
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION



JOURNÉE D'APPROPRIATION DU DSM-5 POUR LES CLINIQUES D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE DE LA MONTÉRÉGIE



CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT
de la **MONTÉRÉGIE-EST**

CQA CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT

PLAN DE LA JOURNÉE: AM



- Mot de bienvenue
- Introduction au DSM-5
- Nouvelles catégories diagnostiques
- Trouble du spectre de l'autisme
- PAUSE
- Diagnostics différentiels au TSA
 - › Trouble de la communication sociale
 - › Mutisme sélectif
 - › Trouble de l'attachement / trouble de l'engagement social désinhibé
- Période d'échanges

PLAN DE LA JOURNÉE: PM



- Comorbidités possibles au TSA
 - › TDAH, DI, RGD → période d'échanges
 - › Troubles de langage, troubles spécifiques des apprentissages, troubles moteurs → période d'échanges
- PAUSE
- Comorbidités possibles au TSA
 - › Troubles anxieux, troubles des comportements / conduites → période d'échanges
- Défis à relever, synthèse, mot de la fin

PLAN DE LA JOURNÉE



- **Objectifs de la journée**
 - › Mise à jour des connaissances entourant la nouvelle nomenclature diagnostique relative à la sortie du DSM-5 (mai 2013);
 - › Identification des défis et enjeux en cliniques d'évaluation, amorce de réflexion et pistes de solutions.

- **Il ne s'agit pas d'une formation portant sur...**
 - › Le diagnostic différentiel;
 - › La trajectoire de services.

- **Mise en garde**
 - › DSM-5 publié en anglais, aucune traduction disponible;
 - › Traduction libre dans le cadre de cette formation (prudence);
 - › Formation n'est pas exhaustive → reflète nos préoccupations en clinique d'évaluation diagnostique.

PRÉSENTATION PRÉPARÉE PAR L'ENSEMBLE DE L'ÉQUIPE DE LA CRETCD



- Kim Dionne, orthophoniste
- Dre Carolyn Dunn, pédiatre
- Marie-Ève Garon, ergothérapeute et coordonnatrice professionnelle
- Stéfanie Gélinas, ergothérapeute
- Chantale Labbée, neuropsychologue
- Karine Lachambre, ergothérapeute
- Louise Pilon, agente administrative
- Manon Lacroix, coordonnatrice de programme
- Manon Lemire, travailleuse sociale
- Anne-Marie Nader, ergothérapeute et candidate au doctorat en neuropsychologie
- Marie-Claude Pierre, orthophoniste
- Manon Rouillard, travailleuse sociale
- Marie Thibodeau, orthophoniste
- Corinne Tremblay, neuropsychologue
- Dr Yves Tremblay, pédiatre développementaliste



BASE DES CHANGEMENTS ET ORIENTATIONS ASSOCIÉES AU DSM-5



Diagnostiquer



Diagnostiquer inclut:

- Un Système de classification
- Comment les sujets sont diagnostiqués en utilisant ce système de classification

Le DSM



- Historique:
- Ancêtre du DSM: en 1844 par l'Association Américaine de Psychiatrie:
 - › Besoin de classification statistique des patients hospitalisés en psychiatrie, pour **faciliter la communication** entre les médecins
- Évolution (via quatre importantes éditions) vers un système de classification diagnostique:
 - › Pour une diversité de professionnels
 - › Décrivant les **critères essentiels des troubles**
 - › Fournissant **des balises** pour les divers diagnostics et la précision des traitements et des interventions

Pertinence du DSM



Critères diagnostiques de divers troubles qui peuvent inclure:

- Symptômes
- Comportements
- Traits de personnalité
- Fonctions cognitives
- Signes physiques
- Durées

- Mises en garde:

- Le DSM est un « **guide** » (système de classification), non un outil diagnostique.
- L'**expertise clinique** est **essentielle** pour préciser un diagnostic:
 - Connaissances
 - Entraînement clinique
 - Développement de l'expertise
 - Modalités d'évaluation



- Démarche entreprise en 1999 (il y a 14 ans):
 - › En raison de **constats importants**:
 - Les critères de certains troubles manquaient de **congruence avec les connaissances scientifiques** les plus récentes
 - Besoin d'**ajustement à la complexité des troubles** “ dans la vraie vie “:
 - Tous les troubles créent un dysfonctionnement qui varie beaucoup dans la manière et l'intensité, et selon les ressources personnelles et contextuelles de la personne
 - Nécessité de **mieux répondre aux besoins** des patients, des familles, des cliniciens
 - Nécessité d'une **harmonisation internationale** :
 - Les deux importants **systèmes de classification internationaux** (DSM; Classification Internationale des Maladies-CIM) n'étaient **pas congruents** pour divers troubles

Démarche vers le dsm-5



- Processus:
 - › Démarche d'**harmonisation internationale**
 - › Comités d'**experts** impliquant activement des centaines de participants de 39 pays
 - › Revue systématique de la **littérature scientifique**
 - › **Conférences** thématiques
 - › Réalisation d'**études d'appoint** et d'essais cliniques
 - › Réorganisation de tous les aspects du Manuel pouvant intégrer les **acquis scientifiques à venir**

Vers le DSM-5
HARMONISATION INTERNATIONALE

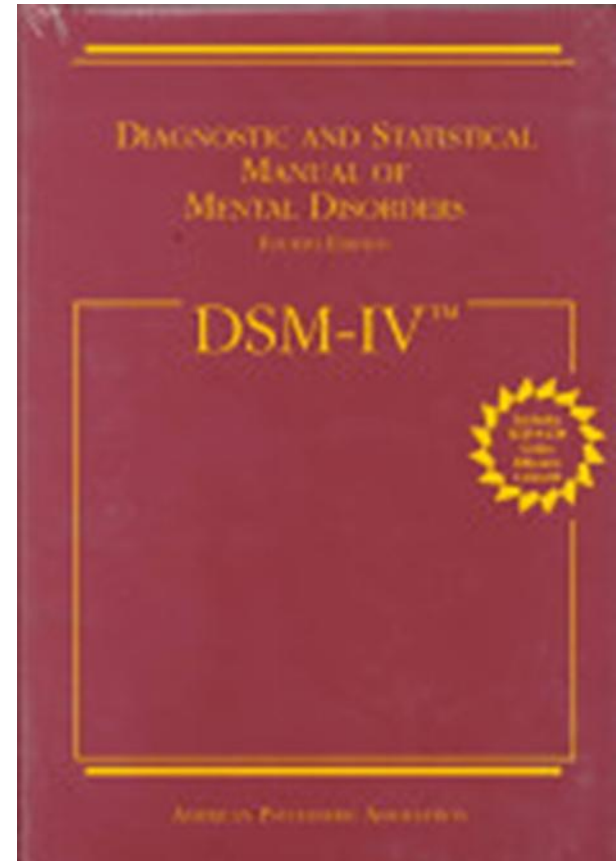
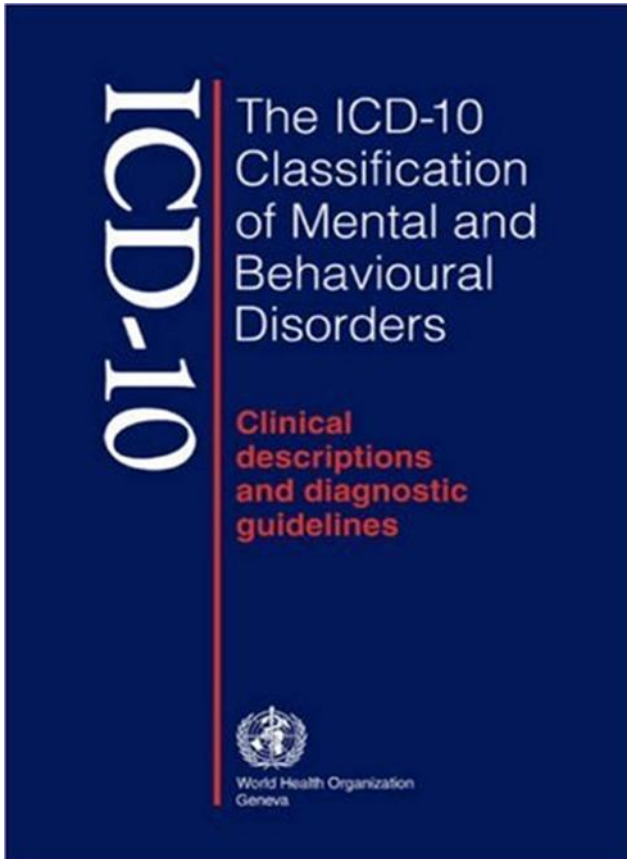
Nécessité d'une harmonisation internationale

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION :
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS
(DSM)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS):
CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM)

WORD PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Vers le dsm-5



Le CIM ?

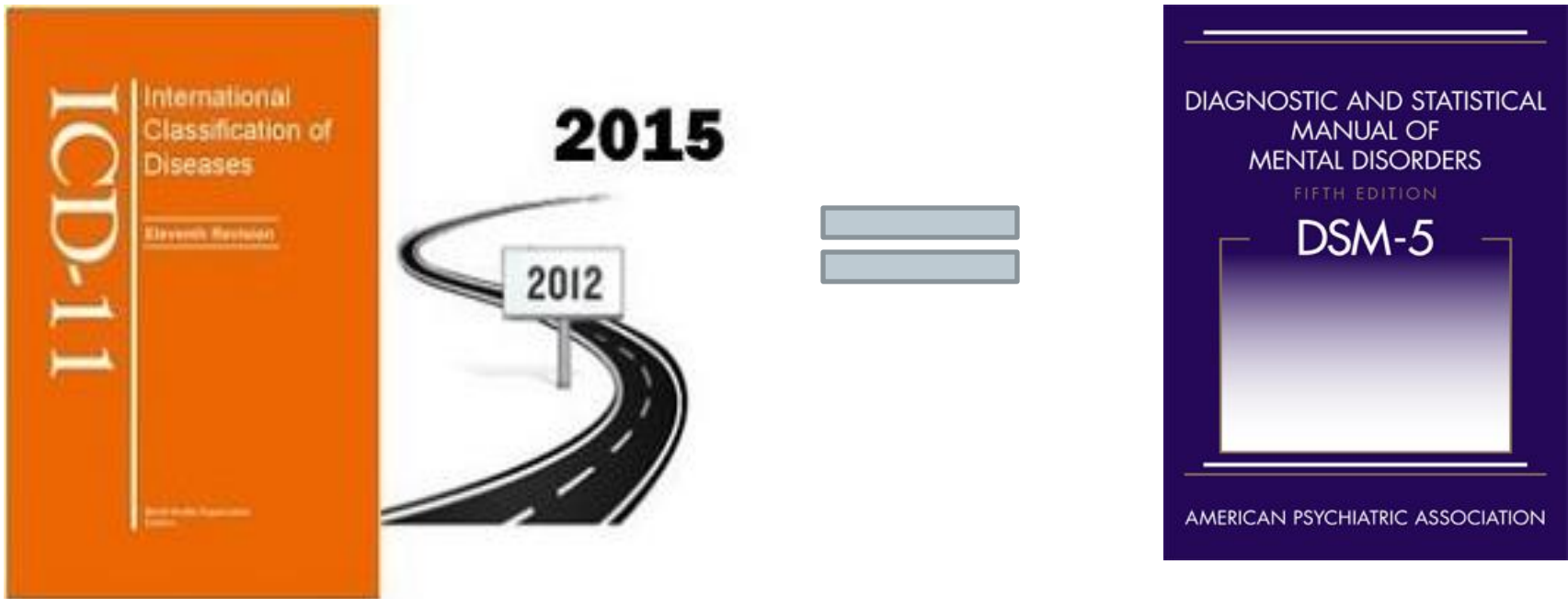
CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM)
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

Plus de flexibilité diagnostique

Plus adapté au travail clinique

Vers le dsm-5

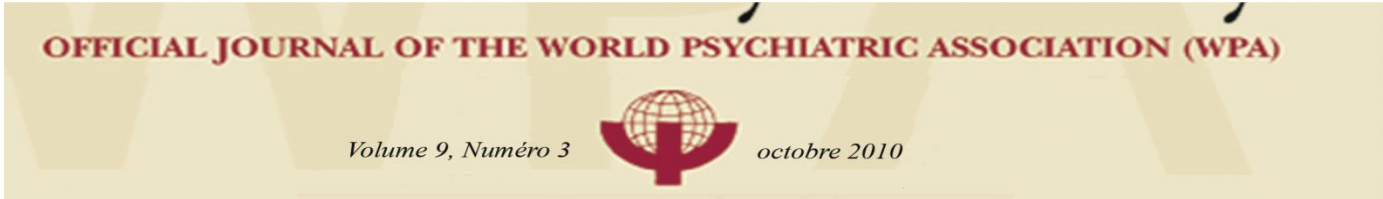
HARMONISATION INTERNATIONALE



Vers le dsm-5 HARMONISATION INTERNATIONALE

WORD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Association Mondiale de Psychiatrie)

Fondée en 1950 Regroupant des associations de **117 pays différents**

The logo for World Psychiatry, featuring the words "World Psychiatry" in a serif font. "World" is in a dark red color, and "Psychiatry" is in a black color.A banner for the Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA). It features the text "OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)" in red capital letters. Below the text is a red logo of a globe with a stylized 'P' shape. To the left of the logo is the text "Volume 9, Numéro 3" and to the right is "octobre 2010".

OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volume 9, Numéro 3



octobre 2010



Plan d'Action 2011 – 2014

GOAL 9: Participate and collaborate with all worldwide organizations in the development and implementation of appropriate diagnostic and nomenclature systems across the world

9.1: Collaborate **with the World Health Organization (WHO)** in the revision and implementation of the appropriate International Classification Systems across the world.

Vers le dsm-5
HARMONISATION INTERNATIONALE

Prototype diagnosis of psychiatric syndromes

World Psychiatry 2012 Feb 11(1):16-21.

[Westen D, Department of Psychology and Psychiatry, Emory University, Atlanta, USA.](#)

Abstract: The method of diagnosing patients used since the early 1980s in psychiatry, which involves evaluating each of several hundred symptoms for their presence or absence and then applying idiosyncratic rules for combining them for each of several hundred disorders, has led to great advances in research over the last 30 years. However, its problems have become increasingly apparent, particularly for clinical practice. An alternative approach, designed to maximize clinical utility, is prototype matching. Instead of counting symptoms of a disorder and determining whether they cross an arbitrary cutoff, the task of the diagnostician is to gauge the extent to which a patient's clinical presentation matches a paragraph-length description of the disorder using a simple 5-point scale, from 1 ("little or no match") to 5 ("very good match"). The result is both a dimensional diagnosis that captures the extent to which the patient "has" the disorder and a categorical diagnosis, with ratings of 4 and 5 corresponding to presence of the disorder and a rating of 3 indicating "subthreshold" or "clinically significant features". The disorders and criteria woven into the prototypes can be identified empirically, so that the prototypes are both scientifically grounded and clinically useful. Prototype diagnosis has a number of advantages: it better captures the way humans naturally classify novel and complex stimuli; is clinically helpful, reliable, and easy to use in everyday practice; facilitates both dimensional and categorical diagnosis and dramatically reduces the number of categories required for classification; allows for clinically richer, empirically derived, and culturally relevant classification; reduces the gap between research criteria and clinical knowledge, by allowing clinicians in training to learn a small set of standardized prototypes and to develop richer mental representations of the disorders over time through clinical experience; and can help resolve the thorny issue of the relation between psychiatric diagnosis and functional impairment.

Vers le dsm-5
HARMONISATION INTERNATIONALE

- **Prototype diagnosis VS Système de classification:**
 - Processus cognitifs naturels des cliniciens:
 - Évaluation probabiliste du degré de correspondance entre une situation clinique et un modèle mental (un prototype)
 - Validité et utilité clinique plus grandes VS définitions des troubles
 - Catégories diagnostiques permettant le développement de prototypes cliniques appropriés et de qualité
 - Système de classification:
 - Permettre aux cliniciens de développer des “ **représentations mentales** ” (“**prototypes**”):
 - de divers syndromes cohérents
 - avec des signes et symptômes fonctionnellement reliés
 - Pour la **meilleure communication entre les cliniciens**



• Constats:

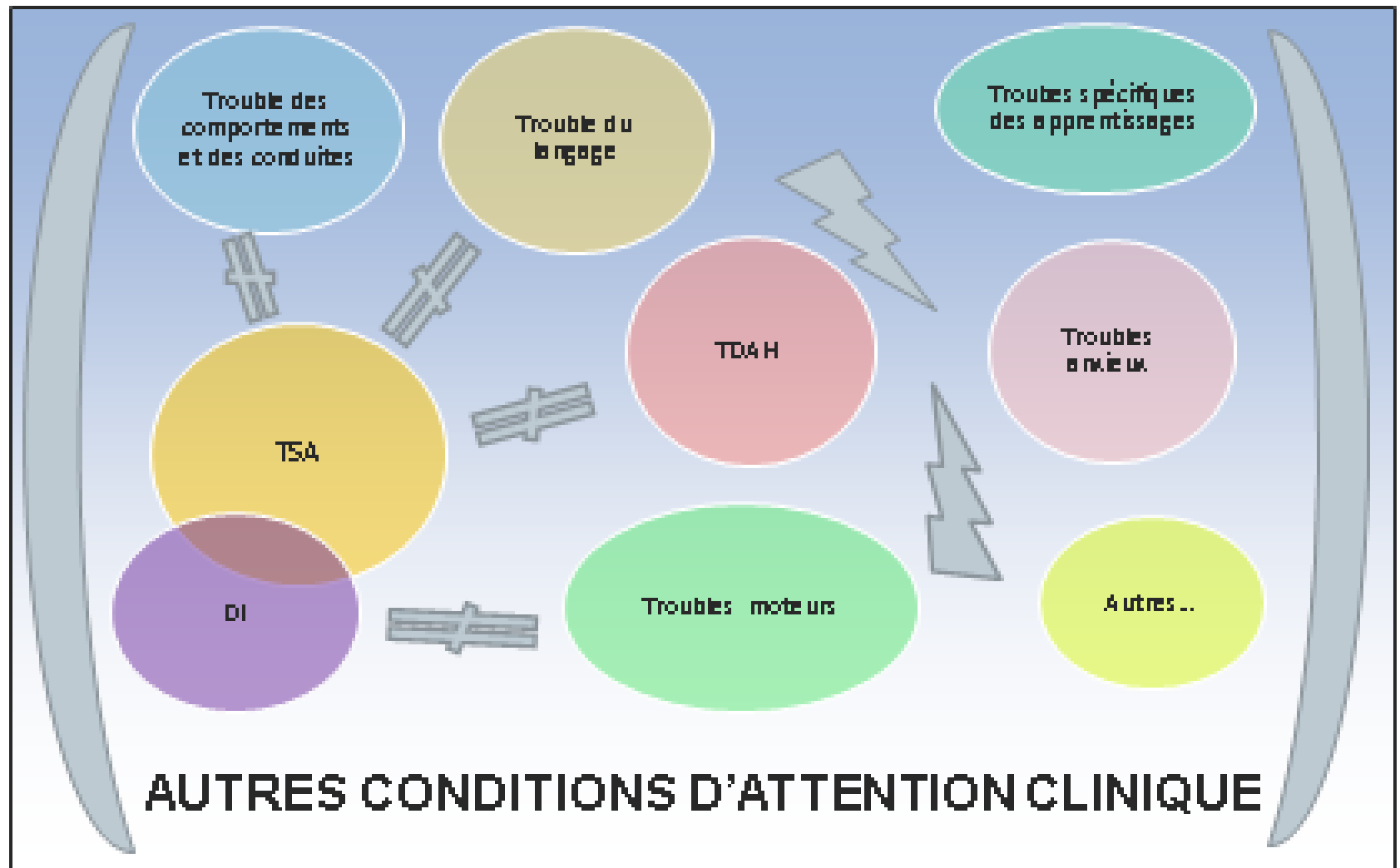
- Les classifications antérieures (DSM-IV inclus) ne s'appuyaient pas sur des diagnostics suffisamment validés par la science:
 - › Insuffisance de validations scientifiques objectives, puissantes, consistantes
 - › Nature arbitraire des critères
- La compréhension des problèmes et de leurs traitements a beaucoup évolué sur une base scientifique (neuroscience cognitive; imagerie médicale; génétique; épidémiologie; ...)
- La plupart des troubles (sinon tous) se situent à l'intérieur d'un **spectre**



- Constats:

- › **Système de catégories « rigides »** (i.e.: DSM-IV) ne correspondant pas à l'expérience des cliniciens (beaucoup de cas "NS"): Orientation "recherche"
- › Les **limites entre diverses catégories diagnostiques** sont dans la réalité plus fluides que considérées dans le système de classification (DSM-IV) :
 - Les manifestations, les atteintes neurologiques, les facteurs génétiques, les facteurs de risque, peuvent être partagées à divers degrés par diverses catégories diagnostiques

COMORBIDITÉS vs DSM-IV



Vers le dsm-5

HARMONISATION INTERNATIONALE



- DIAGNOSTIQUER SELON UNE **APPROCHE CATÉGORIELLE** (DSM-IV):
 - Cliniciens doivent:
 - Décider si un patient rencontre les critères diagnostiques “ précis ” pour un trouble
 - Diagnostiquer **si le trouble est “ présent ou absent ”**
 - Plus adapté à la recherche, aux **besoins des chercheurs**
 - Pas ajusté à la **grande variété des présentations cliniques des patients** dans les conditions de pratique habituelles:
 - Spectre de manifestations
 - Symptômes comorbides associés (non contributifs aux critères diagnostiques)
 - Limites à **l'étendue des informations cliniques importantes** pour
 - La planification des traitements
 - Le pronostic
 - Le monitoring de l'évolution
 - Moins apte à **suivre l'évolution**

Vers le DSM-5

HARMONISATION INTERNATIONALE



- DIAGNOSTIQUER SELON UNE **APPROCHE DIMENSIONNELLE** (associée à une approche catégorielle) (DSM-5):
 - Représenter plus adéquatement des **réalités cliniques** des patients
 - Intégrer les **symptômes comorbides** :
 - Fréquemment observés en clinique
 - Peuvent compliquer le trouble ainsi que les traitements, le pronostic
 - Peuvent constituer en soi un besoin de traitement
 - Doivent être documentés, recherchés
 - Inclure des **degrés de sévérité** des troubles en plus de **catégoriser la nature du trouble** des troubles

LE DSM-5

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION RESEARCH DIRECTION DSM-5 TASK FORCE (2011)



Le DSM-5

- Intègre des **aspects dimensionnels** dans un **système catégoriel** (catégories spécifiques :
 - **Niveaux de sévérité** à l'intérieur de toute catégorie diagnostique spécifique (fréquence, nature, durée et intensité des symptômes)
 - **Multiplicité des symptômes** (toutes informations recherchées, recueillies, observées) hors et intracatégorie
- Favorise l'**attention des cliniciens à l'égard de symptômes problématiques**:
 - Propres au diagnostic primaire (principal)
 - Propres à de **fréquentes problématiques secondaires** ("comorbidité": symptômes au-delà des critères diagnostiques d'un trouble formel)
 - Qui doivent être **recherchées et documentées**
- Représente mieux les **réalités cliniques des patients** :
 - Vise à identifier **l'ensemble des symptômes significatifs**
 - À préciser **leur sévérité** (pertinence pour le prognostic, la planification des traitements, le suivi de l'évolution du patient)
 - Sur la base du **jugement clinique des cliniciens**

Approche dimensionnelle du diagnostic Et DSM-5



Antérieurement Vision exclusive des diagnostics

L'**orientation « recherche »** (en lien avec les besoins des chercheurs) des DSM antérieurs (dont le DSM-IV) visait à préciser les catégories diagnostiques favorisant la précision de sujets homogènes. D'où des diagnostics mutuellement exclusifs et une vision étroite des catégories diagnostiques.

Cette approche ne correspondait **pas à la réalité clinique**, d'où l'important changement (approche dimensionnelle) du DSM-5.

Or la réalité clinique est autre: les manifestations sont variées à l'intérieur d'une même catégorie diagnostique; es symptômes sont partagées entre différents troubles.

DSM-5 Vision d'ensemble des symptômes et manifestations

Cette réalité a amené une **approche dimensionnelle** qui englobe ces différentes manifestations à l'intérieur du diagnostic d'une personne, plutôt que de les exclure mutuellement. La réalité clinique est englobée dans un diagnostic avec systématiquement une composante dimensionnelle, correspondant à une vision élargie des troubles.

D'où une précision diagnostique qui permet maintenant la **reconnaissance de troubles distincts associés** (comorbidités), ainsi que la précision de la **variété des manifestations** et du degré des atteintes de chacun.

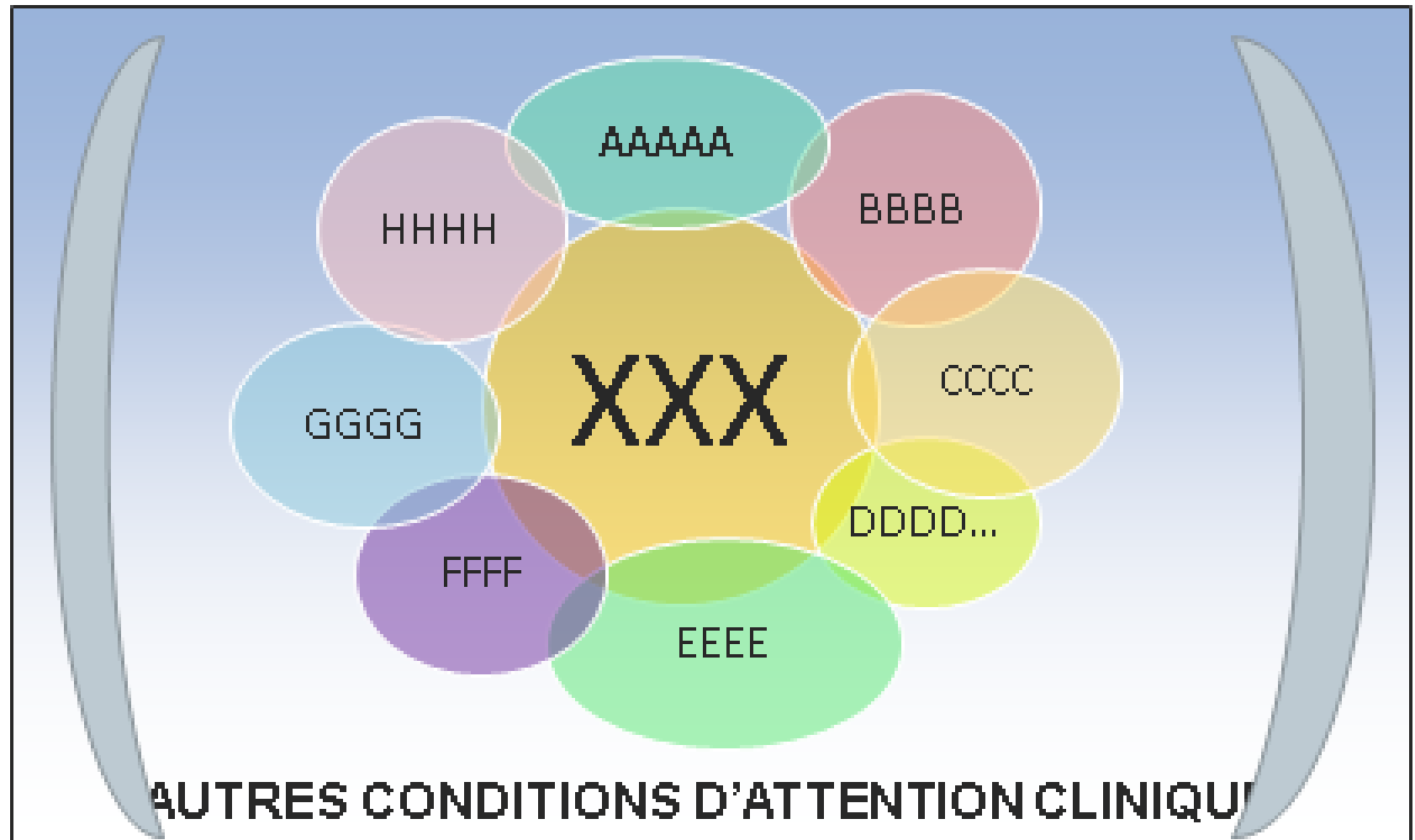
En comparaison avec l'approche antérieure (DSM précédents), cette approche est franchement orientée vers la réalité clinique, soit **la précision des difficultés et des besoins** du sujet atteint.

Approche dimensionnelle du diagnostic Et DSM-5



- Notion de **troubles associés**:
 - › Diagnostics à part entière
 - › Nécessitant d'être documenté sur le plan des besoins et de la sévérité
- Notion de **continuum dans le degré et l'intensité** des symptômes et des manifestations propres à chaque diagnostic, qu'il soit principal ou associé:
 - › Tous les types de troubles sont abordés sous cet angle.
 - › Nécessité de documenter le degré d'atteintes et de sévérité
- Notion de **liens avec les différents aspects de la vie** de la personne:
 - › « **Autres conditions d'attention clinique** »

DSM-5 : COMORBIDITÉS POSSIBLES...



Approche dimensionnelle du diagnostic Et DSM-5



- Abandon du **Système multiaxial**
 - › Axe I - Troubles mentaux
 - › Axe II - Troubles de la personnalité
 - › Axe III - Conditions/étiologies médicales – DI
 - › Axe IV - Facteurs psychosociaux et environnementaux contributifs
 - › Axe V - Évaluation globale du fonctionnement

- Pour la notion de:
 - « **Autres conditions d'attention clinique** », soit une considération particulière envers les conditions ou situations environnementales et psychosociales (utiles pour les cliniciens sans en faire des diagnostics spécifiques):
 - › **Ayant un impact** sur le diagnostic, le pronostic, l'évolution ou le traitement du patient.
 - › **Méritant une attention clinique** pour la compréhension, le traitement, l'intervention

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

Étapes de la vie

Diagnostics maintenant sous les troubles neurodéveloppementaux

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou l'adolescence -Retard mental -Trouble des apprentissages -Trouble des habiletés motrices -Trouble de la communication -Troubles envahissants du développement -Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur	Troubles neurodéveloppementaux -Déficience intellectuelle -Troubles spécifiques des apprentissages -Troubles moteurs -Troubles de la communication -TSA -TDA-H

DSM-5

Changements importants



• Faits saillants des importants changements:

- › **Harmonisation internationale** (DSM - APA; CIM - OMS)
- › Davantage basé sur les **données probantes** et l'état des connaissances
- › **Fiabilité** des diagnostics et de leurs critères
- › Conçu pour s'adapter à l'évolution des **connaissances scientifiques**
- › Orienté vers les **besoins des cliniciens et des personnes** atteintes
- › Troubles considérés dans l'optique d'un **continuum**, d'un **spectre d'atteintes**, et de difficultés et manifestations variées d'un même diagnostic
- › Non exclusion de **diagnostics associés** (comorbidités) nécessitant chacun la même approche dimensionnelle
- › **Approche dimensionnelle** considérant les problématiques associées, le niveau d'atteintes et de besoins de soutien, ainsi que les impacts significatifs sur les aspects de la vie ("autres conditions d'attention clinique")
- › Structuré selon les **étapes de la vie** humaine

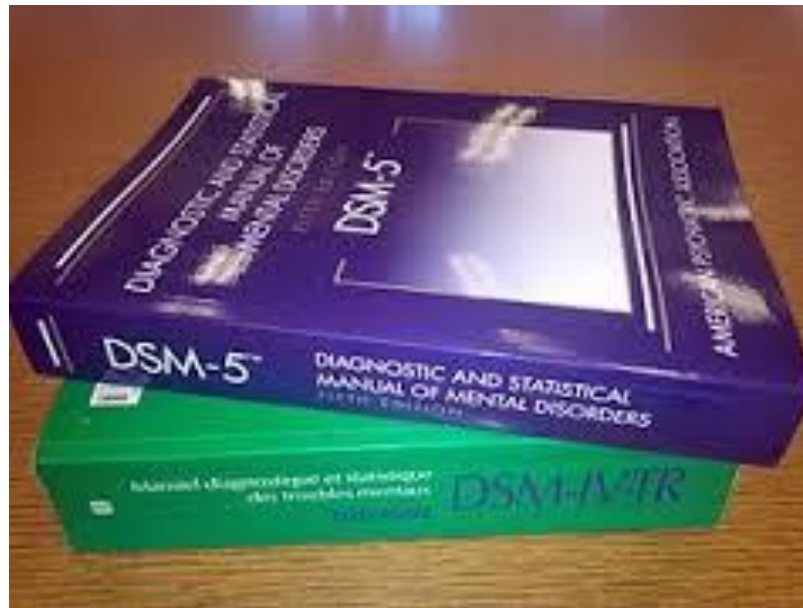


DU DSM-IV AU DSM-5: CHANGEMENTS IMPORTANTS!

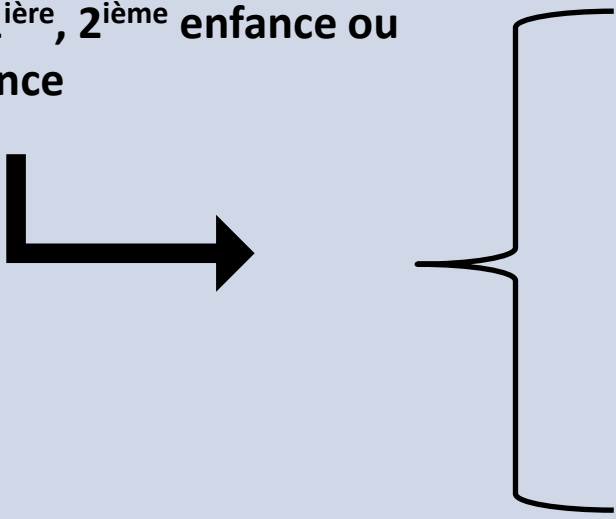
ORGANISATION DES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES DU DSM-IV AU DSM-5



Changements importants!



Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou l'adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
	<i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i>
	<i>Feeding and eating disorders</i>
	Troubles de l'élimination
	Troubles anxieux
	<i>Trauma- and Stressor-related disorders</i>

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

Diagnostiques maintenant inscrits sous la classification de troubles neurodéveloppementaux

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou l'adolescence → - Retard mental - Troubles des apprentissages - Trouble des habiletés motrices - Troubles de la communication - Troubles envahissants du développement - Troubles: déficits de l'attention et <i>comportement perturbateur</i>	Troubles neurodéveloppementaux - Déficiences intellectuelles - Troubles spécifiques des apprentissages - Troubles moteurs - Troubles de la communication - TSA - TDA-H

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ème} enfance ou l'adolescence - Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur - Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires - Tics - Troubles du contrôle sphinctérien - Autres troubles	Troubles neurodéveloppementaux - Troubles moteurs - Trouble des mouvements stéréotypés - Tics - Autres troubles neuro-développementaux (spécifiés, non spécifiés)
	<i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i>
	<i>Feeding and eating disorders</i>
	Troubles de l'élimination
	Troubles anxieux - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif
	<i>Trauma- and Stressor-related disorders</i> - Trouble réactionnel de l'attachement - Trouble de l'engagement social désinhibé

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou l'adolescence - Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur - Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires  - Tics - Troubles du contrôle sphinctérien - Autres troubles	Troubles neurodéveloppementaux - Troubles moteurs - Trouble des mouvements stéréotypés - Tics - Autres troubles neuro-développementaux (spécifiés, non spécifiés)
	<i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i>
	<i>Feeding and eating disorders</i>
	Troubles de l'élimination
	Troubles anxieux - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif
	<i>Trauma- and Stressor-related disorders</i> - Trouble réactionnel de l'attachement - Trouble de l'engagement social désinhibé

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ème} enfance ou l'adolescence - Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur - Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires - Tics - Troubles du contrôle sphinctérien - Autres troubles	Troubles neurodéveloppementaux Troubles moteurs - Trouble des mouvements stéréotypés Tics - Autres troubles neuro-développementaux (spécifiés, non spécifiés)
	<i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i>
	<i>Feeding and eating disorders</i>
	Troubles de l'élimination
	Troubles anxieux - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif
	Trauma- and Stressor-related disorders - Trouble réactionnel de l'attachement - Trouble de l'engagement social désinhibé

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou l'adolescence - Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur - Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires - Tics - Troubles du contrôle sphinctérien  - Autres troubles	Troubles neurodéveloppementaux - Troubles moteurs - Trouble des mouvements stéréotypés - Tics - Autres troubles neuro-développementaux (spécifiés, non spécifiés) <i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i> <i>Feeding and eating disorders</i> Troubles de l'élimination Troubles anxieux - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif <i>Trauma- and Stressor-related disorders</i> - Trouble réactionnel de l'attachement - Trouble de l'engagement social désinhibé

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

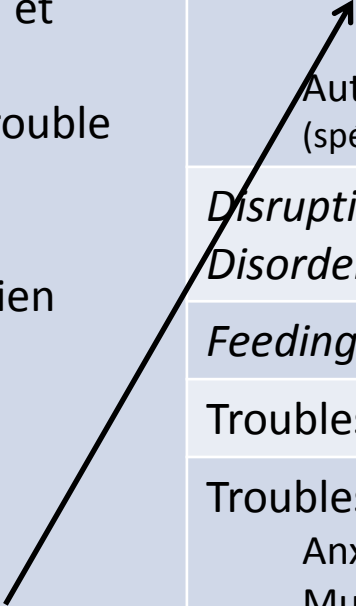
DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ème} enfance ou l'adolescence - Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur - Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires - Tics - Troubles du contrôle sphinctérien - Autres troubles Anxiété de séparation Mutisme sélectif - Trouble de l'attachement - Mouvements stéréotypés - Troubles non spécifiés	Troubles neurodéveloppementaux - Troubles moteurs - Trouble des mouvements stéréotypés - Tics - Autres troubles neuro-développementaux (spécifiés, non spécifiés)
	<i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i>
	<i>Feeding and eating disorders</i>
	Troubles de l'élimination
	Troubles anxieux Anxiété de séparation Mutisme sélectif
	<i>Trauma- and Stressor-related disorders</i> - Trouble réactionnel de l'attachement - Trouble de l'engagement social désinhibé

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou l'adolescence - Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur - Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires - Tics - Troubles du contrôle sphinctérien - Autres troubles - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif Trouble de l'attachement - Mouvements stéréotypés - Troubles non spécifiés	Troubles neurodéveloppementaux - Troubles moteurs - Trouble des mouvements stéréotypés - Tics - Autres troubles neuro-développementaux (spécifiés, non spécifiés)
	<i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i>
	<i>Feeding and eating disorders</i>
	Troubles de l'élimination
	Troubles anxieux - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif
	<i>Trauma- and Stressor-related disorders</i> Trouble réactionnel de l'attachement Trouble de l'engagement social désinhibé

Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou l'adolescence - Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur - Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires - Tics - Troubles du contrôle sphinctérien - Autres troubles - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif - Trouble de l'attachement Mouvements stéréotypés - Troubles non spécifiés	Troubles neurodéveloppementaux Troubles moteurs - Trouble des mouvements stéréotypés - Tics - Autres troubles neuro-développementaux (spécifiés, non spécifiés) <i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i> <i>Feeding and eating disorders</i> Troubles de l'élimination Troubles anxieux - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif <i>Trauma- and Stressor-related disorders</i> - Trouble réactionnel de l'attachement - Trouble de l'engagement social désinhibé



Organisation des catégories diagnostiques du DSM-IV au DSM-5: Changements importants

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ème} enfance ou l'adolescence - Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur - Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires - Tics - Troubles du contrôle sphinctérien - Autres troubles - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif - Trouble de l'attachement - Mouvements stéréotypés Troubles non spécifiés	Troubles neurodéveloppementaux - Troubles moteurs - Trouble des mouvements stéréotypés - Tics Autres troubles neuro-développementaux (spécifiés, non spécifiés) <i>Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders</i> <i>Feeding and eating disorders</i> Troubles de l'élimination Troubles anxieux - Anxiété de séparation - Mutisme sélectif <i>Trauma- and Stressor-related disorders</i> - Trouble réactionnel de l'attachement - Trouble de l'engagement social désinhibé

STRUCTURE DU DSM-5



Bases du DSM-5

Code et critères diagnostiques

- L'ensemble des troubles.
- Autres conditions qui méritent une attention clinique.

Mesures et modèles émergents

- Évaluation.
- Culture.
- Modèle pour les troubles de personnalité.
- Conditions qui méritent de plus amples études.

AUTRES CONDITIONS D'ATTENTION CLINIQUE



- **Situations psychosociales et environnementales :**
 - **Problèmes relationnels** (exemples: problème de relation parent/enfant, au sein de la fratrie, le fait d'être séparé de ses parents (ex.: placement), enfant témoin d'une relation conflictuelle entre ses parents telle que la violence conjugale, séparation-divorce, deuil, maltraitance, dénigrement, hostilité au sein de la famille)
 - **Problèmes de maltraitance et de négligence** (enfant victime de violence physique, d'abus sexuel, de négligence, violence psychologique)
 - **D'autres conditions sont identifiées :** problèmes économiques, criminels, d'éducation etc.
- **Conditions qui méritent de faire partie des conclusions diagnostiques:**
 - › Méritent en soi une attention clinique et/ou médicale
 - › Influencent le traitement et les interventions
 - › Peuvent modifier la l'évolution, le pronostic ou le traitement d'une condition médicale ou d'un trouble mental



TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME... AU CŒUR DE LA PRATIQUE EN CÉTED

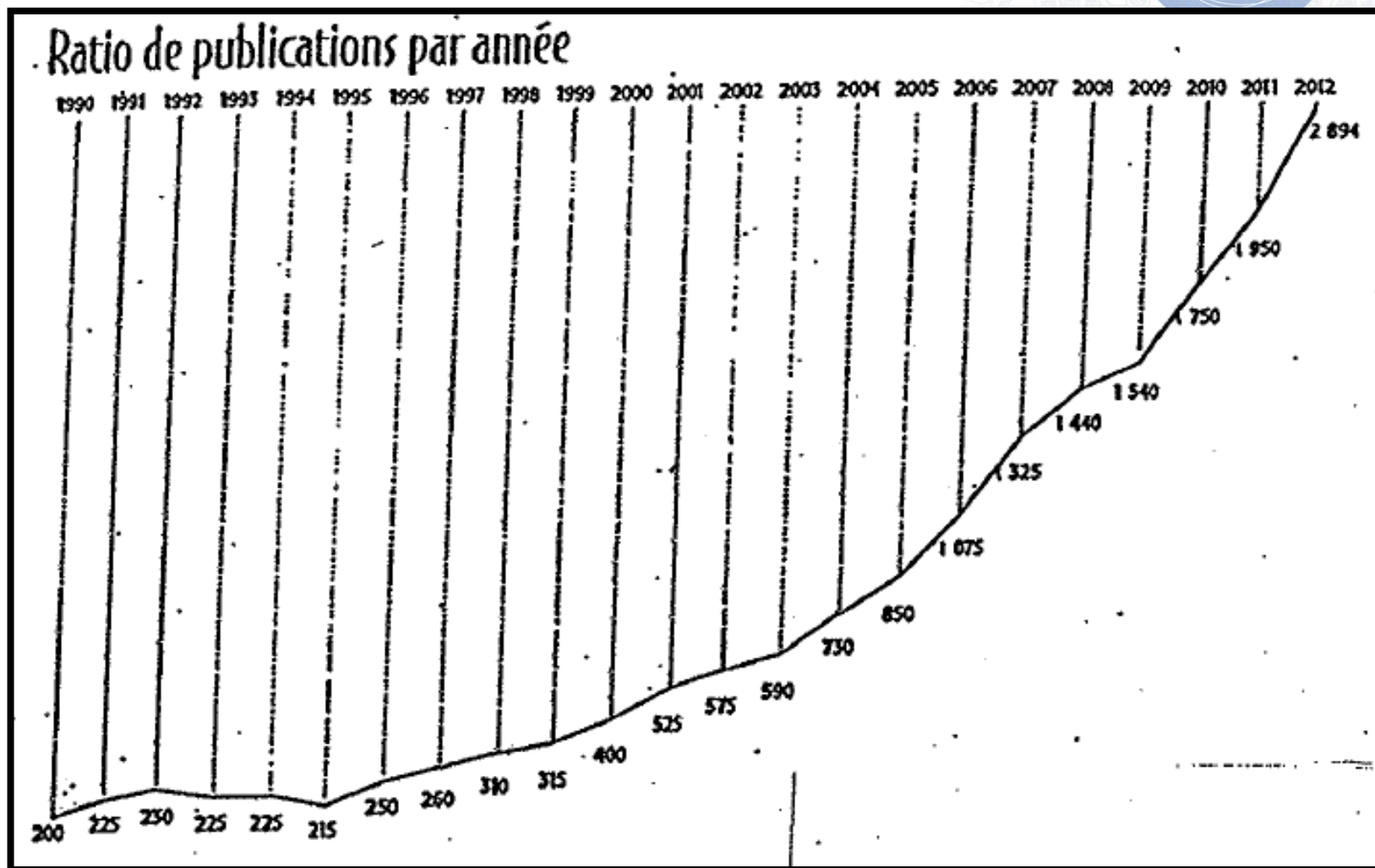
TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME



- **Présentation des critères diagnostiques**
- **Principaux changements DSM-IV – DSM-5**
- **Enjeux et défis pour l'évaluation et la pratique clinique**



DEPUIS LE DSM-IV



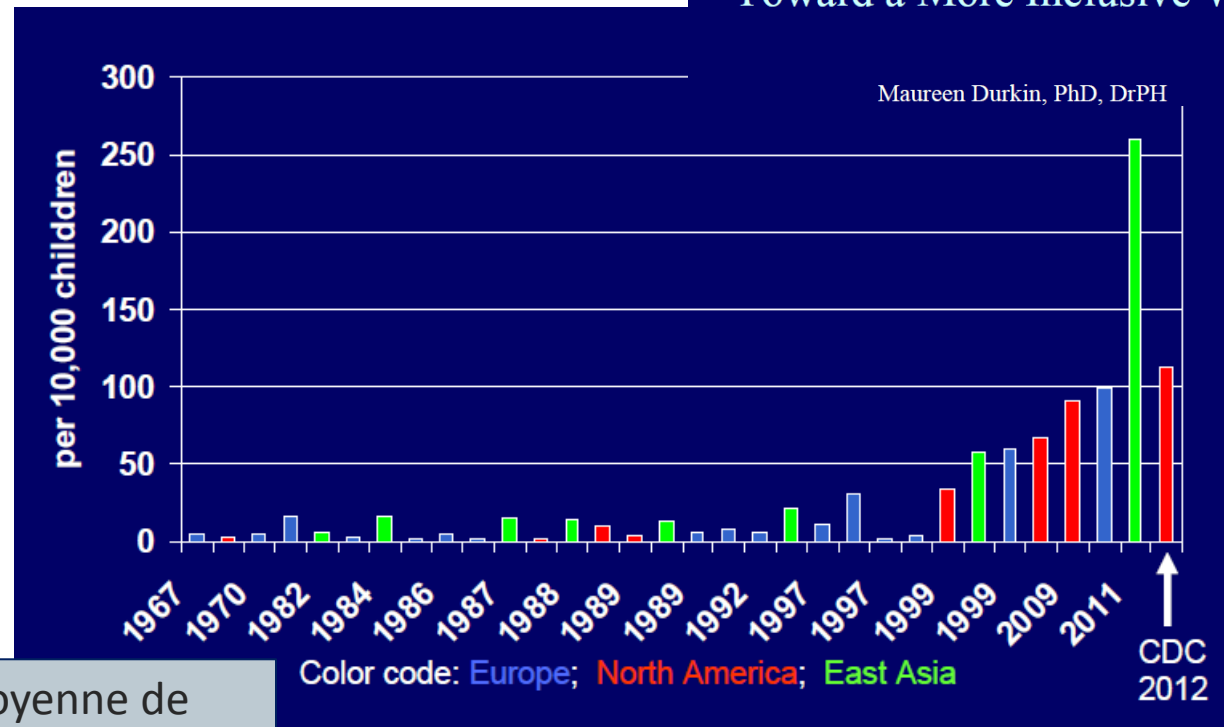
DEPUIS LE DSM-IV



- Augmentation croissante de la prévalence et changement du phénotype autistique

The Epidemiology of Autism Spectrum Disorder: Toward a More Inclusive World

Maureen Durkin, PhD, DrPH



Augmentation annuelle moyenne de 23% depuis 2000 (Noiseux, 2008)

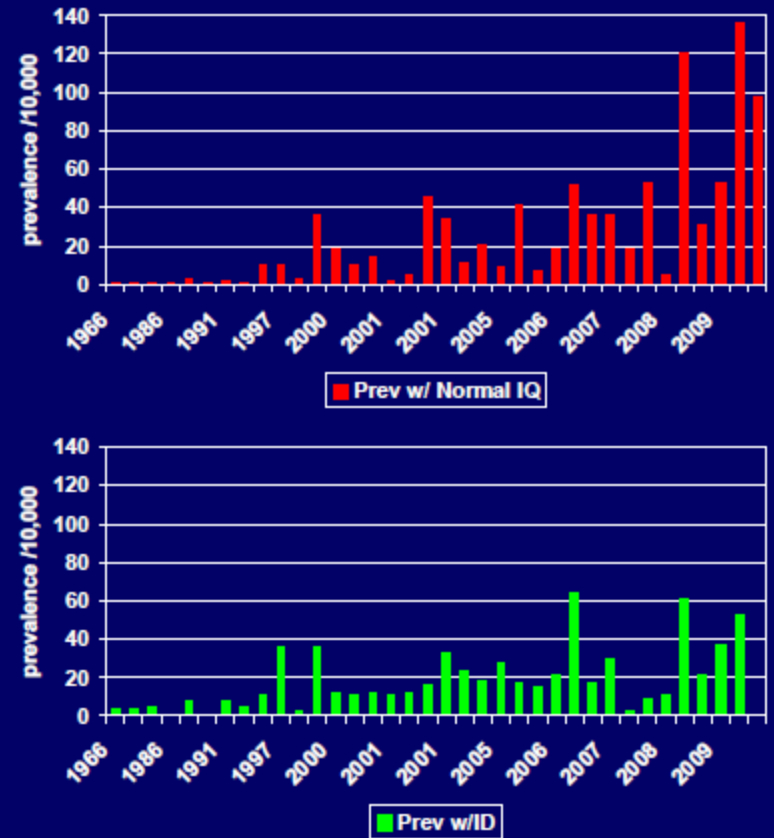
DEPUIS LE DSM-IV



- Changement dans la **définition** (p.ex. DSM-IV en 1994).
- Changement dans **l'étendue** du spectre autistique.
- Changement de **DX** (p.ex. DI pour Trouble du spectre de l'autisme-TSA)
- Plus grande **surveillance** des signes et symptômes (Mahjouri et Lord, 2012).
- Augmentation des **facteurs de risque** (p.ex. augmentation de l'âge des parents, obésité de la mère, etc.) (Halfon & Kuo, 2013).
- Diminution de **la prévalence de la DI** chez les personnes TSA.

The Epidemiology of Autism Spectrum Disorder: Toward a More Inclusive World

Maureen Durkin, PhD, DrPH





- **Apport des neurosciences et des études génétiques:**
 - › 37 à 90%; fratrie estimée à 10-15% chez les dizygotes et 60-90% chez les monozygotes.
- **Ratio de 4 garçons pour une fille (4:1):**
 - › Filles dans les études sont souvent rapportées comme étant plus « sévères » et avec une DI.
 - › Plus subtiles et sous diagnostiquées?

DÉFINITION – TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME



DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles envahissants du développement - Trouble autistique - Syndrome d'Asperger - Trouble envahissant du développement non-spécifié - Syndrome de Rett - Trouble désintégratif de l'enfance	Trouble du spectre de l'autisme 

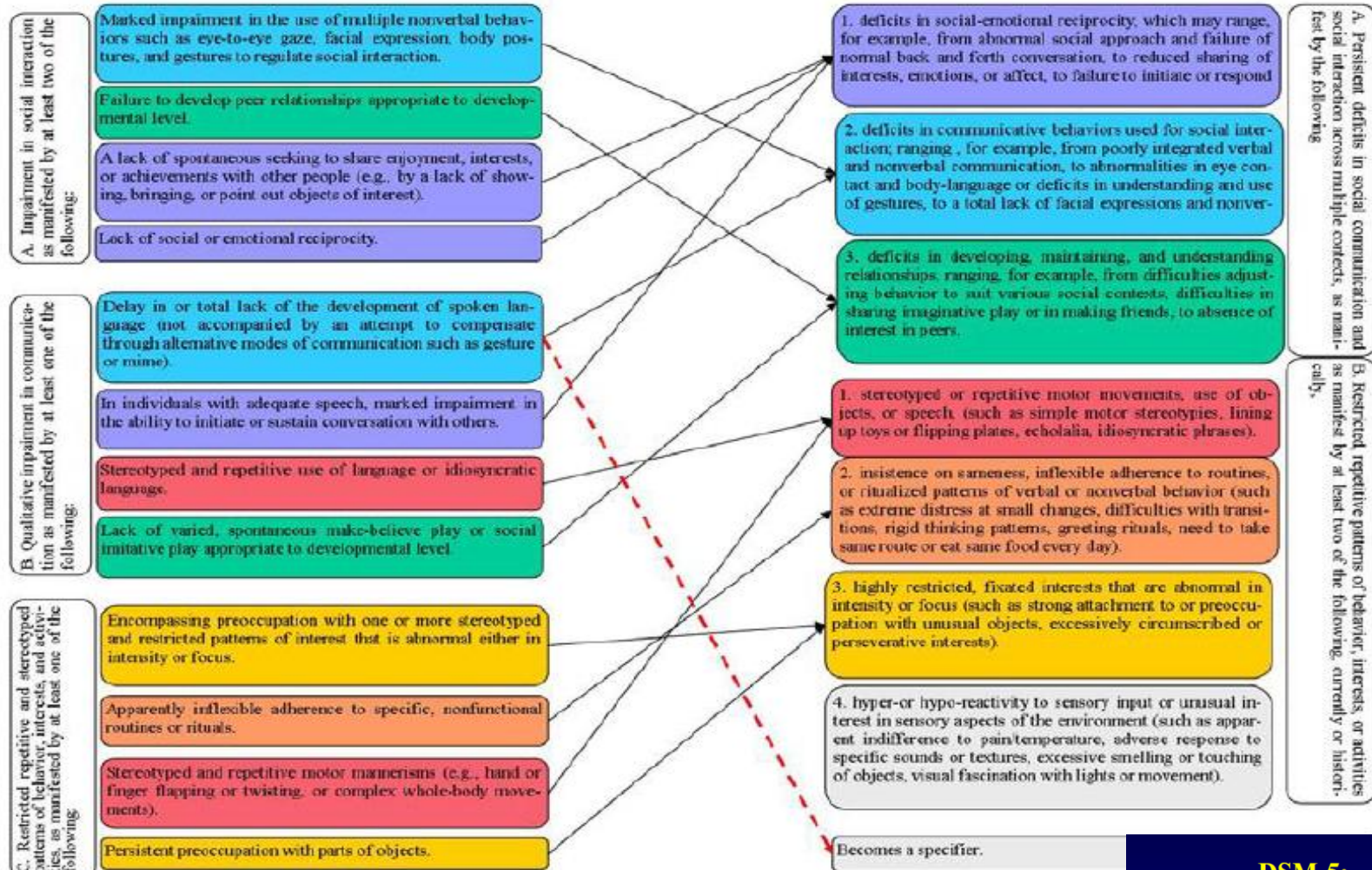
DÉFINITION – TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles envahissants du développement	Trouble du spectre de l'autisme
- Communication sociale - Interactions sociales réciproques - Comportements stéréotypés et intérêts restreints	 - Communication et interactions sociales - Comportements stéréotypés et intérêts restreints

From DSM-IV to DSM-5

DSM-IV

DSM-5



**DSM-5:
The New Diagnostic Criteria
For
Autism Spectrum Disorders**

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



A. Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (présentes ou à l'histoire) (3 de 3 symptômes).

1. **Réciprocité socio-émotionnelle** (initiative et réponse sociale, conversation, partage d'intérêt et d'émotions).
2. **Déficit dans la communication non-verbale** (coordination des moyens de communication verbaux et non verbaux; intégration des moyens verbaux et non-verbaux au contexte; utilisation et compréhension du contact visuel, des gestuelles, de la posture, des expressions faciales).
3. **Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales** appropriées pour l'âge; difficulté à adapter son comportement à différents **contextes sociaux**, difficulté à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

**** Spécifier le niveau de sévérité (basé sur le niveau d'aide requis)**



CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



- **Niveau de sévérité**
 - › Nécessite un soutien **très substantiel** (Niveau 3):
 - › Nécessite un **soutien substantiel** (niveau 2):
 - › Nécessite un **soutien** (Niveau 1):

** Se référer au tableau qui suit*

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



B. Comportements stéréotypés et intérêts restreints (présent ou à l'histoire) (2 de 4 symptômes)

1. Utilisation de **mouvements** répétitifs/stéréotypés, utilisation particulière du **langage** (écholalie différée, phrases idiosyncratiques, propos stéréotypés) et des **objets** (p.ex. alignement d'objets, rotation d'objets).
2. Insistance sur la **similitude**, aux **routines et rituels** verbaux ou non verbaux (p.ex. détresse importante face aux moindres changements, difficultés avec les transitions, pensées rigides, rituels de salutation figés, nécessité des mêmes itinéraires, manger la même nourriture, etc.)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



3. **Intérêts restreints, limités ou atypiques** quant à l'intensité et au type d'intérêt (p.ex. attachement excessif à un objet inhabituel, ou intérêts trop limités à certains sujets ou prenant une place très importante).
4. **Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels** ou **intérêt inhabituel** envers des éléments sensoriels de l'environnement (p.ex. Indifférence à la douleur/température, réponse négative à certains sons ou textures, fascination pour les lumières ou objets qui tournent).

**** Spécifier le niveau de sévérité (basé sur le niveau d'aide requis)**



CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



- Niveau de sévérité
 - › Nécessite un soutien **très substantiel** (Niveau 3):
 - › Nécessite un soutien **substantiel** (niveau 2):
 - › Nécessite un **soutien** (Niveau 1):

** Se référer au tableau qui suit*

Niveau	Communication et interactions sociales	Comportements stéréotypés et intérêts restreints
Nécessite un soutien très substantiel Niveau 3	Atteintes affectent sévèrement le fonctionnement (initiation très limitée et réponses minimales; quelques mots)	Préoccupations, rituels fixés/ comportements répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement. Détresse lorsque les routines sont perturbées, difficile de rediriger ses intérêts
Nécessite un soutien substantiel Niveau 2	Déficits marqués de communication verbale et non verbale; altérations sociales manifestes malgré les mesures de soutien en place; initiations et réponses réduites ou particulières.	Comportements restreints et intérêts atypiques sont assez manifestes pour être constatés par un observateur extérieur et perturber le fonctionnement dans un variété de contexte. Détresse et frustration lorsque modification des CSIR.
Nécessite un soutien Niveau 1	Sans soutien, les déficits causent des incapacités manifestes . Manque d'intérêt, difficultés à initier et réponses atypiques aux avances sociales.	Rituels et comportements restreints et répétitifs nuisent de manière significative au fonctionnement dans un ou plusieurs contextes. Résistance aux tentatives de mettre fin au CSIR.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



C. Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance mais il est possible qu'ils se manifestent pleinement seulement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités individuelles.

- Écart entre les capacités et les exigences de l'environnement
- Reconnaissance que les manifestations peuvent être masquées par les interventions, la compensation individuelle et le support offert à la personne TSA.

D. Les symptômes limitent ou altèrent le fonctionnement quotidien.

E. Perturbations pas mieux expliquées par une DI ou un RGD.

- *Comorbidité plus fréquente entre TSA et DI;*
- *Pour le DX différentiel, le développement de la communication sociale devrait être inférieur au stade attendu.*

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



Le diagnostic devrait spécifier:

- **Le fonctionnement intellectuel**
 - › Avec ou sans DI;
 - › Décrire le profil verbal et non verbal;
 - › Écart fréquent entre les capacités cognitives et le fonctionnement adaptatif (Charman et al., 2011; Kanne et al., 2011).
- **Le développement langagier**
 - › Devrait être évalué et décrit lors de l'évaluation diagnostique;
 - › Langage réceptif peut être inférieur au langage expressif en autisme – pertinence d'évaluer les deux composantes (Hudry et al., 2010).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



Le diagnostic devrait spécifier (suite)

- Si le TSA est associé à une **condition médicale** (p.ex. épilepsie), **génétique** (p.ex. Syndrome de Rett, X fragile ou syndrome de Down) ou **environnementale** (p.ex. petit poids à la naissance, exposition à l'alcool).
 - Dans 10 à 15 % des cas, une cause génétique est identifiable (Syndrome du X fragile, la sclérose tubéreuse, le syndrome d'Angelman, etc.).
- Présence de **comorbidité** (TDAH, TAC, troubles anxieux, dépression, Gilles de la Tourette, etc.).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



- Les auteurs ajoutent (DSM-5):
 - › Fréquentes difficultés motrices (maladresses, retard, ...);
 - › Troubles du comportement (plus fréquents dans le TSA que dans les autres troubles, incluant la DI);
 - › Comportements d'auto-mutilation;
 - › Anxiété et dépression;
 - › Catatonie (plus haut risque à l'adolescence);
 - › Éléments associés au pronostic: développement langagier, intellectuel et la présence de comorbidités.



PRINCIPAUX CHANGEMENTS ...

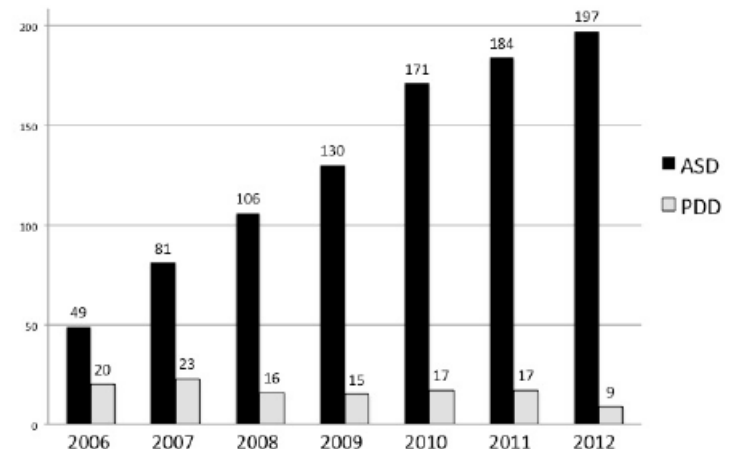
PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



› TSA remplace TED

- Terme plus approprié (meilleur reflet de la condition et de l'état des connaissances)

Scientific Publications Citing ASD v PDD
in the Title



**DSM-5:
The New Diagnostic Criteria
For
Autism Spectrum Disorders**

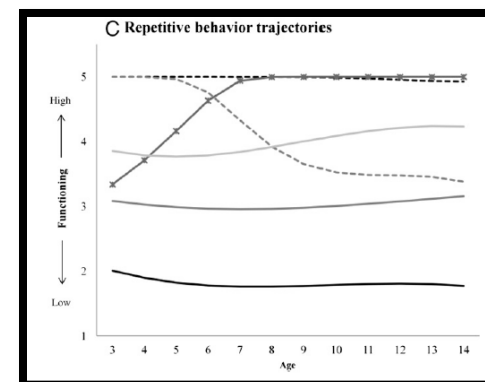
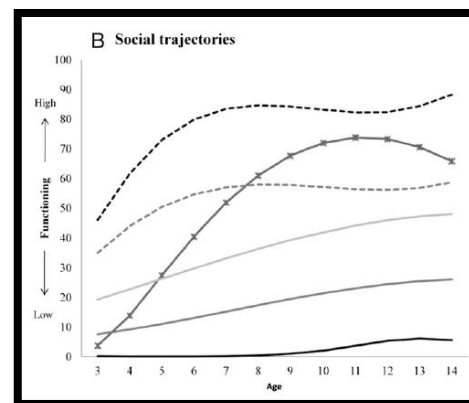
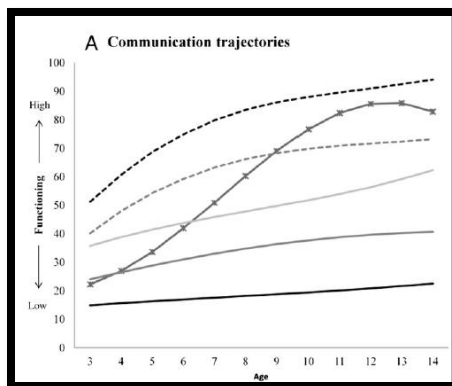
Walter E. Kaufmann, M.D.

PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



- **Regroupement des symptômes dans une optique dimensionnelle:**
 - *Défi de l'hétérogénéité de la condition et des trajectoires développementales distinctes.*

Six Developmental Trajectories Characterize Children With Autism
Christine Fountain, Alix S. Winter and Peter S. Bearman
Pediatrics 2012;129:e1112; originally published online April 2, 2012;
DOI: 10.1542/peds.2011-1601



PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



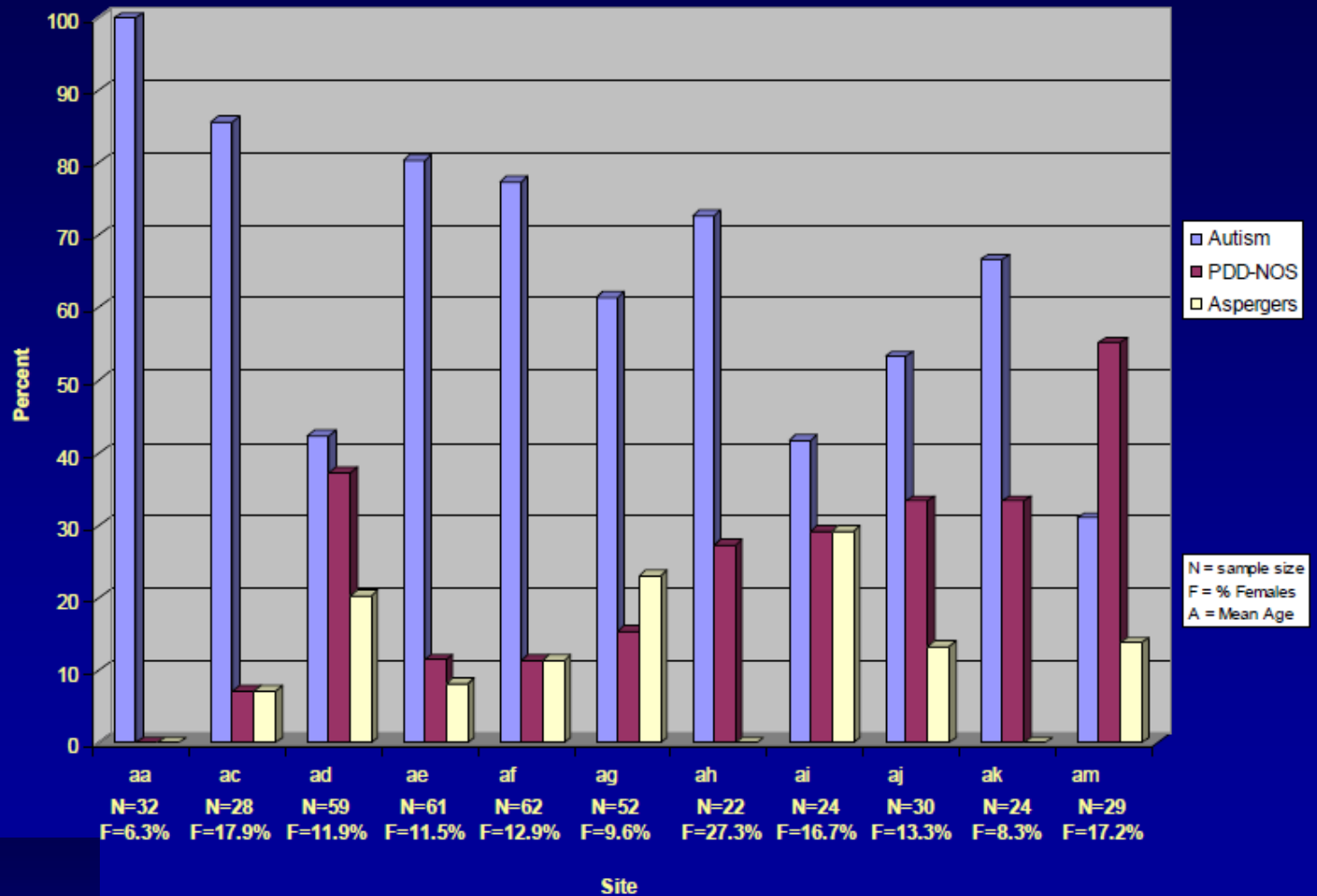
- **Un seul continuum et retrait des sous groupes**
 - › Manque de constance et de validité des différents sous-groupes.

Les sous groupes étaient utilisés davantage en fonction de la sévérité/gestalt individuelle que sur des critères valides et fiables.

- › Lord et al. (2011) analysent 2102 dossiers d'enfants à travers 12 sites universitaires – distribution des comportements similaires mais variation dans le diagnostic émis. Lieu d'évaluation est l'un des deux principaux facteurs prédictifs du DX.
- › DX d'Asperger varie: absence de retard de langage; forme plus légère; ou bien pas tous les critères pour l'autisme (Happé, 2011).
- › TED NS était parfois plus diagnostiqué que les autres formes de TED (Mahjouri & Lord, 2012).
- › À l'âge de 8 ans, ¼ des enfants avaient reçu au moins deux DX de TED (CDC, 2012)

DSM-5: The New Criteria

Data from Simons Simplex Collection



**DSM-5:
The New Diagnostic Criteria
For
Autism Spectrum Disorders**

Walter E. Kaufmann, M.D.

PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



- **Retrait du syndrome désintégratif de l'enfance.**
- **Retrait du Syndrome de Rett:**
 - › Étiologie connue
 - › Trajectoire différente (p.ex. Perte d'acquis beaucoup plus importante et qui affecte d'autres sphères que la communication et les interactions sociales).

PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



› Trois aires devient deux domaines:

- Nécessité du deuxième domaine pour diagnostiquer le TSA:
 - Ajout des hyper/hypo réactivités sensorielles dans le 2ème domaine
- Évolution dans la conception de l'autisme:
 - Deux facteurs distincts avec faible corrélation entre eux.

DSM-I	1952	Inclus dans: Schizophrenic reaction – childhood type
DSM-II	1968	Inclus dans: Schizophrenia – childhood type
DSM-III	1980	Troubles globaux du développement - Autisme infantile (syndrome complet ou en stade résiduel) - Trouble global du développement débutant dans l'enfance (syndrome complet ou en stade résiduel) - Trouble global atypique du développement
DSM-III-R	1987	Troubles envahissants du développement - Trouble autistique - Trouble envahissant du développement non-spécifié
DSM-IV	1994	Troubles envahissants du développement - Trouble autistique - Syndrome d'Asperger - Trouble envahissant du développement non-spécifié - Syndrome de Rett - Trouble désintégratif de l'enfance
DSM-5	2013	TSA

PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



- Ajout de spécificateurs
 - › Profil cognitif
 - › Capacités verbales
 - Exclusion du retard de langage des critères du TSA.
 - › Association à une condition génétique, médicale ou environnementale connue.
 - › Sévérité des symptômes pour chacun des domaines (basée sur le niveau de support requis).

PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



- **Spécificité et sensibilité du diagnostic:**
 - › Objectif d'améliorer la sensibilité/spécificité avec un minimum de critères.
- Augmenter la **détection des plus jeunes (toddlers)**, des **adolescents** et **adultes** pour qui l'histoire n'est pas toujours disponible.
 - › Élimination du critère qui exigeait la présence des manifestations avant l'âge de 3 ans:
 - *Symptômes présents dans l'enfance mais peuvent devenir manifestes lorsque les exigences sociales dépassent les capacités individuelles.*
 - › Plus de flexibilité pour les DX tardifs à l'adolescence et à l'âge adulte (exigences de l'environnement > capacités individuelles).
- **Ajout du critère de l'impact fonctionnel**
 - › Symptômes limitant et nuisant au fonctionnement quotidien.

PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



- **Amélioration de la spécificité** du DX mais **interrogations quant à la sensibilité** (nombreuses critiques) (McPortland et al., 2012).
 - Perte moyenne de 9 à 40 % des enfants (Mc Partland et al., 2012; Matson et al., 2012a; Gibbs et al., 2012; Matson et al., 2012b; Zwaigenbaum et al., 2012; Huerta et al., 2012).
 - Enjeux méthodologiques dans ces études (Façon de faire le DX, outils standardisés, rétrospectif).
 - Étude de Huerta et al. (2012) avec 9 % de pertes surtout à cause du 2^{ème} domaine (reclassement vers le TCS).
 - À partir de 4 453 dossiers d'enfants TSA et 690 dossiers d'enfants avec autres DX (p.ex. trouble de langage): 91 % d'enfants avec DX reconduit.

PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU DSM-5



- **Critique quant à l'exigence de 2 symptômes pour les CSIR**
 - Craintes que 2 critères soient trop restrictifs:
 - P.ex.: Si nombreux maniérismes, écholalie et alignement ... tous dans le même symptôme et non suffisant? Jugement clinique!!!
 - Crainte pour les jeunes enfants: Les atypies ne sont pas aussi présentes en bas âge; manque de connaissance sur la manière dont elles se manifestent chez les tout-petits.
 - Études chez les tout-petits (exclusion du DX – 2^{ème} domaine).
 - Études qui faisaient l'exercice de diminuer à un critère = amélioration de la sensibilité (inclusion plus grande).



DÉFIS ET ENJEUX POUR L'ÉVALUATION ET LA PRATIQUE CLINIQUE

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE



- L'évaluation diagnostique:
 - Diagnostic différentiel;
 - Description du profil de chaque individu (profil cognitif, langagier, etc.) ;
 - Description des conditions associées;
 - Leviers d'intervention.

**Jugement clinique basé sur
une expertise d'équipe et
l'ajout d'instruments
standardisés.**

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE



- Importance de l'évaluation **multi/interdisciplinaire**;
- Importance de **sources variées d'informations**, à la fois d'observations cliniques, de l'histoire développementale et lorsque possible, des informations auto rapportées. Présentation différente selon les contextes.
- Connaissance du développement typique et de la **variété des trajectoires** en autisme (Founain et al., 2012).
 - Différence inter sexe? (Wing et al., 2011)

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE



- **Enjeux liés aux outils d'évaluation**

- › **L'utilisation de l'ADI et de l'ADOS:**

- › **Importance de l'histoire neurodéveloppementale**

- ADI-R et autres outils complémentaires pour contribuer au diagnostic différentiel).
- Défi de compléter l'histoire neurodéveloppementale:
 - Faible accord parent-intervenant (à partir de vidéo) (Ozonoff et al., 2005);
 - Manière de conduire une entrevue (façon de poser les questions, termes utilisés pour chercher les comportements souhaités, etc.).

- › **Importance de documenter les comportements actuels**

- Enjeux liés à la validité des outils d'évaluation (p.ex. ADOS) (Gotham et al., 2007; Molly et al., 2011).
- Est-ce que les outils actuels capturent bien le 2ème domaine?
- Complémentarité d'autres situations d'observations pertinentes?

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE



- **Manière d'opérationnaliser certains critères:**

- › Pertinence du niveau de sévérité?
 - APA reconnaît que varié selon le contexte et selon l'âge.
 - Quelle est la plus-value de ce critère? Comment l'opérationnaliser et ce de manière uniforme d'un milieu à l'autre?
 - Ne devrait pas influencer l'octroi de services, mais être plutôt un indicateur du type d'intervention.

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE



- **Autres enjeux:**

Recherche

(p.ex.: études longitudinales, de cohortes et épidémiologiques)

Services: TSA
vs TCS et la
question du niveau
de sévérité!!!

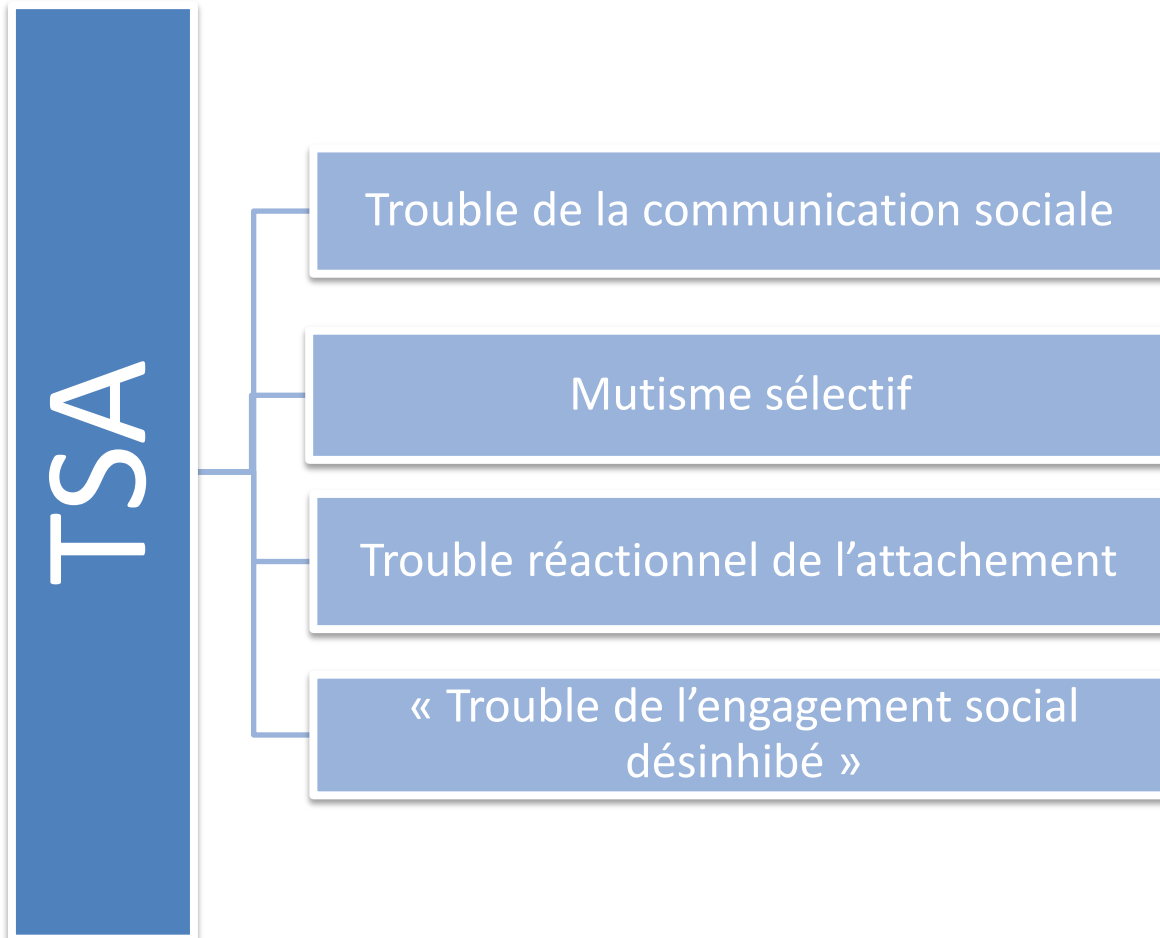
Identité pour les
personnes Asperger

Pause



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL: NOUVEAUX DÉFIS ASSOCIÉS AU DSM-5

DIAGNOSTICS MUTUELLEMENT EXCLUSIFS





TROUBLE DE LA COMMUNICATION SOCIALE

TROUBLE DE LA COMMUNICATION SOCIALE



Social communication disorder (pragmatic)

- Nouvelle entité diagnostique dans le DSM-5

DSM-5

Troubles neurodéveloppementaux

Troubles de la communication

- **Trouble de la communication sociale**

TROUBLE DE LA COMMUNICATION SOCIALE



Critères diagnostiques

A. Difficultés persistantes dans l'utilisation sociale de la communication (verbale et non-verbale) se manifestant dans **tous** les domaines suivants:

- Utilisation appropriée de la communication à des fins sociales (ex.: remerciement, salutation);
- Ajustement au contexte de communication ou à son interlocuteur (ex.: contexte de classe vs terrain de jeux / adulte vs enfant);
- Respect des règles de régulation de l'échange lors des conversations ou du rappel de récit (ex.: respect des tours de parole, réparer les bris de communication, utilisation adéquate des habiletés verbales et non-verbales pour réguler l'interaction);
- Compréhension des formules implicites, du langage abstrait (ex.: inférences, humour, métaphore, double-sens).



Critères diagnostiques (suite)

B. Les difficultés entraînent des limitations fonctionnelles (communication, participation sociale, dans les relation sociales, réussite scolaire ou au travail).

C. Le début des symptômes apparaît dans la petite enfance (mais les déficits peuvent devenir plus manifestes lorsque les exigences socio-communicatives dépassent les capacités de la personne).

D. Les symptômes ne sont pas explicables par d'autres difficultés : condition médicale ou neurologique, difficultés langagières (syntaxe et vocabulaire), TSA, déficience intellectuelle, retard global de développement, autre trouble mental.

TROUBLE DE LA COMMUNICATION SOCIALE



Précisions

- **Différence avec le TSA:** présence de comportements, intérêts ou activités répétitifs et restreints dans le TSA, alors qu'absence dans le trouble de la communication sociale.
- Les comportements, intérêts ou activités répétitifs et restreints peuvent être présents seulement en bas âge, et ne plus être apparents actuellement.
- Le diagnostic de trouble de la communication sociale **devrait être envisagé seulement** s'il n'y a aucune évidence à l'histoire développementale de comportements, intérêts ou activités répétitifs et restreints.

TROUBLE DE LA COMMUNICATION SOCIALE



La raison de son apparition dans le DSM-5

- Certaines études portant sur la sensibilité des nouveaux critères du TSA démontraient que certains individus « perdaient » leur diagnostic, mais pouvaient répondre aux critères dx du trouble de la communication sociale.
- **Selon le DSM-5** : certains patients diagnostiqués comme TED-NS avec les critères du DSM-IV pourraient maintenant rencontrer les critères du trouble de la communication sociale.
- **MAIS**...très peu d'études portant sur le trouble de la communication sociale.

Autism: Implications of DSM-5

Sensitivity and Specificity of DSM-5

	NONE	Autistic Disorder	Asperger Disorder	PDD-NOS	TOTAL
DSM-IV	214	35	21	23	79
DSM-5 ASD	19	31	16	17	83
DSM-5 SCD	10	4	2	1	17
No DSM-5 ASD/SCD	185 (86%)	0	3 (14%)	5 (22%)	

NOTE: Some DSM-IV cases “lost” their diagnosis with DSM-5 criteria, but overall, there was an increase in ASD cases. Further, when SCD cases are added, there was a 14% increase in new cases of ASD/SCD.

TROUBLE DE LA COMMUNICATION SOCIALE



Préoccupations de la communauté scientifique

Norbury, C.F (2013), Tager-Flusberg (2013), ASHA (2013)

- Manque d'évidence pour appuyer que le trouble de la communication sociale est une catégorie diagnostique en soi:
 - Et non un TSA;
 - Et non un trouble de langage;
 - Et non un autre trouble neurodéveloppemental.
- Selon eux, le trouble de la communication sociale est plutôt un ensemble de symptômes qui se retrouvent dans différents diagnostics neurodéveloppementaux.
- Manque d'outils cliniques et standardisés pour évaluer le trouble de la communication sociale.

TROUBLE DE LA COMMUNICATION SOCIALE



Enjeux:

- Validité de l'entité diagnostique.
- Diagnostic différentiel avec le TSA et le trouble de langage.
- Évaluation.
- Professionnel apte à poser le diagnostic.
- Services.



MUTISME SÉLECTIF

MUTISME SÉLECTIF



DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou l'adolescence	Troubles anxieux
Autres troubles	
Anxiété de séparation Mutisme sélectif Trouble de l'attachement Mouvements stéréotypés Troubles non spécifiés	Anxiété de séparation Mutisme sélectif

- Maintenant sous cette appellation car une grande majorité des enfants avec ce diagnostic reçoivent également un diagnostic de trouble anxieux (le plus commun étant la **phobie sociale**).

MUTISME SÉLECTIF



Critères diagnostiques → demeurent les mêmes

- A. Impossibilité régulière à prendre la parole dans des situations sociales spécifiques (où il y a des attentes, p.ex., à l'école) alors que la personne parle correctement dans d'autres situations.
- B. Le trouble interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle ou avec la communication sociale.
- C. La durée est d'au moins un mois (pas seulement le premier mois d'école).

MUTISME SÉLECTIF



Critères diagnostiques → demeurent les mêmes (suite)

D. L'incapacité à parler n'est pas liée à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée nécessaire dans la situation sociale où le trouble se manifeste.

E. L'incapacité n'est pas mieux expliquée par un trouble de la communication (p.ex. Bégaiement) et elle **ne survient pas exclusivement** au cours d'un trouble dans le spectre de l'autisme, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique.



TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT & TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT & TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ière} , 2 ^{ème} enfance ou l'adolescence	<i>Trauma- and Stressor- related disorders</i>
Autres troubles	
Anxiété de séparation Mutisme sélectif Trouble de l'attachement Mouvements stéréotypés Troubles non spécifiés	- Trouble réactionnel de l'attachement - Trouble de l'engagement social désinhibé (Disinhibited Social Engagement Disorder)

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT & TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



DSM-IV	DSM-5
Trouble de l'attachement	
➤ Type inhibé	Trouble réactionnel de l'attachement
➤ Type désinhibé	Trouble de l'engagement social désinhibé

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT & TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



- **Considérés comme des troubles distincts :**
 - › Malgré une étiologie identique (carence de soins extrême)
 - › Différences importantes sur les plans:
 - des manifestations;
 - de l'évolution;
 - de la réponse aux interventions.

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT & TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



- **Changements principaux pour les deux troubles:**
 - › Clarification des comportements à observer et du nombre requis au diagnostic.
 - › Ajout d'un âge minimal de 9 mois afin de poser le diagnostic.
 - › Dans le critère C (Carence de soins)
 - Retrait du critère: Négligence des besoins physiques.
 - Ajout du critère : Élevé dans un contexte particulier qui limite de façon sévère les opportunités à former des attachements sélectifs (ex.: institutions...).

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT & TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



Comorbidités

- Trouble réactionnel de l'attachement:
 - **Pas de comorbidité possible avec le TSA** (ce diagnostic ne peut être posé si l'enfant répond aux critères du TSA).
 - Comorbidités fréquentes: retards cognitifs, retards langagiers, stéréotypies, troubles dépressifs.
- Trouble de l'engagement social désinhibé:
 - **Aucune indication quant à la comorbidité possible avec le TSA** (pas de critère d'exclusion).
 - Comorbidité possible avec TDAH.
 - Comorbidités fréquentes: peu de recherches...la possibilité de conditions associées à la négligence (retards cognitifs, langagiers et stéréotypies) pourraient coexister avec ce trouble.

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT & TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



Diagnostic différentiel

- **Trouble réactionnel de l'attachement**

- › TSA

- Négligence pas nécessairement présente chez le TSA;
- Présence de déficits spécifiques de la communication sociale, d'intérêts restreints et comportements stéréotypés dans TSA;
- Présence de comportements sélectifs d'attachement chez les enfants ayant un TSA (en fonction du niveau de développement) vs les troubles de l'attachement (rarement ou de façon inconstante).

- › DI

- Devrait présenter des comportements sélectifs d'attachement selon le niveau de développement.

- **Trouble de l'engagement social désinhibé**

- › TDAH

- Principal diagnostic différentiel à effectuer, les symptômes observés ne doivent pas être limités à de l'impulsivité telle que dans un TDAH, mais doivent inclure des comportements socialement désinhibés.

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT



- **A. Un pattern constant de comportements inhibés et émotionnellement repliés, dirigés vers les adultes donneurs de soins, qui se « manifeste par les deux critères suivants »**
 - › 1. Recherche rarement ou minimalement le réconfort lorsqu'en situation de détresse.
 - › 2. Répond très rarement ou minimalement au réconfort lorsqu'en détresse.

- **B. Perturbation sociale et émotive persistante caractérisée par au moins 2 critères parmi les suivants :**
 - › 1. Réponse sociale et émotive minimale aux autres.
 - › 2. Affect positif limité.
 - › 3. Épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse, de peurs qui sont évidents même durant les interactions non menaçantes avec l'adulte.

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT



- **C. Carences de soins extrêmes comme en témoigne au moins un des critères suivants :**
 - › 1. Négligence sociale : Négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation ou l'affection.
 - › 2. Changements répétés des principaux donneurs de soins, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (ex.: changements fréquents de nourrice ou de familles d'accueil).
 - › 3. Élevé dans contexte(s) particulier(s) qui limite(nt) de façon sévère les opportunités à former des attachements sélectifs (ex.: institutions avec un grand ratio d'enfants par donneur de soin).

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT



- **D. On présume que la carence de soins décrite au critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite au critère A.**
- **E. Les critères ne répondent pas au TSA.**
- **F. Les manifestations sont évidentes avant l'âge de 5 ans.**
- **G. L'enfant a un âge développemental d'au moins 9 mois.**

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT



- **Spécifier :**

- › La persistance:

Le trouble est présent depuis au moins 12 mois.

- › La sévérité:

Sévère si présence de tous les symptômes, et qui se manifestent de façon importante.

TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSHINHIBÉ



- **A. Pattern de comportements dans lequel un enfant interagit et approche activement les adultes non familiers et présente au moins 2 des manifestations suivantes:**
 - › 1. Réticences (réserves) réduites ou absentes à approcher/interagir avec un adulte non familier
 - › 2. Comportements verbaux ou physiques trop familiers (qui ne peuvent s'expliquer par les facteurs culturels ou en fonction des limites sociales appropriées à l'âge)
 - › 3. Regards de vérification, avec le donneur de soins, diminués ou absents après s'être éloigné, même dans des contextes non familiers.
 - › 4. Accepte facilement de partir avec un adulte non familier (absence d'hésitation ou très peu).

TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



- **B. Les critères en A ne sont pas limités à de l'impulsivité (tels que dans le TDAH) mais incluent des comportements socialement désinhibés.**
- **C. Carences de soins extrêmes comme en témoigne au moins un des critères suivants :**
 - › 1. Négligence sociale : négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation ou l'affection.
 - › 2. Changements répétés des principaux donneurs de soins, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (ex.: changements fréquents de nourrice ou de familles d'accueil).
 - › 3. Élevé dans contexte(s) particulier(s) qui limite(nt) de façon sévère les opportunités à former des attachements sélectifs (ex.: institutions avec un grand ratio d'enfants par donneur de soin).

TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



- **D. On présume que la carence de soins décrite dans le critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite dans le critère A.**
- **E. L'enfant a un âge développemental d'au moins 9 mois.**
- ***Spécifier si :***
 - › **Persistance**
Le trouble est présent depuis au moins 12 mois.
 - › **Sévérité**
Sévère lorsqu'un enfant présente tous les symptômes qui se manifestent de façon importante.

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT & TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ



- **Prévalence pour les deux troubles :**

- › Inconnue puisque rarement vue au niveau clinique.
- › Vue chez des enfants exposés à de la négligence sévère avant d'être placés en famille d'accueil ou élevés en institution.
- › Même dans une population d'enfants négligés : le trouble n'est pas commun (apparaissant dans moins de 10% des cas pour le TRA et dans environ 20% des cas pour le Trouble désinhibé).

- **Enjeux :**

- › Impact des changements sur les diagnostics posés et la prévalence de ces troubles?
- › Qu'est-ce qui justifie l'absence de la possibilité d'une comorbidité TRA et TSA?
- › Les études sur le trouble désinhibé ne semblent pas avoir pris en compte la ressemblance avec certains symptômes du TSA. Nous risquons d'être confrontés à faire le diagnostic différentiel entre TSA et trouble désinhibé également.

Période d'échanges

Dîner



COMORBIDITÉS

COMORBIDITÉS ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



- **Importante comorbidité en autisme**
 - › Étude avec 112 jeunes de 10-14 ans (Simonoff, 2008):
 - 70 % répondent à au moins un autre trouble de santé mentale;
 - 41% répondent à deux troubles de santé mentale:
 - Trouble d'anxiété sociale (29%);
 - TDAH (28%);
 - Trouble d'opposition (28%).
 - › Étude avec 53 jeunes adultes avec TSA (Lugnegard, 2011):
 - 70% ont au moins un épisode dépressif;
 - 50% trouble anxieux.

Table 3 Frequency of comorbid psychiatric disorders in children with ASD and children with ADHD

	ASD (n = 40)		ADHD (n = 40)	
	n	%	n	%
Comorbid disorder ^a	23	57.5	16	40.0
Internalizing disorders ^b	14	35.0	5	12.5
<i>Anxiety disorders</i>	11	27.5	4	10.0
Separation anxiety disorder	1	2.5	2	5.0
Social anxiety disorder	4	10.0	1	2.5
Specific phobia	5	12.5	1	2.5
Generalized anxiety disorder	2	5.0	0	0.0
Obsessive-compulsive disorder	3	7.5	0	0.0
Panic disorder	1	2.5	0	0.0
Agoraphobia	0	0.0	0	0.0
Post-traumatic stress disorder	0	0.0	0	0.0
Anxiety disorder not otherwise specified	0	0.0	0	0.0
<i>Mood disorders</i>	5	12.5	2	5.0
Major depressive disorder	1	2.5	2	5.0
Dysthymic disorder	4	10.0	0	0.0
Externalizing disorders ^c	9	22.5	11	27.5
Oppositional defiant disorder	9	22.5	8	20.0
Conduct disorder	1	2.5	5	12.5
Attention deficit hyperactivity disorder	9	22.5	36	90.0 ^d



Psychiatric Comorbidity in Children with Autism Spectrum Disorders: A Comparison with Children with ADHD

Francisca J. A. van Steensel • Susan M. Bögels •
Esther I. de Bruin

COMORBIDITÉS ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



- **Possibilité de comorbidité avec le DSM-5:**
 - › Possibilité d'ajouter un diagnostic de TDAH, d'un trouble anxieux, de la dépression ou du TAC; les deux peuvent être donnés.
 - › APA (2013) rappelle qu'un changement dans les habitudes de sommeil, d'alimentation ou dans le comportement – investiguer pour la présence d'une autre problématique de santé mentale (p.ex. anxiété ou de dépression).

COMORBIDITÉS ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



- **Enjeux méthodologiques pour le différentiel et comorbidité** (Mazzone, 2012):
 - › Différences dans la manifestation des conditions psychiatriques mais aussi perception des symptômes.
 - › Recoupement entre symptômes TSA et autres conditions psychiatriques.
 - › Incertitude quant à l'utilisation des outils diagnostiques auprès de la population TSA (p.ex. anxiété, dépression).
 - › Biais "détermination".

PISTES POUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



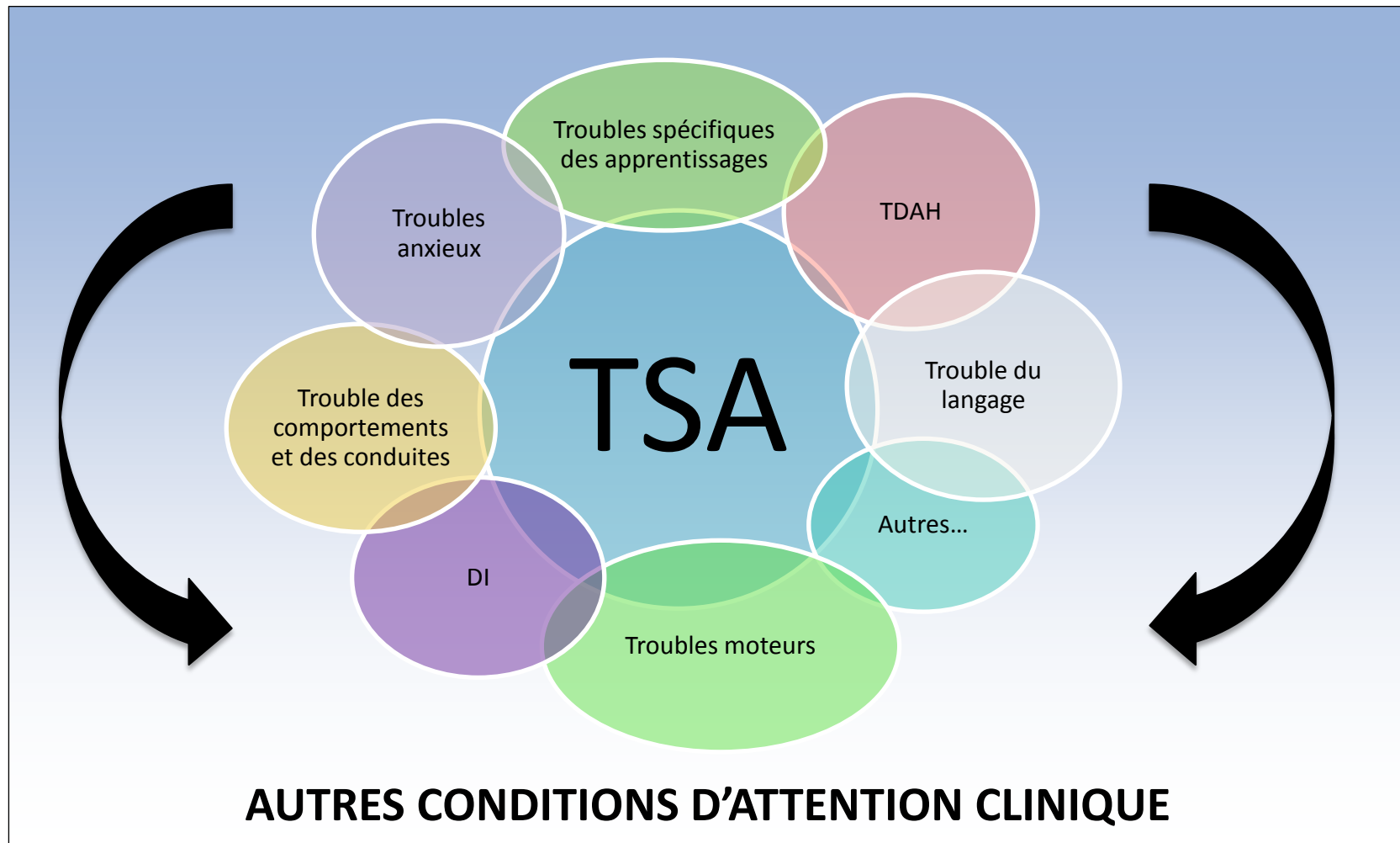
- **Mutisme électif:** Premières étapes de développement habituellement sans particularité; communication peut être préservée dans certains contextes; réciprocité ne devrait pas être déficitaire, ni présence du 2^{ième} domaine (selon DSM-5).
- **Trouble du langage:** Absence de déficit sur le plan de la communication non verbale; absence d'atypies reliées à la deuxième aire (selon DSM-5).
- **Trouble de la communication sociale:** Absence d'atypies de la deuxième aire (TSA prime sur le TCS) (selon DSM-5).
- **Déficiência intellectuelle:** Présence d'écart entre les capacités de communication et d'interactions sociales et le fonctionnement non-verbal. Peut aussi y avoir des CSIR dans la DI (selon DSM-5).

PISTES POUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



- **Trouble de mouvements stéréotypés:** Peut être ajouté lorsque les comportements ont des impacts fonctionnels importants, comme l'auto-mutilation (selon DSM-5).
- **TDAH** peut être donné lorsque les symptômes attentionnels et d'hyperactivité dépassent ce qui est habituellement observé dans le TSA (particularités attentionnelles dans l'autisme et comportements d'hyperactivité également) (selon DSM-5).
- **Schizophrénie:** Habituellement émerge suite à une période typique de développement. Hallucinations et délire, clés dans la schizophrénie, ne sont pas présents dans le TSA (selon DSM-5).
 - › Attention à l'évaluation et tendance aux réponses littérales dans l'autisme (ex.: Entends-tu des voix .. Radio) (selon DSM-5).

TSA ET COMORBIDITÉS POSSIBLES...





TDA-H

TDA-H



DSM-IV	DSM-5
Troubles de la 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles: déficits de l'attention et comportement perturbateur	TDA-H

TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION/ HYPERACTIVITÉ (TDA-H)



- **Peu de changements dans les critères pour les enfants, mais ajout d'exemples.**
- **Changements visant principalement à permettre de mieux diagnostiquer les adolescents et les adultes.**
 - Ajout d'exemples plus appropriés aux adultes.
 - Réduction du nombre de critères nécessaires au diagnostic (17 ans et plus).
 - Changement de l'âge du début des symptômes: passé de avant 7 ans (DSM-IV) à avant 12 ans (DSM-V).
- **Ajout des niveaux de sévérité.**
- **Aucun changement au niveau des types de présentation (maintien des catégories: type mixte, inattention prédominante, hyperactivité/impulsivité prédominante).**
- **Peut maintenant être posé avec un TSA si la personne remplit les critères des deux troubles.**

DSM-IV	DSM-5
A- Au moins 6 des symptômes d'une catégorie (inattention ou hyperactivité-impulsivité) ayant persisté au moins 6 mois.	A- 6 symptômes et plus pour les moins de 17 ans. <u>Pour 17 ans et plus, seulement 5 symptômes sont exigés</u> depuis au moins 6 mois.
<u>Inattention</u> a. souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités. b. a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux. c. semble souvent ne pas écouter quand on s'adresse à lui. d. souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à l'incapacité de comprendre les consignes).	<u>Inattention</u> (a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (<u>ex.: s'attarde trop sur ou manque des détails, travail imprécis</u>). (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (<u>ex.: demeure difficilement concentré durant les cours, les conversation ou une longue lecture</u>). (c) semble souvent ne pas écouter quand on s'adresse à lui (<u>ex.: esprit semble ailleurs, même en l'absence de distraction évidente</u>). (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (<u>ex.: commence mais perd vite le focus et devient facilement distrait</u>).

DSM-IV

e. a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.

f. souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison).

g. perd souvent les objets nécessaires à son travail ou ses activités (par exemple: jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils).

h. souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes.

i. a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

DSM-5

(e) a du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex.: difficulté à gérer des tâches séquentielles, difficulté à garder son matériel et biens personnels en ordre; désordonné, travail désorganisé, mauvaise gestion du temps, n'arrive pas à respecter les « deadlines »).

(f) évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex.: travail scolaire, pour les ados et adultes: préparer des rapports, compléter des formulaires, réviser de longs travaux écrits).

(g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (ex.: matériel scolaire, crayons, livres, porte-monnaie, clés, paperasse, lunettes, téléphones mobiles).

(h) se laisse facilement distraire par des stimuli externes (*chez ados et adultes: peut se laisser distraire par pensées non-pertinentes*).

(i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex.: faire le ménage, faire les courses; *chez ados et adultes: peut oublier de payer factures, retourner appels, être aux rendez-vous*).

DSM-IV	DSM-5
6 symptômes depuis au moins 6 mois	6 symptômes et plus pour <17 ans, <u>Pour 17 ans et plus, seulement 5 sx sont exigés</u>
<u>hyperactivité</u> a. remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège. b. se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il doit rester assis. c. souvent court ou grimpe partout, dans des situations peu adéquates (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice). d. a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.	<u>2. hyperactivité-impulsivité</u> (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège. (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex.: <u>quitte sa place dans la classe ou au bureau ou dans d'autres situations qui exigent de rester assis</u>). (c) court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (Note: <u>chez les adolescents ou les adultes, peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice</u>). (d) est souvent bruyant dans les jeux ou les activités de loisir.

DSM-IV	DSM-5
e. est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts« . f. parle souvent trop . <u>Impulsivité</u> g. laisse souvent échapper la réponse à une question incomplète. h. a souvent du mal à attendre son tour. i. interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple: fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).	(e) semble « contrôlé par un moteur »; <u>(ex.: est incapable ou inconfortable à rester tranquille longtemps au restaurant, dans les réunions; peut être perçu comme agité ou difficile à suivre (« keep up with »).</u> f. parle souvent trop. (g) répond avant que la question soit terminée. <u>(ex.: compléter les phrases des autres, ne respecte pas le tour de parole.)</u> [focus sur conversations] (h) attend difficilement son tour <u>(ex.: en ligne)</u> [focus sur actions] (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence <u>(ex.: faire irruption dans les activités/conversation/jeux des autres, peut utiliser les choses des autres sans demander d'abord; pour ados et adultes peuvent faire intrusion ou poursuivre les tâches des autres)</u>

DSM-IV	DSM-5
B- Certains symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents <u>avant l'âge de 7 ans.</u>	B- Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents <u>avant l'âge de 12 ans.</u>
C- Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans au moins deux milieux (par ex.: école, travail, maison).	C- Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans au moins deux milieux. (par ex.: école, travail, maison, <u>avec des amis ou la famille, dans d'autres activités.</u>)
D- Altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.	D- Évidence claire que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
E- Les symptômes ne surviennent pas au cours du <u>trouble envahissant du développement</u> , d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental	E- symptômes ne surviennent pas <u>exclusivement</u> au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental <u>(le TSA et le TDAH ne sont pas mutuellement exclusifs).</u>

DSM-IV	DSM-5
Spécifier: Type mixte (critères d'inattention et critères d'hyperactivité/impulsivité remplis pour les 6 derniers mois). Type inattention prédominante: le critère d'inattention est rempli pour les 6 derniers mois mais pas le critère d'hyperactivité/impulsivité. Type hyperactivité/impulsivité prédominante: critère d'inattention rempli pour les 6 derniers mois mais pas le critère d'inattention.	Spécifier: Type mixte (critères d'inattention et critères d'hyperactivité/impulsivité remplis pour les 6 derniers mois). Type inattention prédominante: le critère d'inattention est rempli pour les 6 derniers mois mais pas le critère d'hyperactivité/impulsivité Type hyperactivité/impulsivité prédominante: critère d'inattention rempli pour les 6 derniers mois mais pas le critère d'inattention

DSM-IV	DSM-5
Aucune	Spécifier: <i>Léger</i>: symptômes tout juste rencontrés ou légèrement plus que ceux requis pour le diagnostic et les symptômes n'entraînent qu'une altération mineure sur le plan occupationnel ou social. <i>Modéré</i>: Les symptômes ou l'altération fonctionnelle se situent entre légers et sévères. <i>Sévère</i>: Plusieurs symptômes de plus que ceux requis pour le diagnostic sont présents <u>ou</u> les symptômes sont particulièrement sévères <u>ou</u> les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social ou occupationnel.

TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION/ HYPERACTIVITÉ (TDA-H)



Certains impacts anticipés dans la littérature
(Dalsgaard, 2013; Bastra & Frances, 2012):

- **Impact du changement de classification:**
 - › Reconnaissance du TDAH comme trouble neurodéveloppemental avec amorce dans l'enfance, ayant des impacts durant toute la vie.
- **Impacts des nouveaux exemples:**
 - › Pourrait changer la cotation des symptômes.
 - › Pourrait changer les échelles utilisées (items).
 - › Les qualités psychométriques des échelles pourraient devoir être revues.
 - › Hausse probable de la prévalence du TDAH, surtout chez les ados et adultes.
- **Impact de l'âge du début des symptômes:**
 - › Hausse probable de la prévalence, spécialement chez les adultes.
 - › Estimée à 0,1% selon Polanczyk et al., 2010.
- **Baisse du seuil diagnostique pour >17 ans et de TSA et TDAH non mutuellement exclusifs:**
 - › Hausse légère probable de la prévalence.



DÉFICIENCES INTELLECTUELLES

DÉFICIENCES INTELLECTUELLES



DSM-IV	DSM-5
Troubles de la 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence.	Troubles neurodéveloppementaux.
Retard mental.	Déficiences intellectuelles: - Déficiência intellectuelle. - Retard global de développement.



DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL)



- Changement d'appellation:
 - DSM-IV → Retard mental
 - DSM-5 → Déficience intellectuelle
- Conception du trouble inchangée, demeure un trouble caractérisé par une atteinte du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui débute durant la période développementale.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL)



- **Changements au plan des critères:**

- › **Critère A.**

- Retrait de la spécification du niveau de QI (70 ou au-dessous).
- Remplacé par une définition des limitations: « **déficits des fonctions intellectuelles, tels que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, les apprentissages académiques et l'apprentissage par l'expérience, tels que confirmés par l'évaluation clinique et des mesures d'évaluation standardisées et individualisées** ».

- › **Critère B.**

- Nouvelle formulation: « **Déficits dans le fonctionnement adaptatif qui résulte en une incapacité à atteindre les standards d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale. Sans support, les déficits doivent limiter le fonctionnement dans une ou plus activités de la vie quotidienne (avant au moins deux secteurs)** ».

- › **Critère C.**

- Retrait de l'âge de 18 ans pour indiquer « **début durant la période développement** ».

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL)



- Changement majeur au niveau de la spécification des sévérités:
 - › Le niveau de sévérité devrait maintenant être défini **sous la base du fonctionnement adaptatif** et non des scores obtenus au test de QI, puisque le comportement adaptatif définit mieux le niveau de support nécessaire.
 - › Il est spécifié que les comportements adaptatifs sont évalués en utilisant **l'évaluation clinique et des mesures psychométriques standardisées et individualisées**.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL)



› Enjeux :

- Quoi faire pour spécifier la sévérité de la DI dans les cas de comorbidités.
- Particulièrement pour le TSA, dans lequel il est reconnu que le trouble a un impact sur le fonctionnement adaptatif. Dans la section se rapportant au diagnostic du TSA, il est spécifié: « *Les habiletés adaptatives sont typiquement inférieures au QI mesuré* », « *L'écart entre le fonctionnement intellectuel et adaptatif est souvent grand* ».
- Nous amène à questionner la façon d'évaluer les comportements adaptatifs (entrevue clinique, questionnaires, fonctionnement dans les différents milieux).

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL)



- Diagnostic différentiel avec TSA:

« L'évaluation des habiletés intellectuelles peut être compliquée par les difficultés de communication sociale et de comportement inhérentes au TSA, qui peuvent interférer avec la compréhension et la participation à la procédure d'évaluation standardisée.

Une évaluation appropriée du fonctionnement intellectuel chez les individus ayant un TSA est essentielle, avec une réévaluation au cours de la période développementale, puisque les scores de QI chez les individus ayant un TSA peuvent être moins stables, particulièrement tôt dans l'enfance. »



RETARD GLOBAL DE DÉVELOPPEMENT

RETARD GLOBAL DE DÉVELOPPEMENT



DSM-5

Troubles neurodéveloppementaux

Déficiences intellectuelles

Retard global de développement

RETARD GLOBAL DE DÉVELOPPEMENT



- Ajout du diagnostic de Retard Global de développement:

*Diagnostic réservé pour les individus de **moins de 5 ans** lorsque la sévérité ne peut être évaluée de façon fiable durant l'enfance.*

*Cette catégorie est diagnostiquée quand **un individu ne correspond pas aux jalons développementaux dans plusieurs sphères du fonctionnement intellectuel**, et s'applique aux individus qui ne sont pas en mesure d'être soumis à une évaluation formelle du fonctionnement intellectuel, incluant les enfants qui sont trop jeunes pour participer à une évaluation standardisée.*

*Cette catégorie **nécessite une réévaluation** après une certaine période de temps.*

Période d'échanges



TROUBLE DE LANGAGE

TROUBLE DE LANGAGE



DSM-IV	DSM-5
Troubles de la 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles de la communication	Troubles de la communication
• Trouble de langage de type expressif • Trouble de langage de type mixte réceptif-expressif • Trouble phonologique • Bégaiement • Trouble de la communication non-spécifié	• Trouble de langage • <i>Speech sound disorder</i> • <i>Childhood-onset fluency disorder (stuttering)</i> • Trouble de la communication sociale • Trouble de la communication non-spécifié

TROUBLE DE LANGAGE



DSM-IV	DSM-5
Troubles de la 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles de la communication	Troubles de la communication
• Trouble de langage de type expressif • Trouble de langage de type mixte réceptif-expressif • Trouble phonologique → • Bégaiement • Trouble de la communication non-spécifié	• Trouble de langage • <i>Speech sound disorder</i> • <i>Childhood-onset fluency disorder (stuttering)</i> • Trouble de la communication sociale • Trouble de la communication non-spécifié

TROUBLE DE LANGAGE



DSM-IV	DSM-5
Troubles de la 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles de la communication	Troubles de la communication
• Trouble de langage de type expressif • Trouble de langage de type mixte réceptif-expressif • Trouble phonologique • Bégaïement • Trouble de la communication non-spécifié.	• Trouble de langage • <i>Speech sound disorder</i> • <i>Childhood-onset fluency disorder (stuttering)</i> • Trouble de la communication sociale • Trouble de la communication non-spécifié.

TROUBLE DE LANGAGE



DSM-IV	DSM-5
Troubles de la 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles de la communication	Troubles de la communication
• Trouble de langage de type expressif • Trouble de langage de type mixte réceptif-expressif • Trouble phonologique • Bégaiement • Trouble de la communication non-spécifié.	• Trouble de langage • <i>Speech sound disorder</i> • <i>Childhood-onset fluency disorder (stuttering)</i> • Trouble de la communication sociale • Trouble de la communication non-spécifié.

TROUBLE DE LANGAGE



DSM-IV	DSM-5
Troubles de la 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles de la communication	Troubles de la communication
• Trouble de langage de type expressif • Trouble de langage de type mixte réceptif-expressif • Trouble phonologique • Bégaiement • Trouble de la communication non-spécifié.	• Trouble de langage • <i>Speech sound disorder</i> • <i>Childhood-onset fluency disorder (stuttering)</i> • Trouble de la communication sociale • Trouble de la communication non-spécifié.





Principaux changements/précisions apportés par le DSM-5

- Maintenant regroupé sous une seule appellation: **trouble de langage**.
- Atteintes langagières peuvent se retrouver sur le **plan expressif ou réceptif**, avec des niveaux de sévérité variables dans les différentes sphères.
DSM-IV: Un trouble pur de langage réceptif n'est jamais vu en clinique.
- Peut être en **comorbidité** avec le **TSA**.
- Précise le début d'apparition (**petite enfance**).
- Précise que le trouble de langage peut atteindre la **modalité écrite**.



Principaux changements/précisions apportés par le DSM-5 (suite)

- Précise que la **validité** du diagnostic est plus certaine à partir de l'âge de **4 ans**.
DSM-IV: début d'apparition entre 2 et 4 ans.
- Précise que le diagnostic de trouble de langage doit être fait à partir de l'histoire de développement, d'observations cliniques dans différents contextes et de résultats à des tests standardisés.
DSM-IV: Parlait seulement de résultats aux tests standardisés.
- **Ne précise plus** que les atteintes langagières doivent être plus faibles que les capacités intellectuelles non-verbales.



Critères diagnostiques DSM-5

A. Difficultés persistantes dans l'acquisition et l'utilisation du langage dans différentes modalités (i.e. parlé, écrit, langage des signes ou autre) dues à un déficit en compréhension ou en production qui inclut:

- 1. Vocabulaire réduit** (connaissance des mots et leur utilisation);
- 2. Structure de phrases limitée** (grammaire et morphologie);
- 3. Lacunes en discours** (habiletés à utiliser le vocabulaire et à organiser des phrases pour expliquer ou décrire un sujet ou une série d'événements ou avoir une conversation).



Critères diagnostiques DSM-5 (suite)

- B. Les habiletés langagières sont significativement **en dessous des attentes pour l'âge** (de manière quantifiable et substantielle), résultant en des limitations fonctionnelles sur le plan de la communication, de la participation sociale, des résultats académiques, de la performance au travail.
- C. Les symptômes débutent en bas âge.
- D. Les difficultés **ne sont pas attribuables** à une perte auditive ou un autre trouble sensoriel, à une dysfonction motrice ou à une autre condition médicale ou neurologique et **ne sont pas mieux expliquées** par une déficience intellectuelle ou un retard global de développement.

TROUBLE DE LANGAGE



Enjeu:

- Faire le diagnostic différentiel avec le TSA maintenant que l'on peut également mettre le trouble de langage en comorbidité (qu'est-ce qui appartient à quoi).



TROUBLE SPÉCIFIQUE DES APPRENTISSAGES

TROUBLE SPÉCIFIQUE DES APPRENTISSAGES



DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ère} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Troubles des apprentissages	Trouble spécifique des apprentissages
Trouble de la lecture Trouble du calcul Trouble de l'expression écrite Trouble des apprentissages non-spécifié	



TROUBLE SPÉCIFIQUE DES APPRENTISSAGES



Principaux changements apportés par le DSM-5:

- Une seule entité diagnostique.
- On doit spécifier si les difficultés se retrouvent:
 - › **en lecture** (efficacité en lecture de mots, débit ou fluence de lecture, compréhension de la lecture);
 - › **en écriture** (orthographe, utilisation de la grammaire et de la ponctuation, clarté et organisation d'un texte (production de texte));
 - › **en mathématiques** (sens du nombre, mémorisation des faits arithmétiques, calcul, raisonnement mathématique).
- On doit spécifier **toutes les atteintes** retrouvées dans chaque sphère.
- On doit spécifier le **niveau de sévérité**.

TROUBLE SPÉCIFIQUE DES APPRENTISSAGES



Précision apportés par le DSM-5 :

- Les difficultés doivent être persistantes depuis au moins 6 mois, malgré des interventions spécifiques.
- L'évaluation doit se baser, en plus des résultats aux tests standardisés, sur une analyse clinique comprenant l'histoire de développement de l'individu, les bulletins/travaux scolaires, et une évaluation psychoéducative.
 - *Pour les individus âgés de plus de 17 ans, une histoire de difficultés d'apprentissages bien documentée peut remplacer une évaluation formelle.*
- **Dyslexie et dyscalculie** : termes utilisés pour décrire un patron de difficultés d'apprentissages particulier. Les difficultés additionnelles relevées **doivent** être également spécifiées.

TROUBLE SPÉCIFIQUE DES APPRENTISSAGES



Critères diagnostiques DSM-5

- A. Difficultés d'apprentissages et d'utilisation des habiletés académiques, manifestées par au moins un des symptômes suivants, qui persistent depuis au moins 6 mois malgré des interventions spécifiques pour adresser ces difficultés :
1. Inefficacité ou lenteur et effort dans la lecture de mots;
 2. Difficultés à comprendre le sens de ce qui est lu;
 3. Difficultés d'orthographe;
 4. Difficultés d'expression écrite;
 5. Difficultés à comprendre le sens du nombre, les faits mathématiques ou le calcul;
 6. Difficultés de raisonnement mathématique.

TROUBLE SPÉCIFIQUE DES APPRENTISSAGES



Critères diagnostiques DSM-5 (suite)

- B. Habiletés académiques affectées sont sous les attentes en fonction de l'âge chronologique de la personne (de façon significative et quantifiable) en utilisant des tests standardisés. Les difficultés affectent la performance scolaire et occupationnelle ou les activités de la vie courante;
- C. Difficultés débutent durant les premières années scolaires, mais peuvent être plus observables lorsque les demandes dépassent les capacités de l'individu;
- D. Difficultés qui ne sont pas mieux expliquées par une DI, des difficultés visuelles ou auditives, un trouble neurologique ou mental, de l'adversité psychosociale, des difficultés dans la langue d'enseignement ou un mauvais enseignement.

TROUBLE SPÉCIFIQUE DES APPRENTISSAGES



Niveau de sévérité :

- Léger: **quelques difficultés dans un ou deux domaines**, mais l'individu n'est pas capable de compenser ou de bien fonctionner lorsque des adaptations appropriées ou des services sont fournis durant, plus spécifiquement, les années scolaires.
- Modéré: **difficultés marquées dans un ou plusieurs domaines**, alors l'individu n'est pas en mesure d'être compétent sans quelques séances d'enseignement spécialisé durant les années scolaires. Quelques adaptations appropriées ou des services sont peut-être nécessaires durant les heures à l'école, au travail ou à la maison pour compléter les activités efficacement et précisément.
- Sévère: **difficultés sévères d'apprentissages affectant plusieurs domaines**, alors l'individu n'est pas en mesure d'apprendre ces habiletés sans enseignement spécialisé et individuel intensif pour la plupart des années scolaires. Même s'il bénéficie d'une variété d'adaptations et de services à la maison, à l'école et au travail, l'individu peut ne pas être capable de compléter toutes les activités efficacement.

TROUBLE SPÉCIFIQUE DES APPRENTISSAGES



- Ce qu'en disent les études:
- **Appuis**
 - › Snowling M.J. and Hulme C. (2012), Scanlon, D. (2013)
 - Appuie le changement vers une perspective développementale;
- **Critiques**
 - › Snowling M.J. and Hulme C. (2012), ASHA (2013)
 - **Ne fait pas mention** du trouble de langage oral dans les critères diagnostiques ou dans la définition du trouble.
 - Plusieurs études ont pourtant démontré le lien entre les habiletés langagières et les apprentissages, et la grande comorbidité des deux troubles.



TROUBLES MOTEURS



Organisation des diagnostics DSM-5

DSM-5

Troubles neurodéveloppementaux

Troubles moteurs

- Trouble d'acquisition de la coordination;
- Trouble des mouvements stéréotypés;
- Troubles tics (5).



- **Rappel:**

- › Les études démontrent que le développement moteur dans la petite enfance est différent chez les enfants avec TSA de celui des enfants neurotypiques (*Provost, Lopez & Heimeri, 2007; Jasmin, Couture, McKinley, Reid, Fombonne & Gisel, 2009*).
- › Certaines études récentes indiquent que les déficits moteurs peuvent être parmi les premières préoccupations («red flags») dans le développement des enfants avec TSA (*Flanagan, Landa, Bhat & Bauman, 2012*).
- › Importance de considérer le fonctionnement moteur dans sa globalité, comme indicateur précoce d'un fonctionnement possiblement atypique.



TROUBLE D'ACQUISITION DE LA COORDINATION

TROUBLE D'ACQUISITION DE LA COORDINATION



DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ère}, 2^{ème} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Trouble des habiletés motrices	Troubles moteurs
- Trouble d'acquisition de la coordination.	- Trouble d'acquisition de la coordination; - Trouble des mouvements stéréotypés; - Troubles tics (5).

TROUBLE D'ACQUISITION DE LA COORDINATION (TAC)



- Critères diagnostiques DSM-IV
 - › **Changements apportés par le DSM-5.**

A. Les performances dans les activités de la vie quotidienne nécessitant une bonne coordination motrice sont nettement en dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet et de son niveau intellectuel.

- › **Critère clinique plus clair dans le DSM-5;**
- › **Ajout des concepts de lenteur d'exécution («slowness») et de manque de précision motrice («inaccuracy»);**
- › **Ajout de la notion d'opportunité d'apprentissage;**
- › **Retrait de la notion de «niveau intellectuel» (abordé plus loin);**
- › **Retrait de la notion de retards importants dans les étapes du développement psychomoteur (ex.: ramper, s'asseoir, marcher).**

TROUBLE D'ACQUISITION DE LA COORDINATION (TAC)



B. La perturbation décrite dans le Critère A interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante.

› **Ajout des notions suivantes:**

- ▶ «Interfère de façon significative et persistante ...»;
- ▶ «... aux activités de la vie courante appropriées pour l'âge chronologique...»;
- ▶ Impacts dans les différents domaines occupationnels (ex.: jeu, loisirs, productivité académique, etc.).

TROUBLE D'ACQUISITION DE LA COORDINATION (TAC)



- C. La perturbation n'est pas due à une affection médicale générale et ne répond pas aux critères d'un TED:
 - › **Retrait de ce critère;**
 - › **TAC peut être donné en comorbidité avec le TSA.**

- Ajout du critère suivant (DSM-5 → critère C):
 - › **Début des symptômes dans la petite enfance.**

- D. S'il existe un retard mental, les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à celui-ci:
 - › **Difficultés motrices ne sont pas mieux expliquées par une déficiences intellectuelle ou une déficiences visuelle;**
 - › **Difficultés motrices ne sont pas attribuables à une condition neurologique affectant le mouvement (ex.: dystrophie musculaire, trouble dégénératif, etc.)**



TROUBLE DES MOUVEMENTS STÉRÉOTYPÉS

TROUBLE DES MOUVEMENTS STÉRÉOTYPÉS



Organisation diagnostique

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
Autres troubles	Troubles moteurs
- Anxiété de séparation - Mutisme sélectif - Trouble de l'attachement - Mouvements stéréotypés - Troubles non spécifiés	- Trouble d'acquisition de la coordination; - Trouble des mouvements stéréotypés; - Troubles tics (5).

TROUBLE DES MOUVEMENTS STÉRÉOTYPÉS



- A. Comportement moteur répétitif, **qui semble** non fonctionnel, que le sujet semble contraint d'exécuter.
- B. Le comportement interfère avec les activités sociales, académiques, autres et peut provoquer des blessures corporelles.
- C. Débute tôt dans le développement.
- D. Le comportement ne peut être attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une condition neurologique et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble neurodéveloppemental ou mental (ex.: tricotillomanie, TOC).
- Exemples de stéréotypies :
 - › Comportements variés: secouer ou agiter les mains, balancer le corps, se cogner la tête, se mordre, se frapper, tourner sur soi, marcher de long en large, *finger flicking*, *skin picking*, *hand flapping*, etc.

TROUBLE DES MOUVEMENTS STÉRÉOTYPÉS



- **Changements mineurs présentés dans DSM-5**
 - › Peut être donné en comorbidité avec TSA si comportement nécessite un traitement spécifique.
 - › Changement de catégorie diagnostique.

- **DSM-5: amène certaines précisions**
 - › Association à une condition médicale ou génétique (ex.: DI, syndrome Lesch-Nyhan), à des facteurs environnementaux (ex.: exposition à l'alcool intra-utérin).
 - › Degré de sévérité (léger, modéré, sévère).

- **Maintien du critère :**
 - › Préciser si présence de comportements d'automutilation.

TROUBLE DES MOUVEMENTS STÉRÉOTYPÉS



- **Selon *Freeman, Soltanifar & Baer, 2010*:**

- › Littérature limitée (5 études répertoriées);
- › Définition diagnostique manque de clarté;
- › Confusion diagnostique importante (surtout avec tics);
- › Comorbidités fréquentes (questionnant a/n critère D):
 - TDAH, trouble de langage, troubles du sommeil, SGT, TAC;
- › Stéréotypies ne diffèrent pas de celles dans le TSA:
 - Ce qui distingue du TSA est l'absence d'atteintes dans le domaine socio-communicatif;
 - Dans le doute (TMS vs TSA): évaluation TSA complète recommandée.

D. Le comportement ... n'est pas mieux expliqué par un autre trouble neuro-développemental ...

TROUBLE DES MOUVEMENTS STÉRÉOTYPÉS



- **Selon Stein *et al.*, 2010:**

- › Peu de littérature permettant d'intégrer la nosologie des stéréotypies avec la neurobiologie sous jacente.
- › Peu d'études se sont penchées sur la catégorisation optimale de ce trouble:
 - Questionnement face au continuum des TOC?
 - comorbidité élevée, recouvrements diagnostics partiels (phénoménologie, psychobiologie, traitements)

TROUBLE DES MOUVEMENTS STÉRÉOTYPÉS



- **Enjeux:**
 - › Pertinence de donner ce diagnostic en comorbidité avec TSA;
 - › Confusion diagnostique (entité diagnostique?);
 - › Expérience à la CRETCD:
 - Aucune référence avec cette hypothèse diagnostique...
 - Aucune mention dans les rapports aux dossiers...



TROUBLES TICS



Organisation des diagnostics

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
	Troubles moteurs
Tics	Troubles tics
- Syndrome Gilles de la Tourette - Tic moteur ou vocal chronique - Tic transitoire - Tic non spécifié	- Syndrome Gilles de la Tourette - <i>Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder</i> - <i>Provisional tic disorder</i> - <i>Other specified tic disorder</i> - <i>Unspecified tic disorder</i>

TROUBLES : TICS



Organisation des diagnostics

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
	Troubles moteurs
Tics	Troubles tics
- Syndrome Gilles de la Tourette - Tic moteur ou vocal chronique - Tic transitoire - Tic non spécifié	↔ - Syndrome Gilles de la Tourette - <i>Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder</i> - <i>Provisional tic disorder</i> - <i>Other specified tic disorder</i> - <i>Unspecified tic disorder</i>

TROUBLES : TICS



Organisation des diagnostics

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
	Troubles moteurs
Tics	Troubles tics
- Syndrome Gilles de la Tourette - Tic moteur ou vocal chronique → - Tic transitoire - Tic non spécifié	- Syndrome Gilles de la Tourette - <i>Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder</i> - <i>Provisional tic disorder</i> - <i>Other specified tic disorder</i> - <i>Unspecified tic disorder</i>

TROUBLES : TICS



Organisation des diagnostics

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
	Troubles moteurs
Tics	Troubles tics
- Syndrome Gilles de la Tourette - Tic moteur ou vocal chronique - Tic transitoire - Tic non spécifié	- Syndrome Gilles de la Tourette - <i>Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder</i> - <i>Provisional tic disorder</i> - <i>Other specified tic disorder</i> - <i>Unspecified tic disorder</i>

TROUBLES : TICS



Organisation des diagnostics

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou adolescence	Troubles neurodéveloppementaux
	Troubles moteurs
Tics	Troubles tics
- Syndrome Gilles de la Tourette - Tic moteur ou vocal chronique - Tic transitoire - Tic non spécifié	- Syndrome Gilles de la Tourette - <i>Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder</i> - <i>Provisional tic disorder</i> - <i>Other specified tic disorder</i> - <i>Unspecified tic disorder</i>



- **En 2010, groupe de travail du DSM-5 recommandait que le SGT soit inclus sous la section «troubles anxieux et obsessionnel-compulsif»**
- **Appel à tous du groupe de travail DSM-5:**
 - › Le *Tourette Syndrome Association, Inc.* se positionne contre ce changement, stipulant que ce serait une erreur. Ils indiquent qu'à la base, les troubles tics ne sont pas des diagnostics psychiatriques mais bien des troubles du mouvement et qu'à ce titre, sont mieux représentés par les troubles neurologiques.
- **Changements retenus DSM-5 en ce qui concerne les troubles tics:**
 - › Sous les troubles neurodéveloppementaux → troubles moteurs



- **Changements retenus (suite):**
 - › Retrait de la notion de stéréotypie dans la définition descriptive des tics :
 - Un tic est un mouvement moteur ou une vocalisation soudaine, rapide, récurrente, non rythmique.
 - › Pour les deux diagnostics chroniques (SGT, P(C) MVTD):
 - Présents sur une durée d'un an;
 - Retrait du critère d'exclusion si absence pendant période de 3 mois ou plus «*Tics may wax and wane in frequency but have persisted for more than 1 year since first tic onset*».



- **Changements retenus (suite):**
 - › **Pour diagnostic provisoire, critère de temps plus flexible:**
 - DSM-IV: ... presque tous les jours, pendant au moins 4 semaines mais pas pendant plus de 12 mois consécutifs.
 - DSM-5: ... présent depuis moins d'un an depuis l'apparition du premier tic.
 - › ***Other specified tic disorder:***
 - Le clinicien choisit de préciser pourquoi le diagnostic ne rencontre pas les critères pour un des autres diagnostics tics (ex.: début après l'âge de 18 ans).
 - › ***Unspecified tic disorder:***
 - Le clinicien choisit de ne pas préciser pourquoi le diagnostic ne rencontre pas les critères pour un des autres diagnostics tics;
 - Présentations cliniques pour lesquelles l'information est insuffisante pour établir un diagnostic plus précis.



- **Changements retenus (suite):**
 - › **Dans tous les diagnostics, retrait du critère:**
 - Souffrance marquée ou d'altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants;
 - Élément abordé dans le descriptif du DSM-5, sans pour autant être un critère diagnostique.

Période d'échanges

Pause



TROUBLES ANXIEUX

RÉORGANISATION DES DIAGNOSTICS



DSM-IV	DSM-5
Autres troubles de la 1 ^{ière} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence - Anxiété de séparation	Troubles anxieux - Trouble d'anxiété de séparation - Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)
Troubles anxieux - Phobie sociale - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) - État de stress post-traumatique	<i>Obsessive-Compulsive and Related Disorders</i> - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) <i>Trauma- and Stressor-Related Disorders</i> - État de stress post-traumatique



TROUBLE D'ANXIÉTÉ DE SÉPARATION

TROUBLE D'ANXIÉTÉ DE SÉPARATION



DSM-IV	DSM-5
Autres troubles de la 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou adolescence - Anxiété de séparation	Troubles anxieux - Trouble d'anxiété de séparation - Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)
Troubles anxieux - Phobie sociale - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) - État de stress post-traumatique	<i>Obsessive-Compulsive and Related Disorders</i> - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) <i>Trauma- and Stressor-Related Disorders</i> - État de stress post-traumatique

TROUBLE D'ANXIÉTÉ DE SÉPARATION



- L'essentiel des critères demeure inchangé, toutefois la formulation a été ajustée pour mieux s'ajuster à la présentation de l'anxiété de séparation chez l'adulte.
 - Retrait de la spécification d'apparition des symptômes avant l'âge de 18 ans.
 - Ajout d'un critère de durée des symptômes pour les adultes (6 mois ou plus); pour les enfants inchangé (présence des symptômes durant 4 semaines).
- Ajout d'une précision pour différentiel avec TSA: « le diagnostic ne doit pas être posé si la difficulté peut être expliquée par un refus de quitter la maison en lien avec une résistance excessive aux changements dans le trouble du spectre de l'autisme ».



TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE (PHOBIE SOCIALE)

TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE (PHOBIE SOCIALE)



DSM-IV	DSM-5
Autres troubles de la 1 ^{ière} , 2 ^{ième} enfance ou adolescence: - Anxiété de séparation	Troubles anxieux: - Trouble d'anxiété de séparation - Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)
Troubles anxieux: - Phobie sociale - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) - État de stress post-traumatique	<i>Obsessive-Compulsive and Related Disorders:</i> - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) <i>Trauma- and Stressor-Related Disorders:</i> - État de stress post-traumatique

TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE (PHOBIE SOCIALE)



- **Les caractéristiques essentielles demeurent les mêmes, toutefois plusieurs changements ont été apportés:**
 - › Retrait de la nécessité que les individus de plus de 18 ans reconnaissent le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
 - › Retrait de la notion de la nécessité de démontrer la capacité de l'enfant d'avoir des relations sociales avec des gens familiers en rapport avec l'âge.
 - › Ajouts de certains exemples de comportements pouvant suggérer de l'anxiété dans les situations sociales (tels que chez les enfants: s'accrocher/se cramponner, une timidité ou ne pas parler dans des situations sociales)
 - › **Dans les spécifications, retrait du type « généralisé » (difficile à opérationnaliser) pour le remplacer par « performance seulement » (représenterait un sous-groupe distinct dans l'étiologie, âge d'apparition, la réponse physiologique et la réponse au traitement).**



TROUBLE OBSESSIF- COMPULSIF (TOC)

RÉORGANISATION DES DIAGNOSTICS



DSM-IV	DSM-5
Autres troubles de la 1 ^{ière} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence: - Anxiété de séparation	Troubles anxieux: - Trouble d'anxiété de séparation - Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)
Troubles anxieux: - Phobie sociale - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) → - État de stress post-traumatique	<i>Obsessive-Compulsive and Related Disorders:</i> - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) <i>Trauma- and Stressor-Related Disorders:</i> - État de stress post-traumatique

TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF (TOC)



- › Ajout de cette section en raison d'une évidence de plus en plus démontrée de la ressemblance de ces conditions et d'un chevauchement entre ces troubles qui sont caractérisés par des préoccupations et par des comportements répétitifs ou des actes mentaux répétitifs en réponse aux préoccupations (TOC, peur d'une dysmorphie corporelle, Trichotillomanie, « hoarding disorder », « excoriation (skin-picking) disorder »).
- › Ce nouveau chapitre se retrouve à la suite des troubles anxieux en raison de la similarité qu'il y a entre les troubles anxieux et certains troubles de cette catégorie (dont le TOC).

TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF (TOC)



- **Quelques changements sur le plan des critères diagnostiques:**
 - Les obsessions sont définies par 2 critères (auparavant 4).
 - Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et non désirées, et qui entraînent chez la plupart des individus une anxiété ou une détresse marquée.
 - Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou images ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.
 - La définition des compulsions est demeurée la même, mais ajout d'une note qui spécifie que les jeunes enfants peuvent ne pas être capable d'articuler ou d'exprimer le but visé de ces comportements ou actes mentaux.

TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF (TOC)



- La spécification avec « peu de prise de conscience » du DSM-IV a été raffinée pour améliorer le DX différentiel en démontrant que ces individus peuvent présenter une variété de niveaux d'introspection. Maintenant, 3 catégories d'introspections possibles:
 - › Bonne introspection;
 - › Introspection pauvre;
 - › Absence d'introspection/croyances délirantes.
- **Ajout d'une spécification → avec Tic associé :**
 - › Si l'individu a un problème de tics actuel ou passé (*tic disorder*).
- **Aucune mention du TSA dans la section du diagnostic différentiel.**



ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE



DSM-IV	DSM-5
Autres troubles de la 1 ^{ière} , 2 ^{ème} enfance ou adolescence: - Anxiété de séparation	Troubles anxieux: - Trouble d'anxiété de séparation - Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)
Troubles anxieux: - Phobie sociale - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) - État de stress post-traumatique →	<i>Obsessive-Compulsive and Related Disorders</i> - Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) <i>Trauma- and Stressor-Related Disorders</i> - État de stress post-traumatique

TROUBLE D'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE



- › Plusieurs changements.
- › Divisé en deux séries de critères:
 - avant 6 ans;
 - après 6 ans.
- › Ajouts d'exemples de types d'évènements traumatisants:
 - abus sexuels, évènement traumatisant étant arrivé à un proche et suite à l'exposition répétée ou extrême à des détails aversifs d'évènements traumatisants.
 - DSM-IV: évènements durant lesquels l'intégrité physique était menacée.
- › Section moins de 6 ans:
 - un nombre moindre de symptômes d'évitement et d'altérations cognitives négatives nécessaire au diagnostic.



«DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER»

NOUVELLE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE



Créée par le groupe de travail sur le DSM-5 pour éviter le sur-diagnostic et le traitement pharmacologique de trouble bipolaire chez l'enfant puisque ceux-ci évoluent généralement vers un trouble dépressif ou un trouble anxieux plutôt que vers un trouble bipolaire à l'adolescence et à l'âge adulte.

DSM-5

Troubles dépressifs



Disruptive Mood Dysregulation Disorder

NOUVELLE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE



DSM-5

Troubles dépressifs

Disruptive Mood Dysregulation Disorder

- A. Severe recurrent temper outbursts manifested verbally (e.g., verbal rages) and/or behaviorally (e.g., physical aggression toward people or property) that are grossly out of proportion in intensity or duration to the situation or provocation.
- B. The temper outbursts are inconsistent with developmental level.
- C. The temper outbursts occur, on average, three or more times per week.
- D. The mood between temper outbursts is persistently irritable or angry most of the day, nearly every day, and is observable by others (e.g., parents, teachers, peers).
- E. Criteria A-D have been present for 12 or more months. Throughout that time, the individual has not had a period lasting 3 or more consecutive months without all of the symptoms in Criteria A-D.

NOUVELLE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE



DSM-5

Troubles dépressifs

Disruptive Mood Dysregulation Disorder

F. Criteria A and D are present in at least two or three settings (i.e., at home, at school, with peers) and are severe in at least one of these.

G. The diagnosis should not be made for the first time before age 6 years or after age 18 years.

H. By history or observation, the age of onset of Criteria A-E is before 10 years.

I. There has never been a distinct period lasting more than 1 day during which the full symptom criteria, except duration, for a manic or hypomanic episode have been met.

NOUVELLE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE



DSM-5

Troubles dépressifs

Disruptive Mood Dysregulation Disorder

J. The behaviors do not occur exclusively during an episode of major depressive disorder and are not better explained by another mental disorder (e.g., autism spectrum disorder, post traumatic stress disorder, separation anxiety disorder, persistent depressive disorder (dysthymia).

K. The symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical or neurological condition.

«DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER» (DMDD)



- **Deux manifestations cliniques principales:**
 - › 1) Présence de crises de colère («outbursts»):
 - En réponse à la frustration;
 - 3 fois et + / semaine (en moyenne), sur un an;
 - Dans au moins 2 milieux de vie.
 - › 2) Humeur irritable ou colérique entre les crises:
 - Majorité de la journée, presque tous les jours;
 - Observable par autrui.
- **Ne peut être posé ni avant 6 ans, ni après 18 ans;**
- **À l'histoire ou à l'observation, début avant l'âge de 10 ans.**

«DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER» (DMDD)



- **Comorbidités fréquentes:** DMDD seul → rare!
- **Nombreuses restrictions a/n comorbidité:**
 - › Exclusion:
 - Trouble d'opposition avec provocation;
 - DMDD prime sur TOP quand l'enfant rencontre les critères des deux dx.
 - Trouble explosif intermittent; Trouble bipolaire.
 - › Inclusion:
 - Trouble dépressif majeur; TDAH; Trouble des conduites;
 - Trouble de consommation (Substance use disorder).
- **Comportements ne doivent pas être mieux expliqués par:**
 - › TSA, trouble stress post-traumatique, anxiété de séparation;
 - › Trouble dépressif persistant (dysthymie).

«DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER» (DMDD)



- **Littérature limitée pour supporter DMDD**
 - › Selon groupe de travail DSM-5

- **Stringaris, 2011:**
 - › Irritabilité sévère est un symptôme prévalent → consultations cliniques
 - Peu d'attention dans la communauté scientifique (recherche) ;
 - › Aucune étude utilisant les données psychométriques pour mesurer l'irritabilité à ce jour;
 - › Nouvelles entités diagnostiques proposées:
 - Severe mood disorder (SMD; Leibenluft *et al*, 2003);
 - Temper dysregulation disorder with dysphoria (TDDD).
 - › Pertinence DMDD :
 - Trouble de l'humeur sous-jacent ;
 - Ne mène pas à conduites antisociales.

«DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER» (DMDD)



- **Leigh et al, 2012:**
 - › La recherche à ce jour semble indiquer que l'irritabilité est une entité en soi (et ne découle pas seulement d'autres troubles);
 - › L'irritabilité est toutefois influencée par troubles divers.

- **Axelson et al, 2012:**
 - › Étude rétrospective auprès de 706 jeunes de 6 à 12 ans;
 - › Résultats:
 - DMDD ne pouvait être différencié du TOP ou du trouble des conduites;
 - DMDD n'était pas associé au trouble bipolaire;
 - Suggère l'importance de mener des études supplémentaires pour clarifier la validité et l'entité diagnostique.



TROUBLES DES COMPORTEMENTS / CONDUITES

TROUBLES DES COMPORTEMENTS ET DES CONDUITES



«DISRUPTIVE, IMPULSE-CONTRÔLE AND CONDUCT DISORDERS»

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou adolescence	Trouble des comportements et des conduites
Troubles: déficit de l'attention et comportement perturbateur • Trouble oppositionnel avec provocation • Trouble des conduites	• Trouble oppositionnel avec provocation • Trouble des conduites • Trouble explosif intermittent
Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs: • Trouble explosif intermittent	

TROUBLES DES COMPORTEMENTS ET DES CONDUITES



«DISRUPTIVE, IMPULSE-CONTRÔLE AND CONDUCT DISORDERS»

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou adolescence	Trouble des comportements et des conduites
Troubles: déficit de l'attention et comportement perturbateur • Trouble oppositionnel avec provocation • Trouble des conduites →	• Trouble oppositionnel avec provocation • Trouble des conduites • Trouble explosif intermittent
Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs: • Trouble explosif intermittent	

TROUBLES DES COMPORTEMENTS ET DES CONDUITES



«*DISRUPTIVE, IMPULSE-CONTRÔLE AND CONDUCT DISORDERS*»

DSM-IV	DSM-5
Troubles 1^{ière}, 2^{ième} enfance ou adolescence	Trouble des comportements et des conduites
Troubles: déficit de l'attention et comportement perturbateur • Trouble oppositionnel avec provocation • Trouble des conduites	• Trouble oppositionnel avec provocation • Trouble des conduites • Trouble explosif intermittent
Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs: • Trouble explosif intermittent	

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION



Critères diagnostiques

- A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présentes 4 (ou plus) des manifestations suivantes (*voir tableau page suivante*).
- Précise que les comportements doivent être présents lors d'interactions avec au moins un individu **qui n'est pas un membre de la fratrie**.
 - Regroupement des manifestations en **3 catégories**:
 - Humeur colérique/irritable;
 - Comportement argumentatif/opposant;
 - Comportements vindicatifs;

Légende : Critères diagnostiques DSM-IV
Changements apportés par le DSM-5

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION



Manifestations comportementales

DSM-IV

- (1) se met souvent en colère;
- (2) conteste souvent ce que disent les adultes;
- (3) s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou règles des adultes;
- (4) embête souvent les autres délibérément
- (5) fait souvent porter sur autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite;
- (6) est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres;
- (7) est souvent fâché et plein de ressentiment;
- (8) se montre souvent méchant ou vindicatif.

DSM-5

Humeur colérique/irritable

(1), (6), (7)

Comportement argumentatif/opposant

(2) Argumente souvent avec les figures d'autorité ou, chez les enfants et adolescents, avec les adultes

(3) Souvent, défie ou refuse activement de se soumettre aux demandes des figures d'autorité ou des règles.

(4)

(5)

Comportements vindicatifs

(8) S'est montré vindicatif ou rancunier au moins 2 fois dans les derniers 6 mois

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION



Critères diagnostiques

- B. La perturbation des conduites entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- Ajout de la notion de **détresse** chez l'individu ou dans son environnement social immédiat.
- C. Les comportements ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique, d'abus de substance ou d'un trouble de l'humeur.
- Critères non-rencontrés pour le *disruptive mood dysregulation disorder*.
- D. Le trouble ne répond pas aux critères du troubles des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à ceux de la personnalité antisociale.
- Ne le précise plus dans le DSM-5

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION



Autres précisions apportées par le DSM-5

- Critères mesurables pour distinguer les comportements dans les limites de la normale de comportements symptomatiques:
 - Chez les enfants de **moins de 5 ans**, le comportement doit survenir la majorité des jours pour une période d'au moins 6 mois, sauf pour les comportements vindicatifs.
 - Chez les individus de **5 ans et plus**, le comportement doit survenir au moins une fois par semaine durant au moins 6 mois, à l'exception des comportements vindicatifs.
 - D'autres facteurs devraient également être considérés, tels que si la fréquence et l'intensité des comportements dérogent de la norme compte tenu du niveau développemental de l'individu, son genre et sa culture.

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION



Autres précisions apportées par le DSM-5 (suite)

- On se doit de préciser la **sévérité** actuelle:
 - *Léger*: Les symptômes sont limités à **un milieu** (par ex.: à la maison, à l'école, au travail, avec des pairs).
 - *Modéré*: Certains symptômes sont présents dans **au moins 2 milieux**.
 - *Sévère*: Certains symptômes sont présents dans **trois milieux ou plus**.

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION



Enjeu:

- Aucune mention du TSA dans les diagnostics différentiels ou comorbidités...
 - › Quand l'ajouter?

TROUBLE DES CONDUITES



- Aucun changement dans les critères diagnostiques.
- Les types demeurent les mêmes (début pendant l'enfance – début pendant l'adolescence) mais ajout :
 - **Début non-spécifié:** Les critères pour un diagnostic de trouble des conduites sont rencontrés, mais l'information **n'est pas disponible** pour déterminer l'apparition du premier symptôme avant ou après l'âge de 10 ans.
- Description des niveaux de sévérité demeure inchangée.

TROUBLE DES CONDUITES AVEC ÉMOTIONS PROSOCIALES LIMITÉES



- Nouvelle spécification du DSM-5

Critères diagnostiques :

- Doit avoir démontré **au moins 3** des caractéristiques suivantes pour **au moins les 12 derniers mois** dans **plusieurs relations et environnements**.
- Reflètent le fonctionnement interpersonnel et émotionnel typique de l'individu (pas juste occasionnel).
- Plusieurs sources d'information sont nécessaires pour l'évaluation de cette spécification. Nécessaire de prendre en considération les informations rapportées par des tiers ayant connu l'individu depuis longtemps.

TROUBLE DES CONDUITES AVEC ÉMOTIONS PROSOCIALES LIMITÉES



Caractéristiques

1. **Manque de remord ou de culpabilité:** ne se sent pas mal ou coupable quand il fait quelque chose de mal (excluant les remords exprimés seulement lorsqu'il est pris sur le fait ou face à une punition). Manque d'intérêt concernant les conséquences négatives de ses actions.
2. **Insensible - manque d'empathie:** ne tient pas compte des sentiments d'autrui, semble froid et indifférent. Apparaît plus préoccupé par les conséquences sur lui-même que sur les autres, même lorsque les conséquences peuvent causer un tort significatif aux autres.
3. **Indifférent à la performance:** ne se montre pas intéressé/concerné par une performance faible ou problématique à l'école, au travail ou dans d'autres activités importantes. Ne fournit pas l'effort nécessaire pour bien performer, même lorsque les attentes sont claires, et blâme typiquement les autres pour sa pauvre performance.
4. **Affect superficiel ou déficient:** n'exprime pas de sentiment ou ne montre pas d'émotions aux autres, excepté de façons qui semblent superficielles ou non sincères (ex.: les actions contredisent l'émotion démontrée, sert à manipuler ou intimider autrui, etc.).

TROUBLE DES CONDUITES AVEC ÉMOTIONS PROSOCIALES LIMITÉES



Selon Frick (2009)

- Correspond aux traits de **dureté-insensibilité** (*callous-unemotional*) de la littérature ;
- Présence de ces traits est ajoutée car désigne un sous-groupe distinct à l'intérieur des troubles des conduites (type début dans l'enfance);
- Nombreuses caractéristiques émotionnelles, cognitives, émotives qui sont distinctes des autres troubles des conduites;
- Incidence génétique plus importante dans ce sous-groupe;
- Prédicteur de psychopathie.

TROUBLE EXPLOSIF INTERMITTENT



Critères diagnostiques

A. Plusieurs épisodes distincts d'incapacité à résister à des impulsions agressives (agression physique) aboutissant à des voies de fait graves ou à la destruction de biens ;

➤ Peut maintenant se manifester de deux façons:

1) **Agression verbale** ou agression physique 2 fois par semaine en moyenne et s'étalant sur une période de 3 mois.

OU

2) 3 comportements d'excès de colère impliquant des dommages ou destruction d'objets et/ou une agression physique impliquant une ou des blessures à autrui ou envers les animaux sur une période d'un an.

Légende: Critères diagnostiques DSM-IV
Changements apportés par le DSM-5

TROUBLE EXPLOSIF INTERMITTENT



- B. Le degré d'agressivité exprimé durant les épisodes est **sans aucune mesure** avec un quelconque facteur de stress psychosocial déclenchant;
- C. Ce comportement est **non-prémédité**, n'est pas commis dans un but d'atteindre des objectifs (nouveau critère) ;
- D. Il y a présence d'un **impact** chez le sujet (nouveau critère);
- E. L'âge (chronologique ou développemental) doit être au moins de **6 ans** (nouveau critère);

TROUBLE EXPLOSIF INTERMITTENT



F. Les épisodes agressifs **ne sont pas mieux expliqués** par un autre trouble mental (ex.: personnalité antisociale, borderline, trouble psychotique, épisode maniaque, trouble des conduites, TOP, TDAH), et ne sont pas dues aux effets physiologique d'une substance, ou une affection médicale généralisée (TCC, Alzheimer);

(critère C dans le DSM-IV)

- Ajout du *Disruptive mood dysregulation disorder*, dépression majeure, trouble bipolaire.
- Retrait du TDAH, trouble des conduites, TOP.

Pour les enfants âgés entre **6 et 18 ans**, on ne peut pas retenir ce diagnostic si les comportements sont en lien avec un **trouble de l'adaptation**.

Légende :

Critères diagnostiques DSM-IV
Changements apportés DSM-5

TROUBLE EXPLOSIF INTERMITTENT



Autres précisions apportées par le DSM-5

Comorbidités possibles

- TDAH;
- Troubles des conduites;
- Trouble oppositionnel avec provocation;
- TSA;

S'ajoute lorsque **l'ampleur** des crises de colère/d'agressivité est **démessurée et excessive** par rapport à ce que l'on peut retrouver dans ces diagnostics et que cela nécessite en soi une **attention clinique**.

Facteur de risque

- Individus ayant subi des **traumatismes physique et émotionnels** durant les **2 premières décennies** de leur vie sont davantage à risque.

Période d'échanges



SYNTHÈSE & MOT DE LA FIN



MERCI!

RÉFÉRENCES



- Axelson, D. *et al.* (2012) Examining the Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder Diagnosis in Children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms Study. *Journal of Clinical Psychology*, 73 (10), p. 1342-1350.
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, T., Loucas, T., Baird, G. (2011) IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine*, 41 (3), p. 619-627.
- Flanagan, J.E., Landa, R., Bhat, A. & Bauman, M. (2012). Head Lag in Infants at Risk for Autism: A Preliminary Study, *The American Journal of Occupational Therapy*, 66 (5), p. 577-585.
- Fombonne, E., Quirke, S. & Hagen, A. (2009) Prevalence and interpretation of recent trends in rates of pervasive developmental disorders. *McGill Journal of Medicine*, 12 (2), p. 73.

RÉFÉRENCES



- Frazieer, T.M., Youngstrom, E.A., Speer, L., Embacjer, R., Law, P., Constantino, J., Finding, R.,L., Hardan, A.Y., Eng, C. (2012) Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, p. 28-40.
- Freeman, R.D., Soltanifar, A., & Baer, S. (2010). Stereotypic movement disorder: easily missed, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52, p. 733-738.
- Ghaziuddin, M. (2010) Brief report: Should the DSM V Drop Asperger Syndrome? *Journal of Autism Developmental Disorders*, 40, p. 1146-1148.
- Gibbs, V., Aldridge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E., Smith, K. (2012) Brief report: an exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 42, p. 1750-1756.

RÉFÉRENCES



- Gotham, K., Risi, S., Pickles, A., Lord, C. (2007) The Autism Diagnostic Observation Schedule: Revised Algorithms for Improved Diagnostic Validity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (4), p. 613-627.
- Hudry, K., Leadbitter, K., Temple, K., Slonims, V., McConachie, H., Aldred, C., Howlin, P., Charman, T. (2011) Preschoolers with autism show greater impairment in receptive compared with expressive language abilities. *International Journal of Language and Communication*, 45 (6), p. 681-890.
- Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., Hus, V., Lord, C. (2012) Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 169, p. 1056-1064.
- Jasmin, E., Couture, M., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E., Gisel, E. (2009). Sensori-motor and Daily Living Skills of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, p. 231-241.

RÉFÉRENCES



- Kanne, S.M., Gerber, A.J., Quirnbach, L.M., Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., Saulnier, C.A. (2011) The role of adaptive behaviour in autism spectrum disorders: Implications for functional outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41 (8), p. 1007-1018.
- Leigh, E., Smith, P., Gordana, M., Stringaris, A. (2012) Mood Regulation in Youth: Research findings and Clinical Approaches to irritability and short-lived Episodes of Mania Like Symptoms. *Current Opinion in Psychiatry*, 25 (4), p. 271-276.
- Lord, C. Petkova, E., Hus, V., Gan, W., Lu, F. (2011) A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*.
- Lugnégard, T., Unenge Hallerback, M., Gillberg, C. (2011) Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (5), p. 1910-1917.

RÉFÉRENCES



- Mahjouri, D., Lord, E. C. (2012) What the DSM-5 Portends for Research, Diagnosis, and Treatment of Autism Spectrum Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14, p. 739–747.
- Mandy, W.P. L., Charman, T., Skuse, D.H. (2012) Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, p. 41-50.
- Matson, J. L., Belva, B. C., Horovitz, M., Kozlowski, A. M., Bamburg, J. W. (2012) Comparing Symptoms of Autism Spectrum Disorders in a Developmentally Disabled Adult Population Using the Current DSM-IV-TR Diagnostic Criteria and the Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24, p. 403–414.
- Mattila, M.L. Kielinen, M., Linna, S.L. Jussila, K., Ebeling, H., Bloigu, R., Joseph, R.M., Moilanen, I. (2011) Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, p. 583-592.

RÉFÉRENCES



- McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2012) Sensitivity and Specificity of Proposed *DSM-5* Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, p. 368-383.
- Provost, B., Lopez, B.R., Heimerl, S. (2007). A Comparison of Motor Delays in Young Children: Autism Spectrum Disorder, Developmental Delay, and Developmental Concerns, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, p. 321-328.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., Baird, G. (2008) Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (8), p. 921-929.
- Stein, D.J., Grant, J.E., Franklin, M.E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H.S., & Woods, D.W., (2010). Trichotillomania (Hair Pulling Disorder), Skin Picking Disorder, and Stereotypic Movement Disorder: Toward DSM-V, *Depression and Anxiety*, 27, p.611 à 626.

RÉFÉRENCES



- Stringaris, A. (2011) Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20, p. 61-66.
- Taheri, A., Perry, A., (2012) Exploring the Proposed DSM-5 Criteria in a Clinical Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, p. 1810–1817.
- Turygin, N., Matson, L. M., Beighley, J., & Adams, H. (2013) The effect of *DSM-5* criteria on the developmental quotient in toddlers diagnosed with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 16, p. 38-43.
- Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011) Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV?. *Research in Developmental Disabilities*, 32, p. 768–773.

RÉFÉRENCES



- D'autres références à venir...