

ANNEXE 1

Correspondance entre la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R-2000) et la CIM-10 pour les troubles évoqués dans cette expertise (d'après Misès et coll., 2002)

CFTMEA R-2000	CIM-10
Autisme et troubles psychotiques	
Psychose précoce, troubles envahissants du développement	F84 Autisme infantile
Schizophrénie	F20 Schizophrénie
Troubles névrotiques	
Troubles névrotiques à dominante anxieuse	F41 Autres troubles anxieux
Troubles névrotiques à dominante phobique	F40 Troubles anxieux phobiques F93.1 Troubles anxieux phobiques de l'enfance
Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle	F42 Trouble obsessionnel compulsif
Dépression névrotique	F32 Épisodes dépressifs F33 Trouble dépressif récurrent
Troubles cognitifs des acquisitions scolaires	
Troubles des conduites et des comportements	
Troubles hyperkinétiques	F90 Perturbation de l'activité et de l'attention
Troubles des conduites alimentaires	F50 Anorexie mentale atypique et boulimie
Autres troubles caractérisés des conduites	F91.1 Trouble des conduites

ANNEXE 2

CBCL (*Child Behavior Checklist*) : Inventaires de comportements pour les âges 4 à 18 ans

INVENTAIRE DE COMPORTEMENTS POUR LES ÂGES 4 A 18 ANS				Ne rien inscrire ici			
NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT _____				ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE HABITUELLE DES PARENTS, même si la profession n'est pas actuellement exercée (Soyez aussi précis que possible et indiquez la nature de l'emploi occupé. Par exemple : employé de mairie, technicien en électricité, professeur de collège, artisan plombier, etc...)			
SEXES <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	ÂGE _____	LIEU DE NAISSANCE (département ou pays) _____		POUR LE PÈRE : _____			
DATE D'AUJOURD'HUI Jour ____ Mois ____ Année ____		DATE DE NAISSANCE Jour ____ Mois ____ Année ____		POUR LA MÈRE : _____			
CLASSE : _____				QUESTIONNAIRE REMPLI PAR :			
NE VA T'AS À L'ÉCOLE <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Mère			
Répondez à ce questionnaire en exprimant votre impression sur l'enfant, même si d'autres personnes pourraient en avoir une autre. N'hésitez pas à écrire vos commentaires à côté de chaque question.				<input type="checkbox"/> Père			
				<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			
I. Veuillez indiquer les sports auxquels votre enfant aime le plus participer. Par exemple : natation, foot-ball, bicyclette, etc...				Par rapport aux autres enfants de son âge, combien de temps y passe-t-il (elle) environ ?		Par rapport aux autres enfants de son âge, comment réussit-il (elle) dans chacun d'eux ?	
<input type="checkbox"/> Aucun				Ne sait pas	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne
a. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Veuillez indiquer les passe-temps, activités et jeux favoris de votre enfant, autres que les sports. Par exemple : chant, danse, collections, lecture, poupée, piano, etc... (Ne pas compter la télévision ni la radio).				Par rapport aux autres enfants de son âge, combien de temps y passe-t-il (elle) environ ?		Par rapport aux autres enfants de son âge, comment réussit-il (elle) dans chacun d'eux ?	
<input type="checkbox"/> Aucun				Ne sait pas	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne
a. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Veuillez énumérer les organismes, clubs, équipes ou groupes auxquels votre enfant appartient. Par exemple : scouts, associations sportives, clubs d'échecs, troupe de théâtre, etc...				Par rapport aux autres enfants de son âge, comment y participe-t-il (elle) ?			
<input type="checkbox"/> Aucun				Ne sait pas	Moins activement	Aussi activement	Plus activement
a. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Veuillez indiquer les petits travaux ou tâches que votre enfant fait. Par exemple : gardes d'enfants, faire les courses, faire la vaisselle, ranger sa chambre, faire son lit, aide dans un magasin, etc... (Compter les activités bénévoles et payées.)				Par rapport aux autres enfants de son âge, comment s'en sort-t-il (elle) ?			
<input type="checkbox"/> Aucun				Ne sait pas	Moins bien	Aussi bien	Mieux
a. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- V. 1. Combien de très bons amis ou d'amis intimes votre enfant a-t-il environ ? Aucun 1 2 ou 3 4 ou plus
(Ne pas compter les frères et sœurs)
2. A peu près combien de fois par semaine votre enfant fait-il des choses avec ses ami(e)s ou camarades en dehors de l'école ? moins que 1 1 ou 2 3 ou plus
(Ne pas compter les frères et sœurs)

VI. Par rapport aux autres enfants de son âge, comment votre enfant :

	Moins bien	A peu près pareil	Mieux	
a. S'entend-il avec ses frères et sœurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N'a pas de frères ou sœurs
b. S'entend-il avec les autres enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Se comporte-t-il envers ses parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Joue-t-il et travaille-t-il tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Pour les enfants de 6 ans et plus — résultats dans les matières scolaires principales :

Ne va pas à l'école parce que _____

Cocher une case pour chaque matière étudiée

	Insuffisant	En-dessous de la moyenne	Dans la moyenne	Au-dessus de la moyenne
a. Lecture, Français, ou Littérature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Histoire, Géographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Calcul ou Mathématiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sciences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres matières scolaires - e. _____
 par exemple : langues étrangères, économie, informatique, etc...
 Ne pas compter éducation physique, travaux manuels, dessin, musique, etc...

f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Est-ce que votre enfant est dans une classe de rattrapage ou de perfectionnement, une classe spéciale ou dans une école ou établissement éducatif spécialisé ? Non Oui - de quel type ?

3. Est-ce que votre enfant a redoublé une classe ? Non Oui - classet(s) et raisons :

4. Votre enfant a-t-il eu des difficultés d'apprentissage ou d'autres problèmes à l'école ? Non Oui - décrivez :

Quand ces problèmes ont-ils commencé ?

Ces problèmes sont-ils terminés ? Non Oui - depuis quand ?

Est-ce que votre enfant a une maladie, ou un handicap (physique ou mental) ? Non Oui - décrivez :

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus à son sujet ?

Indiquez les aspects les plus positifs de votre enfant :

Voici une liste de descriptions qui concernent les enfants et adolescents. Pour chaque item qui s'applique à votre enfant maintenant ou au cours des 6 derniers mois, entourez le 2 si l'item est très vrai ou souvent vrai pour votre enfant. Entourez le 1 si l'item est à peu près vrai ou parfois vrai pour votre enfant. Si l'item n'est pas vrai pour votre enfant, entourez le 0. Répondez à chaque question du mieux que vous pouvez, même si certaines questions paraissent ne pas s'appliquer à votre enfant.

0 = Pas vrai (à votre connaissance)			1 = A peu près vrai, ou Parfois vrai			2 = Très vrai ou Souvent vrai			
0	1	2	1.	A des comportements trop jeunes pour son âge	0	1	2	31.	Craint de penser ou faire quelque chose de mal
0	1	2	2.	Allergie (décrivez) : _____	0	1	2	32.	Pense qu'il (elle) devrait être parfait(e)
0	1	2	3.	Conteste ou contredit souvent	0	1	2	33.	Pense ou se plaint que personne ne l'aime
0	1	2	4.	Asthme	0	1	2	34.	Pense que les autres lui veulent du mal
0	1	2	5.	Se comporte comme quelqu'un du sexe opposé	0	1	2	35.	Se trouve bon (ne) à rien ou inférieur(e)
0	1	2	6.	Fait caca dans sa culotte	0	1	2	36.	Se fait souvent mal, a tendance à avoir des accidents
0	1	2	7.	Se vante, est prétentieux (se)	0	1	2	37.	Se bagarre souvent
0	1	2	8.	Ne peut pas se concentrer ou maintenir son attention longtemps	0	1	2	38.	Se fait souvent taquiner, est l'objet de moqueries
0	1	2	9.	Ne peut pas se débarrasser de certaines pensées, est obsédé(e) par certaines idées (décrivez) : _____	0	1	2	39.	A de mauvaises fréquentations
0	1	2	10.	Ne peut pas rester assis(e) tranquille, remue beaucoup, toujours en train de bouger	0	1	2	40.	Entend des bruits ou des voix qui n'existent pas (décrivez) : _____
0	1	2	11.	S'accroche aux adultes ou est trop dépendant(e)	0	1	2	41.	Est impulsif (ve) ou agit sans réfléchir
0	1	2	12.	Se plaint de se sentir seul(e)	0	1	2	42.	Préfère être seul(e) plutôt qu'en compagnie des autres
0	1	2	13.	Embrouillé(e), confus(e)	0	1	2	43.	Ment ou triche
0	1	2	14.	Pleure souvent	0	1	2	44.	Se ronge les ongles
0	1	2	15.	Cruel (le) avec les animaux	0	1	2	45.	Nerveux (se) ou tendu(e)
0	1	2	16.	Cruel(le), dominateur(trice), méchanceté envers les autres.	0	1	2	46.	A des mouvements nerveux ou des tics (décrivez) : _____
0	1	2	17.	Rêvasse ou semble perdu(e) dans ses pensées	0	1	2	47.	Fait des cauchemars
0	1	2	18.	Se fait mal délibérément ou a fait des tentatives de suicide	0	1	2	48.	N'est pas aimé(e) par les autres enfants
0	1	2	19.	Demande beaucoup d'attention	0	1	2	49.	Est constipé(e), ne va pas à la selle
0	1	2	20.	Détruit ses affaires personnelles	0	1	2	50.	Trop peureux (se) ou anxieux (se)
0	1	2	21.	Détruit des choses appartenant à sa famille ou à d'autres enfants	0	1	2	51.	A des vertiges
0	1	2	22.	Désobéissant(e) à la maison	0	1	2	52.	Se sent facilement coupable
0	1	2	23.	Désobéissant(e) à l'école	0	1	2	53.	Mange trop
0	1	2	24.	Ne mange pas bien	0	1	2	54.	Est épuisé(e) de fatigue
0	1	2	25.	Ne s'entend pas bien avec les autres enfants	0	1	2	55.	Est trop gros (se)
0	1	2	26.	Ne semble pas se sentir coupable après s'être mal conduit(e)	0	1	2	56.	Problèmes physiques sans cause médicale connue :
0	1	2	27.	Facilement jaloux (se)	0	1	2	a.	Douleurs diverses (sauf maux de tête ou de ventre)
0	1	2	28.	Mange ou boit des choses non comestibles - ne pas compter sur les dons (décrivez) : _____	0	1	2	b.	Mauvaise vue
0	1	2	29.	A peur de certains animaux, de situations ou d'endroits autres que l'école (décrivez) : _____	0	1	2	c.	Nausées, envies de vomir
0	1	2	30.	A peur d'aller à l'école	0	1	2	d.	Problèmes avec les yeux (ne pas compter s'il a des lunettes) (décrivez) : _____
					0	1	2	e.	Éruptions ou autres problèmes de peau
					0	1	2	f.	Mal au ventre ou crampes
					0	1	2	g.	Vomissements
					0	1	2	h.	Autres (décrivez) : _____

Tournez s'il vous plaît

Santé de l'enfant – Propositions pour un meilleur suivi

0 = Pas vrai (à votre connaissance)			1 = A peu près vrai, ou Parfois vrai			2 = Très vrai ou Souvent vrai					
0	1	2	57.	Frappe ou agresse physiquement les autres		0	1	2	84.	A un comportement étrange (<i>décrivez</i>) : _____	
0	1	2	58.	Se met les doigts dans le nez, s'arrache les peaux ou se gratte d'autres parties du corps (<i>décrivez</i>) : _____		0	1	2	85.	A des idées bizarres (<i>décrivez</i>) : _____	
0	1	2	59.	Joue avec son sexe en public		0	1	2	86.	Est buté(e), renfrogné(e), désagréable ou irritable	
0	1	2	60.	Joue trop avec ses parties sexuelles		0	1	2	87.	A des sautes d'humeur, est lunatique	
0	1	2	61.	A de mauvais résultats scolaires		0	1	2	88.	Boude beaucoup	
0	1	2	62.	Est maladroit(e) ou a des gestes mal coordonnés		0	1	2	89.	Méfiant(e)	
0	1	2	63.	Préfère jouer avec des enfants plus âgés		0	1	2	90.	Dit des gros mots ou des obscénités	
0	1	2	64.	Préfère jouer avec des enfants plus jeunes		0	1	2	91.	Parle de se tuer	
0	1	2	65.	Refuse de parler		0	1	2	92.	Parle ou marche durant son sommeil (<i>décrivez</i>) : _____	
0	1	2	66.	Ne peut pas s'empêcher de répéter certains actes ; a des « manies » (<i>décrivez</i>) : _____		0	1	2	93.	Parle trop	
0	1	2	67.	Fugue de la maison		0	1	2	94.	Asticote les autres, souvent en train de les agacer	
0	1	2	68.	Crie beaucoup		0	1	2	95.	Fait des colères ou s'emporte facilement	
0	1	2	69.	Secret(e), garde les choses pour soi		0	1	2	96.	Pense trop aux questions sexuelles	
0	1	2	70.	Voit des choses qui n'existent pas (<i>décrivez</i>) : _____		0	1	2	97.	Menace les gens	
0	1	2	71.	Manque de naturel, facilement mal à l'aise ou intimidé(e)		0	1	2	98.	Suce son pouce ou ses doigts	
0	1	2	72.	Met le feu		0	1	2	99.	Trop préoccupé(e) par l'ordre ou la propreté	
0	1	2	73.	Problèmes sexuels (<i>décrivez</i>) : _____		0	1	2	100.	Difficultés pour dormir (<i>décrivez</i>) : _____	
0	1	2	74.	Fait son intéressant(e), se donne en spectacle		0	1	2	101.	Fait l'école buissonnière, manque l'école	
0	1	2	75.	Timide ou réservé(e)		0	1	2	102.	Est lent(e), ou manque d'énergie ou de tonus	
0	1	2	76.	Dort moins que la plupart des adolescents du même âge		0	1	2	103.	Malheureux (se), triste ou déprimé(e)	
						0	1	2	104.	Fait beaucoup de bruit	
						0	1	2	105.	Grand de l'alcool, des drogues ou des médicaments	

ANNEXE 3

Questionnaires CHAT et M-CHAT

Description du CHAT (selon Baron-Cohen et coll., 1996 ; traduction de Rodrigues-Dagaëff et coll., 1999)

Section A : questions aux parents

1. Votre enfant aime-t-il être balancé ou sauter sur vos genoux ?
2. Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants ?
3. Votre enfant aime-t-il grimper sur les choses, comme les escaliers ?
4. Votre enfant aime-t-il jouer à cache-cache, à faire coucou ?
5. Votre enfant joue-t-il à faire semblant, par exemple à faire une tasse de thé, avec une dinette ?
6. Votre enfant pointe-t-il avec son index les objets qu'il veut obtenir ?
7. Votre enfant pointe-t-il avec son index pour partager un intérêt pour quelque chose ?
8. Votre enfant joue-t-il avec des jouets sans juste les mettre à la bouche ou les faire tomber ?
9. Votre enfant vous apporte-t-il des objets pour vous montrer quelque chose ?

Section B : observation

1. Durant la séance, l'enfant a-t-il eu un contact visuel avec vous ?
2. Attendez l'attention de l'enfant ensuite montrez du doigt un objet dans la pièce en disant : « Oh regarde! c'est un (nom de l'objet) », en regardant son visage. L'enfant regarde-t-il ce que vous montrez ?
3. Attendez l'attention de l'enfant, ensuite donnez-lui une dinette et demandez-lui de préparer une tasse de thé. L'enfant fait-il semblant de servir le thé, de le boire, etc. ?
4. Dites à l'enfant « Où est la lumière ? » ou « Montre-moi la lumière ». L'enfant montre-t-il la lumière du doigt ?
5. L'enfant peut-il construire une tour en plots (combien de plots ? ?

Items complémentaires du M-CHAT (d'après Robins et coll., 2001 ; traduction de l'Inserm, 2001)

1. Est-ce que votre enfant vous regarde dans les yeux plus de 1 ou 2 secondes ?
2. Est-ce que votre enfant est parfois hypersensible au bruit (par exemple se bouche-t-il les oreilles ?
3. Est-ce que votre enfant répond par un sourire à la vue de votre visage ou en réponse à votre sourire ?
4. Est-ce que votre enfant vous imite (par exemple si vous faites une grimace ?
5. Est-ce que votre enfant répond à son nom lorsque vous l'appellez ?
6. Votre enfant regarde-t-il un objet que vous montrez à l'autre bout de la pièce ?
7. Votre enfant marche-t-il ?
8. Votre enfant regarde-t-il les choses que vous regardez ?
9. Votre enfant fait-il des mouvements des doigts insolites près de son visage ?
10. Votre enfant attire-t-il votre attention sur ce qu'il est en train de faire ?
11. Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant était sourd ?
12. Votre enfant comprend-t-il ce qu'on lui dit ?
13. Votre enfant regarde-t-il parfois dans le vide ou erre-t-il sans but ?
14. Votre enfant regarde-t-il votre visage pour évaluer votre réaction quand il est présenté à quelque chose d'inconnu ?

ANNEXE 4

Liste des personnes ressources ayant contribué à l'élaboration de la partie II**Ministère de l'Éducation nationale**

Dominique GAMBIER, Desco

Jeanne-Marie URCUN, Médecin conseiller auprès de la Dgesco

Nadine NEULAT, Dgesco

Pierre MASSY, Médecin CT auprès de l'Inspecteur d'Académie de l'Oise

Pascale BOUDOUX, Adjoint au Médecin CT auprès de l'Inspecteur d'Académie de l'Oise

Danièle PIERRON, Médecin CT auprès de l'Inspecteur d'Académie du Pas-de-Calais

Elisabeth DECLERCQ, Adjoint au Médecin CT auprès de l'Inspecteur d'Académie du Pas-de-Calais

Anne YEZNIKIAN, Conseillère technique, Centre de ressources maltraitance auprès de l'Inspecteur d'Académie du Pas-de-Calais

Frédérique BERGEROT, Médecin CT auprès de l'Inspecteur d'Académie des Hauts-de-Seine

Ministère de la Santé et des Sports

Brigitte LEFEUVRE, Chargée de mission à la sous-direction Pathologies et santé, Direction générale de la santé (DGS)

Jean-Baptiste HERBET, Chef de bureau, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Nathalie GUIGNON, Drees

Annick VILAIN, Bureau État de santé de la population, Drees

Services départementaux de la Protection maternelle et infantile

Bernard TOPUZ, Médecin responsable de la PMI de Seine-Saint-Denis

Christine BELLAS-CABANE, Médecin de PMI des Bouches-du-Rhône, présidente du SNMPMI

Pierre SUESSER, Médecin de PMI de Seine-Saint-Denis, SNMPMI

Autres personnes rencontrées

Josiane CARVALHO, Responsable de formation des médecins de l'Éducation nationale à l'ENSP

Amine ARSAN, Pédiatre, Unaformec et Afpa

Irène KAHN BENSAUDE, Pédiatre, présidente de la section santé publique, Conseil national de l'Ordre des médecins

Viviane KOVESS, Directrice de la Fondation MGEN pour la santé publique