

Psychiatrie de l'enfant et d'adolescent : où en sommes nous de nos *représentations*, théories-classifications, et soins au regard des troubles du comportement ?

Professeuse Priscille Gerardin

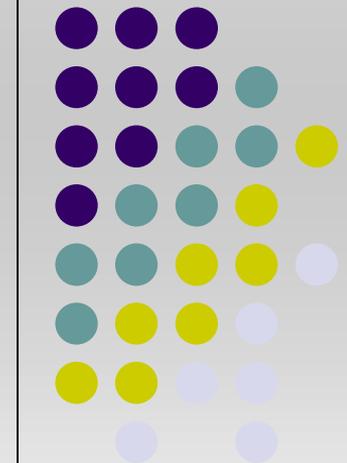
Psychiatre enfant/adolescent CHU Rouen / CH Rouvray

Conférences de consensus :

- Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (2017)
- Interventions de protection de l'enfance à domicile (2019)

FHU-PEA : **Protection Ensemble Avançons**

Rouen – Amiens - Caen - Lille



Troubles du comportement



- A décomposer en 3 axes, côté sujet / côté institution :
 - **Régulations cognitives** : quid de nos représentations- de la violence- de la psychiatrie ?
 - **Régulation des comportements** : intégration des codes sociaux, quid de nos représentations des TC ?
Spécificité du diagnostic psychiatrique : troubles des conduites
 - **Régulation émotionnelle** : enjeux de l'attachement
- **A confronter à la notion de care** : prendre soin ensemble, en situation de vulnérabilité

Plan



- **Représentation sociétale : place de la psychiatrie ; notion sur la violence**
- DITEP et troubles du comportement
- Théories actuelles en psychiatrie pertinentes en contexte DITEP :
 - Besoins fondamentaux et Attachement
 - Stress, violence et syndrome de stress post-traumatique
- Nouvelles thérapies et travail en commun
- Perspectives : la recherche en commun !



Représentation sociétale, place de la psychiatrie/ violence

- Différencier santé mentale et psychiatrie
- Clinique/regards fonction société, croyances.. :
- Des asiles lieu de régulation sociétale, à l'enfermement XIX^e, au secteur....
- Violence humaine...et non psychiatrique : risque..
- Nos patients essentiellement victimes > auteurs

Exposition à la violence : 1^{er} facteur corrélé aux risques psychiatriques et/ou leur gravité, à état santé global = un combat à poursuivre

Particularités de la psychiatrie



- **Clinique particulière** : accueillir-recueillir-métaboliser le vécu du sujet ; angoisse/peur/tristesse/désespoir/colère/honte/culpabilité/ violence vécue-agie....
- **Clinique qui fait peur** ; Patients qui font peurs
- **Spécialité particulière, en « décalage »** :
 - facteur temps (psychique, soignant, de l'enfant/du parent ; de nos institutions..) ;
 - facteur relationnel (continuité++, pluridisciplinarité)
- **Une spécialité et des patients stigmatisés** :
entravant repérage/prévention/accès aux soins

Principes actuels en psychiatrie, à la suite des combats idéologiques



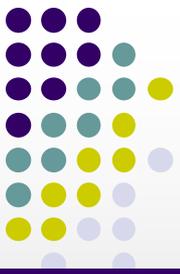
- **Position modeste et pragmatique** sur nos savoirs, allant neurosciences aux sciences humaines
- **S'enrichissant de nos partenariats** et regards croisés
- **EBM, au sens plein et entier, croisant :**
 - données scientifiques,
 - expérience clinique,
 - savoir expérientiel mineurs/familles

Psychopathologie développementale



- **Regroupe de multiples théories** : des aspects moléculaires/neurosciences, jusqu'aux aspects culturels/ sciences humaines
- **Modèle transactionnel** : Trouble mental expression de la dynamique entre aspects intra et extra individuels (non fixés)
- **Implique modalités complémentaires** de diagnostic et de traitement
- **Changement tjrs possible**, en lien continuité-discontinuité, histoire actuelle et passée, f de risque et protection

Neurosciences: fonctionnement psychologique reste la résultante d'une construction fonctionnelle du cerveau

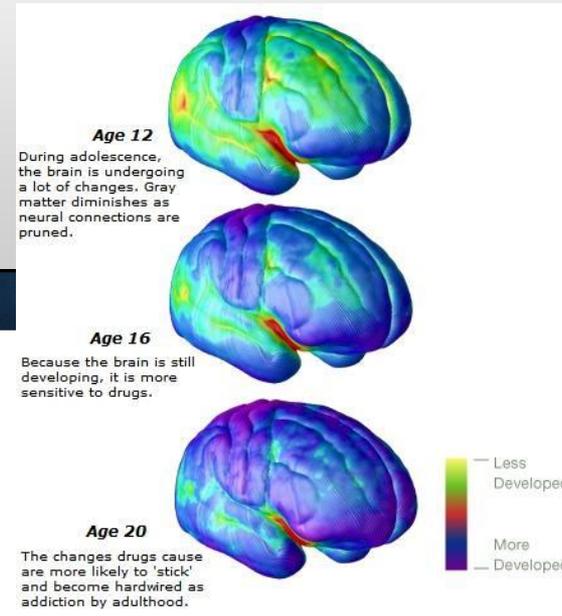
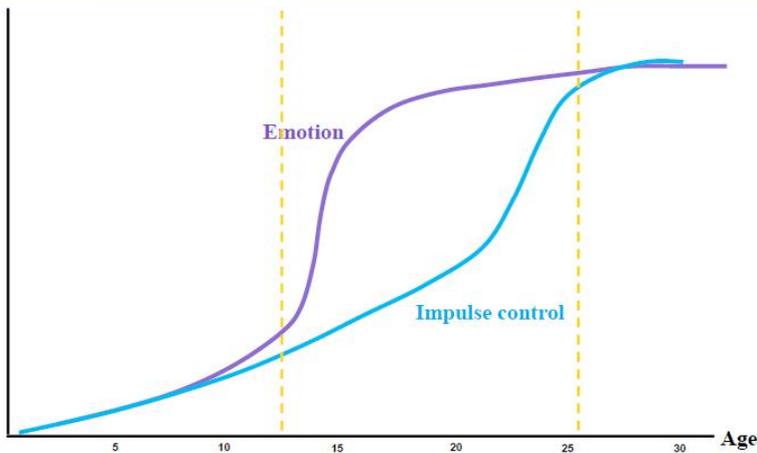


- 10% des connexions à la naissance
- 90% se construisent ensuite en lien avec l'environnement (génétique et environnement)
- **Développement par phases :**
 - de synaptogénèse et de sélections synaptiques**
 - 2 grandes phases de synaptogénèse :
 - périnatal et adolescence**
- **La neurogénèse et la neuroplasticité :**
 - construction, adaptation, réparation



Apport des neurosciences : La maturation cérébrale est un processus non-synchrone au regard des différentes aires

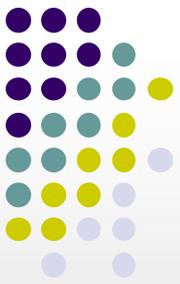
Evolutionary neurobiology and social context in adolescence



**Partie 2 : développement, ressources ,
fragilités. Chapitre 12 : l'apport des
neurosciences**

**Livre : Médecine et Santé de l'adolescent, Elsevier
2019, Gerardin et al**

EN PRATIQUE



- **DESTIGMATISER : changer nos regards**
- Investir 2 périodes clefs de sensibilité majeure à l'environnement : **périnatalité /adolescence**
- Patients plus à risque d'être **victimes** que violents ; auteurs souvent anciennes victimes... Violence n'est pas « psychiatrique »
- Troubles du comportement adaptatifs ou pathologiques ?
- **Continuum** entre normal et pathologique



Plan

- Représentation sociétale, place de la psychiatrie
- **DITEP et troubles du comportement**
- Théories actuelles en psychiatrie pertinentes en contexte DITEP :
 - Besoins fondamentaux et Attachement
 - Stress, violence et syndrome de stress post-traumatique
- Nouvelles thérapies et travail en commun
- Perspectives : la recherche en commun !

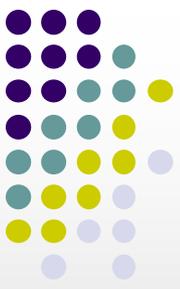
Troubles du comportement : activité, agitation, pathologies...



- **Du normal au pathologique, de la vie à la destructivité** : une frontière fragile
 - **Fonction** d'une culture /société / environnement, vie scolaire-harcèlement, d'une famille...
 - Quid de la **demande** si ne vient pas du sujet : parents, du social, de l'éducatif, du judiciaire , du soin ?
- **En lien adversité, stress, violence**
 - **Du développement normal**, aux conduites à risque, en passant par troubles de la personnalité en devenir... jusqu'aux **troubles psychiatriques** :
complexité caractérisation / diagnostic

Evolution des diagnostics au sein des classifications

(DSM-5-TR, 2023)

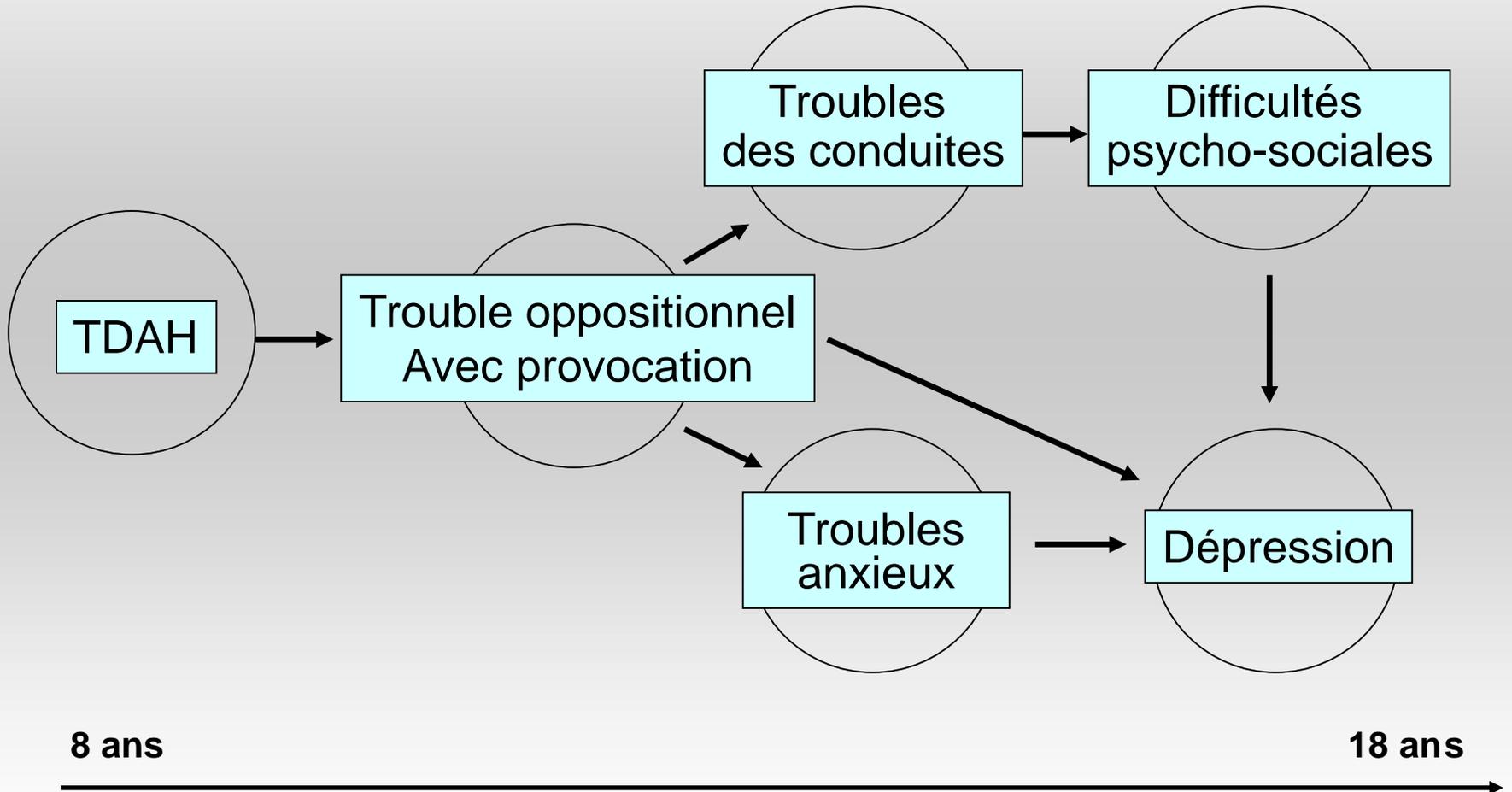


- **Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites :**
 - Troubles des conduites : **comportement** mal contrôlé
 - Troubles Explosifs intermittents: centré du difficultés régulations des **émotions**
- Notion de troubles neurodéveloppementaux : Trouble du spectre de l'autisme, (TSA), troubles hyperactivité avec troubles de l'attention, troubles des apprentissages...
- Notion de **dynamique développementale** et de **comorbidités**
- **3 axes: comportements/émotions/cognitions**

Complexité et prudence diagnostiques

Chronologie des troubles :

Qui apparaît en 1^{er} ? Cesse ? Perdure ?
Se Modifie ? S'accumule ?



(Burke et al., 2005)



Enjeux du diagnostic

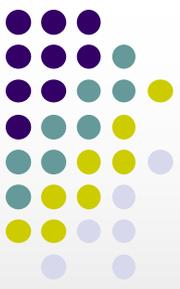
- **Evolution diagnostics, au sein des classifications, pouvant s'associer/comorbidités;**
- **Evolution diagnostic, au sein du développement**
 - Diagnostic pertinent à un temps t, à réévaluer avec développement
 - Incertitude des trajectoires, de la périnatalité à l'adolescence, enjeux et potentialités du développement
 - Trajectoires que nous ne pourrions pas toute modifier/ infléchir

Valeur relative du diagnostic : 1 repère non figé

Dans l'histoire des connaissances comme du sujet

De l'approche catégorielle à une approche dimensionnelle

EN PRATIQUE : comportement comme « pouvoir d'agir » : inverser dynamique



- De la destructivité à la créativité
- De la destructivité à la réparation
- De la dévalorisation à la revalorisation
- De la prise de risque en solo à un cadre contenant
- Contrat de soin
- Directives anticipées /protocole désescalade
- Travailler sur reconnaissance/gestion émotions



Plan

- Représentation sociétale, place de la psychiatrie
- DITEP et troubles du comportement
- **Théories actuelles en psychiatrie pertinentes en contexte DITEP :**
 - **Besoins fondamentaux et Attachement**
 - Stress, violence et syndrome de stress post-traumatique
- Nouvelles thérapies et travail en commun
- Perspectives : la recherche en commun !

Troubles du comportement



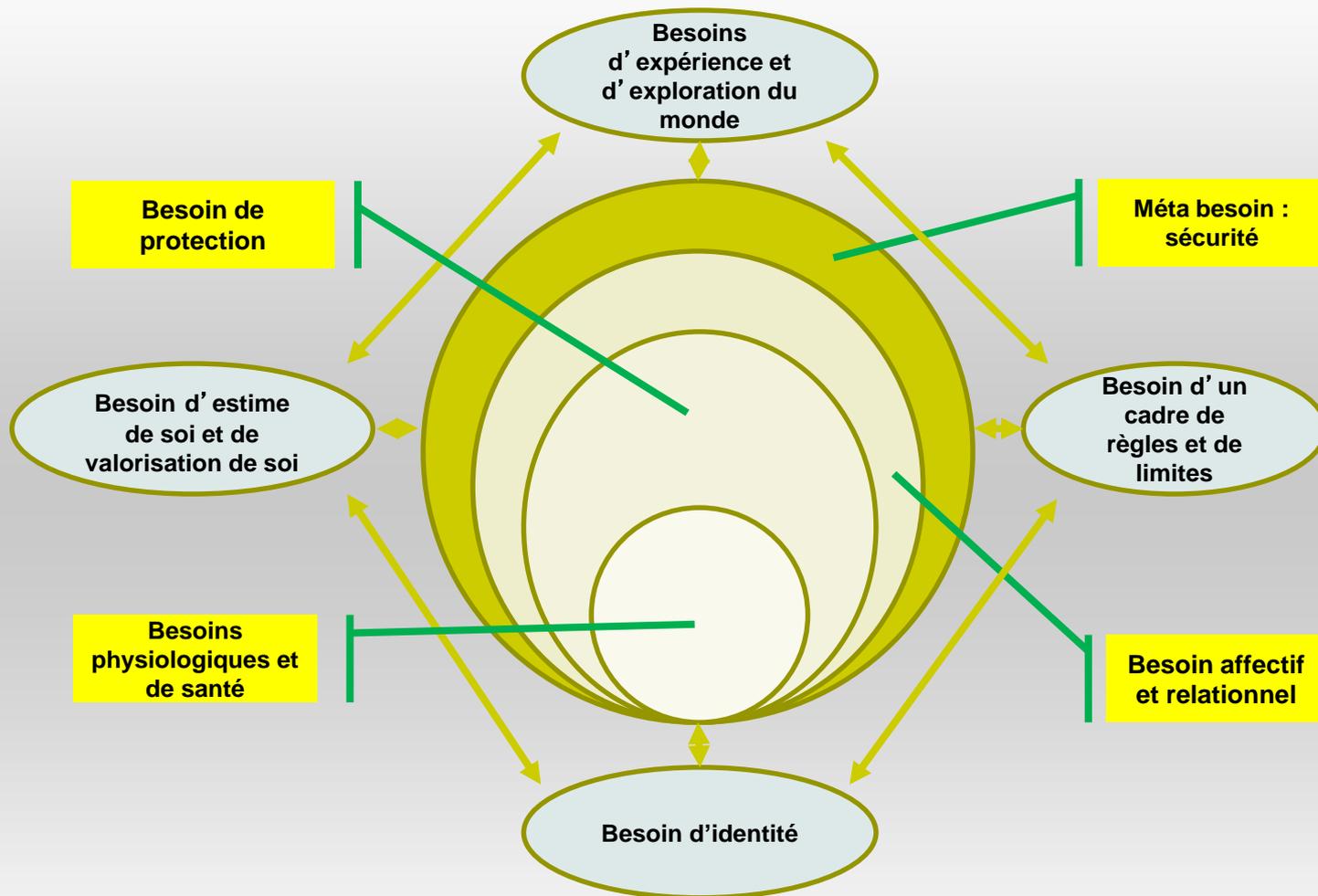
- A décomposer en 3 axes, côté sujet / côté institution :
 - **Régulations cognitives** : quid de nos représentations- de la violence- de la psychiatrie ?
 - **Régulation des comportements** : intégration des codes sociaux, quid de nos représentations des TC ?
Spécificité du diagnostic psychiatrique : troubles des conduites
 - **Régulation émotionnelle** : enjeux de l'attachement
- **A confronter à la notion de care** : prendre soin ensemble, en situation de vulnérabilité

Dynamique des besoins fondamentaux et développement



- Besoins fondamentaux **nécessaires** à tous les âges
- Les mêmes besoins vont se décliner de **manière spécifique et différente** suivant les âges
- La non satisfaction de ceux-ci ont des **conséquences différentes** suivant les âges, et les sexes

La carte des besoins fondamentaux Universels de l'enfant / REF :





**MÉTABESOIN DE SECURITÉ,
AFFECTIF ET RELATIONNEL :
NOTIONS SUR
L'ATTACHEMENT,
RÉGULATION
EMOTIONNELLE**

APPORT DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT (J.Bowlby) À LA COMPRÉHENSION INTERACTIONS



- **Attachement = bébé vers adulte**
 - Besoin inné, 3 premières années de vie
 - Rechercher proximité/sécurité auprès adulte fixe
 - Fonction capacités bébé, en lien environnement

- **Caregiving = adulte vers bébé**
 - Réponses aux besoins d'attachement du bébé
 - Capacité à repérer les besoins du bébé
 - En lien avec sa propre histoire d'attachement

APPORT DE LA THÉORIE DE L' ATTACHEMENT À LA COMPRÉHENSION INTERACTIONS



- **But :**

- Permettre la régulation émotionnelle, en particulier émotions négatives =

peur, angoisse, tristesse

(repérable dès 8 s de vie)

- **Conséquences :**

- Système interactif sollicité de part et d'autre en situation de stress et d'émotions négatives
- Racine et renforcement biologique
modulés par environnement

CÔTÉ BÉBÉ



- **Réponse adéquate à ses besoins d'attachement**
 - Permet petit à petit de solliciter réponses propres
 - Donne confiance dans les liens interpersonnels
 - Autorise à aller chercher du soutien quand détresse
- **La confiance permet l'exploration :**
 - Soutien l'exploration, l'acceptation du changement
 - Développe la résolution problèmes
 - Effets sur l'ensemble du développement (et réciproque)

☞ *A noter : différents profils d'attachement décrits*

CÔTÉ CAREGIVER



- **Le caregiver optimal :**

- ✓ Accepte le besoin de réassurance
- ✓ S' autorise une réponse sensible à la détresse
(partage émotionnel, consolation, soutien)
- ✓ Peut percevoir ses erreurs et les « réparer » (50%)

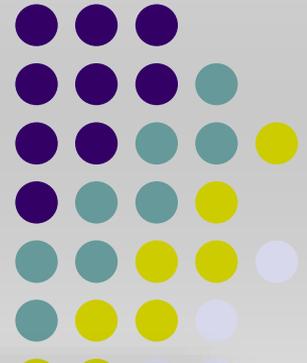
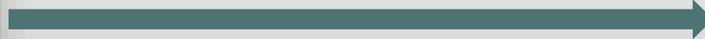
Ceci possible :

- Si caregiver a pu «**éteindre**» ses besoins d' attachement
- N'est pas en situation d' **insécurité** réactivant processus d' attachement

Base de sécurité



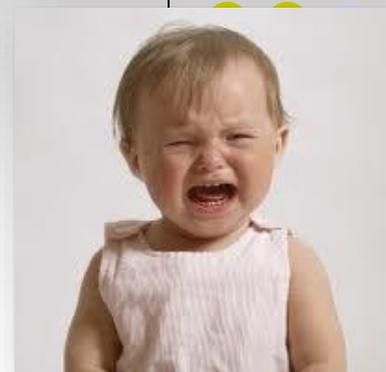
Exploration



~~**Havre de sécurité**~~



Recherche de proximité

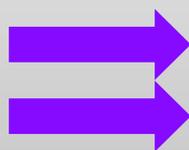


DU DÉVELOPPEMENT

AUX SITUATIONS DE SOIN

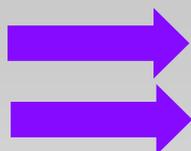


- **Toute situation de stress, vulnérabilité réactive**



Systeme d'attachement enfant/parents
Systeme d'attachement du soignant

- **Tout adulte est potentiellement (soignant...)**



En besoin vis à vis propre systeme d'attachement
En position de caregiver

- **Prendre soin de ceux qui prennent soin**

- Leur fournir **une base de sécurité**, fonction des « maillons » hiérarchiques
- Leur fournir soutien, individuel/d' équipe
- Etre attentif à la détresse soignants dans certaines situations

EN PRATIQUE...

CÔTÉ SUJET



- **Ce qui apaise/ sécurise permet d'être sujet :**
 - Calme, Ecoute
 - Reconnaissance des émotions, peur, détresse, verbale et non verbale
 - Valorisation +++
 - Réponse claire, adéquate, prévisible, cohérente

 Faire ce qu'on dit, dire ce que l'on fait
- **Ce qui ouvre à « mentaliser » permet d'être acteur :**
 - RENDRE ACTIF par l'apaisement angoisse, par propositions de choix, par contrat négocié
 - Reconnaître ses erreurs et savoir les corriger

BASES DE LA CONFIANCE RECIPROQUE

EN PRATIQUE...

CÔTÉ PROFESSIONNEL



- Compréhension enjeux du développement, du bébé à l'adolescence = plus juste distance
- Se connaître, réflexivité, savoir ce qui nous fait peur
- Savoir faire des relais, s'appuyer sur équipe
- Reconnaître nos limites, nos erreurs

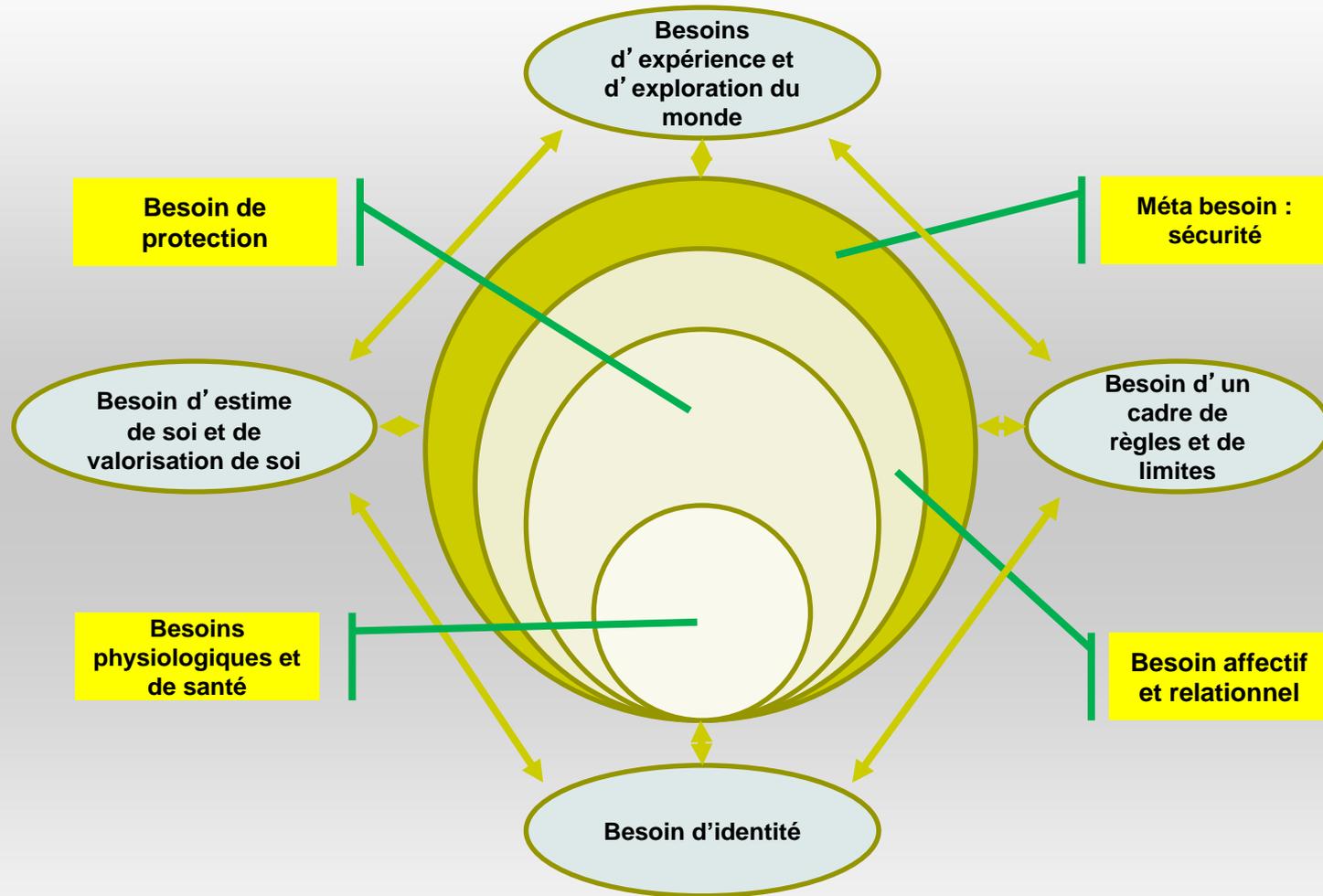
Nous ne pouvons donner confiance que si nous mêmes en confiance

Plan



- **Représentation sociétale, place de la psychiatrie**
- DITEP et troubles du comportement
- Théories actuelles en psychiatrie pertinentes en contexte DITEP :
 - Besoins fondamentaux et Attachement
 - **Stress, violence et syndrome de stress post-traumatique**
- Nouvelles thérapies et travail en commun
- Perspectives : la recherche en commun !

La carte des besoins fondamentaux Universels de l'enfant / REF :



Méta besoin de protection



- Impact de l'exposition à la violence suivant les âges
- Particularité du syndrome de stress post traumatique (PTSD)

Enfance, adolescence, violence



Enfants

- Troubles de l'attachement (2/3 insécure),
- Troubles de la régulation des émotions ; PTSD (cauchemars, détresses, retraits, colères, *troubles du sommeil*, jeux répétitifs, *réactions incontrôlables...*) ; Troubles *du comportement*
- Difficultés apprentissages

Ado :

- Menaces et passages à l'acte suicidaire
- Violence *subie* (filles)/ *agie* (garçons); Déscolarisation
- Divers troubles somatiques non spé, obésité
- Troubles des conduites variés, addiction, anxiété, dépression, PTSD (réactions dissociatives, évitement, accès de colères...)

Plan



- **Représentation sociétale, place de la psychiatrie**
- DITEP et troubles du comportement
- Théories actuelles en psychiatrie pertinentes en contexte DITEP :
 - Besoins fondamentaux et Attachement
 - **Stress, violence et syndrome de stress post-traumatique**
- **Nouvelles thérapies et travail en commun**
- Perspectives : la recherche en commun !

En résumé : démarche diagnostique globale et partagée



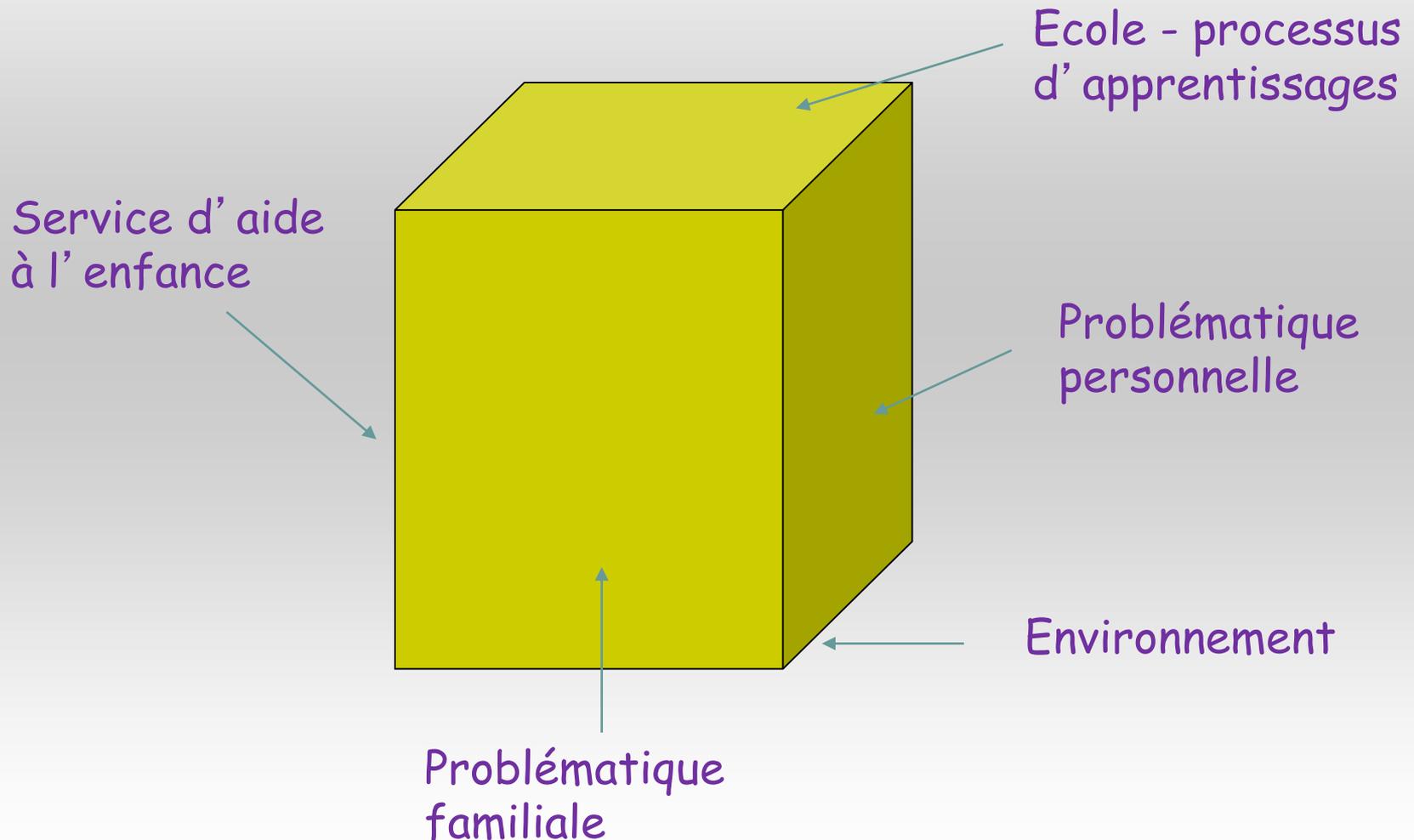
Alertes : symptôme(s) s'installent dans la durée, impact le développement et/ou les relations

Evaluer les besoins :

- **Affectifs** : impact perturbations interactions sur fonctionnement dyade/triade, sur développement
- **Relationnels** : enjeux socialisation / scolarisation
- **De protection** : risque du stress sur l'organisme
- **Physiologique, de santé** : importance de la santé globale, du sommeil à l'alimentation...

Aucun effet systématique ; risques cumulatifs

Différentes facettes d'évaluation avec des failles multiples



Diagnostic multiaxial



- **Psychiatrique(s)** (DSM-5) :diagnostic ou non? Comorbidité ou non ??
- **Psychodynamique** Modalités interactionnelles (parents, famille, amis, adultes...)
- **Fonctionnements** cognitif (instrumentaux), scolaire, sensoriel
- **Etat global de santé** et sommeil/alimentation/propreté..
- **Lien au soin, de l'enfant-ado, de ses parents** : demande, alliance...Type de soutien aux parents possibles. Relations institutionnelles....
- **Mentaliser /**
 - **Facteurs de risque** (exposition à la violence, addictions..)
 - **de protection** (figure d'attachement stable; scolarité..)

En pratique : S'appuyer sur nouvelles thérapies et outils



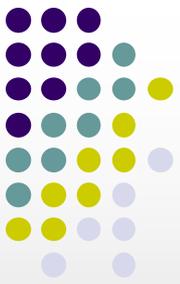
- Régulation des **comportements**, Savoir repérer **risque suicidaire** ; plan de sécurité ; vigilan's et 3114
- Thérapies autour du **PTSD** : ex de l'EMDR,
Axées sur le sommeil : hygiène globale, médicamenteuse ;
Axées sur les cauchemars : Répétition d'Imagerie mentale ;
repérage des « déclencheurs »...
- Thérapies axées sur **les régulations émotionnelles**
(sécurité affective; repérage des peurs, diminution des stress..)
- Thérapies axées sur les particularités **cognitives et attentionnelles**, y compris côté parents (groupe Barkley)

CAT si Troubles Conduites sévères



- (1) Prise en charge de la crise en cas de nécessité, protocole désescalade
- (2) Évaluer le contexte psychosocial et la psychopathologie de l'enfant
 - • Vulnérabilité psychiatrique et comorbidité
 - • Environnement familial et contexte social
 - • Niveau scolaire
 - • Existence de troubles cognitifs spécifiques
- (3) Discuter la légitimité d'une intervention psychosociale et/ou judiciaire
- (4) Choisir une intervention psychothérapique individuelle et familiale correspondant à l'évaluation, à la demande/alliance du jeune et de sa famille
- **5) Si échec ou comorbidité importante, envisager un traitement médicamenteux**
- 6) Toujours relancer et accompagner le travail psychothérapique et psychosociale ; toujours fournir un soutien familial

Principes généraux des psychotropes



- **Peu évalués, + effets secondaires et – efficace /adulte**
- **Prise en charge toujours multidimensionnelle**
- **3 prises en charge ont été évaluées**, avec des résultats positifs (*KAZDIN, 2000*) :
 - guidance parentale
 - prises en charge cognitive et émotionnelle
 - thérapie multisystémique (famille et contexte extrafamilial)
- **Prescription jamais de prime abord**, contesté par certains, au 2^e plan dans les troubles disruptifs du contrôle des émotions ou des impulsions ; **à surveiller + mesures hygiéno-diététiques** ; **à réévaluer/ ARRÊTER**
- **Fonction** :
 - de l'enfant (âge, psychopathologie, QI, troubles instrumentaux...)
 - du contexte familial, social, éducatif

(*Gerardin et al, 2002/2005*)

Faire ensemble : les conditions d'un changement ?



Evolution : **de la prise de conscience, au modèle « expérientiel », agir ensemble**

- Travailler sur nos représentations et normes sociales : sur la psy, la violence, les TC...
- Créer relation de confiance : succès tient au degré de réponses au besoin perçu par, l'enfant/l'ado/ la famille, nos capacités à réparer nos erreurs...
- Expertise professionnelle mais aussi expertise de la famille, trouver un langage commun
- S'entendre sur le « diagnostic » et l'intervention

Conclusion



- **Chaque champs** (éducatif, sanitaire dont psychiatrie, psychologie, justice, avec éclairage sociologie, transculturel, systémie...) apporte son éclairage théorique et pratique, ses compétences
- **Chacun face au décalage**: théorie, idéal, réalité et moyens; accepter ses limites, douter, mais aussi s'engager !
- **Aucun n'a la vérité ! Aucun n'a la réponse !**
- **La réponse**, notre capacité à faire face à de tels enjeux, à de telles charges émotionnelles, est :

De se former, faire ensemble, en réseau coordonné

Évaluer (+++situation/dispositifs), **Protéger et Soigner**,

Chacun, à sa place et en lien, assurant fil rouge



Plan

- Représentation sociétale, place de la psychiatrie
- DITEP et troubles du comportement
- Théories actuelles en psychiatrie pertinentes en contexte DITEP :
 - Besoins fondamentaux et Attachement
 - Stress, violence et syndrome de stress post-traumatique
- Nouvelles thérapies et travail en commun
- **Perspectives : la recherche en commun !**

EN PRATIQUE



- La recherche comme :
- - un questionnement
- - des résultats :

à partager et nous permettant de construire en commun de nouveaux savoirs, représentations, réponses

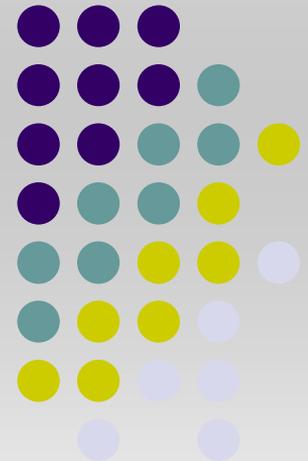
FHU-PEA

PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
PROTECTION ENSEMBLE AVANÇONS

ROUEN – AMIENS - CAEN - LILLE

« FACTEURS DE
VULNÉRABILITÉ/RÉSILIENCE
INFLUENÇANT LES TRAJECTOIRES
DÉVELOPPEMENTALES ET LES
MODALITÉS ADAPTATIVES
D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS
CONFIÉS À L'ASE »

COORDONNATEUR DU PROJET:
PR PRISCILLE GERARDIN



La FHU-PEA

Les facteurs de vulnérabilité/résilience influençant les trajectoires développementales et les modalités adaptative d'enfants et d'adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Pr GERARDIN (CHU Rouen)
Pr APTER (GHH/UNIR)
Pr MEDJKANE (CHRU Lille)
Pr JARDRI (CHRU de Lille)
Dr NOTREDAME (CHRU Lille)
Pr GUENOLE (CHU Caen)
Dr BENAROUS (CHU Amiens)
Pr GUILLE (CHU Amiens)
Dr RUFINO (NHN)

Plusieurs axes

Chaque WP : recherche, pédagogie et clinique



WP 1	WP 2 – EPIDEMIOLOGIE Prévalence des troubles psychiatriques et approche dimensionnelle (p. 10)	WP 6
	WP 3 – PROCESSUS ETIOPATHOGENIQUES WP 3-1 : Analyse des trajectoires développementales (p. 11) WP 3-2 : Qualité des comportements d’attachement (p. 12) WP 3-3 : Adversité précoce et multi sensorialité hallucinatoire (p. 13) WP 3-4 : Adversité précoce et mémoire autobiographique (p.14) WP 3-5 : Régulation émotionnelle et mentalisation (p. 16)	
	WP 4 – PARCOURS DE SANTE Trajectoire dans le système de santé; adhésion aux soins et coordination médico- sociale des patient placés par l’ASE (p. 18)	
	WP 5 - ENJEUX ETHIQUES Stigmatisation et soins en santé mentale ; consentements aux soins en situation de placement ; place et lien avec les professionnels de santé mentale dans les procédures de justice (p. 19)	
C O O R D I N A T I O N		D I S S E M I N A T I O N



La recherche : PsyPreDi



**Etat des lieux de la santé mentale
des adolescents suivis par les
dispositifs ITEP en France**



En résumé, les constats

- Evolution des dispositifs, élargissement des inclusions =
Modification des profils d'adolescent accueillis
- Evolution nosographie psychiatrique
- Absence de connaissance des diagnostics psychiatriques
et profils psychopathologiques de la population accueillie
actuellement
- Méconnaissance des besoins spécifiques en lien avec
ces profils

Les partenaires



Coordonnateurs médicaux (psychiatres enfant-ado):

- Pr G. Bronsard (CHRU de Brest)
- Pr P. Gerardin (CHU de Rouen)

=> Ce projet est promu et coordonné par le CHU de ROUEN

Comité scientifique:

- AIRe
- Coordonateurs médicaux
- Pr JM Baleyte (CHI de Créteil-pédopsychiatre)
- Pr S. Nezelof (CHRU de Besançon-pédopsychiatre)
- Pr F. Medjkane (CHU de Lille-pédopsychiatre)



Ce projet est soutenu et financé par les ARS:

- Bretagne,
- Normandie,
- Hauts de France,
- Bourgogne –Franche-Comté,
- Ile de France



Les partenaires



L'AIRe est à l'initiative de ce projet de recherche et de son financement en réponse aux attentes et interrogations des médecins et psychologues du réseau.

Membres du comité scientifique de l'AIRe:

- Roland Dysli (Président)
- Christophe Buisson (Vice- Président)
- Chloé Blossier (conseillère technique)
- Jacquy Desmet (formateur AIRe)
- Lionel Deniau (conseiller CESE)



Délégués régionaux:

Bourgogne

Franche Comté :

Roland Dysli

Florian Bertin

Ile de France :

Pauline Martin

Bretagne :

Damien Tellier

Corinne

Testaniere

Hauts de France :

Armelle Danvin

Barbara Vancoillie

Normandie :

Frédéric Bailleul

Isabelle Padiglione





Objectifs

Objectif principal: étudier la prévalence psychiatrique, le profil d'attachement et certaines caractéristiques psychologiques, comportementales et développementales des adolescents accompagnés en DITEP

Finalité de la recherche:

- Progresser sur **l'évaluation et la connaissance** des besoins des jeunes engagés dans un processus handicapant en raison des troubles psychologiques,
- La connaissance des modes de coopération développées **au niveau territorial**,
- **Améliorer la continuité du parcours** des enfants et adolescents en DITEP et la qualité de leur accompagnement,
- **Renforcer la collaboration** avec la pédopsychiatrie et favoriser la « co-élaboration » d'un parcours de soin décrété par la loi HPST (décret 2005-11).



Qu'allons-nous évaluer pour répondre aux objectifs?

Les troubles psychiatriques et neuro-développementaux

Les traumatismes

L'attachement

Les capacités cognitives

Les émotions



Cécile Pourcher
Cheffe de Projets - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Coordinatrice recherche clinique - Pôle Femme-Mère-Enfant

Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation
CHU de Rouen
Tél. : 02 32 88 89 90 poste 60892
e-mail: cecile.pourcher@chu-rouen.fr



Pour aller plus loin : Médecine de l'adolescent



- **DIU médecine et santé de l'adolescent**
Prs Gicquel et Stheneur, Paris
aurelie.rocher@ch-poitiers.fr
 - **Journées DIU-SFSA**
 - **Dijon, 21-22 nov : Ado, école et santé**

- **DU TCA Enfant Ado (Paris /distanciel /10 modules dont 8 indépendants)**

Pr P.Gerardin - FFAB,



FFAB

Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

Médecine et Santé de l'Adolescent



Pour une approche
globale et interdisciplinaire

Coordonné par
Priscille Gerardin
Bernard Boudailliez
Philippe Duverger



Elsevier Masson





MERCI

POUR VOTRE ATTENTION

Place aux échanges !