

# Trouble du comportement de l'enfant : ébauche de raisonnement clinique en médecine de famille

## *Child behavior disorder : clinical reasoning in general practice*

**N. Kacenenbogen**

Département de Médecine générale, Faculté de Médecine, ULB

### RESUME

**Contexte :** en Belgique, 70 % des enfants de 0 à 14 ans ont au moins un contact annuel avec leur médecin de famille, alors que pour la même période, 6 à 12 % d'entre eux, consultent un neuropédiatre et/ou un pédopsychiatre. Or avant l'âge de 6 à 7 ans, le diagnostic de troubles comportementaux externalisés (TEC), telles les diverses expressions d'agressivité, de colère ou de vol, alarment souvent les familles, le personnel des crèches et garderies ou encore les instituteurs(trices). D'autres enfants manifesteront des troubles comportementaux internalisés (TIC) souvent associés à la dépression ou aux différentes formes d'anxiété.

**Objectifs :** tenant compte des rôles et compétences du médecin de famille, l'objectif est de proposer une démarche clinique qui se veut adaptée à la pratique de première ligne devant la majorité des plaintes intéressant le comportement d'un enfant de moins de 10 ans.

**Méthodologie :** recherche bibliographique. Les équations de recherches ont été utilisées pour les bases de données TRIP DATA BASE, Cochrane Library, PUBMED et Google Scholar (EN/FR) en recherchant, sauf exception, la littérature des cinq dernières années. Par ailleurs les sites de la Haute Autorité Française (HAS), Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), du Centre d'Expertise en Soins de Santé (KCE), de l'Institut Scientifique en Santé publique (ISSP) et du DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ont également été consultés.

**Résultats :** l'âge de l'enfant, son environnement social et familial permettent de guider le généraliste dans sa démarche et dans la majorité des cas, il pourra rassurer les familles. Par ailleurs, devant toutes difficultés de parcours familial, il faudrait s'enquérir de la santé des

### ABSTRACT

**Context :** in Belgium 70 % of the children aged 0 - 14 years have at least one annual contact with their family doctor, while for the same period, only 6 - 12 % of them will see a neuropaediatrician and/or a child psychiatrist, despite the fact that a diagnostic of Externalizing behavior before the age of 6 to 7 years, such as various ways of aggressiveness, of anger or of stealing will very often alert the family, the staff of creches or nursery as well as the teachers. Other children are showing signs of Internalizing behavior, very often together with depression or other forms of anxiety.

**Objective :** considering the role and the skills of the family doctor, the target is to propose a clinical approach adapted to the first line practitioner having to face the majority of complaints about the behaviour of a child younger than 10 years.

**Methodology:** bibliographic research. The research equations were used on the data base TRIP DATA BASE, Cochrane Library, PUBMED and Google Scholar (EN/FR), searching, bare exception, the literature of the last five years. Moreover, the sites of the Haute Autorité Française (HAS), Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Centre d'Expertise en Soins de Santé (KCE), Institut Scientifique en Santé Publique (ISSP) and of the DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) were consulted too.

**Results :** the age of the child, his social and family environment will guide the family doctor and in the majority of cases, he will be able to reassure the family. Moreover, when in front of any problem within the family life it should be advisable to inquire about the health of the children in question, especially from a

*enfants concernés et notamment d'un point de vue comportemental. A l'inverse lorsqu'un enfant démontre des TEC ou des TIC, il importe de rechercher les circonstances environnementales potentiellement en cause.*

*Conclusions : le défi pour le médecin généraliste, est de pouvoir en 15 à 30 minutes par consultation, discerner les troubles sérieux du comportement de l'enfant, de ceux qui ne le sont pas. Il est proposé une ébauche d'outil d'évaluation utilisable en 1<sup>ère</sup> ligne. De vraies échelles d'évaluation validées pour la pratique de médecine générale devraient être l'objet de travaux ultérieurs.*

*Rev Med Brux 2017 ; 38 : 218-27*

*behavioural point of view. To the opposite, when a child is showing TEC or TIC, it is important to inquire about circumstances in his environment that might potentially be at the origin of (or contributing to) the troubles.*

*Conclusions : the challenge the family doctor is facing is to be able in a consultation of 15-30 minutes to make the difference between serious and less serious behaviour troubles of the child. We are suggesting a first approach to a tool that would allow the front-line doctors to make an evaluation. More developed evaluation scales to be used by the family doctor will be the subject matter of future research work.*

*Rev Med Brux 2017 ; 38 : 218-27*

*Key words : conduct disorders, obsessive-compulsive disorder, social communication disorder, child, general practitioner*

## CONTEXTE

### Place du généraliste dans le système des soins de santé et en pédiatrie

Malgré l'absence d'un système d'échelonnement dans notre pays, le généraliste reste le médecin le plus consulté par la population de tous âges ; 94 % des personnes interrogées lors de la dernière enquête de santé, avait un médecin de famille attiré et 77 % d'entre elles avait eu au moins un contact avec lui au cours de l'année écoulée, à comparer aux 47 % de personnes ayant eu au moins un contact avec un médecin spécialiste en ambulatoire (toutes spécialités confondues)<sup>1,2</sup>. L'impact de la 1<sup>ère</sup> ligne sur l'état de santé d'une population a été étudié : plus la densité des généralistes augmente et plus la santé de la population s'améliore avec une augmentation globale de l'espérance de vie, faits associés à une diminution de la morbidité en général, et notamment infantile<sup>3-6</sup> ; nous ne retrouvons pas ce même type d'association pour la médecine hospitalière<sup>3</sup>.

Les enfants de 0 à 14 ans, voient en moyenne deux fois par an le médecin de famille ; autrement calculé, 70 % de la population pédiatrique a eu au moins un contact annuel avec lui, à comparer aux 40 % des enfants qui auront consulté un spécialiste au cours de la même période. Ainsi par exemple, 6 à 12 % des moins de 15 ans, consultent annuellement un neurologue et/ou un pédopsychiatre. Comme pour l'adulte, l'enfant d'une famille peu instruite ou démunie ira moins souvent en consultation spécialisée et notamment moins chez le pédiatre. Malgré un système de sécurité social tel que le nôtre, où quasi toute la population est assurée en matière de soins médicaux, l'état de santé des belges, reste d'autant moins bon que le niveau socio-économique est bas<sup>7,8</sup>. En résumé,

quoique certaines disparités régionales existent, le généraliste belge est le médecin le plus consulté par la population, y compris pédiatrique, et ce d'autant plus que cette population est pauvre et en mauvaise santé.

### Troubles du comportement de l'enfant et le médecin de famille

De manière pragmatique pour le médecin, nous pourrions définir les "troubles de comportement" chez l'enfant, comme un syndrome psychopathologique mettant en péril la relation avec son entourage. En fonction des normes admises par la communauté à un moment donné et en fonction des usages et des lois, cela génèrera des réactions plus ou moins importantes de la part de ses proches, comme celui du groupe social concerné (l'école, les aides à la jeunesse, le système de soins et judiciaire). Les réponses environnementales iront de la simple réprobation jusqu'au risque réel pour le mineur lui-même et son évolution, comme pour ceux qui l'entourent<sup>9,10</sup>.

Beaucoup d'enfants et en particulier avant l'âge de 6 à 7 ans, sont suivis en pédopsychiatrie pour diagnostic de troubles comportementaux externalisés (TEC), telles les diverses manifestations d'agressivité, de colères ou de vol, alarmant les familles, le personnel des crèches et garderies ou encore les instituteurs(trices)<sup>11</sup>. Pourtant, au sein de la population générale, moins de 10 % de ces enfants verront persister des difficultés comportementales sérieuses au-delà de la première année primaire ; en effet spontanément, leur fréquence diminue avec l'âge<sup>12</sup>. Si les troubles comportementaux internalisés (TIC) liés à la dépression ou aux différentes formes d'anxiété de l'enfant (tels les troubles type obsessionnel et/ou compulsif concernant 3-4 élèves par classe en primaire/TOC), sont discrets avec le plus souvent une tendance

au retrait et à l'isolement, *a contrario* ils pourront se caractériser par l'émergence de TEC ; dans ces cas il existe le risque de diagnostic erroné de troubles d'opposition voire des conduites<sup>13-15</sup>.

Tenant compte de ces faits et de l'ensemble des rôles et compétences du médecin de famille<sup>16</sup>, l'action de ce dernier est fondamentale et pourrait se résumer comme suit :

- Repérer les facteurs de risque et activer les facteurs de protection (prévention primaire) ;
- Dépister ces troubles en distinguant ce qui est potentiellement pathologique de ce qui ne l'est pas ;
- Eviter une médicalisation inutile et iatrogène (prévention quaternaire)<sup>17</sup> ;
- Accompagner et référer si nécessaire, les familles et les enfants en souffrance, sachant que non reconnus, les conséquences à moyen et longs termes des troubles pathologiques du comportement sont multiples : mauvais résultats scolaires, difficultés relationnelles, problème d'insertion sociale, précarité, comportements à risques pour la santé somatique (tabac, alcool entre autres), morbidité et mortalité prématurée.

### Objectif et méthodologie

En tenant compte du contexte décrit ci-dessus, et à partir d'une recherche bibliographique, il est proposé une démarche clinique qui se veut adaptée à la pratique de première ligne devant la majorité des plaintes intéressant le comportement d'un enfant de moins de 10 ans.

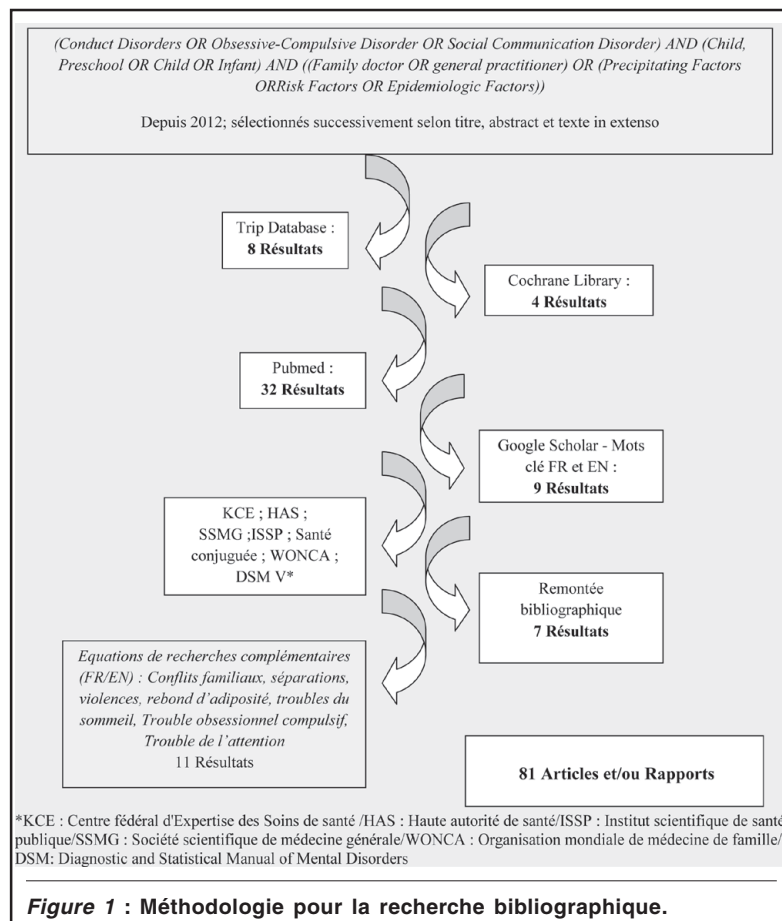
Par contre dans cet article, il ne sera pas question de détailler les différentes pathologies évoquées, pour lesquelles on se référera à la littérature et aux classifications reconnues.

Les équations de recherches (figure 1) ont été utilisées pour les bases de données *TRIP DATA BASE*, *Cochrane Library*, *PUBMED* et *Google Scholar* (EN/FR) en recherchant, sauf exception, la littérature des cinq dernières années. Par ailleurs les sites de la Haute Autorité Française (HAS), Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), du Centre d'Expertise en Soins de Santé (KCE) de l'Institut Scientifique en Santé Publique (ISSP) et du DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), ont également été consultés.

### FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION : IMPLICATIONS EN MEDECINE DE FAMILLE

#### Facteurs intrinsèques de l'enfant

On constate chez les enfants présentant un TEC, tels les comportements de désobéissance ou de faible engagement dans une tâche, de trop faibles performances en matière de langage<sup>18,19</sup>. Dans un certain nombre de cas, seront en cause, des troubles intrinsèques neurologiques, cognitifs et/ou sensoriels<sup>20,21</sup>. Par ailleurs, différentes formes d'anxiété, dont



**Figure 1 : Méthodologie pour la recherche bibliographique.**

les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), la dépression<sup>22,23</sup> de même que les troubles d'attention et d'hyperactivité (TDHA), voire les troubles de conduite<sup>24-27</sup> se manifesteront par des TIC ou des TEC et pour lesquels des déterminants génétiques sont rapportés.

Cependant, les auteurs n'excluent jamais l'effet dominant des facteurs environnementaux qui, dans la plupart des cas, interagissent avec des facteurs génétiques. Par exemple des travaux, dont certains prospectifs, constatent une évolution optimale du développement psychomoteur des enfants, dont les acquis de la parole au cours des 5 premières années, grâce à l'allaitement maternel de 6 mois minimum<sup>28,29</sup> ce dernier paraissant lui-même dépendant des conditions dans lesquelles vivent les familles<sup>30,31</sup>. Ainsi pour le médecin généraliste, la connaissance de l'environnement des jeunes patients sera essentielle, afin de reconnaître ceux à risque majoré de troubles de comportement, pour diagnostiquer ces problèmes, mais aussi dans certains cas, de pouvoir les prévenir.

#### Les conditions de vie

Ces facteurs délétères pour le développement sont connus et, déjà en 2002 dans une large revue canadienne, Bernardini et Jenkins concluent que le risque de trouble du développement de l'enfant et notamment pour son comportement, serait principalement associé à des éléments extrinsèques, comme la précarité, l'absence concrète ou symbolique d'un parent, les conflits familiaux et la psychopathologie

parentale<sup>32</sup>. Plus récemment d'autres auteurs expriment le même constat<sup>33</sup>. Ainsi le lien entre pauvreté et trouble de développement des jeunes au niveau mental<sup>34</sup> et comportemental<sup>35-37</sup> est régulièrement rapporté, avec par exemple l'association entre précarité des familles et la détection d'une hyperactivité chez l'enfant<sup>38</sup>. La littérature expose aussi les liens entre les conflits familiaux et le développement de l'enfant<sup>39,40</sup>. L'investissement des deux parents dans l'éducation de l'enfant et ce dès son plus jeune âge est également décrit comme prépondérant pour son évolution comportementale<sup>41,42</sup> et cognitive<sup>43</sup>. Enfin il se confirme que dès les premiers mois de vie, la psychopathologie parentale et notamment maternelle, influence les comportements du nourrisson<sup>44-46</sup>. On rapporte également qu'en contrôlant la dépression parentale, on peut prédire chez l'enfant, une diminution des TEC<sup>47</sup>.

A partir de leurs travaux, Bernardini et Jenkins<sup>32</sup> avançaient déjà, que plus les difficultés liées à l'environnement s'additionnaient et plus le risque augmentait pour le jeune. Ces auteurs allaient plus loin ; en agissant sur un ou plusieurs de ces facteurs, une prévention primaire serait potentiellement à notre portée. Ces conclusions sont parlantes pour le médecin de première ligne ; détecter et traiter une dépression parentale, conseiller une thérapie familiale, ou encore accompagner un des membres d'une famille dans ses démarches pour maintenir ou acquérir le droit à certaines allocations, sont autant de démarches courantes en médecine générale et qui dans le même temps auront potentiellement un impact positif sur le devenir des familles et leurs enfants. Popliger dans une étude transversale a d'ailleurs montré une association significative et indépendante entre la mise en place d'un support social et l'évolution des comportements de l'enfant en âge scolaire<sup>48</sup>.

### **Deux situations familiales courantes et à risque pour le développement de l'enfant**

Certaines circonstances cumulent les facteurs de risque cités ci-dessus ; la violence intrafamiliale (en particulier entre partenaires) généralement méconnue des médecins généralistes et la séparation parentale souvent banalisée. Rappelons déjà que la violence intrafamiliale, les séparations sont très souvent en cause pour les dépressions infantiles<sup>15</sup>.

#### *La violence familiale*

La violence conjugale est un fait objectivé en Belgique grâce à la dernière enquête nationale qui révèle qu'une femme sur vingt, âgée de 18 à 75 ans subit de la part de son partenaire, des violences graves au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, occasionnant des séquelles psychologiques ou physiques ; près de 2 % des hommes se retrouvent dans ces mêmes situations<sup>49</sup>. Or, dans plus de 40 % des cas de violences conjugales, des enfants en sont les témoins. Ainsi, en plus des problèmes de santé chez la victime directe des violences, on décrit des conséquences psychologiques et comportementales

chez les jeunes exposés à cette maltraitance en introduisant la notion d' " enfant symptôme " <sup>50</sup>. D'autres études signalent que 10 % des mineurs deviennent, dans ces situations, victimes à leur tour<sup>51</sup>. La littérature décrit régulièrement le lien entre la violence intrafamiliale et les troubles du comportement et y compris de conduite, chez les enfants concernés<sup>52,53</sup>. Enfin, il est rapporté le lien entre maltraitance directe de l'enfant et psychopathologie de développement<sup>54</sup>.

#### *La séparation parentale*

En Belgique, on évalue à 600.000 le nombre de mineurs vivant à un moment donné la séparation de leurs parents. Cela représente 10 % des enfants en âge préscolaire<sup>55</sup> et cela peut monter à 25, voire 30 % pour les adolescents<sup>56</sup>. Dans notre pays, les généralistes observent dans leur pratique un lien entre structure familiale et la santé de l'enfant tant sur un plan somatique que psychologique et comportemental<sup>57</sup>. Il existe par ailleurs en Belgique des arguments montrant une association indépendante du niveau social, entre séparation et comportements parentaux moins optimaux pour la santé des enfants de moins de trois ans (peu ou pas d'allaitement, tabagisme passif entre autres)<sup>58</sup>, mais également avec le risque de retard de développement et notamment en matière des acquis du langage<sup>41,42</sup>, situation plus à risque de faire émerger les TEC<sup>36,37</sup>. Des observations similaires se retrouvent dans la littérature internationale<sup>59-61</sup>.

#### *Liens entre violence familiale et séparation parentale*

Ces deux situations familiales semblent en interrelation. En effet la dernière enquête belge démontrait que les personnes ayant gardé des contacts avec leur ancien partenaire déclaraient deux fois plus de violences de tous types par comparaison avec les violences déclarées au sein d'un couple toujours uni<sup>50</sup>. Certains auteurs étrangers confirment d'ailleurs ces constatations, à savoir que la séparation ou le divorce sont des facteurs de risque de violence entre partenaires et en particulier, entre ex-partenaires<sup>62</sup>. Nous avons vu que dans notre pays, plus de 40 % des cas de violences conjugales, des enfants sont témoins de ces violences<sup>50</sup> avec plus de troubles d'ordre psychologique et comportemental<sup>63,64</sup>. D'autre part, chez nous comme ailleurs, dans 10 % des cas, ces enfants témoins deviennent des victimes directes de maltraitance<sup>49,65</sup>, avec en corollaires des troubles d'adaptation. Enfin des rapports européens et américains, mettent en évidence que la séparation parentale, augmente par elle-même le risque de maltraitance envers l'enfant générant également des troubles psycho-comportementaux<sup>65,66</sup>.

Il existe pour la pratique de 1<sup>ère</sup> ligne, des recommandations de détection systématique de violence entre partenaires, notamment lorsque le clinicien est témoin d'une séparation<sup>67</sup>.

Nous pouvons conclure ce chapitre en proposant la ligne de conduite suivante pour le médecin

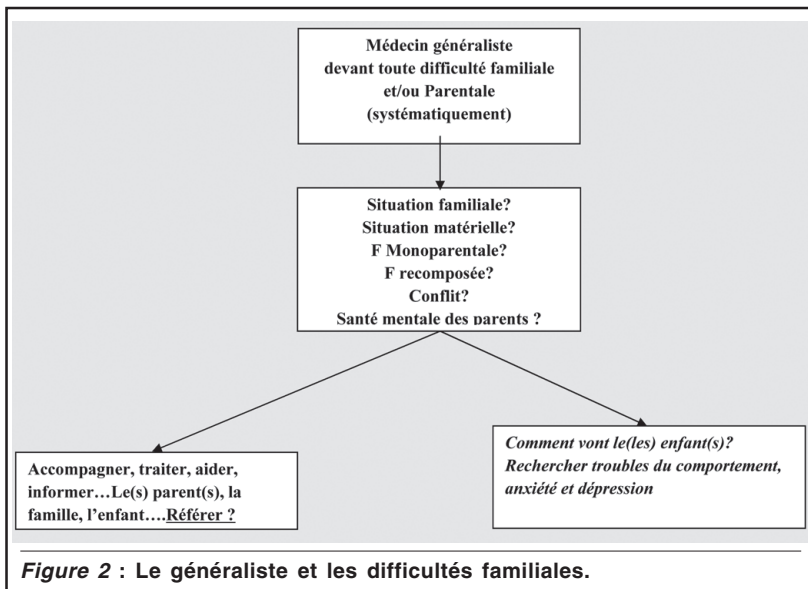


Figure 2 : Le généraliste et les difficultés familiales.

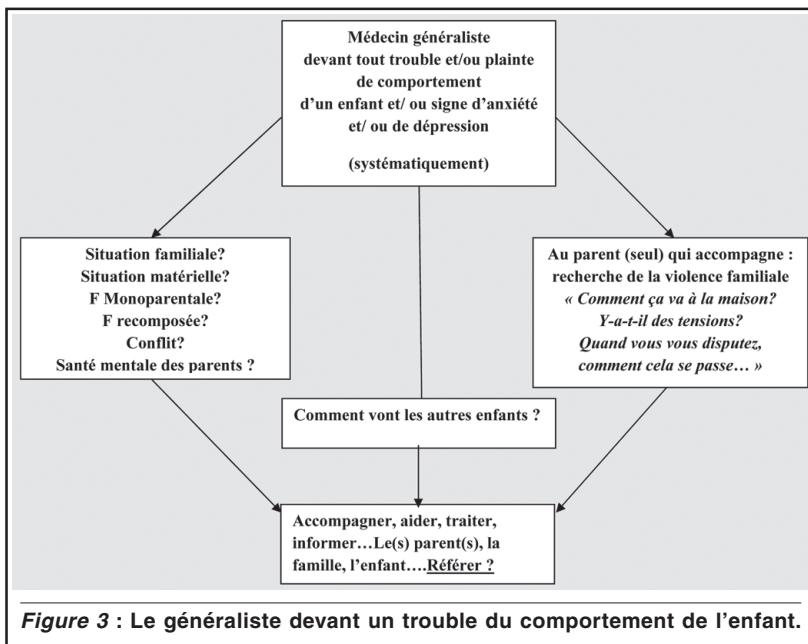


Figure 3 : Le généraliste devant un trouble du comportement de l'enfant.

généraliste (figures 2 et 3) : devant toutes difficultés de parcours familial, il faudrait s'enquérir de la santé des enfants concernés et notamment d'un point de vue comportemental. A l'inverse lorsqu'un enfant démontre des TEC ou des TIC, il importe de rechercher les circonstances environnementales potentiellement en cause. Nous ne pouvons probablement pas faire l'économie de ces deux démarches complémentaires, si l'on espère aider ces jeunes patients, tant d'un point de vue diagnostic précoce, que pour un accompagnement optimisé. Particulièrement possible en MG, pourra aider l'enfant, le fait de repérer et traiter les psychopathologies parentales (dépression éventuellement de *postpartum*, anxiété chronique, surmenage, burnout, abus de substance) par une action de soutien et de traitement adaptée (psychothérapie, pharmacologie).

## PLAINTES AUPRES DU MEDECIN DE FAMILLE POUR TROUBLES DU COMPORTEMENT D'UN ENFANT PREAMBULE : REFLEXION ETHIQUE

Plus un enfant est jeune et plus il faut être

prudent, lorsqu'on émet un diagnostic de trouble du comportement. Pour des raisons éthiques, certains auteurs estiment qu'il est probablement risqué de vouloir détecter des comportements **perturbateurs** avant l'âge de 3 à 4 ans. Dans le DSM-V au chapitre dédié au " Trouble des conduites chez l'enfant "68, ces derniers sont décrits comme étant *caractérisés par un ensemble de conduites dans lequel les normes sociales sont transgressées de même que les droits d'autrui*. Ces définitions font apparaître une ambiguïté d'un point de vue épistémologique. En effet, on définit une pathologie (ici psychiatrique) en se référant, du moins en partie, à la notion de " règles sociales ". Notons aussi que dans cette classification, le rôle de l'environnement de l'enfant, n'est pas assez reconnu comme origine fondamentale de ces troubles. Enfin, poser le diagnostic de trouble de conduite/d'opposition chez un jeune enfant, risque de le stigmatiser et d'aggraver encore ses difficultés69.

### Balises pour le médecin de famille11,56,70,71 (tableau 1)

En tenant compte des stades de développement, devant toute plainte parentale (ou autre tiers concerné), à propos du comportement d'un enfant, il est possible pour le médecin de famille d'évaluer la plupart des situations cliniques et d'adapter au mieux une démarche d'accompagnement.

#### Le cadre de la consultation

L'enfant est un patient à part entière. Rien n'empêche de prévoir dans le cabinet de consultation, du matériel pour dessiner, des objets de couleur à manipuler et attractifs pour les enfants. Une étude belge qualitative en focus group a montré que quel que soit l'âge de l'enfant et le motif de contact, le généraliste avait intérêt à parler en direct à l'enfant, à l'inviter à s'exprimer et de l'écouter en le regardant avec empathie. Si on le juge nécessaire, quel que soit son âge, si sa maturité le permet (en cas de difficulté scolaire, de possibilité d'inadéquation parentale par exemple), une consultation avec l'enfant seul peut être tentée11.

#### Difficulté de contact avec le nourrisson

Le généraliste est un des médecins les mieux placés pour détecter précocement, un trouble envahissant du développement, tel l'autisme infantile classique dont les premiers signes peuvent survenir au cours des 12 mois après la naissance. La mère consultera souvent le médecin traitant, y compris pour elle-même, en présence du nourrisson. En quelques minutes durant ce contact et quel qu'en soit le motif, le fait de tenter d'obtenir un contact visuel, ou d'attirer son attention, pourra donner une idée sur le développement de l'enfant et de référer s'il y a lieu72.

**Tableau 1 : Comportements perturbateurs, normaux ou pathologiques, en fonction de l'âge<sup>80</sup>.**

Types de comportement	Signification en fonction de l'âge
Troubles de sommeil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 45 % ≤ 1 an</li> <li>- 15 % à 2 ans</li> <li>- Rechercher : anxiété et/ou dépression parentale (mère)</li> </ul>
Agressivité (violence, colère, opposition) Enfant mordeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 4 ans : non alarmant</li> <li>- ≥ 4 ans : carence affective ? Troubles instrumentaux/langage ? Immaturité du " moi " ? Dépression ? TOC ? Trouble d'opposition (3-4 % 5-12 ans)?</li> <li>- Inquiétant chez les &gt; 2 ans</li> </ul>
Refus alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 mois-3 ans : processus normal d'autonomisation</li> <li>- &gt; 3 ans : éducation trop rigide/laxiste en lien avec conflits familiaux ?</li> </ul>
Hyperactivité psychomotrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 mois-3 ans : phase normale de développement (G&gt;F)</li> <li>- ≥ 6 ans TDHA ?</li> <li>- Evaluer par rapport à l'origine de la plainte (Tableau 2)</li> </ul>
Le mensonge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de notion de mensonge avant 6-7ans (différence entre l'imaginé et la réalité ?)</li> <li>- &gt; 7 ans le plus souvent : mensonge " utilitaire " (naturel)</li> <li>- &gt; 10 ans souvent liés aux résultats scolaires (dissimulations/falsification). Risque : angoisse</li> <li>- Cas particulier : invention d'un " double " du même sexe. Non pathologique ≤ 6 ans</li> <li>- &gt; 6 ans : rechercher le mensonge lié à l'anxiété (compenser un manque)</li> <li>- Enfants ≥ 6 ans : plus rarement personnalité " fragile " ?</li> </ul>
Le vol	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de notion de vol avant 6-7 ans (sens de la propriété ? Intérêt pour l'autre) G&gt;&gt;F</li> <li>- &gt; 7 ans, devient un vol " délictueux ". Souvent avec évolutions des objets volés et du type des victimes.</li> <li>- &gt; 7 ans : Rechercher carence affective, psychopathologie parentale, milieux précaires ? Dépression ? Trouble des conduites<sup>71</sup> (1-2 % chez les 6-12 ans)?</li> </ul>
La fugue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de notion de fugue &lt; 6-7 ans (Intention ?)</li> <li>- &gt; 6-7 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) le plus souvent sans but précis/soulagé d'être retrouvé</li> <li>2) plus rarement retour vers un lieu précis (sécurisant/ idéalisé ?)</li> </ul> </li> <li>- Rechercher : anxiété de séparation (1ère primaire) ; &gt; 10 ans phobie ? (sociale/scolaire/agoraphobie ?) ; harcèlement ?</li> <li>- Documenter : fugue seul ? en bande (leader) ? Dépression ? Trouble d'opposition/des conduites (plus rare<sup>71</sup>)</li> </ul>
L'isolement/retrait	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechercher : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Dépression, quel que soit l'âge (séparation ? violences ?) parfois associée à des TEC</li> <li>2) TOC possible dès les 6-7 ans. Souvent associé à des crises de colère.</li> </ul> </li> </ul>

### Le jeune enfant ne dort pas<sup>73-76</sup>

Près de la moitié (45 %) des nourrissons ont des troubles du sommeil au cours de leur première année de vie. La prévalence est encore de 15 % à l'âge de 2 ans. Informer les familles sur la banalité du symptôme, diminuera déjà l'anxiété des adultes, dont celle de la mère, souvent en cause pour ce problème. Des études d'intervention ont démontré une efficacité à court et moyen terme (jusqu'à 2 ans) pour améliorer le sommeil de l'enfant de moins d'un an : l'attente de plus en plus longue (par tranche d'une à deux minutes par exemple) avant de réagir aux pleurs du nourrisson et/ou la présence de plus en plus courte auprès de l'enfant avant qu'il ne s'endorme, améliore son sommeil et diminue la dépression maternelle également régulièrement associée à cette situation, celle-ci devant être dépistée et traitée.

### L'enfant agressif

Entre 18 mois et 3-4 ans -et généralement plus marquée chez le garçon-, l'agressivité est un passage obligé pour le développement optimal de l'enfant. Au contraire, un enfant de cet âge ne manifestant aucune colère, jalousie ou opposition, est une situation clinique

bien plus inquiétante (indistinction entre soi et l'autre ?). En informer les parents (et les beaux/grands-parents) contraindra le sentiment de culpabilité lié à l'idée d'être un mauvais parent. Peu à peu avec l'acquisition de la parole, l'enfant manifestera une " intelligence sociale " ; s'il est agressif et désobéissant à la maison, mais ne génère aucune remarque en crèche ou pré gardiennat, là aussi rassurer l'entourage sera de mise. A partir de 3 ans ½ - 4 ans, la persistance de l'agressivité inquiétera : " immaturité du moi ", carence affective, déficit instrumental ?

L'enfant " **mordeur** " aux alentours de ses 12 mois, ne devra pas alarmer l'entourage ; ce comportement archaïque témoigne plutôt du plaisir d'être avec " l'autre " que de vouloir faire du mal. On s'en inquiétera à partir de l'âge de 2 ans.

### Les troubles alimentaires

Se nourrir comme un adulte, sous-entend l'acquisition de multiples compétences : consentir de nouvelles saveurs et textures d'aliment, utiliser des couverts malgré un développement moteur inachevé, intégrer les règles sociales autour d'une table en famille. C'est entre 18 mois et trois ans, en pleine période dite

" d'autonomisation " que ces acquis doivent s'instaurer. Ainsi le plus souvent, nous pourrions rassurer les parents ; à cet âge, il n'est pas étonnant qu'au moment des repas, l'enfant s'affirme en s'opposant à eux.

Une éducation trop rigide favorisera cette opposition (active ou passive). Inversement laisser manger l'enfant quand et ce qu'il veut, sera le terreau de phobies alimentaires ; autant le savoir, conflits et séparations sont régulièrement associés à ce laxisme.

Inquiétude fréquente, le fait que l'enfant ne mange pas assez et qu'il maigrisse. Il sera utile de rappeler aux parents, avec à l'appui la courbe de l'indice de masse corporelle, qu'à partir de 18 mois et jusqu'à l'âge de 5-6 ans l'enfant grandira normalement plus vite qu'il ne prendra du poids. A l'inverse le rebond d'adiposité, sera un facteur de risque d'obésité dès l'adolescence<sup>77</sup>.

### L'enfant hyperactif

A partir d'1 an ½, jusqu'à son entrée à l'école maternelle, voire plus tard -surtout si c'est un garçon- l'enfant passera beaucoup de temps à bouger, courir, toucher à tout ce qu'il voit. Ajouter à cela, une personnalité de base plus hardie et très vite ces gamins seront considérés comme hyperactifs. Le médecin de famille, rappellera alors que tout enfant passe à des degrés divers par cette phase de développement. Il importe d'informer l'entourage qu'on ne peut évoquer le diagnostic de TDHA, qu'après l'âge de 6 ans (3 à 7 % des enfants en âge scolaire). Au contraire, le généraliste évaluera l'incapacité des parents, du personnel des crèches et des enseignants en classe maternelle, à supporter cette agitation, non pathologique jusqu'à preuve du contraire. En fonction de l'origine de la plainte, le médecin effectuera une première estimation de la situation afin de repérer une éventuelle indication à référer vers le neuro/pédopsychiatre (tableau 2).

D'autres comportements socialement mal acceptés, n'auront aucune signification particulière avant l'âge d'aborder l'école primaire. Le rôle du médecin de famille sera aussi d'en relativiser l'importance et d'informer les familles (tableau 1)<sup>70</sup>.

## AUTRES ROLES POTENTIELS DU MEDECIN DE FAMILLE

### Le suivi de la grossesse

Les messages habituels de prévention autour de la grossesse auront un impact réel sur l'évolution future de l'enfant. Les suppléments au bon moment en acide folique, la surveillance des immunisations, la consommation de substances (alcool, tabac notamment), l'information concernant l'allaitement, le diagnostic des violences, sont quelques points parmi d'autres, dont l'influence sur le développement psychomoteur de l'enfant est documentée<sup>78,79</sup>.

### Conseils d'éducation

Le généraliste peut donner certains conseils simples aux familles. Même s'il n'existe pas de " formules " parfaitement adaptées à cette période souvent difficile des 18 mois-3 ans, informer les parents de façon empathique, sur les avantages d'une éducation à la fois cadrante et souple permettra peu à peu de canaliser les comportements de l'enfant. Toujours en cette période, le fait d'éviter les réponses " symétriques " (*Tu frappes ? Je te frappe !*), permettra le plus souvent d'éviter l'engrenage des difficultés relationnelles parents-enfants<sup>11</sup>.

## DISCUSSION/CONCLUSION

Cette synthèse de la littérature, souffre de plusieurs points faibles ; entre autres, la recherche bibliographique n'est pas exhaustive et par ailleurs l'évaluation de la pertinence et de la qualité des publications, n'a été effectuée que par un seul auteur.

**Tableau 2 : Agitation psychomotrice en fonction de l'origine de la plainte et de l'âge de l'enfant.**

Origine de la plainte	Raisonnement en 1 <sup>ère</sup> ligne
Plainte parentale et/ou familiale uniquement	<p>≤ 6 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phase normale de développement</li> </ul> <p>≥ 6 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problème social, environnemental ou lié à des pratiques parentales (psychopathologie maltraitances)</li> </ul> <p><b>A évaluer quel que soit l'âge :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adéquation entre les demandes de l'environnement et le tempérament de l'enfant ?</li> </ul>
Plainte parentale et/ou familiale <u>et</u> institutionnelle	<p>≤ 6 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souvent : Phase normale de développement (Adéquation entre les demandes de l'environnement et le tempérament de l'enfant ?)</li> <li>- Plus rarement : Idem ≥ 6 ans</li> </ul> <p>≥ 6 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement précaire</li> <li>- Situations stressantes, anxiété, troubles de l'humeur, dépression.</li> <li>- Problèmes d'apprentissage, troubles instrumentaux</li> <li>- Pathologie somatique chronique, pathologie endocrinienne, carence martiale (anémie), saturnisme</li> <li>- TDHA<sup>80,81</sup> : déficit de l'attention, impulsivité, hyperactivité associés à des degrés divers (&gt; 6 mois).</li> </ul>

Cependant, à notre connaissance, il n'existait pas encore de réflexion théorique sur un tel sujet, à savoir l'attitude du médecin de famille devant une plainte de trouble de comportement de l'enfant. Le premier défi pour le médecin généraliste, est à chaque consultation de 15 à 30 minutes, non seulement de répondre au(x) motif(s) de contact du patient, mais de plus, en tournant autour de cette(ces) plainte(s) explicite(s), de la(les) comprendre et de choisir la manière optimale d'y répondre. Au cours de la même consultation, détecter les problèmes de santé potentiellement sérieux, pour lesquels aucune plainte n'est exprimée, est le deuxième défi en médecine ambulatoire. Evaluer et/ou dépister ces troubles comportementaux en pédiatrie, est un bel exemple pour ce genre d'exercice. Rappelons qu'il n'était pas question ici de développer intégralement la symptomatologie des problèmes de développement de l'enfant, mais de proposer un projet d'outil utilisable en 1<sup>ère</sup> ligne. De vraies échelles d'évaluation validées pour la pratique de médecine générale devraient être l'objet de travaux ultérieurs.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

- Institut de Santé Publique (ISP). (Consulté le 12/12/2016). Enquête de Santé par Interview Belgique 2013. Utilisation de services de santé et des services sociaux. Contacts avec le médecin généraliste. [Internet]. [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/GP\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/GP_FR_2013.pdf)
- Institut de Santé Publique (ISP). (Consulté le 12/12/2016). Enquête de Santé par Interview Belgique 2013. Utilisation de services de santé et des services sociaux. Consultations chez un médecin spécialiste. [Internet]. [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/SP\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/SP_FR_2013.pdf)
- Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37(1):111-26.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002;60(3):201-18.
- Lakhani M. A celebration of general practice. Abingdon:Radcliffe Publishing;2003.
- Bossuyt N., Van Oytten H. Institut Scientifique de la Santé Publique Service d'Epidémiologie (consulté le 28/06/2017) Rapport de santé: différences socio-économiques en santé [Internet] <https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/santefr/sociofr.pdf>
- Gillis O, Mertens R. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé. *Education santé.* 2008;239.
- D'Ambrogio T, Speranza M. Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2012;60(1),52-61.
- Scott S, Pilling S, Gould N, Anderson B, Anigbogu B, Barrat S *et al.* Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. London. RCPsych Publications. 2013.
- Chambry J, Jousset C. Troubles du comportement de l'enfant d'âge préscolaire. *Arch Pediatr.* 2013;20(4):442-5.
- Galéra C, Bouvard MP. Troubles du comportement avant six ans: particularités cliniques et thérapeutiques. *Ann Med Psychol* 2015 ;5(173):433-6.
- Geller DA, March J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Focus.* 2012;10(3):360-73
- Baurain C, Nader-Grosbois N. Elaboration et validation d'un dispositif méthodologique pour l'observation de la régulation socio-émotionnelle chez l'enfant. *Enfance.* 2011(2),179.
- Merry SN, Hetric SE, Cox GR, BrudevoldIversen T, Bir JJ, McDowell H. Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evid Based Child Health.* 2012;7(5):1409-685.
- WONCA EUROPE 2011 Edition. (Consulté le 25 / 12/ 2016) The European definition of general practice/Family medicine [Internet]. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
- Jamoulle M. (Consulté le 28/6/2017)). Quaternary prevention: First, do not harm. 2011. Keynote [Internet]. [http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/204884/1/P4\\_Brasilia2011\\_fr.pdf](http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/204884/1/P4_Brasilia2011_fr.pdf)
- Van Schendel C, Schelstraete MA, Roskam I. Développement langagier et troubles externalisés du comportement en période préscolaire: quelles relations. *Annee Psychol.* 2013;113(03);375-426.
- Brassart E, Schelstraete MA. Quels sont les liens entre le développement du langage et les troubles externalisés du comportement? Étude chez trois groupes d'enfants d'âge préscolaire. *Annee Psychol.* 2015;115(04):533-90.
- Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Apprentissage du langage oral et écrit Déroulement habituel et troubles spécifiques. *Médecine.* 2012;8(2):71-6.
- Pienkowski C, Cartault A, Caula-Legriel S, Ajaltouni Z, Daudin M, Tauber M. Syndrome de Klinefelter et syndrome de Turner: pour une meilleure prise en charge. *Gynecol Obstet Fertil.* 2011; 39(9):521-4.
- Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(1):47-57.
- Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):149-63.
- McLoughlin G, Ronald A, Kuntsi J, Asherson P, Plomin R. Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder: substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35(6):999-1008.
- Paloyelis Y, Rijdsdijk F, Wood AC, Asherson P, Kuntsi J. The genetic association between ADHD symptoms and reading difficulties: the role of inattentiveness and IQ. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(8):1083-95.
- Wood AC, Rijdsdijk F, Asherson P, Kuntsi J. Hyperactive-impulsive symptom scores and oppositional behaviours reflect alternate manifestations of a single liability. *Behav Genet.* 2009;39(5):447-60.
- Asherson P. (Consulté le 29/06/2017) Génétique du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. 2010 [Internet]. <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/hyperactivite-et-inattention-tdah.pdf#page=12>
- Cai S, Pang WW, Low YL, Sim LW, Sam SC, Bruntraeger MB *et al.* Infant feeding effects on early neurocognitive development in Asian children. *Am J Clin Nutr.* 2015;101(2):326-36.



29. Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Arch Dis Child*. 2001;85(3):183-8.
30. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(3):259-68.
31. Li J, Kendall GE, Henderson S, Downie J, Landsborough L, Oddy WH. Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatr*. 2008;97(2):221-5.
32. Bernardini SC, Jenkins JM. Department of Justice. Canada. (Consulté le 29/06/2017) An Overview of the Risks and Protectors for Children of Separation and Divorce. 2002-FCY-2E. [Internet]. [http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/fl-lf/divorce/2002\\_2/pdf/2002\\_2.pdf](http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/fl-lf/divorce/2002_2/pdf/2002_2.pdf)
33. Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O. *et al*. Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2011;59(7):393-403.
34. Maggi S, Irwin LJ, Siddiqi A, Hertzman C. The social determinants of early child development: an overview. *J Paediatr Child Health*. 2010;46(11):627-35.
35. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science & medicine*. 2013;90:24-31.
36. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C *et al*. World Health Organisation Europe - Health policy for children and adolescents (Consulté le 29/06/2017). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the,2010,271 [Internet]. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)
37. Manciaux M, Girodet D, Gabel M. *Enfances en danger*. Fleurus. 2012:120.
38. de Oliveira Pires T, da Silva CMFP, de Assis SG, (2013). Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children—mothers' and teachers' views. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):215.
39. Hanington L, Heron J, Stein A, Ramchandani P. Parental depression and child outcomes—is marital conflict the missing link? *Child Care Health Dev*. 2012;38(4):520-9.
40. Morrison DR, Coiro MJ. Parental conflict and marital disruption: Do children benefit when high-conflict marriages are dissolved?. *J Marriage Fam*. 1999:626-37.
41. Kacenelenbogen, N, Dramaix-Wilmet, M, Schetgen M, Roland M. Not living with both parents is associated with more health-and developmental problems in infants aged 7 to 11 months: a cross sectional study. *BMC public health* 2015; 15(1): 1.
42. Kacenelenbogen N, Dramaix-Wilmet M, Schetgen M, Roland M, Godin I. Parental separation: a risk for the psychomotor development of children aged 28 to 32 months? A cross-sectional study. *BMC pediatrics*. 2016;16(1):89.
43. Richards M, Wadsworth M E. Long Term Effects of Early Adversity on Cognitive Function. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health*, 2006:11-2.
44. Müller M, Tronick E, Zietlow AL, Nonnenmacher N, Verschoor S, Traeuble B. Effects of Maternal Anxiety Disorders on Infant Self-Comforting Behaviors: The Role of Maternal Bonding, Infant Gender and Age. *Psychopathology*. 2016;49(4):295-304.
45. Riva Crugnola C, Ierardi E, Ferro V, Gallucci M, Parodi C, Astengo M. Mother-Infant Emotion Regulation at Three Months: The Role of Maternal Anxiety, Depression and Parenting Stress. *Psychopathology*. 2016;49(4):285-94.
46. Dennis C L, Heaman M, Vigod S. Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. *Can J Psychiatry*. 2012;57(9):537-46.
47. Brammer W A, Galán C A, Mesri B, Lee S S. Parental ADHD and depression: time-varying prediction of offspring externalizing psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016;1-13.
48. Popliger M, Toste JR, Heath NL. Perceived social support and domain-specific adjustment of children with emotional and behavioural difficulties. *Emot Behav Diffic*. 2009;14(3):195-213.
49. Pieters J, Italiano P, Offermans A M, Hellemans S. Institut pour l'Egalité entre les Femmes et les Hommes (Consulté le 29/06/2017). Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle. 2010 [Internet]. [http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/41%20-%20Dark%20number\\_FR.pdf](http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/41%20-%20Dark%20number_FR.pdf)
50. Edleson J L. Children's witnessing of adult domestic violence. *J Interpers Violence*. 1999;14(8):839-70.
51. Greaves L. Centre for Research on Violence Against Women and Children. (Consulté le 29/06/2017) Selected estimates of the costs of violence against women. 1995. [Internet] [http://ywcanada.ca/data/research\\_docs/00000025.pdf](http://ywcanada.ca/data/research_docs/00000025.pdf)
52. Merckx W, Van West D. Risk factors and development course of conduct disorder in girls; a review. *Tijdschr Psychiatr*. 2016;58(5):380-87.
53. Stivanin L, Oliveira C C D, Santos F P D, Santos B D, Scivoletto S. Co-occurrence of communication disorder and psychiatric disorders in maltreated children and adolescents: relationship with global functioning. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38(1):39-45.
54. Dackis M N, Rogosch FA, Cicchetti D. Child maltreatment, callous-unemotional traits, and defensive responding in high-risk children: An investigation of emotion-modulated startle response. *Dev Psychopathol*. 2015;27(4pt2):1527-45.
55. Fontaine L, Goetghebuer T, Liégeois M, Mauroy MC, Morales I, Ndam Ebongue S. Rapport 2010 ; Banque de Données médico-sociales. Office de la naissance et de de l'enfance. Fédération Wallonie-Bruxelles. (Consulté le 29/06/2017) 2012 [Internet]. [http://www.one.be/uploads/tx\\_tproducts/datasheet/Rapport\\_BDMS\\_2012\\_BD.pdf](http://www.one.be/uploads/tx_tproducts/datasheet/Rapport_BDMS_2012_BD.pdf)
56. Moreau N, de Smet P, Godin I. La santé des élèves de l'enseignement secondaire: résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), ESP-ULB. (Consulté le 29/06/2017) 2013 [Internet]. [http://sipes.ulb.ac.be/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=165&cf\\_id=24](http://sipes.ulb.ac.be/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=165&cf_id=24)
57. Kacenelenbogen N, Roland M, Schetgen M, Dusart A F. The general practitioner and children of separated parents in Belgium: a qualitative study and its implications. *J Gen Pract*. 2013;1(5):1-8.
58. Kacenelenbogen N, Dramaix-Wilmet, M, Schetgen M, Roland M. Parental separation and behaviours that influence the health of infants aged 7–11 months: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2014;4(7):e005183.
59. TamisLeMonda CS, Shannon JD, Cabrera, NJ, Lamb ME (2004). Fathers and mothers at play with their 2and 3yearolds: contributions to language and cognitive development. *Child development*. 2004;75(6):1806-20.
60. Richards M, Wadsworth MEJ. Long term effects of early adversity on cognitive function. *Arch Dis Child*. 2004;89(10):922-7.

61. Borg E, Edquist G, Reinholdson A C, Risberg A, McAllister B. Speech and language development in a population of Swedish hearing-impaired pre-school children, a cross-sectional study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;71(7):1061-77.
62. Bernards S, Graham K. The cross-cultural association between marital status and physical aggression between intimate partners. *J Fam violence*. 2013; 28(4):403-18.
63. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *J Interpers Violence*. 1999;14(8):839-70.
64. Greaves L. Selected estimates of the costs of violence against women. Centre for Research on Violence Against Women and Children. 1995. (Consulté le 29/06/2017) [Internet]. [http://ywccanada.ca/data/research\\_docs/00000025.pdf](http://ywccanada.ca/data/research_docs/00000025.pdf)
65. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Peta I, McPherson K, Greene A. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). (Consulté le 29/06/2017) 2010 [Internet]. [https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/nis4\\_report\\_congress\\_full\\_pdf\\_jan2010.pdf](https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/nis4_report_congress_full_pdf_jan2010.pdf)
66. Watson D, Parsons S. Government Publications Office. Domestic abuse of women and men in Ireland: Report on the national study of domestic abuse. (Consulté le 29/06/2017) 2005 [Internet]. [http://www.probatation.ie/EN/PB/0/083E4E095416552A8025803B00408E45/\\$File/IPJ2005WatsonandParsons.pdf](http://www.probatation.ie/EN/PB/0/083E4E095416552A8025803B00408E45/$File/IPJ2005WatsonandParsons.pdf)
67. Vanhalewyn M, Offermans AM. Détection des violences conjugales. Société Scientifique de Médecine Générale. (Consulté le 29/06/2017) 2009 (actuellement en révision) [Internet]. [file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/VF\\_RBP\\_ViolencesConjugales2013.pdf](file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/VF_RBP_ViolencesConjugales2013.pdf)
68. American Psychiatric Association. DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Trouble des conduites chez l'enfant. Elsevier Masson. 2015.895.
69. Ameisen JC, Kordon C, Le Coz P, Grimfeld A, Béloucif S, Deschamps C *et al*. Problèmes éthiques posés par des démarches de prédiction fondées sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant. *Inf Psychiatr*. 2007; 83(3):235-40.
70. Visier JP, Maury M, Bizouard, Aussilloux C, Raynaud JP. Université Toulouse III – Paul Sabatier. Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent-1ère partie : Modules transdisciplinaires - Module 3 : Maturation et vulnérabilité. (Consulté le 25/04/2017) [Internet]. <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/17.%20COMPORTEMENT%203-39.pdf>
71. Roskam I, Kinoo P, Nassogne M C. L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2007;55(4): 204-13.
72. Allison C, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Charman T, Richler J, Pasco G *et al*. The Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers): a normally distributed quantitative measure of autistic traits at 18-24 months of age: preliminary report. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(8):1414-25.
73. Bayer JK, Hiscock H, Hampton A, Wake M. Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. *J Paediatr Child Health*. 2007;43(12):66-73.
74. Hiscock H, Bayer JK, Hampton A, Ukoumunne OC, Wake M. Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2008;122(3):e621-e627.
75. Price AM, Wake M, Ukoumunne OC, Hiscock H. Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: randomized trial. *Pediatrics*. 2012;130(4):643-51.
76. Hiscock H, Cook F, Bayer J, Le HN, Mensah F, Cann W *et al*. Preventing early infant sleep and crying problems and postnatal depression: a randomized trial. *Pediatrics*. 2014;133(2):e346-e354.
77. Hughes AR, Sherriff A, Ness A R, Reilly JJ. Timing of adiposity rebound and adiposity in adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(5): e1354-e1361.
78. Moonens A, Roland M. Suivi de la grossesse par le médecin généraliste. *Rev Med Brux*. 2008;29:327-39.
79. Froehlich TE, Anixt JS, Loe IM, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman RC. Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011; 13(5):333.
80. Haute Autorité de santé-HAS. Synthèse des Recommandations de Bonne Pratique-Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. (Consulté le 29/06/2017) 2014 [Internet]. [https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/tdah\\_synthese.pdf?822/82e016cf92678fb1ac6bd93d950a2fe364032886](https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/tdah_synthese.pdf?822/82e016cf92678fb1ac6bd93d950a2fe364032886)
81. Russell S. University of Toronto Canada. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Hyperactivité et inattention. (Consulté le 29/06/2017) 2012 [Internet]. <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/hyperactivite-et-inattention-tdah.pdf>

**Correspondance et tirés à part :**

N. KACENELENOGEN  
Avenue Molière, 179  
1190 Bruxelles  
E-mail : Nadine.Kacenenbogen@ulb.ac.be

Travail reçu le 26 mai 2017 ; accepté dans sa version définitive le 16 juin 2017.