiens médicaux : Pédopsychiatres, Psychiatres, Pédiatres, Spécialistes en néonatalogie, ORL, Neurologues, Médecins généralistes des centres de Protection Maternelle Infantile.
- Psychologues et orthophonistes.
- Sages femmes, paramédicaux et puéricultrices.

Le nombre d'enfants autistes pris en charge : (Premier semestre 2016)

Près de 4000 enfants sont suivis au niveau des services de pédopsychiatrie dont 20% sont âgés de moins de 3 ans.

Le ministère de la solidarité : (Année scolaire 2016-2017).

Les lieux de prise en charge : 117 Etablissements d'éducation et d'enseignement spécialisés pour enfants handicapés à travers de tout le territoire national (Au moins un par Wilaya, 10 wilayas disposent d'un seul centre). Le nombre d'enfants autistes pris en charge : 1702 enfants.

Le ministère de l'éducation nationale : (Année scolaire 2016-2017) : Le nombre d'enfants autistes scolarisés : 2352 enfants.

Les associations : (premier semestre 2016)

Seulement 16 associations parmi les 30 touchées par le CNIA ont transmis leurs chiffres.

La moitié des associations ont des intervenants recrutés dans le cadre du pré-emploi.

Le nombre d'enfants autistes pris en charge d'après les chiffres transmis est :

- Plus de 253 nouveaux cas reçus.
- Plus de 700 enfants pris en charge.
- Plus de 800 enfants sur liste d'attente.

L'Algérie se dote d'un plan national de promotion de la santé mentale ou le développement des programmes de santé mentale est adapté à tous les âges de la vie y compris pour les populations vulnérables notamment les enfants. Ce plan se présente sous forme d'axes qui portent sur le renforcement du cadre réglementaire ; l'approche de santé de proximité, la formation et la recherche en santé mentale, l'implication de tous les acteurs du domaine, la mise en place d'un système d'information et de communication en santé mentale.

Chapitre 2 :

Le protocole d'étude

2.1 La problématique

La pédopsychiatrie est une discipline qui évolue depuis une vingtaine d'années dans notre pays mais qui a encore beaucoup de mal à trouver sa place et à s'inscrire dans un projet.

Les besoins en consultation spécialisée connaissent une augmentation considérable et le décalage entre l'ampleur de ces besoins et les dispositifs proposés est de plus en plus prononcé.

Les quelques services de pédopsychiatrie ainsi que les structures médicopédagogiques qui interviennent dans ce domaine sont submergés par une demande à laquelle ils ne peuvent pas toujours répondre faute de places disponibles, de personnels qualifiés, de moyens et d'espaces adaptés.

L'intérêt qu'a la société pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ne cesse de croître, les usagers demandent avec beaucoup plus de facilité et beaucoup moins de réserve « une consultation pédopsychiatrique ».

Un pas géant a été fait il y'a trois ans, celui de la création de la spécialité, la reconnaissant ainsi comme spécialité individualisée et indispensable. Après la création et la reconnaissance de la discipline, il faut mettre en place un système de soin cohérent adapté au contexte et conforme aux besoins, et aux recommandations internationales.

Il s'agit d'une spécialité à cheval entre la psychiatrie générale et la pédiatrie, faisant intervenir des praticiens de disciplines diverses et complémentaires, prenant en considération l'enfant, sa famille et son environnement. Tous ces paramètres font de la pédopsychiatrie une discipline complexe exigeant une continuelle réflexion.

Une réflexion qui doit certes prendre en considération les différents acteurs impliqués dans la prise en charge mais qui doit également poser les problèmes rencontrés en pratique courante notamment :

- Les insuffisances de coordination entre les différents secteurs impliqués.
- La quasi inexistence d'une législation régissant les problèmes de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Pour réfléchir un projet de manière à répondre aux besoins de la population dans un secteur, il nous semble important de partir d'une pratique. Celle de la consultation pédopsychiatrique de l'EHS Frantz Fanon à Blida qui dessert plusieurs Wilayas et qui accueille une population très hétérogène.

2.2 Les objectifs

L'objectif primaire :

Examiner et évaluer l'activité d'une consultation pédopsychiatrique sur la période d'une année en terme de pathologies et de population rencontrées.

Les objectifs secondaires :

- 1/ Evaluer la demande de soins au niveau d'une consultation pédopsychiatrique.
- 2/ Décrire l'offre de soins en prenant en considération des indicateurs qualitatifs et quantitatifs.
- 3/ Identifier les insuffisances.
- 4/ Proposer des recommandations après avoir évalué s'il y a nécessité de créer des dispositifs de soins spécifiques à l'âge.

2.3 Méthodologie

1/ Le cadre :

➤ Le cadre général :

Notre étude s'effectuera à Blida, une wilaya d'une superficie de 1479 Km² située au nord de l'Algérie, au sud ouest d'Alger. On l'appelle « La ville des roses » car elle est positionnée dans la verdoyante Mitidja. La découverte de quelques ruines au cours du forage d'un puits à Montpensier (Benboulaid) prouve son existence à l'époque romaine.

La wilaya de Blida compte environ 1 million d'habitants et sa population représente aussi bien la population urbaine que la population rurale.

➤ Le cadre de l'étude :

L'Etude s'est déroulée au sein du service de pédopsychiatrie de Blida dirigé par le Pr N.Metahri. Il est situé au sein de l'hôpital psychiatrique de Frantz Fanon.

Ce service a vu le jour en 1991, il est considéré comme l'un des plus anciens services de pédopsychiatrie du pays.

C'est un service qui est composé de deux unités : Une unité de consultation et une unité pour l'hospitalisation de jour. Notre étude se déroulera plus précisément au niveau de l'unité de consultation.

Le service dans lequel nous avons effectué notre étude est dédié aux soins psychiques de l'enfant et de l'adolescent. L'unité de l'hôpital de jour accueille les patients qui présentent des troubles envahissants du développement. Ils y sont reçus du matin de 8h30 jusqu'à 15 h. L'enceinte de cette unité comprend une salle de réunion, deux salles de psychomotricité, deux grandes salles de travail de groupe, une salle de conte, une salle d'entretien avec les parents et une salle de travaux manuels, une salle d'eau, une cuisine et un réfectoire.

L'unité de consultation accueille les enfants et les adolescents de 1 à 16 ans, de 8h30 à 16h pour tout type de motifs de consultation.

Les demandes de consultation peuvent nous parvenir directement des familles comme elles peuvent nous parvenir de plusieurs autres sources notamment du secteur médical, du secteur de l'éducation et de la justice.

L'enceinte de la consultation est composée d'une grande salle d'attente, d'un secrétariat, d'un petit bureau pour l'ouverture des dossiers, d'une salle d'archives et de cinq bureaux de consultation.

La consultation est animée par une équipe composée de 5 psychiatres, 5 psychologues cliniciennes, 5 orthophonistes, une surveillante médicale, une assistante sociale, une secrétaire et une agente de salles.

La consultation s'est fixée pour objectif d'accomplir quatre missions principales :

- La mission de l'accueil du patient suivant une procédure établit par la consultation.
- La mission du suivi du patient qui peut être pédopsychiatrique et/ou psychologique et/ou orthophonique.

- La mission de la gestion des situations d'urgence : L'enfant peut être reçu immédiatement ou après la réunion hebdomadaire de la consultation. Réunion durant laquelle seront programmés les patients en fonction des demandes et des courriers d'orientation de la semaine.
- La mission de l'évaluation du patient qui peut être psychologique ou orthophonique et qui se fait à la demande du thérapeute référent.

2/ La population d'étude :

La population ciblée a été définie par des critères :

➤ **Les critères d'inclusion** : Sont inclus dans cette étude :

- Les patients âgés de 1 à 16 ans qui ont consulté pour la première fois entre janvier 2014 et décembre 2014.
- Les patients qui ont ultérieurement rompu le suivi ont été inclus dans l'étude.

➤ **Les critères d'exclusion** : Sont exclus de cette étude :

Les patients dont l'âge est supérieur à 16 ans conformément aux critères d'âge établis par la consultation.

➤ **La taille de l'échantillon :**

Le nombre total des enfants reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida, de 1 à 16 ans, du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014 pour tous les motifs de consultation est de 704 patients.

3/ Le type d'étude :

Il s'agira d'une étude prospective d'une année, descriptive et analytique, utilisant une approche essentiellement quantitative formulée en terme de fréquence et de pourcentage.

4/ Le questionnaire page 284 :

La conception du questionnaire a été inspirée d'un premier canevas déjà proposé par le service. Les enfants définissant notre échantillon ont été reçus par tous les professionnels de la consultation sur la base du dossier médical préétabli par le service.

La majorité des données concernant le développement et la biographie des enfants ont été retrouvés sur les dossiers médicaux.

Toutes les informations intéressant l'étude ont été transcrites sur le questionnaire.

Le choix des paramètres du questionnaire est le résultat d'une réflexion partagée avec les membres de l'équipe aboutissant à un compromis entre l'exhaustivité et la faisabilité.

Nous avons choisi d'arrêter quatre rubriques :

- La première rubrique est destinée à examiner le volet des données sociodémographiques, cliniques et diagnostiques de l'enfant et à analyser le type de demande formulée. Cette rubrique contiendra le sexe de l'enfant et la tranche d'âge à laquelle il appartient. Nous avons décidé de ramasser les enfants selon des tranches d'âge à cause des préoccupations distinctes que nous avons pour chaque tranche d'âge choisie. Nous avons ensuite examiné le type de demande formulée par les usagers : Est ce une demande d'avis ? De diagnostic ? De prise en charge ? De certificat médical ? ou d'Expertise ? Ce paramètre sera suivi par l'examen du motif de consultation. Les motifs énoncés seront regroupés en catégories de motifs. Le même patient pouvant consulter pour différents motifs appartenant à des catégories différentes. Les pathologies et la notion de souffrance néonatale associées au trouble psychiatrique seront également répertoriées. Tout type de retard dans le développement sera noté. Le diagnostic selon la classification CIM 10 sera porté sur tous les questionnaires
- La deuxième rubrique est destinée tout d'abord à recueillir des informations sur le secteur desservi par la consultation, de ce qui a été proposé au patient en consultation et sur ce qui lui a été proposé à l'extérieur de l'hôpital afin de mettre en relief tous les acteurs en lien avec la consultation pédopsychiatrique. Quelle est la wilaya de résidence du patient ? Fait elle partie du secteur desservi par la consultation ? Combien de temps l'enfant a t il attendu avant d'obtenir un RDV ?

Quel est le professionnel qui a reçu l'enfant ? A t-il été reçu dans l'urgence ou sur rendez vous ? Par qui était-il suivi à l'extérieur ? Qui l'a orienté ?

Si il a été orienté par un spécialiste, quelle est sa spécialité ? Dans quel secteur travaille ce spécialiste ? Vers qui a t-il été orienté après son passage au niveau de notre consultation ?

- La troisième rubrique est destinée à examiner le volet familial, scolaire et environnemental de l'enfant. C'est dans cette rubrique que sont examinées les conditions socio-économiques de la famille, la consanguinité des parents, le divorce, le décès d'un parent, l'adoption, le nombre d'enfants dans la fratrie, les événements traumatiques, la scolarité des enfants et le lieu où sont gardés les enfants lorsqu'ils ne sont pas scolarisés.
- La quatrième rubrique est destinée à examiner le volet de la prise en charge proposée. Cette rubrique examinera trois modalités de prise en charge à savoir l'évaluation, le suivi et l'orientation. Dans chaque modalité, se déclineront plusieurs types d'évaluation, de suivi et d'orientation.

Ce questionnaire a totalisé dans un premier temps 42 items qui seront révisés après la pré enquête.

6/ La pré enquête :

- Une pré enquête a été établie sur une trentaine de patients afin de :
 - Tester la faisabilité de l'étude.
 - Apprécier le contenu du questionnaire.
 - Déterminer le temps qu'il fallait pour compléter chaque questionnaire.

- Après la pré enquête, nous avons décidé de :
 - Réduire le nombre d'items, certains d'entre eux ne répondaient pas aux objectifs directs de l'étude. Nous avons choisi de rechercher 36 items sur le nouveau questionnaire et de n'exposer dans ce travail que ceux qui répondront à nos objectifs. Nous mettrons les autres à la disposition des chercheurs qui voudront approfondir certaines questions [Questionnaire à la page 284](#) .
 - Dans le but d'être plus exhaustif, nous avons décidé d'augmenter la taille de l'échantillon en supprimant un des critères d'exclusion pour faire une évaluation exhaustive de la consultation.

5/ les moyens :

Les moyens humains :

- La totalité de l'équipe de la consultation pédopsychiatrique.
- Un spécialiste en épidémiologie.

Les moyens matériels :

- Consommable :
 - Papier pour la conception des questionnaires.
 - Cartouches d'encre pour l'imprimante.
- Non consommable :
 - Ordinateur.
 - Imprimante.
 - Photocopieuse.
 - Logiciel statistique EPI INFO 6.

Chapitre 3:

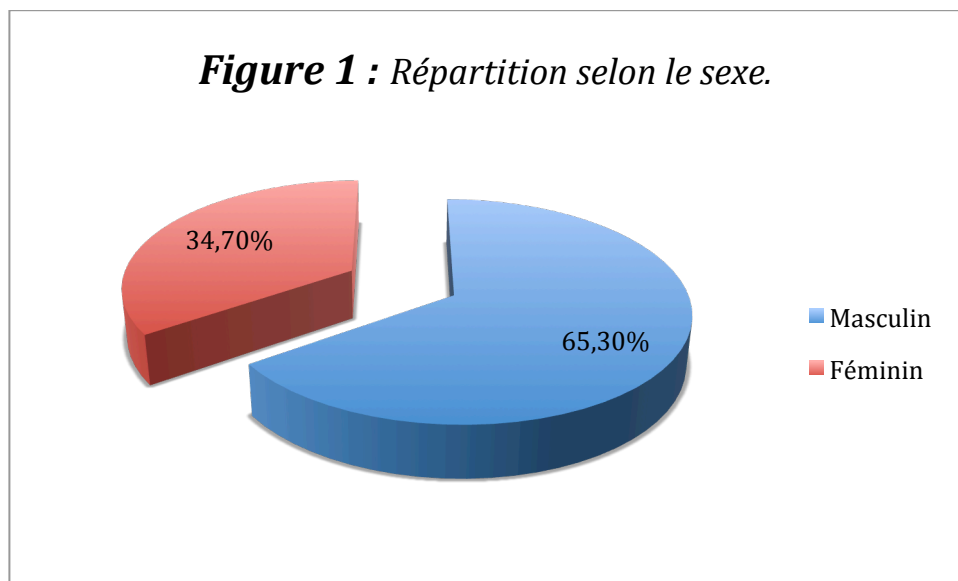
Les résultats

Les résultats seront répartis en fonction des objectifs à atteindre, sur 4 chapitres :

- Evaluation de l'activité d'une consultation pédopsychiatrique.
- L'offre de soins.
- La petite enfance.
- L'adolescence.

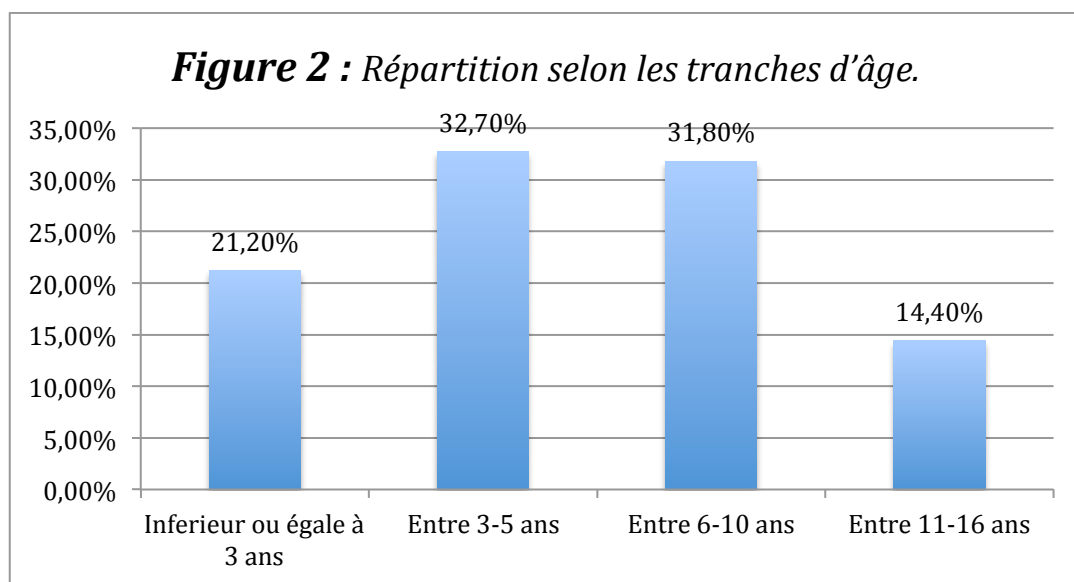
3.1 Evaluation de l'activité d'une consultation pédopsychiatrique :

3.1.1 Répartition selon le sexe des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 : (n=704)



Sur un échantillon de 704 enfants reçus en consultation pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014. On constate que 65.3% sont de sexe masculin et que 34.7% sont de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,88.

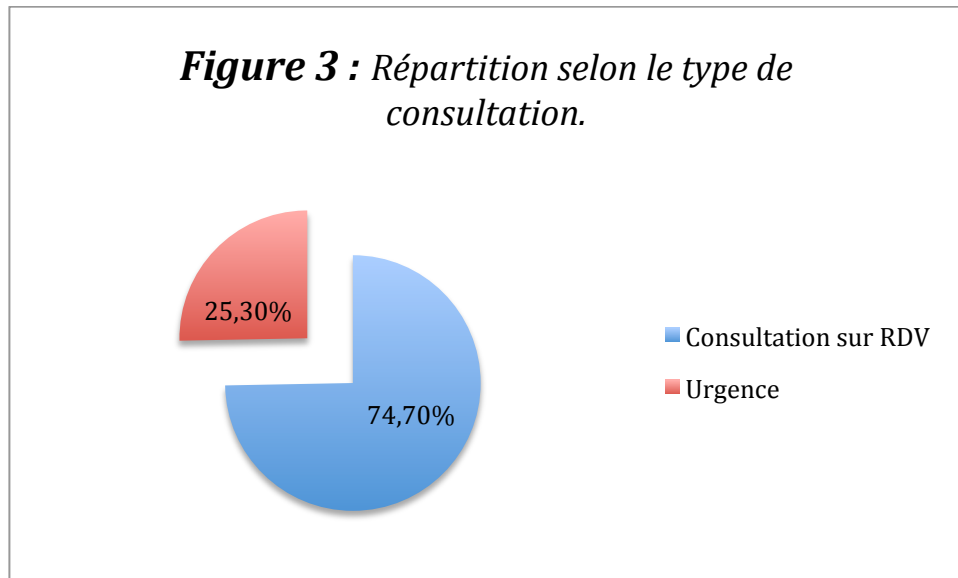
3.1.2 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de l'âge : (n=704)



La tranche d'âge la plus représentée sur les 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 est celle des enfants dont l'âge se situe entre 3 à 5 ans à hauteur de 32,7 %. Cette tranche d'âge est immédiatement suivie par celle des enfants dont l'âge se situe entre 6 et 10 ans qui représente 31,8 de l'échantillon. La tranche d'âge des enfants dont l'âge est inférieur à 3 ans apparaît en troisième position avec un pourcentage de 21,2 % suivie de la tranche d'âge des adolescents à hauteur de 14,4 %.

La moyenne d'âge est calculée autour de 6,2 ans.

3.1.3 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon le type de consultation dont ils ont bénéficié : (n=704)



74,7 % des 704 patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont été programmés sur rendez vous et 25,3 % ont été reçus dans l'urgence.

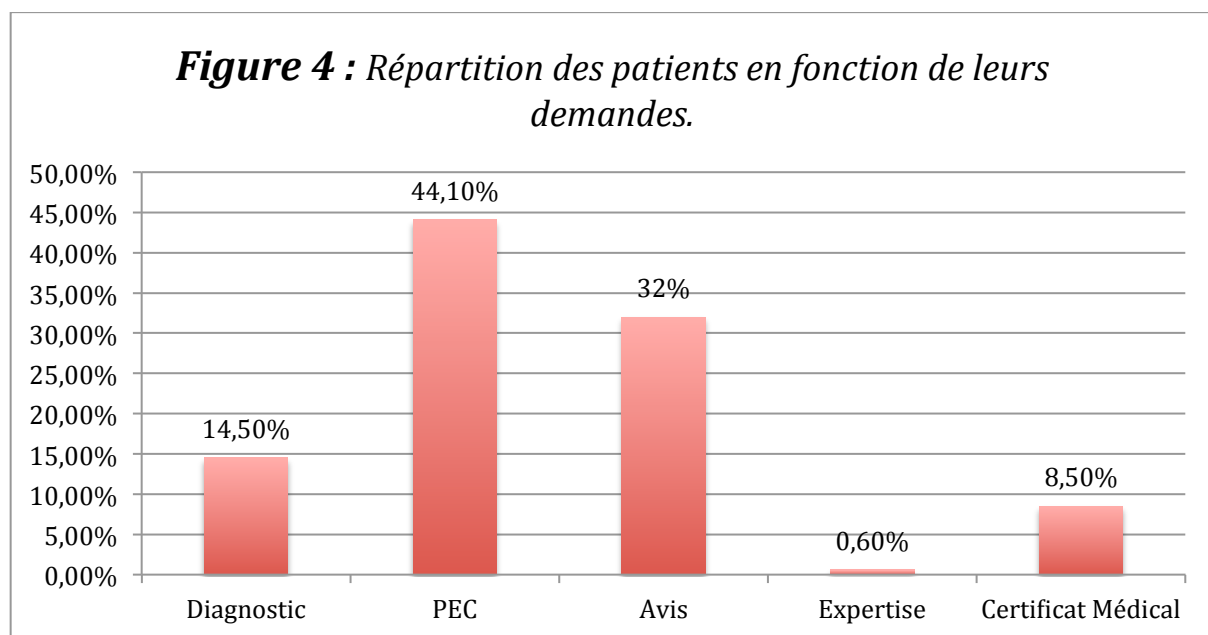
**3.1.4 Répartition des patients reçus en consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en
fonction de leur âge et du type de consultation dont ils ont bénéficié :**
(n=704)

Tableau 1 :

Type de consultation en fonction de l'âge	Inférieur à 3 ans	De 3 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 16 ans	Total
Consultation sur RDV	136	191	154	45	526
Urgence	13	39	70	56	178
Total	149	230	224	101	704

Quelque soit la tranche d'âge des enfants reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014, la consultation sur rendez vous est plus importante que la consultation dans l'urgence. Cette donnée s'inverse pour les enfants dont l'âge se situe entre 11 et 16 ans qui eux consultent plus dans l'urgence que sur programmation.

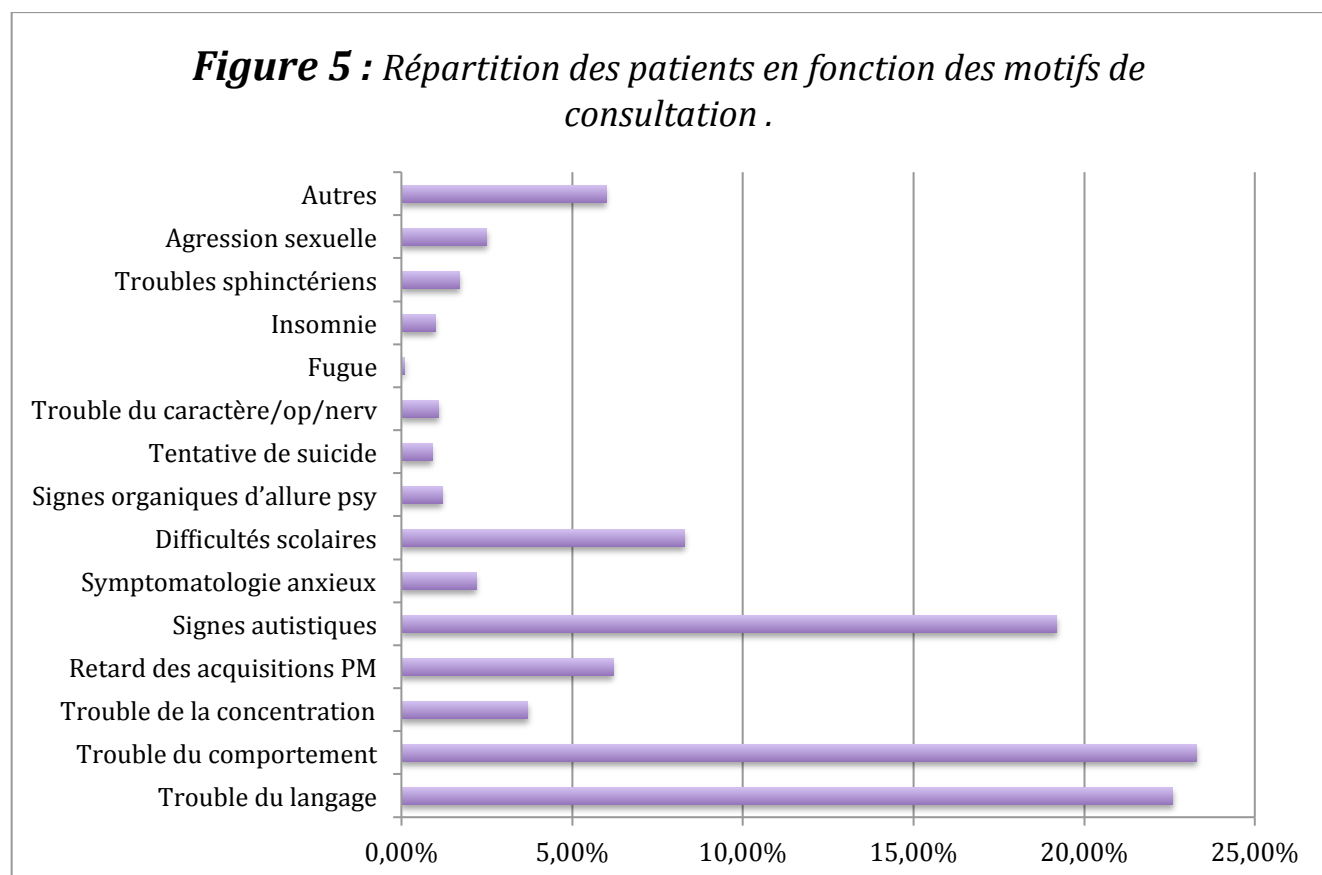
3.1.5 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de la demande :(n=886)



Sur 704 patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014, nous avons répertorié 886 demandes. Ceci, en prenant en considération le fait qu'on puisse avoir pour le même patient plusieurs types de demandes.

44,1% des usagers demandent une prise en charge, 32% d'entre eux demandent un avis. Pour 14,5% des patients un diagnostic est demandé et pour 8,5% d'entre eux un certificat médical est demandé. L'expertise n'a été demandée que dans 0,6% des cas.

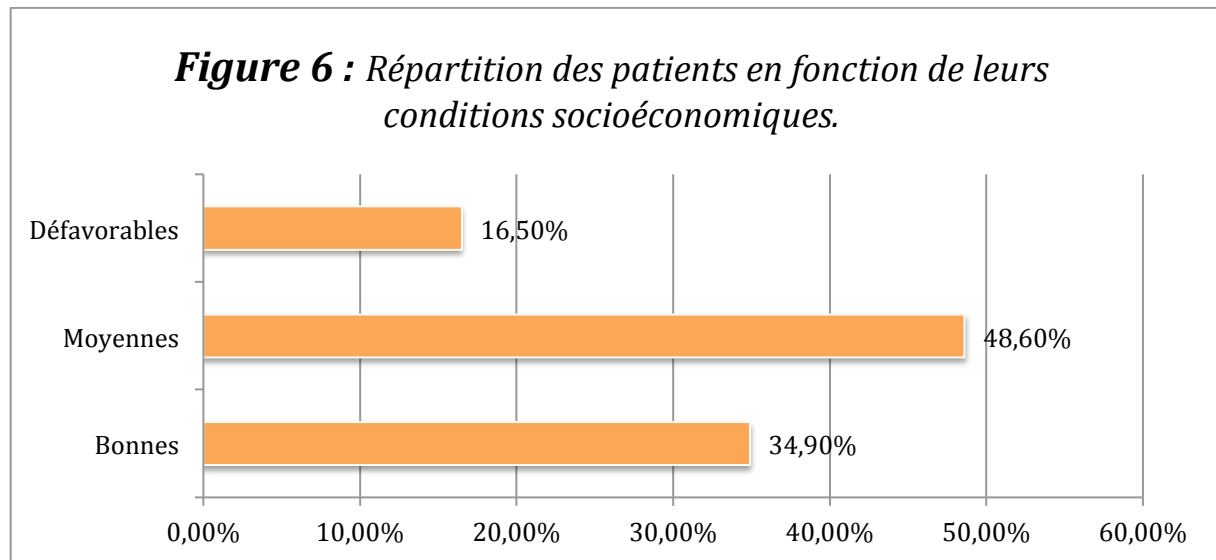
3.1.6 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction des motifs de consultations : (n=1039)



Sur les 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014, nous avons répertorié 1039 motifs énoncés. Pour chaque patient, il peut y avoir un ou plusieurs motifs de consultation. Nous avons choisi de regrouper certains d'entre eux dans des catégories.

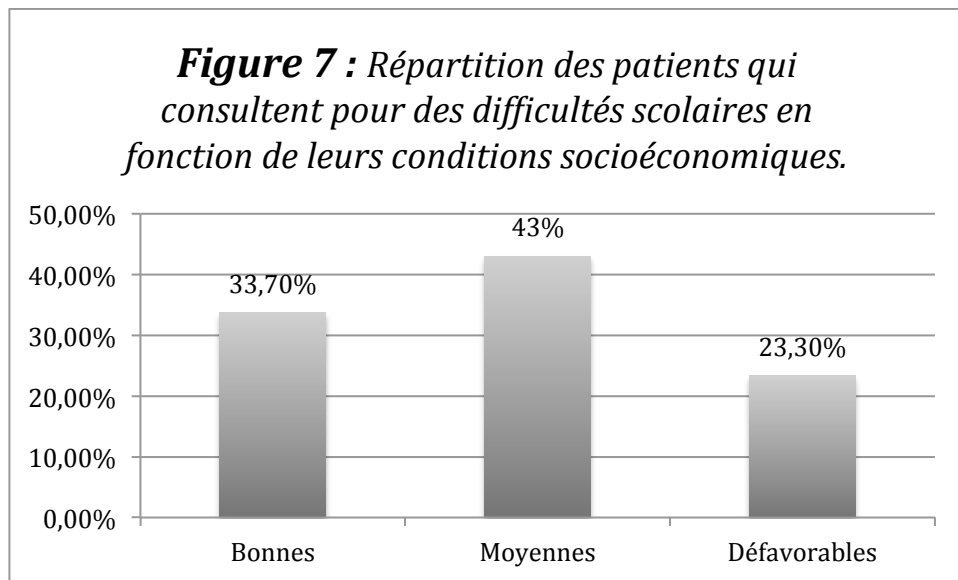
Les troubles du comportement sont le premier motif pour lequel consultent les familles avec un taux de 23,3 % immédiatement suivis par les troubles du langage avec un pourcentage de 22,6. Les signes autistiques énoncés comme tels constituent 19,2% des motifs de consultation suivis par les difficultés scolaires avec un taux de 8,3 % et du retard des acquisitions psychomotrices qui représente un pourcentage de 6,2%.

3.1.7 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de leurs conditions socioéconomiques : (n=704)



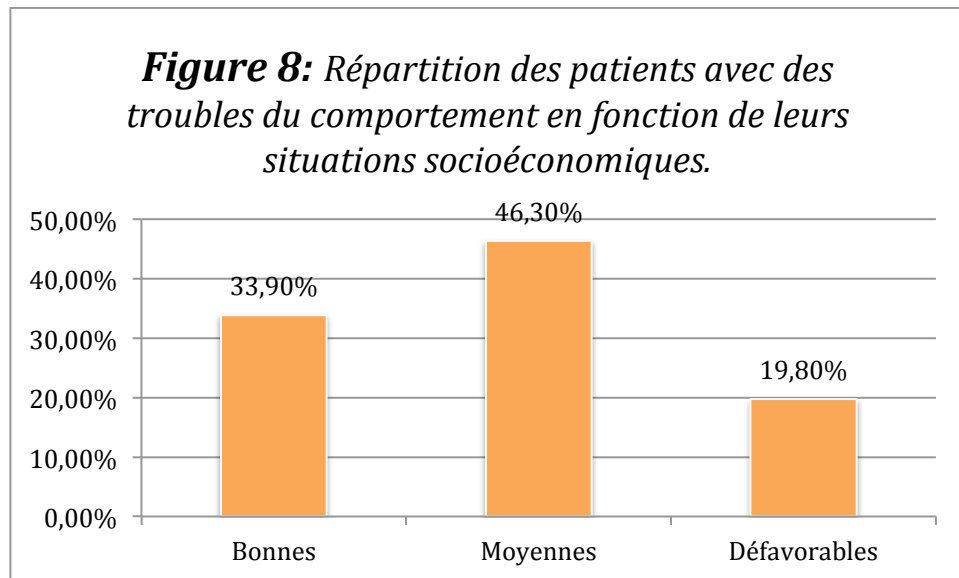
48,6 % des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 vivent dans des conditions socioéconomiques moyennes. 34,9 % d'entre eux bénéficient de bonnes conditions socioéconomiques. Seulement 16,5 % des patients vivent dans des conditions défavorables.

3.1.8 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 qui consultent pour des difficultés scolaires en fonction de leurs conditions socioéconomiques : (n=86)



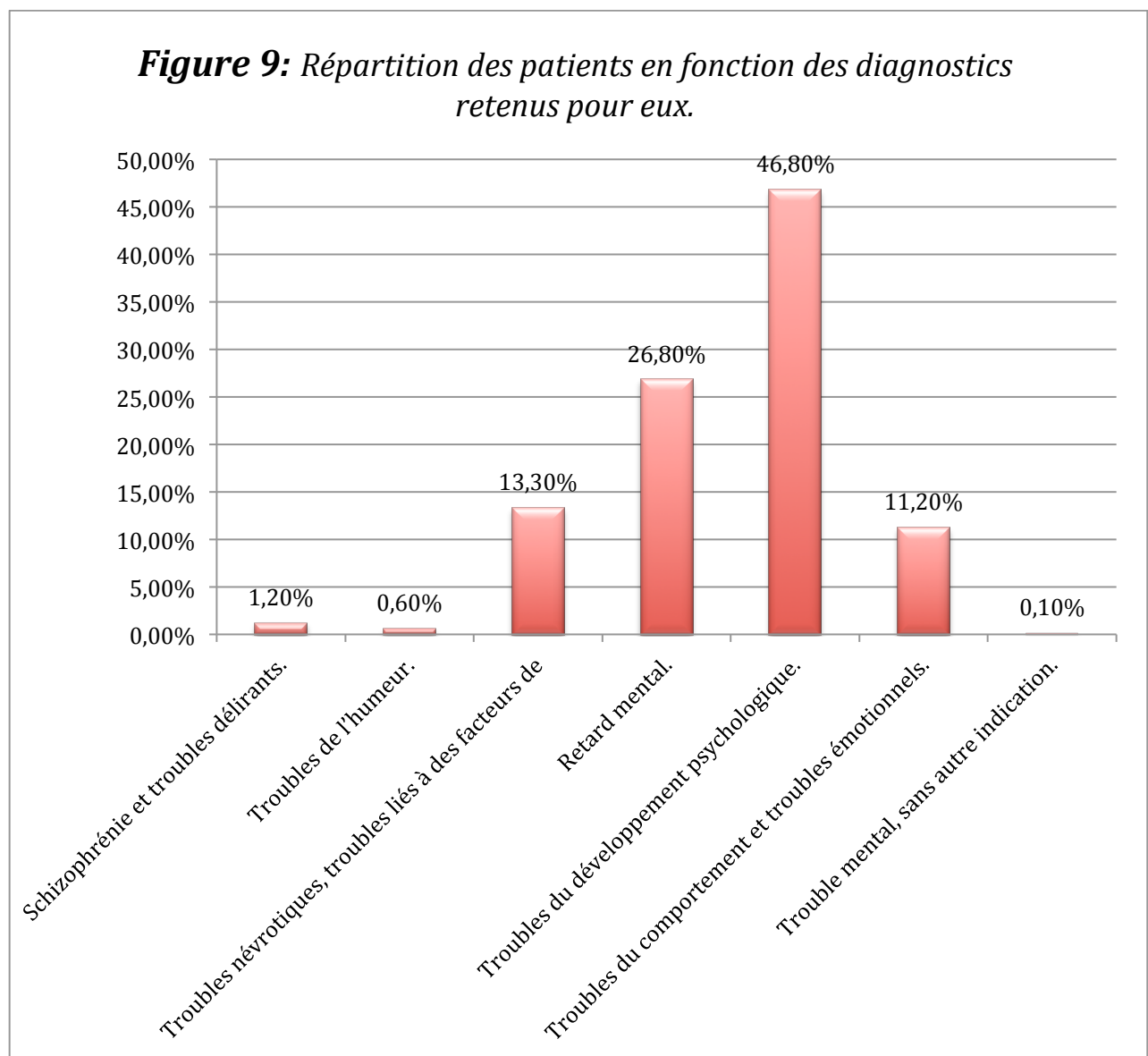
43% des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour des difficultés scolaires vivent dans des conditions socioéconomiques moyennes. 33,7 % de ces patients vivent dans de bonnes conditions socioéconomiques et 23,3% dans des conditions socioéconomiques défavorables.

3.1.9 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour des troubles du comportement en fonction de leurs conditions socioéconomiques : (n=242)



46,3% des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour des troubles du comportement vivent dans des conditions socioéconomiques moyennes. 33,9 % d'entre eux bénéficient de bonnes conditions socioéconomiques et 19,8% de conditions socioéconomiques défavorables.

3.1.10 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction des diagnostics retenus pour eux : (n=704)



Le diagnostic le plus retenu sur les 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 est celui des troubles du développement psychologique à raison de 46,8% suivi par la retard mental avec un pourcentage de 26,8% puis des troubles névrotiques et des troubles liés à des facteurs de stress avec 13,3 %. Les troubles du comportement et les troubles émotionnels apparaissant habituellement à l'enfance et l'adolescence sont présents avec un pourcentage de 11,2 %.

3.1.11 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du sexe et des diagnostics retenus pour eux : (n=704)

Tableau 2 :

Répartition des Diagnostics en fonction du sexe	Féminin	Masculin	Total
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.	6	3	9
Troubles de l'humeur.	2	3	5
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress.	38	55	93
Retard mental.	66	123	189
Troubles du développement psychologique.	99	230	329
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.	32	46	78
Trouble mental, sans autre indication.	1	0	1
Total	244	460	704

Ce tableau récapitule la répartition selon le sexe des 704 patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de tous les diagnostics retenus.

Pour les diagnostics majoritairement retenus, les répartitions selon le sexe seront réexaminées plus loin sur des figures à part.

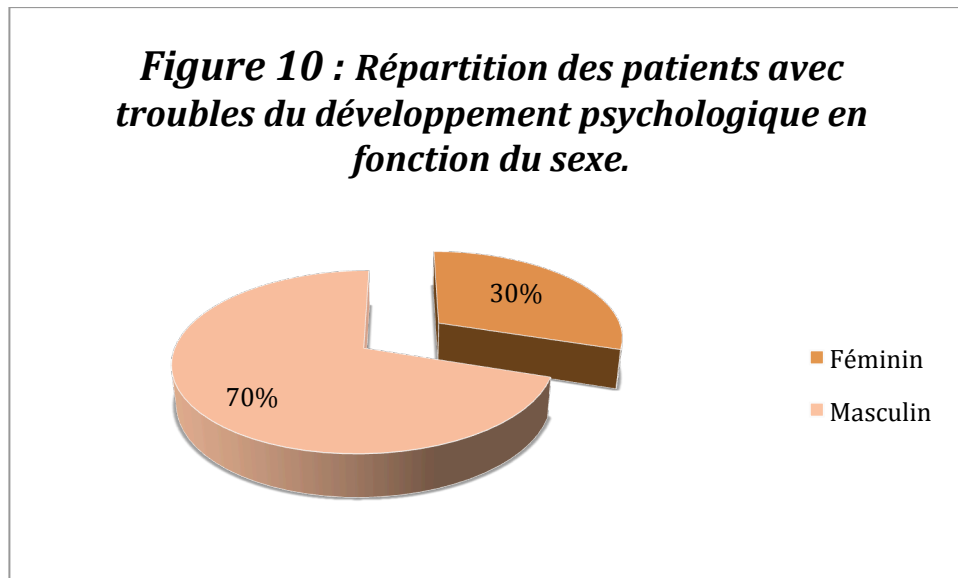
**3.1.12 Répartition des patients reçus en consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en
fonction de l'âge et des diagnostics retenus pour eux :(n=704)**

Tableau 3 :

La répartition des diagnostics en fonction de l'âge .	Inférieur à 3 ans	De 3-5 ans	De 6-10 ans	De 11-14 ans	Supérieur à 14 ans	Total
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.	0	0	2	4	3	9
Troubles de l'humeur.	0	0	2	2	1	5
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress.	2	18	45	20	8	93
Retard mental.	28	55	87	17	2	189
Troubles du développement psychologique.	113	144	56	11	5	329
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.	4	13	32	24	5	78
Trouble mental, sans autre indication.	1	0	0	0	0	1
Total	148	230	224	78	24	704

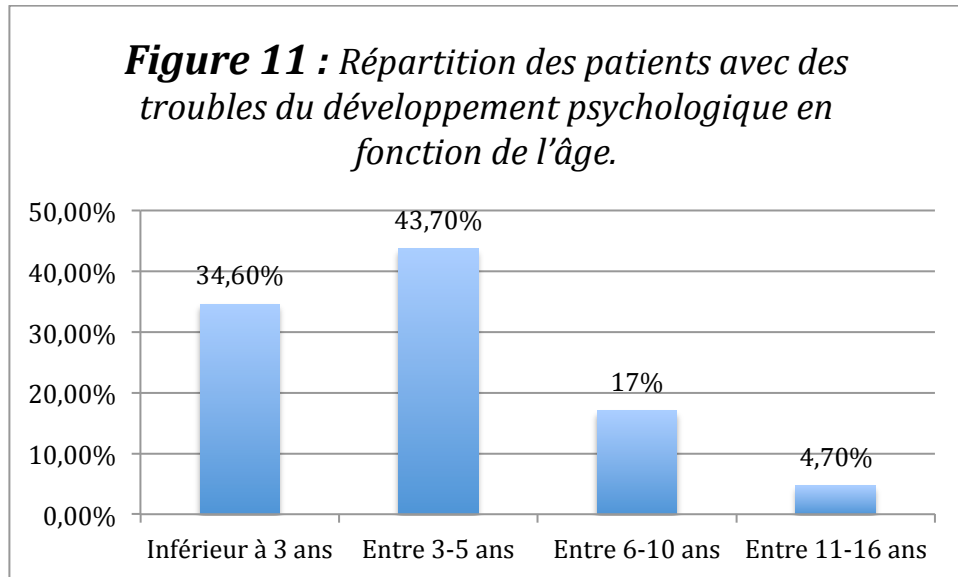
Ce tableau récapitule la répartition selon quatre tranches d'âge des 704 patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de tous les diagnostics retenus. Pour les diagnostics les plus retenus, les répartitions selon les 4 tranches d'âge choisies seront réexaminées plus loin sur des figures à part.

**3.1.13 Répartition des patients reçus à la consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 suivis
pour les troubles de développement psychologique en fonction du
sexe : (n= 329)**



70% des 329 patients avec troubles du développement psychologique sont de sexe masculin et 30% de sexe féminin.

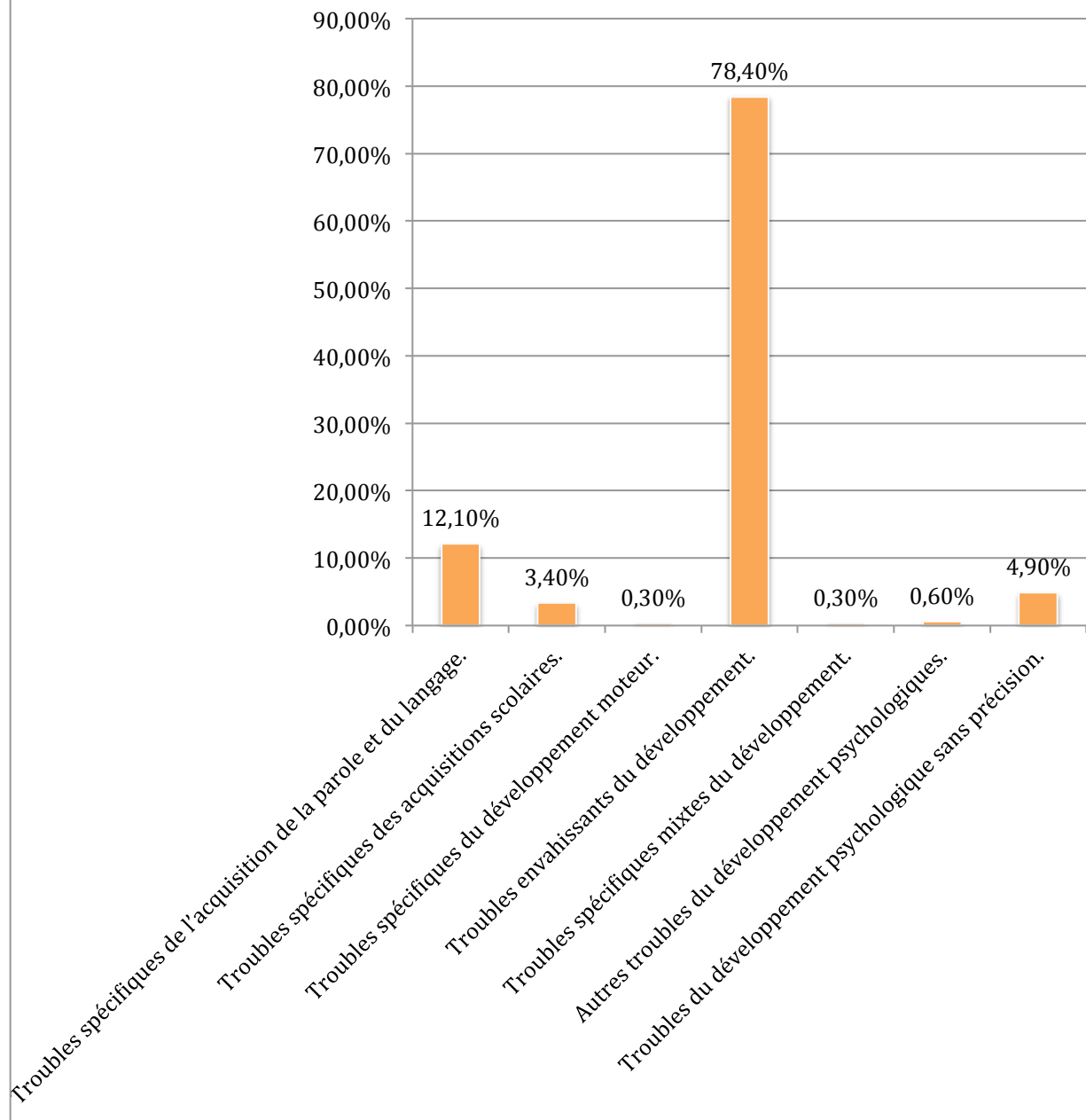
3.1.14 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 suivis pour les troubles du développement psychologique en fonction des quatre tranches d'âge choisies: (n=329)



Sur 329 patients diagnostiqués avec des troubles du développement psychologique 43,7% sont âgés entre 3 et 5ans et 34,6% ont moins de 3ans. 17% d'entre eux ont un âge qui se situe entre 6 et 10 ans et 4,7% ont entre 11 et 16 ans.

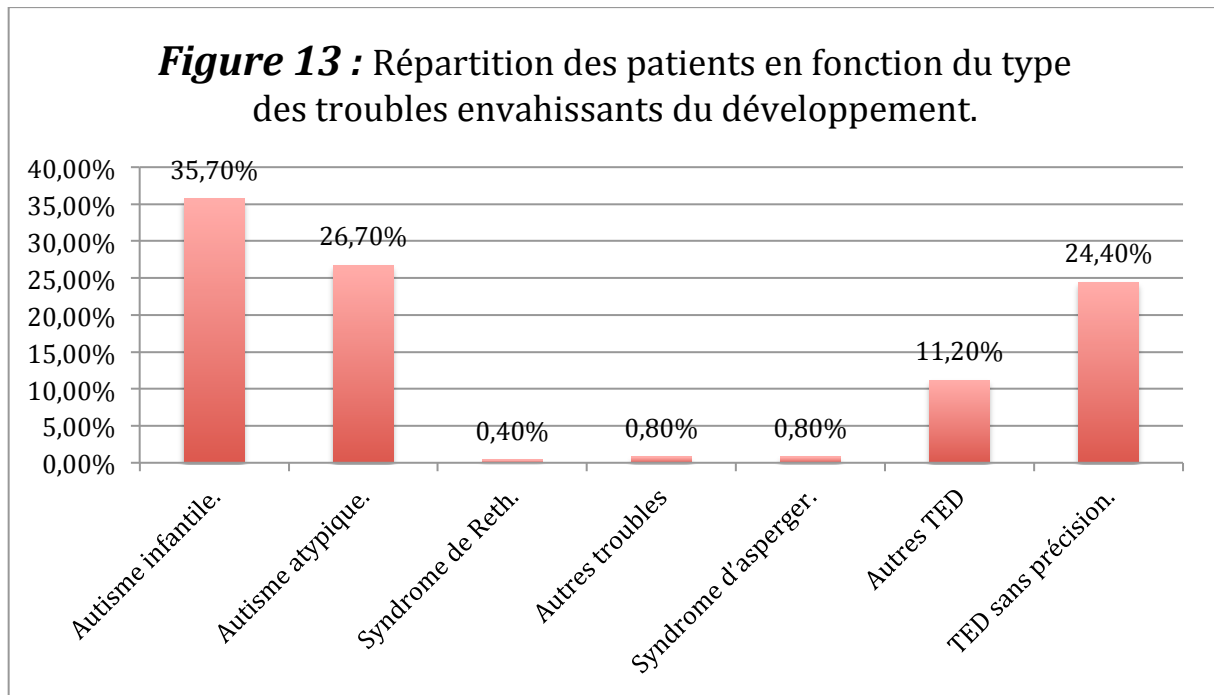
3.1.15 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 suivis pour des troubles du développement psychologique en fonction de leurs types : (n=329)

Figure 12 : Répartition des patients en fonction du type des troubles du développement psychologique.



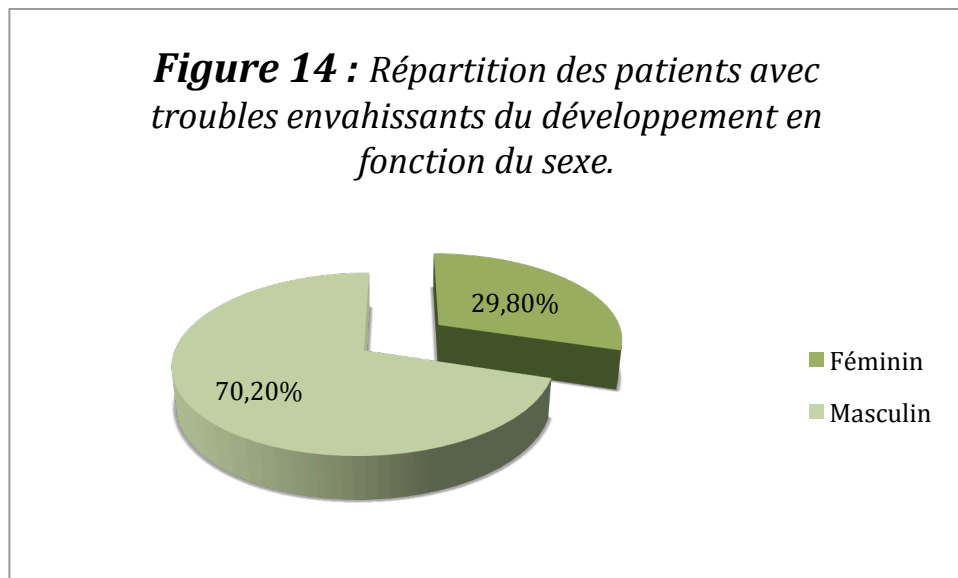
78,4% des 329 patients souffrant des troubles du développement psychologique présentent des troubles envahissants du développement autisme infantile et 12,1% présentent des troubles spécifiques de l'acquisition de la parole et du langage. Les troubles du développement psychologique sans précision sont présents à hauteur de 4,9% et les troubles spécifiques des acquisitions scolaires à hauteur de 3,4%.

3.1.16 Répartition des patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 suivis pour des troubles envahissants du développement en fonction de leurs types : (n=258)



Parmi les 258 patients suivis pour des troubles envahissants du développement, l'autisme infantile est présent avec un pourcentage de 35,7% suivi de sa forme atypique avec un pourcentage de 26,7%. 24,4% des patients présentent des troubles envahissants du développement sans précision et 11,2% d'entre eux présentent d'autres troubles envahissant du développement.

**3.1.17 Répartition des patients reçus en consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 suivis
pour des troubles envahissants du développement en fonction du
sexe : (n=258)**



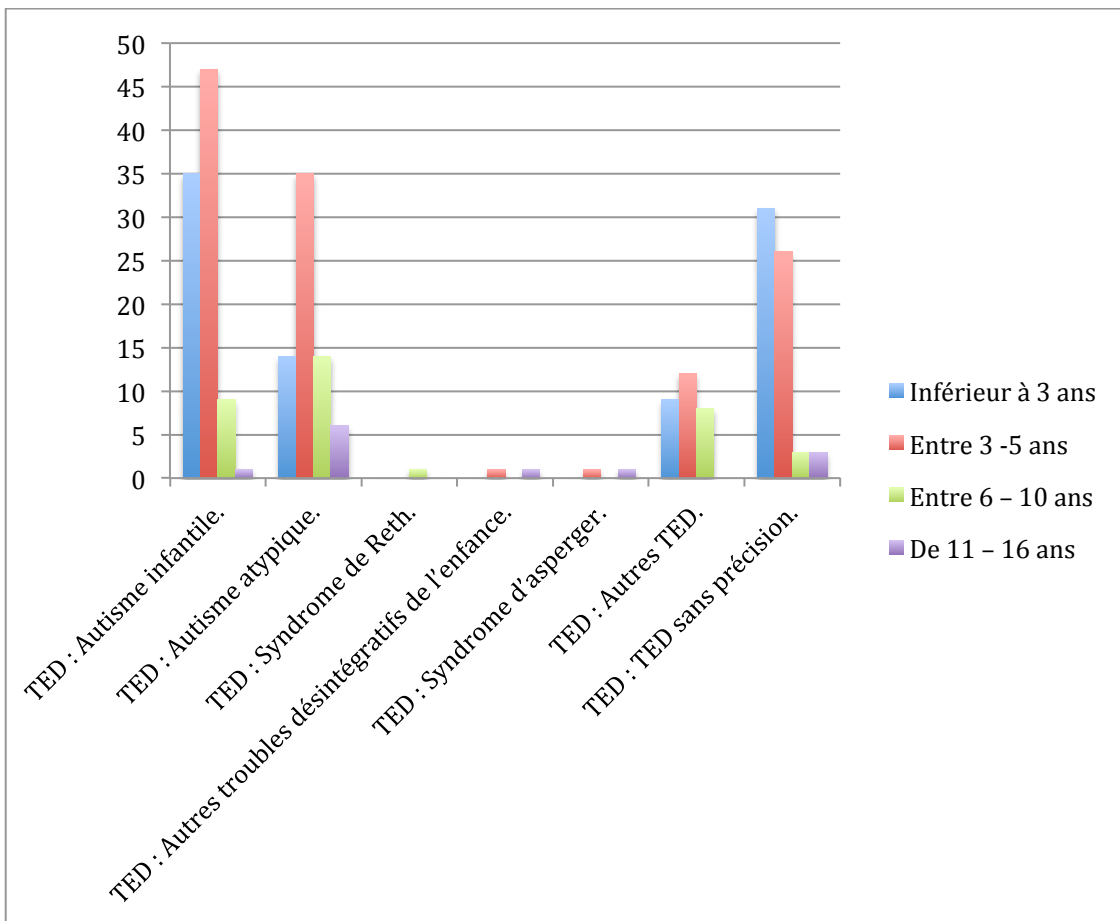
Sur 258 patients avec le diagnostic de trouble envahissant du développement retenu, il y'a 70,2% patients de sexe masculin et 29,8% de patients de sexe féminin.

**3.1.18 Répartition des patients reçus en consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 suivis
pour troubles envahissants du développement en fonction des quatre
tranches d'âge choisies: (n=258)**

Tableau 4 :

Les troubles envahissants du développement en fonction de l'âge.	Inférieur à 3 ans	Entre 3 -5 ans	Entre 6-10 ans	De 11-16 ans	Total
Autisme infantile.	35	47	9	1	92
Autisme atypique.	14	35	14	6	69
Syndrome de Reth.	0	0	1	0	1
Autres troubles désintégratifs de l'enfance.	0	1	0	1	2
Syndrome d'asperger.	0	1	0	1	2
Autres TED.	9	12	8	0	29
TED sans précision.	31	26	3	3	63
Total	89	122	35	12	258

Figure 15 : Répartition des patients avec TED en fonction de l'âge.



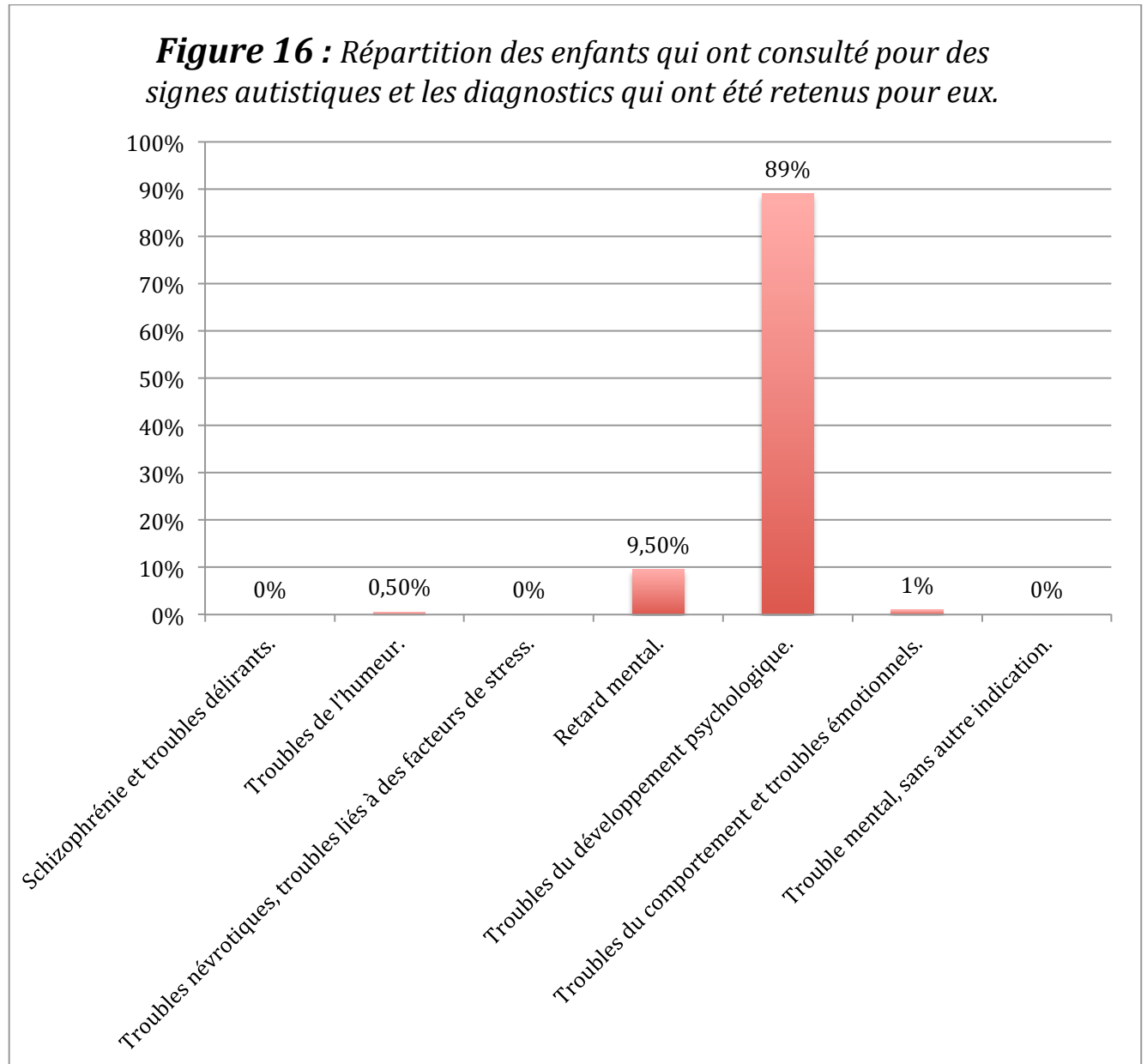
Chez les patients diagnostiqués avec un autisme infantile : La tranche d'âge la plus représentée est celle des enfants dont l'âge se situe entre 3 et 5 ans suivie par la tranche d'âge des patients qui ont moins de 3 ans puis de ceux qui ont entre 6 et 10 ans et enfin par la tranche d'âge que représente les adolescents.

Chez les patients diagnostiqués avec un autisme atypique : La tranche d'âge la plus représentée est encore celle des enfants dont l'âge se situe entre 3 et 5 ans suivie par la tranche d'âge des patients qui ont moins de 3 ans et des patients qui ont entre 6 et 10 ans avec la même fréquence. La tranche d'âge entre 11 et 16 ans est retrouvée en dernier.

Chez les patients diagnostiqués avec un trouble envahissant du développement sans précision : La tranche d'âge la plus représentée est celle des patients qui ont moins de 3 ans suivie par la tranche d'âge des patients qui se situe entre 3 et 5 ans suivie par la tranche d'âge de ceux qui ont entre 6 et 10 ans qui ont d'ailleurs la même fréquence que les patients dont la tranche d'âge représente les adolescents.

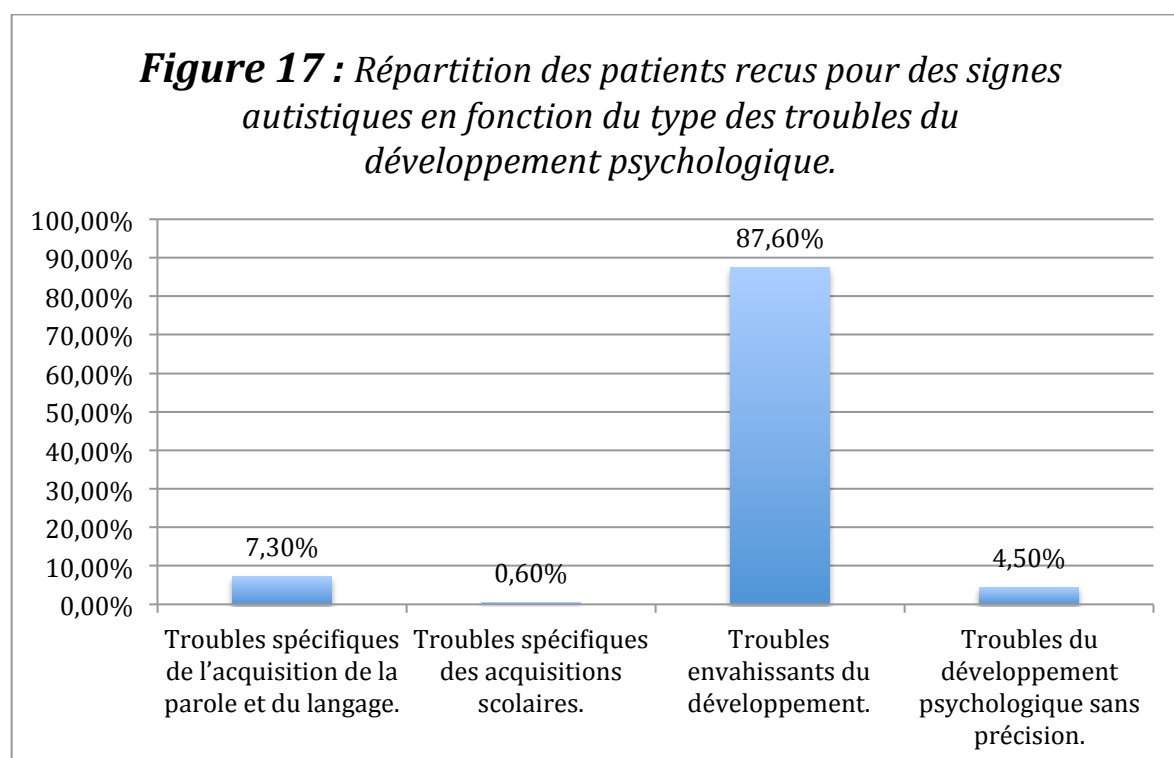
Chez les patients diagnostiqués avec un autre trouble envahissant du développement : La tranche d'âge la plus représentée est celle des patients qui ont un âge qui se situe entre 3 et 5 ans suivie par les patients qui ont un âge inférieur à 3 ans puis par ceux dont la tranche d'âge se situe entre 6 et 10 ans.

3.1.19 Répartition des patients qui ont consulté pour des signes autistiques à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction des diagnostics retenus pour eux : (n=199)



Pour les 199 patients qui ont consulté pour des signes autistiques à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014, la catégorie diagnostique la plus retenue est celle des troubles du développement psychologique avec un taux de 89%. Le retard mental a été retenu dans 9,5% des cas pour les patients qui ont consulté pour des signes autistiques.

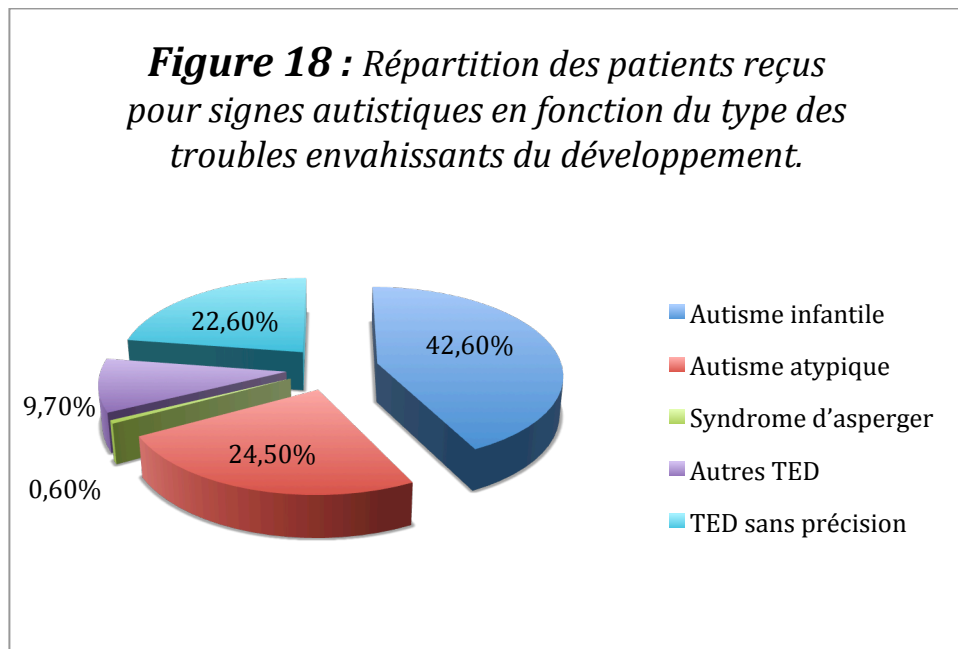
3.1.20 Répartition des patients qui ont consulté pour des signes autistiques à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type des troubles du développement psychologique retenus pour eux : (n=177)



Les principaux troubles du développement psychologique retrouvés chez les 177 patients qui se sont présentés à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour ces troubles, avec des signes autistiques, sont les troubles envahissants du développement avec un pourcentage de 87,6.

Les troubles spécifiques de l'acquisition de la parole et du langage sont retrouvés dans 7,3% des cas chez les patients reçus pour signes autistiques et les troubles du développement sans précision sont retrouvés dans 4,5% des cas.

3.1.21 Répartition des patients reçus pour signes autistiques à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type de troubles envahissants du développement retenus pour eux : (n=155)

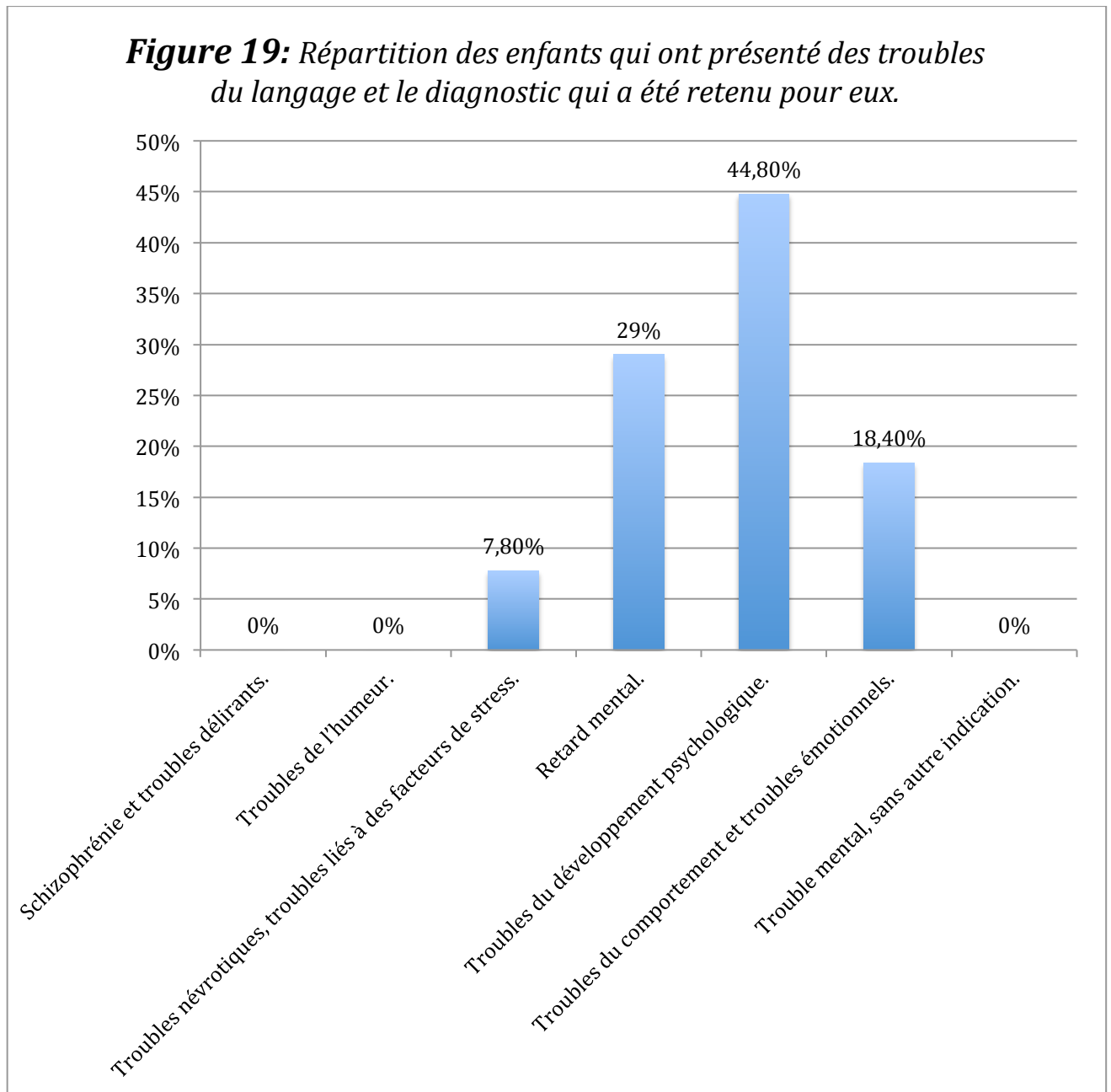


Le diagnostic d'autisme infantile a été retenu pour 42,6% des 155 patients reçus à la consultation de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour des signes autistiques avec troubles envahissants du développement.

Le diagnostic d'autisme atypique a été retenu pour 24,5% d'entre eux et celui de troubles envahissants du développement sans précision pour 22,6%.

Dans 9,7% des cas le diagnostic d'autres troubles envahissants du développement a été retenu.

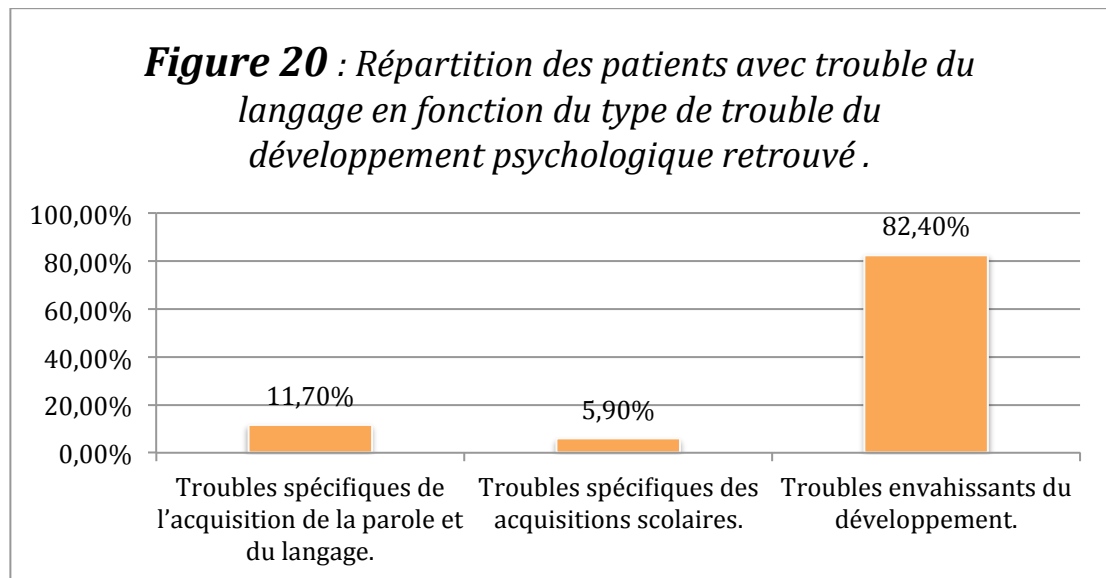
3.1.22 Répartition des patients reçus pour des troubles du langage à la consultation pédopsychiatrique de Blida en fonction du diagnostic retenu pour eux : (n=38)



Sur les 38 enfants reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour des troubles du langage, la catégorie diagnostic la plus retrouvée est celle des troubles du développement psychologique avec 44,8 % suivie du retard mental avec un pourcentage de 29.

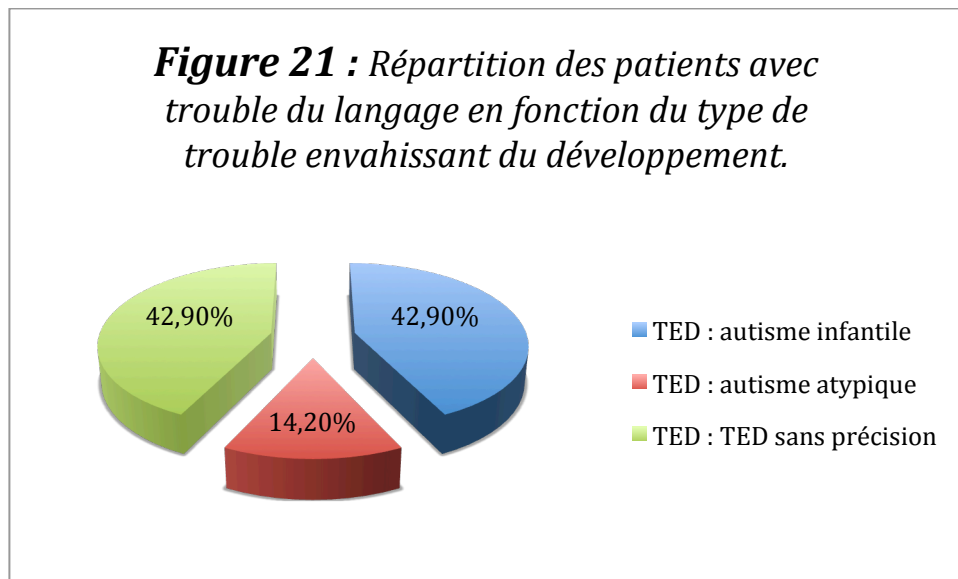
Les troubles du comportement et troubles émotionnels retrouvés à l'enfance et à l'adolescence sont retrouvés à hauteur de 18,4% avant les troubles névrotiques qui sont présents avec un pourcentage de 7,8.

3.1.23 Répartition des enfants reçus pour des troubles du langage à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type de troubles du développement psychologique : (n=17)



Les troubles envahissants du développement ont été retrouvés dans 82,4% des patients reçus pour trouble du langage à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour lesquelles des troubles du développement psychologique ont été retenus. Pour 11,7% des patients reçus pour trouble du langage avec troubles du développement psychologique retenu le diagnostic de troubles spécifiques de l'acquisition de la parole et du langage a été porté. Pour 5,9% d'entre eux le diagnostic de troubles spécifiques des acquisitions scolaires a été retenu.

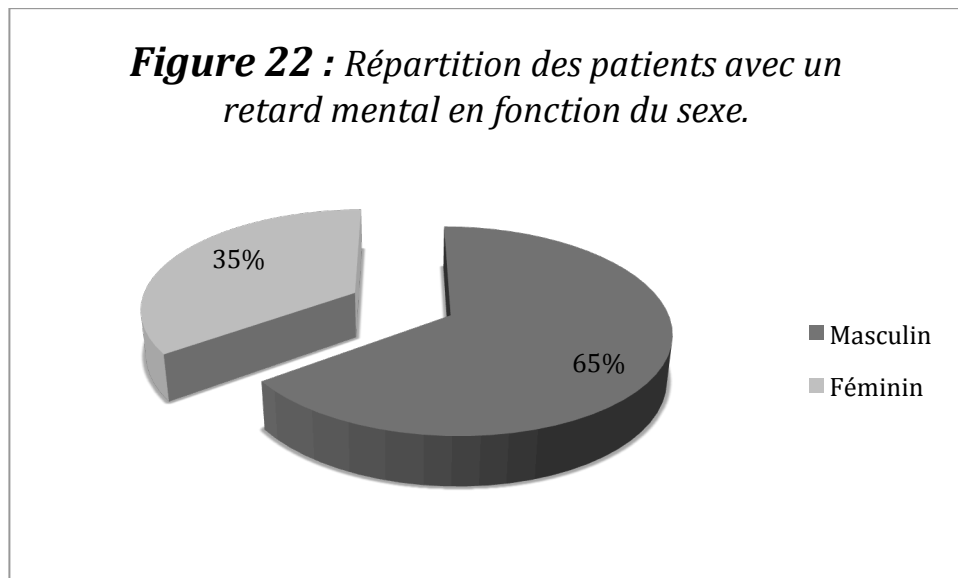
3.1.24 Répartition des patients reçus pour des troubles du langage à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type de troubles envahissant du développement : (n=14).



Les diagnostics d'autisme infantile et de trouble envahissant du développement sans précision sont retenus avec un pourcentage de 42,9% chacun pour les patients reçus avec des troubles du langage et chez qui la catégorie diagnostic de trouble du développement psychologique a été retenu à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014.

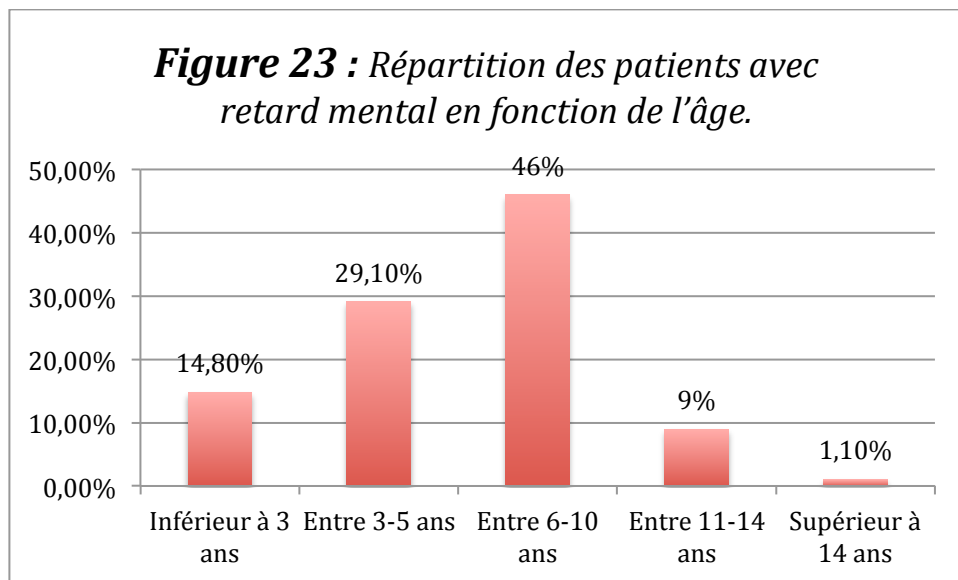
L'autisme atypique est retenu pour 14,2% d'entre eux.

3.1.25 Répartition des patients reçus à la consultation de pédopsychiatrie de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour lesquels le diagnostic de retard mental a été posé en fonction du sexe : (n=189)



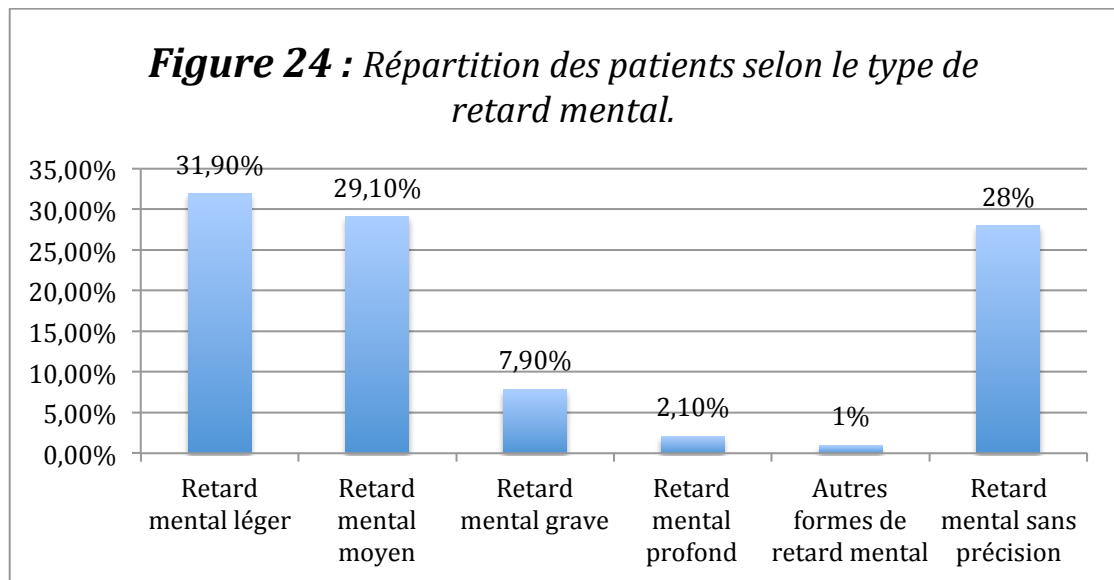
65% des 189 patients diagnostiqués avec un retard mental sont de sexe masculin et 35% d'entre eux sont de sexe féminin.

3.1.26 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec un retard mental en fonction de l'âge : (n=189)



46% des 189 patients reçus à la consultation de Blida pour lesquels le diagnostic de retard mental a été posé ont un âge compris entre 6 et 10 ans. 29,1% d'entre eux ont un âge compris entre 3 et 5 ans et 14,8% ont moins de 3 ans. Les patients entre 11 et 14 ans représentent 9% des patients reçus à la consultation de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec un retard mental.

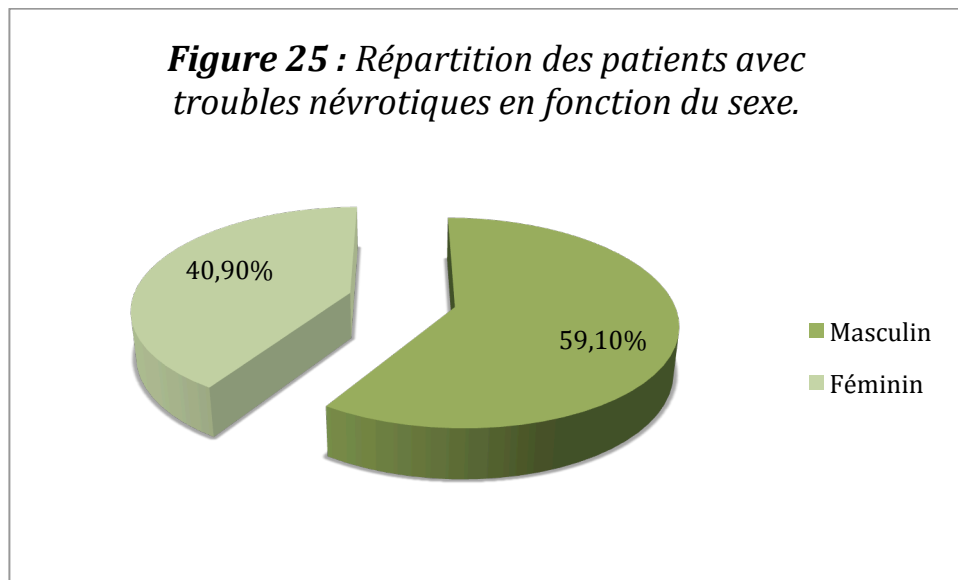
3.1.27 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type de retard mental : (n=189)



31,9% des 189 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014 diagnostiqués avec un retard mental présentent un retard mental léger. Le retard mental moyen est retrouvé avec un pourcentage de 29,1% tandis que le retard mental sans précision à raison de 28%.

7,9% d'entre eux présentent un retard mental grave et seulement 2,1% présentent un retard mental profond.

3.1.28 Répartition des patients avec troubles névrotiques reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du sexe : (n=93)



59,1% des 93 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 et diagnostiqués avec des troubles névrotiques sont de sexe masculin et 40,9% sont de sexe féminin.

3.1.29 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec troubles névrotiques en fonction de l'âge : (n=93)

Tableau 5 :

Troubles névrotiques en fonction de l'âge	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 3 ans	2	2.1%
Entre 3-5 ans	18	19.4%
Entre 6-10 ans	45	48.4%
Entre 11-16 ans	28	30,1%
Total	93	100%

48,4% des patients pour lesquels le diagnostic de troubles névrotiques a été retenu à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont un age compris entre 6 et 10 ans.

30,1% d'entre eux représentent ceux qui ont un âge compris entre 11 et 16 ans et 19,4% ceux qui sont âgés de 3 à 5 ans. Les patients qui ont moins de 3 ans sont représentés avec un pourcentage de 2,1.

3.1.30 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type des troubles névrotiques retenu : (n=93)

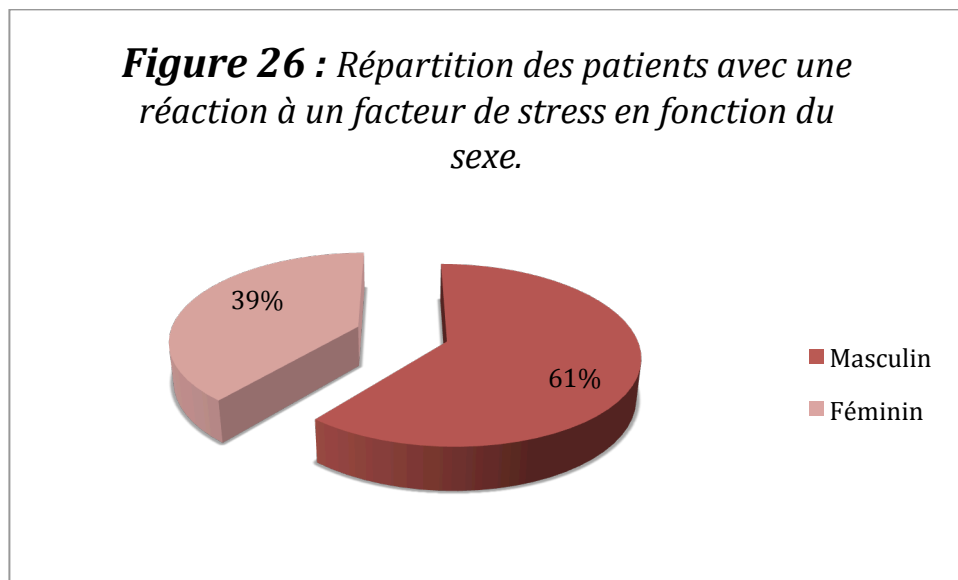
Tableau 6 :

Troubles névrotiques	Fréquence	Pourcentage
Troubles anxieux .	8	8,7
Réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation 19	59	63.4
Troubles dissociatifs de conversion 20	7	7.5
Troubles somatoformes 21	1	1
Autres troubles névrotiques 22	18	19.4
Total	93	100

63,4% des 93 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 et diagnostiqués avec des troubles névrotiques souffrent de réactions à un facteur de stress. 19,4% d'entre eux présentent d'autres troubles névrotiques.

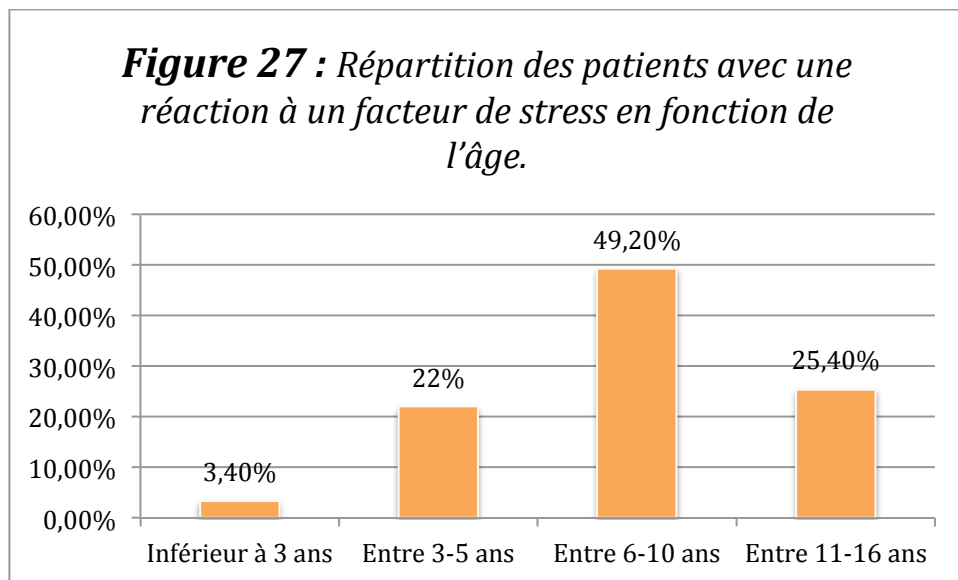
Le diagnostic de troubles anxieux a été retenu pour 8,7% de ces patients et de troubles dissociatifs pour 7,5% d'entre eux.

3.1.31 Répartition des patients avec « Réaction à un facteur de stress important » reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du sexe : (n=59)



61% des 59 patients reçus avec « Réaction à un facteur de stress » à la consultation de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont de sexe masculin et 39% sont de sexe féminin.

3.1.32 Répartition des patients avec « Réaction à un facteur de stress important » reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de l'âge : (n=59)



Le diagnostic de « Réaction à un facteur de stress » a été retenu avec un pourcentage de 49,2% chez les enfants dont l'âge se situe entre 6 et 10 ans avec un pourcentage de 49,2% suivi par les enfants dont la tranche d'âge se situe entre 11 et 16 ans avec un taux de 25,4% puis par la tranche d'âge entre 3 et 5 ans avec un pourcentage de 22.

3.1.33 Répartition des patients reçus avec « Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du sexe : (n=78)

Tableau 7 :

Patients avec TC et TE apparaissant durant l'enfance et l'adolescence en fonction du sexe.	Fréquence	Pourcentage
Masculin	46	59%
Féminin	32	41%
Total	78	100%

59% des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec pour catégorie diagnostic « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » sont de sexe masculin. Le sex ratio retrouvé est de 1,4 en faveur des garçons.

3.1.34 Répartition des patients reçus avec « Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de l'âge : (n=78)

Tableau 8 :

Patients avec TC et TE apparaissant durant l'enfance et l'adolescence en fonction de l'âge.	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 3 ans	4	5,1%
Entre 3 et 5 ans	13	16,7%
Entre 6 et 10 ans	32	41%
Entre 11 et 16 ans	29	37,2%
Total	78	100%

41% des 78 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec pour diagnostic « Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » ont un âge compris entre 6 et 10 ans. 37,2% d'entre eux se situent dans la tranche d'âge de 11 à 16 ans et 16,7% dans la tranche d'âge de 3 à 5 ans.

3.1.35 Répartition des patients reçus avec « Troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance » à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type et du sexe : (n=46)

Tableau 9 :

Patients avec TC et TE apparaissant durant l'enfance et l'adolescence.	Masculin	Féminin	Total
Troubles hyperkinétiques.	11	7	18
Troubles des conduites.	9	4	13
Troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance.	15	17	32
Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels .	11	4	15
Total	46	32	78

32 patients parmi les 78 reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida entre janvier 2014 et décembre 2014 avec pour catégorie diagnostique « Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » présentent des troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance. Sur ces 32 patients 17 sont de sexe féminin et 15 de sexe masculin. Ce qui correspond à un sex ratio de 1,1 en faveur des filles.

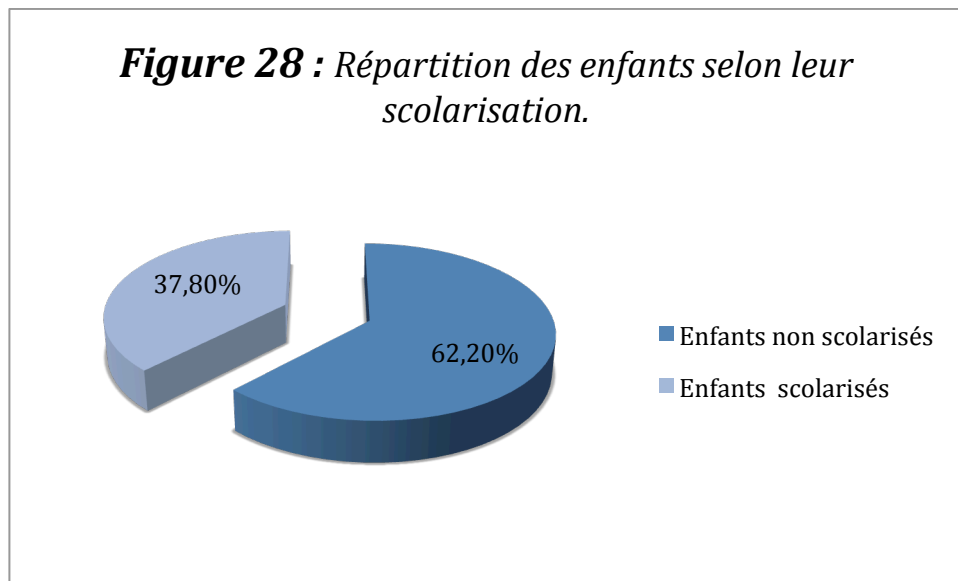
3.1.36 Répartition des patients reçus avec « Troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance » à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de l'âge : (n=32)

Tableau 10 :

Troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance.	Fréquence	Pourcentage
Entre 3 et 5 ans.	3	9,4%
Entre 6 et 10 ans.	20	62,5%
Entre 11 et 16 ans.	9	28,1%
Total	32	100%

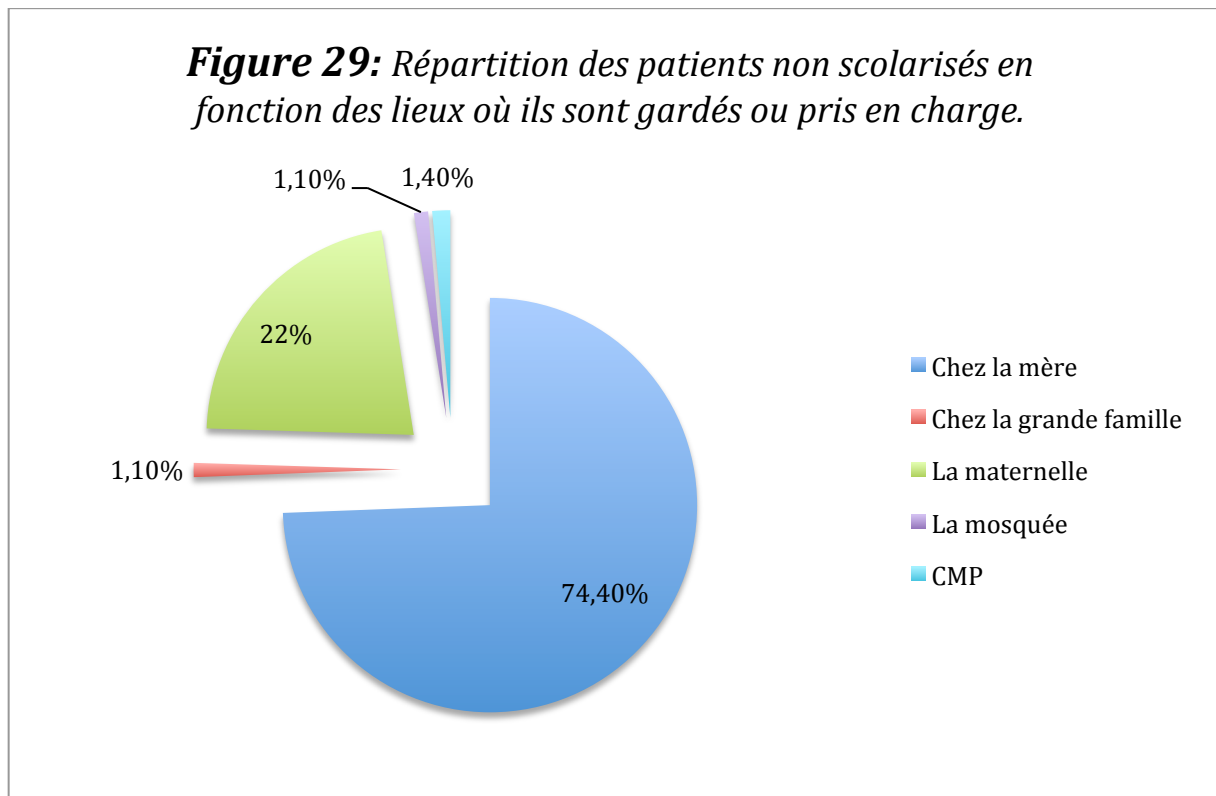
La tranche d'âge la plus retrouvée pour les patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance est celle des 6-10 ans à hauteur de 62,5% des cas avec une moyenne d'âge de 8,9 ans.

3.1.37 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de leur scolarisation : (n=704)



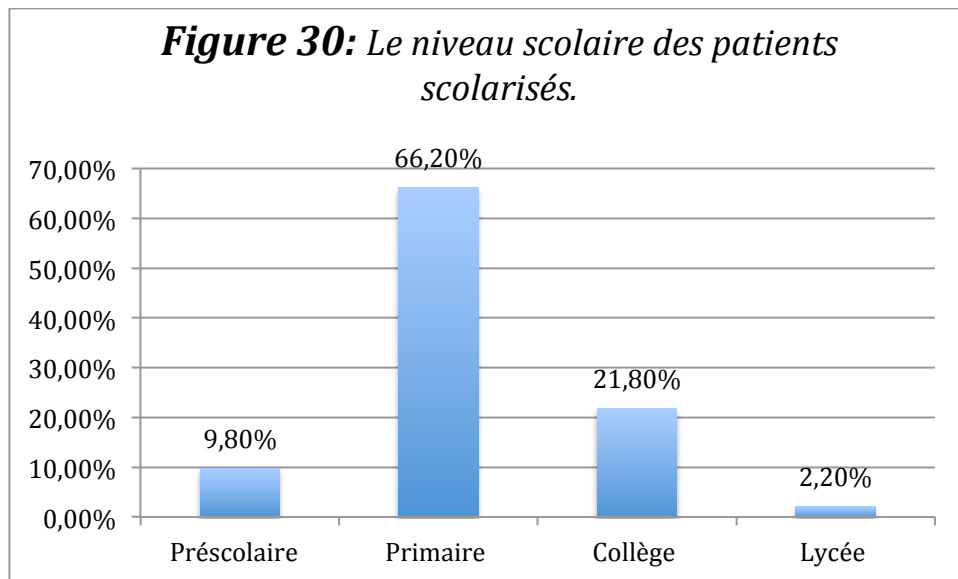
62,2% des patients qui ont été reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ne sont pas scolarisés. 37,8% d'entre eux le sont.

3.1.38 Répartition des patients non scolarisés reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction des lieux où ils sont gardés ou pris en charge : (n=438)



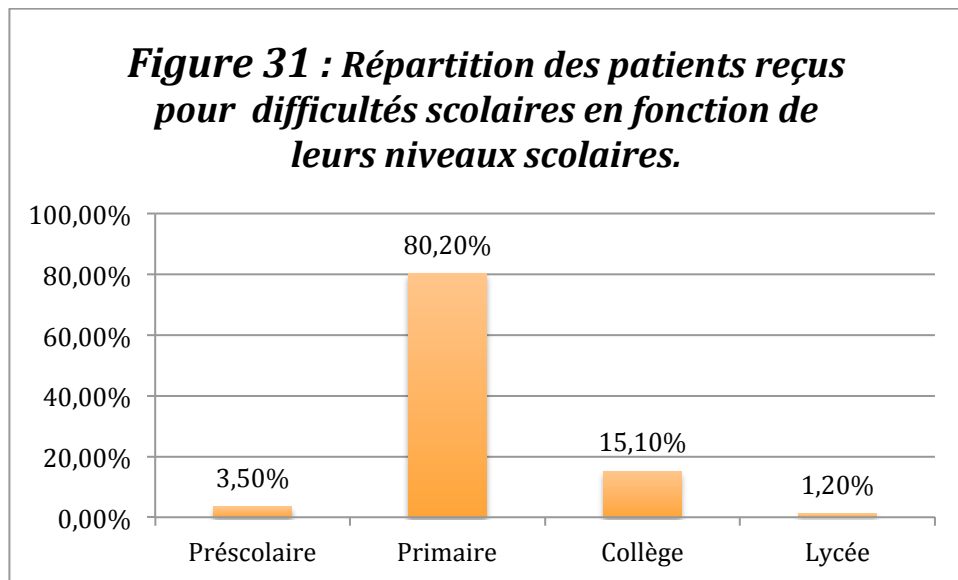
Les enfants non scolarisés reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont dans 74,4% des cas gardés par la mère. Dans 22% des cas ils sont gardés à la maternelle. Seulement 1,4% d'entre eux sont inscrits en centre médico pédagogique. Il y'a autant d'enfants gardés par la grande famille qu'à la mosquée.

3.1.39 Répartition des patients scolarisés reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de leur niveau scolaire : (n=266)



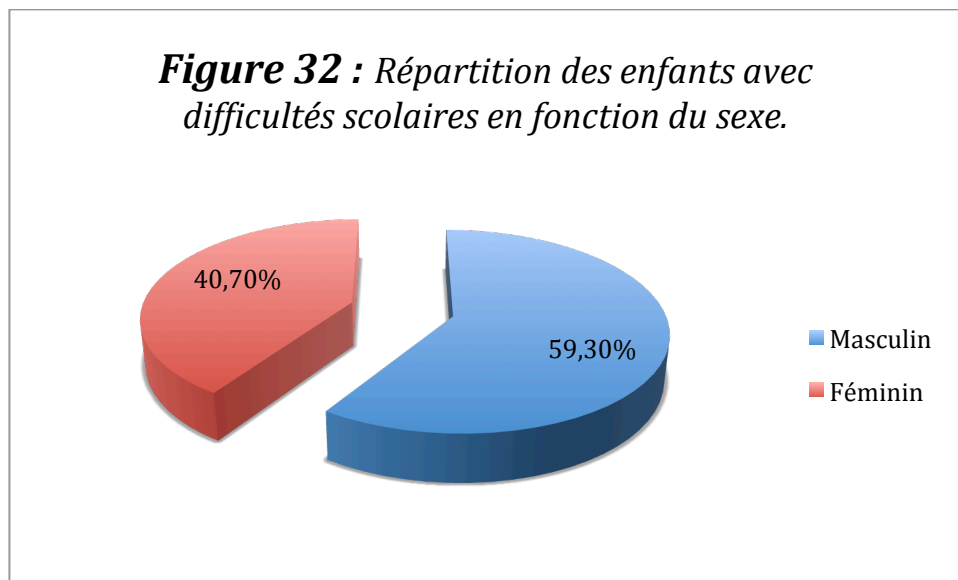
66,2% des enfants scolarisés recus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont de niveau primaire. 21,8 % d'entre eux sont collégiens. 9,8% de ces patients sont inscrits en préscolaire et 2,2% sont lycéen.

3.1.40 Répartition des patients reçus pour des difficultés scolaires en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de leurs niveaux de scolarisation: (n=86)



80,2% des 86 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014 pour des difficultés scolaires ont un niveau primaire. 15,1% d'entre eux sont collégiens et 3,5% sont inscrits en préscolaire.

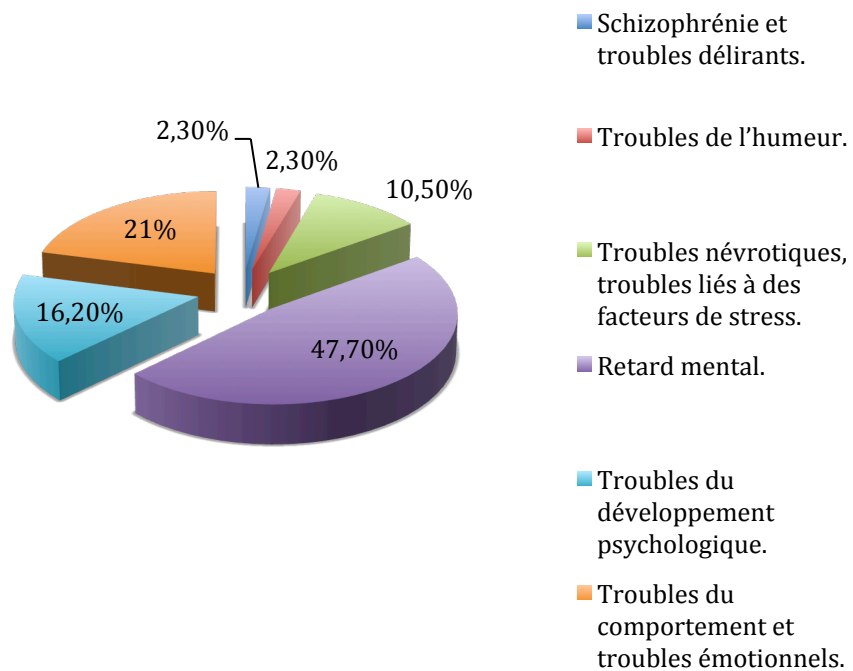
3.1.41 Répartition des patients reçus pour difficultés scolaires à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du sexe : (n=86)



59,3% des patients reçus pour difficultés scolaires à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont de sexe masculin et 40,7% d'entre eux sont de sexe féminin.

3.1.42 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour difficultés scolaires en fonction du diagnostic retenu pour eux : (n=86)

Figure 33 : Répartition des patients avec difficultés scolaires en fonction des diagnostics retenus.



Les difficultés scolaires sont retrouvées dans 47,7% des cas dans le retard mental chez les 86 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014.

Dans 21% des cas , elles sont retrouvées dans les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence et dans 16,2% des cas dans les troubles du développement psychologique et dans 10,5% des cas dans les troubles névrotiques et les troubles liés à des facteurs de stress.

**3.1.43 Répartition des patients reçus à la consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon
leur scolarisation et en fonction du diagnostic retenu pour eux :
(n=704).**

Tableau 11 :

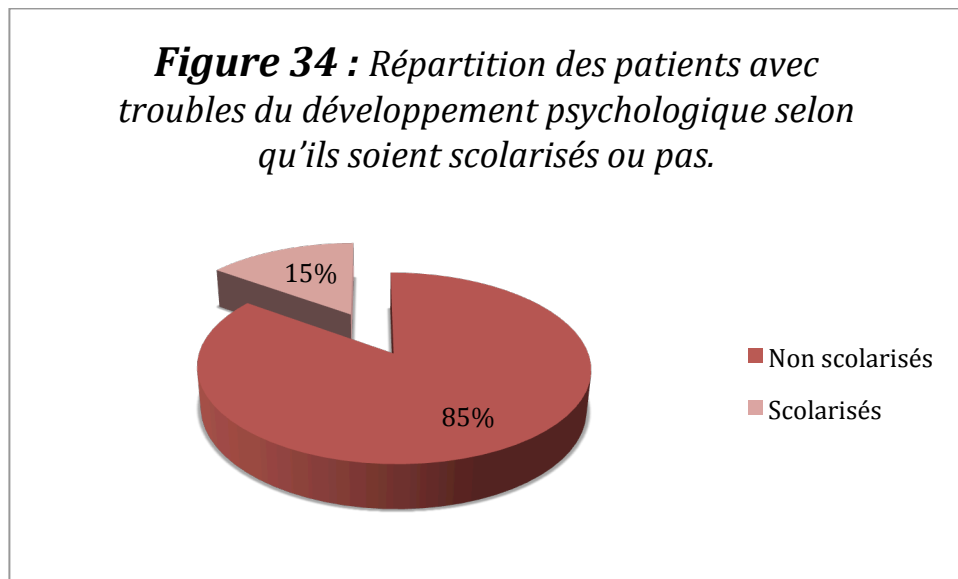
La scolarisation des enfants en fonction du diagnostic.	Non scolarisés	Préscolaire	Primaire	Collège	Lycée	CMP	Total
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.	1	0	3	4	1	0	9
Troubles de l'humeur.	1	0	2	2	0	0	5
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.	20	4	47	19	3	0	93
Retard mental.	111	7	64	5	0	4	191
Troubles du développement psychologique.	278	13	30	4	0	2	327
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.	18	2	32	24	2	0	78
Trouble mental, sans autre indication.	1	0	0	0	0	0	1
Total	430	26	178	58	6	6	704

C'est un tableau qui répartit les patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils soient scolarisés ou pas et en fonction du diagnostic qui a été retenu pour eux.

Pour les patients qui sont scolarisés, ils seront répartis selon leurs niveaux scolaires, toujours en fonction du diagnostic retenu.

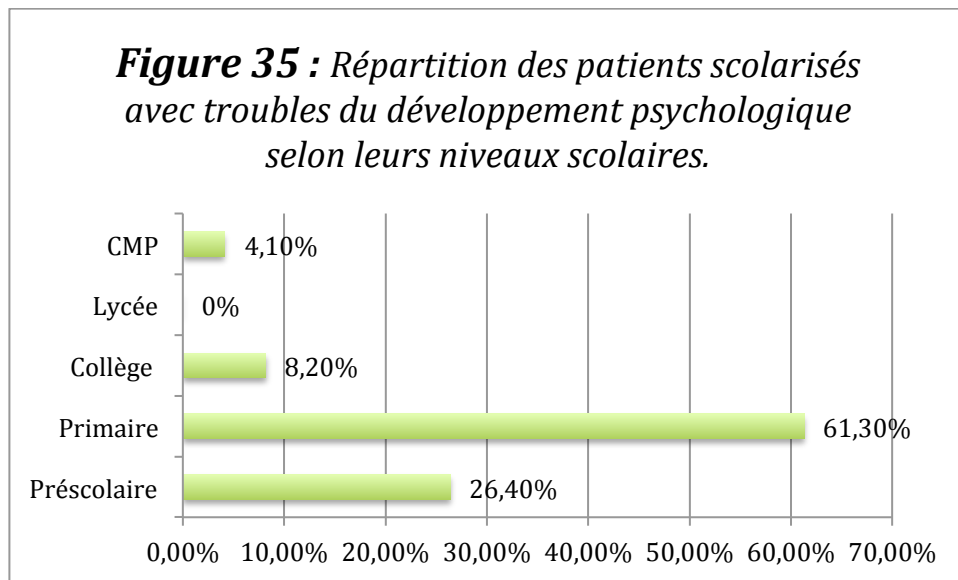
La répartition des patients - scolarisés ou pas - en fonction des diagnostics les plus retenus sera réexaminée à part pour chaque diagnostic.

3.1.44 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec trouble du développement psychologique selon qu'ils soient scolarisés ou pas : (n=327)



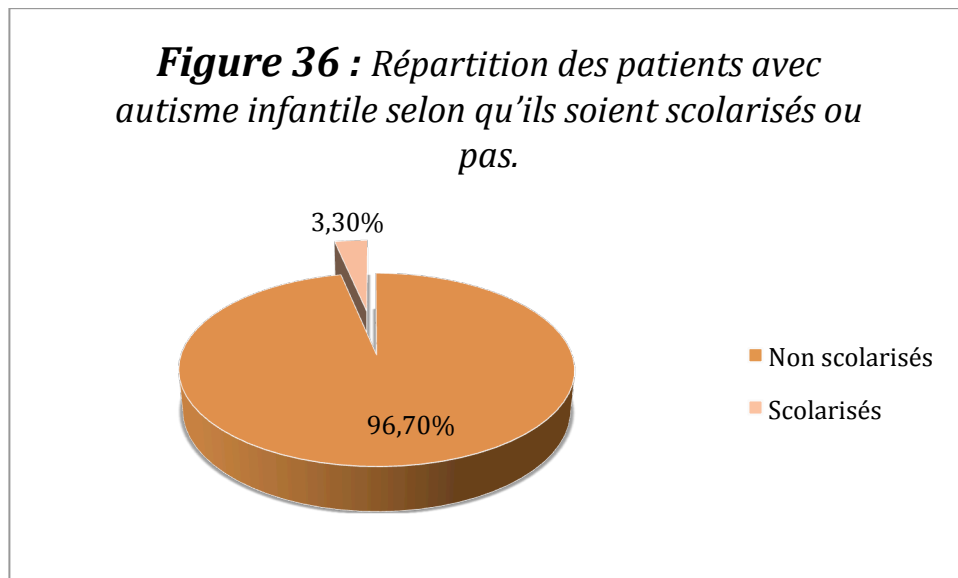
85% des 327 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec des troubles du développement psychologique sont non scolarisés. Seulement 15% d'entre eux le sont.

3.1.45 Répartition des patients reçus avec troubles des développements psychologiques scolarisés selon leurs niveaux scolaires : (n=49)



61,3% des 49 patients scolarisés ou en CMP avec troubles du développement psychologique reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont inscrits à l'école primaire. 26,4% d'entre eux eu préscolaire et 8,2% au collège. Seulement 4,1% de ces patients sont inscrits en centre médico pédagogique.

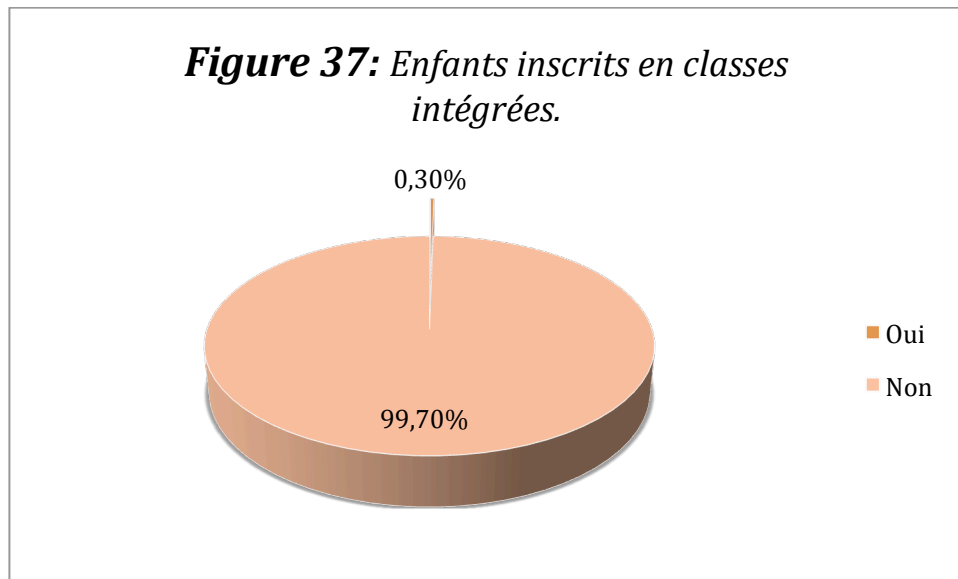
3.1.46 Répartition des patients reçus avec autisme infantile à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils soient scolarisés ou pas : (n=92)



96,7% des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 et pour lesquels le diagnostic d'autisme infantile a été posé sont non scolarisés.

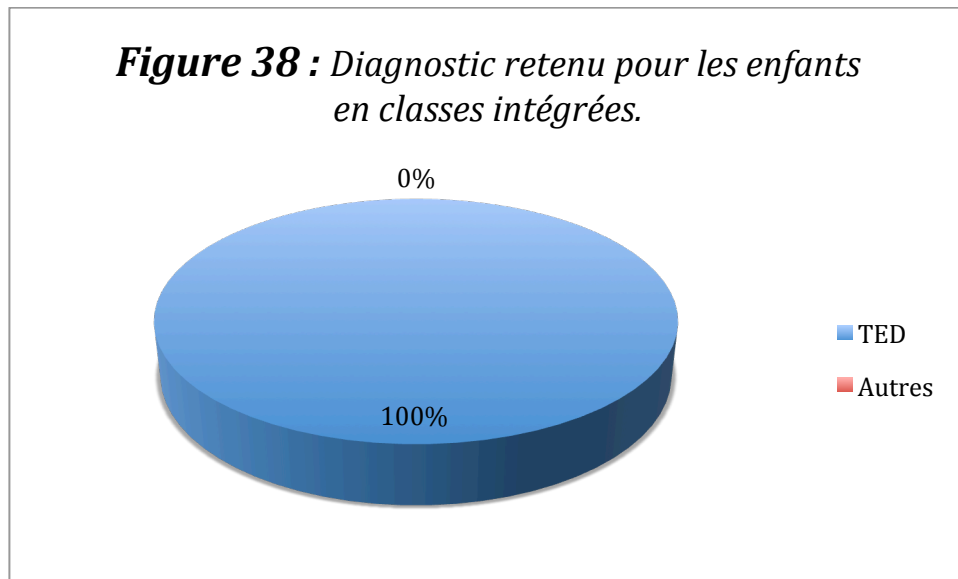
Il n'y a que 3,3% de ces patients qui sont scolarisés.

3.1.47 Répartition des patients en classe intégrés reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 : (n=704)



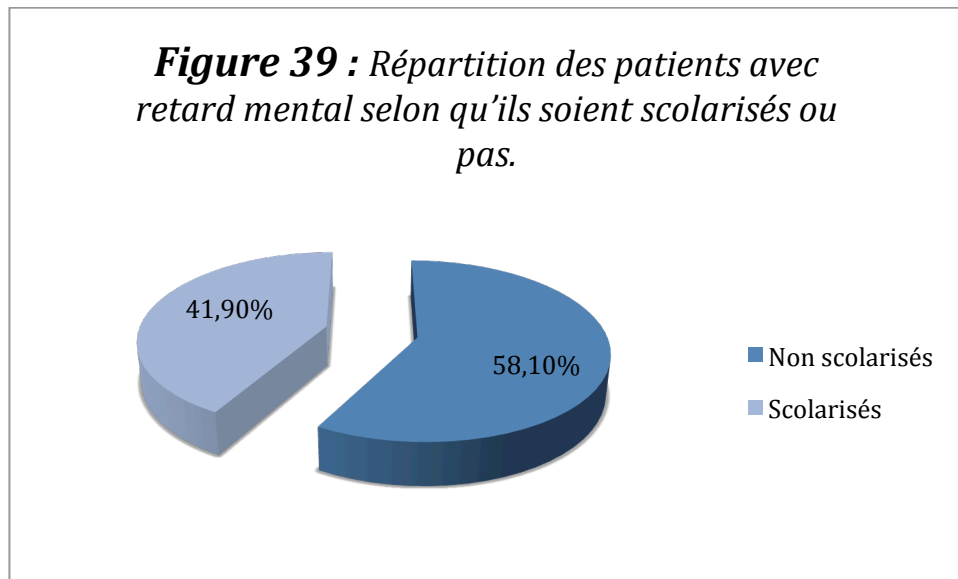
0,3% des 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont en classe intégrée dans des écoles ordinaires.

3.1.48 Répartition des patients inscrits en classes intégrées , reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 et les diagnostics retenus pour eux : (n=2)



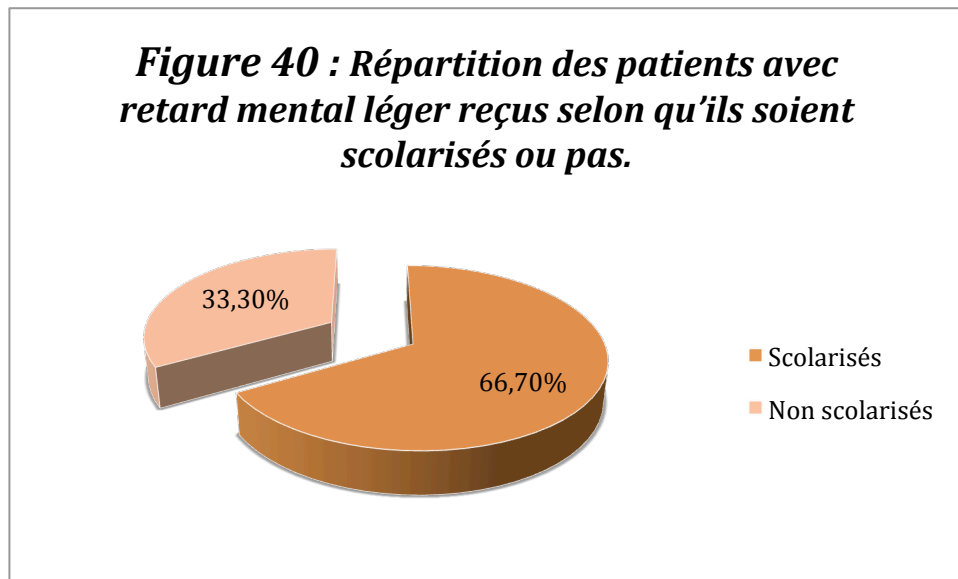
Le diagnostic de trouble envahissant du développement a été retenu pour les 0,3 % des enfants en classes intégrées.

3.1.49 Répartition des patients reçus avec retard mental à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils soient scolarisés ou pas : (n=191)



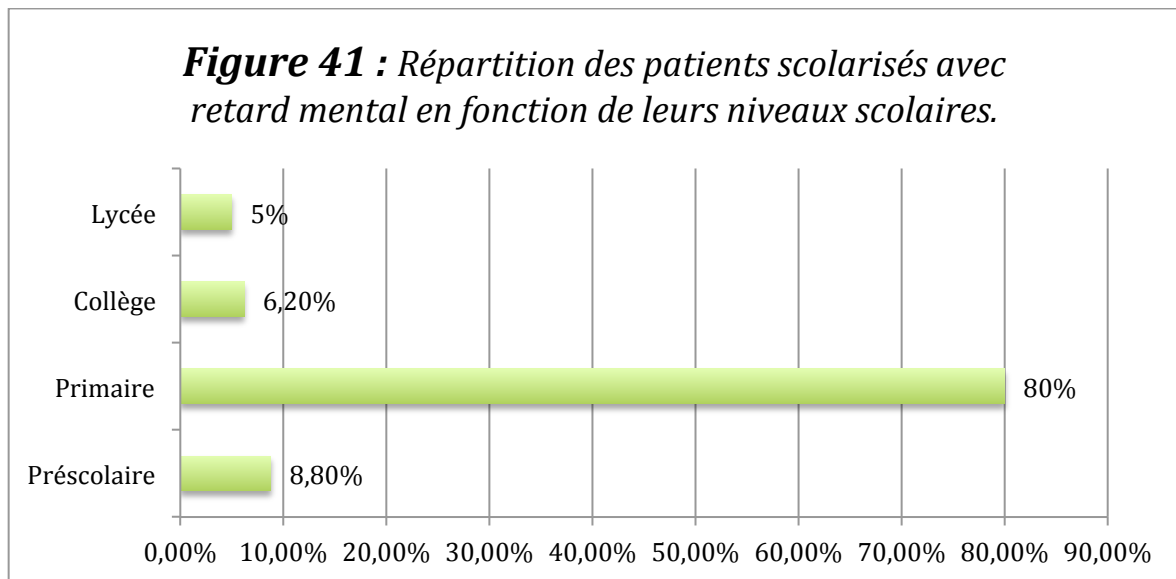
58,1% des 191 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec le diagnostic de retard mental ne sont pas scolarisés. 41,9% d'entre eux le sont.

3.1.50 Répartition des patients avec retard mental léger reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils soient scolarisés ou pas : (n=60)



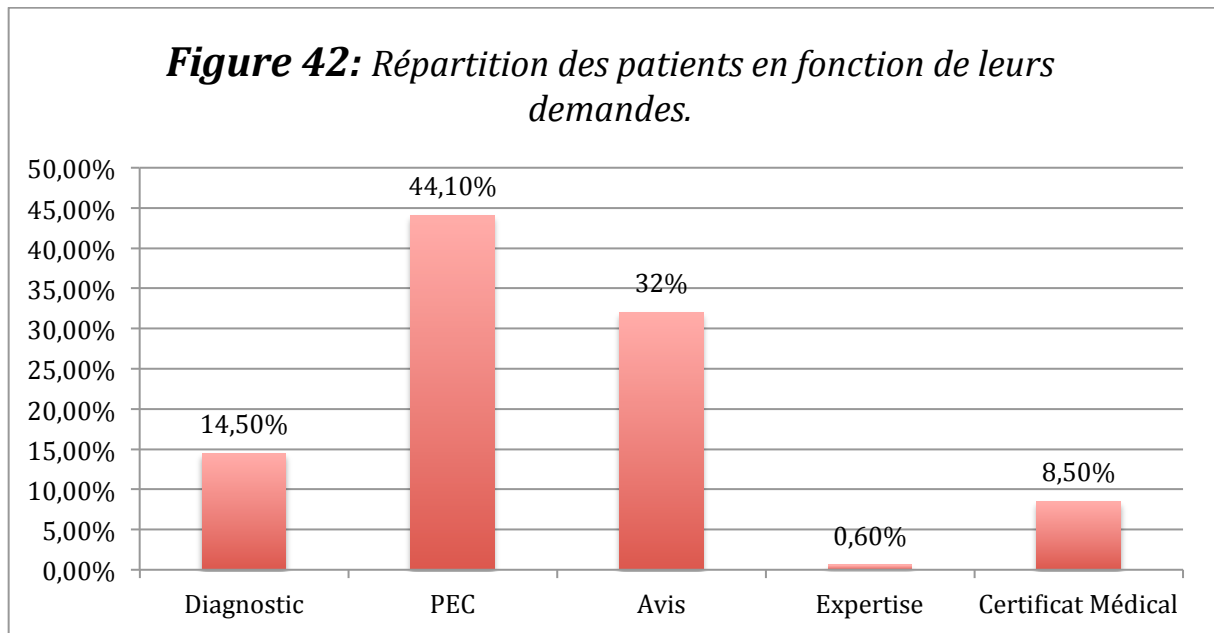
66,7% des 60 patients diagnostiqués avec un retard mental à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont scolarisés. 33,3% d'entre eux ne le sont pas.

3.1.51 Répartition des patients avec retard mental reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 et scolarisés en fonction de leurs niveaux scolaires : (n=80)



80% des 80 patients scolarisés avec retard et mental reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont inscrits au primaire. 8,8% d'entre eux sont inscrits en préscolaire et 6,2% sont au collège. On retrouve 5% de ces patients au lycée.

**3.1.52 La place de l'expertise médicale en consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 :
(n=886)**



Les certificats médicaux représentent 8,5% des demandes et l'expertise médicale représente 0,6% des demandes faites en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014.

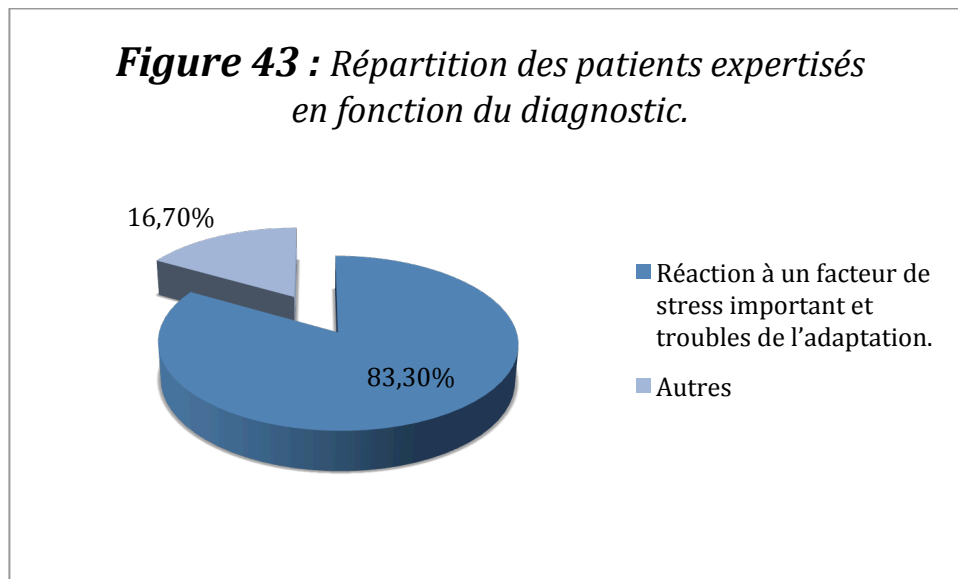
**3.1.53 Répartition des patients reçus à la consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en
fonction du type de certificat demandé : (n=76)**

Tableau 12 :

Certificat médical	Fréquence	Pourcentage
Trisomie 21	36	47.3
Retard mental	23	30.3
Autres	17	22.4
Total	76	100

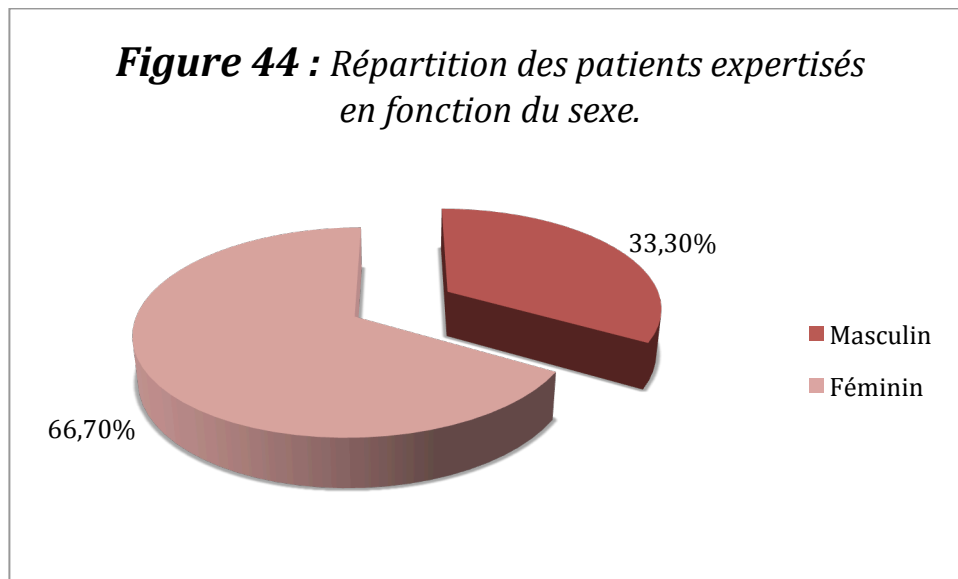
36 demandes parmi 76 ont été répertoriées pour l'obtention d'un certificat médical de Trisomie. 23 demandes /76 pour un certificat de retard mental.

3.1.54 Répartition des patients expertisés, reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du diagnostic: (n=6)



Le diagnostic de réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation est retenu dans 83,3% des cas des patients expertisés, reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014.

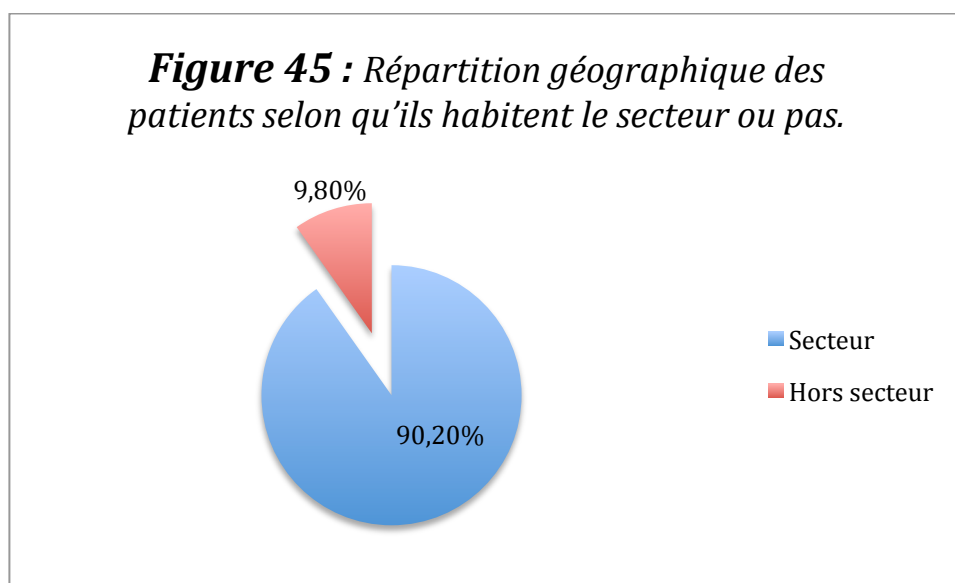
3.1.55 Répartition des patients expertisés, reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du sexe: (n=6)



66,7% des expertises ont été faites pour les patients de sexe féminin et 33,7% pour les patients de sexe masculin.

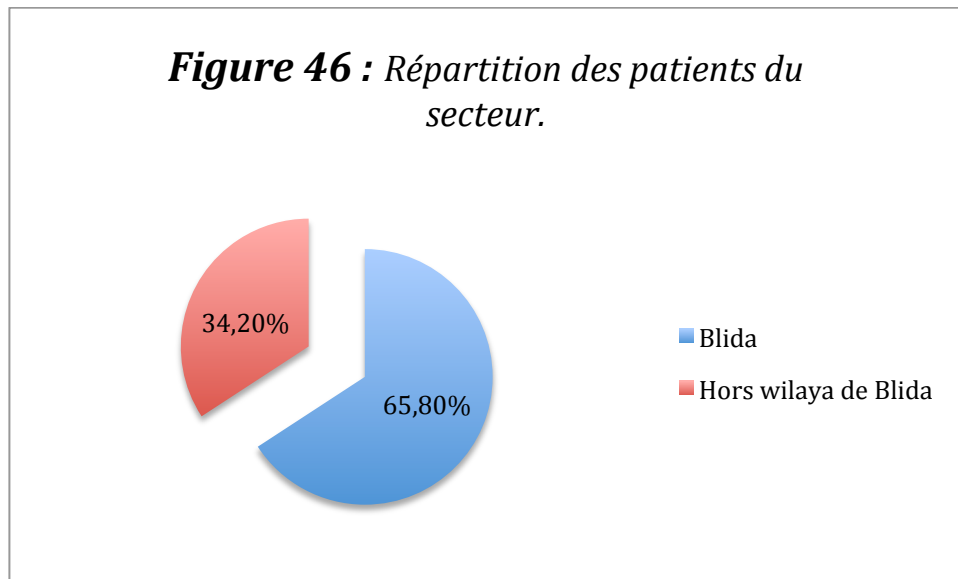
3.2 L'offre de soins :

3.2.1 Répartition géographique des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils soient du secteur ou pas : (n=704)



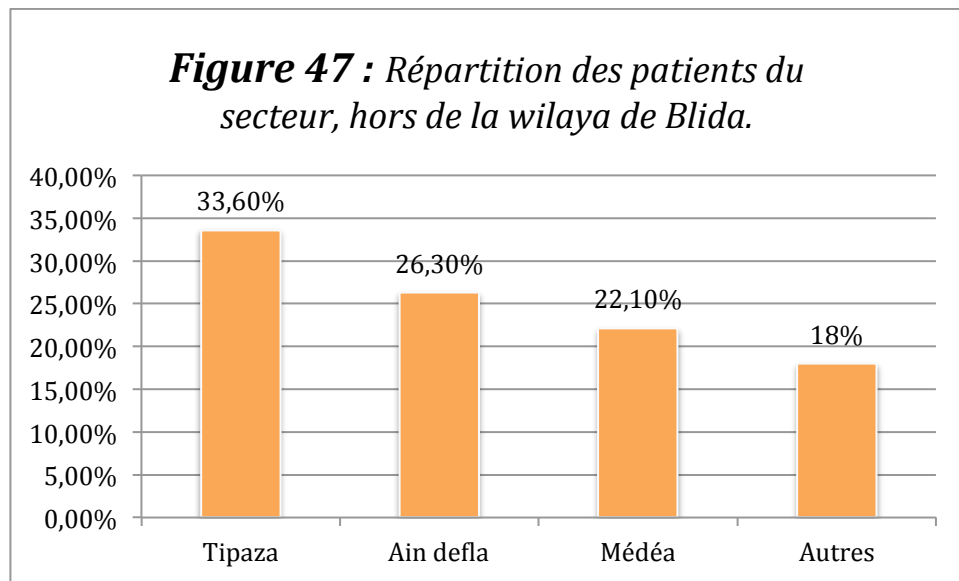
90,2 % des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 habitent le secteur pré déterminé par la direction de la santé et de la population pour la psychiatrie générale en l'occurrence la psychiatrie d'adulte.

**3.2.2 Répartition des patients reçus à la consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 dans le
secteur : (n=635)**



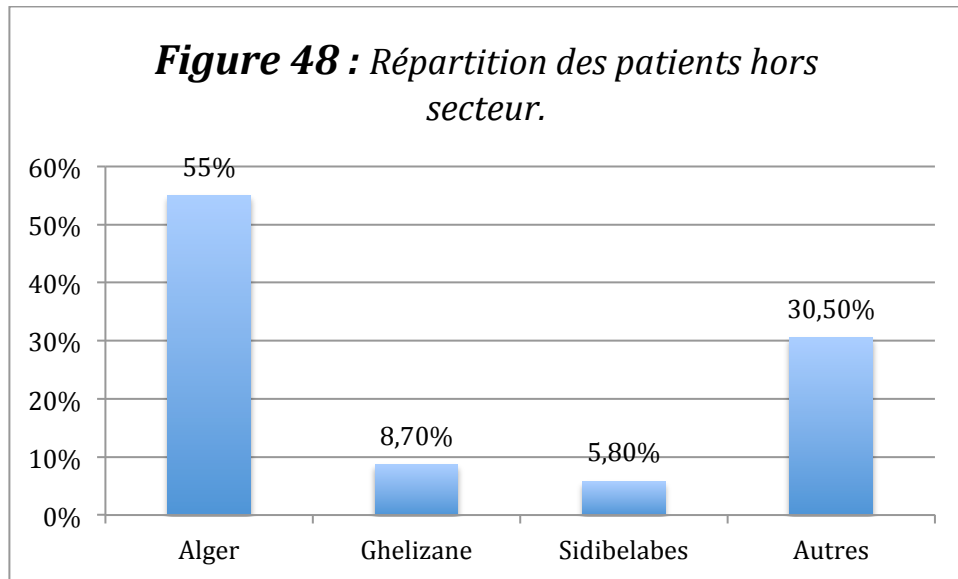
65,8 % des 635 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 habitant le secteur préétablit habitent à la wilaya de Blida.

3.2.3 Répartition des patients du secteur, hors wilaya de Blida, reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 : (n=418)



La wilaya la plus représentée par les patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 habitant le secteur, en dehors de la wilaya de Blida est la wilaya de Tipaza à raison de 33,6 % sur un effectif de 217 patients. Elle est suivie par la wilaya de Aïn defla avec un pourcentage de 26,3 % et de la wilaya de Médéa avec un taux de 22,1%.

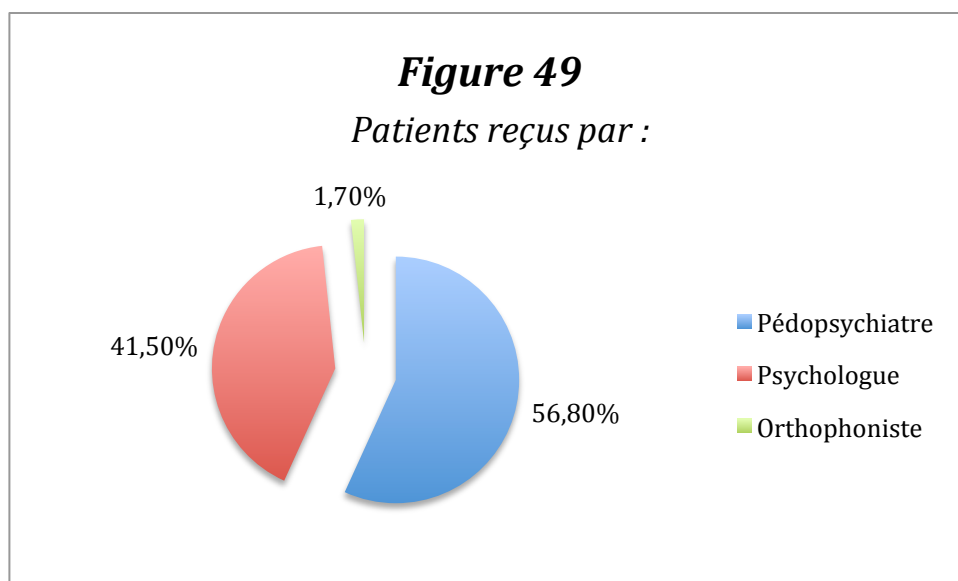
3.2.4 Répartition des patients habitants en dehors du secteur préétabli reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014: (n=69)



69 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 habitent en dehors du secteur préétabli.

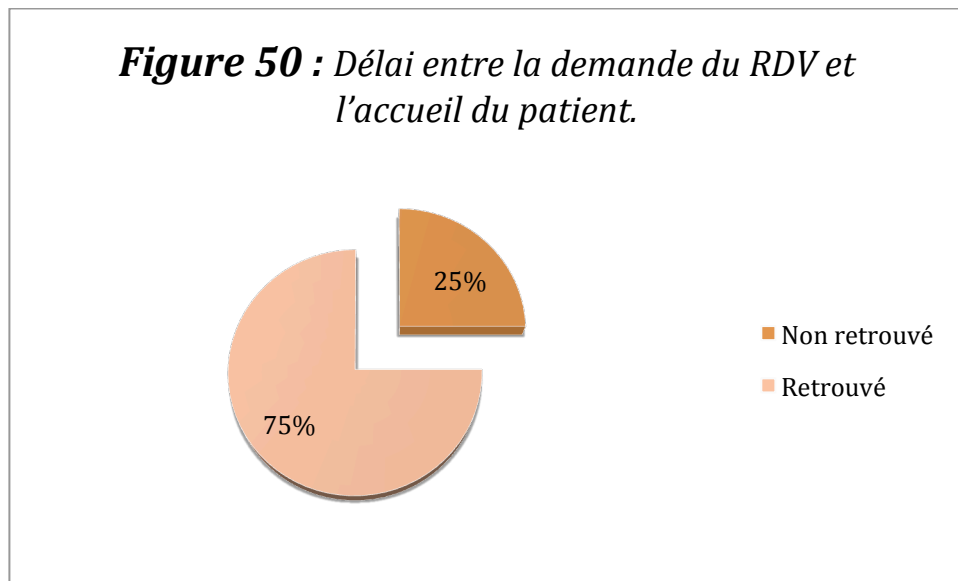
Alger est la wilaya la plus représentée dans le hors secteur avec un pourcentage de 55%, Ghelizane est représentée à hauteur de 8,7 % et Sidi-Bel-Abbès à raison de 5,8%.

3.2.5 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon les professionnels qui les ont reçu : (n=704)



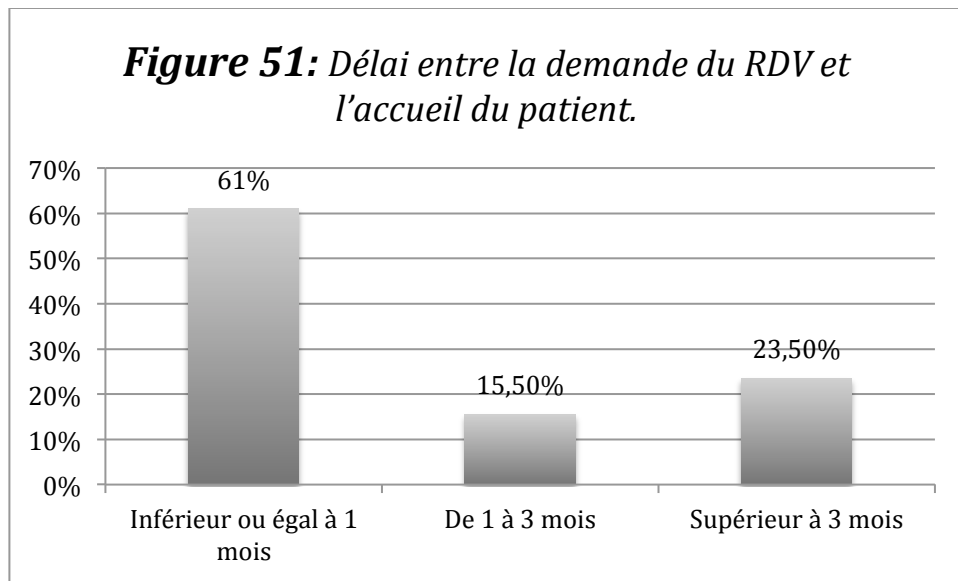
56,8 % des patients ont été reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 par les pédopsychiatres. 41,8% ont été reçus par les psychologues cliniciens. Seulement 1,7 % ont été reçus par les orthophonistes.

3.2.6 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction qu'on ai retrouvé le délai entre la demande du rendez vous et l'accueil du patient ou pas : (n=704)



75 % des délais entre la demande du rdv et l'accueil des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont été retrouvés ce qui équivaut à 528 délais exploitables.

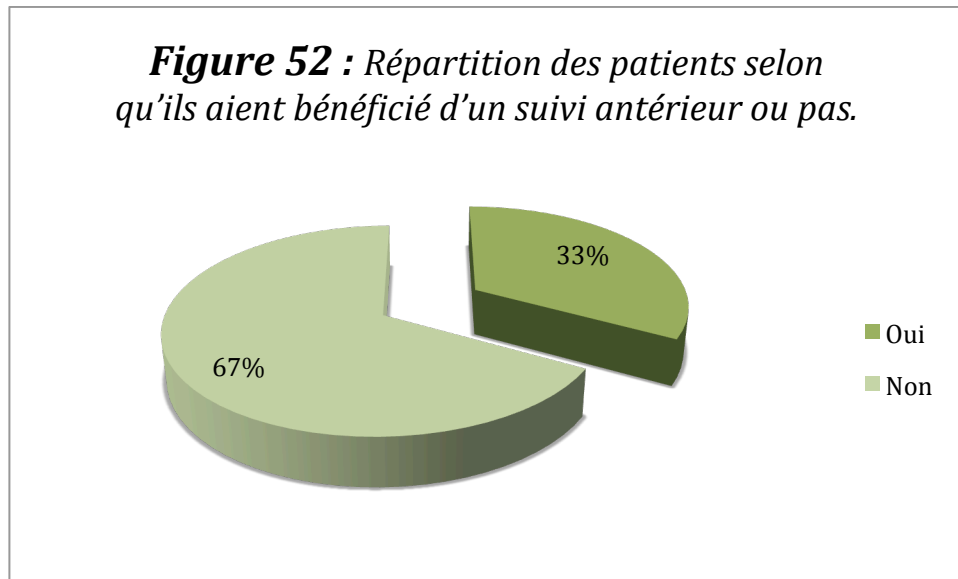
3.2.7 Répartition des patients reçus à la consultation pédo-psychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon le délai entre la demande du rendez vous et l'accueil des patients : (n=528)



528 délais d'attente sont retrouvés entre la date du jour de la demande de RDV et la date du jour de l'accueil des patients reçus à la consultation pédo-psychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014.

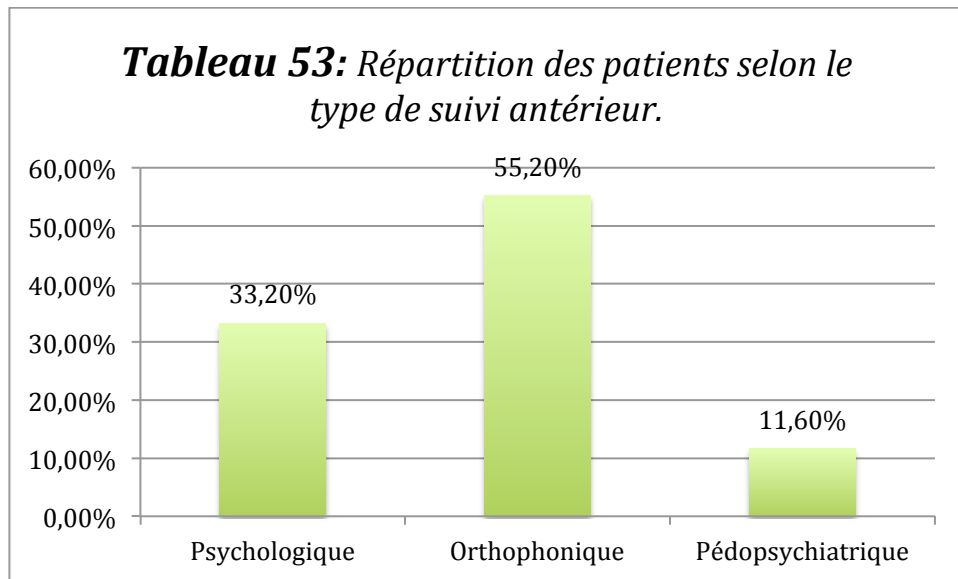
Ces délais sont inférieurs à 1 mois dans 61% des cas. Dans 23,5 % des cas, ils sont supérieurs à 3 mois et dans 15,5 % des cas ils sont situés entre 1 et 3 mois.

3.2.8 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils aient bénéficié d'un suivi antérieur ou pas : (n=704)



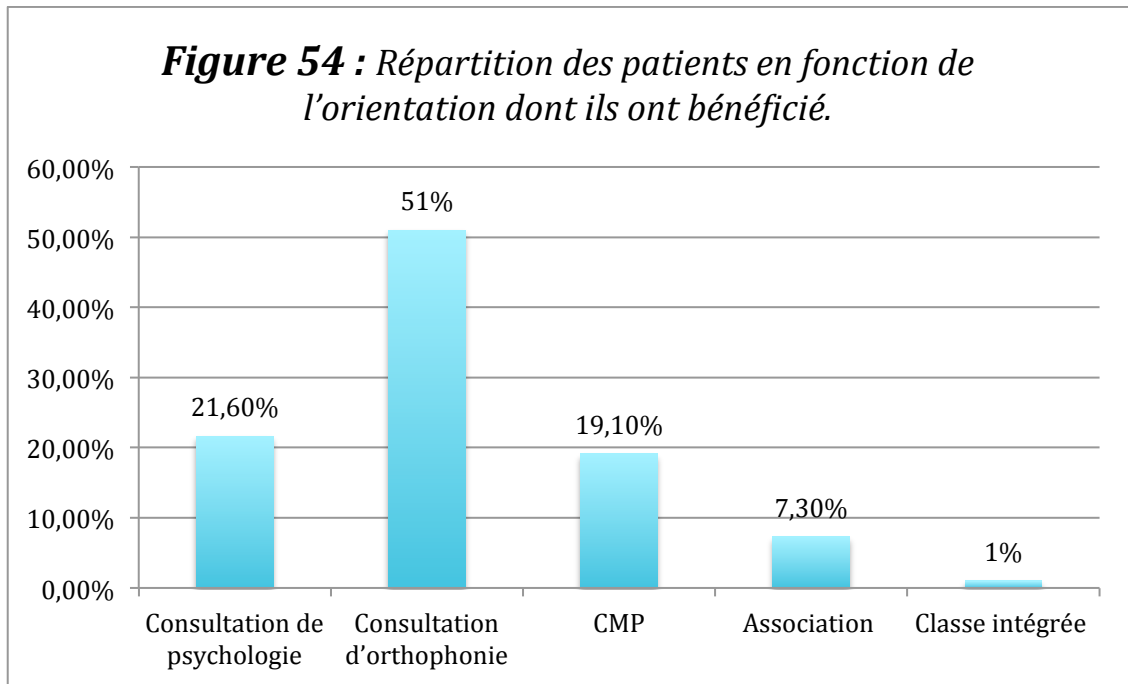
33 % des 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont bénéficié d'un suivi antérieur.

3.2.9 Répartition des patients suivis antérieurement reçus à la consultation pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type de suivi antérieur: (n=232)



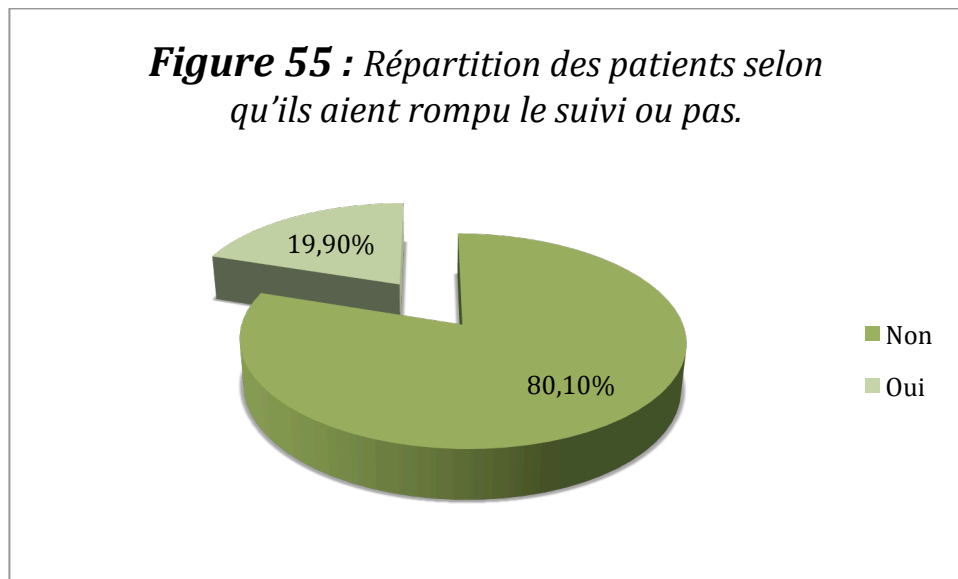
55.2% des 232 enfants suivis antérieurement et reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont bénéficié d'un suivi orthophonique. 33.2% d'entre eux ont bénéficié d'un suivi psychologique et seulement 11.6 % d'un suivi pédopsychiatrique.

3.2.10 Répartition des patients orientés après avoir été reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de l'orientation dont ils ont bénéficié : (n=204)



204 patients ont été orientés. Un même patient peut être orienté vers une ou plusieurs destinations. 51% d'entre eux ont été orientés vers une consultation d'orthophonie. 21,6% ont été orientés vers une consultation de psychologie clinique et 19,1% vers les centres médicopédagogiques. 7,3% des patients ont été confiés à des associations et seulement 1 % ont été acceptés en classes intégrées.

3.1.11 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils aient rompu leurs suivis ou pas : (n=704)



19,9 % des patients reçus en consultation pédopsychiatrique ont rompu leurs suivis après plusieurs entretiens.

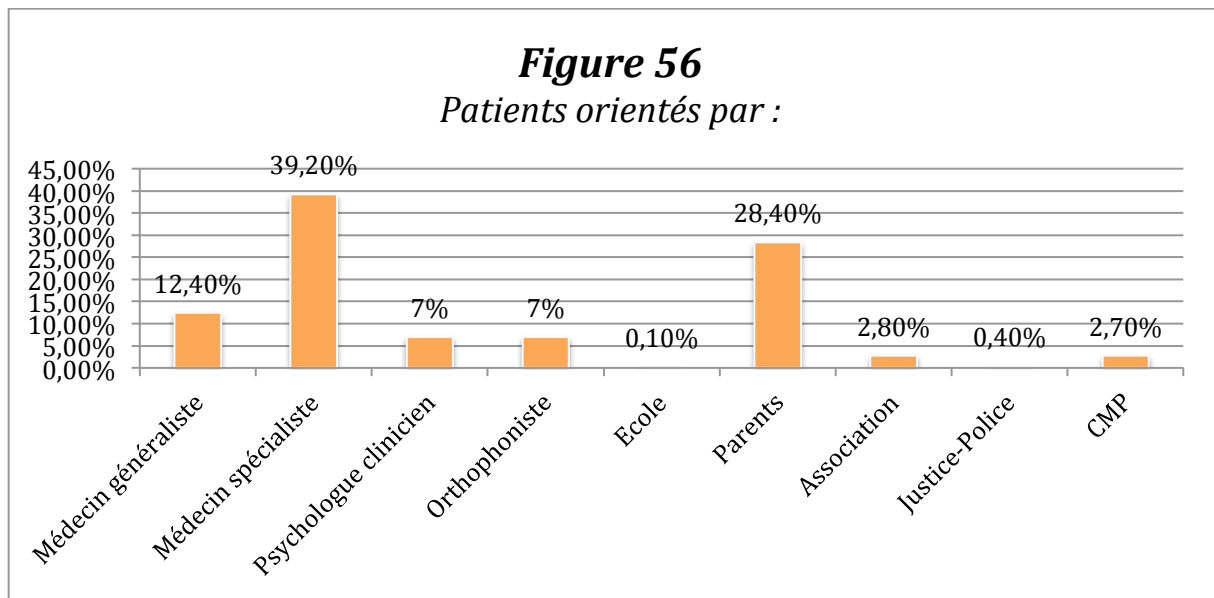
3.2.12 Comparaison entre le nombre de demande de prises en charge et le nombre de suivis réels :

Tableau 13 :

Comparaison entre le nombre de demande de PEC et le nombre de suivis réels.	Fréquence
Demande de prise en charge	391
Nombre de suivis	690

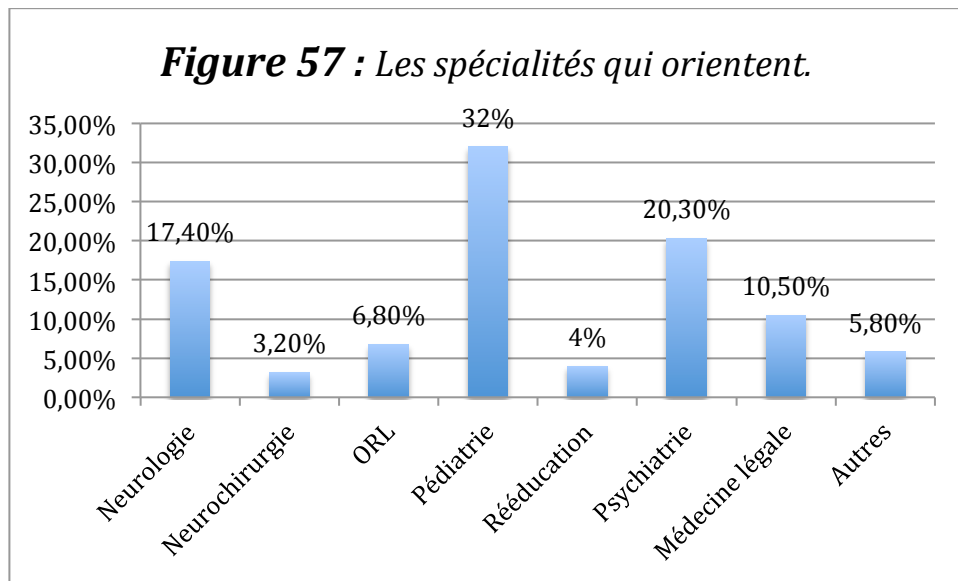
On constate un décalage entre le nombre de demande de prises en charge et le nombre de suivis réels à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014, ce dernier qui est de 690 est largement supérieur au premier qui est de 391.

3.2.13 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon le corps qui l'a orienté : (n=704)



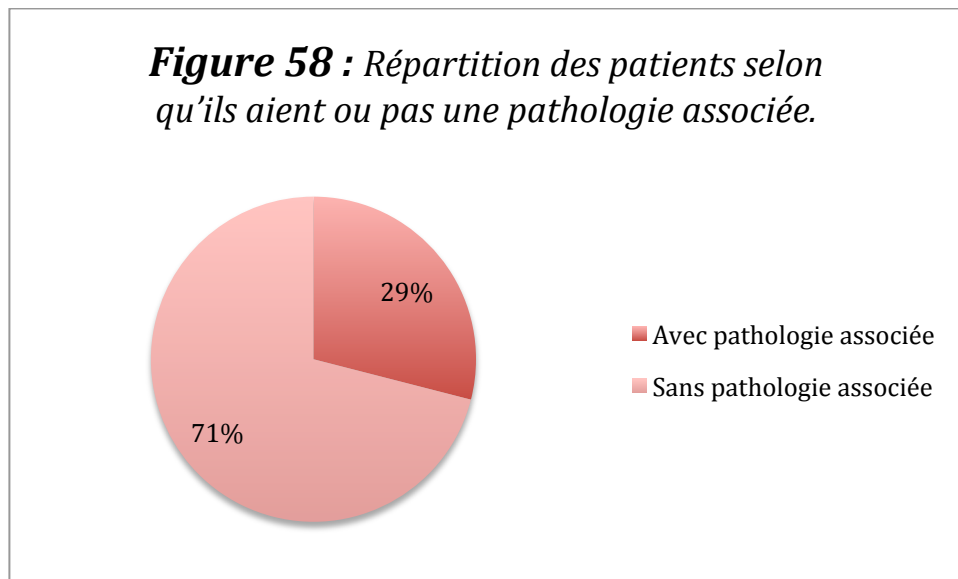
Le corps des médecins spécialistes nous a orienté 39,2 % des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 suivi des parents avec un taux de 28,4 %. Les médecins généralistes nous ont orientés 12,4% des patients tandis que les psychologues et les orthophonistes 14% des enfants de l'échantillon.

3.2.14 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014, orientés par des médecins spécialistes selon la spécialité : (n=276)



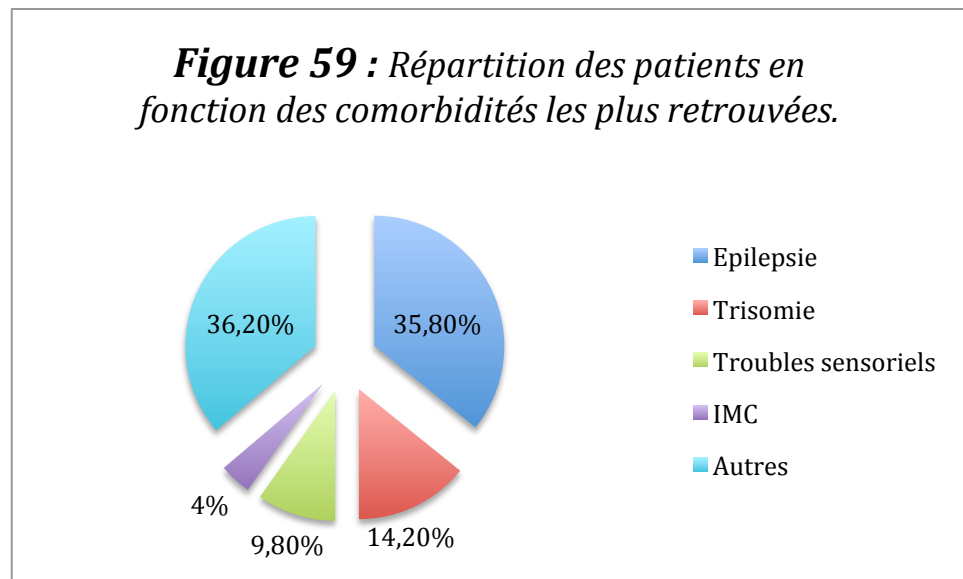
32% des 276 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont été adressés par la pédiatrie. 20,3 % d'entre eux ont été adressés par la psychiatrie générale et 17,4 % par la neurologie . La médecine légale nous a adressé 10,5 % des patients et l'ORL 6,8 % .

3.2.15 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils aient ou pas une pathologie associée : (n=704)



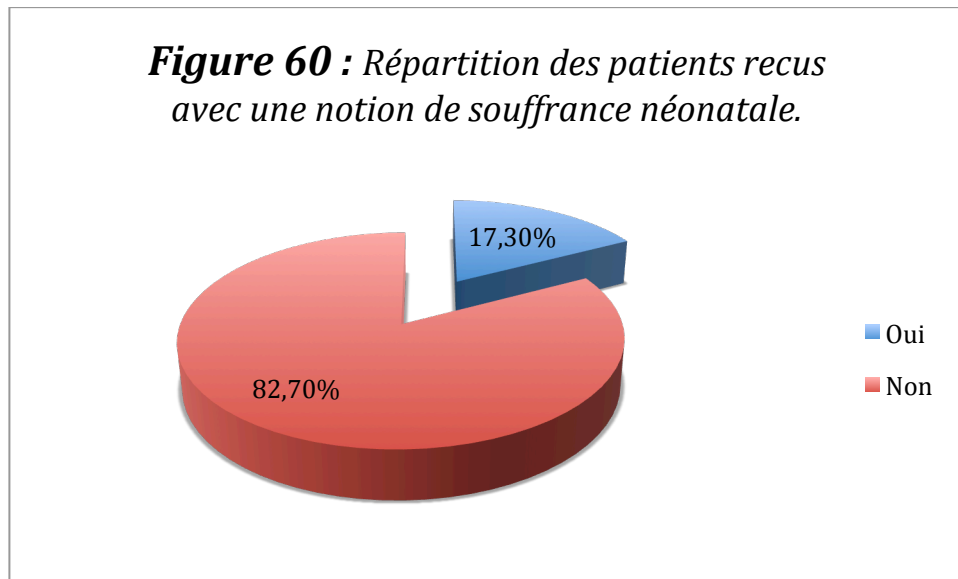
29% des 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 présentent une pathologie associée. 71% d'entre eux n'en présentent pas.

3.2.16 Répartition des patients reçus avec une comorbidité à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de la pathologie associée retrouvée : (n=204)



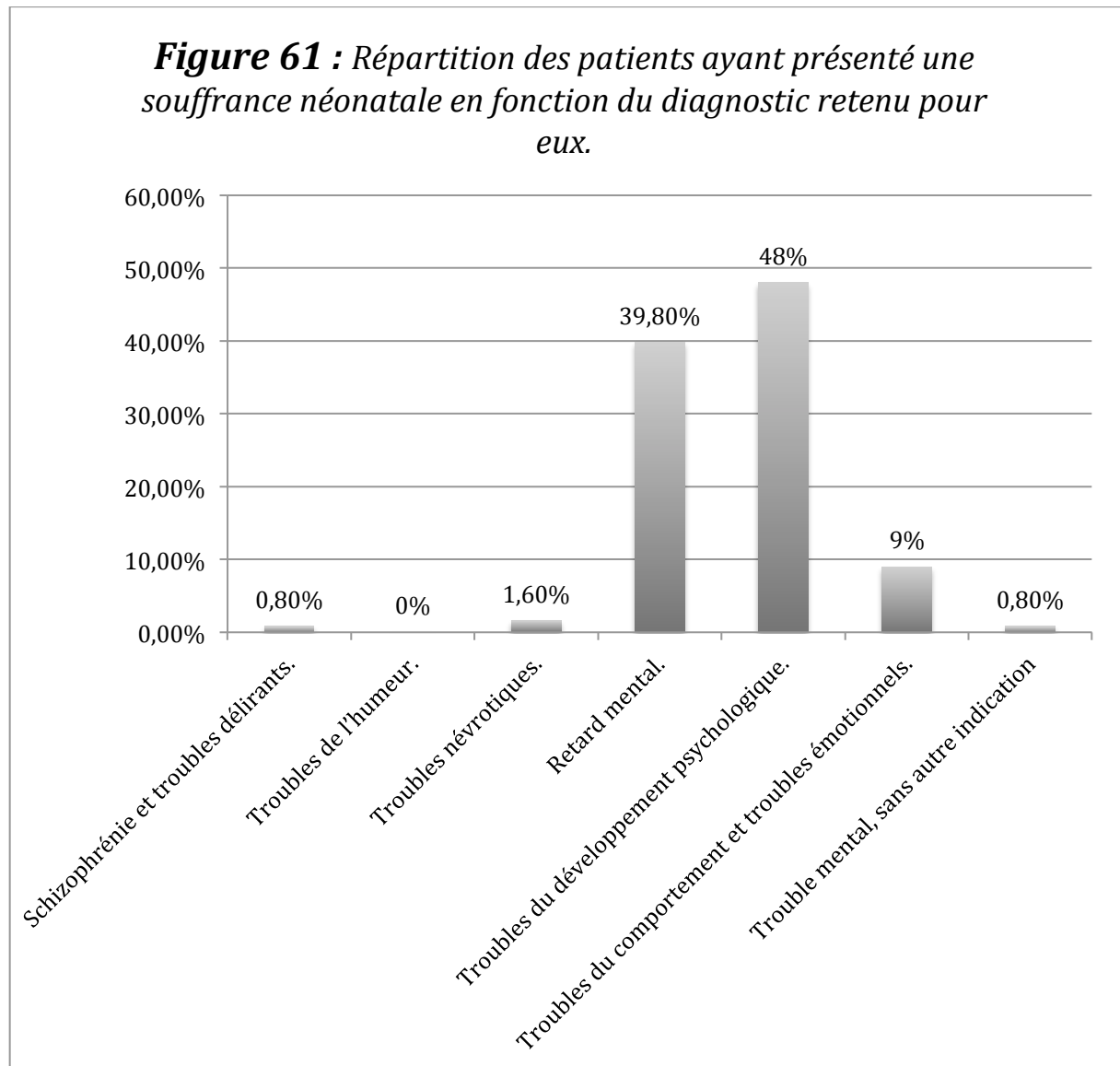
L'épilepsie est retrouvée dans 35,8% des cas sur les 204 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014, la trisomie est retrouvée dans 14,2% des cas. Les troubles sensoriels sont présents dans 9,8 % des cas. Les infirmités motrices cérébrales ne sont retrouvées que dans 4% des cas.

**3.2.17 Répartition des patients reçus à la consultation
pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014 avec notion de
souffrance néonatale : (n=704)**



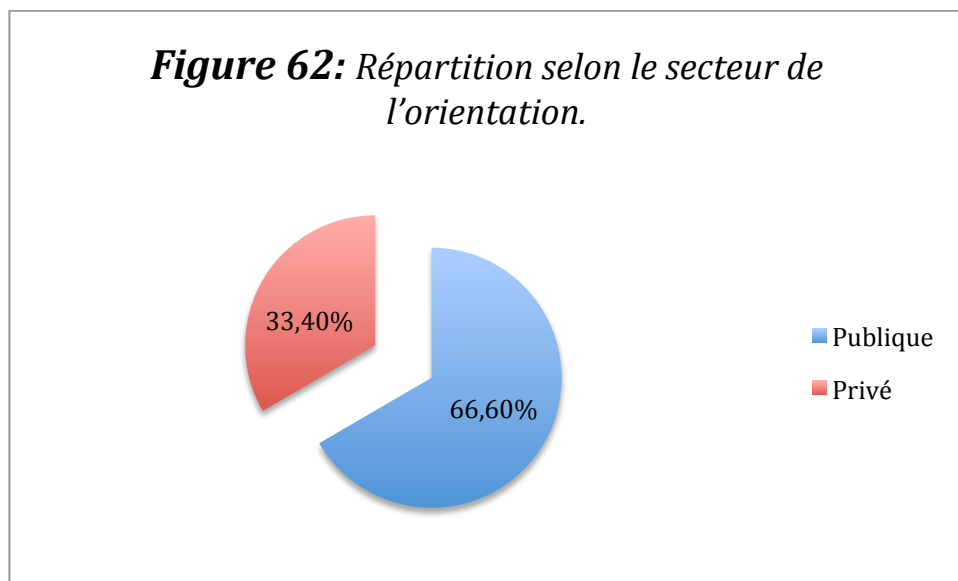
On a relevé pour 17,3 % Parmi les 704 des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014 une notion de souffrance néonatale. Cette notion n'a pas été retrouvée pour 82,7% d'entre eux.

3.2.18 Répartition des patients reçus avec notion de souffrance néonatale à la consultation pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du diagnostic retenu pour eux : (n=122)



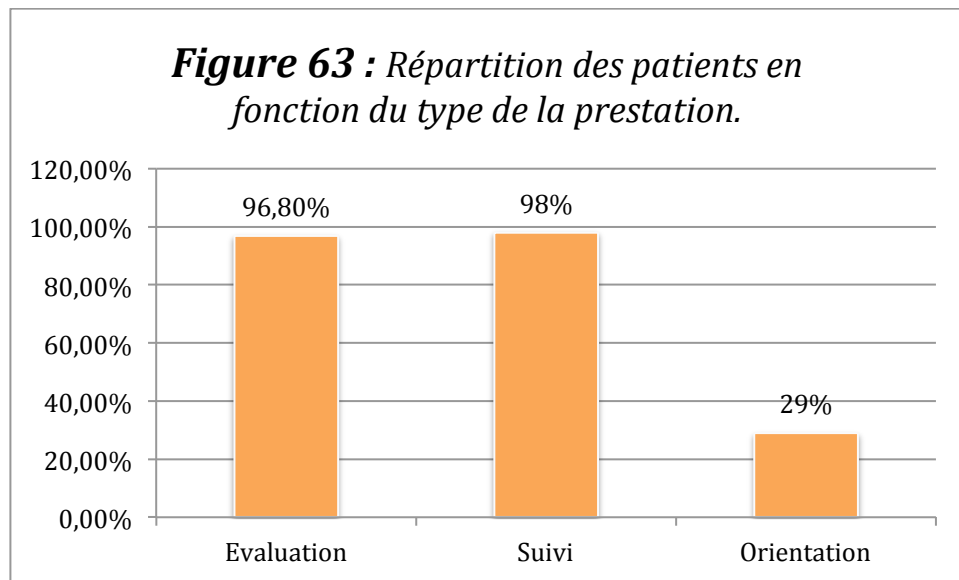
Pour 48% des 122 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de janvier 2014 à décembre 2014 avec une notion de souffrance néonatale le diagnostic des troubles du développement psychologique a été retenu. Le retard mental a été retenu dans 39,8% d'entre eux. Dans 9% des cas le diagnostic des troubles du comportement et troubles émotionnels a été posé.

3.2.19 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon qu'ils soient orientés du secteur public ou privé : (n=704)



66,6% des 461 patients adressés par le corps des soignants et reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont été orientés du secteur public et 33,4 % sont adressés du secteur privé.

3.2.20 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de la prestation :

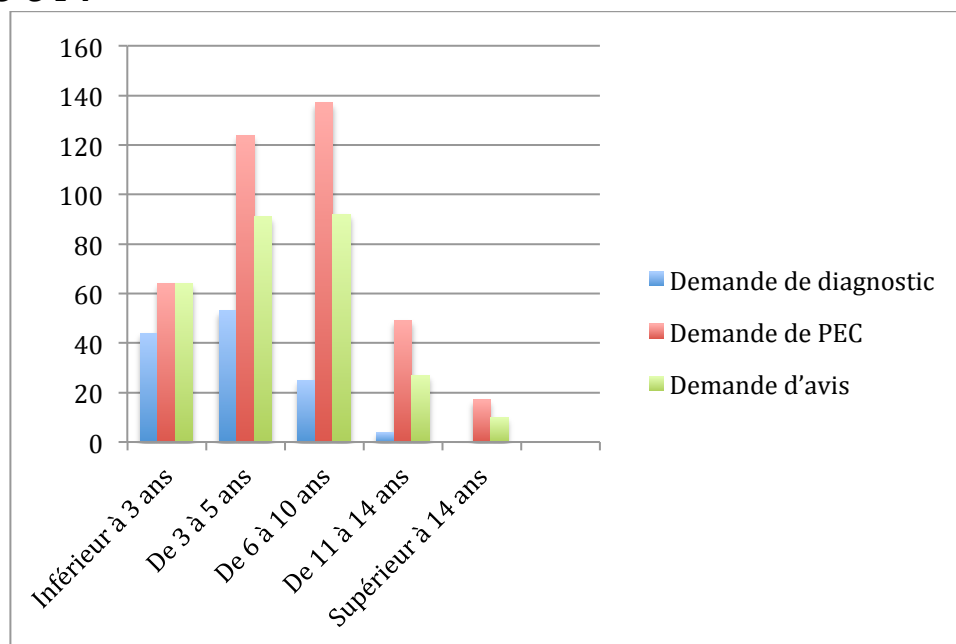


Nous avons choisis de répartir l'activité de la consultation en 3 services : l'évaluation, le suivi et l'orientation tout en sachant que le même patient peut bénéficier de plusieurs services.

98 % des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont bénéficié d'un suivi. 96,8% d'entre eux ont bénéficié d'une évaluation, il n'y a qu'un pourcentage de 29 des patients qui a été orienté.

3.2.21 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 selon la tranche d'âge et le type de demande :

Figure 64 :



Pour les enfants qui ont moins de 3 ans, la demande des parents concerne autant la prise en charge que l'avis.

Pour les enfants entre 3 et 5 ans, leur demande est principalement centrée sur la prise en charge, secondairement autour de l'avis.

Pour les enfants entre 6 et 10 ans, la demande de prise en charge est principale par rapport à la demande d'avis et de diagnostic.

Pour les enfants de plus de 11 ans, la demande de prise en charge reste en première position suivie pour cette tranche d'âge de la demande d'avis.

3.3 Petite enfance

3.3.1 Répartition des patients reçus pour des signes autistiques à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction de l'âge : (n=199)

Tableau 14

Signes autistiques en fonction de l'âge.	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 3 ans	86	43.2
De 3-5 ans	86	43.2
De 6-10 ans	24	12.1
De 11- 16 ans	3	1.5
Total	199	100

43,2% des 199 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour des signes autistiques ont un âge inférieur à 3 ans. On retrouve le même pourcentage pour les patients dont l'âge se situe entre 3 et 5 ans. 12,1% sont âgés entre 6 et 10ans et 1,5% d'entre eux ont entre 11 et 16 ans.

3.3.2 Répartition des patients de moins de 3 ans reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du type de consultation: (n=149)

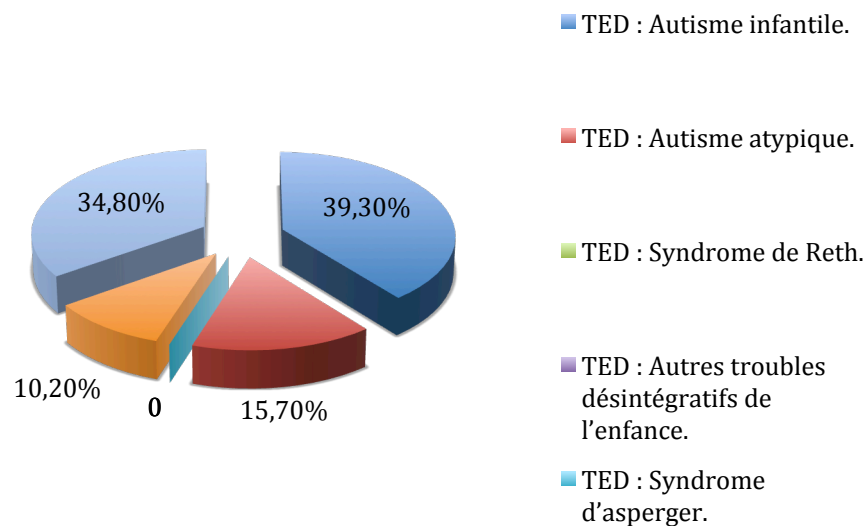
Tableau 15 :

Le type de consultation pour les enfants inférieurs à 3 ans	Fréquence	Pourcentage
Consultation sur RDV	136	91.2
Urgence	13	8.8
Total	149	100

91,2% des enfants de moins de 3 ans reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont programmés sur rendez vous. 8,8% d'entre eux ont été reçus dans l'urgence.

3.3.3 Répartition des patients de moins de 3 ans reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du trouble envahissant du développement : (n=89)

Figure 65: Répartition des patients de moins de 3 ans en fonction du type de trouble envahissant du développement.



Pour 39,3% des 89 patients qui ont un âge inférieur ou égal à 3 ans avec TED le diagnostic d'autisme infantile est porté. 34,8% d'entre eux porteront le diagnostic des troubles envahissants du développement sans précision. L'autisme atypique est retenu dans 15,7% des cas et les autres troubles envahissants du développement sont retrouvés dans 10,2% des cas.

3.3.4 Répartition des patients de moins de 3 ans reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour qui le diagnostic d'autisme infantile a été retenu suite à des signes autistiques : (n=35)

Tableau 16

Les patients de moins de 3 ans avec autisme infantile qui se sont présentés pour des signes autistiques.	Fréquence	Pourcentage
Signes autistiques	28	80
Total	35	100

Les signes autistiques comme motif de consultation ont été retrouvés dans 80% chez les patients de moins de 3 ans chez qui le diagnostic d'autisme infantile a été posé ultérieurement à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014.

3.3.5 Répartition des patients de moins de 3 ans reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour qui le diagnostic de TED sans précision a été retenu suite à des signes autistiques : (n=31)

Tableau 17 :

Les patients de moins de 3 ans avec un TED sans précision qui se sont présentés pour des signes autistiques comme motif de consultation.	Fréquence	Pourcentage
TED sans précision	24	77.4
Total	31	100

Les signes autistiques comme motif de consultation ont été retrouvés dans 77,4% chez les patients de moins de 3 ans chez qui le diagnostic de trouble envahissant du développement sans précision a été posé ultérieurement à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014.

3.3.6 Répartition des patients de moins de 3 ans reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour qui le diagnostic d'autisme infantile a été retenu suite à des troubles du langage : (n=35)

Tableau 18

Les patients de moins de 3 ans avec autisme infantile et troubles du langage comme motif de consultation.	Fréquence	Pourcentage
Trouble du langage	2	5.7
Total	35	100

Les troubles du langage comme motif de consultation ont été retrouvés dans 5,7% chez les patients de moins de 3 ans chez qui le diagnostic d'autisme infantile a été posé ultérieurement à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014.

3.4 Adolescence

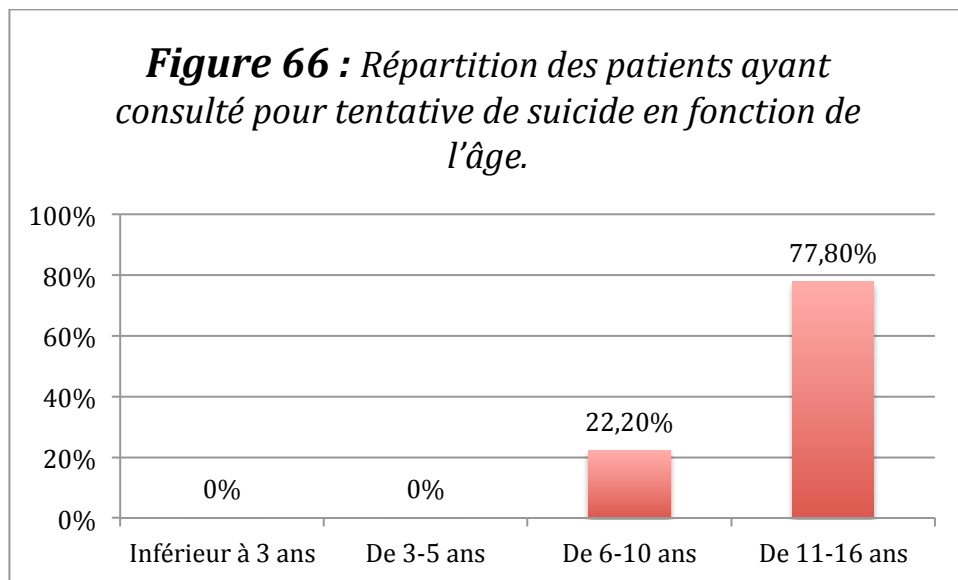
3.4.1 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 dont l'âge est compris entre 11 et 16 ans en fonction du type de consultation : (n=101)

Tableau 19

Le type de consultation pour adolescents	Fréquence	Pourcentage
Consultation sur RDV	45	44.6
Urgence	56	55.4
Total	101	100

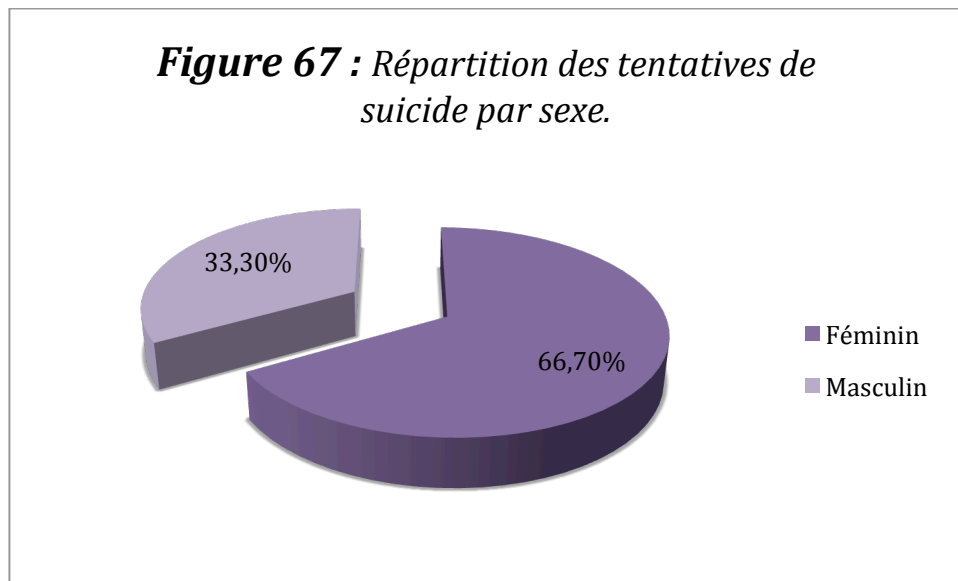
55,4% des 101 des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 dont l'âge est compris entre 11 et 16 ans ont été reçus dans le cadre de l'urgence et 44,6% d'entre eux ont été reçus sur rendez vous.

3.4.2 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour tentative de suicide en fonction de l'âge : (n=9)



La tentative de suicide comme motif de consultation est retrouvée dans 77,8% des cas chez les patients dont l'âge est compris entre 11 et 16 ans. Dans 22,2% des cas chez les patients dont l'âge est compris entre 6 et 10 ans.

3.4.3 Répartition des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour tentative de suicide en fonction du sexe : (n=9)



66,7% des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 suite à une tentative de suicide sont de sexe féminin et 33,3% d'entre eux sont de sexe masculin.

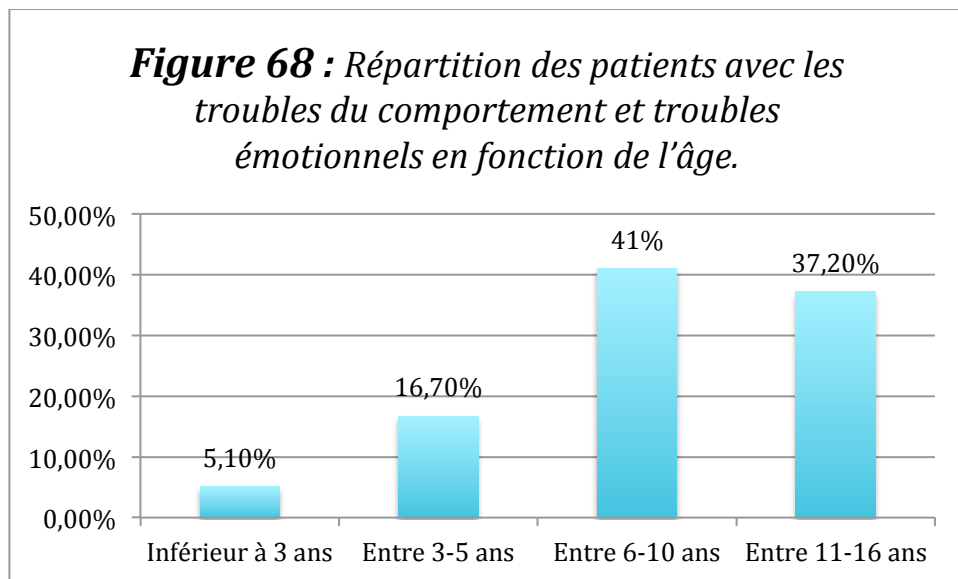
3.4.4 Répartition des patients reçus entre 11 et 16 ans à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en fonction du sexe : (n=101)

Tableau 20 :

Répartition des adolescents reçus par sexe.	Fréquence	Pourcentage
Garçons	48	47,5
Filles	53	52,5
Total	101	100

52,5% des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont de sexe féminin. 47,5% d'entre eux sont de sexe masculin.

**3.4.5 Répartition des patients reçus à la consultation
pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 avec des
troubles du comportement et troubles émotionnels en fonction de
l'âge : (n=78)**



41% des 78 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour les troubles du comportement et les troubles émotionnels ont un âge compris entre 6 et 10 ans et 37,2% sont âgés entre 11 et 16 ans.

16,7% de ces patients ont un âge compris entre 3 et 5 ans et 5,1% d'entre eux ont moins de 3 ans.

3.4.6 Répartition des patients reçus à la consultation de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 dont l'âge est compris entre 11 et 16 ans en fonction du diagnostic retenu : (n=101)

Tableau 21 :

La répartition des diagnostics en fonction de l'âge .	11-16 ans
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.	7
Troubles de l'humeur.	2
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress.	28
Retard mental.	19
Troubles du développement psychologique.	16
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.	29
Total	101

Chapitre 5 :

La discussion

Pour la discussion :

- Les figures commentées seront mentionnées en indice, en rouge sur le texte.
- Les renvois bibliographiques seront mentionnés en exposant, en bleu sur le texte.

- *Discussion, première partie :*

- Nous décrivons et discuterons l'activité de la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 en matière de pathologies et de population rencontrées.
- Les paramètres concernant les entités cliniques les plus présentes statistiquement, seront discutées à part dans la première partie.
- Nous comparerons certains d'entre eux avec les résultats d'autres travaux nationaux et internationaux effectués sur l'entité clinique concernée.

- *Discussion, deuxième partie :*

- Nous discuterons certains indicateurs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de soins.
- Nous mettrons en évidence les insuffisances du dispositif tel qu'il est proposé tout en désignant quelques obstacles et certaines difficultés rencontrés.
- Nous évaluerons la complémentarité de notre pratique avec celle des structures extrahospitalières.
- Nous dégagerons les principaux partenaires de la consultation pédopsychiatrique de Blida.

- *Discussion, troisième partie :*

Nous mettrons en évidence la nécessité de réfléchir un dispositif adapté à la petite enfance en mettant en avant quelques indicateurs qualitatifs et quantitatifs qui le soutiennent.

- *Discussion, dernière partie :*

Nous mettrons également en évidence la nécessité de réfléchir un dispositif de soin adapté à l'adolescence.

Nous compléterons certaines données avec celles que nous avons enregistré dans le service durant 16 années de consultation afin d'apprécier l'évolution et le changement de ces données.

La discussion sera étayée par l'éclairage de certains auteurs et travaux nationaux et internationaux.

4.1 Evaluation de l'activité d'une consultation pédopsychiatrique :

4.1.1 Eléments relatifs à l'enfant :

Sex-ratio :

Dans notre série, 65,3% des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 sont de sexe masculin [figure 1](#).

Ce constat contraste avec celui qui a été fait dans l'étude prospective similaire menée à la consultation pédopsychiatrique de l'hôpital pédiatrique de Tours en 2000 où les deux tiers de la population examinée étaient des filles ⁶⁰.

Nous aurions souhaité comparer cette répartition par sexe avec des études menées sur des consultations pédopsychiatriques du Maghreb mais nous n'avons rien retrouvé dans les études maghrébines concernant ce point précis.

Pour tenter d'expliquer ce contraste, nous proposons de relever deux points, le deuxième ayant une valeur plus objective que le premier :

- Même si le constat actuel concernant la famille algérienne nous laisse croire que cette dernière tend à se moderniser, nous prenons le risque d'émettre l'hypothèse qu'en dehors des situations d'urgence, il est classiquement plus admis dans notre société de demander une consultation pour un garçon que de la demander pour une fille. Mahfoud Boucebci pense qu'une consultation psychiatrique pour la femme d'une manière générale représente une étiquette très souvent péjorative et qu'on ne s'y résout qu'en dernière extrémité ²².

Cette interprétation se relativise lorsqu'il s'agit d'une population infantile mais elle peut trouver toute sa place lorsqu'il s'agit d'une population juvénile.

- On peut également envisager une plus grande vulnérabilité chez les garçons compte tenu des diagnostics retrouvés. Nous verrons plus loin que c'est les troubles envahissants du développement qui occuperont - de loin - la place la plus importante dans la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 [figure 12](#). Ceci expliquerait en partie la prédominance masculine. Une prédominance qui tendrait vers celle du trouble majoritairement retrouvé.

L'âge :

L'âge moyen de la consultation est de 6,2 ans nous mettant face à une population d'enfants assez jeune. Les enfants qui ont le plus consulté de janvier 2014 à décembre 2014 ont un âge compris entre 3 et 5 ans

[figure 2](#).

C'est le moment où les parents commencent à s'inquiéter. C'est la tranche d'âge qui précède la scolarité. Le trouble quel qu'il soit met en danger la rentrée et le pronostic scolaire de l'enfant. C'est dans cet intervalle d'âge -pour certains motifs de consultation -qu'on cesse d'attendre que les choses rentrent dans l'ordre naturellement.

L'apparition des enfants de moins de 3 ans en troisième position avec un pourcentage de 21,2% est une nouveauté pour la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014. Ceci peut refléter une meilleure sensibilisation des parents à des questions relatives aux signes précoces de certains troubles du développement, pouvant être visibles à cet âge.

Les adolescents ont été présents dans 14,4% des cas, malgré le fait que le dispositif d'accueil proposé soit commun aux enfants et aux adolescents.

4.2.2 Eléments relatifs à la consultation :

Le type de consultation :

Quelque soit la tranche d'âge des enfants reçus, on constate que la consultation sur rendez vous est plus importante que la consultation dans l'urgence. Le dispositif tel qu'il est conçu s'y prête [figure 3- tableau 1](#).

Cette donnée s'inverse pour les adolescents qui eux, consultent plus souvent dans le cadre de l'urgence. Les problèmes liés à l'adolescence nécessitent une intervention spécifique revêtant le plus souvent un caractère urgent.

Dans 25,3% des cas la consultation a revêtu un caractère urgent. Ceci correspond au pourcentage retrouvé dans l'étude équivalente menée à Tours qui retrouve 45 urgences sur 215 interventions pédopsychiatrique, ce qui équivaut à 21% des cas ⁶⁰.

Le type d'intervention dépend des situations et nécessite une bonne organisation. Une organisation qui prend son point de départ au « moment de l'accueil ». Un moment capital et important dans le dispositif de soin. M.Mebtoul le pointe d'ailleurs comme un moment clé dans la prise en charge des patients et le considère comme un acte de citoyenneté pour la personne qui a pour mission d'accueillir ⁶¹.

Le type de demande :

Afin de pouvoir évaluer le dispositif proposé et de voir s'il répond aux attentes des usagers, nous avons choisi de différencier et d'apprécier quantitativement les types de demandes.

Chaque type de demande requiert une mobilisation et une organisation dans le temps et dans l'espace différentes du professionnel qui reçoit.

La plupart des usagers ont demandé d'emblée une prise en charge. 32% d'entre eux ont demandé un avis alors que 14,5% ont demandé un diagnostic. L'expertise n'a été demandée que dans 0,6% des cas [figure 4](#). L'expertise chez l'enfant étant une activité sensible et spécifique, sera discutée plus loin même si le pourcentage retrouvé dans notre étude semble non significatif.

Au delà des aspects organisationnels, Neuburger nous invite à reconsidérer contextuellement la demande. Il différencie clairement trois niveaux logiques de la demande qu'il nous demande de prendre en compte à savoir le symptôme, la souffrance et l'allégation ⁶².

Son modèle permet de resituer la demande dans son contexte. Pour qu'il y ait une demande, il faut que le sujet soit porteur d'un symptôme dont il souffre, une souffrance pour laquelle il demande de l'aide. L'enfant est forcément le porteur du symptôme en consultation pédopsychiatrique, il est rare qu'il en souffre d'une manière constante et consciente et il est encore plus rare qu'il soit le demandeur d'aide. La souffrance et la demande d'aide proviennent en général du ou des parents.

Nous pensons que ces trois niveaux logiques interviennent également dans le choix des mots utilisés par les parents lorsqu'ils formulent une demande. Une demande qui s'exprimera selon son propre niveau de maturation. Certains demanderont « juste un avis », d'autres « un diagnostic » et enfin il y'aura ceux qui demanderont « une prise en charge ».

Le motif de consultation :

Nous avons choisi de regrouper certains motifs dans des catégories. Pour plusieurs enfants, les motifs peuvent appartenir à plusieurs catégories, c'est pour cela que le nombre de motifs de consultation est supérieur au nombre d'enfants reçus en consultation [figure 5](#).

Le trouble du comportement reste le premier motif de consultation pour lequel les familles ont consulté en 2014. Ceci correspond aux résultats de l'étude menée à Tours où le trouble du comportement est retrouvé dans le groupe 2 de la classification des demandes pédopsychiatrique élaborée par Bizouard et al [63](#).

Ce motif de consultation est immédiatement suivi par les troubles du langage qui sont considérés comme une des premières difficultés diagnostiques rencontrées en consultation pédopsychiatrique.

Les signes autistiques énoncés comme tels occupent la troisième place des motifs de consultations et constituent également une des difficultés diagnostiques majeures rencontrées en consultation de pédopsychiatrie.

Ces trois motifs de consultation occupent une place centrale à la consultation pédopsychiatrique de Blida. Les deux derniers motifs de consultation sont retrouvés sur la classification de Bizouard et al [63](#) dans le groupe 6, celui des difficultés diagnostiques. Ce groupe qui constituait la majeure partie de l'activité de consultation de Tours au début des années 70 est apparu sur l'étude publiée en 2003 en nette diminution parce qu'il concernait une population dépistée plus tôt et examinée dans des dispositifs plus spécifiques [60](#). Cette population occupe chez nous, presque tout le champ d'activité de la consultation pédopsychiatrique.

Les difficultés scolaires et la symptomatologie anxieuse seront discutées ultérieurement.

4.1.3 Eléments relatifs à la famille :

Conditions socio-économiques :

Mahfoud Boucebci pense que la rapidité des bouleversements socioéconomiques affectant les pays comme le notre a un impact majeur tant au plan collectif qu'individuel. Il en découle un remodelage profond et un perpétuel remaniement des mentalités et des préoccupations sociales ⁶⁴. C'est ce que ce que nous avons voulu vérifier à travers l'analyse du paramètre des conditions socioéconomiques sur la population des patients reçue à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 *figure 6*.

Les conditions socioéconomiques ont été appréciées en fonction de deux paramètres :

- La profession des parents en fonction la répartition des catégories professionnelles de l'ONS ⁶⁵.
- Le nombre de travailleurs dans la famille.

Le fait que les familles à conditions socioéconomiques moyennes apparaissent en première position dans notre étude démontre une certaine volonté de la famille algérienne moyenne à aller mieux à travers ses enfants. Cette volonté a pu se manifester par une certaine prise de conscience de l'importance de leur santé mentale.

Conditions socioéconomiques – Motifs de consultation :

Les familles à revenus moyens sont suivies par celles qui bénéficient de bonnes conditions socioéconomiques [figure 6](#). Afin de discuter ce constat nous avons croisé deux paramètres :

- Le niveau socioéconomique.
- Certains motifs de consultation.

Les motifs de consultation qu'on a choisi de croiser avec le niveau socioéconomique sont :

- Les troubles du comportement.
- Les difficultés scolaires, par opposition.

A travers ces deux motifs nous voulions vérifier la véracité de quelques idées préconçues comme :

- Les familles de bonne situation socioéconomique consultent pour des difficultés scolaires.
- Les familles de mauvaise situation socioéconomique ne consultent pas pour des difficultés scolaires. Ils consulteront plutôt pour des troubles du comportement.

Nous constatons que pour ces deux motifs de consultation, le niveau socioéconomique n'influe pas.

Les enfants qui consultent pour des difficultés scolaires sont issus de familles dont les conditions socioéconomique sont moyennes suivis des enfants dont les conditions sont bonnes puis de celles dont les conditions sont mauvaises [figure 7](#).

Mêmes résultats concernant les familles qui consultent pour des troubles du comportement [figure 8](#).

Ceci nous amène à émettre l'hypothèse que le facteur des conditions socioéconomiques défavorables n'interagit pas forcément avec ce qui motive la consultation. C'est un facteur qui a l'air de jouer un rôle important dans le fait de consulter ou pas. On constate, effectivement, que ces familles aux conditions défavorables consultent moins que les autres, quelque soit le motif de consultation.

4.1.4 Éléments relatifs aux troubles retrouvés :

Dans le but d'uniformiser la terminologie utilisée dans ce travail avec celle utilisée dans les travaux internationaux nous avons choisi d'utiliser pour les diagnostics qu'on a retenus la classification internationale des maladies mentales ³⁷ la CIM 10.

La catégorie diagnostique la plus retrouvée est celle des troubles du développement psychologique *figure 9*.

Le retard mental dans toutes ses formes est retrouvé en deuxième position suivi des troubles névrotiques, des troubles liés à des facteurs de stress puis des troubles émotionnels apparaissant à l'enfance et à l'adolescence *figure 9*.

4.1.4.1 Les troubles du développement psychologique :

La prédominance de cette catégorie diagnostique peut s'expliquer par la moyenne d'âge de la population étudiée qui est de 6,2 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 3-5 ans. C'est dans cette tranche d'âge qu'on retrouvera les troubles du développement chez l'enfant.

Le risque pris en choisissant la classification internationale qui certes unifie la terminologie utilisée est de sur diagnostiquer certains troubles. Les troubles du développement psychologique nous interrogent sur le concept de la ligne de développement.

D. Widlocher insiste sur ce concept et nous invite sans cesse à renouveler notre manière d'apprécier les critères du normal et du pathologique ⁶⁶.

C'est une catégorie diagnostique qui englobe entre autres les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage, les troubles spécifiques des acquisitions scolaires et des troubles envahissant du développement.

70% des patients reçus pour des troubles du développement psychologique sont de sexe masculin [figure 10](#). La majorité d'entre eux (43,7%) ont un âge compris entre 3 et 5 ans [figure 11](#). Ils sont suivis de ceux qui ont moins de 3 ans avec un pourcentage de 34,6%, d'où l'intérêt porté sur cette dernière tranche d'âge au cours de ce travail.

Les troubles envahissant du développement :

Les troubles envahissant du développement occupent la première place dans la catégorie des troubles du développement psychologique avec un pourcentage de 78,4% [figure 12](#).

70,2% des patients reçus avec des troubles envahissants du développement sont de sexe masculin et 29,8% sont de sexe féminin ce qui correspond à un sex-ratio de 2,35 [figure 14](#).

C'est un sex-ratio qui concorde avec celui qu'on retrouve dans l'ensemble des études internationales ⁶⁷. Si l'on réunit l'ensemble des formes cliniques de ces troubles, il est plus proche de 2 pour 1.

Le même sex-ratio (2,4) est retrouvé dans l'étude menée par N. Metahri sur une population de patients suivis pour des TED au niveau du même service dans lequel nous effectuons notre étude ⁶⁸.

Parmi les troubles envahissants du développement l'autisme infantile est le trouble le plus retrouvé. Il est suivi par l'autisme atypique puis par les troubles envahissants du développement sans précision [figure 13](#).

L'autisme infantile :

Pour poser le diagnostic d'autisme infantile selon l'organisation mondiale de la santé sur la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement ³⁷. Il y a des critères cliniques pour la recherche qui sont :

A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants : le langage, les interactions sociales réciproques et le jeu fonctionnel.

B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :

(1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :

- Absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales.
- Incapacité à développer des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions.
- Manque de réciprocité socio émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs.
- Ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes.

(2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :

- Retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique
- Incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint)
- Usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases
- Absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.

(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

- La préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité.
- L'adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels.
- Le maniérisme moteur stéréotypé et répétitif, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps.
- La préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels.

Le diagnostic d'autisme infantile a été posé pour 92 patients, 51% d'entre eux avaient un âge compris entre 3 et 5 ans. 38% d'entre eux, avaient un âge inférieur à 3 ans. La moyenne d'âge se situant autour de 3,8 ans.

Même si le diagnostic après l'âge de 3 ans semble aisé, cette moyenne d'âge soulève encore une fois la question de la spécificité de l'évaluation et du diagnostic de la petite enfance [tableau 4- figure 15](#).

Eric Fombonne a mené des recherches épidémiologiques sur l'incidence de l'autisme infantile précoce dans la population sur la base d'un recensement, pratiqué par des questionnaires, adressés aux professionnels de santé, aux enseignants et aux éducateurs spécialisés. L'estimation de l'incidence ⁴¹ varie de 0,7/10000 à 13,9/10000, ce qui fait une variation de 1 à 20.

René Diatkine pense que l'étude d'Eric Fombonne donne une vue d'ensemble des recherches épidémiologiques sur l'incidence de l'autisme infantile précoce ⁶⁹.

Dans la plupart de ses travaux, la nécessité de ne retenir que des items fiables tend à faire disparaître la figure originale de l'autisme infantile pour n'en valoriser que les traits constitutifs, dont la coexistence justifie le diagnostic ⁶⁹. L'entité qui va suivre posera ce problème.

Les troubles envahissants du développement sans précision :

24,4 % des patients reçus avec TED ont présenté un TED sans précision [figure 13](#). Par troubles envahissants du développement sans précision on entend que les critères des TED ne sont pas tous respectés mais n'éliminant pas pour autant un tableau autistique.

Il s'agit d'une catégorie diagnostique résiduelle qui doit être utilisée pour classer des troubles à la description générale des troubles envahissants du développement, mais pour lesquels on manque d'informations précises ou pour lesquels les informations sont contradictoires, de sorte qu'ils ne répondent aux critères d'aucun des troubles décrits dans cette catégorie ³⁷.

Nous pensons, que c'est pour ces raisons, que ce diagnostic est souvent retenu pour les moins de 3 ans. On constate d'ailleurs, que la

moyenne d'âge baisse légèrement lorsqu'il s'agit de troubles envahissants du développement sans précision.

49,2% des 63 enfants pour lesquels le diagnostic de TED sans précision a été retenu, ont un âge inférieur à 3 ans [tableau 4](#).

Le fait de porter ce diagnostic flou en priorité chez les moins de 3 ans pose une troisième fois dans notre étude la question de la difficulté du diagnostic pour cette catégorie d'âge.

Le cheminement diagnostic :

Examiner le cheminement pour l'établissement d'un diagnostic en consultation pédopsychiatrique peut en dire long sur sa spécificité.

Suivre le parcours des signes autistiques comme motif de consultation nous permet :

- Non seulement d'apprécier le cheminement d'une consultation pédopsychiatrique.
- Mais aussi de constater sa complexité. Une complexité qui nécessite parfois l'intervention de plusieurs professionnels de disciplines différentes.

Pour 89% des 199 patients reçus avec des signes autistiques, la catégorie des troubles du développement psychologique a été retenue [figure 16](#). Les principaux troubles retrouvés chez les 177 patients reçus pour des signes autistiques dans cette catégorie sont les troubles envahissants du développement avec un pourcentage de 87,6 [figure 17](#).

Le diagnostic d'autisme infantile a été retenu dans 42,6% chez les 155 patients reçus pour des signes autistiques avec des troubles envahissants du développement [figure 18](#). Les troubles spécifiques de l'acquisition de la parole et du langage sont retrouvés dans 7,3% des cas chez les patients reçus pour signes autistiques dans la catégorie des troubles du développement psychologique [figure 17](#).

L'intérêt d'apprécier la démarche de cette consultation ne réside pas que dans le fait, de vérifier, si la plupart des enfants qui consultent pour des signes autistiques, aboutissent à un diagnostic d'autisme. Ce qui s'est d'ailleurs vérifié, mais c'est aussi, la volonté de faire apparaître les 7,3% chez qui, le diagnostic d'autisme n'a pas été retenu. Pour ces derniers c'est le diagnostic des troubles spécifiques de l'acquisition de la parole et du langage qui a été posé [figure 17](#).

Le chemin inverse a également été examiné en choisissant cette fois les troubles du langage comme point de départ.

L'étude clinique du langage dans une approche pédopsychiatrique est extrêmement importante car la structure formelle du langage n'est pas séparable de son utilisation. Ces deux dimensions distinctes et conjointes sont essentielles à la communication et à l'élaboration mentale.

Diatkine va plus loin en disant que « Parler hors nécessité, pour le plaisir de dire, non pour obtenir la satisfaction d'un désir, est nécessaire pour accéder à la langue écrite. » ⁷⁰

Pour 44,8% des 38 enfants reçus avec des troubles du langage pour motif de consultation, nous retrouvons la catégorie des troubles du développement psychologique, retenue pour diagnostic [figure 19](#). Dans cette catégorie, 82,4% ont été diagnostiqués avec un TED [figure 20](#).

On ne retrouve que 11,7% d'entre eux avec des troubles spécifiques de l'acquisition de la parole et du langage [figure 20](#).

Ce constat vient renforcer l'idée que :

- Derrière un motif énoncé inquiétant comme les signes autistiques, se cache **parfois** un diagnostic moins lourd comme des troubles spécifiques de l'acquisition de la parole et du langage (dans 7,3% des cas dans notre étude).

- Derrière un motif énoncé pas très inquiétant comme les troubles du langage, se cache **souvent** un diagnostic plus lourd comme les troubles envahissant du développement (dans 82,4% des cas dans notre étude).

4.1.4.2 Le retard mental :

Le diagnostic de retard mental a été posé en se référant aux critères de la classification internationale des maladies ³⁷.

Le retard mental léger :

Q.I. de 50 à 69 (chez les adultes, âge mental de 9 à moins de 12 ans). Aboutira vraisemblablement à des difficultés scolaires. Beaucoup d'adultes seront capables de travailler et de maintenir de bonnes relations sociales, et de s'intégrer à la société.

Le retard mental moyen : Q.I. de 35 à 49 (chez les adultes, âge mental de 6 à moins de 9 ans). Aboutira vraisemblablement à d'importants retards de développement dans l'enfance mais beaucoup peuvent acquérir des aptitudes scolaires et un certain degré d'indépendance et les capacités suffisantes pour communiquer. Les adultes auront besoin d'un soutien, de niveaux variés, pour travailler et vivre dans la communauté.

Le retard mental grave : Q.I. de 20 à 34 (chez les adultes, âge mental de 3 à moins de 6 ans). Aboutira vraisemblablement à un besoin prolongé de soutien.

Le retard mental profond : Q.I. au-dessous de 20 (chez les adultes, âge mental en dessous de 3 ans). Aboutit à une limitation très marquée des capacités de prendre soin de soi-même, de contrôler ses besoins naturels, de communiquer et de se déplacer.

Mises pense qu'il y'a deux facteurs qui influencent l'insuffisance intellectuelle ⁷¹ :

- La gravité de l'insuffisance intellectuelle qu'il considère comme un véritable écart qualitatif qui sépare l'organisation d'un retard profond et celle du retard léger ou même moyen.
- Les atteintes neurologiques peuvent introduire des éléments d'aggravation. Il rappelle qu'il n'y a toujours pas de parallélisme établi entre la gravité des troubles neurologiques et le défaut d'intelligence.

Pour cette entité clinique, nous comparerons nos résultats aux résultats d'un travail mené par le service de pédopsychiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax en 2008 sur 334 cas sur le sujet du profil clinique de la déficience mentale en consultation pédopsychiatrique ⁷².

Notre échantillon sur cette entité clinique sera de 189 cas. Nous avons choisi de considérer trois paramètres pour le retard mental (le sexe, l'âge et le type) afin :

- De comparer ces paramètres avec ceux d'autres études menées sur le sujet même si, ces dernières sont certainement plus exhaustives.
- Cette comparaison nous autorisera peut être à poser ultérieurement la problématique de la scolarité des enfants avec déficience mentale.

65% des 189 patients diagnostiqués avec un retard mental étaient des garçons, ce qui correspond à un sex-ratio de 1,8 ^{figure 22}.

Il correspond au sex-ratio retrouvé sur l'étude menée sur le sujet par le service de pédopsychiatrie du CHU Hédi Chaker ⁷² qui était de 1,6.

46% des 189 patients reçus à la consultation de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 pour lesquels le diagnostic de retard mental a été posé avaient un âge compris entre 6 et 10 ans.

Nous avons obtenu une moyenne d'âge de 6 ans et demi, plus basse que la moyenne d'âge de l'étude menée par le service de pédopsychiatrie du CHU Hédi Chaker qui était de 9 ans [figure 23](#).

Ceci peut s'expliquer de différentes manières :

- La moyenne d'âge générale de la population examinée dans notre étude est plus basse 6,2 ans.
- Le taux net de scolarisation ⁷³ des enfants âgés de 6 ans en Algérie a dépassé 98% en 2014. A 6 ans et demi, la difficulté scolaire est constatable par les parents et les enseignants. Cette dernière met en jeu le pronostic scolaire de l'enfant, par conséquent elle met en route une consultation pédopsychiatrique.

31,9% des cas dans notre série présentent un retard mental léger faisant de lui le retard mental le plus retrouvé. Il est suivi du retard mental moyen puis du retard mental sans précision [figure 24](#). Le même classement est retrouvé dans l'étude menée par le service de pédopsychiatrie de Sfax en 2008.

Une revue de la littérature fait état de la très importante variabilité des résultats sur ce sujet. Une récente méta analyse publiée dans le manuel de la IACAPAP (2012) pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent a conclu que la prévalence moyenne de la déficience intellectuelle sur toutes ces études est de 1%. Le retard mental léger représente dans les pays développés 29,8%. Alors que pour Ramos ⁷⁴ dit que cette forme rassemble 80% de la population des retardés mentaux. Pour Touati ⁷⁵ elle est de 4,1% en 1979 et de 51,7% en 1985.

Le retard mental modéré représentait 29,1% de nos consultants et 30,8% des consultants de la série examinée par le service de pédopsychiatrie de Sfax ⁷² en 2008. Il est généralement diagnostiqué plus tôt que le retard mental léger. Ce taux rejoint le taux avancé par Touati ⁷⁵ (34,5%) en 1985.

Dans notre consultation, le retard mental le plus retrouvé durant les premières années de la consultation pédopsychiatrique était le retard mental grave et moyen nous mettant face à des problèmes d'ordre étiologiques importants. Il s'agit là, d'une inversion du type de retard mental nous mettant face à la forme clinique légère. Ce constat est extrêmement important, car il nous met face à une forme qui pose d'autres types de problèmes, notamment ceux relatifs de la scolarité. Cette question sera mieux développée dans la partie prévue pour les difficultés scolaires p 202. La question relative à la souffrance néonatale souvent en lien avec le tableau de retard mental sera traitée dans la partie réservée aux comorbidités p 233.

4.1.4.3 Les troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress :

On a diagnostiqué des troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress chez 13,3% des enfants reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ce qui équivaut à 93 patients figure 9.

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes³⁷ sont les suivants :

- Troubles anxieux phobiques.
- Autres troubles anxieux .
- Trouble obsessionnel-compulsif.
- Réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation.
- Troubles dissociatifs (de conversion).
- Troubles somatoformes.
- Autres troubles névrotiques.

Le fait que les troubles névrotiques ne constituent que 13,3% des patients de notre série peut s'expliquer par :

- La place importante qu'occupent les troubles du développement dans la consultation de pédopsychiatrie de Blida.
- La non fixité des troubles névrotiques chez l'enfant d'autre part.

M Emmanuelli pense que les troubles névrotiques rencontrés dans la clinique infantile ne sont pas toujours synonymes de pathologie. Ils peuvent parfois disparaître après les premières consultations. Toutefois, la variété de l'évolution des troubles névrotiques avérés pose la question du pronostic et contribue à rendre complexe la proposition diagnostique chez l'enfant et l'adolescent ⁷⁶.

Anna Freud s'est attelée à développer tout un corpus théorique en référence aux lignes du développement pour analyser les manifestations cliniques de l'enfant dans leur versant normal ou pathologique ⁷⁷.

Sur les 93 patients reçus pour troubles névrotiques nous avons obtenu un sex-ratio de 1,4 en faveur des garçons avec un pourcentage de 59,1% pour les patients de sexe masculin et 40,9% pour les patients de sexe féminin [figure 25](#).

Ces résultats ne correspondent pas aux différentes études internationales sur cette catégorie où le sex-ratio est en général en faveur des filles. Nous sommes allés chercher la réponse à cette contradiction dans les types des troubles névrotiques retrouvés.

La réaction à un facteur de stress important est le trouble névrotique le plus retrouvé dans notre série (dans 63,4% des cas) [tableau 6](#). C'est dans cette catégorie que nous avons choisi de mettre tous les troubles faisant suite aux maltraitances notamment sexuelles.

La réaction aigüe à un facteur de stress :

- La réaction aigüe à un facteur de stress est un trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours ³⁷.
- La survenue et la gravité d'une réaction aigüe à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme ³⁷.
- La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte un état d' « hébétude », une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement ou d'une agitation avec hyperactivité ³⁷.
- Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur) ³⁷.
- Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'évènement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours ³⁷.
- Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode ³⁷.

Le sex-ratio retrouvé pour cette catégorie de trouble est également en faveur des garçons avec un pourcentage de 61% pour les patients de sexe masculin [figure 26](#). Ce constat est similaire au constat fait par le F. Mousli sur une étude menée dans le même service sur les patients reçus de juin 2012 à juin 2014 sur les réactions à un facteur de stress majeur, celui des maltraitances sexuelles ⁷⁸.

Dans son étude le sex-ratio était de 1. Par ailleurs, les études internationales indiquent que la prévalence et l'incidence pour ce facteur de stress sont plus importantes pour le genre féminin.

La tranche d'âge la plus touchée dans notre série pour qui le diagnostic de réaction à un facteur de stress important a été posé est celle des enfants dont l'âge est compris entre 6 et 10 ans avec une moyenne d'âge autour de 8,3 ans [figure 27](#). Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans l'étude menée par F. Mousli. Dans son étude le taux le plus important est également retrouvé chez les patients de 6 à 11 ans [78](#).

Elle explique ce chiffre par le fait que ce soit une tranche d'âge dans laquelle :

- Les enfants sont plus exposés au monde extérieur.
- Les enfants ont la capacité cognitive et langagière de reconnaître une maltraitance et de la révéler.

On peut dans ce cas ajouter que les filles bénéficient sans doute d'une plus grande surveillance. Leur vulnérabilité les fait profiter d'une plus grande vigilance contrairement aux garçons.

4.1.4.4 Les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence :

78 patients dans notre série ont été reçus pour des troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence [figure 9](#). 59% d'entre eux étaient des garçons, ce qui correspond à un sex-ratio de 1,4 [tableau 7](#). La tranche d'âge la plus retrouvée dans cette catégorie diagnostique est celle des 6-10 ans [tableau 8](#).

Lorsqu'on va chercher la sous catégorie qui prime dans cette catégorie de troubles, on y retrouve les troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance à hauteur de 41% (32/78).

Les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance :

Il s'agit de l'exacerbation de tendances normales du développement plus que des phénomènes qualitativement anormaux en eux-mêmes. C'est essentiellement sur le caractère approprié au développement que repose la différenciation entre troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance et troubles névrotiques.

Le fait que les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance soient au premier plan dans cette catégorie de troubles vient souligner encore une fois que c'est la population infantile qui est majoritairement présente dans notre consultation.

Cette donnée ne se vérifie pas sur l'étude équivalente menée à la consultation pédopsychiatrique de Tours ⁶⁰ où on retrouve que la tranche d'âge la plus représentée était celle des adolescents pour cette catégorie de troubles.

Nous avons compté 32 patients avec des troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance [tableau 9](#). C'est dans cette sous catégorie qu'on a mis les troubles liés à l'angoisse de séparation qui n'ont pas été examinés d'une manière spécifique et détaillée étant donné l'objectif plus général sur lequel est porté notre travail. Certains paramètres ont néanmoins été vérifiés pour voir si nos chiffres globaux pouvaient correspondre aux études nationales menées sur le sujet.

L'Angoisse de séparation de l'enfance :

Trouble dans lequel l'anxiété est focalisée sur une crainte concernant la séparation, survenant pour la première fois au cours des premières années de l'enfance.

Il se distingue de l'angoisse de séparation normale par son intensité, à l'évidence excessive, ou par sa persistance au-delà de la petite enfance, et par son association à une perturbation significative du fonctionnement social ³⁷.

Nous avons obtenu un sex-ratio de 1,1 en faveur des filles [tableau 9](#) pour les troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance. Ce qui correspond au sex-ratio retrouvé dans l'étude menée par A.Oussedik sur les patients souffrant de troubles de l'anxiété de séparation TADS reçus à la consultation de pédopsychiatrie de Chéraga ⁷⁹ à Alger en 2012. Ce sex-ratio est conforté par le DSM IV ³⁸ qui stipule que le TADS est aussi fréquent chez les garçons que chez les filles. Ce constat n'est pas partagé par tous les auteurs, Bailly-Lambin ⁸⁰ et Mac Gee et Coll ⁸¹ affirment une nette prédominance féminine.

La tranche d'âge la plus retrouvée pour les troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance est celle des 6-10 ans avec une moyenne d'âge de 8,9 ans [tableau 10](#).

Ceci correspond également à la moyenne d'âge retrouvée par A. Oussedik sur les patients souffrant de troubles de l'anxiété de séparation TADS reçus à la consultation de pédopsychiatrie de Chéraga à Alger en 2012. Last et Coll ⁸², soulignent aussi, que l'âge le plus représenté dans cette pathologie se situe entre 7 et 9 ans.

Nous pensons que c'est dans cette tranche d'âge (6-10 ans) que l'enfant sera confronté aux premières et vrais expériences de socialisation : l'école, l'activité sportive. En plus de la séparation, il vivra des expériences à travers lesquelles une sorte de performance est attendue. Ces expériences peuvent amplifier les troubles émotionnels débutant à cet âge.

4.1.5 Eléments relatifs à la scolarisation :

La loi d'orientation sur l'éducation nationale ⁸³ stipule dans:

- **L'article 10** : « garantit le droit à l'enseignement à toute algérienne et tout algérien sans discrimination fondée sur le sexe, l'origine sociale, l'origine géographique ».
- **L'article 12** : « l'enseignement est obligatoire pour toutes les filles et tous les garçons âgés de six ans à 16 ans révolus », précise : « toutefois la durée de la scolarité obligatoire peut être prolongée de deux années en faveur d'élèves handicapés ».
- **L'article 14** : « l'État veille à permettre aux enfants ayant des besoins spécifiques de jouir du droit à l'enseignement. Le secteur de l'éducation nationale en liaison avec les établissements hospitaliers et les autres structures concernées veille à la prise en charge pédagogique appropriée et à l'intégration scolaire des élèves handicapés et des malades chroniques ».

Tout prête à croire que tout est mis en œuvre pour que tous les enfants - y compris ceux avec des difficultés mentales - soient scolarisés.

4.1.5.1 La scolarisation et la non scolarisation :

La majorité des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 n'étaient pas scolarisés 62,2 % figure 28. Ceci peut néanmoins s'expliquer de différentes manières :

- Tout d'abord la moyenne d'âge de notre série est de 6,2 ans avec une majorité d'enfants dont l'âge est compris entre 3 et 5 ans. Ils ne sont pas encore en âge d'être scolarisés.
- Une grande majorité de nos patients consulte pour des troubles envahissants du développement et pour retard mental.

Aucun aménagement scolaire cohérent n'est proposé pour la majorité des patients portant les diagnostics d'autisme infantile et de retard mental en dehors de sa forme légère.

- La prise en charge des enfants souffrants de troubles mentaux en matière d'éducation est plus développée dans le secteur de la solidarité nationale que sous la tutelle de l'éducation.

4.1.5.2 Le niveau scolaire :

Le niveau scolaire des enfants scolarisés reçus au niveau de la consultation de pédopsychiatrie de Blida en 2014 est essentiellement primaire (dans 66,2% des cas) *figure 30*. Nous mettons cela en lien avec la moyenne d'âge de notre série qui est de 6,2 ans.

4.1.5.3 Les lieux où sont gardés ou pris en charge les enfants non scolarisés :

Le paramètre de la répartition des patients non scolarisés en fonction des lieux où ils sont gardés a été étudié pour vérifier la place qu'occupe la grande famille, la mosquée, la maternelle de nos jours.

La grande majorité des patients de notre série sont gardés à la maison par la mère (dans 74,4% des cas) *figure 29*. En deuxième position nous retrouvons la maternelle (22% des cas).

Très peu d'entre eux sont pris en charge dans les centres médico-pédagogiques et seulement 2,2% des enfants non scolarisés sont gardés entre la grande famille et la mosquée.

Il est surprenant de constater la place qu'occupe la maternelle de nos jours. Une place qui relègue, dans une société comme la notre, à la dernière place la grande famille et la mosquée *figure 29*.

F.Kacha ⁸⁴ parle d'une mutation de la famille algérienne qui passe d'un schéma de grande famille à un schéma de famille nucléaire. D.Terranti ⁸⁵ dit que cette nouvelle configuration centrée sur les parents et les enfants est dominante dans les zones urbaines, elle nous met face à des mères ayant grandi elles mêmes dans des familles déjà en rupture avec le modèle traditionnel de la famille. E.Makboul ⁸⁶ pense que cette tendance désormais acquise mériterait une exploration plus fouillée et orientée vers l'étude des retombées qu'elle pourrait avoir sur la cohésion sociale et les traditions de la famille algérienne .

A coté de cela, l'apprentissage occupe une place grandissante dans notre société parfois au détriment de tout ce dont a besoin un enfant en âge préscolaire. Cette concentration sur l'apprentissage peut s'expliquer par une crainte anticipée des parents concernant une éventuelle difficulté scolaire.

4.1.5.4 La difficulté scolaire :

86 patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 ont énoncé les difficultés scolaires comme motif de consultation *figure 5*. 59,3% d'entre eux étaient des garçons et 40,7 % étaient des filles. 80,2% des patients de cette série sont scolarisés à l'école primaire *figures 31-32*.

Cette prédominance masculine retrouvée chez les enfants de notre série présentant des difficultés scolaires est confortée par l'étude menée par M.Benmiloud ⁸⁷ qui retient le sexe masculin parmi les facteurs déterminant les enfants exposés ou à risque de difficultés.

Dans une étude menée en école primaire dans une commune d'Alger sur une population de 507 enfants scolarisés autour des difficultés scolaires et santé mentale de l'enfant en période de latence M.Benmiloud ⁸⁷ retrouve :

- Une fréquence élevée de difficultés scolaires.
- Un nombre important d'enfants en souffrance psychique.
- Une très forte association entre ces deux entités pathologiques.

La difficulté scolaire chez l'enfant est un chapitre non négligeable ouvrant un large éventail de questionnements et de probabilités en consultation pédopsychiatrique [figure 33-tableau 11](#).

C'est la modulation permanente de plusieurs paramètres qui permet à l'enfant de prendre place dans le système scolaire. Pour nous, il s'agit de toute une démarche pour comprendre ce dont il est question.

Parmi ces paramètres, il y a :

- Ceux qui sont en lien avec le programme scolaire et la pédagogie.
- Ceux qui font que la difficulté scolaire soit au premier plan.
- Ceux qui font que la difficulté scolaire soit au deuxième plan.

La difficulté scolaire et le programme scolaire :

La difficulté scolaire pointe souvent du doigt le système scolaire mis en place. Le fait que le programme scolaire soit largement incriminé dans les difficultés scolaires de l'enfant, par la société, par les parents et parfois même par les enseignants doit bien sur, nous pousser à réfléchir sur ce qui fait de lui un programme contesté.

Piaget a consacré toute sa vie à essayer de répondre à cette question : « Comment se développent les connaissances humaines ? » Il en est arrivé à la conclusion que le développement cognitif est le fruit d'interactions complexes entre la maturation du système nerveux et du langage, et que cette maturation dépendait des interactions sociales avec le monde qui nous entoure ⁸⁸.

Les structures cognitives de l'enfant au départ sont complètement différentes de celle de l'adulte, elles s'intériorisent progressivement pour devenir de plus en plus abstraites.

Un enfant de 6-7 ans commence à saisir les notions de quantité et d'espace, à se représenter les choses à partir de symboles et à distinguer le passé du futur, mais il demeure plus à l'aise dans le présent, dans les situations physiques concrètes. Il aura encore des

difficultés à manipuler des concepts abstraits. Lui demander dans un programme scolaire de faire un raisonnement hypothético-déductif à cet âge n'est pas du tout à sa portée ; des notions abstraites telles que l'état civil, le vote ou la justice dans une société lui sont inaccessibles.

Il faudrait que le concept qu'on souhaite lui transmettre concorde avec son niveau de maturation et de conceptualisation. C'est ce « désaccordage » ou cette inadaptation qui doit être examinée dans la question des difficultés en lien avec le programme scolaire.

La difficulté scolaire au premier plan en consultation pédopsychiatrique :

Lorsque la question des difficultés scolaires est au premier plan, notre pratique nous invite à avoir trois niveaux de réflexion :

- Les difficultés de séparation :

Certains enfants - surtout les plus jeunes - auront beaucoup de mal à surmonter ces moments de séparation, ceci pouvant aussi bien se manifester par une simple angoisse que par un refus total d'aller à l'école compromettant parfois l'avenir scolaire de l'enfant. La séparation a d'ailleurs l'air de mieux se négocier chez les enfants ayant vécu une expérience antérieure de socialisation que chez les enfants qui n'en ont jamais vécu.

Cette première socialisation possible grâce à l'école maternelle, offre un élargissement du cercle relationnel de l'enfant en lui permettant de quitter ses premiers objets d'investissement, à savoir les parents et de le préparer à une future scolarisation.

- La représentation de l'école chez l'enfant :

Tout d'abord, il y'a l'école elle-même, en tant qu'institution, lieu d'apprentissage, un lieu qui impose de la discipline et de la rigueur.

Ensuite, il y a la figure du maître, un personnage très investi par l'enfant, situé comme dans un « entre deux » représentant à la fois le parent et l'institution, une source de savoir, un modèle idéalisé par l'enfant de par ses connaissances et son comportement.

Enfin, il y a l'école comme espace de rencontre, d'échange, de découverte et de socialisation ; dans un sens plus large, l'école comme moyen d'être en contact avec l'environnement.

Les problèmes rencontrés à ce niveau peuvent se manifester par les difficultés avec les limites imposées par l'école ou alors avec l'image du maître ou encore dans la socialisation et l'intégration avec les camarades.

- **Les difficultés inhérentes à l'enfant :** Ces difficultés peuvent relever de :
 - Ses compétences cognitives.
 - Ses capacités d'apprentissage.
 - La phase du développement psychoaffectif qu'il traverse.

De ce qui relève de ses compétences cognitives :

L'enfant peut faire face à des difficultés scolaires en lien avec une limitation de ses capacités comme c'est le cas dans les déficiences intellectuelles. Dans ce cas, la question de la scolarité ordinaire ne se pose que lorsqu'il s'agit d'un déficit léger.

Dans notre étude, nous avons retenu le diagnostic de retard mental pour 47,7% des patients qui ont consulté pour des difficultés scolaires

figure 33.

Dans l'étude menée par le service de pédopsychiatrie de Hani Chaker ⁷² à Sfax en 2008, 100 enfants et adolescents se sont présentés pour difficultés scolaires. Il s'agissait de déficience mentale légère dans 78% des cas. Ces difficultés scolaires étaient corrélées de façon hautement significative avec la déficience mentale légère. ($P < 0,001$).

58,1 % des 191 patients de notre série avec un retard mental n'étaient pas du tout scolarisés [figure 39](#). 41,9% l'étaient.

Parmi ceux qui l'étaient, nous sommes allés vérifier que :

1. La forme clinique du retard mental la plus scolarisée était la légère [figure 24](#).
2. Le palier scolaire dans lequel on retrouvait les patients avec un retard mental était le primaire [figures 40-41](#).

Mahfoud Boucebci à ce propos écrivait déjà en 1979, que les études sur la déperdition scolaire butaient sur un obstacle majeur : « Ce n'est que lorsque les cas marginaux auront été « filtrés » que pourront être étudiés le système scolaire et les problèmes de l'enfant scolarisé en différenciant les difficultés selon la spécificité ». [22](#)

Mise à part la déficience mentale, le développement cognitif suppose l'acquisition de cinq fonctions ; la mémoire, le langage, la praxie, la gnosie et les fonctions exécutives. Nous ne tenterons d'éclaircir que deux fonctions :

- La capacité à communiquer à travers le langage un préalable à tout travail intellectuel ; le langage étant décisif pour l'expression de la pensée.

La dysphasie par exemple est un trouble du langage qui peut dans certains cas simuler un trouble autistique pouvant entraver le parcours scolaire d'un enfant.

- Les fonctions exécutives agissent comme des gestionnaires dont l'objectif serait d'utiliser toutes les fonctions du cerveau et de les mettre dans l'ordre en vue d'une bonne exécution. Les troubles attentionnels chez l'enfant avec ou sans hyperactivité sont responsables d'énormes difficultés scolaires et seraient au cœur des fonctions exécutives.

De ce qui relève de ses capacités d'apprentissage :

Il existe également différents troubles des apprentissages responsables d'obstacles à la scolarité. Ce sont les enfants qui auront du mal à lire, à écrire ou à orthographier.

La dyslexie en est un exemple parlant, elle se manifestera par une mauvaise association d'un signe écrit « graphème » à son « phonème », ainsi qu'une incapacité à saisir rapidement un mot dans sa globalité.

De ce qui relève de la phase du développement psychoaffectif qu'il traverse en l'occurrence celle de l'adolescence :

On a retrouvé des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence dans 21% des cas chez les enfants de notre série qui se sont présentés pour des difficultés scolaires [figure 33](#).

L'adolescence, période charnière de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, aboutit à l'édification d'un être doté d'une identité propre, un être qui doit affirmer son individualité et acquérir son autonomie. Chemin faisant, cette période sera parsemée de grands bouleversements et de moments de forte révolte.

La capacité à contenir ce corps en ébullition, à parvenir à un apprentissage de l'autonomie nous revoie souvent à l'image d'un enfant qui apprend à tenir son équilibre lorsqu'il commence à marcher. Le contraste qui existe entre cette fragilité psychologique et les enjeux scolaires de cette période peut mettre l'adolescent en situation de difficulté scolaire.

Illustration clinique 1 :

Fouad est un adolescent âgé de 14 ans, scolarisé en quatrième année moyenne nous est adressé par le service de médecine légale pour un avis pédopsychiatrique. Une procédure judiciaire avait été entamée par ses parents contre son enseignant.

Il va se présenter chez nous en début d'après-midi après une matinée passée en médecine légale. Il se maintenait debout grâce à des béquilles mais aussi grâce à des parents qui se sont mis à dérouler une histoire qui illustre bien ce qui vient d'être développé.

Fouad est épileptique depuis son très jeune âge, il y a eu une recrudescence importante de sa maladie durant les derniers mois nécessitant plusieurs hospitalisations qui ont imposé l'interruption de sa scolarité pendant des semaines.

Il est décrit comme quelqu'un d'assez solitaire, d'introverti. A coté de cela, et malgré ses multiples hospitalisations, il était très bon élève, il arrivait à décrocher des moyennes annuelles très élevées.

C'est en classe, cet espace normalement protégé, en présence de tous ses camarades, avec lesquels il avait beaucoup de mal à s'intégrer, à cet âge où un processus d'adolescence est en cours que son professeur, une figure classiquement très investie par « le premier de la classe » qu'il était, l'a roué de coups parce que ce dernier n'arrivait pas à contrôler un fou rire.

Suite à quoi, un état de mal épileptique s'est immédiatement déclenché, sous le regard perplexe de ses camarades, en présence de son enseignant et dans son école. Évacué en urgence d'un centre hospitalier à un autre, il finit en réanimation médicale où la crise a enfin cessé.

Depuis, Fouad présente une impotence fonctionnelle des membres inférieurs inexplicée sur le plan organique, c'est ce qui a motivé une expertise médico-légale et un avis pédopsychiatrique.

Un refus scolaire de quelques semaines a suivi cet épisode, les parents ont eu gain de cause auprès de la justice et l'enseignant a été suspendu.

On voit bien dans cet exemple la mise en scène de presque tous les facteurs qui entrent en jeu dans la perturbation d'un équilibre scolaire que cet adolescent a mis du temps à trouver.

La difficulté scolaire au second plan :

Lorsque la question de la scolarité ne se pose pas au premier plan en consultation pédopsychiatrique, elle finit toujours par nous rattraper.

85% des 327 patients de notre série reçus avec des troubles du développement psychologique ne sont pas scolarisés. Les 15% qui le sont, vont pour la plupart à l'école primaire. Lorsqu'il s'agit d'autisme infantile proprement dit, 96,7% d'entre eux ne sont pas scolarisés figures

34-35-36.

Dans notre étude la situation peut ne pas paraître inquiétante si on considère que la moyenne d'âge de notre population est de 6,2 ans mais dans notre pratique la question de la scolarisation et/ou de l'intégration scolaire des enfants autistes se pose avec acuité.

Deux patients sur 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 sont en classes intégrées dans des écoles ordinaires et pour les deux le diagnostic de trouble envahissant du développement a été retenu figures

37-38.

Ceci contraste beaucoup avec les chiffres communiqués par le ministère de l'éducation nationale sur un rapport de la commission « état des lieux » transmis par le comité national intersectoriel de l'autisme (CNIA) le 28 juillet 2016 qui dit que 2352 enfants autistes sont scolarisés sur le territoire nationale ²⁴.

Il faut reconnaître que certaines expériences ont été productives grâce aux efforts des parents, à l'étayage des professionnels de la santé et à l'écho que le principe de l'intégration scolaire a eu sur les professionnels de l'éducation.

Illustration clinique 2 :

Réda, âgé de 17ans et demi, autiste et scolarisé en première année secondaire qui représente un fier exemple d'intégration scolaire dans un établissement public algérien.

Réda présentait une forme assez typique d'autisme. Lorsqu'il avait 4 ans il pouvait empiler des légos à ne plus en finir en se coupant complètement du monde extérieur. Son regard était insaisissable et autrui ne l'intéressait que pour répondre à l'un de ses besoins. Il présentait également beaucoup de stéréotypies gestuelles à type de papillonnement qui à l'époque angoissaient beaucoup son entourage.

Avec l'aide d'une famille persévérante qui est devenue très au fait de la question de l'autisme et d'une prise en charge très précoce en consultation et en hôpital de jour, Réda a pu être scolarisé à l'âge de 7 ans en première année primaire.

Son parcours scolaire a été difficile et émaillé de plusieurs redoublements mais il réussissait toujours à atteindre les objectifs du niveau scolaire escompté.

Cela n'a pu se faire que grâce aux aménagements spécifiques qui lui ont été proposés dans les établissements scolaires qui l'ont accueilli et leur haut niveau de sensibilisation à la question de l'autisme. Accepté avec son originalité, il a réussi à franchir le pallier du secondaire.

Il est clair que malgré cette avancée, notre pratique continue à nous mettre face à des parents désemparés, mécontents, face à qui on a fermé toutes les portes et tout espoir de scolarisation de leur enfant.

4.1.5.5 Les alternatives à la scolarisation ordinaire :

Dans notre pays, on commence à revenir sur le principe initial qui insistait sur le fait que l'école devait être « protégée » et qu'il fallait exclure des classes ordinaires les enfants présentant des troubles afin de préserver une vie sociale normale.

Les secteurs concernés par ces alternatives à la scolarisation ordinaire sont :

1. Le ministère de la Solidarité nationale et de la Famille : Il a développé une politique d'ouverture d'une série d'établissements spécialisés pour répondre aux besoins de cette population. 106 centres psychopédagogiques pour enfants handicapés mentaux⁷³.
2. Le ministère de l'éducation nationale : Il a initié le ministère de la Solidarité nationale et de la Famille un dispositif d'intégration scolaire des enfants handicapés dans les classes ordinaires de l'éducation nationale ⁷³.

Au sein des établissements spécialisés, des programmes sont mis en place en vue de permettre aux jeunes déficients mentaux d'acquérir un « savoirs et savoir-faire », en fonction de leurs potentialités et capacités d'apprentissage.

Ces apprentissages sont assurés par une équipe psychopédagogique composée de spécialistes formés par l'université et les centres nationaux de formation (psychologue, éducateur spécialisé, maître d'enseignement spécialisé, assistant social, et éducateur).

Très peu de patients (1,4%) reçus à la consultation en 2014 étaient inscrits en centre médico pédagogique [figure 29](#) . Ceci contraste avec les chiffres communiqués par le ministère de solidarité nationale, retrouvés sur le rapport du comité national intersectoriel de l'autisme (CNIA) du 26 juillet 2016. Ce rapport parle de 117 établissements d'éducation et d'enseignement spécialisés pour enfants handicapés à travers le territoire national et de 1702 enfants autistes pris en charge ²⁴ dans ces établissements. Selon l'Unicef, il y'a 106 centres psychopédagogiques pour enfants handicapés mentaux , 11 751 enfants y seraient pris en charge ⁷³.

19,1% des patients ont été orientés vers des centres médico pédagogiques [figure 54](#). Rien dans notre questionnaire ne dit si ils ont été acceptés ou pas. Ceci rend ce paramètre inexploitable dans l'appréciation du lien qu'a la consultation pédopsychiatrique avec les centres médicopédagogiques. Il reflète cependant que 19,1% des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 ont nécessité une orientation vers un centre médico pédagogique.

D'après les associations la liste d'attente pour intégrer ces établissements et ces classes en milieu ordinaire est très longue ⁷³. Nous considérons cette insuffisance dans les « Alternatives à la scolarité ordinaire » comme majeure. Ce volet, qui ne dépend pas de la santé, est indissociable de la prise en charge de l'enfant. Une prise en charge qui se veut globale prenant en considération les besoins de l'enfant dans tous les secteurs, pour améliorer ses chances d'aller mieux.

Le passage laborieux d'une logique d'exclusion à une volonté d'intégration des enfants en difficultés mentales est intéressant à condition de le réfléchir dans un travail multisectoriel.

4.1.6 Eléments relatifs à l'activité mettant en lien la consultation avec la justice :

4.1.6.1 Les certificats médicaux :

8,5% parmi les 886 demandes répertoriés à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 sont des demandes de certificats médicaux [figure 42](#). On a compté 36 demandes parmi 76 pour des certificats médicaux de Trisomie et 23 demandes /76 pour retards mentaux. 17 demandes de certificats sur 76 ont été faites pour d'autres motifs [tableau 12](#).

Ce dernier nombre ne nous semble pas assez représentatif de l'usage abusif de nos jours, dans notre société, des certificats médicaux. Nous estimons que ce point mérite une halte dans notre discussion. En pratique, on constate que la mentalité des usagers a changé en assez peu de temps. Le pédopsychiatre est passé de la position de celui qu'on ne consultait qu'en situation extrême, à celle du professionnel qu'on consulte pour tout. La rapidité avec laquelle cette mutation d'opinion s'est opérée met le pédopsychiatre dans des situations parfois complexes.

B.Ridouh fait remarquer que la population a de plus en plus recours au certificat médical pour gagner des affaires de divorce, pour déterminer la garde d'un enfant, pour nuire à un voisin. Ces problèmes pouvant être amplifiés parfois jusqu'à atteindre les dédales de la justice ⁸⁹.

4.1.6.2 L'expertise médicale :

L'expertise médicale occupe une très petite place dans nos résultats (0,6% de la demande) [figure 42](#). Ce constat n'enlève en rien la place et l'importance de cette activité dans la pratique pédopsychiatrique.

Elle fait partie maintenant du cadre général d'exercice de la médecine et se définit comme une mesure d'instruction confiée, soit par une juridiction, soit par une institution administrative à un praticien médical afin de rendre un avis destiné à éclairer la personne commettante. Elle se définit comme acte mixte : médical quant au fond et juridique quant à la forme.

Pour l'année 2014. Six expertises médicales ont été demandées dont quatre filles et 2 garçons. Les six, ont fait suite à des maltraitances. Cinq d'entre elles, suite à des maltraitances sexuelles et une suite à des maltraitances physiques. Le diagnostic retenu pour cinq d'entre eux a été la réaction aiguë à un facteur de stress. Pour le sixième dossier, le diagnostic de retard mental sévère a été retenu avec notion de maltraitance physique [figures 43-44](#).

Dans l'étude menée à la consultation pédopsychiatrique de Tours ⁶⁰, l'expertise médico-légale est retrouvée dans le groupe 1 de la classification des demandes pédopsychiatriques élaborée par Bizouard et Al ⁶³ consacré aux problèmes médico-légaux notamment la maltraitance, la délinquance et les abus sexuels.

Le groupe 1 en 2000 sur cette étude était encore peu important (5,6 % des demandes) mais en augmentation par rapport aux demandes enregistrées en 1994.

Ceci ne fait que refléter la place de plus en plus grande de la maltraitance dans l'activité pédopsychiatrique même à l'étranger.

Nous pensons que toute la complexité de l'expertise médicale en pédopsychiatrie réside dans le fait que :

- Le sujet expertisé soit « L'enfant », un être pas encore fini, en cours de développement.
- La subjectivité que porte tout un chacun envers l'enfance d'une manière générale puisse intervenir sur le rapport qu'on établit.

Pour toutes ces raisons que S.Nezolof et E.Martin ⁹⁰ insistent sur le fait que l'expertise chez l'enfant :

- Doit tenir compte des spécificités développementales et maturatives de l'enfant ou de l'adolescent.
- Doit respecter les principes d'impartialité et d'objectivité, et surtout veiller à éviter la confusion des rôles d'expert, de juge et de thérapeute.

Compte tenu de tous les paramètres dont on doit tenir compte, nous pensons que l'expertise chez l'enfant ne doit être réalisée que par un spécialiste doté d'un recul qui lui permet d'en saisir les enjeux.

4.2 L'offre de soin:

4.2.1 Secteur

90,2 % des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 habitent le secteur pré déterminé par le ministère de la santé et de la population sur la circulaire N°03 du 8 avril 1997 pour la psychiatrie générale ⁹¹ en l'occurrence la psychiatrie d'adulte [figure 45](#).

Les wilayates rattachées au secteur tel qu'il est établi pour la psychiatrie générale de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie de Blida sont ⁹¹ :

- Pour l'hospitalisation en service ouvert : Blida, Tipaza, Médéa, Chlef, Boumerdes, Ain Defla, Ghardaia.
- Pour la mise en observation et examen psychiatrique d'office : Blida, Tipaza, Médéa, Chlef, Ain Defla, Ghardaia, Djelfa.
- Pour le placement administratif (hospitalisations d'office et placements volontaires) : Alger, Blida, Chlef, Médéa, Djelfa, M'sila, Laghouat, Tipaza, Tamanrasset, Ghardaia, Ain Defla.
- Pour l'internement judiciaire médico-légale : Blida, Tipaza, Alger, Boumerdes, Bouira, Médéa, Djelfa, Ain defla, Chlef, Laghouat, Ghardaia, Tizi ouzou, M'sila, Bejaia, Bourdjbouarrerdj, Tamanrasset, Tissimsilt.

Il existe 5 services de psychiatrie générale à l'EHS de Blida. Ces services se répartissent les wilayates qui leurs sont rattachés.

La consultation de psychiatrie générale ou la cure ambulatoire se fait pour certaines wilayates aux niveaux des services et pour d'autres en secteurs sanitaires. Ces secteurs sanitaires ont été renommés en 2007, actuellement on parle d'établissements publics de santé de proximité.

Le service pédopsychiatrique de Blida a hérité de facto mais non d'une manière officielle de tout le secteur de la psychiatrie générale.

Lorsqu'une réflexion autour des secteurs desservis par les services de psychiatrie générale s'est imposée il y a quelques années, il n'a pas été question du secteur desservi par le service de pédopsychiatrie parce que le flux des patients n'était évidemment pas le même.

La sectorisation est mise normalement en place sur un double découpage, territorial et démographique. Elle est sensée concrétiser la bonne adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population.

Pour avoir une idée sur la population desservie dans le secteur – tel qu'il a été hérité- de la consultation pédopsychiatrique de Blida, nous proposons ce tableau de recensement de 2008 avec le taux d'accroissement de chaque wilaya desservie.

Classement	Nom	Recensement 2008	Taux d'accroissement
N°6	Djelfa	1092184	3,3
N°7	Blida	1002937	2,5
N°8	Chlef	1002088	1,6
N°9	M'sila	990591	2,1
N°15	Médéa	819932	0,2
N°19	Ain Défla	766013	1,5
N°27	Bourdj Bou Areridj	628475	1,3
N°31	Tipaza	591010	1,6
N°34	Laghouat	455602	3,8
N°40	Ghardaia	363598	2,0
N°42	Tissimsilt	294476	1,1
N°46	Tamanrasset	176637	2,6

Le fait que seulement 9,8% des patients reçus à la consultation en 2014 ne proviennent pas du secteur, contraste beaucoup avec l'impression

d'être dépassée ressentit par chaque membre de l'équipe du service pédopsychiatrique de Blida [figure 45](#). Ce sentiment perd toute sa subjectivité et devient presque objectif lorsqu'on examine le secteur que la consultation dessert.

Les objectifs princeps de la sectorisation reposent sur un trépied fondamental : la précocité, la continuité et la proximité des soins. Ces objectifs ne peuvent être atteints avec une sectorisation aussi floue. La réforme de la santé en Algérie a fait disparaître le concept de secteur sanitaire tel qu'il a été développé pour n'en retenir que le secteur géographique. Il a été vidé de tout contenu.

En France, la sectorisation assure la complémentarité des soins sur une aire géographique délimitée d'environ 70000 habitants pour la psychiatrie générale, la moyenne étant de 49000 pour la psychiatrie des enfants et des adolescents ⁹². Le service de pédopsychiatrie de Blida est le seul service existant sur toutes les wilayas citées sur le tableau précédant.

65,8 % des 635 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 du secteur, habitent à la wilaya de Blida [figure 46](#).

Afin de mieux examiner ce paramètre, nous avons choisi de pointer les wilayates les plus représentées du secteur (tel qu'il est établi). 33,6% des ceux qui n'habitent pas à Blida sont venus de la wilaya de Tipaza [figure 47](#) qui dispose depuis 2016 d'un service de pédopsychiatrie. La deuxième wilaya représentée par nos patients est la wilaya de Aïn Defla suivie de la wilaya de Médéa.

Ceci peut bien entendu s'expliquer par la proximité de ces wilayates avec la wilaya de Blida mais quand on sait que 41,1% [figure 4](#) des demandes sont autour de la prise en charge et non pas autour d'une intervention ponctuelle, on décèle donc une insuffisance patente.

Cette insuffisance peut être également relevée pour la wilaya d'Alger puisque 55% des patients qui nous sont parvenus en dehors du secteur (tel qu'il a été établi) pour l'année 2014 résident à Alger et ce malgré l'existence de deux services de pédopsychiatrie, celui de Mahfoud Boucebci à Chéraga desservant le côté ouest d'Alger et celui de Drid Hocine à Kouba desservant le côté Est d'Alger *figure 48*.

Ghelizane est représentée à hauteur de 8,7 % et Sidi-Bel-Abbès à raison de 5,8% par les patients de notre série qui nous parviennent en dehors du secteur. Le service de pédopsychiatrie d'Oran a été créé en 2015 pour servir cette population.

Si on compare l'organisation sectorielle de notre pays à celle de la France, on retrouve que cette dernière est organisée en inter secteur. L'inter secteur étant un dispositif qui correspond à trois secteurs de psychiatrie adulte (soit environ 200000 habitants). Trois types de structures dépendent de l'inter secteur en France : les consultations, l'hôpital de jour et le service hospitalier de rattachement ⁹².

4.2.2 Dispositif

Le seul dispositif de soin proposé pour l'enfant et l'adolescent dans l'établissement hospitalier spécialisé de Frantz Fanon pour desservir le secteur suscité est le service de pédopsychiatrie. Ce service est composé de deux unités :

- L'unité de l'hôpital de jour.
- L'unité de consultation.

L'offre de soin en extrahospitalier se limite à quelques consultations de psychologie et d'orthophonie dans les établissements publics de santé de proximité du secteur et deux centres, le premier à Beni tamou et le deuxième à Bouinane.

En France, les structures de soins ambulatoires et hospitaliers se trouvent souvent dans le même lieu ou sont mitoyennes⁹³ :

- Le suivi ambulatoire des enfants et des adolescents se fait dans les centres médico-psychologiques (CMP).
- La prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents se fait :
 1. En centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).
 2. En hospitalisation de jour (HJ).

Grace à ce dispositif, le nombre moyen de journées de séjour en France a fortement diminué pour les enfants et adolescents concernés par l'hospitalisation à temps complet⁹³.

A coté de ces structures, il y'a les établissements médico-sociaux⁹³ accueillant des enfants handicapés ou souffrant de troubles psychiques:

- 1. Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) :** Ils accueillent des enfants et des adolescents qui présentent des difficultés psychologiques telles qu'elles perturbent leur développement, les apprentissages et leur socialisation.
- 2. Les instituts médico-éducatifs (IME) :** Ils accueillent des enfants et des adolescents avec déficience intellectuelle et des troubles associés.
- 3. Les services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) :** Ils apportent un soutien éducatif en milieu scolaire.

4. Les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) :

- a. Sont des services médico-sociaux, ils assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge de l'enfant tout en le maintenant dans son milieu habituel.
- b. Sont placés sous l'autorité d'un pédiatre ou d'un pédopsychiatre, sont composées de médecins, d'orthophonistes, de psychomotriciens de psychologues, d'assistants sociaux et de rééducateurs.
- c. Sont les portes d'entrée dans les services de pédopsychiatrie.

5. Les centres d'action médicosociale précoce (CAMSP) sont des structures ambulatoires dédiées à la petite enfance.

6. Les centres de ressources pour l'autisme (CRA) sont des structures qui se développent depuis 2005. Leur mission est d'aider à l'amélioration du diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement. Ces centres ont été mis en place après avoir pris conscience de la prévalence de ce trouble, de sa gravité, de sa chronicité et surtout de l'intérêt de sa prise en charge précoce.

Nous proposons le tableau suivant qui récapitule les structures de soins spécialisés en France, leur rattachement et financement ⁹³.

Structure	Statut	Rattachement	Financement	Public
CMP	Service rattaché à l'hôpital.	Secteur de psychiatrie infanto-juvénile.	Budget de l'hôpital.	Enfants Adolescents
CATTP	Service rattaché à l'hôpital.	Hôpital. (dépend de la sectorisation psychiatrique)	Budget de l'hôpital.	Enfants adolescents Adultes
CAMSP	Association.	Structure médicosociale. Agence régionale de santé (ARS).	Assurance maladie. 80% Conseil général 20%	0-6 ans
CMPP	Association	ARS	Assurance maladie	0-18 ans
ITEP	Association	ARS	Assurance maladie	0-18 ans
SESSAD	Association	Structure médicosociale. Assurance maladie.	Assurance maladie.	0-20 ans
CRA	Association	Structure médico-sociale. ARS	Ministère des affaires sociales.	Enfants Adolescents Adultes
IME	Association	ARS	Assurance maladie.	Enfants Adolescents

Le rôle des structures médico-sociales est indéniable dans le dispositif de soin Français, l'articulation de leurs missions avec celles des structures de soins est fort intéressante. Ce modèle malgré la complémentarité et la cohérence dont il fait preuve reste insuffisant en France. L'Algérie pourrait s'en inspirer sans tomber dans le piège de le copier sans l'adapter au contexte, aux particularités et aux difficultés du pays.

4.2.3 L'augmentation du nombre de recours à la pédopsychiatrie :

Afin d'apprécier les variations ainsi que l'évolution observée à la consultation pédopsychiatrique de Blida durant ces 16 dernières années nous proposons d'examiner le tableau suivant :

Année	Nouveaux cas.	Total consultants.
1992	60	717
1993	237	1045
1994	253	1468
1995	255	2067
1996	282	2564
1997	389	2766
1998	399	3319
1999	469	3685
2000	520	4411
2001	552	5262
2002	499	4640
2003	507	4263
2004	395	3625
2005	458	4720
2006	389	4063
2007	410	4549
2008	481	5635

Entre 1992 et 2009 le nombre de nouveaux cas reçus a été multiplié par 7,6 et le nombre de consultations a été multiplié par 9. En 2014, il y'a eu 704 nouveaux cas sur 6781 consultations assurées.

Le recours aux soins en psychiatrie générale est en forte croissance partout où il a pu être mesuré. La demande de soins est généralement en augmentation dans le champ de la pédopsychiatrie. Les études françaises de la DREES ⁹⁴ en 2007 font état d'une augmentation de 7% des patients pris en charge depuis 2000.

Le taux de recours global (rapport du nombre de patients suivis dans l'année rapporté à la population) aux secteurs de psychiatrie infanto juvénile, s'établissait à 28 pour 1000 habitants de moins de 20 ans en 2000 alors qu'il n'était que de 16 pour 1000 en 1991 selon la DREES ⁹⁴.

L'augmentation du nombre de recours à la consultation pédopsychiatrique dans notre pays ne manque pas de nous interroger sur les raisons qui peuvent l'expliquer. Notre pratique nous permet d'en formuler quelques unes :

1. Une meilleure sensibilisation de la population sur les questions relatives à la santé mentale de l'enfant.
2. Une moindre réserve à l'égard des institutions de santé mentale, le recours au pédopsychiatre fait même l'objet d'une relative banalisation. Une aisance également encouragée par la gratuité des soins du service public.
3. Une urbanisation croissante.
4. Une anxiété croissante des enfants et des familles autour de la réussite scolaire.

4.2.4 Professionnels

56,8 % des patients ont été reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont été reçus par les pédopsychiatres. 41,8% ont été reçus par les psychologues cliniciens. Seulement 1,7 % ont été reçus par les orthophonistes [figure 49](#).

Ceci s'explique par le fait que, le dispositif d'accueil des patients dans la consultation pédopsychiatrique de Blida est proposé en faveur de cette répartition.

Ce sont les pédopsychiatres et les psychologues qui reçoivent en premier les patients en fonction de la demande et du motif de consultation. N'est demandée une consultation orthophonique que secondairement après avoir été accueilli par les deux corps de professionnels suscités.

Afin de mieux évaluer le dispositif de consultation et d'en dégager les insuffisances sur le plan des ressources humaines, nous proposons d'examiner le mouvement du personnel assurant cette activité de 1992 à 2008 à travers le tableau qui suit :

Année	Psychologues et orthophonistes	Psychiatres
1992	2	3
1993	2	4
1994	2	4
1995	2	4
1996	2	3
1997	1	3
1998	1	3
1999	2	3
2000	3	4
2001	2	3
2002	2	3
2003	2	1
2004	3	3
2005	2	3
2006	2	3
2007	2	3
2008	1	4

Nous proposons maintenant de superposer le tableau dénombrant les nouveaux cas et le nombre de consultations à celui du mouvement du personnel sur ce troisième tableau récapitulatif :

Année	Personnel	Nouveaux cas	Consultants
1992	5	60	717
1993	6	237	1045
1994	6	253	1468
1995	6	255	2067
1996	5	282	2564
1997	4	389	2766
1998	4	399	3319
1999	5	469	3685
2000	7	520	4411
2001	5	552	5262
2002	5	499	4640
2003	3	507	4263
2004	6	395	3625
2005	5	458	4720
2006	5	389	4063
2007	5	410	4549
2008	5	481	5635

L'insuffisance sur le plan du personnel nécessaire pour le fonctionnement *d'une consultation qui ne fait qu'augmenter* dans un *secteur très imprécis* est évidente.

4.2.5 Les délais :

Les délais d'attente pour une consultation pédopsychiatrique sont une conséquence logique de toutes les insuffisances sus énumérées.

75 % des délais entre la demande du rdv et l'accueil des patients ont été retrouvés ce qui équivaut à 528 délais exploitables [figure 50](#).

528 délais d'attente sont retrouvés entre la date du jour de la demande de RDV et la date du jour de l'accueil des patients reçus à la consultation.

Ces délais sont inférieurs à 1 mois, dans 61% des cas [figure 51](#). Dans cette catégorie on retrouve entre autres, les patients reçus dans des situations d'urgence et les patients qui ont bénéficié d'une consultation d'emblée psychologique sans passer par la consultation pédopsychiatrique.

E.Abdoucheli-Dejours dit que la très grande majorité des centres de consultation et de soins pédopsychiatriques ambulatoires d'Ile-de-France doit gérer aujourd'hui la pression d'un nombre trop important de demandes, qui les contraint à allonger les délais de réponse ⁹⁵.

Dans notre étude, 23,5 % des délais d'attente enregistrés sont supérieurs à 3 mois et dans 15,5 % des cas ces délais sont situés entre 1 et 3 mois [figure 51](#).

En plus des causes relevées précédemment ce retard de délai peut s'expliquer comme une conséquence :

1. Du déficit de professionnels et de structures extrahospitalières pouvant accueillir et prendre en charge certaines demandes lorsqu'elles sont gérables à ces niveaux

2. Du temps consacré à la consultation en pédopsychiatrie qui est relativement long, l'entretien est d'environ 45 minutes par séance /par patient reçu. L'entretien est dépendant de l'état de l'enfant et de sa disposition à avoir un entretien. Il se tient souvent en deux, voir trois temps (avec et sans les parents).
3. De la chronicité des troubles pour lesquels la consultation est le plus souvent sollicitée et la prise en charge au long court dans laquelle ces troubles nous inscrivent. Cette chronicité jumelée au nombre de place réduit pour la prise en charge à l'hôpital de jour peut également prolonger le délai entre la première consultation et l'hospitalisation. Dans l'étude menée dans le même service sur les enfants avec TED hospitalisés, N. Metahri ⁶⁸ retrouve pour 17% de ses patients un délai entre la première consultation et l'hospitalisation compris entre 2 et 3 ans.
4. Du manque de relai pour les suivis en ambulatoire. Il est fréquent qu'après avoir mené un travail en consultation et orienté l'enfant que les familles reviennent demander un RDV.
5. Le temps que prend le développement des structures de pédopsychiatrie dans les autres wilayas semble trop long.
6. L'augmentation de la population n'est pas corrélée au développement des structures et du personnel soignant.

4.2.6 La multidisciplinarité :

La multidisciplinarité dans une consultation pédopsychiatrique est tout aussi établie que la nécessité de développer les compétences d'un enfant dans les différents secteurs. Cependant cette multidisciplinarité peut ne pas se pratiquer dans un même lieu. C'est ce que nous avons voulu vérifier à travers l'étude du paramètre du suivi antérieur des patients de notre série.

33 % des 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont bénéficié d'un suivi antérieur *figure 52*.

On constate que la consultation orthophonique est la consultation la plus présente à l'extérieur de l'hôpital puisque 55,2 % des patients avec suivis antérieurs reçus ont bénéficié d'une consultation orthophonique avant de nous parvenir *figure 53*. 33,2% d'entre eux ont bénéficié d'une consultation psychologique antérieure. Ceci témoigne bien de l'existence d'un dispositif d'orthophonie extérieur à la consultation pédopsychiatrique mais, ne dit pas si ces orthophonistes travaillent dans le secteur public ou privé. Cette information - qui n'a malheureusement pas été recherché dans ce travail - aurait pu être très utile dans l'appréciation de la contribution du secteur privé en matière d'orthophonie.

4.2.7 L'orientation :

Pour vérifier si ce dispositif extérieur est fonctionnel et pour savoir si il peut être complémentaire à la consultation pédopsychiatrique, nous sommes allés chercher les différentes voies de sortie de cette consultation en examinant les orientations faites pour les patients reçus en 2014.

Deux cent quatre (204) patients reçus en 2014 ont été orientés, 500 ne l'ont pas été. Un même patient peut être orienté vers une ou plusieurs destinations [figure 54](#).

51% d'entre eux ont été orientés vers une consultation d'orthophonie. 21,6% ont été orientés vers une consultation de psychologie clinique et 19,1% vers les centres médicopédagogiques. 7,3% des patients ont été confiés à des associations et seulement 1 % ont été acceptés en classes intégrées [figure 54](#).

Le taux d'orientation vers une consultation d'orthophonie est de 51% [figure 54](#). Ce taux correspond au taux de suivi antérieur en orthophonie qui était de 55,2% [figure 53](#). Ce constat nous fait dire que la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 est complétée ou a complété la consultation d'orthophonie en extrahospitalier.

7,3% des patients reçus en 2014 ont été orientés vers des associations [figure 54](#).

Les associations dont on parle ne sont pas forcément agréées et subventionnées, il s'agit pour la plupart d'initiatives de certains parents et professionnels (surtout des psychologues et des orthophonistes) à prendre en charge quelques enfants avec des difficultés mentales faute d'autres alternatives. Ceci témoigne d'une insuffisance franche dans la prise en charge éducative et psychosociale proposée aux enfants reçus en consultation pédopsychiatrique en 2014.

4.2.8 La Rupture de suivi :

19,9% des patients de notre série n'ont bénéficié que d'un seul entretien ou ont rompu le suivi [figure 55](#). La manière dont sont menés les premiers entretiens (notamment le premier) est décisive pour la suite de la prise en charge.

Plusieurs propositions peuvent être faites pour expliquer cette rupture de suivi :

1. Pour certains motifs de consultation, un seul entretien peut suffire à répondre aux inquiétudes des parents.
2. Pour d'autres motifs de consultation comme pour l'autisme infantile, les parents ont besoin de vérifier le diagnostic dans plusieurs consultations.
3. La qualité de l'annonce du diagnostic peut jouer un rôle déterminant dans la poursuite ou la rupture du suivi.
4. L'alliance thérapeutique avec l'adolescent est particulière, on comprend combien la possibilité d'expression d'une demande par l'adolescent se révèle problématique. Jeammet pense que le paradoxe qui régit ses liens à autrui ne lui permet pas de reconnaître son désir ⁹⁶. L'expression d'une demande est limitée par les enjeux relationnels impliqués cette demande et transforment souvent cette dernière en « non demande » ⁹⁷. Cette difficulté dans l'alliance thérapeutique avec l'adolescent est renforcée par l'absence d'espace séparé de celui des enfants.
5. La demande de soins par les parents participe parfois à renforcer l'opposition de l'adolescent à la prise en charge ⁹⁸.

4.2.9 La transformation de la demande :

Les patients demandeurs d'avis et de diagnostic ainsi que ceux qui demandent un certificat médical, ne devraient pas être retrouvés parmi les patients à qui on a proposé une prise en charge, or ceci ne se vérifie pas pour la consultation qu'on examine.

On constate un décalage entre le nombre de demande de prises en charge et le nombre de suivis réels à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014, ce dernier qui est de 690 est largement supérieur au premier qui est de 391 tableau 13.

Ceci peut s'expliquer par :

- La transformation de certaines demandes notamment celle de l'avis et du certificat médical en demande de suivi par défaut de structures assurant la prise en charge en extrahospitalier.
- La maturation de la demande qui passe d'une demande d'avis à une demande de prise en charge.

4.2.10 Les partenaires dans la prise en charge :

Ces paramètres nous permettent d'identifier les principaux partenaires de la consultation pédopsychiatrique dans la prise en charge des enfants.

4.2.10.1 Médecins spécialistes

C'est les médecins spécialistes nous ont orienté le nombre le plus important des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique en 2014 (39% des patients) figure 56.

4.2.10.1.1 Le lien avec la pédiatrie : La pédiatrie nous a orienté 32% des patients recus en consultation en 2014 [figure 57](#) .

La collaboration des pédopsychiatres et des pédiatres dans les maladies chroniques de l'enfant et les dysfonctionnements psychiques pouvant les accompagner nous semble intéressante à discuter.

La prévalence des maladies chroniques de l'enfant est voisine de 100 pour 1000, avec des variations dans la littérature de 40 à 200 pour 1000 ⁹⁹. Dans une enquête menée à Ontario ¹⁰⁰ sur le sujet, la prévalence des dysfonctionnements psychiques est de 141 pour 1000 chez les enfants sains, de 234 pour 1000 chez les enfants atteints de maladie chronique sans invalidité et de 326 sur 1000 chez les enfants atteints de maladie chronique avec invalidité. Schématiquement le risque est multiplié par 3 ou 2 selon qu'il y a ou non invalidité.

Les travaux consacrés à ce sujet sont très nombreux. D'excellentes études d'ensemble constituent des références Ajuaguerra J.de 1974 ¹⁰¹ ; Antony E.J et Koupernik C.de 1974 ¹⁰² ; Manciaux M. et al.1987 ¹⁰³; Mazet P.A et Houzel D., 1978 ¹⁰⁴ ; Rimbault G.,1952¹⁰⁵.

Parmi les travaux nationaux sur la question des corrélations existantes entre les troubles psychiques et les maladies chroniques en l'occurrence le diabète, nous citerons :

L'étude qu'a mené A. Kara ¹⁰⁷ sur 75 enfants et adolescents diabétique de 8 à 15 ans ou elle a retrouvé une corrélation positive entre la survenue de troubles psychiques et la qualité moyenne ou mauvaise de l'équilibre métabolique.

Et l'étude de D.Terranti ¹⁰⁶ sur une population d'adolescents diabétiques suivis en consultation de diabétologie pédiatrique (2010) et dans laquelle il a travaillé sur les facteurs familiaux qui influencent la compliance thérapeutique.

Par ailleurs, les pathologies associées au trouble mental pour lequel l'enfant sollicite une consultation pédopsychiatrique, nous met également en lien avec la pédiatrie.

29% des 704 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 présentent une pathologie associée [figure 58](#).

L'épilepsie est retrouvée dans 35,8% des cas sur les 204 patients de notre série reçus avec pathologie associée [figure 59](#) :

- Dans son rapport publié en 2010 sur l'autisme et les autres TED, la Haute autorité de santé recommande une recherche attentive des pathologies associées, en particulier l'épilepsie, lors de l'interrogatoire des parents sur les antécédents familiaux et ceux de leur enfant ainsi que par une consultation neuro pédiatrique systématique qu'il convient de renouveler régulièrement ³³.
- La prévalence de l'épilepsie chez les sujets autistes est évaluée, selon les études ¹⁰⁸, entre 5 et 40 %. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux observés dans la population générale qui sont proches de 0,5 à 1 %.
- Une méta-analyse de 10 études ¹⁰⁹ a montré que, chez les individus avec un autisme et un retard mental, la prévalence de l'épilepsie était de 21,5 % alors qu'elle n'était que de 8 % chez les individus avec un autisme sans retard mental.
Plus encore, un rapport de la fréquence de l'épilepsie en fonction du QI a mis en évidence que, plus le retard mental est sévère, plus l'épilepsie est fréquente.

La trisomie est présente à hauteur de 14,2% des patients reçus en 2014 avec pathologies associées [figure 59](#). Ces patients se présentent essentiellement pour des certificats médicaux dans le but d'établir le dossier pour la carte d'invalidité.

La notion de souffrance néonatale : Nous avons relevé que 17,3 % des patients reçus en 2014 ont présenté une notion de souffrance néonatale [figure 60](#).

- Pour 48% d'entre eux la catégorie diagnostique des troubles du développement psychologique a été retenue. Le retard mental a été retenu dans 39,8% d'entre eux. Dans 9% des cas le diagnostic des troubles du comportement et troubles émotionnels a été posé [figure 61](#).
- L'ordre des pathologies les plus retrouvées, associées à une souffrance néonatale dans notre étude, ne correspond pas aux données de la littérature ni aux résultats de l'étude menée par O.Lebbardi au service de néonatalogie du CHU Mohamed VI, à Marrakech ¹¹⁰, qui atteste que L'apparition de la déficience mentale, avec ses degrés variables constitue l'éventualité la plus fréquente des troubles mentaux suite à une souffrance néonatale.
- La prévalence des déficiences sévères suite à une souffrance néonatale est d'environ 1 % ¹¹¹. En France, cela porte l'estimation à 7 500 nouveaux cas par an, dont la moitié, soit 3 750, sont d'origine périnatale ¹¹².
- Nous pouvons tenter d'expliquer ce résultat par le fait que nous retrouvons souvent un retard mental associé aux troubles du développement, notamment dans les

troubles envahissants du développement. Le pourcentage de l'autisme atypique dans notre étude (26,7% des TED) peut en être témoin [figure 13](#).

M .Ould Taleb pense que l'autisme est souvent assimilé au retard mental à cause de la symptomatologie mixte parfois retrouvée dans certaines situations ¹¹³.

Le pourcentage élevé de troubles du développement et du retard mental associé à la notion de souffrance néonatale mériterait un intérêt plus prononcé au contenu du carnet de santé et il ne fait que conforter l'idée qu'un travail en partenariat avec les pédiatres, les gynécologues et les sages femmes sur les éventuelles séquelles de la souffrance néonatale est nécessaire.

Suite à une vaste campagne d'amélioration des conditions de la venue au monde, décidée par les pouvoirs publics en France, ont été modifiés, non seulement les pratiques, mais aussi la perception de la naissance chez les parents ¹¹⁴. Ceci n'a pu se faire qu'à l'issue d'une étude de rationalisation des choix budgétaires qui a porté sur tous les aspects du problème, depuis les normes minimum d'équipement des maternités, jusqu'à l'information du grand public en vue d'une meilleure surveillance de la grossesse et d'une préparation suffisante à l'accouchement ¹¹⁵.

4.2.10.1.2 Le lien avec la psychiatrie :

20,3 % des patients de notre série ont été adressés par la psychiatrie générale, positionnant la psychiatrie comme la deuxième spécialité avec laquelle la consultation pédopsychiatrique a été en lien en 2014 [figure 57](#).

Ce pourcentage signe la spécificité de la psychiatrie de l'enfant par rapport à la psychiatrie générale.

Le 18 juin 2013 la pédopsychiatrie a été consacrée par l'arrêté n° 444 du ministère de l'enseignement supérieur comme discipline universitaire à part entière¹.

La pédopsychiatrie se définit, en premier lieu, dans son rapport à la psychiatrie générale, par la question des frontières d'âge qui définissent les enfants et les adolescents.

Il existe certaines différences entre la psychiatrie qui s'adresse aux adultes et la pédopsychiatrie, même si les deux disciplines ont de nombreux points communs. La pédopsychiatrie, en tant que discipline, se définit aussi par le fait qu'elle concerne de personnes en état de dépendance.

De manière plus marquée que les adultes, les enfants et les adolescents sont dans une situation d'évolution biologique et psychiatrique qui nécessite une très grande souplesse dans le discours et les modèles de traitement.

Cette nécessaire souplesse plaide pour une prise en charge par des professionnels, non seulement capables de régresser dans leurs rapports à l'enfant, mais en plus, ayant bénéficié d'une formation spécifique et adaptée aux particularités de la population traitée. D'ailleurs, la demande actuelle des pédopsychiatres en France est de revenir à une séparation des deux spécialités.

4.2.10.1.3 Le lien avec la neurologie :17,4 % de nos patients en 2014 ont été orientés par la neurologie [figure 57](#). Posant encore une fois le problème de l'épilepsie et du lien entre la pédopsychiatrie et la neuropédiatrie, une spécialité qui n'existe pas dans notre pays.

4.2.10.1.4 Le lien avec la médecine légale : 10,5 % de nos patients en 2014 nous ont été orientés par la médecine légale [figure 57](#). Le service de médecine légale est mitoyen au service de pédopsychiatrie. Nous pensons que cette proximité influence considérablement le flux des patients qui nous sont adressés par ce service. En règle général, la médecine légale nous orientent toutes les situations de maltraitances pour un avis et/ou une prise en charge. Cinquante neuf patients de notre échantillon nous ont été adressés pour des troubles liées à un traumatisme et/ou maltraitance.

4.2.10.1.5 Le lien avec l'ORL :

6,8% des patients de notre cohorte nous ont été adressés par cette spécialité [figure 57](#). Ils nous sont d'ailleurs souvent adressés pour éliminer une problématique autistique avant l'intervention d'implant cochléaire.

Cet avis nous pose un grand problème :

1. Dans la démarche diagnostique : Est ce la surdité qui a causé la symptomatologie autistique ? Où est ce un autisme associé à une surdité ?
2. Sur le plan éthique : Est ce que le fait de présenter des signes autistique enlève le droit d'être implanté ?

9,8% des patients reçus avec pathologies associées présentent un déficit sensoriel [figure 59](#).

Dans son rapport publié en 2010 sur l'État des connaissances sur l'autisme et les TED, la HAS recommande de dépister les troubles de l'audition par un examen systématique de l'audition ³³.

Plusieurs auteurs soulignent les difficultés d'évaluation de l'audition chez les enfants avec autisme. Rosenhall et coll ¹¹⁹ ; Gayda et Saleh ¹¹⁷ ; Deggouj et Eliot ¹¹⁶.

La réalisation des tests subjectifs (basés sur les modifications comportementales afin de vérifier si les réactions auditives sont normales) chez les jeunes enfants avec des troubles du comportement sont difficiles et imposent souvent plusieurs séances de tests.

Les tests objectifs sont indispensables pour mesurer les seuils auditifs et préciser le lieu d'origine de la surdité éventuelle d'après Deggouj et Eliot ¹¹⁶. Néanmoins, ce sont des examens difficiles à réaliser nécessitant parfois plusieurs rendez-vous avant que l'enfant avec autisme accepte d'être touché.

On constate chez nous très peu d'aménagement pour ce type d'explorations chez l'enfant autiste. Les difficultés de sédation amènent souvent à une anesthésie générale Gayda et Saleh ¹¹⁸.

4.2.10.2 Les parents :

28,4% des patients de notre étude ont été recus suite à la demande des parents les placant en 2eme position après les médecins spécialistes [figure 56](#) . Ceci peut s'expliquer de différentes manières :

1. Les campagnes de sensibilisation menées par les médias avec la contribution des professionnels de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ces 10 dernières années concernant les signes précoces de l'autisme ont fait écho chez les jeunes parents en besoin de guidance et parfois de réassurance.
2. Le manque de professionnels sensibilisés et formés à la question du dépistage précoce de l'autisme dans les secteurs sanitaires fait que les parents centralisent leurs demandes au niveau d'une consultation d'emblée spécialisée.
3. Le dispositif de la consultation pédopsychiatrique de Blida permet aux parents de demander une consultation sans lettre d'orientation.

L'inquiétude des parents est retenue comme un signe d'alerte de l'autisme sur les derniers rapports internationaux ³³ .

Dans son travail autour du role des familles dans la prise en charge des enfants avec troubles envahissants du développement N.Metahri souligne l'importance d'associer les parents à toutes les étapes de la prise en charge ⁶⁸ et D. Terranti pense que plus les parents sont soutenus, plus ils sont aptes à répondre aux besoins de leurs enfants ⁸⁵ .

M.Mebtoul approche la question sous un autre angle, il nous invite à réfléchir sur la manière d'aborder les deux institutions qui sont la famille et la santé sans que l'une inféode l'autre – sans faire de la famille une auxiliaire des professionnels de la santé ¹²⁰ .

4.2.10.3 Les médecins généralistes :

Les médecins généralistes nous ont orientés 12,4% de nos patients [figure 56](#). Compte tenu du nombre de variables recherchées, nous n'avons malheureusement pas prévu de relever sur notre questionnaire le lieu de travail des médecins généralistes. Cette information aurait pu nous aider à mieux éclaircir certains points.

On sait que 66,6% des 461 patients adressés par le corps des soignants et reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 nous ont été orientés du secteur public, le positionnant comme le secteur privilégié avec lequel la consultation pédopsychiatrique de Blida a travaillé [figure 62](#).

En pratique, les principaux partenaires dans ce groupe de médecins sont ceux qui exercent :

- Dans les établissements publics de santé de proximité (secteur sanitaire).
- Dans les unités de dépistage scolaire.
- Dans les unités de protection maternelle infantile.

4.2.11 La prestation en fonction de l'âge :

Nous avons choisis d'examiner l'activité de la consultation à partir de 3 types de prestations : l'évaluation, le suivi et l'orientation tout en sachant que le même patient peut bénéficier de plusieurs types prestations.

98 % des patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida de janvier 2014 à décembre 2014 ont bénéficié d'un suivi.

96,8% d'entre eux ont bénéficié d'une évaluation, 29% des patients ont été orientés [figure 63](#).

Etudier ce paramètre peut être utile dans l'appréciation de ce qu'offre la consultation comme services en général. Nous aurions aimé individualiser des prestations spécifiques pour chaque tranche d'âge afin de proposer ultérieurement des dispositifs adaptés par tranche d'âge mais, nous avons constaté que la demande de suivi était prioritaire quelque soit la tranche d'âge [figure 64](#). Ceci signe encore une fois le manque patent en structure, en professionnels et en formation.

4.3 La Petite enfance

4.3.1 Fréquence :

43,2% des 199 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 pour des signes autistiques ont un âge inférieur à 3 ans [tableau 14](#). Ils sont aussi nombreux que les enfants reçus pour des signes autistiques dont l'âge est compris entre 3 et 5 ans, tout en sachant que ces derniers constituent dans notre étude la tranche d'âge la plus représentative.

4.3.2 Spécificité et adaptation du dispositif de soin:

Cette fréquence associée impose une réflexion sur la prise en charge propre à la petite enfance. Une prise en charge qui doit être spécifique et adaptée à l'âge de l'enfant dont le développement, les particularités structurales (mentales et interactives) et la psychopathologie intéressent beaucoup les chercheurs de nos jours.

Un des aménagements du service et de la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2015 était de recevoir dans l'urgence les enfants de moins de 3 ans pour une évaluation. Ces derniers ont été reçus dans 91,2% des cas sur rendez vous en 2014 [tableau 15](#). Ceci n'a pu se faire qu'après une réorganisation de l'activité de la consultation mais aussi de l'hôpital de jour qui a pris à bras le corps la mission -en plus de toutes ses missions- d'évaluer les tout petits et d'y consacrer depuis, une journée entière par semaine.

Pour 39,3% des 89 patients qui ont un âge inférieur ou égal à 3 ans le diagnostic d'autisme infantile est porté. Pour 34,8% d'entre eux c'est le diagnostic des troubles envahissants du développement sans précision avec toute l'imprécision du « sans précision » qui est retenu [figure 65](#).

Ce dernier pourcentage (34,8% de TED sans précision), presque aussi important que le premier (39,3% d'autisme infantile) rend nécessaire la discussion autour de la complexité de la clinique de la petite enfance.

4.3.3 Complexité :

Pour illustrer cette complexité nous avons choisi de discuter comme nous l'avons fait précédemment le parcours de la consultation de la petite enfance « du motif de la consultation au diagnostic retenu » en examinant encore une fois les signes autistiques et le retard de langage dans la population d'enfants de moins de 3 ans chez qui le diagnostic d'autisme infantile a été retenu ou pas.

C'est vrai que dans 80% des cas on retrouve les signes autistiques comme motif de consultation chez les patients de moins de 3 ans pour qui on a posé ultérieurement le diagnostic d'autisme infantile mais on les retrouve également dans 77,4% chez les patients de moins de 3 ans pour qui on a posé ultérieurement le diagnostic de TED sans précision [tableaux 16-17](#). En sachant que pour cette dernière catégorie tout n'est pas joué et qu'il reste à vérifier un certain nombre de points dépendants du développement.

La même chose pour les 5,7 % des enfants pour qui le motif de consultation était des troubles du langage alors qu'on a retenu ultérieurement le diagnostic d'autisme infantile [tableau 18](#).

L'utilisation d'une classification plus propre, plus précise que ne l'ait la classification internationale sur la petite enfance semble nécessaire. Cette question a été mise en actualité depuis la proposition par Misés et al de leur classification ⁴². Cette classification représente sans conteste une avancée de taille dans la nosographie pédopsychiatrique. A côté de ça, il existe la classification diagnostique de 0 à 3 ans qui est un système nosographique construit par l'interdisciplinary council of developmental and learning disorders qui permet de classer les troubles psychologiques des enfants en âge préscolaire ⁴³.

L. Krisler pense que « La petite enfance » mérite d'être élevée au rang d'une discipline nouvelle sans pour autant revendiquer son autonomie par rapport à la psychiatrie de l'enfant qui ne cesse de la féconder et qui l'enrichit à son tour ¹²¹.

4.3.4 *Pluridisciplinarité*

L'obligation la plus importante à la connaissance et à l'exercice avec cette tranche d'âge est la pluridisciplinarité. Léon Kreisler dit : « A la liste déjà longue des compétences du bébé, on pourrait ajouter en guise de boutade, la capacité d'attirer à lui, comme un aimant, des structurateurs sans cesse plus nombreux, variés et passionnés. Chacun d'entre eux, orienté par ses conceptions propres et armées des habitudes intellectuelles et techniques de sa spécialité, tend à tirer à soi le berceau, non sans risque d'écartèlement. » ¹²¹

Tous les travailleurs de la petite enfance : Pédiatres, pédopsychiatres, obstétriciens, médecins généralistes de PMI, psychologues doivent être sensible la question de la sémiologie psychiatrique du bébé et du petit enfant et la prise en charge du trouble à cette période doit répondre aux normes de cet âge.

Quand on sait aujourd'hui que l'autisme peut être suspecté dès le deuxième semestre de vie, l'objectif doit certes se concentrer sur la compréhension des spécificités de cet âge mais aussi il doit se concentrer sur la nécessité d'une intervention précoce sur les troubles afin d'en améliorer le pronostic.

4.4 L'Adolescence

4.4.1 L'urgence :

55,4% des 101 des patients reçus entre 11 et 16 ans à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 l'ont été reçus dans le cadre de l'urgence [tableau 19](#).

L'urgence pédopsychiatrique nécessite :

- Une compréhension fine de l'articulation entre les notions d'urgence et de crise.
- Elle peut être également influencée par des aspects organisationnels.

Parmi les facteurs pouvant intervenir :

1. Le processus d'adolescence lui même, nécessite de part sa particularité et ses enjeux sur le plan psychologique des interventions pouvant être urgente.

C'est le cas des tentatives de suicide qui ont été retrouvés dans 77,8% des cas chez les patients de notre série dont l'âge est compris entre 11 et 16 ans [figure 66](#).

La tentative de suicide témoignerait donc elle même d'un processus propre à l'adolescent court-circuitant la pensée en faveur du passage à l'acte.

F. Kacha pense que l'accumulation des difficultés familiales et sociales, associées à l'impulsivité, le découragement et les déceptions propres à l'adolescence, vont provoquer des passages à l'acte, difficiles à prévenir car aussitôt pensés, aussitôt réalisés ¹²².

66,7% des patients de notre série ayant tenté de se suicider étaient de sexe féminin [figure 67](#). F Kacha dit que la différence entre les hommes et les femmes n'est pas importante en matière de tentative de suicide avec tout de même une légère prédominance masculine. Une tendance, qui s'inverserait en milieu urbain [122](#).

2. La notion de trouble psychique avéré, qui suscitait encore des haussements d'épaules dans la conduite suicidaire [123](#), est maintenant largement confirmée [124](#). C'est évidemment la dépression qui est le plus souvent mise en évidence dans les études sur le suicide chez l'adolescent [125](#).
3. Une étude descriptive multicentrique de 209 cas, menée en France sur une population d'adolescents reçus en urgence [126](#) a déduit qu'au contraire la problématique majeure des adolescents consultants en urgence pourrait se situer davantage dans leur environnement passé et présent que dans une psychopathologie propre. Ceci fait écho aux travaux de Hillis and col, définissant d'abord les adolescents consultant en urgence par les adultes qui les entourent [127](#). Ces derniers pensent que c'est plus, la crise que traverse la famille avec les adultes qui la composent qui motive la consultation en urgence de l'adolescent.
4. Il y a aussi des situations qui sont influencés par l'organisation de notre consultation. Pour obtenir un rendez vous, certains usagers sont tentés de simuler une situation d'urgence. Une simulation pouvant être justifiée par les délais d'attente et par les horaires de rendez vous donnés en général sur des temps scolaires.

4.4.2 Une population différente – Des motifs différents :

52,5 % des 101 patients reçus en consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 ayant un âge compris entre 11 et 16 ans sont de sexe féminin [tableau 20](#). Contrastant avec une population plutôt masculine rencontrée tout au long de notre étude.

Cette majorité féminine :

- Est soutenue par le pourcentage féminin 53,1% retrouvé sur l'étude descriptive multicentrique de 209 cas, menée en France sur une population d'adolescents reçus en urgence ¹²⁶.
- Vient appuyer la première hypothèse formulée dans notre discussion concernant la situation d'urgence qui inverserait la prédominance masculine en consultation pédopsychiatrique [P175](#).

37,2% des 78 patients reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 pour des troubles faisant partie de la catégorie des troubles du comportement et les troubles émotionnels sont âgés entre 11 et 16 ans [figure 68](#).

L'inverse est juste également car 29 patients sur les 101 adolescents reçus en 2014 ont consulté pour un trouble faisant partie de la catégorie des troubles du comportement et des troubles émotionnels

[tableau 21](#).

Ceci nous permet de faire dans notre série le constat suivant :

- C'est dans la catégorie des troubles du comportement et des troubles émotionnelle chez l'enfant et l'adolescent que l'adolescent devient visible.
- C'est chez l'adolescent qu'on retrouve le plus la catégorie des troubles du comportement et des troubles émotionnels.
- La seule tranche d'âge où on parle moins de la catégorie des troubles du développement psychologique de la consultation en 2014 est inévitablement celle des 11-16 ans (16/101) [tableau 21](#).

Parmi les motifs d'intervention retrouvés dans l'enquête menée par l'assistance publique – Hôpitaux de Paris (l'AP-HP), ont prédominé les troubles anxieux et dépressifs dans 44% et les troubles du comportement à 41,6% ¹²⁸. Tous des motifs différents à ceux qu'on rencontre, en majorité, dans une population plus infantile.

4.4.3 Une population différente – Un dispositif adapté

101 adolescents ont été reçus à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 [figure 2](#), alors qu'aucun aménagement spécifique à leur proposer n'a été possible, en dehors d'une journée par semaine, consacrée aux adolescents avec des troubles envahissant du développement dans l'unité de l'hôpital de jour.

55,4% des 101 des patients reçus entre 11 et 16 ans à la consultation pédopsychiatrique de Blida en 2014 ont été reçus dans le cadre de l'urgence [tableau 19](#).

Le collège des psychiatres de l'AP - HP a effectué une enquête destinée à évaluer l'activité de psychiatrie d'urgence dans les hôpitaux généraux. Cette enquête a été conduite durant une semaine (du lundi 4 au lundi 11 décembre 2000) ¹²⁸.

90 interventions d'urgence ont été effectuées sur les cinq sites participant à l'enquête. Lorsqu'ils ont effectué une extrapolation de l'activité d'urgence en pédopsychiatrie à partir des chiffres obtenus sur l'année, ils ont considéré qu'environ 6000 interventions d'urgence en pédopsychiatrie étaient réalisées chaque année à l'AP-HP.

Tous ces chiffres plaident en faveur de la nécessité de mettre en place un dispositif adapté à l'adolescent. Ce n'est qu'à travers des études et une réflexion sur les pratiques actuelles qu'on peut être mené à de nouvelles modalités d'accueil et d'organisation des soins pour l'adolescent.

Au terme de ce constat, trois paramètres s'imposent pour la réussite d'un projet de soin pour l'adolescent :

- Une disponibilité immédiate : Situation d'urgence.
- Un espace et un temps d'évaluation prolongé : Structure adaptée.
- Une connaissance spécifique des dynamiques des situations de crise : Etudes nécessaires.

4.5 Les difficultés :

Nous avons rencontré plusieurs difficultés au cours de la réalisation de cette étude et lors de la discussion de ses résultats:

- Difficultés inhérentes au sujet de thèse lui même et aux objectifs escomptés. Travailler sur une thématique aussi large et générale, nous a empêché d'approfondir certains points que nous aurions voulu développer sans prendre le risque de sortir du sujet.
- Difficultés inhérentes au nombre de paramètres recherchés.
- Difficultés inhérentes à la dynamique développementale des enfants qui nous a rendu difficile l'appréciation de certains paramètres.
- Difficultés inhérentes au diagnostic et à la classification utilisée. Le fait que la CIM, n'était pas encore d'usage généralisé dans le service nous a obligé à relire tous les dossiers avec pour optique de poser un diagnostic adapté à la classification choisie.
- Difficultés inhérentes au logiciel: nous avons dans un premier temps, introduit toutes nos données sur le logiciel statistique SPSS que nous n'avons pas su exploiter ultérieurement. Ceci nous a obligé à réintroduire toutes les données sur le logiciel statistique épi info 6.

Chapitre 5:

Conclusion et perspectives

5.1 Conclusion

L'évaluation et la prise en charge des troubles psychiatriques de l'enfant en Algérie est un véritable enjeu de santé publique.

D'indéniables efforts ont été accomplis dans ce domaine au cours des deux dernières décennies, mais ils restent insuffisants.

Quelques particularités de la pédopsychiatrie ont été mises en évidence. Outre la spécificité dans son exercice, elle nous démontre que c'est un bon moyen de comprendre la société, ses préoccupations, ses attentes et sa transformation.

L'orthophonie est la discipline associée la plus présente en extra hospitalier.

Les partenaires de la consultation pédopsychiatrique ont été identifiés à travers les comorbidités rencontrées. La première spécialité avec laquelle la pédopsychiatrie est en lien est la pédiatrie, suivie de la psychiatrie, de la neurologie, de la médecine légale et de l'ORL.

Le secteur pédopsychiatrique n'est pas déterminé, la demande de soin est en augmentation, les délais d'attente se prolongent et les professionnels sont en nombre insuffisant. Tous, des paramètres rendant le dispositif proposé insuffisant. La situation telle qu'elle est expose la consultation pédopsychiatrique au risque d'avantager les patients « recommandés » par rapport aux autres, et elle ouvre la porte vers le développement de l'offre de soins dans le privé sans la formation et l'expérience nécessaire pour gérer les problèmes inhérents à cette discipline.

L'autisme d'une manière dominante occupe toute la place de la consultation pédopsychiatrique ne laissant presque pas d'espace pour les autres types de souffrance. Cette présence écrasante nécessite de

dégager et de spécialiser des structures de soins spécifiques à l'autisme.

Les espaces de soins doivent s'adapter parfois au trouble lui même comme pour l'autisme et d'autres fois aux projets thérapeutiques ou encore à l'âge de la population reçue.

L'enjeu des troubles de la petite enfance a été posé ainsi que la spécificité de la prise en charge à l'adolescence.

Si l'on se base sur les textes et sur les chiffres transmis par l'éducation nationale et la solidarité nous sommes tentés de dire que certaines actions ont été entreprises et que la question de la scolarité et de l'insertion des enfants avec troubles mentaux a été réfléchi. Rien de tout cela n'est ressorti dans notre étude prouvant que ce problème se pose encore avec acuité et qu'il risque de s'aggraver avec le temps. Ceci ne fait que refléter une des particularité du contexte algérien : le hiatus important entre les niveaux d'élaboration et d'exécution, les programmes et la réalisation, le centre et la périphérie.

5.2 Perspectives et recommandations

L'enfant, le maillon faible d'aujourd'hui, le maillon fort de demain, celui qui est susceptible d'incarner la réussite ou l'échec d'un projet sociétal, est l'affaire de tous.

Face aux enfants et aux adolescents souffrants de troubles mentaux se trouve déjà un nombre important et varié de professionnels qui sont souvent eux mêmes intégrés dans des structures aux statuts et aux missions multiples.

Lorsqu'on est trop près de la réalité, les perspectives sur un pareil sujet d'étude semblent très complexes. Lorsqu'on prend du recul, elles se dessinent d'elles mêmes. De cet exercice, un compromis se dégage : Quelque soit l'action, elle doit se greffer et s'ajuster à ce qui existe, en adoptant une logique de renforcement, de décentralisation et d'articulation des soins.

Au terme de cette étude, Nous proposerons des perspectives sous forme de plusieurs axes d'interventions qu'on déroulera par ordre de priorité :

1. L'intervention de l'administration centrale.
2. La création et le renforcement des structures de soins et la différenciation de leurs missions.
3. Le recrutement du personnel nécessaire au fonctionnement de ces structures.
4. La consolidation de la formation initiale et continue.
5. Penser l'offre de soin en terme de réseau.
6. La définition du secteur pédopsychiatrique.
7. La détermination des missions du secteur de l'éducation.
8. La détermination des missions du secteur de la solidarité.
9. La sensibilisation des partenaires de la consultation pédopsychiatrique.
10. Les études épidémiologiques.
11. Les actions d'éducation sanitaire et sociale à l'adresse de la population.
12. D'autres points à considérer.

1/ L'intervention de l'administration centrale :

La création au niveau du ministère de la santé et de la réforme hospitalière d'un bureau spécifique ou d'une instance dotée de pouvoir et de moyens, qui ne s'occuperait que de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Cette instance aurait pour missions :

- D'accompagner et de soutenir les projets des services de pédopsychiatrie.
- De permettre le développement de cette spécialité.
- De veiller à la séparation de la pédopsychiatrie de la psychiatrie générale en matière d'affectation du personnel et de budget.
- D'évaluer les activités des différents services.
- De coordonner les activités multisectorielles.

2/ La création et le renforcement des structures de soins et la différenciation de leurs missions :

2.1/ Notre étude nous a permis de repérer clairement deux nécessités :

1. La nécessité de mettre en place des structures de prise en charge spécialisées dans l'autisme, qui en nombre, est le principal problème de santé publique dégagé. Nous pensons que, ce n'est qu'après avoir créé suffisamment de structures pour la prise en charge de l'autisme que les autres troubles pédopsychiatriques, non moins importants, auront une place en consultation pédopsychiatrique.

2. La nécessité de mettre en place urgemment des structures adaptées qui concernent des tranches d'âge différentes en pédopsychiatrie pour des modalités de prise en charge et des objectifs différents :

- Des structures adaptées à la petite enfance dont la prise en charge est déterminante pour une tranche d'âge sur laquelle, il est encore temps et possible d'intervenir. Elle sera axée sur les évaluations et les interventions précoces.
- Des structures adaptées à l'adolescence dont la prise en charge est urgente, car se joue, un avenir presque immédiat. L'urgence réside également dans le fait que les troubles à cet âge, soient bruyants et moins bien tolérés par la population.

2.2/ Il s'agira pour certaines zones de renforcer et de soutenir, dans d'autres il s'agira de créer et de mettre en place. Les nouvelles structures doivent bénéficier de l'expérience et des constats des structures plus anciennes. Un des constats dont il faut tout de suite bénéficier, est de déterminer, de différencier la mission de chaque structure.

Sur le terrain :

- Les services fonctionnels à soutenir sont : Les deux services d'Alger, le service de Blida, le service de Constantine, le service d'Annaba, le service de Sétif et le service d'Oran.
- Les services qu'il faut renforcer sont : Le service de Tizi Ouzou, Tipaza, Batna, Mila, Mostaganem, et Skikda.

2.3/ Nous commencerons par énumérer les espaces nécessaires pour la prise en charge de l'enfant en pédopsychiatrie en attribuant à chaque espace ses missions.

- Un espace pour l'évaluation et la prise en charge précoce des enfants de moins de 3 ans avec des troubles du développement psychique.
- Un espace pour l'accueil, le diagnostic et à la prise en charge ambulatoire des enfants de plus de 3 ans pour tout motif de consultation.
- Un espace dédié à l'accueil, le diagnostic et à la prise en charge ambulatoire de l'adolescent.
- Un espace consacré à l'accueil thérapeutique à temps partiel des enfants avec autisme, pour lesquels, un projet thérapeutique précis est défini et des activités à visée thérapeutique sont préconisées, c'est un espace qui complète le travail du soin ambulatoire.
- Un espace consacré à l'accueil thérapeutique à temps partiel des enfants avec d'autres troubles que les TED, pour lesquels, un projet thérapeutique précis est défini et des activités à visée thérapeutique sont préconisées, c'est un espace qui complète le travail du soin ambulatoire.
- Un espace consacré à l'accueil thérapeutique à temps partiel des adolescents, pour lesquels, un projet thérapeutique précis est défini et des activités à visée thérapeutique sont préconisées, c'est un espace qui complète le travail du soin ambulatoire.

- Un espace réservé pour l'hospitalisation de jour nécessaire à la prise en charge des enfants avec troubles envahissants du développement, sans les couper de leur milieu familial et social.
- Un espace, doté d'une dizaine de lits, prévu pour l'hospitalisation à temps complet des adolescents, qui nécessitent une rupture avec le milieu familial, reçus dans des situations de crise et d'urgence.

En fonction des moyens et des structures, les espaces de soins seront différents. On propose de commencer par ceux qui sont indispensables au fonctionnement d'une structure débutante.

2.4/ Après avoir énuméré les espaces, nous proposons maintenant de les agencer dans un même service de pédopsychiatrie en fonction des besoins spécifiques de chaque tranche d'âge **ou** en fonction des activités de chaque structure :

- ***Si on articule les espaces en fonction des besoins par tranche d'âge :*** Chaque service de pédopsychiatrie sera doté de trois unités :

1/ Une unité dédiée à la petite enfance : pour l'évaluation et la prise en charge.

2/ Une unité dédiée à l'enfance : Dans laquelle doivent se distinguer trois centres :

- 2.1/ Un centre pour la consultation.
- 2.2/ Un centre pour l'accueil thérapeutique à temps partiel avec :
 - Un espace réservé à la prise en charge des enfants avec troubles envahissant du développement.
 - Un espace réservé à la prise en charge des enfants avec d'autres troubles.
- 2.3/ Un hôpital de jour pour les enfants avec troubles envahissants du développement.

3/ Une unité pour adolescents dotée de trois centres :

- 3.1/ Un centre pour la consultation d'adolescents avec une possibilité d'accueil en urgence.
- 3.2/ Un centre pour l'accueil thérapeutique des adolescents à temps partiel.
- 3.3/ Un service d'hospitalisation pour adolescents.

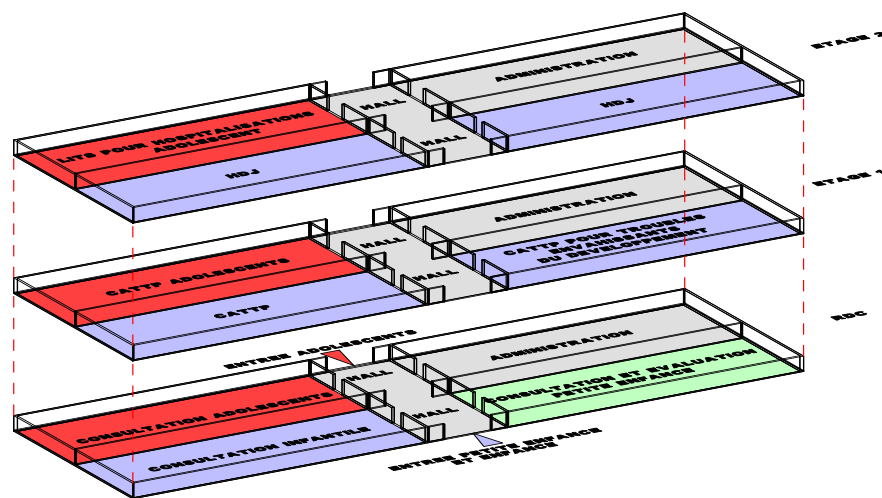
Voici **un schéma de principe** ou une proposition d'organisation spatiale rendant possible l'articulation des espaces, au sein d'une même structure en fonction **des besoins par tranche d'âge**.

Une **lecture faciale**, par façades permet de visualiser la répartition des espaces en fonction **des besoins par tranche d'âge** :

En vert : L'unité d'évaluation petite enfance.

En bleu : L'unité pour enfance.

En rouge : L'unité pour adolescents.



- **Si on articule les espaces en fonction des activités** : Chaque service de pédopsychiatrie sera doté de trois unités :

1/ Une unité de consultation : Dans laquelle il y aura trois centres :

- 1.1/ Un centre pour la petite enfance d'évaluation et de prise en charge.
- 1.2/ Un centre pour La consultation infantile pédopsychiatrique.
- 1.3/ Un centre pour la consultation d'adolescents.

2/ Une unité d'accueil thérapeutique à temps partiel dotée de 3 centres :

- 2.1/ Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel des enfants avec troubles envahissants du développement.
- 2.2/ Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel des enfants avec d'autres troubles.
- 2.3/ Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel pour adolescents.

3/ L'unité d'hospitalisation dans laquelle deux modalités d'hospitalisation doivent se dégager :

- 3.1/ L'hôpital de jour : L'hospitalisation de jour pour les enfants avec des troubles envahissants du développement.
- 3.2/ Le service d'hospitalisation à temps complet pour les adolescents.

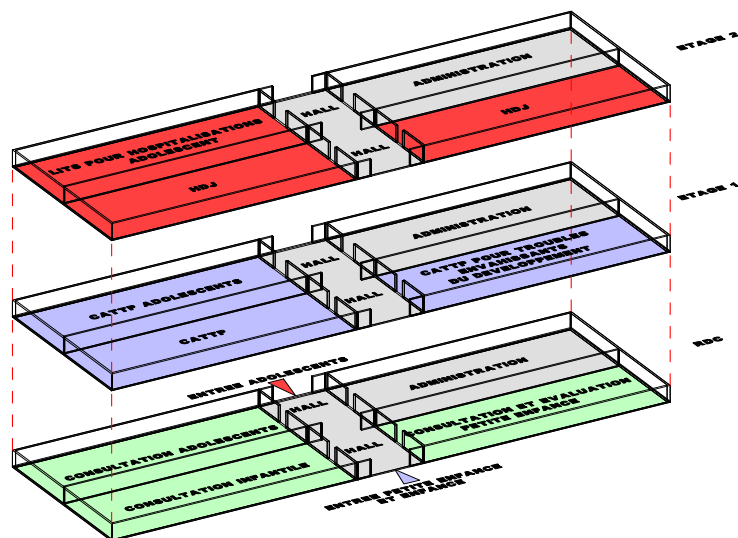
Voici **un schéma de principe** ou une proposition d'organisation spatiale rendant possible l'articulation des espaces, au sein d'une même structure en fonction **des activités**.

Une lecture par plateaux permet de visualiser la répartition des espaces en fonction **des activités** :

En vert : L'unité de consultation.

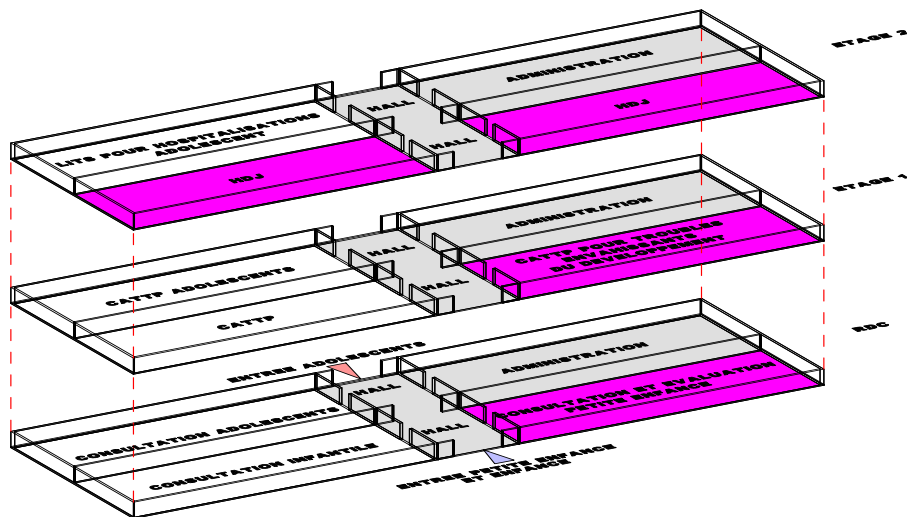
En bleu : L'unité du CATTP.

En rouge : L'unité d'hospitalisation.



➤ *Pour la prise en charge spécifique des troubles envahissants du développement, il y aura :*

- 1/ Une unité ou un centre pour petite enfance pour l'évaluation et la prise en charge des troubles du développement.
- 2/ Un centre ou une unité de consultation partagé avec les enfants présentant d'autres troubles.
- 3/ Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.
- 4/ Un hôpital de jour.



2.5/ Nous proposons de développer la mise en place de nouvelles structures de soins en pédopsychiatrie dans un premier temps :

- Dans les villes universitaires où il n'y a pas de service de pédopsychiatrie comme, Biskra, Tébessa, Tlemcen et Béjaia où l'on peut disposer de toute la variété de moyens humains et matériels. En commençant par celles qui ont le plus grand nombre d'habitants.
- Dans les villes universitaires où il y a des services de pédopsychiatrie mais qui sont en nombre insuffisant par rapport à la population comme, Alger, Blida, Oran, Constantine. Dans ces villes, il serait peut être utile de réfléchir à transformer certaines structures affiliées ou gérer par les autres ministères pour recevoir les enfants avec autisme. Des enfants pour qui, les projets d'insertion, de scolarisation et de socialisation ont été dessinés.

3/ Le recrutement du personnel nécessaire au fonctionnement de ses structures :

Axer sur le recrutement du personnel nécessaire pour la prise en charge des enfants des différentes structures complémentaires au sein d'un même secteur.

Les pédopsychiatres sont les professionnels de santé dont l'éventail de compétences et de missions est le plus large. Ils seront les seuls chargés de coordonner et conduire les projets pour l'enfant et l'adolescent tout en restant en lien avec les autres intervenants.

Les psychologues et les orthophonistes sont un élément majeur de la composition des équipes pluridisciplinaires en pédopsychiatrie. Ils prennent en charge le suivi des patients et de leur famille et construisent les dispositifs d'intervention à visée préventive ou curative.

Les infirmiers et les psychomotriciens, Les éducateurs, ont un rôle essentiel dans les équipes de pédopsychiatrie.

Les assistants sociaux seront chargés d'intervenir auprès des enfants et des adolescents ainsi que leurs familles pour améliorer leurs conditions de suivi et veiller à ce qu'ils bénéficient de leurs droits à la prise en charge.

Les secrétaires médicaux sont et seront chargés de veiller, faciliter et soutenir tout le travail dans ses différentes structures.

Les services qu'il faut urgemment doter en personnel sont, les services de pédopsychiatrie construits, et non fonctionnels, comme ceux de M'sila, Bouira, Ghelizane.

4/ La consolidation de la formation initiale et continue de tous les professionnels de la chaîne de santé, des professionnels des disciplines associées et des professionnels de l'éducation :

4.1/ En inscrivant l'enseignement de la pédopsychiatrie dans le cursus d'externat.

4.2/ En consolidant la formation initiale de toutes les disciplines associées à la pédopsychiatrie sur les questions relatives à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Il y a une discontinuité à relever entre la formation des psychologues qui ne se fait qu'à la faculté et leur exercice qui se fait dans les hôpitaux et les secteurs sanitaires. Le stage pratique dans la formation initiale des disciplines associées à la pédopsychiatrie devrait être obligatoire ainsi que l'intégration des praticiens dans les comités pédagogiques de ces disciplines.

4.3/ En adaptant la formation des enseignants et/ou des professionnels qui s'occupent des enfants scolarisés aux besoins de ses enfants.

4.4/ En renforçant la pédopsychiatrie dans la formation continue.

5/ Penser l'offre de soin en terme de réseau :

Penser l'offre en terme de réseaux afin de garantir la continuité des soins dans une même région.

6/ La définition du secteur pédopsychiatrique :

Une fois que les services sont créés, qu'ils sont fonctionnels, dans toutes les villes où la ressource humaine est correctement formée, la question du secteur prendra une place centrale.

Tout l'intérêt du secteur réside dans le fait, qu'il s'agit d'une unité géographique de soins où l'hôpital ne sera qu'un des éléments diversifiés de la prise en charge.

Dans tout le pays, des équipes soignantes pluri professionnelles chargées à la fois de la prévention, du diagnostic précoce, du traitement et du suivi des patients doivent être créées. Ces équipes auront pour tâches d'harmoniser les réponses à donner envers tous les troubles psychiques.

7/ La détermination des missions du secteur de l'éducation et la promotion de la santé mentale en milieu scolaire :

- 7.1 La sensibilisation des professionnels de l'éducation à l'importance de l'intégration scolaire. Une intégration qui obéit au principe de normalisation qui consiste à offrir aux enfants en difficulté des conditions similaires à celles offertes à l'ensemble des élèves.
- 7.2 La création de plus de classes intégrées dans les écoles tout en sachant que l'intégration désigne les élèves regroupés à l'intérieur d'une classe « spéciale » dans une école ordinaire.
- 7.3 Permettre l'intégration scolaire dans les classes ordinaires avec l'aide d'une auxiliaire de vie scolaire.
- 7.4 Réfléchir ensemble sur :
 - Le choix de la population d'enfant à inscrire pour l'intégration scolaire.
 - Le type d'intégration scolaire qu'il faut pour les enfants en fonction de leurs troubles.
 - L'utilité des auxiliaires de vie scolaire et l'obligation de les doter d'un véritable statut en terme de formation initiale et continue.
 - La nécessité de l'élaboration de projets individualisés avec des objectifs réalisables et atteignables pour l'enfant et pour son enseignant.

8/ La détermination des missions du secteur de la solidarité :

Ce secteur est déjà un intervenant sérieux avec un dispositif, des moyens et des missions souvent pertinentes.

8.1/ Trouver le moyen d'offrir aux enfants et aux adolescents déscolarisés une continuité dans la prise en charge médico-pédagogique et sociale.

8.2/ Trouver le moyen d'aider les parents et les familles à s'organiser, en subventionnant les associations sérieuses, dans le but de multiplier les possibilités pour les enfants en difficulté mentale.

9/ La sensibilisation des partenaires de la consultation pédopsychiatrique :

9.1/ Identifier les partenaires de première ligne :

- Dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) : Les médecins généralistes, les pédiatres, les psychologues, les sages femmes et les puéricultrices.
- Dans les établissements publics de santé de proximité (EPSP): Le pédopsychiatre, le psychologue et l'orthophoniste.
- Dans les unités de dépistage scolaire (UDS) : Les médecins généralistes, les psychologues et les orthophonistes.

9.2/ Informer et sensibiliser sur :

- Les questions inhérentes au dépistage précoce en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.
- Leur part de contribution dans ce dépistage.

9.3/ Sensibiliser les médecins spécialistes avec lesquels la pédopsychiatrie est en lien dans le secteur public et privé sur les questions relatives :

- Aux troubles mentaux associés aux troubles qu'ils traitent.
- Au réseau.
- A la complémentarité.

10/ Les études épidémiologiques :

Des études épidémiologiques sur plan national sont nécessaires parce qu'elles permettent d'adapter le plan d'action en fonction de la prévalence des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, elles permettent de déterminer les priorités et les problèmes de santé publique.

11/ Les actions d'éducation sanitaire et sociale :

Des actions à l'adresse de la population qui visent à améliorer le niveau de perception et d'acceptation des enfants en souffrance mentale.

12 / D'autres points à considérer :

- Même si elle n'est pas remise en cause par le nouvel avant projet de loi de santé, nous pensons qu'il faut réfléchir à la question de la gratuité des soins. Est ce un mythe ou une réalité dans notre système de soins ? Joue elle un rôle dans l'augmentation de la demande de soins ? Diminue-t-elle la qualité du soin dans le service public ? Toutes ces questions doivent être considérées dans la planification des soins notamment en pédopsychiatrie.
- Le développement de l'offre de soins dans le secteur privé doit également être pris en considération. Ce secteur est entrain de se développer d'une manière dysharmonique car il y a beaucoup plus de psychologues et d'orthophonistes installés que de pédopsychiatres. Ce type de développement peut être dangereux s'il ne respecte pas les règles fondamentales de cette spécialité qui sont la formation et la pluridisciplinarité.

Bibliographie

1. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique., Arrêté 444 du 18 juin 2013 de la création de la spécialité de pédopsychiatrie.
2. Redjimi Kaci Mohammed F., Planification de l'assistance psychiatrique à l'enfance. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Alger, 1971.
3. Fanon F., Les damnés de la terre. ENAG, édition 2011.
4. Kacha F., La psychiatrie en Algérie. L'information psychiatrique. Vol 81, N°2- Février 2005.
5. Hugo V., Les misérables. Edition Gallimard, 2017.
6. Dickens C., Oliver Twist. Littérature et français, 2011.
7. Ferroun M., Le fils du pauvre. Edition Seuil, 1997.
8. Rousseau J J., Œuvres complètes : Emile, Education morale, Botanique. Paris, Gallimard, coll, 1980.
9. Darwin C., « A Biographical Sketch of an Infant », Mind, Vol 2, Juillet 1877, p 285-294, (Traduction française de la revue scientifique, vol 13, 1877, P 25-29)
10. Duché D-J., Histoire de la psychiatrie de l'enfant, Paris, PUF, 1990.
11. Bettelheim B., La forteresse vide, Editions Gallimard, 1966.
12. Kanner L., Les troubles autistiques du contact affectif. Edition américaine originale : Autistic Disturbances of affective contact - Nervous Child – Volume 2 page 217 à 250, New York 1943.
13. Diatkine R., Réflexion psychanalytique sur la clinique et sur l'évolution de l'autisme infantile précoce. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 2, PUF 2004.
14. Lebovici S., Psychiatrie générale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 1, PUF 2004.
15. Freud S., L'homme au loup. Histoire d'une névrose infantile, SE, XVII, 1994.

16. Klein M., *Psychanalyse d'enfants*. Payot, col. « Petite bibliothèque Payot », 2005.
17. Bowlby J., *Attachement et perte*. Paris, PUF, 1978.
18. Lebovici S., *Les grandes orientations dans les différents pays. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 1*, PUF 2004.
19. Remscmidt H., *La psychiatrie de l'enfant dans les pays de langue allemande, lettre de nouvelles de l'ISAP*, Paris, 1991.
20. Makarenko A V., *L'éducation morale dans la pédagogie, enfance*, 1951, Vol. 4, n°3, p 251-268.
21. Vygostky L., *Le langage et la pensée*, 1934.
22. Boucebci M., *Psychiatrie, société et développement*. Edition S.N.E.D. 1978.
23. Metahri N., *Historique de pédopsychiatrie*. Revue NAQD, N°35 ,2017/1.
24. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Comité National Intersectoriel de l'Autisme. 18 juillet 2016.
25. Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique*. Revue sociologique et sociétés. Volume 38, numéro 2, automne, 2006.
26. Allione M., *Réflexions à propos du diagnostic de l'autisme*. Cahiers de Préaut. N°5. 2008/1.
27. Hachette, *dictionnaire hachette*. Edition 2012.
28. Chabanier J., *Réflexions à propos du diagnostic en psychiatrie de l'enfant*. Revue Sciences sociales et santé. Vol 10, N°1, 1992.
29. Bowlby J., *Attachement et perte, vol 1 L'attachement*. Editions PUF 2006.
30. D'Espagnat B., *A la recherche du réel – Le regard d'un physicien*, Gauthier – Villard, 1979, réédition Pocket, 1991.
31. D'espagnat B., *Penser la science ou les enjeux du savoir*, Paris, Dunod, 1990.

32. Bernard C., Leçons sur les phénomènes de la vie commune aux animaux et aux végétaux, Paris, Jacques Vrin, Librairie philosophique.1966.
33. Haute autorité de santé (HAS), Etat de connaissances. Autisme et autres troubles envahissants du développement. Service des bonnes pratiques professionnelles, France 2010.
34. Delion P., Tout ne se joue pas avant 3 ans, Albin Michel, 2008.
35. Rosenthal R., Jacobson L., Pygmalion in the classroom : teacher expectation and student intellectuel développement. New York : holt Rinehartet Wiston, 1968.
36. Misés R., Jeammet P., La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, confrontations psychiatriques, 24 ; p251 – 274. 1984
37. Organisation Mondiale de la santé, classification internationale des maladies, 10 éme révision, OMS Genève, 1999.
38. American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders, 4th Edition (DSM IV), Washington, DC, USA, 1994.
39. Del Volgo M J., La santé totalitaire , Denoel, 2006.
40. Hochmann J., Les querelles du diagnostic. Edition Odile Jacob.
41. Fombonne E., Inserm actualités N°199, mai 2006.
42. Misés R, Quemada N ., Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R- 2000.Ed. CTNERHI, Paris, 2002.
43. Achenbach T M., The Diagnostic Classification of mental Health and Developpement Disorders of Infancy and Early Childhood (DC :0-3)
44. Chalumeau C., L'enfant au risque des classifications nosographiques et de leur usage. La lettre de l'enfance et de l'adolescence. Erés, N°43, 2001/1.
45. Bachmann JP., Ethique en psychiatrie de l'enfant. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 4, PUF 2004.
46. Durand G., La bioéthique, nature, principe, enjeux, Paris, Le cerf, 1989.

47. Olliac B, Bourrat MM, Garoux R., Recherche et facteurs environnementaux. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 54 (2006) 16-28.
48. Mille C, Pripis C, Henniaux T., Les psychiatres ont ils quelque chose à dire sur la prévention ? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 55 (2007) 291-300.
49. Lebovici S., La recherche en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 4, PUF 2004.
50. Tursz A., Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant : L'apport de l'épidémiologie. Arch Pédiatr. 2001,8 : 191-203.
51. Méthodologie quantitative et études descriptives simples. Revue Soins. N° 768 – Septembre 2012.
52. Choquet., Apport de l'épidémiologie à la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 1. 2004.
53. Organisation mondiale de la santé. Guide des politiques et des services de santé mentale.
54. Bakiri MA., La loi Algérienne de santé mentale, assistance, traitement et protection des malades mentaux, étude analytique critique et comparée. Thèse pour doctorat en sciences médicales. Université d'Oran, 1980.
55. La loi N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection de la santé.
56. Nations unies ., Droits de l'Homme. Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989.
57. Décret présidentiel N° 03242. Conventions et accords internationaux. Journal officiel° 41.
58. Djennad M., Les droits de l'enfant en Algérie. Université de Perpignan- D.E.S 2006.

59. Décret présidentiel de la loi de protection et de promotion de l'enfance. Journal Officiel du 21 décembre 2016.
60. Wiss M., Lenoir P, Malvy J, Wissocq M, Bodier C., La pédopsychiatrie de consultation-liaison intrahospitalière : Etape prospective sur 215 interventions. Archives de pédiatrie 11 (2004) 4-12.
61. Mebtoul M., La citoyenneté en question. Edition Dar El Adib, 2013.
62. Neuburger R., Aspects de la demande en psychanalyse et en thérapie familiale. Thérapie Familiale, 1 : 133-144, 1980.
63. Bizouard P., Morelli A., Nezelof S., De l'utilité d'un carrefour, lieu d'accueil et d'échanges, pour les institutions d'enfants : Un service de pédopsychiatrie dans un hôpital général. Psychiatrie de liaison : Le concept et la réalité. Paris : Masson ; 1990.p, 303-12.
64. Boucebcı M., Psychopathologie infanto juvénile dans les pays en développement. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 4, PUF 2004.
65. Office nationale des statistiques., Catégories professionnelles des parents.
66. Widlocher D., Les lignes du développement de l'enfant selon Anna Freud. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 2, PUF 2004.
67. Sauvage D., Autisme. Texte relu par Aussilloux C et résumé en 2007 par Raynaud JP .
68. Metahri N., Le rôle des familles dans la prise en charge des enfants présentant des troubles envahissant du développement. A propos de cinquante trois (53) enfants suivis à l'hôpital de jour. Thèse de doctorat en Sciences médicales. Université de Blida, 2012.
69. Diatkine R., Réflexion psychanalytique sur la clinique et sur l'évolution de l'autisme. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 2, PUF 2004.

70. Diatkine R., La place de l'étude du langage dans l'examen psychiatrique. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 1, PUF 2004.
71. Misés R., L'enfant déficient mental, Paris, PUF 1998.
72. Ayadi H., Khemakhem K., Moalla S., Bouaicha H., Walha A., Ghribi F., Le profil clinique de la déficience mentale en consultation pédopsychiatrique. J.I.M.Sfax, N° 15/16 ; Juin 08/ Déc 08 : 8-11.
73. UNICEF., ALL in School. Algérie Rapport national sur les enfants non scolarisés, octobre 2014.
74. Ramos O., Les fonctions cognitives et l'intelligence. La déficience mentale. In Canoui P. Messerschmitt P. Ramos O. Révision accélérée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Maloine 1994 : 39-77.
75. Touati S., Les déficiences mentales en consultation de psychiatrie. Etude comparative de deux années de consultation. Thèse de Doctorat en Médecine, Sfax, 1986.
76. Emmanuelli M., Actualité des troubles névrotiques chez l'enfant et l'adolescent. Le carnet psy. Erés 2011.
77. Freud A., Le normal et le pathologique. Guallimard, 1968.
78. Mousli F., Les maltraitances sexuelles des enfants et des adolescents. Thèse de doctorat en sciences médicales. Université d'Alger, 2015.
79. Oussedik Rehab A., Trouble Anxiété de séparation. Profil clinique et évolutif des enfants reçus à la consultation de pédopsychiatrie en 2012. Thèse de doctorat en sciences médicales. Université d'Alger, 2015.
80. Bailly Lambin I., Séparation anxiety disorder : An epidemiological study among French students. 14th International congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and allied professions, Stockholm, 1998.
81. Mac Gee and Coll. DSM III disorders in a large sample of adolescent J.am. Acad Child Adolescent Psychiatry. 1990 ; 29 :611-619.

82. Last and Coll., DSM III Anxiety Disorder in children : Démographie and clinical characteristics. J. Am. Acad. Child adolescent Psychiatry. 1992 ; 31 : 1070 – 1076.
83. Loi N° 08-04 du 23 janvier 2008 portant sur l'orientation, éducation nationale.
84. Kacha F., Préambule. Lien psy. Numéro spécial thérapie familial.
85. Terranti D., Santé mentale de l'enfant et pratiques éducatives. Revue NAQD, n°35, 2017/1.
86. Makboul E., Mutations de la famille Algérienne. La lettre du CENEAP. N°52- Décembre 2002.
87. Benmiloud Laraba MZ., Difficultés scolaires et santé mentale de l'enfant en période de latence. Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en sciences médicales. Université d'Alger 2017.
88. Piaget J., La psychologie de l'intelligence. Armand Colin, 1967, Paris.
89. Ridouh B., 6es journées de psychiatrie et de Médecine Légale du CHU Blida. Liberté 1^{er} Octobre 2002.
90. Nezlof N., Martin E., Place de l'expert en pédopsychiatrie. EM consulte. 2011 Elsevier Masson SAS.
91. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Direction des services de santé. Circulaire N°03 du 08 Avril 1997. MSP/DSS/DU.
92. Rapport du groupe de travail. Territoires et accès aux soins. CREDES Janvier 2003.
93. Buisson M, JR., Avis et Rapports du conseil économique, social et environnemental. La pédopsychiatrie : Prévention et prise en charge. Rapport 2010.
94. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Rapport, septembre 2008.

95. Abdoucheli-Dejours E., La demande de consultation psy en CMP. *Enfances and psy*, 2006/1 (N°30).
96. Jeamet P., Enjeux actuels des thérapies à l'adolescence, l'autre, cliniques, culture et société, 2, 1, p.29-52,2001.
97. Botbol M., Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent, *Nervure*, 13,1p. 14-17, 2000.
98. Marcelli D., Braconnier A., Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence, Paris, Masson, 2001.
99. Badoual J., La collaboration des psychiatres et des pédiatres dans les maladies chroniques graves de l'enfant. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 1*, PUF 2004.
100. Cadman D., Boyle M., Szatmari P., Offord D R (1987) ., Chronic Illness, disability and mental and social Well-being : Findings of the Ontario Child Health Study, *Pediatrics*, 79, 5, 805,813.
101. Ajuriaguerra J.DE (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, XXIII-1 089 p.
102. Antony E.J, Koupernik C., DE 1974, *L'enfant dans la famille, Vol-2 : L'enfant devant la maladie et la mort*, Paris, Masson, XIX-403 P.
103. Manciaux M., Lebovici S., Jeanneret O., Sand A E, Tomkiewicz (ed) (987), *l'enfant et sa santé*, Paris, Doin, XIV-1 326p.
104. Mazet P.A., Houzel D., (1978), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol.2*, Paris, Maloine, 313 p.
105. Raimbault G. (1952) , Les conséquences psychologiques des maladies et des handicaps, 1930d-1930j (mise à jour 1971), in Debré R. et Lelong M., *Pédiatrie, collection médicochirurgicale à révision annuelle*, Paris, Flammarion, 2219p.
106. Terranti D., *Compliance thérapeutique et fonctionnement familial chez l'adolescent diabétique. Thèse pour l'obtention du doctorat en sciences médicales. Université Mentouri de Constantine 2010.*

107. Kara A., Les troubles psychiatriques dans le diabète insulino-dépendant de l'enfant et de l'adolescent. Thèse pour l'obtention du doctorat en sciences médicales. Université d'Alger 2012.
108. Canitano R., Epilepsy in Autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007, 16(1) : 61-66.
109. Amiet C., Gourfinkel – AN., Bouzamondo A., Tordjman S., Baulac M et coll., Epilepsie in autism is associated with intellectual disability and gender : Evidence From a méta-analysis. *Biol Psychiatry* 2008, 64 (7) : 577-582.
110. Lebbardi O., La souffrance néonatale : Expérience du service de néonatalogie. CHU Mohamed VI, Marrakech. Thèse pour l'obtention du doctorat en sciences médicales. Université Caddi Ayyad. Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech 2010.
111. Zupan Simunek V et Al., Avancées médicales et progrès techniques en réanimation néonatale. EMC. 5-114-K-60. 2007 Elsevier Masson SAS.
112. INSERM., 2004. Déficience et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Expertise collective.
113. Ould Taleb M., Le spectre de l'autisme, office des publications universitaires 2009.
114. Salabreux R., La souffrance cérébrale périnatale. Nouveau traité de l'enfant et de l'adolescent, volume 2, PUF 2004.
115. Papiernick E., (1971), Pour une politique de santé. Etude de rationalisation des choix budgétaires en périnatalogie, RCB, minist. Santé publique et sécurité sociale, Paris, la documentation française.
116. Deggouj N., Eliot MM., Autistic like behavioural disorders and deafness in children. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2005, 126 (5) : 365-367.
117. Gayda M., Saleh D., Surdité centrale et périphérique chez les enfants autistiques et sourds. *Ann Med Psycho* 2002, 160 : 671-676.
118. Gayda M., Saleh., Etudes sur l'orientation et le devenir d'enfants autistes polyhandicapés. *Annales Médico psychologiques* 2004, 162 : 280-284.

119. Rosenthal U., Nordin V., Sandstrom M., Ahlsen G., Gilleberg C., Autisme and hearing loss. *J Autism Dev Disorder* 1999, 29 (5) : 349-357.
120. Mebtoul M., Cresson G., *Famille et santé*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2010.
121. Krisler L., *Sémiologie et catégories cliniques en psychiatrie du très jeune enfant. Problème de classification et communication interdisciplinaire. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Volume 3*, PUF 2004.
122. Kacha F., *Psychiatrie et psychologie médicale*, Publicom 2002.
123. Ladame F., (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*, Paris, Masson.
124. Ladame F., (1989). *Les tentatives de suicide des adolescents : pourquoi ? Comment ?* in Caglar H. et al. (eds), *adolescence et suicide*, Paris, ESF, 17-35.
125. Ladame F., Fischer W.,(1989). *Relations et sociabilité de l'adolescent dépressif*, in CIE, *tentatives de suicide à l'adolescence*, Paris, 185-192.
126. Chatagner A., Olliac B., Choquet L-H., Botbol., Raynaud J-P., *Adolescents reçus en urgences en psychiatrie infanto juvénile, qui sont ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et /ou judiciaire ? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 63 (2015) 124-132.
127. Hillis SD., Andra RF., Dube SR., Felitti V J., Marchbanks P A ., Marks J S., *The association between adverse childhood expériences and adolescent prégnancy, long term psychosocial consequences, and foetal death.* *Pediatrics* 2004 : 113 (2) : 320-7.
128. Speranza M., Laudrin S., *Accueil d'urgence en pédopsychiatrie.* *Enfances and psy* 2002/2 (N° 18).

Annexes I :

- ✓ *A : Questionnaire*
- ✓ *B : Critères CIM*

Annexe I, A

Questionnaire :

RUBRIQUE N°1

Nom :

Numéro de dossier :

Date :

Reçu par : Pédopsychiatre
Psychologue
Orthophoniste

Sexe : Féminin
Masculin

Age : Inférieur ou égale à 3 ans
Entre 3-5 ans
Entre 6-10 ans
Entre 11-14 ans
Supérieur à 14 ans

Demande : _ diagnostic
_ PEC
_ avis
_ orientation
_ expertise judiciaire
_ certificat médical

Si demande de certificat médical : _ Trisomie 21
_ Retard mental
_ IMC
_ Autres

Motif de consultation :

- 1_ trouble du langage
- 2_ trouble du comportement
- 3_ trouble de la concentration
- 4_ retard des acquisitions psychomotrices
- 5_ Signes autistiques
- 6_ Troubles anxieux
- 7_ Difficultés scolaires
- 8_ Signes organiques d'allure psychiatrique
- 9_ Tentative de suicide
- 10_ Trouble du caractère_ opposition_ nervosité
- 11_ Fugue
- 12_ insomnie
- 13_ Troubles sphinctériens
- 14_ Agression sexuelle
- 15 _ Autres

Pathologies associées :

- _Epilepsie
- _Trisomie
- _Trouble sensoriel
- _IMC
- _autres

Notion de souffrance néonatale : oui, non

Développement : _Normal

- _ Retard du développement moteur
- _ Retard du développement du langage
- _ Retard du développement global

Diagnostic : CIM 10 :

1. _ Schizophrénie
2. _ Troubles schizotypique
3. _ Troubles délirantes chroniques
4. _ Troubles psychotiques aigus et transitoires
5. _ Troubles délirants induits
6. _ Troubles schizoaffectifs
7. _ Autres troubles psychotiques non organiques
8. _ Psychose non organique sans précision
9. _ Episode maniaque
10. _ Trouble affectif bipolaire
11. _ Episodes dépressifs
12. _ Episodes dépressifs récurrents
13. _ Troubles de l'humeur persistants
14. _ Autres troubles de l'humeur
15. _ Troubles de l'humeur sans précision
16. _ Troubles anxieux phobiques
17. _ Autres troubles anxieux
18. _ Troubles obsessionnels compulsifs
19. _ Réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation
20. _ Troubles dissociatifs de conversion
21. _ Troubles somatoformes
22. _ Troubles troubles névrotiques
23. _ Troubles de l'alimentation
24. _ Troubles du sommeil non organique
25. _ Retard mental léger
26. _ Retard mental moyen
27. _ Retard mental grave
28. _ Retard mental profond
29. _ Autres formes de retard mental

30. _ Retard mental sans précision
31. _ Troubles spécifiques de l'acquisition de la parole et du langage
32. _ Troubles spécifiques des acquisitions scolaires
33. _ Troubles spécifiques du développement moteur
34. _ Troubles spécifiques mixtes du développement
35. _ TED : autisme infantile
36. _ TED : autisme atypique
37. _ TED : Syndrome de Reth
38. _ TED : Autres troubles désintégratifs de l'enfance
39. _ TED : hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
40. _ TED : Syndrome d'asperger
41. _ TED : autres troubles envahissants du développement
42. _ TED : troubles envahissants du développement sans précision
43. _ Autres troubles du développement psychologique
44. _ Troubles du développement psychologique sans précision
45. _ Troubles hyperkinétiques
46. _ Troubles des conduites
47. _ Troubles mixtes des conduites et des émotions
48. _ Troubles émotionnels débutants spécialement dans l'enfance
49. _ Troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement dans l'enfance et l'adolescence
50. _ Tics
51. _ Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence : Enurésie non organique
52. _ Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence : Encoprésie non organique
53. _ Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence : Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant
54. _ Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence : bégaiement
55. _ Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence, sans précision

Codage CIM 10 :

1. F20
2. F21
3. F22
4. F23
5. F24
6. F25
7. F28

8. F29
9. F30
10. F31
11. F32
12. F33
13. F34
14. F38
15. F39
16. F40
17. F41
18. F42
19. F43
20. F44
21. F45
22. F48
23. F50
24. F51
25. F70
26. F71
27. F72
28. F73
29. F78
30. F79
31. F80
32. F81
33. F82
34. F83
35. F84.0
36. F84.1
37. F84.2
38. F84.3
39. F84.4
40. F84.5
41. F84.8
42. F84.9
43. F88
44. F89
45. F90
46. F91
47. F92
48. F93
49. F94
50. F95

51. F98.0

52. F98.1

53. F98.2

54. F98.5

55. F98.9

RUBRIQUE N°2 :

Wilaya : Adrar, Chlef, laghouat, oum el bouaghi, batna, bejaia, biskra, bechar, blida, bouira, tamanrasset, tebessa, tlemcen, tiaret, tizi ousou, alger, djelfa, djijel, sétif, saida, skikda, sidi belabes, annaba, guelma, constantine, médéa, motaghanem, m'sila, mascara, ourgla, oran, el bayed, illizi, bordj bouarriridj, bumerdes, el teref, tindouf, tissimssilt, el oued, khenchla, soug ahras, tipaza, mila, ain defla, naama, ain timouchent, ghardaia, relizane,

Localité : blida centre, benimered, khazrouna, bouaafa, chréa, mouzaia, el afroun, cheffa, boufarik, ben khellil, guerouaou, soumaa, oued alleug, zaouia, benitamou, bougara, bouinane, meftah, larbaa, chebli, oued slama, autres.

Secteur : Publique
Privé

Orienté par : _ Médecin généraliste .
_ Médecin spécialiste.
_ Psychologue clinicienne.
_ Orthophoniste.
_ Ecole
_ Parents
_ Association
_ justice, police
_ CMP
_ Autres

Si orienté par un spécialiste : _ neurologue, neurochirurgien, ORL, pédiatre, rééducation fonctionnelle, psychiatrie, médecine légale, autres.

Type de consultation : _ Consultation
_ Urgence

Délai entre la demande du RDV et l'accueil du patient : _ Inférieur ou égal à un mois
_ De 1 à 3 mois
_ Supérieur à 3 mois

Suivi antérieur :
_ Psychologique
_ Orthophonique
_ Pédopsychiatrique

RUBRIQUE N°3 :

Conditions socioéconomiques : _ Bonnes
_ Moyennes
_ Défavorables

Consanguinité des parents : _oui
_non

Divorce des parents : oui ; non

Décès d'un parent : oui ; non

Adoption : oui ; non

Nombre d'enfants dans la fratrie : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10, sup 11.

Evénement traumatique :
_Agression sexuelle
_Agression physique
_Agression verbale
_ Accident
_Autres

Gardé par : _ Mère
_ Grande famille
_ Maternelle
_ Mosquée

Scolarité : _Préscolaire
_ Primaire
_ Moyen
_ Lycée
_ CMP

RUBRIQUE N°4 :

Suivi par : _ Psychologue
_ Orthophoniste
_ Psychomotricien
_ Pédopsychiatre

Modalités de prise en charge : _ Evaluation
_ Suivi
_ Orientation

Si évaluation : _ Clinique
_ CARS
_ Bilan psychologique
_ Bilan orthophonique
_ Bilan psychomoteur

Type de suivi : _ Pharmacothérapie
_ Guidance parentale
_ Psychothérapie
_ Suivi orthophonique
_ HDJ
_ Un seul entretien
_ Rupture de suivi

Orientation vers : _ Consultation externe de psychologie
_ Consultation externe d'orthophonie
_ CMP
_ Ecole spécialisée
_ Association
_ Classe intégrée

Annexe I, B

F70-F79) Retard mental[

- (F70.-) [Retard mental](#) léger
- (F71.-) Retard mental moyen
- (F72.-) Retard mental grave
- (F73.-) Retard mental profond
- (F78.-) Autres formes de retard mental
- (F79.-) Retard mental, sans précision

Utiliser les codes ci-dessus conjointement avec les derniers digits suivants :

- (.0) Déficience du comportement absent ou minime
- (.1) Déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement
- (.8) Autres déficiences du comportement
- (.9) Sans mention d'une déficience du comportement

(F80-F89) Troubles du développement psychologique

- (F80) [Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage](#)
 - (F80.0) Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation ([Dyslalie](#))
 - (F80.1) Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif ([Dysphasie](#), [Aphasie](#))
 - (F80.2) Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif ([Dysphasie](#), [Aphasie réceptive](#))
 - (F80.3) Aphasie acquise avec épilepsie ([Syndrome de Landau et Kleffner](#))
 - (F80.8) Autres troubles du développement de la parole et du langage ([Zézaiement](#))
 - (F80.9) Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
 - (F81) [Troubles spécifiques des acquisitions scolaires](#)
 - (F81.0) [Trouble spécifique de la lecture](#)
 - (F81.1) Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe ([Dysgraphie](#), [Dysorthographe](#))
 - (F81.2) [Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique](#) ([Acalculie de développement](#), [Syndrome de Gerstmann](#))
 - (F81.3) Trouble mixte des acquisitions scolaires
 - (F81.8) Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires ([Agraphie](#))
 - (F81.9) Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
 - (F82) [Troubles spécifiques du développement moteur](#)
 - (F83) Troubles spécifiques mixtes du développement
 - (F84) [Troubles envahissants du développement](#)
 - (F84.0) [Autisme infantile](#)
 - (F84.1) [Autisme atypique](#)
 - (F84.2) [Syndrome de Rett](#)
 - (F84.3) Autres [troubles désintégratifs de l'enfance](#)
 - (F84.4) Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
 - (F84.5) [Syndrome d'Asperger](#)
 - (F84.8) Autres troubles envahissants du développement
 - (F84.9) [Trouble envahissant du développement, sans précision](#)
 - (F88) Autres troubles du développement psychologique
 - (F89) Troubles du développement psychologique, sans précision
-

(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

- (F90) [Troubles hyperkinétiques](#)
 - (F90.0) [Perturbation de l'activité et de l'attention](#)
 - (F90.1) Trouble hyperkinétique et trouble des conduites
 - (F90.8) Autres troubles hyperkinétiques
 - (F90.9) Trouble hyperkinétique, sans précision

- (F91) [Troubles des conduites](#)
 - (F91.0) Trouble des conduites limité au milieu familial
 - (F91.1) Trouble des conduites, type mal socialisé
 - (F91.2) Trouble des conduites, type socialisé
 - (F91.3) [Trouble oppositionnel avec provocation](#)
 - (F91.8) Autres troubles des conduites
 - (F91.9) Trouble des conduites, sans précision

- (F92) Troubles mixtes des conduites et des émotions
 - (F92.0) Troubles des conduites avec dépression
 - (F92.8) Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
 - (F92.9) Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision

- (F93) [Troubles émotionnels](#) débutant spécifiquement dans l'enfance
 - (F93.0) [Angoisse de séparation](#) de l'enfance
 - (F93.1) Trouble anxieux phobique de l'enfance
 - (F93.2) [Anxiété sociale](#) de l'enfance
 - (F93.3) Rivalité dans la fratrie
 - (F93.8) Autres troubles émotionnels de l'enfance
 - [Hyperanxiété](#)
 - [Trouble de l'identité](#)
 - (F93.9) Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision

- (F94) Troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement dans l'enfance ou à l'adolescence
 - (F94.0) [Mutisme sélectif](#)
 - (F94.1) [Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance](#)
 - (F94.2) Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition
 - (F94.8) Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
 - (F94.9) Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision

- (F95) [Tics](#)
 - (F95.0) Tic transitoire
 - (F95.1) Tic moteur ou vocal chronique
 - (F95.2) Forme associant tics vocaux et tics moteurs ([syndrome de Gilles de la Tourette](#))
 - (F95.8) Autres tics
 - (F95.9) Tic, sans précision

- (F98) Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence
 - (F98.0) [Énurésie](#) non organique
 - (F98.1) [Encoprésie](#) non organique
 - (F98.2) Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant
 - (F98.3) [Pica](#) du nourrisson et de l'enfant
 - (F98.4) Mouvements stéréotypés
 - (F98.5) [Bégaiement](#)
 - (F98.6) Bredouillement (langage précipité)
 - (F98.8) Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ([Onychophagie](#), [Onanisme](#))
 - (F98.9) Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision

(F99) Trouble mental, sans autre indication[

(F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants

- (F20) [Schizophrénie](#)
 - (F20.0) [Schizophrénie paranoïde](#)
 - (F20.1) [Schizophrénie hébéphrénique](#)
 - (F20.2) [Schizophrénie catatonique](#)
 - (F20.3) Schizophrénie indifférenciée
 - (F20.4) Dépression post-schizophrénique
 - (F20.5) Schizophrénie résiduelle
 - (F20.6) Schizophrénie simple
 - (F20.8) [Autres formes de schizophrénie](#)
 - (F20.9) Schizophrénie, sans précision

- (F21) [Trouble schizotypique](#)

- (F22) Troubles délirants chroniques
 - (F22.0) [Trouble délirant](#)
 - État paranoïaque
 - [Paranoïa](#)
 - [Paraphrénie](#) (tardive)
 - [Psychose paranoïaque](#)
 - (F22.8) Autres troubles délirants persistants
 - Dymorphophobie délirante
 - État paranoïaque d'involution
 - [Paranoïa quérulente](#)
 - (F22.9) Trouble délirant persistant, sans précision

- (F23) Troubles psychotiques aigus et transitoires
 - (F23.0) Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
 - (F23.1) Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
 - (F23.2) Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
 - (F23.3) Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant
 - (F23.8) Autres troubles psychotiques aigus et transitoires
 - (F23.9) [Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision](#)

- (F24) [Trouble délirant induit](#)

- (F25) [Troubles schizo-affectifs](#)
 - (F25.0) Trouble schizo-affectif, type maniaque
 - (F25.1) Trouble schizo-affectif, type dépressif
 - (F25.2) Trouble schizo-affectif, type mixte
 - (F25.8) Autres troubles schizo-affectifs
 - (F25.9) Trouble schizo-affectif, sans précision

- (F28) [Autres troubles psychotiques non organiques](#)

- (F29) [Psychose](#) non organique, sans précision

(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)

- (F30) [Épisode maniaque](#)
 - (F30.0) [Hypomanie](#)
 - (F30.1) Manie sans symptômes psychotiques
 - (F30.2) Manie avec symptômes psychotiques
 - (F30.8) Autres épisodes maniaques
 - (F30.9) Episode maniaque, sans précision

- (F31) [Trouble affectif bipolaire](#)
 - (F31.0) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
 - (F31.1) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques
 - (F31.2) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques
 - (F31.3) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne
 - (F31.4) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
 - (F31.5) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques
 - (F31.6) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte
 - (F31.7) Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission
 - (F31.8) Autres troubles affectifs bipolaires
 - (F31.9) [Trouble affectif bipolaire, sans précision](#)

- (F32) Épisodes [dépressifs](#)
 - (F32.0) Épisode dépressif léger
 - (F32.1) Épisode dépressif moyen
 - (F32.2) Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
 - (F32.3) [Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques](#)
 - (F32.8) [Autres épisodes dépressifs](#)
 - (F32.9) Épisode dépressif, sans précision

- (F33) Troubles dépressifs récurrents
 - (F33.0) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger
 - (F33.1) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
 - (F33.2) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
 - (F33.3) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
 - (F33.4) Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
 - (F33.8) Autres troubles dépressifs récurrents
 - (F33.9) Trouble dépressif récurrent, sans précision

 - (F34) Troubles de l'humeur (affectifs) persistants
 - (F34.0) [Cyclothymie](#)
 - (F34.1) [Dysthymie](#)
 - (F34.8) Autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants
 - (F34.9) Trouble de l'humeur (affectif) persistant, sans précision

 - (F38) Autres troubles de l'humeur (affectifs)
 - (F38.0) Autres troubles de l'humeur (affectifs) isolés
 - (F38.1) Autres troubles de l'humeur (affectifs) récurrents ([Dépression brève récurrente](#))
 - (F38.8) [Autres troubles de l'humeur \(affectifs\) précisés](#)

 - (F39) Trouble de l'humeur (affectif), sans précision
-

(F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

- (F40) [Troubles anxieux phobiques](#)
 - (F40.0) [Agoraphobie](#)
 - (F40.1) [Phobies sociales](#) ([Anthropophobie](#), Névrose sociale)
 - (F40.2) [Phobies spécifiques](#) (isolées) ([Acrophobie](#), [Claustrophobie](#), Phobie simple, [Phobie des animaux](#))
 - (F40.8) Autres troubles anxieux phobiques
 - (F40.9) Trouble anxieux phobique, sans précision (Etat phobique SAI, Phobie SAI)

- (F41) Autres [troubles anxieux](#)
 - (F41.0) [Trouble panique](#) (anxiété épisodique paroxystique)
 - (F41.1) [Anxiété généralisée](#)
 - (F41.2) Trouble anxieux et dépressif mixte
 - (F41.3) Autres troubles anxieux mixtes
 - (F41.8) Autres troubles anxieux précisés
 - (F41.9) Trouble anxieux, sans précision

- (F42) [Trouble obsessionnel compulsif](#)
 - (F42.0) Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
 - (F42.1) Avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan
 - (F42.2) Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
 - (F42.8) Autres troubles obsessionnels-compulsifs
 - (F42.9) Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision

- (F43) Réactions à un facteur de stress important, et troubles de l'adaptation
 - (F43.0) [Réaction aiguë à un facteur de stress](#)
 - (F43.1) État de [stress post-traumatique](#)
 - (F43.2) [Troubles de l'adaptation](#) ([Hospitalisme](#), [Choc culturel](#))
 - (F43.8) Autres réactions à un facteur de stress sévère
 - (F43.9) Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision

- . (F44) [Troubles dissociatifs](#) (de [conversion](#))
 - (F44.0) [Amnésie dissociative](#)
 - (F44.1) [Fugue dissociative](#)
 - (F44.2) Stupeur dissociative
 - (F44.3) États de transe et de possession
 - (F44.4) Troubles moteurs dissociatifs
 - (F44.5) Convulsions dissociatives
 - (F44.6) Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
 - (F44.7) Trouble dissociatif [de conversion] mixte
 - (F44.8) Autres troubles dissociatifs [de conversion] ([Syndrome de Ganser](#), [TDI](#))
 - (F44.9) Trouble dissociatif (de conversion), sans précision

- (F45) [Troubles somatoformes](#)
 - (F45.0) [Trouble de somatisation](#)
 - (F45.1) Trouble somatoforme indifférencié
 - (F45.2) Trouble [hypocondriaque](#)
 - [Dysmorphophobie](#) (non délirante)
 - [Hypocondrie](#)
 - Névrose hypocondriaque
 - [Nosophobie](#)
 - Peur d'une dysmorphie corporelle
 - (F45.3) Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
 - (F45.4) [Syndrome douloureux somatoforme persistant](#)
 - (F45.8) Autres troubles somatoformes
 - (F45.9) Trouble somatoforme, sans précision

- (F48) Autres troubles névrotiques
 - (F48.0) [Neurasthénie](#)
 - (F48.1) Syndrome de [dépersonnalisation-déréalisation](#)
 - (F48.8) Autres troubles névrotiques précisés ([Psychasthénie](#), [Syndrome de Briquet](#))
 - (F48.9) Trouble névrotique, sans précision