
**K-SADS-PL DSM-5 (2016) :
ENTRETIENS DE DÉPISTAGE et SUPPLEMENTS**

Coordination par :**THÜMMLER Susanne**^{1,2}, MD/PhD, **ASKENAZY Florence**^{1,2}, MD/PhD¹ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval, 57 Avenue de la Californie, 06200 Nice, France² Université Côte d'Azur, CoBTek, FranceContact : thummler.s@pediatrie-chulenal-nice.fr; askenazy.f@pediatrie-chulenal-nice.fr**Avec la participation de :**

- Autorisation par Joan Kaufman, auteur correspondant K-SADS-PL 2016, Center for Child and Family Traumatic Stress, Kennedy Krieger Institute, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, USA
 - Texte en italique : Traduction par GlobalLink Translations Ltd, www.globalinktranslation.com/
 - Pour le texte restant : Traduction officielle par Anne Pietrasik, Traductrice Interprète Médicale Français/Anglais, Riec Sur Belon, France
 - Puis deux relectures et adaptation par des experts de Psychiatrie de L'Enfant et de l'Adolescent :

 - **BATTISTA Michèle**, MD ; Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval, Nice, France
 - **BAUBET Thierry**, MD/PhD ; AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Bobigny ; EA 4403, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité ; CESP, INSERM U1178, France
 - **DELORME Richard**, MD/PhD ; Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris ; Human Genetics and Cognitive Functions, Institut Pasteur, Paris, France
 - **FOURNERET Pierre**, MD/PhD ; Psychopathologie du Développement, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron ; Institut des Sciences Cognitives - Marc Jeannerod, UMR 5304 CNRS-Université Claude Bernard Lyon 1, France
 - **GINDT Morgane**, PsyD/PhD ; Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval ; CoBTek, EA7276, Université Côte d'Azur, Nice, France
 - **GODART Nathalie**, MD/PhD ; UFR des Sciences de la Santé Simone Veil, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines ; Fondation Santé des Etudiants de France, Paris, France
 - **GUENOLE Fabian**, MD/PhD ; Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Caen ; Neuropsychologie et Imagerie de la Mémoire Humaine, UMR-S 1077 INSERM-EPHE-Université Caen Normandie, France
 - **LAURENT-LEVINSON Claudine**, MD/PhD ; Centre de Référence des Maladies Rares à expression psychiatrique, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; Sorbonne Université, Faculté de Médecine, Groupe de Recherche Clinique n°15 (PSYDEV), Paris, France
 - **MARIA Fanny**, PsyD ; Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval, Nice, France
 - **PURPER-OUAKIL Diane**, MD/PhD ; Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent (MPEA), CHU Montpellier, Hôpital Saint Eloi, Montpellier, France
 - **RAYNAUD Jean-Philippe**, MD ; Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Toulouse, Hôpital Purpan, Toulouse ; UMR 1027 INSERM-Université Paul-Sabatier, Toulouse, France
 - **SERRET Sylvie**, MD ; Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Ressources Autisme, Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval, Nice ; CoBTek, EA7276, Université Côte d'Azur, Nice, France
 - **SOUBELET Andrea**, PsyD/PhD ; CoBTek, EA7276, Université Côte d'Azur, Nice, France ; Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval
 - **SPERANZA Mario**, MD/PhD ; Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier de Versailles, Versailles ; HANDIReSP, EA4047, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, France
-

**K-SADS-PL DSM-5 (2016) :
ENTRETIENS DE DÉPISTAGE et SUPPLEMENTS**

Citation de la version française de la K-SADS-PL DSM-5 :

Thümmler S and Askenazy F (2018) K-SADS-PL DSM-5 French version Mai 2018 (of K-SADS-PL DSM-5 November 2016, Kaufmann J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent D, Ryan N). Retrieved from <http://sfpeada.fr/>

La traduction a été financièrement soutenue par la Fondation de France.

Abréviations :

P	P arent
E	E nfant
T	T otal / Récapitulatif
EA	E pisode A ctuel
EPG	E pisode P assé le plus G rave
Récap.	Récapitulatif

K-SADS-PL DSM-5 2016

Entretiens de Dépistage

2018 (Version française)

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Dépression	1
Suicide	4
Manie	6
Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle	10
Psychose	11
Trouble panique	13
Agoraphobie	14
Anxiété de séparation	15
Anxiété sociale / mutisme sélectif	17
Phobies spécifiques	18
Anxiété généralisée	19
Troubles obsessionnels-compulsifs	20
Énurésie	22
Encoprésie	24
Troubles des conduites alimentaires	26
Déficit de l'attention / hyperactivité	29
Trouble oppositionnel avec provocation	32
Trouble des conduites	34
Tics	37
Troubles du spectre de l'autisme	38
Troubles liés au tabac	42
Troubles liés à l'alcool	43
Troubles liés à une substance et troubles addictifs	45
Trouble de stress post-traumatique	48
Remplissage des « Suppléments » -- Liste de contrôle	54

1. Humeur dépressive

DSM-5 - RD N° 6 : A eu le « blues », le « cafard », s'est senti(e) déprimé(e).

Cotation parent : _____

Cotation enfant : _____

- T'es-tu déjà senti triste, déprimé, abattu ou vide ?
- Avais-tu envie de pleurer ?
- Quand était-ce ?
- Te sens-tu _____ maintenant ?
- Y a-t-il eu d'autres moments où tu te sentais _____ ?
- Éprouvais-tu d'autres sentiments négatifs ?
- Avais-tu tout le temps un sentiment négatif dont tu n'arrivais pas à te débarrasser ?
- Pleurais-tu ou avais-tu les larmes aux yeux ?
- Te sentais-tu _____ tout le temps ou par moments ?

(Pourcentage du temps d'éveil : somme des pourcentages de toutes les catégories d'émotions si elles ne sont pas survenues simultanément)

(L'évaluation des variations diurnes peut secondairement clarifier la durée quotidienne de l'humeur dépressive)

- Cette sensation négative se manifestait-elle de temps à autre ?
- À quelle fréquence ? Chaque jour ?
- Combien de temps durait-elle ?
- Qu'est-ce qui selon toi la provoquait ?
- Les autres pouvaient-ils se rendre compte que tu étais triste ?

REMARQUE : IL ARRIVE PARFOIS QUE L'ENFANT DONNE UNE RÉPONSE NÉGATIVE EN DÉBUT D'ENTRETIEN MAIS QU'IL DEVIENNE MANIFESTEMENT PLUS TRISTE AU FUR ET À MESURE DE L'ENTRETIEN. LES QUESTIONS DOIVENT ALORS ÊTRE RÉPÉTÉES EN PRENANT L'HUMEUR DU MOMENT COMME EXEMPLE POUR DÉTERMINER SA FRÉQUENCE. DE MÊME, SI LA MÈRE DÉCLARE QUE SON ENFANT EST TRISTE LA PLUPART DU TEMPS ET QUE L'ENFANT LE RÉFUTE, IL DOIT ALORS ÊTRE CONFRONTÉ À L'OPINION DE LA MÈRE. LUI DEMANDER ENSUITE POURQUOI IL PENSE QUE SA MÈRE LE TROUVE SI SOUVENT TRISTE.

REMARQUE : LORSQU'UN ENFANT OU UN PARENT SIGNALE DE FRÉQUENTES PÉRIODES COURTES DE TRISTESSE DANS LA JOURNÉE, IL EST VRAISEMBLABLE QUE L'ENFANT EST TOUJOURS TRISTE ET QU'IL NE SIGNALE QUE LES EXACERBATIONS ; DANS CE CAS, L'HUMEUR DÉPRESSIVE SERA COTÉE 3.

IL EST DONC ESSENTIEL DE TOUJOURS DEMANDER CE QUI SE PASSE LE RESTANT DU TEMPS :

- « En dehors des moments où tu te sentais _____, te sentais-tu heureux ou étais-tu plus triste que tes amis ? »

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>	
()	()	()	0 - Pas d'information.
()	()	()	1 - Absent. Pas du tout ou moins d'une fois par semaine.
()	()	()	2 - Subclinique : Humeur dépressive pendant une grande partie de la journée, au moins 2 à 3 jours/semaine,
()	()	()	3 - Clinique : Humeur dépressive pendant presque toute la journée (au moins 50 % du temps d'éveil), de 4 à 7 jours/semaine

PASSÉ :

P	E	T

Durée de l'humeur dépressive (épisode passé le plus grave) : _____

Durée de l'humeur dépressive (état actuel) : _____

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

2. Irritabilité et Colère**DSM-5 - RD N° 7 :****S'est senti irritable que d'habitude:**

Cotation parent : _____

Cotation enfant : _____

- *T'est-il arrivé de te sentir contrarié, irrité ou de mauvaise humeur à propos de petites choses ?*
- *T'est-il arrivé de vraiment te mettre en colère ?*
- *Quand était-ce ?*
- *Te sens-tu comme cela actuellement ?*
- *Y a-t-il eu d'autres fois où tu t'es senti _____ ?*
- *Quel genre de choses te _____ ?*
- *Te sentais-tu aussi fâché ou en colère (même si tu ne le montrais pas) ?*
- *À quel point étais-tu fâché ?*
- *Plus qu'auparavant ?*
- *Quel genre de choses te fâchaient-elles ?*
- *Te sentais-tu parfois fâché et/ou irritable et/ou de mauvaise humeur sans savoir pourquoi ?*
- *Cela arrivait-il souvent ?*
- *Te mettais-tu en colère ?*
- *Avec ta famille ? Tes amis ?*
- *Qui d'autre ? À l'école ?*
- *Que faisais-tu alors ?*
- *Quelqu'un a-t-il dit quelque chose à ce propos ?*
- *Combien de temps sentais-tu fâché, irritable ou de mauvaise humeur ?*
- *Tout le temps ? Souvent ? Seulement de temps en temps ? Jamais ?*
- *Quand tu te mettais en colère, à quoi pensais-tu ?*
- *Songeais-tu à tuer des gens ou à te faire du mal ?*
- *Ou songeais-tu à les blesser ou à les torturer ?*
- *Qui était concerné ?*
- *Avais-tu un plan ? Lequel ?*

P
() () ()**E**
() () ()**I**
() () ()

() () ()

0 - Pas d'information.

1 - Absent. Pas du tout ou moins d'une fois par semaine.

2 - Subclinique : Se montre beaucoup plus en colère ou irritable que la situation ne le demande pendant une grande partie de la journée, au moins 2 à 3 fois/semaine.

3 - Clinique : Se sent irritable ou en colère pendant la plus grande partie de la journée (au moins 50 % du temps d'éveil), très souvent (4 à 7 jours/semaine).

PASSÉ :

P E T

Durée de l'humeur irritable (état actuel) :

Durée de l'humeur irritable
(épisode passé le plus grave) :

REMARQUE : L'IRRITABILITÉ PEUT ÊTRE DUE À D'AUTRES TROUBLES COMME, PAR EXEMPLE, UN TROUBLE BIPOLAIRE, UN TDAH, UN TOP, UN TROUBLE DES CONDUITES, UN ABUS DE SUBSTANCE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

3. Anhédonie, manque d'intérêt, apathie, manque de motivation ou ennui.**DSM-5 - RD N° 5 :****S'amuse moins lorsqu'il fait des choses :**

Cotation parent : _____

Cotation enfant : _____

P E I

() () ()

() () ()

() () ()

0 - Pas d'information.

1 - Absent.

2 - Subclinique : Plusieurs activités beaucoup moins intéressantes ou plaisantes. Ou ennui ou apathie pendant les activités au moins trois fois par semaine.

3 - Clinique : Majorité des activités beaucoup moins intéressantes ou plaisantes. Ou ennui ou apathie pendant les activités tous les jours ou presque, au moins la moitié du temps.

Le mot « **ennui** » est compris par tous les enfants. Il renvoie souvent à une perte de la capacité à s'amuser (anhédonie), à un manque d'intérêt, ou aux deux. La perte du plaisir et le manque d'intérêt ne s'excluent pas mutuellement et peuvent coexister.

- *Quel genre de choses fais-tu pour t'amuser ?*
- *Quel genre de choses te fait plaisir ?*

Obtenir des exemples : Nintendo, le sport, les amis, les jeux favoris, des matières scolaires, des sorties, des activités en famille, les programmes de télévision favoris, les jeux d'ordinateur ou les jeux vidéo, la musique, danser, jouer seul, lire, sortir, etc.

- *T'est-il arrivé de t'ennuyer beaucoup ? Quand ?*
- *T'ennuies-tu beaucoup actuellement ?*
- *Y a-t-il eu d'autres moments où tu t'ennuyais beaucoup ?*
- *Avais-tu un sentiment d'ennui en songeant aux choses qui t'amusaient d'habitude ? (Donner les exemples mentionnés plus haut).*
- *Cela te bloquait-il pour faire ces choses ?*
- *Ressentais-tu (aussi) de l'ennui pendant que tu faisais les choses que tu appréciais d'habitude ?*

PASSÉ :

P

E

T

Durée de l'anhédonie (état actuel)

Durée de l'anhédonie (passé)

L'anhédonie est une perte partielle ou complète (envahissante) de la capacité à prendre du plaisir, à s'amuser, à apprécier des activités attractives pour l'enfant comme celles énumérées ci-dessus. Ce terme renvoie aussi aux plaisirs fondamentaux, comme celui de manger une nourriture favorite ou, pour les adolescents, aux plaisirs sexuels.

- *Avais-tu hâte de faire les choses qui te font habituellement plaisir ? (Donner des exemples.)*
- *As-tu essayé de t'y mettre ?*
- *Devais-tu te forcer pour faire tes activités favorites ? T'intéressaient-elles ?*
- *Te sentais-tu emballé ou enthousiaste à l'idée de les faire ? Sinon pourquoi ?*
- *Avais-tu le même plaisir à les faire qu'avant de commencer à te sentir (triste, etc.) ?*
- *Si tu avais moins de plaisir, était-ce un peu moins ? Beaucoup moins ? Pas du tout de plaisir ?*
- *Avais-tu autant de plaisir que tes amis ?*
- *Combien de choses sont-elles moins amusantes maintenant qu'elles ne l'étaient auparavant ? (Utiliser des exemples concrets fournis plus tôt par l'enfant.)*
- *Combien de choses étaient aussi amusantes ? Plus amusantes ?*
- *Faisais-tu _____ moins qu'auparavant ?*
- *À quel point était-ce moins ?*

Chez les adolescents (si actifs sexuellement) :

- *Apprécies-tu autant le sexe que d'habitude ?*
- *Es-tu moins actif sexuellement que tu ne l'étais habituellement ?*

Cet item ne concerne pas l'incapacité à s'engager dans une activité (perte de la capacité à se concentrer sur la lecture, les jeux, la télévision ou les sujets scolaires).

Deux comparaisons doivent être effectuées à chaque évaluation :

Comparer la prise de plaisir du sujet à celle de ses pairs et/ou à celle d'un enfant non dépressif. Cette dernière comparaison est impossible en cas d'épisodes de longue durée car, normalement, les préférences des enfants changent avec l'âge. La sévérité est déterminée par le nombre d'activités que l'enfant apprécie moins et par l'intensité de sa perte de la capacité à s'amuser.

Ne pas confondre avec un manque de possibilité de se livrer à certaines activités, peut être dû à des restrictions parentales excessives.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

4a. Pensées de mort récurrentes

Parfois les enfants qui sont perturbés ou se sentent mal voudraient être morts ou ont le sentiment qu'ils seraient mieux morts.

- As-tu déjà eu ce type de pensées ?
- Quand ?
- Te sens-tu comme cela actuellement ?
- As-tu déjà ressenti cela à un autre moment

- | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|----------|----------|----------|--|
| () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| () | () | () | 1 - Absent. |
| () | () | () | 2 - Subclinique : Idées de mort peu fréquentes (c.-à-d. moins d'une fois par mois, vagues, non spécifiques). |
| () | () | () | 3 - Clinique : Idées récurrentes de mort, « Il vaudrait mieux que je sois mort », ou « j'aimerais être mort ». |

PASSÉ :

P	E	T

4b. Idées suicidaires :**DSM-5 RD N° 24 : Pensées relatives au suicide**

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

Parfois des enfants qui sont perturbés ou qui se sentent mal pensent à mourir ou même à se tuer.

- As-tu déjà eu ce type de pensées ?
- Comment le ferais-tu ?
- Avais-tu un plan ?

- | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|----------|----------|----------|---|
| () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| () | () | () | 1 - Pas du tout |
| () | () | () | 2 - Subclinique : idées rares ou vagues de suicide (c.-à-d. moins d'une fois par mois). |
| () | () | () | 3 - Clinique : idées de suicide récurrentes |

PASSÉ :

P	E	T

4c. Actes suicidaires — intentionnels**DSM-5 RD N° 25 : A déjà essayé de se tuer**

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

- As-tu réellement essayé de te tuer ? Quand cela ?
- Qu'as-tu fait ?
- Quelque chose d'autre ?
- Voulais-tu vraiment mourir ?
- Dans quelle mesure as-tu été sur le point de le faire ?
- Quelqu'un était-il dans la pièce ? Dans l'appartement ?
- Avais-tu prévenu quelqu'un à l'avance ?
- Comment t'a-t-on trouvé ?
- Voulais-tu vraiment mourir ?
- As-tu demandé de l'aide après l'avoir fait ?

- | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|----------|----------|----------|--|
| () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| () | () | () | 1 - Pas de tentative. |
| () | () | () | 2 - Subclinique : préparatifs sans intention de mourir (par exemple : flacon de comprimés à la main) ou tentative prévue mais sans suite ni mise en œuvre d'un comportement autodestructeur. |
| () | () | () | 3 - Clinique : comportement autodestructeur avec intention suicidaire QUELQU'EN SOIT LE DEGRE (si le sujet manifeste même 1 % d'intention de mourir, coter comme « clinique » ci-dessous) |

PASSÉ :

P	E	T

REMARQUE : COTER LES COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS SANS INTENTION DE MOURIR COMME COMPORTEMENTS AUTOMUTILATOIRES NON SUICIDAIRES, PAS COMME COMPORTEMENTS SUICIDAIRES.

A déjà essayé de se suicider : Oui Non

Nombre total de tentatives au cours de l'existence

répondant aux critères cliniques (3) : _____

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

4d. Actes suicidaires – Létalité médicale

Réel danger médical de mort ou de pathologie somatique suite au geste suicidaire le plus grave. Tenir compte de la méthode employée, de l'altération de la conscience au moment du sauvetage, de la gravité des lésions physiques, de la toxicité de matières ingérées, de la réversibilité, du temps avant guérison complète et de la quantité de soins médicaux nécessaires.

- À quel point t'es-tu rapproché de la mort après ta tentative de suicide la plus grave ?
- Qu'as-tu fait quand tu as essayé de te tuer ?
- Que t'est-il arrivé après que tu aies essayé de te tuer ?

REMARQUE : COTER LES COMPORTEMENTS AUTOAGRESSIFS SANS INTENTION DE MOURIR COMME COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS NON SUICIDAIRES, PAS COMME COMPORTEMENTS SUICIDAIRES.

4e. Comportement autodestructeur, non suicidaire

Fait référence à des lésions infligées à la surface de son propre corps et entraînant saignements ou douleur dans un but sans rapport avec la culture sociale ET effectuées sans intention de se donner la mort, en ne s'attendant qu'à des conséquences physiques mineures ou modérées.

- As-tu déjà essayé de te blesser ?
- T'es-tu déjà brûlé avec des allumettes ou bougies ?
- Ou t'es-tu déjà griffé avec des aiguilles ou un canif ?
- Avec les ongles ?
- Ou as-tu mis des pièces de monnaie brûlantes sur ta peau ?
- Autre chose ?
- Pourquoi as-tu fait cela ? Combien de fois ?
- As-tu souvent des accidents ?
- De quelle sorte ?
- À quelle fréquence ?
- Certains enfants font ce genre de choses parce qu'ils veulent se tuer et d'autres les font parce qu'ils se sentent un peu mieux après. Pourquoi fais-tu ces choses ?

– **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A L'UNE DES COTATIONS « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA SECTION « ÉTAT ACTUEL » RELATIVE AUX TROUBLES DÉPRESSIFS/DYSTHYMIQUES DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES RELIÉS A LA DÉPRESSION ET A LA, BIPOLARITE.**

– **SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A L'UNE DES COTATIONS « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA SECTION (EPISODE PASSÉ) RELATIVE AUX TROUBLES DÉPRESSIFS/DYSTHYMIQUES DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES RELIÉS A LA DÉPRESSION ET A LA, BIPOLARITE, APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE.**

– **AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TROUBLE DÉPRESSIF/DYSTHYMIQUE**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES DÉPRESSIFS ACTUELS ET PASSÉS.

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()

()	()	()
-----	-----	-----

()	()	()
-----	-----	-----

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Pas de tentative ou de comportement sans intention de mourir (par ex., tenir le flacon de pilules à la main). Pas de lésion médicale.
- 2 - Subclinique : Coupures superficielles, égratignures au poignet, a pris un ou deux comprimés en plus.
- 3 - Clinique : Intervention médicale indiquée ou effectuée, ou coupures importantes avec saignement, ou a pris plus d'une ou deux pilules.

PASSÉ :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	E	T

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

()	()	()
-----	-----	-----

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Subclinique : Une fois. S'est comporté ainsi entre 1 et 4 fois. Ne s'est jamais sérieusement blessé.
- 3 - Clinique : A répétition. S'est comporté ainsi plus de cinq fois et/ou s'est comporté ainsi avec blessures et lésions consécutives sérieuses (brûlure laissant des cicatrices, coupure demandant des points de suture, par ex.)

PASSÉ :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	E	T

1. Surexcitation, exaltation ou humeur expansive

Exaltation et/ou attitude excessivement optimiste, disproportionnée par rapport aux circonstances, et au-delà de ce que l'on attend des enfants du même âge ou du même stade de développement.

A différencier de l'humeur normale chez un sujet en dépression chronique. Ne pas coter positivement en cas d'exaltation légère à modérée à l'occasion d'événements exceptionnels tels que Noël, anniversaire, sortie en parc d'attraction, où tous les enfants sont très stimulés et surexcités.

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI L'EXALTATION EST EXCLUSIVEMENT DUE À UNE DROGUE, UN MÉDICAMENT, OU TOUTE AUTRE PATHOLOGIE MÉDICALE OU PSYCHIATRIQUE.

- *T'est-il arrivé de te sentir super heureux ou le roi du monde ? Bien plus que ta sensation normale d'être heureux ?*
- *Est-ce que la sensation d'être super heureux est survenue comme ça, de nulle part ?*
- *Y a-t-il eu des moments où tu faisais l'idiot, bien plus que n'importe qui autour de toi ?*
- *Rigolais-tu de choses que tu ne trouverais pas drôles normalement ?*
- *Avais-tu l'impression de ne pas pouvoir t'arrêter de rire ?*
- *Avais-tu l'impression d'être soulé ou excité, même si tu n'avais pas pris d'alcool ou de drogues ?*
- *Les autres l'ont-ils remarqué ?*
- *Tes amis t'ont-ils déjà dit que tu étais beaucoup trop gai, que tu faisais trop l'idiot ou que tu étais trop excité ?*
- *Te sentais-tu super positif, comme si rien de mal ne pouvait arriver ?*
- *Avais-tu l'impression que tout était formidable et que tout allait se passer juste comme tu le voulais ?*
- *Te sentais-tu vraiment excité ou plein d'enthousiasme mais sans qu'il n'y ait de raison particulière pour ça ?*
- *Peux-tu me donner quelques exemples ?*
- *Combien de temps cette sensation durait-elle habituellement ?*
- *Cette sensation pouvait-elle apparaître et disparaître plusieurs fois dans la journée ?*
- *As-tu déjà eu des problèmes du fait d'être trop heureux ou excité ?*

- | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>T</u> | |
|----------|----------|----------|---|
| () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| () | () | () | 1 - Absent. |
| () | () | () | 2 - Vision très optimiste et excitée, disproportionnée par rapport aux circonstances (et ce que l'on attend d'un enfant de l'âge du sujet) Survient moins de 4 heures par jour et/ou pendant moins de 3 jours séparés. |
| () | () | () | 3 - Humeur et vision nettement disproportionnées par rapport aux circonstances. Remarqué par d'autres et perçu comme « bizarre » ou « exagéré ». Survient au moins 4 heures dans la journée pendant au moins deux jours consécutifs ou au moins 3 jours séparés en une semaine. |

PASSÉ : P E T

Demander au parent ou à la personne qui s'occupe habituellement de l'enfant : *Ceci allait-il bien au-delà de ce que vous pourriez voir chez ses amis ou chez d'autres enfants du même âge ou du même niveau de développement dans les mêmes circonstances ?*

2. Irritabilité ou colère explosive

DSM-5 RD N° 8 : S'est senti en colère ou a perdu son sang-froid :

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

- T'est-il arrivé de te sentir tellement irritable et en colère que tu as explosé ?
- Quand tu te sens vraiment en colère, jettes-tu ou casses-tu des choses ?
- Mets-tu ta chambre en pièces ?
- As-tu déjà fait un trou dans le mur avec ton poing quand tu étais en colère ?
- Quand tu t'es vraiment mis en colère, as-tu déjà menacé ou même blessé un parent ou un professeur ?
- L'as-tu fait avec d'autres enfants ou avec des animaux ?
- Que se passait-il au moment où cela est arrivé ?
- Qu'est-ce qui a déclenché cela chez toi ?
- Y a-t-il eu des moments où tu t'es senti très en colère sans savoir pourquoi ou à propos de petites choses qui ne te fâcheraient pas d'habitude ?

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

() () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Périodes certaines d'humeur excessivement irritable ou colérique. La colère et l'irritabilité sont disproportionnées par rapport à la situation. Elles surviennent pendant la plus grande partie de la journée ou très intensément pendant un bref moment (mois d'une heure).
 3 - Clinique : Episodes d'irritabilité ou de colère explosives, très disproportionnés par rapport à l'élément stressant ou au stimulus – comportement agressif associé (menaces, destructions de biens ou agression physique). Survient pendant au moins deux jours consécutifs ou au moins trois jours séparés en une semaine.

REMARQUE : Pour cet item, ne tenir compte que de l'irritabilité ou des colères qui surviennent en crises marquées et représentent un changement par rapport à l'habitude. Ne pas coter l'irritabilité chronique qui dure depuis un an ou plus, à moins que l'intensité n'ait varié de façon marquée pendant une période de temps donnée.

PASSÉ :

P	E	T

3. Augmentation de l'activité ou de l'énergie

DSM-5 RD N° 9 : Débute/commence de nombreux projets

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

- T'est-il arrivé d'avoir beaucoup plus d'énergie que d'habitude, tellement d'énergie que cela semblait trop ?
- Y avait-il un changement dans la quantité de choses que tu faisais ?
- Cela donnait-il l'impression que tu faisais trop de choses ou que tu étais vraiment très hyperactif ?
- Combien de temps a duré cette sensation ?
- Les gens l'ont-ils remarqué ?
- Est-ce que c'était différent des autres personnes autour de toi ?
- Est-ce que quelque chose pouvait avoir causé cette sensation ?
- Quelque chose d'autre était-il différent chez toi pendant cette période de grande énergie – ton débit de parole, ta vitesse de pensée, autre chose ?

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

() () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Brefs moments d'énergie accrue, ou de légère augmentation par rapport à l'habitude sans doute due à un stimulus environnemental ; de signification clinique douteuse.
 3 - Clinique : Episodes certains d'énergie/activité accrue, bien au-delà de l'habitude ou bien au-delà de ce qui est attendu d'un enfant du même âge ou d'un pair dans la même situation.

PASSÉ :

P	E	T

REMARQUE : SI L'ENFANT SOUFFRE DE TDA/H OU QU'IL EST HABITUELLEMENT TRÈS ACTIF ET PLEIN D'ÉNERGIE, NE COTER CET ITEM COMME POSITIF QUE S'IL S'AGIT D'UNE PÉRIODE BIEN DÉFINIE D'AUGMENTATION CONSÉQUENTE DE L'ÉNERGIE.

REMARQUE : L'augmentation d'énergie ne doit être cotée comme symptôme de manie ou d'hypomanie que si elle s'accompagne d'une humeur anormale (c.-à-d. exaltation ou irritabilité). Si vous n'êtes pas sûr que le symptôme soit associé à une humeur anormale, il doit être coté « subclinique ».

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

4. Réduction du besoin de sommeil

DSM-5 RD N° 3 : Difficulté à s'endormir, à rester endormi ou se réveiller tôt:

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

DSM-5 RD N° 10 : Dort moins que d'habitude, mais reste plein d'énergie :

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

Dort moins que d'habitude mais se sent quand même reposé (moyenne sur plusieurs jours de moindre besoin de sommeil).

- *As-tu déjà eu besoin de moins de sommeil que d'habitude pour te sentir reposé ?*
- *De combien d'heures de sommeil as-tu besoin habituellement ?*
- *Combien d'heures dormais-tu ?*
- *Restais-tu debout parce que tu te sentais spécialement en forme et plein d'énergie ?*
- *Étais-tu avec des amis ou seul ?*
- *Avais-tu pris une drogue ?*
- *Restais-tu éveillé, occupé à faire des choses ?*
- *À quelle heure te réveillais-tu ?*
- *Étais-tu fatigué le lendemain ou étais-tu plein d'énergie et ne semblais-tu pas avoir besoin de sommeil ?*

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Au moins une heure et demie de moins que d'habitude sans se sentir fatigué pendant au moins deux jours consécutifs ou au moins trois jours séparés.
 3 - Au moins trois heures de moins que d'habitude parce qu'il ou elle se sentait plein d'énergie, speedé et ne ressentait pas de fatigue. Survient pendant au moins deux jours consécutifs ou au moins trois jours séparés en une semaine.

PASSÉ :

P **E** **T**

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI LA DIMINUTION DU BESOIN DE SOMMEIL EST DÉCLENCHÉE PAR UN ÉVÉNEMENT MONDAIN, UN DEVOIR SCOLAIRE OU LA PRISE D'UNE DROGUE, OU ENCORE S'IL NE FAIT QUE REFLÉTER LES HORAIRES DE SOMMEIL IRRÉGULIERS CARACTÉRISTIQUES DE L'ADOLESCENCE.

5. Hypersexualité

(Implication excessive dans des activités de plaisir à risque élevé)

REMARQUE : EN L'ABSENCE D'ABUS SEXUEL OU D'EXPOSITION À DES COMPORTEMENTS OU MÉDIAS SEXUELS NON CONVENABLES, L'HYPERSEXUALITÉ EST UN SYMPTÔME ASSEZ SPÉCIFIQUE DES MANIES ET HYPOMANIES.

ELLE NE CONSTITUE PAS UN CRITÈRE DIAGNOSTIC SÉPARÉ DU DSM- 5, MAIS LORSQU'ELLE EST PRÉSENTE, ELLE PEUT SATISFAIRE À LA FOIS LE CRITÈRE D'ACTIVITÉ ACCRUE DANS UN BUT PRÉCIS ET LE CRITÈRE B DU COMPORTEMENT DE RECHERCHE DE PLAISIR A RISQUE.

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Incidents isolés et brefs de comportement sexuel légèrement inapproprié, d'importance clinique douteuse.
 3 - Clinique : Episodes certains de comportement sexuel nettement inapproprié.

PASSÉ :

P **E** **T**

Pour les enfants plus jeunes, demander au parent ou à la personne qui s'occupe habituellement de l'enfant :

- *Y a-t-il eu des moments où votre enfant était exagérément focalisé sur le sexe, la nudité, ses parties intimes ou sur le fait de toucher les parties intimes des autres ? »*
- *Est-ce que votre enfant a présenté une augmentation des attouchements de ses parties intimes en public ou s'est-il habillé de façon inappropriée ou sexuellement suggestive ? »*
- *Votre enfant aurait-il eu tendance à vous embrasser ou à vous toucher de manière sexuelle ou à se montrer trop affectueux par rapport à sa façon habituelle de vous montrer son affection ? »*
- *« Quelle était son humeur pendant ces périodes ? »*
- *« Quelque chose s'était-il passé qui puisse expliquer ces changements ? »*

Pour les adolescents :

- *Y a-t-il eu des moments où tu as éprouvé soudainement beaucoup plus d'intérêt pour le sexe que d'habitude ou bien où tu as senti une pulsion sexuelle très augmentée ?*
- *T'es-tu comporté de manière différente quand c'est arrivé (t'habiller de manière provocante, parler beaucoup de sexe ou proposer à des gens d'avoir des relations intimes ou de faire l'amour avec toi) ?*
- *Y a-t-il eu des moments où tu te sentais poussé à avoir plus de relations sexuelles que d'habitude ou avec beaucoup de partenaires différents ?*

REMARQUE : SI CONFIRMÉ COMME POSITIF, IL CONVIENT D'EXCLURE L'ABUS SEXUEL OU L'EXPOSITION INAPPROPRIÉE À DES COMPORTEMENTS ET DU MATÉRIEL SEXUELS

- **SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS DE L'ÉPISODE ACTUEL, REMPLIR LA SECTION « ÉTAT ACTUEL » SUR LA MANIE/HYPOMANIE DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES RELIES A LA DÉPRESSION ET A LA BIPOLARITE.**
- **SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA SECTION « EPISODE PASSÉ » SUR LA MANIE/HYPOMANIE DU SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES RELIES A LA DÉPRESSION ET A LA BIPOLARITE.**
-
- **PAS D'ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE MANIE OU D'UNE HYPOMANIE**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS ÉPISODES ACTUELS OU PASSÉS DE MANIE OU D'HYPOMANIE

1. **Irritabilité:**

- *Te sens-tu souvent de mauvaise humeur, irritable ou en colère ?*
- *As-tu éprouvé ces sentiments au cours des semaines passées ?*
- *As-tu ressenti cela la plupart des journées de l'année écoulée ?*
- *(Si non) Quelle est la fréquence de ce sentiment ?*
- *Y a-t-il eu une période où tu n'as pas ressenti cela pendant au moins deux mois d'affilée ?*
- *Quand tu te sens de mauvaise humeur ou en colère, combien de temps au cours de la journée te sens-tu comme cela ?*
- *Ressens-tu cela à la maison, à l'école ou quand tu es avec d'autres enfants ?*
- *Les autres remarquent-ils ce que tu ressens ?*
- *Qu'est-ce que tes parents, tes professeurs ou tes camarades disent de ce que tu ressens ?*

P **E** **T**
() () ()
() () ()
() () ()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Subclinique : Humeur irritable présente pendant moins d'une demi-journée ou pendant moins de la majorité des jours au cours des douze derniers mois, ou pas assez sévère pour être remarqué par d'autres personnes.
- 3 - Clinique : Humeur irritable et/ou colère présente pendant au moins la moitié de la journée pendant la majorité des jours depuis les douze derniers mois. Assez sévère pour être remarqué par d'autres personnes (parents, professeurs, pairs).

REMARQUE : COTER DANS CETTE SECTION LA GRAVITÉ DES IRRITABILITÉS CHRONIQUES D'UNE DURÉE SUPÉRIEURE OU ÉGALE À UN AN.

PASSÉ :

P **E** **T**

2. **Crises de colère récurrentes**

- *T'arrive-t-il facilement ou fréquemment de devenir irritable, en colère, ou d'exploser ?*
- *Quand tu te sens très en colère, cries-tu ou hurles-tu ?*
- *Dis-tu beaucoup de gros mots, insultes-tu les gens ou les attaques-tu ?*
- *Jettes-tu ou détruis-tu des affaires ?*
- *As-tu déjà menacé de blesser ou effectivement blessé quelqu'un ?*
- *As-tu déjà donné un coup de poing, un coup de pied à quelqu'un ou battu quelqu'un ?*
- *Dans quelles circonstances cela est-il arrivé ?*
- *Qu'est-ce qui a déclenché cela chez toi ?*
- *T'es-tu senti si irritable et en colère pendant tellement longtemps que tu as explosé au moins 3 fois en une semaine au cours de l'année écoulée ou même avant cela ?*

P **E** **T**
() () ()
() () ()
() () ()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Subclinique : Les accès physiques ou oraux ne sont pas survenus au moins trois fois par semaine ou n'ont pas duré pendant au moins 12 mois
- 3 - Clinique : Le sujet a des crises de rage verbales et/ou un comportement agressif envers les gens ou les biens. Ces événements surviennent en moyenne au moins trois fois par semaine et ont été présents régulièrement pendant les douze derniers mois.

PASSÉ : **P** **E** **T**

- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA SECTION (ÉTAT ACTUEL) RELATIVE AU TROUBLE DISRUPTIF DE DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE DANS LE SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES RELIES A LA DÉPRESSION ET A LA BIPOLARITE.**

- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA SECTION RELATIVE AU TROUBLE DISRUPTIF DE DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE (EPISODE PASSÉ) DANS LE SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES RELIES A LA DÉPRESSION ET A LA BIPOLARITE.**

- **AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TROUBLE DISRUPTIF AVEC DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES DISRUPTIFS AVEC DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE.

1. **Hallucinations**

DSM-5 RD N° 14 : Entend des voix :

Cotation parent : _____ Cotation enfant : ____

DSM-5 RD N° 15 : A des visions

Cotation parent : _____ Cotation enfant : ____

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>T</u> | |
|--|----------|----------|----------|--|
| | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| | () | () | () | 1 - Absent. |
| | () | () | () | 2 - Subclinique :
Hallucinations
suspectées ou
vraisemblable. |
| | () | () | () | 3 - Clinique : Présence
certaine d'hallucination. |
- PASSÉ :

P	E	T
- Y a-t-il eu une période où ton esprit te jouait des tours ?
 - Parfois, des enfants peuvent entendre des voix, voir ou sentir des choses que les autres ne peuvent pas entendre, voir ou sentir.
 - Cela t'est-il déjà arrivé ? Raconte-moi.
 - T'est-il arrivé d'entendre des voix que les autres ne pouvaient pas entendre ?
 - Qu'entendais-tu ? Quel genre de choses as-tu entendues ?
 - As-tu déjà entendu de la musique que les autres n'entendaient pas ?
 - T'est-il arrivé de voir des choses comme des gens ou des personnages que les autres ne pouvaient pas voir ?
 - Si c'est le cas, peux-tu m'en dire plus ?
 - Qu'as-tu vu ? Est-ce que c'est arrivé souvent ? Quand cela s'est-il passé ?
 - Cela est-il uniquement arrivé la nuit quand tu essayais de dormir ou est-ce aussi arrivé durant la journée ?
 - T'est-il arrivé de sentir des odeurs que les autres ne pouvaient pas sentir ou de ressentir des choses qui n'existaient pas ?

REMARQUE : EN PRÉSENCE D'ÉVENTUELLES HALLUCINATIONS, AVANT DE COTER CET ITEM, ÉVALUEZ LA CONVICTION QU'A LE SUJET DE LA RÉALITÉ DE SES HALLUCINATIONS EN UTILISANT LES QUESTIONS CI-DESSOUS.

- Tu as pensé qu'il s'agissait de quoi ?
- As-tu pensé que c'était le fruit de ton imagination ou que c'était réel ?
- As-tu pensé que c'était réel quand tu as (entendu, vu, etc.) cela ?
- Qu'as-tu fait quand tu as (entendu, vu, etc.) cela ?
- Ces voix que tu entendais (ou d'autres hallucinations), arrivaient-elles quand tu étais éveillé ou endormi ? Cela pourrait-il avoir été un rêve ?
- Sont-elles arrivées quand tu étais en train de t'endormir ? De te réveiller ? Seulement quand il faisait sombre ? Sont-elles arrivées aussi à un autre moment ?
- Étais-tu malade, avec de la fièvre, quand c'est arrivé ?
- As-tu déjà bu de la bière, du vin, une liqueur ? Ou avais-tu pris une drogue quand c'est arrivé ?
- Était-ce comme une pensée ou plutôt comme une voix (un bruit) ou une vision ?

REMARQUE : AFIN DE FACILITER LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL, EN PRÉSENCE D'HALLUCINATIONS, ÉVALUEZ SOIGNEUSEMENT LA CHRONOLOGIE AFIN DE DÉTERMINER SI LES HALLUCINATION SONT EN LIEN OU NON AVEC DES TROUBLES DE L'HUMEUR.

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI LA PERSONNE A SEULEMENT ENTENDU QUELQU'UN L'APPELER PAR SON NOM UNE OU DEUX FOIS.

NE PAS COTER POSITIVEMENT LES ILLUSIONS. Les illusions sont de fausses perceptions stimulées par une perception réelle momentanément transformée. Souvent occasionnées par une mauvaise résolution perceptuelle (obscurité, lieu bruyant) ou un manque d'attention, elles sont immédiatement corrigées quand l'attention est refocalisée sur le stimulus sensoriel externe ou que la définition perceptuelle s'améliore.

REMARQUE : TENIR COMPTE DU MILIEU CULTUREL DU SUJET.

REMARQUE : IL EST IMPORTANT DE NOTER SI L'ENFANT AGIT SUR LA BASE /EN REPONSE DE/A SES HALLUCINATIONS.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

2. Idées délirantes

- As-tu déjà eu des idées que tu n'as racontées à personne parce que tu avais peur qu'on ne te comprenne pas ?
- Qu'étaient ces idées ?
- As-tu des pensées secrètes ? Parle-m'en.
- As-tu déjà cru à des choses auxquelles les autres ne croyaient pas ? Comme quoi, par exemple ?

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>T</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Subclinique : Idées délirantes suspectées ou vraisemblables
- 3 - Clinique : Idées délirantes certaines

Explorez chacune des idées délirantes suivantes :

- T'est-il arrivé d'avoir l'impression que quelqu'un était là pour te faire du mal ou que quelqu'un était en train de te suivre ou de t'espionner ?
- Qui ?
- Pourquoi ?
- Quelqu'un contrôle-t-il ton esprit ou ton corps (comme si tu étais un robot) ?
- As-tu déjà pensé que tu étais une personne importante ou extraordinaire ?
- As-tu des pouvoirs spéciaux ?
- Quand tu es avec des gens que tu ne connais pas, penses-tu qu'ils parlent de toi ?
- T'est-il arrivé de sentir que quelque chose était en train de se passer dans ton corps ?
- Comme croire qu'il était en train de pourrir de l'intérieur ou que quelque chose de très grave se produisait ?
- As-tu déjà eu la conviction que la fin du monde était proche ?
- À quelle fréquence as-tu pensé à _____ ?

PASSÉ :

P	E	T

NOTE : AFIN DE FACILITER LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL EN PRÉSENCE D'HALLUCINATIONS, ÉVALUEZ SOIGNEUSEMENT LA CHRONOLOGIE AFIN DE DÉTERMINER SI LES SYMPTÔMES SONT EN LIEN OU NON AVEC DES TROUBLES DE L'HUMEUR.

— **SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A L'UN DES DEUX ITEMS PRÉCÉDENTS DE L'ÉPISODE ACTUEL, REMPLIR LA SECTION « EPISODE ACTUEL » DU SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES (LORSQUE VOUS AUREZ TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE.)**

— **SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À L'UN DES DEUX ITEMS PRÉCÉDENTS A L'ÉVALUATION D'UN ÉPISODE PASSÉ, REMPLIR LA SECTION « EPISODE PASSÉ » DU SUPPLÉMENT CONSACRÉ AUX TROUBLES DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE.**

— **PAS D'ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE PSYCHOSE**

NOTE : PRÉCISEZ LES DATES DES HALLUCINATIONS ET DES IDÉES DÉLIRANTES ACTUELLES ET PASSÉES POSSIBLES.

1. Attaque de panique

DSM-5 RD N° 11 : S'est senti nerveux, anxieux ou a eu peur :

Cotation parent : _____ Cotation enfant : ____

- *T'est-il arrivé de te sentir tout à coup, sans aucune raison, anxieux, nerveux ou effrayé ? Raconte-moi.*
- *La première fois que tu as fait une telle crise, qu'est-ce qui l'a provoquée à ton avis ?*
- *La sensation est-elle venue comme ça, de nulle part ? Peux-tu la décrire ?*
- *Combien de temps cela a-t-il duré ?*
- *Après la première fois, as-tu eu peur que cela se reproduise ?*

P E I

()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Subclinique : Attaques de panique imprévues occasionnelles, ou avec moins de quatre symptômes associés.
- 3 - Clinique : Attaques de panique imprévues récurrentes avec quatre symptômes associés ou plus.

() () ()

PASSÉ :

P	E	T

Si des symptômes précis ne sont pas cités spontanément lors de la description des attaques de panique, posez des questions sur les symptômes suivants :

Symptômes associés :

1. palpitations cardiaques ;
2. sueurs ;
3. tremblements ou secousses ;
4. sensations de manquer d'air ou de suffoquer ;
5. sensations d'étouffement ;
6. douleurs dans la poitrine,
7. nausées ou douleurs abdominales ;
8. vertiges ou étourdissements ;
9. sensations de chaleur ou frissons ;
10. engourdissement des mains ou des pieds ;
11. dépersonnalisation ou déréalisation ;
12. peur de perdre le contrôle ;
13. peur de mourir.

Note : Aucun critère clinique ne figure au DSM-5 concernant le nombre minimum de crises.

REMARQUE : NE PAS COTER SI LA CRISE DURE TOUTE LA JOURNÉE OU EST DIRECTEMENT DUE À UNE DROGUE OU UN MÉDICAMENT.

- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA CASE « ÉTAT ACTUEL » D'UN ITEM EXPLORANT LES ATTAQUES DE PANIQUE, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « TROUBLE PANIQUE » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES .**

- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À L'ÉVALUATION « PASSÉ » D'UN ITEM EXPLORANT LES ATTAQUES DE PANIQUE, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « TROUBLE PANIQUE » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**

- **PAS D'ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TROUBLE PANIQUE**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'UN ÉVENTUEL TROUBLE PANIQUE ACTUEL ET PASSÉ.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

1. Agoraphobie

Peur ou anxiété intenses dans au moins une situation parmi deux ou plus des cinq groupes suivants :

- 1) être hors de chez soi ou seul dans d'autres situations ;
- 2) faire la queue ou se trouver au milieu d'une foule ;
- 3) être dans un espace clos (p.ex. magasin, théâtre ou cinéma) ;
- 4) grands espaces (p. ex. parkings, marchés, ponts) ;
- 5) prendre les transports en commun.

- *T'est-il déjà arrivé de ne pas vouloir sortir de chez toi ?* () () ()
- *As-tu déjà eu très peur d'être dans un endroit bondé ou de sortir en public ?* () () ()
- *Cela te dérange-t-il de te retrouver dans une file d'attente ?* () () ()
- *As-tu déjà eu peur d'aller dans un centre commercial, au cinéma ou dans d'autres endroits ?* () () ()
- *Es-tu perturbé lorsque tu te trouve dans de grands espaces ?* () () ()
- *As-tu déjà évité les transports en commun (bus ou le métro) ?* () () ()
- *Cela a-t-il duré plusieurs mois ou davantage ?* () () ()

P () () ()
E () () ()
I () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Peur restreinte à une situation ou peur modérée ou transitoire, mais plus sévère que chez un autre enfant de son âge.
 3 - Clinique : Peur de deux situations ou plus, peurs qui persistent et sont nettement disproportionnées par rapport aux circonstances.

PASSÉ :

P	E	I

REMARQUE : NE COTER POSITIVEMENT QUE SI LE COMPORTEMENT EST SUPERIEUR A CELUI QUE L'ON ATTENDRAIT D'UN ENFANT DU MÊME ÂGE OU DU MÊME STADE DE DÉVELOPPEMENT.

Ne pas coter positivement si les problèmes sont exclusivement liés à d'autres troubles psychiatriques (psychose ou dépression, par exemple), à une anxiété de séparation, une anxiété sociale ou des problèmes médicaux.

2. Détresse / Évitement

- *À quel point étais-tu effrayé par _____ ?*
- *Cela te faisait-il mal au ventre ou perturbait-il ton rythme cardiaque ? Pendant combien de temps cela a-t-il duré ?*
- *Es-tu plus effrayé par _____ que tes amis ?*
- *Y a-t-il déjà eu une période où ta peur de _____ t'empêchait de faire quoi que ce soit ?*
- *Essayais-tu d'éviter _____ ?*
- *Y avait-il des moments où tu étais capable de _____ ?*
- *Si quelqu'un t'accompagnait, étais-tu capable de _____ ?*

P () () ()
E () () ()
I () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Associée à des symptômes transitoires de détresse modérée. Évitement minimal ou insignifiant.
 3 - Clinique : Stimuli ou situations craintes associées à des symptômes de détresse modérés à sévères. Évitement systématique des stimuli ou situations ; a besoin de soutien ou de la présence d'un compagnon.

PASSÉ :

P	E	I

– **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 FIGURE À LA CASE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA SECTION « AGORAPHOBIE ÉTAT ACTUEL » DU SUPPLÉMENT PORTANT SUR LES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**

– **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 FIGURE À LA CASE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « AGORAPHOBIE » « PASSÉ » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**

– **AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE AGORAPHOBIE.**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'UNE ÉVENTUELLE AGORAPHOBIE, ACTUELLE OU PASSÉE.

REMARQUE : N'OUBLIEZ PAS DE TENIR COMPTE DU STADE DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT. NE COTEZ POSITIVEMENT QUE SI LE SYMPTÔME VA AU-DELÀ DE CE QUE L'ON ATTENDRAIT D'UN ENFANT DU MÊME ÂGE OU DU MÊME STADE DE DÉVELOPPEMENT.

1. A peur qu'une catastrophe n'entraîne une séparation

Identité du sujet : _____ Date _____

P () () ()
E () () ()
I () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : S'inquiète à l'occasion. S'inquiète plus souvent et plus intensément qu'un autre enfant de son âge.
 3 - Clinique : S'inquiète souvent

- *As-tu déjà eu peur que quelque chose de grave t'arrive et t'empêche pour toujours de revoir tes parents ?*
- *Comme le fait de te perdre, d'être kidnappé, tué ou d'avoir un accident ?*
- *À quel point cela t'inquiète-t-il ?*

2. Peur qu'il arrive quelque chose à la principale figure d'attachement

- *As-tu déjà eu peur que quelque chose de grave arrive à tes parents ?*
- *Quoi, par exemple ?*
- *Avais-tu peur qu'il leur arrive un accident ou qu'ils soient tués ?*
- *Avais-tu peur qu'ils te quittent et ne reviennent pas ?*
- *À quel point cela t'inquiétait-il ?*

3. Refus ou réticence à aller à l'école

- *A-t-on déjà dû te forcer à aller à l'école ?*
- *Avais-tu peur d'aller à l'école ?*
- *Raconte-moi ce que tu ressentais.*
- *De quoi avais-tu peur ?*
- *Allais-tu à l'école ?*
- *As-tu beaucoup manqué l'école ou as-tu souvent quitté l'école avant l'heure ?*

REMARQUE : NE COMPTE QUE SI L'ÉVITEMENT DE L'ÉCOLE EST DESTINÉ À RESTER AVEC LA FIGURE D'ATTACHEMENT

4. Peur de dormir ailleurs qu'à la maison ou de dormir tout seul

- *T'est-il arrivé après l'âge de 4 ans d'avoir peur de dormir seul ?*
- *Avais-tu peur lorsque tu devais dormir hors de chez toi sans tes parents ?*
- *T'arrive-t-il de rejoindre tes parents dans leur lit au milieu de la nuit ? Ou as-tu besoin que tes parents viennent dormir dans ta chambre ?*
- *Évites-tu les soirées pyjamas ?*

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Peur occasionnelle. Peur de dormir en dehors de chez lui ou tout seul plus intense et plus fréquente que chez les autres enfants de son âge.
 3 - Clinique : Peur fréquente, quelques évitement à dormir seul ou hors de chez lui. Refus persistant de dormir sans être près d'une figure principale d'attachement ou de dormir ailleurs qu'à la maison.

PASSÉ :

P	E	T

5. Peur de rester seul à la maison

- *T'est-il arrivé après l'âge de 4 ans de suivre ta mère partout où elle allait ?*
- *Étais-tu perturbé lorsqu'elle n'était pas dans la même pièce que toi ?*
- *T'accrochais-tu à ta mère ?*
- *Vérifiais-tu souvent où elle se trouvait ?*
- *Voulais-tu sans cesse savoir où ta mère se trouvait ? Avais-tu très peur ?*
- *Cela arrivait-il souvent ?*

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Peur occasionnelle. Peur d'être seul plus intense et plus fréquente que chez les autres enfants de son âge.
 3 - Clinique : S'accroche à sa mère, est craintif, évite un peu d'être seul. Peur intense et persistante, réticence à rester seul ou sans qu'il y ait une figure d'attachement à la maison.

PASSÉ :

P	E	T

- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « TROUBLE ANXIEUX » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**
- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « ANXIÉTÉ DE SÉPARATION » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**
- **AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE ANXIÉTÉ DE SÉPARATION.**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES ANXIEUX DE SÉPARATION ACTUELS ET PASSÉS.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

1. Peur des situations sociales

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|---|----------|----------|----------|--|
| – <i>Es-tu une personne très timide ?</i> | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| – <i>T'es-tu déjà senti nerveux, embarrassé ou timide devant des inconnus ?</i> | () | () | () | 1 - Absent. |
| – <i>Est-ce difficile pour toi d'être avec d'autres enfants – même des enfants que tu connais ?</i> | () | () | () | 2 - Subclinique : Visiblement gêné et intimidé en situation de performance sociale ; évite seulement une ou deux activités qui ne sont pas essentielles au bien-être de l'enfant (par exemple : évite d'aller à de grandes fêtes où il ne connaît personne). |
| – <i>Quel genre de situations te mettent-elles mal à l'aise ?</i> | | | | 3 - Clinique : Grande timidité qui rend l'enfant très gêné dans un contexte social ; au moins une activité est évitée (par ex. refus répété et persistant de répondre à des questions en classe, éviter d'aller à une fête où l'on ne connaît personne). Crainte marquée et persistante des situations de performances sociales – peur d'agir (ou de montrer des symptômes d'anxiété) d'une façon qui serait humiliante ou gênante. NE PAS CODER COMME « CLINIQUE » SI L'ENFANT A SIMPLEMENT PEUR DE FAIRE UN EXPOSÉ À L'ÉCOLE. |
| – <i>Parler devant d'autres personnes (répondre aux questions en classe, faire un exposé, raconter quelque chose, par ex) ?</i> | () | () | () | |
| – <i>Manger devant d'autres personnes (cafétéria, fast-food) ?</i> | | | | |
| – <i>Écrire devant d'autres personnes (au tableau, pour un examen, par ex.) ?</i> | | | | |
| – <i>Utiliser les toilettes publiques quand d'autres personnes sont présentes ?</i> | | | | |
| – <i>Être en situation de performance (par ex., en cours de gymnastique, à la récréation, au cours d'activités sportives) ?</i> | | | | |
| – <i>Te déshabiller en présence d'autres personnes (dans les vestiaires de la piscine ou de la salle de gym, par ex.) ?</i> | | | | |
| – <i>Aller à des fêtes ou d'autres événements sociaux ?</i> | | | | |
| – <i>Quel âge avais-tu quand tu as commencé à ressentir ces choses-là ?</i> | | | | |
| – <i>Depuis combien de temps ressens-tu cela ?</i> | | | | |

PASSÉ : P E T

REMARQUE : LA TIMIDITÉ ET LA PEUR DES INTERACTIONS SOCIALES DOIVENT AFFECTER L'ENFANT DE FAÇON SIGNIFICATIVE. NE PAS COTER POSITIVEMENT SI INTÉGRALEMENT EXPLIQUÉ PAR UN AUTRE TROUBLE PSYCHIATRIQUE (TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME, par exemple).

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|--|----------|----------|----------|---|
| | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| | () | () | () | 1 - Absent. |
| | () | () | () | 2 - Subclinique : Enfant incapable de parler dans des situations nouvelles, début de l'année scolaire inclus, mais symptôme non persistant. |
| | | | | 3 - Clinique : Impossibilité systématique de parler en public lorsque son discours est attendu. |

PASSÉ : P E T

2. Impossibilité à parler dans des situations sociales spécifiques

- | | | | |
|--|-----|-----|-----|
| – <i>As-tu déjà eu l'impression de ne pas pouvoir parler à l'école ou dans d'autres situations ?</i> | () | () | () |
| – <i>T'es-tu déjà senti tellement timide que tu étais tout simplement incapable de dire un mot ?</i> | | | |
| – <i>Même à un autre enfant ?</i> | | | |
| – <i>Y a-t-il des situations où tu n'arrives tout simplement pas à parler ?</i> | | | |

– **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « ANXIÉTÉ SOCIALE/MUTISME SÉLECTIF » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**

– **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « ANXIÉTÉ SOCIALE/MUTISME SÉLECTIF » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**

– **AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE ANXIÉTÉ SOCIALE**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELLES ANXIÉTÉS SOCIALES/ MUTISME SÉLECTIF ACTUELS ET PASSÉS.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Ne coter que les phobies les plus intenses.

1. **Phobies spécifiques**

- As-tu très, très peur de quelque chose ?
- Comme, par exemple, une peur bleue des araignées, d'autres insectes, des chiens, des chevaux, des hauteurs, des ascenseurs, du métro ou du noir ?
- Qu'en est-il de la foule, d'être seul dehors, d'être sur un pont ou de te déplacer en bus, en train ou en voiture ? (Demander, pour toutes les situations énumérées)
- As-tu eu peur d'autres choses ?

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Subclinique : Peur de certains stimuli ou situations plus intense que chez les autres enfants de son âge.
- 3 - Clinique : Peur marquée et persistante, excessive et déraisonnable, qui est générée par la présence ou l'idée d'un objet ou d'une situation particulière

PASSÉ : P E T

2. **Détresse / Évitement**

- À quel point _____ t'effrayait-il ?
- Cela te faisait-il mal au ventre ou perturbait-il ton rythme cardiaque ?
- Combien de temps a duré _____ ?
- Es-tu plus effrayé par _____ que tous tes amis ?
- Ta peur de _____ t'a-t-elle déjà empêché de faire quoi que soit ?
- Essayais-tu d'éviter _____ ?
- Y avait-il des moments où tu étais capable de _____ ?
- Si quelqu'un était avec toi, étais-tu capable de _____ ?

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Subclinique : Associé à des symptômes modérés transitoires de détresse seulement. Évitement minimum ou irrégulier.
- 3 - Clinique : Peur du déclencheur ou de certaines situations avec symptômes de détresse modérés à sévères. Déclencheur ou situation évités systématiquement.

PASSÉ : P E T

Précisez quelle est la phobie la plus intense : _____

Autres phobies : _____

- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA SECTION « PHOBIES SPÉCIFIQUES » (ACTUEL) DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES .
- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA SECTION « PHOBIES SPÉCIFIQUES » (PASSÉ) DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.
- AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE.

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES PHOBIEUX SPÉCIFIQUES ACTUELS ET PASSÉS.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

1. Inquiétudes excessives**DSM-5 RD N° 12 : Incapable de cesser de s'inquiéter**

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

- *Es-tu quelqu'un d'inquiet ?*
- *Te fais-tu trop de soucis ?*
- *Te fais-tu plus de soucis que les autres enfants de ton âge ?*
- *Des gens t'ont-ils dit que tu te faisais trop de soucis ?*
- *T'est-il arrivé de t'inquiéter de quelque chose avant que ça n'arrive ?*
- *Peux-tu me donner des exemples ?*

P E I

() () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : S'inquiète fréquemment et de manière un peu excessive (au moins 3 fois par semaine) à propos d'événements anticipés ou de comportements actuels.
 3 - Clinique : Est excessivement inquiet pendant la plus grande partie de la semaine à propos d'au moins deux situations de la vie ou d'événements futurs ou de comportements actuels.

REMARQUE : SI LES SEULES INQUIÉTODES MENTIONNÉES PAR L'ENFANT CONCERNENT LA FIGURE D'ATTACHEMENT OU UNE PHOBIE SIMPLE, NE PAS LES COTER ICI. NE COTER POSITIVEMENT QUE SI L'ENFANT S'INQUIÈTE DE NOMBREUSES CHOSES.

PASSÉ :
P E T

Pour coter positivement, il faut que l'enfant s'inquiète plus qu'un autre enfant du même âge. Les inquiétudes doivent être exagérées et inappropriées au contexte.

2. Plaintes somatiques**DSM-5 RD N° 1 : Est gêné par des maux d'estomac, etc. :**

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

DSM-5 RD N° 2 : A peur de tomber malade :

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

- *Te fais-tu beaucoup de soucis à propos de ta santé ?*
- *As-tu beaucoup de maux de tête ?*
- *De maux d'estomac ?*
- *As-tu beaucoup de maux et de douleurs ?*
- *Te fais-tu du souci concernant une maladie grave que tu pourrais avoir ?*

P E I

() () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Plaintes/soucis occasionnels. Les symptômes/plaintes sont plus sévères et plus fréquentes que ceux d'un autre enfant de son âge.
 3 - Clinique : Plaintes/soucis fréquents. Les inquiétudes de l'enfant quant à sa santé le préoccupent et le font souffrir.

PASSÉ :
P E T

REMARQUE : NE PAS COTER SI LES SYMPTÔMES SONT DUS À UNE RÉELLE AFFECTION MÉDICALE.

- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**
- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**
- **AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELLES ANXIÉTÉS GÉNÉRALISÉES ACTUELLES ET PASSÉES.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

1. **Obsessions**

DSM-5 RD N° 16 : Idées récurrentes que l'on risque de faire quelque chose de mal ou que quelque chose de mal pourrait nous arriver ou arriver à quelqu'un d'autre :

P	E	I
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()

0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Suspecté ou vraisemblable.
 3 - Clinique : Obsessions certaines, avec impact sur le fonctionnement ou détresse.

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

DSM-5 RD N° 18 : S'inquiète beaucoup que les choses que l'on touche soient sales, etc. :

PASSÉ :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	E	T

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

Idées, impulsions ou images récurrentes et/ou intrusives sur lesquelles la personne a peu de contrôle et qui provoquent détresse et affaiblissement

- *T'est-il arrivé d'avoir des pensées qui n'arrêtaient pas de surgir dans ton esprit et dont tu n'arrivais pas à te débarrasser ?*
- *T'est-il arrivé d'être préoccupé par des pensées, des images ou des mots qui n'arrêtaient pas de surgir dans ta tête sans raison, que tu ne parvenais pas à arrêter et dont tu ne pouvais pas te débarrasser ?*
- *T'es-tu déjà inquiété d'avoir de la saleté ou des microbes sur les mains ou d'avoir peur de tomber malade à cause de la saleté ou des microbes ?*
- *T'es-tu déjà inquiété de faire les choses à la perfection, de disposer les choses de manière régulière ou de les arranger d'une certaine façon ?*
- *As-tu déjà pensé que quelque chose de grave pourrait arriver ou que tu avais fait quelque chose d'épouvantable, même si tu savais que ce n'était pas vrai ?*
- *As-tu eu d'autres types de pensées qui n'arrêtaient pas de tourner dans ta tête ?*
- *As-tu eu des pensées, des mots ou des nombres idiots qui ne voulaient pas partir de ton esprit ?*
- *Y pensais-tu souvent ?*
- *Ces choses étaient-elles comme une sorte de hoquet qui ne voulait pas partir et qui revenait encore et encore ?*
- *Ces pensées t'ennuient-elles ?*
- *Avait-elles l'air de n'avoir aucun sens ?*
- *Ces pensées te bloquent-elles ou t'empêchent-elles de faire des choses ?*

REMARQUE : NE PAS COTER LES ITEMS CONCERNANT L'OBSESSION POSITIVEMENT SI LES IDÉES SONT DÉLIRANTES OU SI ELLES SONT EXCLUSIVEMENT DUES À UN AUTRE TROUBLE DE L'AXE 1 (par exemple : pensées relatives à la nourriture en cas de trouble des conduites alimentaires ; pensée que les parents risquent d'être blessés en présence d'une anxiété de séparation ; inquiétudes exacerbées en cas de TAG).

NE PAS COTER POSITIVEMENT SI L'ENFANT DIT : « Je n'arrive pas à m'empêcher de penser à ce garçon, à cette fille, ou à cette musique. »

2. Compulsions

DSM-5 RD N° 17 : Ressent le besoin de tout vérifier continuellement.

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

DSM-5 RD N° 19 : Se sent obligé de faire les choses d'une certaine façon, (compter, par exemple).

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

P	E	I	
()	()	()	0 - Pas d'information.
()	()	()	1 - Absent.
()	()	()	2 - Subclinique : Suspecté ou vraisemblable.
()	()	()	3 - Clinique : Compulsions certaines, avec impact sur le fonctionnement ou détresse.

Comportement volontaire, intrusif et récurrent lié à une obsession régie par certaines règles ou stéréotypée, sur lequel la personne a peu de contrôle et qui provoque détresse et affaiblissement.

PASSÉ :
P E T

- *T'est-il arrivé de faire et refaire des choses qui semblaient idiotes, ou des choses que tu ne pouvais pas t'empêcher de répéter comme toucher ou compter des objets, te laver les mains plusieurs fois, vérifier des fermetures à clef ou d'autres choses encore ?*
- *T'es-tu déjà retrouvé à devoir répéter certaines actions encore et encore ?*
- *Avais-tu l'impression d'avoir un quelconque contrôle là-dessus ?*
- *Ces choses t'ennuyaient-elles ?*
- *Y avait-il des choses que tu avais l'impression de toujours devoir faire exactement de la même manière ou d'une manière particulière ?*
- *As-tu déjà eu des difficultés à terminer ton travail scolaire parce que tu devais sans cesse relire des parties de la consigne ou parce que tu recommençais sans cesse à écrire ton devoir ?*
- *As-tu déjà eu des difficultés à arriver à l'heure à l'école parce que tu prenais trop de temps pour te préparer le matin ?*
- *Si tu faisais une erreur dans ton devoir, devais-tu le recommencer depuis le début ?*
- *Et quand tu allais au lit, devais-tu vérifier certaines choses plusieurs fois avant de t'endormir ?*
- *Ou devais-tu ranger les choses dans ta chambre d'une façon particulière ?*
- *Est-il déjà arrivé que des gens te fassent des remarques sur ces habitudes ?*

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI LE COMPORTEMENT S'EXPLIQUE EXCLUSIVEMENT PAR UN AUTRE TROUBLE (par exemple : TED, TSA, tics, psychose, trouble des conduites alimentaires).

- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » D'UN ITEM RELATIF À L'OBSESSION OU À LA COMPULSION, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**
- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » D'UN ITEM RELATIF À L'OBSESSION OU À LA COMPULSION, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.**
- **AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF.**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS ACTUELS ET PASSÉS.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

1. Mictions répétées

- *Beaucoup d'enfants ont des accidents et mouillent leur lit quand ils dorment la nuit. Cela t'est-il déjà arrivé ?*
- *As-tu déjà eu des accidents pendant la journée ?*
- *Quand tu riais ou que tu éternuais vraiment fort ?*

a.

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Au moins une à quatre fois par mois pendant trois mois ou plus.
- 3 - Au moins deux fois par semaine pendant trois mois consécutifs.

a. Nocturnes

- *À quelle fréquence est-ce arrivé la nuit ?*

PASSÉ :

P	E	T

b. Diurnes

- *À quelle fréquence est-ce arrivé durant la journée ?*

b.

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Au moins une à quatre fois par mois pendant trois mois ou plus.
- 3 - Au moins deux fois par semaine pendant trois mois consécutifs.

PASSÉ :

P	E	T

c. Total

Évaluez la fréquence cumulée des accidents, diurnes et nocturnes confondus.

c.

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
- 1 - Absent.
- 2 - Au moins une à quatre fois par mois pendant trois mois ou plus.
- 3 - Au moins deux fois par semaine pendant trois mois consécutifs.

PASSÉ :

P	E	T

REMARQUE : Ne pas coter positivement si l'énurésie est due à une pathologie médicale

()	()	()
-----	-----	-----

- **SI UN SCORE DE 3 OU PLUS EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, POSEZ LES QUESTIONS FIGURANT SUR LA PAGE SUIVANTE.**
- **SI UN SCORE DE 3 OU PLUS EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, POSEZ LES QUESTIONS FIGURANT SUR LA PAGE SUIVANTE.**
- **SI AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE ÉNURÉSIE, PASSER À LA SECTION « ENCOPRÉSIE », PAGE 24.**

Détresse

- Que faisais-tu généralement quand tu avais un accident ?
- En parlais-tu à ta maman ? Ton professeur ?
- Que faisaient-ils ?
- À l'école, les enfants savaient-ils que tu avais parfois des accidents ?
- Cela t'embêtait-il beaucoup d'avoir un accident ?

Retentissement (à la maison, à l'école, avec les pairs) :

Précisez la durée :

2. Arguments en faveur d'une énurésie***Critères du DSM-5***

- A. Mictions répétées au lit ou dans les vêtements, qu'elles soient involontaires ou délibérées ;
- B. Le comportement est cliniquement significatif, comme en témoigne soit une fréquence de deux fois par semaine pendant au moins trois mois consécutifs, soit la présence d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel) ou dans d'autres domaines importants ;
- C. L'enfant a un âge chronologique d'au moins 5 ans (ou un niveau de développement équivalent) ;
- D. Le comportement n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, diurétiques, antipsychotiques) ni à une autre affection médicale (p. ex. diabète, spina-bifida, épilepsie).

- **REPOND AUX CRITÈRES DU DSM-5 POUR L'ÉNURÉSIE (ÉTAT ACTUEL) :**

(Score de 3 plus retentissement)

Précisez : Seulement nocturne: _____ Seulement diurne : _____ nocturne et diurne : _____

- **REPOND AUX CRITÈRES DU DSM-5 POUR L'ÉNURÉSIE (PASSÉ) : (Score de 3 plus retentissement)**

- Précisez : Seulement nocturne: _____ Seulement diurne : _____ nocturne et diurne : _____

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉPISODES D'ÉNURÉSIE ACTUELS ET PASSÉS

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

1. Emissions fécales répétées

- Certains enfants ont des accidents et font leurs gros besoins au lit durant la nuit.
- Cela t'est-il déjà arrivé ?
- T'est-il arrivé d'avoir des accidents et de faire tes gros besoins dans la culotte pendant la journée ?
- Et quand tu avais vraiment peur ou que pour une raison quelconque tu ne pouvais pas aller aux toilettes quand c'était nécessaire ?
- Quelles sortes d'accidents as-tu eus ? Le 1^{er} ou le 2^e cas ?

REMARQUE : NE COTER POSITIVEMENT QUE S'IL Y A DES SELLES DANS LES SOUS-VÊTEMENTS DU PATIENT**a. Nocturne**

- À quelle fréquence cela est-il arrivé durant la nuit ?

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Moins d'une fois par mois.
 3 - Clinique : Une fois par mois ou plus pendant au moins trois mois.

PASSÉ :
P E T

b. Diurne

- À quelle fréquence cela est-il arrivé durant la journée ?

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Moins d'une fois par mois.
 3 - Clinique : Une fois par mois ou plus pendant au moins trois mois.

PASSÉ :
P E T

c. Total

- Évaluez le nombre total d'« accidents » diurnes et nocturnes.

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Moins d'une fois par mois.
 3 - Clinique : Une fois par mois ou plus pendant au moins trois mois.

PASSÉ :
P E T

- SI UN SCORE DE 3 OU PLUS EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, POSEZ LES QUESTIONS FIGURANT SUR LA PAGE SUIVANTE.
- SI UN SCORE DE 3 OU PLUS EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, POSEZ LES QUESTIONS FIGURANT SUR LA PAGE SUIVANTE.

SI AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE ENCOPRÉSIE, PASSER À LA SECTION « TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE », PAGE 26.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Détresse

- *Que faisais-tu généralement quand tu avais un accident ?*
- *En parlais-tu à ta maman ? À ton professeur ?*
- *Que faisaient-ils ?*
- *Est-ce que les enfants à l'école savaient que tu avais parfois des accidents ?*
- *Cela t'embêtait-il beaucoup d'avoir un accident ?*

Retentissement (à la maison, à l'école, avec les pairs) :

Précisez la durée :

2. Arguments en faveur d'une encopésie***Critères du DSM-5***

- A. Emissions fécales répétées dans des endroits inappropriés (p. ex. dans les vêtements ou sur le sol), qu'elles soient involontaires ou délibérées.
- B. Le comportement survient au moins une fois par mois pendant au moins 3 mois.
- C. L'enfant a un âge chronologique d'au moins 4 ans (ou un niveau de développement équivalent) ;
- D. Le comportement n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. laxatifs) ni à une autre affection médicale, si ce n'est par un mécanisme entraînant une constipation.

REPOND AUX CRITÈRES DU DSM-5 POUR L'ENCOPRÉSIE (ÉTAT ACTUEL).

Précisez : _____ Avec constipation et incontinence par débordement
ou _____ Sans constipation ni incontinence par débordement

REPOND AUX CRITÈRES DU DSM-5 POUR L'ENCOPRÉSIE (PASSÉE).

Précisez : _____ Avec constipation et incontinence par débordement
ou _____ Sans constipation ni incontinence par débordement

REMARQUE (NOTEZ LES DATES D'ÉPISODES D'ENCOPRÉSIE ACTUELS ET PASSÉS)

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Débuter cette section par un bref entretien semi-structuré (2-3 minutes) afin de recueillir des informations sur les comportements alimentaires :

	<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>	
– <i>Es-tu content de ton poids ?</i>	()	()	()	0 - Pas d'information.
– <i>Prends-tu des repas réguliers ?</i>	()	()	()	1 - Absent.
– <i>As-tu l'habitude de faire des régimes ?</i>	()	()	()	2 - Subclinique : Peur intense et persistante de devenir gros, ce qui va à l'encontre des antécédents pondéraux et/ou du poids actuel, pour laquelle le sujet ne peut être rassuré etc. Les peurs ont seulement un impact modéré sur le comportement et/ou le fonctionnement (p. ex. méthodes utilisées pour perdre du poids au moins une fois par mois, mais moins d'une fois par semaine).
– <i>Y a-t-il déjà eu une période où tu pesais beaucoup plus ou beaucoup moins ?</i>				3 - Clinique : Peur intense et persistante de devenir gros, avec impact sévère sur le comportement et/ou le fonctionnement (p. ex. constamment préoccupé par des questions de poids ; ou utilisation de méthode de perte de poids une fois par semaine ou plus).
– <i>Quel était ton poids ?</i>				
– <i>Quel poids voulais-tu atteindre ?</i>				
1. <u>Peur de devenir obèse</u>				
– <i>As-tu déjà eu peur de devenir gros ?</i>				
– <i>Te trouvais-tu gros ?</i>				
– <i>As-tu déjà été vraiment en surpoids ?</i>				
– <i>Surveillais-tu ce que tu mangeais et pensais-tu tout le temps à ce que tu mangeais ?</i>	()	()	()	
– <i>Avais-tu peur de manger certains aliments parce que tu avais peur qu'ils te fassent grossir ?</i>				
– <i>Quels aliments ?</i>				
– <i>Combien de temps passais-tu à penser à la nourriture et à t'inquiéter de devenir gros ?</i>				
– <i>Si tu voyais que tu avais pris 500 grammes ou 1 kilo, changeais-tu tes habitudes alimentaires ?</i>				
– <i>Comme jeûner pendant une journée ou faire quelque chose d'autre ?</i>				

REMARQUE : GARDEZ À L'ESPRIT LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DE TROUBLES ANXIEUX, TOC ET PSYCHOSES.

2. Amaigrissement

Le poids est proportionnellement inférieur au poids idéal pour la taille

Si l'observation fait soupçonner un amaigrissement excessif, vous devez peser l'enfant et consulter les tables (en annexe). En cas de doute, ne pas demander, simplement, peser l'enfant.

	<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>	
	()	()	()	0 - Pas d'information.
	()	()	()	1 - Absent.
	()	()	()	2 - Subclinique : Poids à 90 % du poids idéal.
	()	()	()	3 - Clinique : Poids à moins de 85 % du poids idéal.

PASSÉ : P E T

PASSÉ : P E T

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI L'AMAIGRISSEMENT EST DÛ À UNE PATHOLOGIE MÉDICALE, UN TROUBLE DE L'HUMEUR OU UN MANQUE DE NOURRITURE DISPONIBLE DANS UN CONTEXTE DE PAUVRETÉ.

3. Méthodes de perte de poids

- As-tu déjà utilisé des pilules amincissantes pour contrôler ton poids ?
- Des laxatifs ou des diurétiques pour perdre du poids ?
- T'es-tu parfois fait vomir ?
- As-tu fait beaucoup d'exercice, plus que d'habitude, afin de perdre du poids ?
- Quelle quantité d'exercice ?
- Pendant combien d'heures par jour ?
- Y a-t-il eu des périodes où pendant au moins 1 semaine tu ne prenais rien d'autre que des boissons sans calories (du thé, du soda sans sucre, du café, de l'eau) ?

Critères**0** = Pas d'information**1** = Absent**2** = Moins d'une fois/semaine**3** = Une fois par semaine ou plus

	EA Parent	EPG Parent	EA enfant	EPG enfant	Récapitulatif EA	Récapitulatif EPG
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
a. Prend des comprimés pour maigrir (coupe-faim)	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()
b. Prends des laxatifs	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()
c. Prends des diurétiques	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()
d. Vomit	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()
e. Fait beaucoup d'exercice	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()
f. Ne consomme que des boissons sans calories pendant une semaine ou plus ; restreint l'apport énergétique (aliments)	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()
g. Combinaison des méthodes de perte de poids	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()

4. Accès hyperphagiques ou crises de boulimie

	<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>	
1. Accès hyperphagiques associés à trois éléments, ou plus parmi les suivants	()	()	()	0 - Pas d'information.
2. Manger beaucoup plus vite que la normale	()	()	()	1 - Absent.
3. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de « trop plein »	()	()	()	2 - Subclinique : Accès hyperphagiques survenant moins d'une fois par semaine ou avec moins de trois éléments associés.
4. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation de faim.	()	()	()	3 - Clinique : Accès hyperphagiques une fois par semaine ou plus.
5. Manger seul parce qu'on est gêné.				
6. Se sentir dégoûté, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.				
<p>– <i>T'est-il arrivé de te goinfrer, d'avoir des crises de boulimie ?</i></p> <p>– <i>Quelle est la plus grande quantité que tu as pu manger en une seule fois ?</i></p> <p>– <i>T'est-il arrivé de tellement manger que tu t'es senti malade ?</i></p> <p>– <i>Combien de fois cela est-il arrivé ?</i></p>				

PASSÉ :
P E T

(Assurez-vous de chaque détail de la définition)

- *Qu'est-ce qui déclenchait une crise ?*
- *Que mangeais-tu habituellement quand tu avais une telle crise ?*
- *Quelle est la plus grande quantité de nourriture que tu aies mangée au cours d'une crise ?*
- *T'es-tu déjà fait vomir après une crise ?*
- *Comment te sentais-tu après une crise ?*
- *Pendant les crises, mangeais-tu généralement seul ou avec d'autres personnes ?*
- *Les autres personnes savaient-elles que tu avais ce genre de crise ?*

REMARQUE : NE COTER QUE LES ACCÈS HYPERPHAGIQUES QUI SONT PATHOLOGIQUES (c. a-d. en cachette des membres de la famille et des pairs, suivis par une humeur dépressive et/ou le fait de se faire vomir).

NE PAS COTER LES EXCES ALIMENTAIRES CARACTÉRISTIQUES DES ADOLESCENTS (sortie entre amis pour manger des pizzas ou des glaces, par exemple).

- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A L'UNE DES CASES « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS EXPLORANT LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES, REMPLIR LA SECTION « TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET TROUBLES LIÉS À LA PRISE DE SUBSTANCES.**
- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS D'UN ÉPISODE PASSÉ, REMPLIR LA SECTION (PASSÉ) RELATIVE AUX TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET TROUBLES LIÉS À LA PRISE DE SUBSTANCES, APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE.**
- **PAS D'ARGUMENTS EN FAVEUR D'UN TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ACTUELS ET PASSÉS.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Par rapport aux autres enfants ou adolescents de son âge, comment le parent ou l'adulte responsable de l'enfant évaluerait-il cet enfant ou cet adolescent ? Demandez également si des enseignants ou d'autres personnes se sont plaints de certains symptômes ou comportements.

Si l'enfant est traité par un psychostimulant, évaluez la période de trouble la plus grave avant médication, ou pendant une fenêtre thérapeutique, et notez dans la marge quels symptômes s'améliorent avec la prise du médicament.

Déterminez à quel âge est apparu le premier symptôme avéré de déficit de l'attention/hyperactivité. Si le symptôme persiste depuis la petite enfance, utilisez l'évaluation « état actuel » pour décrire la manifestation la plus intense du symptôme au cours de la dernière année. Cotez le symptôme comme « non présent » dans le passé, à moins qu'un épisode symptomatique précédent n'ait été suivi d'une période de six mois ou plus pendant laquelle l'enfant était exempt de tout signe de TDA/H.

Si les symptômes sont épisodiques, envisagez la présence éventuelle d'un trouble de l'humeur ou une autre cause (alcool, drogue, ou pathologie médicale, par exemple).

Questions :

- Depuis combien de temps _____ est-il ou elle un problème ?
- Est-ce un problème depuis la maternelle ? Le CP ?
- Le problème a-t-il même commencé plus tôt ?

REMARQUE D'après le DSM-5, les symptômes de TDA/H peuvent apparaître jusqu'à l'âge de 12 ans.

1. Difficulté à soutenir son attention sur des tâches ou dans les jeux

DSM-5 RD N° 4 : Difficultés d'attention :

Cotation parent : ____ Cotation enfant : _____

- T'est-il arrivé d'avoir du mal à être attentif à l'école ?
- Cela a-t-il affecté ton travail scolaire ?
- As-tu eu des problèmes à cause de cela ?
- Quand tu faisais tes devoirs, ton esprit vagabondait-il ?
- Et quand tu jouais ?
- Oubliais-tu de jouer quand c'était à ton tour ?
- Les professeurs se sont-ils plaints ?

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Difficulté occasionnelle à soutenir son attention sur des tâches ou dans les jeux. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement
 3 - Clinique : A souvent (4 à 7 jours/semaine) du mal à soutenir son attention. Le problème a un effet significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ :
 P E T

REMARQUE : COTER D'APRÈS LES DONNÉES SIGNALÉES PAR UN TIERS (parent ou professeur, par ex.) OU OBSERVÉES.

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI NE SURVIENT QUE PENDANT UN ÉPISODE DE TROUBLE DE L'HUMEUR, DE PSYCHOSE OU D'UN USAGE DE DROGUES, OU ENCORE À LA SUITE D'UNE PATHOLOGIE MÉDICALE.

2. Facilement distrait

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|--|----------|----------|----------|---|
| – T'est-il déjà arrivé d'avoir du mal à te concentrer sur ce que tu étais en train de faire à cause de petites distractions ? | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| – Par exemple, si un autre enfant de la classe posait une question au professeur pendant que la classe travaillait dans le calme, était-il difficile pour toi de maintenir ton attention sur ton travail ? | () | () | () | 1 - Absent. |
| – Quand il y avait une interruption, par exemple si un téléphone sonnait, t'était-il difficile de revenir à ce que tu faisais avant l'interruption ? | () | () | () | 2 - Subclinique : Est distrait à l'occasion. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement. |
| – Y a-t-il eu des périodes où tu étais capable de garder ton attention sur ce que tu faisais, sans que de petits bruits ou de petites choses ne te perturbent ? | () | () | () | 3 - Clinique : Attention souvent détournée (4 à 7 jours/semaine) par des distractions mineures que d'autres enfants seraient capables d'ignorer. Le problème a un effet significatif sur le fonctionnement. |
| – Ces problèmes d'attention étaient-ils fréquents ? | | | | |
| – Les professeurs se plaignaient-ils de ce problème ? | | | | |

PASSÉ :
P E T

REMARQUE : COTER SELON LES DONNÉES COMMUNIQUÉES PAR UN TIERS OU OBSERVÉES.

REMARQUE : NE PAS COTER POSITIVEMENT SI NE SURVIENT QUE PENDANT UN ÉPISODE DE TROUBLE DE L'HUMEUR, DE PSYCHOSE OU D'USAGE DE DROGUES, OU ENCORE À LA SUITE D'UNE PATHOLOGIE MÉDICALE.

3. Difficulté à rester assis

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|---|----------|----------|----------|--|
| – T'est-il arrivé de souvent te lever pendant la classe ? | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| – As-tu eu des problèmes à cause de cela ? | () | () | () | 1 - Absent. |
| – T'était-il difficile de rester assis à ta place à l'école ? Et au moment du repas du soir ? | () | () | () | 2 - Subclinique : A parfois du mal à rester assis quand on le lui demande. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement. |
| Parents : | | | | |
| – Quand votre enfant était petit, pouviez-vous l'emmener dans un lieu de culte ? | () | () | () | 3 - Clinique : A souvent (4 à 7 jours/semaine) du mal à rester assis quand on le lui demande. Le problème a un effet significatif sur le fonctionnement. |
| – Au restaurant ? | | | | |
| – Les problèmes étaient-ils plus importants que pour un autre enfant du même âge ? | | | | |

PASSÉ :
P E T

REMARQUE : COTER SELON LES DONNÉES COMMUNIQUÉES PAR UN TIERS OU OBSERVÉES.

Tenir compte du fait que ces symptômes tendent à s'améliorer avec l'âge. Vérifier soigneusement si ce symptôme était présent quand l'enfant était plus jeune.

4. Impulsivité :

	<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>	
– Agis-tu avant de réfléchir ou réfléchis-tu avant d'agir ?	()	()	()	0 - Pas d'information.
– Est-il arrivé que ce genre de comportement te cause des problèmes ?	()	()	()	1 - Absent.
– Donne-moi des exemples.	()	()	()	2 - Subclinique : Parfois impulsif. Le problème n'a qu'un impact minime sur le fonctionnement.
(CET ITEM N'EST PAS UN CRITÈRE DU DSM-5. NE PAS INCLURE DANS LE DÉCOMPTE DES SYMPTÔMES.)	()	()	()	3 - Clinique : Souvent impulsif (4 à 7 jours/semaine). Le problème a un effet significatif sur le fonctionnement.

PASSÉ :
 P E T

- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « DÉFICIT DE L'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ » DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLES DES CONDUITES.
- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À L'ÉVALUATION « PASSÉ » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « DÉFICIT DE L'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ » DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLES DES CONDUITES.
- PAS D'ARGUMENTS EN FAVEUR D'UN TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION.

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUEL « DÉFICIT DE L'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ » ACTUEL ET PASSÉ.

L'élément principal de ce trouble est la récurrence d'un comportement négatif, provocateur, désobéissant et hostile envers les figures représentant l'autorité qui persiste pendant au moins 6 mois et survient plus souvent que chez d'autres enfants du même âge ou niveau de développement.

Gardez à l'esprit les diagnostics différentiels : trouble dépressif, trouble bipolaire, troubles anxieux, déficit de l'attention/hyperactivité, psychose, abus de substances ou pathologie médicale. Envisagez également des problèmes environnementaux.

Bien que le DSM-5 ne soit pas très clair à ce sujet, envisagez de poser ce diagnostic si les symptômes sont présents dans plus d'un contexte (domicile, école). Envisagez un diagnostic de problème relationnel parent/enfant si les symptômes ne se manifestent QU'A la maison.

1. Se met en colère

DSM-5 RD N° 8 : S'est senti énervé ou en colère :

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

- *Y a-t-il déjà eu une période où tu te fâchais facilement et où tu te mettais très en colère ?*
- *T'en fallait-il beaucoup pour te fâcher ?*
- *Cela t'arrivait-il souvent d'être vraiment irrité ou fâché et de te mettre très en colère ?*

Afin d'être sûr qu'il s'agit bien d'une crise de colère, demandez :

- *Où te mets-tu très en colère ?*
- *Que fais-tu quand tu as une crise de colère ?*

P E I

() () ()

() () ()

() () ()

() () ()

0 - Pas d'information.

1 - Absent.

2 - Subclinique : Crises de colère sévères occasionnelles (moins d'une fois par semaine).

3 - Clinique : Crises de colère moins sévères tous les jours ou crises de colère sévères au moins une fois par semaine. Crises plus sévères et plus fréquentes que chez les autres enfants de son âge ; avec retentissement.

PASSÉ :

P E T

2. Conflits fréquents avec les adultes et les détenteurs de l'autorité.

- *T'est-il arrivé de beaucoup te disputer avec des adultes, de leur répondre ou d'être insolent avec eux ?*
- *Tes parents ou tes professeurs ?*
- *À propos de quoi te disputais-tu avec eux ?*
- *Est-ce que tu te disputais souvent avec eux ?*
- *Jusqu'où allaient ces conflits ?*
- *À quel point étaient-ils graves ?*

P E I

() () ()

() () ()

() () ()

() () ()

0 - Pas d'information.

1 - Absent.

2 - Subclinique : se dispute parfois avec ses parents et/ou ses professeurs ; moins d'une fois par semaine.

3 - Clinique : se dispute souvent avec ses parents et/ou ses professeurs (au moins une fois par semaine). Disputes plus sévères et plus fréquentes que chez un autre enfant du même âge.

PASSÉ :

P E T

REMARQUE : LES CONFLITS INDIQUENT UNE RÉTICENCE AU COMPROMIS, À CÉDER OU NÉGOCIER AVEC DES ADULTES OU DES PAIRS.

3. Désobéit souvent, est provocateur ou refuse d'obéir aux demandes des adultes.

	<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>	
	()	()	()	0 - Pas d'information.
	()	()	()	1 - Absent.
– <i>Outrepasses-tu parfois délibérément les règles à la maison ou y désobéis-tu exprès ?</i>	()	()	()	2 - Subclinique : Défie parfois les adultes ou refuse de suivre les règles ou les demandes des adultes ; moins d'une fois par semaine.
– <i>À l'école ?</i>				
– <i>À quelle fréquence ?</i>				
– <i>Penses-tu que tes parents ou professeurs te demandent de faire des choses que tu ne devrais pas avoir à faire ?</i>	()	()	()	3 - Clinique : Défie souvent les adultes ou refuse de suivre les règles ou les demandes des adultes (au moins une fois par semaine). Désobéit plus souvent que les autres enfants du même âge.
– <i>Comme quoi, par exemple ?</i>				
– Pour les adolescents, demander aussi :				
– <i>T'en tires-tu souvent sans avoir d'ennui ou sans être pris ?</i>				
– <i>Est-ce que cela t'attire des problèmes ?</i>				

PASSÉ :
P E T

– APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION » DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLES DES CONDUITES.

– APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLES DES CONDUITES.

– PAS D'ARGUMENTS EN FAVEUR D'UN TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES OPPOSITIONNELS AVEC PROVOCATION ACTUELS ET PASSÉS.

L'élément principal du trouble des conduites est un comportement persistant et répété qui ne respecte pas les droits fondamentaux des autres ou les principales règles sociales s'appliquant normalement à son âge. Trois comportements doivent avoir été présents pendant les douze mois précédents, dont l'un au moins pendant les 6 derniers mois.

Garder à l'esprit les diagnostics différentiels : troubles de l'humeur, TDA/H, psychose, abus de substances.

Si les symptômes ne surviennent que pendant un épisode maniaque, envisagez de NE PAS poser les deux diagnostics.

1. Mensonges

Tout le monde ment. Certains enfants mentent par exagération, d'autres pour se sortir d'une situation difficile, d'autres encore mentent pour se piéger les uns les autres ou tricher.

- Racontes-tu parfois des mensonges ?
- Quel genre de mensonges racontes-tu ?
- À qui mens-tu ?
- Des gens t'ont-ils déjà traité de menteur ?
- Quel est le pire mensonge que tu aies déjà raconté ?
- As-tu menti pour amener les autres à faire des choses pour toi ?
- As-tu menti pour éviter de rembourser de l'argent ou ne pas rendre un service que tu devais ?
- Quelqu'un t'a-t-il déjà traité d'escroc ?
- Quelqu'un s'est-il déjà plaint que tu ne tenais pas souvent tes promesses ?
- À quelle fréquence mens-tu ?

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Ment occasionnellement. Ment plus souvent que les autres enfants du même âge.
 3 - Clinique : Ment souvent, de nombreuses fois par semaine ou plus (pour duper ou tricher).

PASSÉ :
 P E T

REMARQUE: NE COTER QUE LES ÉLÉMENTS EN FAVEUR D'UN MENSONGE DESTINÉ À TRICHER OU « PIÉGER ».

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : A fait l'école buissonnière une seule fois.
 3 - Clinique : Fait souvent l'école buissonnière (par ex. deux jours ou plus, ou pendant une partie de la journée à de nombreuses reprises).

PASSÉ :
 P E T

2. École buissonnière

- T'est-il déjà arrivé de manquer l'école toute une journée sans que tes parents le sachent ?
- T'est-il parfois arrivé d'aller à l'école puis de partir avant la fin des cours sans en avoir l'autorisation ?
- T'est-il arrivé d'être en retard ?
- T'est-il parfois arrivé de manquer la classe le matin ?
- Cela t'a-t-il attiré des problèmes ?
- À quelle fréquence ?
- **Pour les adolescents** : Quel âge avais-tu quand tu as commencé à faire l'école buissonnière ?

REMARQUE : NE COTER POSITIVEMENT QUE LES ÉPISODES D'ÉCOLE BUISSONNIÈRE SURVENANT AVANT L'ÂGE DE 13 ANS. DE PLUS, L'ÉCOLE BUISSONNIÈRE CONSISTE À MANQUER ACTIVEMENT UNE PARTIE OU TOUTE LA JOURNÉE D'ÉCOLE, QUELLE QUE SOIT LA CAPACITÉ DU PARENT À IMPOSER LA PRÉSENCE À L'ÉCOLE.

3. Déclenche des bagarres

- Y a-t-il déjà eu une période où tu te bagarrais beaucoup ?
- Qui commençait les bagarres habituellement ?
- Quelle est la bagarre la plus grave à laquelle tu as pris part ?
- Qu'est-il arrivé ?
- Quelqu'un a-t-il été blessé ?
- Avec qui te battais-tu généralement ?
- As-tu déjà frappé un professeur ?
- Un de tes parents ? Un autre adulte ?
- À quelle fréquence te battais-tu ?
- As-tu déjà voulu tuer quelqu'un ou essayé de le faire ?

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Se bagarre seulement avec ses pairs. Aucune de ces bagarres n'a entraîné une blessure grave chez un pair (c.-à-d. qu'aucune intervention médicale n'a été nécessaire, pas de points de suture, etc.).
 3 - Clinique : Signale au moins une bagarre avec un adulte (parent, professeur) OU signale de fréquentes bagarres, dont une ou plusieurs avec une blessure grave chez un pair, ou bagarres fréquentes n'entraînant pas de blessure (au moins 1 à 2 fois par mois).

REMARQUE : TENIR COMPTE DE LA CULTURE, DU CONTEXTE ET DE L'ENVIRONNEMENT.

POSEZ DES QUESTIONS SUR LES DEUX ÉLÉMENTS SUIVANTS :

1 – Appartenance à une bande

Fais-tu partie ou un de tes amis fait-il partie d'un gang ?

- Cocher si des éléments indiquent l'appartenance à une bande.

2 – Désir de meurtre As-tu déjà songé à tuer quelqu'un ou un groupe de gens ? As-tu une arme à feu ou d'autres armes ?

- Cocher si arguments en faveur d'un désir de tuer.

PASSÉ :

P	E	T
---	---	---

4. Persécute, menace ou intimide les autres

- Essaies-tu parfois de tyranniser ou de menacer des enfants pour les forcer à faire quelque chose ?
- Faisais-tu souvent les choses suivantes :
 - insulter ou te moquer d'autres enfants ;
 - menacer de blesser d'autres enfants ;
 - pousser ;
 - faire un croche-pied ;
 - venir par-derrière et gifler ou faire tomber des enfants ;
 - faire violemment tomber des objets des mains des enfants ;
 - forcer d'autres enfants à faire des choses pour toi ?

<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>
()	()	()
()	()	()
()	()	()
()	()	()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent.
 2 - Subclinique : Persécute, menace ou intimide les autres occasionnellement.
 3 - Clinique : Persécute, menace ou intimide les autres souvent, à de nombreuses reprises, tous les jours ou presque, ou au moins plusieurs fois par semaine.

PASSÉ :

P	E	T
---	---	---

REMARQUE : NE PAS COTER LES RIVALITÉS BANALES ENTRE FRÈRES ET SŒURS.

5. Vol sans violence

	<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>	
- Durant l'année passée, as-tu volé quelque chose ?	()	()	()	0 - Pas d'information.
- Quelle est la chose la plus chère que tu as volée ?	()	()	()	1 - Absent.
- Quelles autres choses as-tu volées ?	()	()	()	2 - Subclinique : A volé seulement une fois, sans confrontation avec la victime.
- À qui ?				
- Dans quels magasins ?	()	()	()	3 - Clinique : A volé deux fois ou plus, sans confrontation avec les victimes.
- As-tu volé un jouet dans un magasin ?				
- De l'argent à ta mère ?				
- Autre chose ?				
- À quelle fréquence as-tu volé ?				

PASSÉ :
P E T

REMARQUE : NE COMPTER QUE LES VOLS D'UNE CERTAINE VALEUR (20 € ou plus)

EXCEPTION : MULTIPLES VOLS DE PEU DE VALEUR EFFECTUÉS EN DEHORS DU DOMICILE.

- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « TROUBLE DES CONDUITES » DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLES DES CONDUITES.
- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « TROUBLE DES CONDUITES » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLES DES CONDUITES.
- PAS D'ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TROUBLE DES CONDUITES

REMARQUE NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES DES CONDUITES ACTUELS ET PASSÉS, EN PRÉCISANT TOUT SIGNE D'APPARTENANCE À UNE BANDE

1. Tics moteurs

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|--|----------|----------|----------|--|
| | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| - As-tu déjà remarqué que tes muscles bougeaient d'une manière que tu ne souhaitais pas ou à laquelle tu ne t'attendais pas ? | () | () | () | 1 - Absent. |
| | () | () | () | 2 - Subclinique : Tics bien définis présents. Tics ne persistant pas toute une année. |
| - Comme soulever tes sourcils (montrer), cligner beaucoup des yeux (montrer), plisser le nez (montrer), hausser les épaules (montrer) ou bouger la tête comme ceci (montrer) ? | () | () | () | 3 - Clinique : Tics bien définis présents. Leur fréquence peut varier, mais ils sont présents depuis au moins un an. |
| - As-tu déjà cligné énormément ou très fort des yeux sans pouvoir t'arrêter ? | | | | |
| - À quelle fréquence cela arrivait-il ? | | | | |

PASSÉ : P E T

REMARQUE : COTATION EN FONCTION DES DIRES ET DE L'OBSERVATION.

Ne pas coter positivement si dû aux compulsions d'un TOC ou aux mouvements stéréotypés d'un TSA.

2. Tics vocaux

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|--|----------|----------|----------|--|
| | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| - As-tu déjà remarqué que tu faisais des bruits que tu ne souhaitais pas faire, que tu répétais des sons ou des mots que tu ne voulais pas répéter ? | () | () | () | 1 - Absent. |
| | () | () | () | 2 - Subclinique : Tics bien définis présents. Tics ne persistant pas toute une année. |
| - Comme renifler, tousser ou t'éclaircir la voix alors que tu n'étais pas enrhumé ? | () | () | () | 3 - Clinique : Tics bien définis présents. Leur fréquence peut varier, mais ils sont présents depuis au moins un an. |
| - Faire des sons d'animaux, des grognements ou même répéter des choses que d'autres personnes disaient ? | | | | |

PASSÉ : P E T

REMARQUE : COTATION EN FONCTION DES DIRES ET DE L'OBSERVATION.

- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DES ITEMS CONCERNANT LES TICS MOTEURS OU VOCAUX, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « TICS » DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLE DES CONDUITES.

- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DES ITEMS CONCERNANT LES TICS MOTEURS OU PHONIQUES, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « TICS » DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLE DES CONDUITES.

- PAS D'ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TIC

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TICS, ACTUELS ET PASSÉS.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Les troubles du spectre de l'autisme sont caractérisés par leur retentissement sévère et envahissant dans plusieurs domaines de développement : aptitude aux interactions sociales, aptitude à communiquer, présence de comportements, intérêts et activités stéréotypés. Les retentissements qualitatifs qui définissent ces pathologies sont nettement déviants par rapport à l'âge mental ou au niveau de développement de la personne.

- 1) Ces troubles se manifestent généralement tôt dans la vie. N'oubliez pas d'évaluer la durée du symptôme pour chacun des items ci-dessous ; demandez aussi s'il était présent en maternelle ou avant. N'oubliez pas non plus de résumer vos observations cliniques du comportement pendant l'entretien dans la case « récapitulatif ».
- 2) Si l'enfant nie avoir un symptôme, mais qu'il est signalé par les parents ou que vous l'observez pendant l'entretien, accordez plus de poids aux parents et/ou à vos observations qu'à la déclaration de l'enfant car ce dernier n'est peut-être pas conscient d'avoir un problème.
- 3) Pour tous les symptômes ci-dessous, demandez-vous s'ils seraient mieux expliqués par un autre trouble psychiatrique (surtout TOC, TDA/H, psychose, handicap intellectuel, anxiété sociale sévère) ou par une pathologie neurologique ou médicale. Tenez également compte du stade de développement de l'enfant, de son comportement et de ses émotions habituelles, d'antécédents d'abus ou de négligence ainsi que du contexte culturel de la famille et de l'enfant.
- 4) N'oubliez pas de coter positivement les symptômes si vous les observez pendant l'entretien. Par exemple, le parent et/ou l'enfant peuvent nier que les mouvements de l'enfant sont parfois bizarres alors que l'enfant ne cesse de secouer la main ou marche sur la pointe des pieds depuis qu'il est entré dans votre bureau. Les parents ou l'enfant signalent qu'il est très charmant, amical et que sa communication non verbale est bonne ; cependant, pendant l'entretien vous remarquez que ce n'est pas le cas. Vous pouvez alors attirer l'attention des parents sur ce point. Dites-leur, par exemple : « Pendant l'entretien, j'ai remarqué que votre enfant évite de me regarder (ou qu'il effectue tel ou tel mouvement). Est-ce nouveau ou d'autres personnes ou vous-même l'avez déjà observé ? »

REMARQUE : LA MAJORITÉ DES SECTIONS DU K-SADS-PL COMPORTE DES EXEMPLES DE QUESTIONS DESTINÉES À REPÉRER LES SYMPTÔMES DE L'ENFANT. CETTE SECTION COMPORTE DES EXEMPLES DE QUESTIONS DESTINÉES AUX PARENTS PUISQU'ILS SONT SUPPOSÉS ÊTRE LES MEILLEURS INFORMATEURS QUANT À CES COMPORTEMENTS, ET QUE DE NOMBREUX ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME N'ONT CONSCIENCE NI DE LA PRÉSENCE NI DE LA SIGNIFICATION DE CES SYMPTÔMES. CES ITEMS DOIVENT ÊTRE REVUS AVEC L'ENFANT, MAIS EN ACCORDANT PLUS DE POIDS AUX PAROLES DES PARENTS ET AUX OBSERVATIONS DE LA PERSONNE QUI CONDUIT L'ENTRETIEN LORS DE LA COTATION DES ITEMS.

1. Paroles, gestes ou manipulation d'objets stéréotypés ou répétitifs

	<u>P</u>	<u>E</u>	<u>I</u>	
Parent :				
– <i>Votre enfant a-t-il des maniérismes moteurs inhabituels comme secouer les mains, agiter la tête, se balancer ou tourner comme une toupie ?</i>	()	()	()	0 - Pas d'information.
– <i>Une tendance à agiter les doigts ?</i>	()	()	()	1 - Absent. Pas de maniérisme bizarre avec les doigts ou les mains
– <i>Votre enfant répète-t-il ce que vous dites ?</i>	()	()	()	2 - Subclinique : Quelques incidents isolés, rarement observés.
– <i>Reproduit-il vos paroles ou celles des autres ?</i>	()	()	()	3 - Clinique : Survient parfois ou plus souvent.
– <i>Répète-t-il des phrases stéréotypées qui lui sont propres ?</i>				
– <i>D'autres habitudes répétitives ?</i>				
– <i>Peut-être une utilisation inhabituelle ou bizarre d'un jouet ou d'un ustensile ménager ?</i>				

PASSÉ : P E T

Enfant :

- *Est-ce que tu aimes regarder tes mains quand que tu agites les doigts ?*
- *Est-ce que te balancer d'avant en arrière te calme quand tu es contrarié ?*
- *Les gens te demandent-ils parfois de rester tranquille et d'arrêter de tourner sur toi-même ?*

REMARQUE : COTATION EN FONCTION DES DÉCLARATIONS DES PARENTS, DE L'ENFANT ET DES OBSERVATIONS DE LA PERSONNE CONDUISANT L'ENTRETIEN.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

2. Comportement verbal ou non verbal ritualisés, adhésion inflexible aux routines, insistance pour que tout reste pareil.

Parents :

- *Votre enfant est-il rigide et incapable de supporter de petits changements dans les projets ou les habitudes qui d'après vous ne devraient pas causer de problème (comme prendre un autre chemin pour aller à l'école, parcourir les rayons d'une épicerie dans un ordre différent ou prendre le repas du soir sur la table du salon au lieu de la table habituelle) ?*
- *Faites-vous beaucoup d'efforts pour éviter des changements d'emploi du temps afin de ne pas perturber votre enfant ?*
- *Votre enfant était-il comme ça avant la maternelle ?*
- *Par exemple, quand votre enfant grandit et que ses habits deviennent trop petits, refuse-t-il d'en porter de nouveaux ?*
- *Votre enfant a-t-il horreur des changements d'habitudes ? Par exemple, s'il ne peut pas prendre son bain et s'habiller à l'heure habituelle pour une raison quelconque, est-il très contrarié ?*

Enfant :

- *Cela te contrarie-t-il beaucoup si un changement imprévu survient dans tes projets ou dans la manière dont tu fais les choses, comme par exemple si l'école commence en retard ou si le repas du soir a lieu un peu plus tôt que d'habitude ou si tu prends un autre chemin pour rentrer de l'école ?*

3. Intérêts figés, très restreints, anormaux de par leur intensité ou leur sujet.

Ceci se manifeste surtout par des préoccupations envahissantes sur un sujet ou un intérêt donné sur lesquels l'enfant recueille parfois énormément de faits et d'informations. Ces intérêts et activités sont poursuivis avec une grande intensité, souvent à l'exclusion d'autres activités. Cotez le sujet et/ou l'intensité.

P E I

() () ()

() () ()

() () ()

() () ()

0 - Pas d'information.

1 - Absent. Flexibilité dans les limites de la normale.

2 - Subclinique : Légèrement inflexible, ou inflexibilité non manifeste dans la petite enfance.

3 - Clinique : Adhésion rigide, significative et persistante à des routines et rituels dont l'interruption entraîne une détresse. Mode de comportement manifeste depuis la petite enfance.

PASSÉ :
P E T

P E I

() () ()

() () ()

() () ()

() () ()

0 - Pas d'information.

1 - Absent.

2 - Subclinique : Préoccupations inhabituelles sans retentissement significatif ou sans qu'elles occupent une période de temps excessive.

3 - Clinique : Tout à fait préoccupé par un sujet d'intérêt restrictif ou stéréotypé qui est anormal par son intensité ou son sujet. A un retentissement significatif sur les fonctions sociales ou restreint la participation à d'autres activités.

PASSÉ :
P E T

Parent :

- *Votre enfant a-t-il des intérêts qui ne sont pas typiques de ceux des autres enfants de son âge, comme par exemple un intérêt pour les ventilateurs de plafond ou pour les radiateurs ?*
- *A-t-il mémorisé des faits inhabituels comme des horaires de bus, des faits historiques ou d'autres sortes de faits qui le préoccupent quotidiennement ?*
- *Votre enfant a-t-il une activité particulière sur laquelle il est très focalisé ?*
- *Pensez-vous qu'il est trop « obsédé » par certaines activités ou certains intérêts, au-delà de ce que l'on attendrait d'un enfant de son âge ?*

Enfant :

- *Y a-t-il quelque chose de spécial qui t'intéresse particulièrement et dont tu aimes vraiment parler, sur lequel tu aimes lire ou que tu aimes faire ?*
- *Raconte-moi.*

REMARQUE : COTER POSITIVEMENT SI LE DISCOURS N'EST PAS APPROPRIÉ À L'ÂGE OU À LA CULTURE DE L'ENFANT, OU S'IL EST EXAGÉRÉ. NE PAS COTER ICI LES PRÉOCCUPATIONS RELATIVES AUX JEUX VIDÉO OU AUX JEUX SUR ORDINATEUR.

Ne pas coter ce comportement positivement s'il est en rapport avec d'autres diagnostics tels que TOC ou psychose.

4. Déficit des communications non verbales utilisées lors des interactions sociales

P **E** **I**
 () () ()
 () () ()

- 0 - Pas d'information.
 1 - Absent. Pas de problème dans aucun de ces domaines.
 2 - Subclinique : Problèmes discrets dans un domaine ou plus, qui sont évidents pour les membres de la famille et les professionnels mais pas pour les professeurs ou les camarades de classe.
 3 - Clinique : Problèmes avec un ou plusieurs aspects de comportements non verbaux avec retentissement fonctionnel.

Regard dans les yeux :

- *Devez-vous souvent rappeler à votre enfant de vous regarder quand il vous parle ou de regarder la personne à laquelle il parle ?*

() () ()

Expressions faciales :

- *Votre enfant manifeste-t-il une étendue normale d'expressions du visage ?*
- *Pouvez-vous lire la joie sur son visage quand il est joyeux ?*
- *Fait-il la moue quand il est triste ?*
- *Manifeste-t-il des expressions du visage moins habituelles comme la surprise, l'intérêt et la culpabilité ?*

() () ()

Gestes :

- *Quand il était petit enfant et avant l'école primaire, votre enfant utilisait-il des gestes courants tels que montrer du doigt pour marquer son intérêt, taper des mains quand il était heureux et hocher la tête pour dire oui ?*

PASSÉ :
P **E** **T**

Pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents : *Utilise-t-il des gestes pour faire comprendre comment quelque chose fonctionne ou quand il est en train d'expliquer quelque chose ?*

Indiquez les domaines de communication non verbale qui posent problème :

- Regard Expressions faciales Gestes

REMARQUE : Ne pas coter positivement si dû à une timidité ou une anxiété et si plus prononcé avec des inconnus.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

-
- **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « ÉTAT ACTUEL » DE LA SECTION « TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME » DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLES DES CONDUITES.**

 - **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LA PARTIE « PASSÉ » DE LA SECTION « TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME » DANS LE SUPPLÉMENT RELATIF AUX TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX, TROUBLES DISRUPTIFS ET TROUBLES DES CONDUITES.**

 - **PAS D'ARGUMENTS EN FAVEUR DE TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME.**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME, ACTUELS ET PASSÉS.

Codes pour les items suivants :

0 = Pas d'Information

1 = Non

2 = Oui

	Parent	Enfant	Récapitulatif
<u>Consommation de tabac</u>			
	0 1 2	0 1 2	0 1 2
A. A déjà fumé	() () ()	() () ()	() () ()
	0 1 2	0 1 2	0 1 2
B. A déjà chiqué	() () ()	() () ()	() () ()
	0 1 2	0 1 2	0 1 2
C. A déjà fumé (ou chiqué) du tabac quotidiennement pendant un mois ou plus.	() () ()	() () ()	() () ()

REMARQUES:**DSM-5 RD N° 21 : Déjà fumé ?**

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

– **SI CONSOMMATION DE TABAC, RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS.**– **SI AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE CONSOMMATION DE TABAC, PASSER À LA SECTION « CONSOMMATION D'ALCOOL » À LA PAGE SUIVANTE.**

	Parent	Enfant	Récapitulatif
2. <u>Quantité de tabac consommée</u>			
A. Consommation actuelle (cigarettes/jour ou « pincées » mâchées ou prisées par jour)	_____	_____	_____
B. Consommation la plus importante (cigarettes/jour ou « pincées » mâchées ou prisées par jour)	_____	_____	_____
Âge (années) _____			
3. <u>Avez-vous déjà fumé, prisé ou mâché du tabac au moins une fois par jour pendant un mois ou plus ?</u>	0 1 2	0 1 2	0 1 2
(1 cigarette, 1 pincée prisée ou mâchée par jour ou plus pendant au moins 30 jours)	() () ()	() () ()	() () ()
Âge au début de la consommation régulière (en mois) : _____			
4. <u>A déjà essayé d'arrêter</u>	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	() () ()	() () ()	() () ()
5. <u>A déjà réussi à arrêter ?</u>	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	() () ()	() () ()	() () ()
Si oui, durée de la période sans tabac la plus longue : _____			

Remarques:

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Codes pour les items suivants : 0 = Pas d'Information 1 = Non 2 = Oui

Commencer cette partie par un bref entretien semi-structuré (2-3 minutes) afin de recueillir des informations sur la consommation d'alcool.

Questions :

- Quel âge avais-tu quand tu as pris ta première boisson alcoolisée ?
- Quelle est ta boisson favorite ?
- As-tu un groupe d'amis avec qui tu bois ou bois-tu généralement seul ?
- Où bois-tu généralement ? À la maison ? Durant des fêtes ? Chez un ami ? Dans la rue ? Dans des bars ?
- Y a-t-il des moments particuliers où il t'arrive plus souvent de boire que d'autres ? Des soirées dansantes de l'école ou d'autres fêtes ?
- Quel âge avais-tu quand tu as commencé à boire régulièrement, disons deux verres ou plus par semaine ?
- Au cours des six derniers mois, y a-t-il eu au moins une semaine où tu as bu au moins deux verres ?

DSM-5 RD N° 20 : Boissons alcoolisées :

Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____

	Parent			Enfant			Récapitulatif		
1. Consommation :									
A. A bu deux verres d'alcool quatre fois ou plus en une semaine (un verre d'alcool est équivalent à une bouteille de bière de 350 ml, un verre de vin de 150 ml ou un verre d'alcool fort de 44 ml).	0	1	2	0	1	2	0	1	2
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
B. Âge (au début de la consommation régulière, années)	_____			_____			_____		
C. Fréquence actuelle de la consommation (jours par mois)	_____			_____			_____		
D. As-tu déjà bu 3 verres ou plus au cours d'une même journée ?	0	1	2	0	1	2	0	1	2
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
2. Problèmes liés à l'alcool									
- Le fait de boire t'a-t-il déjà causé des problèmes à la maison ?	0	1	2	0	1	2	0	1	2
- Avec tes parents ? Pour ton travail scolaire ?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
- Avec tes professeurs ? Avec tes amis ? Au travail ?									
- T'es-tu déjà attiré des ennuis en buvant ?									
3. A été soigné pour des problèmes liés à l'alcool									
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Remarques:									

- SI UN SCORE DE 2 OU PLUS EST OBTENU POUR L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, POSEZ LES QUESTIONS FIGURANT SUR LA PAGE SUIVANTE.
- SI AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UN ALCOOLISME ACTUEL OU PASSÉ, ALLER À LA SECTION « CONSOMMATION DE SUBSTANCES » PAGE 43.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

1. Quantité

- A.**
- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|---|----------|----------|----------|---|
| | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| | () | () | () | 1 - 1 à 2 verres |
| | () | () | () | 2 - 3 verres ou plus. |
| – Combien de verres bois-tu habituellement quand tu te mets à boire ? | | | | PASSÉ : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | | | P E T |
- B.**
- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|--|----------|----------|----------|---|
| | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| | () | () | () | 1 - 1 à 2 verres |
| | () | () | () | 2 - 3 verres ou plus. |
| – Quelle est la quantité maximale que tu as déjà bue en un seul jour ? | | | | PASSÉ : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| – Quand était-ce ? | | | | P E T |
| – Et au cours des six derniers mois ? | | | | |
| – Quelle est la plus grande quantité que tu as bue en une journée ? | | | | |

2. Fréquence

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|--|----------|----------|----------|---|
| | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| | () | () | () | 1 - 1 à 2 jours |
| | () | () | () | 2 - Trois jours ou plus |
| – En une semaine, quel est le plus grand nombre de jours où tu as bu quelque chose ? | | | | PASSÉ : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| – Bois-tu d'ordinaire le vendredi et samedi soir ? En semaine aussi ? | | | | P E T |

3. Inquiétude d'autrui au sujet de sa consommation d'alcool

- | | <u>P</u> | <u>E</u> | <u>I</u> | |
|--|----------|----------|----------|---|
| | () | () | () | 0 - Pas d'information. |
| | () | () | () | 1 - Non |
| | () | () | () | 2 - Oui |
| – Quelqu'un s'est-il déjà plaint de ta consommation d'alcool ? | | | | PASSÉ : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| – Des amis ? Tes parents ? Des professeurs ? | | | | P E T |
| – T'es-tu déjà fait du souci à ce propos ? | | | | |

– **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 2 EST OBTENU A LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS CI-DESSUS, REMPLIR LA PARTIE (ÉTAT ACTUEL) DE LA SECTION CONCERNANT « LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET TROUBLES ADDICTIFS » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET TROUBLES LIÉS À LA PRISE DE SUBSTANCES.**

– **APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 2 EST OBTENU A LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS CI-DESSUS, REMPLIR LA PARTIE (PASSÉ) DE LA SECTION CONCERNANT « LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET TROUBLES ADDICTIFS » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET TROUBLES LIÉS À LA PRISE DE SUBSTANCES.**

– **AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TROUBLE LIÉ A LA CONSOMMATION D'ALCOOL.**

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELS ÉPISODES DE CONSOMMATION D'ALCOOL ACTUELS ET PASSÉS.

Codes pour les items suivants : 0 = Pas d'Information 1 = Non 2 = Oui

Avant de commencer cette partie, donner au sujet la liste des drogues figurant en fin de ce kit « entretiens ». Rappeler à l'enfant la nature confidentielle de l'entretien avant de commencer à poser des questions (si pertinent).

1. Consommation de substances

- *Dis-moi si tu as déjà utilisé des drogues figurant dans cette liste, même si tu ne les as essayées qu'une seule fois. Lesquelles as-tu utilisées ?*

DSM-5 RD N° 22 : Marijuana, cocaïne, etc. :	DSM-5 RD N° 23 : Prise de médicaments sans ordonnance médicale :	1 fois ou plus, Parent			1 fois ou plus, Enfant			1 fois ou plus : récap.		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____	Cotation parent : _____ Cotation enfant : _____									
a. Cannabis <i>Shit, marijuana, herbe, beuh, haschich, THC</i>		()	()	()	()	()	()	()	()	()
b. Stimulants <i>Speed, amphéts, amphétamines, dexedrine (DEX), coupe-faims, cristal met</i>		()	()	()	()	()	()	()	()	()
c. Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques <i>Barbituriques (sédatifs, calmants), benzodiazépines (benzos ; Rohypnol, Valium, Xanax, Rivotril, Tranxene</i>		()	()	()	()	()	()	()	()	()
d. Cocaïne <i>Coke, crack</i>		()	()	()	()	()	()	()	()	()
e. Opioides <i>Héroïne (héro), morphine, opium, codéine (néocodion), méthadone, subutex (subu), moscontin, temgesic, tramadol (topalgic)</i>		()	()	()	()	()	()	()	()	()
f. PCP <i>Phéncyclidine, poussière d'ange</i>		()	()	()	()	()	()	()	()	()
g. Hallucinogènes <i>Agents psychédéliques, LSD, acide, mescaline, peyotl</i>		()	()	()	()	()	()	()	()	()
h. Solvants, produits inhalés <i>Colle, essence, chloroforme, éther, peinture, décapant, aérosols</i>		()	()	()	()	()	()	()	()	()
i. Autres <i>Médicaments vendus sur ordonnance, protoxyde d'azote (gaz hilarant), ecstasy, MDMA, etc.</i> Précisez : _____		()	()	()	()	()	()	()	()	()
j. Polytoxicomanie (évaluer la consommation associée de toutes les substances citées).		()	()	()	()	()	()	()	()	()

Remarques:

- **EN CAS DE PRISE DE SUBSTANCE, COMPLÉTER LES ITEMS DES PAGES SUIVANTES.**
- SI AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UNE TOXICOMANIE ACTUELLE OU PASSÉE, PASSER À LA SECTION « TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE », PAGE 48.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

1. Fréquence

- Au cours des six derniers mois, quelle a été ta consommation maximale de _____ ?
- Chaque jour ou presque chaque jour durant au moins une semaine ?
- Moins ? Plus ?
- As-tu déjà utilisé _____ plus souvent ?

Critères :

- 0 = Pas d'information.
- 1 = Absent.
- 2 = Moins d'une fois/mois.
- 3 = Plus d'une fois/mois.

	EA Parent				EPG Parent				EA Enfant				EPG enfant				Récap. EA				Récap. EPG							
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Cannabis <i>Shit, marijuana, herbe, beuh, haschich, THC</i>	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
b. Stimulants <i>Speed, amphéts, amphétamines, dexedrine (DEX), coupe-faims, cristal met</i>	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
c. Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques <i>Barbituriques (sédatifs, calmants), benzodiazépines (benzos, Rohypnol, Valium, Xanax, Rivotril, Tranxène)</i>	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
d. Cocaïne <i>Coke, crack</i>	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
e. Opioides <i>Héroïne (héro), morphine, opium, codéine (néocodion), méthadone, subutex (subu), moscontin, temgesic, tramadol (topalgic)</i>	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
f. PCP <i>Phéncyclidine, poussière d'ange</i>	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
g. Hallucinogènes <i>Agents psychédéliques, LSD, acide, mescaline, peyotl</i>	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
h. Solvants, produits inhalés <i>Colle, essence, chloroforme, éther, peinture, décapant, aérosols</i>	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
i. Autres <i>Médicaments vendus sur ordonnance, protoxyde d'azote (gaz hilarant), ecstasy, MDMA, etc.</i> Précisez : _____	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
j. Polytoxicomanie Évaluer la consommation associée de toutes les substances citées.	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Remarques:

Codes pour les items suivants : 0 = Pas d'Information 1 = Non 2 = Oui

	Parent			Enfant			Récapitulatif		
2. Problèmes liés à la prise ou à l'abus de substances									
- Ta consommation de _____ t'a-t-elle déjà causé des problèmes à la maison ?									
- Avec tes parents ?	0	1	2	0	1	2	0	1	2
- Pour ton travail scolaire ?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
- Avec tes professeurs ?									
- Avec tes amis ?									
- Avec la police ?									

Remarques:

- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS EXPLORANT LA FRÉQUENCE, REMPLIR LA PARTIE (ÉTAT ACTUEL) DE LA SECTION CONCERNANT « LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET TROUBLES ADDICTIFS » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET TROUBLES LIÉS À LA PRISE DE SUBSTANCES.
- APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE, SI UN SCORE DE 3 EST OBTENU A LA RUBRIQUE « PASSÉ » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS EXPLORANT LA FRÉQUENCE, REMPLIR LA PARTIE (PASSÉ) DE LA SECTION CONCERNANT « LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET TROUBLES ADDICTIFS » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET TROUBLES LIÉS À LA PRISE DE SUBSTANCES.
- AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TROUBLE LIÉ À UNE SUBSTANCE.

REMARQUE : NOTEZ LES DATES D'ÉVENTUELLES PRISES DE SUBSTANCES, ACTUELLES OU PASSÉES.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Codes pour les items suivants :

0 = Pas d'Information

1 = Non

2 = Oui

1. Événements traumatiques

Questions : Je vais te poser des questions sur une série d'événements dramatiques qui arrivent parfois aux enfants de ton âge et je voudrais que tu me dises si une de ces choses t'est déjà arrivée. Réponds bien par l'affirmative même si cela ne s'est produit qu'une seule fois.

Critères		1 fois au moins, Parent			1 fois au moins, Enfant			1 fois au moins : récap.		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
A. Accident de voiture		0	1	2	0	1	2	0	1	2
-	As-tu déjà eu un grave accident de voiture ?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
-	Qu'est-ce qui s'est passé ?									
-	As-tu été blessé ?									
-	Y a-t-il eu un autre blessé dans la voiture ?									
B. Autre accident		0	1	2	0	1	2	0	1	2
-	As-tu déjà eu un autre type d'accident grave ?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
-	Un accident de vélo ?									
-	D'autres accidents ?									
-	Qu'est-ce qui s'est passé ?									
-	As-tu été blessé ?									
C. Incendie		0	1	2	0	1	2	0	1	2
-	T'es-tu déjà retrouvé dans un incendie grave ?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
-	Y a-t-il déjà eu le feu dans ton école ou ta maison ?									
-	As-tu déjà fait un feu que tu n'as pas pu maîtriser ?									
-	Qu'est-ce qui s'est passé ?									
-	Quelqu'un a-t-il été blessé ?									
-	Y a-t-il eu beaucoup de dégâts ?									
D. Témoin d'une catastrophe		0	1	2	0	1	2	0	1	2
-	T'es-tu déjà retrouvé dans une très forte tempête comme une tornade ou un cyclone ?	()	()	()	()	()	()	()	()	()
-	T'es-tu déjà retrouvé piégé dans des inondations où l'eau était assez profonde pour pouvoir nager ?									

Codes pour les items suivants : 0 = Pas d'Information 1 = Non 2 = Oui

1. Événements traumatiques (suite)

Questions : Je vais te poser des questions sur une série d'événements dramatiques qui arrivent parfois aux enfants de ton âge et je voudrais que tu me dises si une de ces choses t'est déjà arrivée. Réponds bien par l'affirmative même si cela ne s'est produit qu'une fois.

Critères		1 fois au moins, Parent			1 fois au moins, Enfant			1 fois au moins, récap.		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
E. Témoin d'un crime violent		0	1	2	0	1	2	0	1	2
		()	()	()	()	()	()	()	()	()
<ul style="list-style-type: none"> - As-tu déjà vu quelqu'un voler quelqu'un d'autre ou lui tirer dessus ? - Voler dans un grand magasin ou attaquer quelqu'un ? - Prendre quelqu'un en otage ? Qu'est-ce qui s'est passé ? - Où étais-tu quand cela s'est passé ? - Quelqu'un a-t-il été blessé ? 		Enfant témoin direct d'un crime violent ou de menaces.								
F. Victime d'un crime violent		0	1	2	0	1	2	0	1	2
		()	()	()	()	()	()	()	()	()
<ul style="list-style-type: none"> - Quelqu'un t'a-t-il déjà agressé ou attaqué d'une autre façon ? - Qu'est-ce qui s'est passé ? - As-tu été blessé ? 		Enfant victime d'un crime violent ou d'une menace grave.								
G. Confrontation à des nouvelles traumatisantes		0	1	2	0	1	2	0	1	2
		()	()	()	()	()	()	()	()	()
<ul style="list-style-type: none"> - As-tu déjà appris une nouvelle vraiment mauvaise de manière inattendue ? - Comme, par exemple, apprendre que quelqu'un que tu aimes vient de mourir ou qu'il est malade et ne va pas guérir ? 		A appris la mort subite et imprévue d'un être aimé ou a appris qu'un être aimé était atteint d'une maladie mortelle								
H. Traumatismes liés au terrorisme		0	1	2	0	1	2	0	1	2
		()	()	()	()	()	()	()	()	()
<ul style="list-style-type: none"> - As-tu été touché par les attaques terroristes du musée juif de Bruxelles, par celles de Paris plus récemment ou par les mesures de sécurité qui en ont découlé en Belgique et en France ? 		Être aimé absent pendant longtemps ou gravement blessé ou tué lors d'une attaque terroriste.								

Codes pour les items suivants : 0 = Pas d'Information 1 = Non 2 = Oui

1. Événements traumatiques (suite)

Questions : Je vais te poser des questions sur une série d'événements dramatiques qui arrivent parfois aux enfants de ton âge et je voudrais que tu me dises si une de ces choses t'est déjà arrivée. Réponds bien par l'affirmative même si cela ne s'est produit qu'une fois.

Critères		1 fois au moins, Parent			1 fois au moins, Enfant			1 fois au moins : récap.		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
I. Traumatisme de guerre										
<ul style="list-style-type: none"> - As-tu déjà vécu dans une zone de guerre ? - Ta maison a-t-elle été attaquée ? - As-tu été témoin de meurtres ou de viols ? - As-tu vu tout ce qui t'entourait être incendié ? 		<p>A vécu dans une zone de guerre.</p> <p>A été témoin de morts et de destruction massive</p>								
<p>Services de protection : Ta famille a-t-elle jamais reçu l'aide de services de protection (ASE/ PJJ, ...) ?</p> <p><input type="radio"/> En ce moment <input type="radio"/> Autrefois</p>										
J. Témoin de violences domestiques										
<p>Les parents de certains enfants se disputent beaucoup de manière épouvantable. Ils s'injurient, lancent des objets, se menacent ou se font parfois vraiment du mal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tes parents (ou ta mère et ton beau-père) se battaient-ils parfois aussi violemment ? - Parle-moi de la pire bagarre entre tes parents dont tu te souviennes. Qu'est-ce qui s'est passé ? 		<p>Enfant témoin de disputes explosives avec menace de violence ou violences envers un parent.</p>								
K. Sévices physiques										
<ul style="list-style-type: none"> - Quand tes parents étaient très en colère contre toi, te frappaient-ils ? - As-tu déjà été frappé si fort que tu portais des marques ou des bleus sur le corps ou que tu étais blessé d'une façon ou d'une autre ? - Qu'est-ce qui s'est passé ? 		<p>Hématomes (bleus) à plus d'une occasion ou blessure plus grave.</p>								

Codes pour les items suivants : 0 = Pas d'Information 1 = Non 2 = Oui

1 Événements traumatiques (suite)

Questions : Je vais te poser des questions sur une série d'événements dramatiques qui arrivent parfois aux enfants de ton âge et je voudrais que tu me dises si une de ces choses t'est déjà arrivée. Réponds bien par l'affirmative même si cela ne s'est produit qu'une seule fois.

Critères	1 fois au moins, Parent			1 fois au moins, Enfant			1 fois au moins : récap.		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
<p>L. Sévices sexuels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelqu'un t'a-t-il déjà touché les parties intimes alors qu'il ne le devait pas ? Qu'est-ce qui s'est passé ? - Quelqu'un t'a-t-il déjà touché d'une façon telle que tu t'es senti mal ? - Quelqu'un qui ne le devait pas t'a-t-il déjà déshabillé, touché entre les jambes, t'a-t-il fait aller au lit avec lui/elle ou t'a-t-il/elle fait jouer avec ses parties intimes ? - Un service de protection de l'enfance s'est-il déjà occupé de ta famille ? 	0	1	2	0	1	2	0	1	2
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
<p style="text-align: center;">Incidents isolés ou répétés comportant caresses génitales, caresses buccogénitales, rapports vaginaux ou anaux.</p>									
<p>M. Autres</p> <p>Voudrais-tu me parler de quelque chose d'autre de vraiment grave qui t'est déjà arrivé ou de quelque chose d'autre de vraiment effrayant que tu as vu ?</p> <p>En cas de parents toxicomanes et/ou lorsqu'une négligence est connue ou suspectée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-il déjà arrivé que ton papa ou ta maman aient pris de la drogue et vous aient laissé seuls, toi et tes frères et sœurs, pendant une journée ou plus ? As-tu eu peur qu'ils ne reviennent pas à la maison ou que quelque chose de grave leur soit arrivé ? <p>EN CAS DE TRAUMATISME PASSÉ <u>AVÉRÉ</u> (SCORE DE « 2 » POUR N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS), POSEZ LES QUESTIONS CONCERNANT L'« TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE » À LA PAGE SUIVANTE.</p> <p>SI <u>AUCUN ARGUMENT</u> EN FAVEUR D'UN TRAUMATISME PASSÉ N'EST TROUVÉ, TERMINEZ L'ENTRETIEN DE DÉPISTAGE. REMPLIR LA FEUILLE DE CALCUL PRÉLIMINAIRE DES DIAGNOSTICS CONCERNANT LA VIE ENTIÈRE ET LES SUPPLÉMENTS APPROPRIÉS.</p>	0	1	2	0	1	2	0	1	2
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
<p>Notez l'incident ci-dessous.</p> <p>Incident :</p> <hr/>									
<p>REMARQUE : (ENREGISTREZ LES DATES D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES PASSÉS).</p>									

Codes pour les items suivants : 0 = Pas d'Information 1 = Non 2 = Oui

REMARQUE : Si plus d'un événement traumatique a été identifié, posez des questions sur la présence de symptômes liés à N'IMPORTE LEQUEL des traumatismes

REMARQUE : LORSQUE VOUS PARLEZ D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES AVEC UN ENFANT, IL EST IMPORTANT D'UTILISER LE MÊME NIVEAU DE LANGAGE QUE LUI LORS DES ENTRETIENS. (Par exemple : « penses-tu souvent au moment où il a mis son zizi dans tes fesses ? »)

1. Souvenirs, pensées ou images récurrents

EA Parent			EPG Parent			EA enfant			EPG enfant			Récap. EA			Récap. EPG		
0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

- Y a-t-il déjà eu une période où tu n'arrêtais pas de voir _____ ?
- À quelle fréquence cela arrivait-il ?
- Est-ce que ce qui était arrivé continuait à hanter ton esprit ?
- Y pensais-tu beaucoup ?

2. Sentiment de détachement

0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

- T'est-il difficile de faire confiance aux gens ?
- Préfères-tu rester seul plus qu'avant ?
- Comme si tu n'aimais plus être avec d'autres personnes dont tu aimais la compagnie avant ?
- Te sens-tu seul même quand tu es avec d'autres gens ?

3. Efforts pour éviter les activités ou les situations qui rappellent le traumatisme

0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

- Y a-t-il des endroits ou des choses qui te rappellent _____ ?
- Essaies-tu de les éviter ?
- Tu m'as dit avant que _____ te rappelle parfois ce qui était arrivé.
- Essaies-tu d'éviter _____ ?

3. Cauchemars

0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

- Y a-t-il déjà eu une période où tu faisais beaucoup de cauchemars ?
- As-tu déjà rêvé de _____ ?
- À quelle fréquence ?
- Fais-tu d'autres rêves effrayants ?

REMARQUE: Chez l'enfant, le contenu des rêves peut faire peur sans être directement en rapport avec le traumatisme.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Codes pour les items suivants : 0 = Pas d'Information 1 = Non 2 = Oui

4. **Hypervigilance**

- Depuis que ____ est arrivé, es-tu plus prudent ?
- As-tu le sentiment que tu dois toujours faire attention à ce qui se passe autour de toi ?
- Vérifies-tu deux fois les portes ou les fenêtres afin de t'assurer qu'elles sont bien fermées ?

EA Parent			EPG Parent			EA enfant			EPG enfant			Récap. EA			Récap. EPG		
0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

- SI UN SCORE DE 2 EST OBTENU À LA RUBRIQUE « ÉTAT ACTUEL » DE N'IMPORTE LEQUEL DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LES PARTIES « ÉTAT ACTUEL » ET « PASSÉ » DE LA SECTION « TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.
- SI UN SCORE DE 2 EST OBTENU À LA CASE « PASSÉ » DE L'UN DES ITEMS PRÉCÉDENTS, REMPLIR LES RUBRIQUES « ACTUEL » ET « PASSÉ » DE LA SECTION « TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE » DU SUPPLÉMENT TRAITANT DES TROUBLES ANXIEUX, OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET POST-TRAUMATIQUES.
- AUCUN ARGUMENT EN FAVEUR D'UN TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.

REMARQUE : ENREGISTREZ LES DATES D'ÉVENTUELS TROUBLES DE STRESS POST-TRAUMATIQUES, ACTUELS ET PASSÉS.

INSTRUCTIONS : Vérifiez les sections à compléter dans chaque supplément. Enregistrez les dates et/ou les âges au début de chaque trouble éventuel, actuel ou passé.

Identité du sujet : _____ Date _____ Évaluateur _____

Supplément N° 1**Troubles dépressifs, bipolaires et apparentés**

- Troubles dépressifs ; état actuel
- Troubles dépressifs ; passé
- Manie ; état actuel
- Manie ; passé
- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle ; état actuel
- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle ; passé

Supplément N°2**Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques**

- Psychose ; état actuel
- Psychose ; passé

Supplément N°3 :**Troubles anxieux, obsessionnels-compulsifs et apparentés, troubles liés à un traumatisme.**

- Troubles paniques ; état actuel
- Troubles paniques ; passé
- Agoraphobie ; état actuel
- Agoraphobie ; passé
- Anxiété de séparation ; état actuel
- Anxiété de séparation ; passé
- Anxiété sociale, mutisme sélectif ; état actuel
- Anxiété sociale, mutisme sélectif ; passé
- Phobies spécifiques ; état actuel
- Phobies spécifiques ; passé
- Troubles généralisés ; état actuel
- Troubles généralisés ; passé
- Trouble obsessionnel-compulsif ; état actuel
- Trouble obsessionnel-compulsif ; passé
- Trouble stress post-traumatique ; état actuel
- Trouble stress post-traumatique ; passé

Supplément N°4 :**Troubles neurodéveloppementaux, troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites**

- Déficit de l'attention/hyperactivité ; état actuel
- Déficit de l'attention/hyperactivité ; passé
- Trouble oppositionnel ; état actuel
- Trouble oppositionnel ; passé
- Trouble des conduites ; état actuel
- Trouble des conduites ; passé
- Tics ; état actuel
- Tics ; passé
- Troubles du spectre de l'autisme ; état actuel
- Troubles du spectre de l'autisme ; passé

Supplément N°5 :**Troubles des conduites alimentaires et troubles liés à une substance.**

- Trouble des conduites alimentaires ; état actuel
- Trouble des conduites alimentaires ; passé
- Troubles lié à l'alcool ; état actuel
- Troubles lié à l'alcool ; passé
- Troubles lié à la prise de substances ; état actuel
- Troubles lié à la prise de substances ; passé