JOURNEE REGIONALE COMPORTEMENTS DEFIS
ERHR Bretagne

Mieux comprendre pour mieux accompagner : les apports essentiels du récent PNDS comportements-défis

Dr Cora CRAVERO
Pédopsychiatre

Centre Référent Maladies Rares à Expression Psychiatrique, GHU Pitié-Salpêtrière, **ideal.aphp.fr/**
Equipe mobile parisienne Situations complexes en autisme (UMI 75-92), Fondation de l'Elan Retrouvé

03 novembre 2026 – Rennes

Défi Science
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ



Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) « Comportements-défis dans les TND de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : TSA, TDI, et maladies rares » (HAS, 2025)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-12/dir2/pnds_comportements-defis_dans_les_troubles_du_neurodeveloppement_2025.pdf

POURQUOI UN PNDS DÉDIÉ ?

- Contexte de la demande et de l'élaboration du PNDS, l'existant *vs* les besoins
- Population concernée : personnes avec TND sévères (TSA et TDI associés, avec maladie rare connue ou non), de l'enfant à l'adulte
- Un PNDS transnosographique… une gageure !!
- Méthodologie (HAS) et groupe de travail
- Objectifs principaux du PNDS :

- adopter un langage et un référentiel communs, un cadre de réflexion favorisant l'harmonisation et l'optimisation des pratiques sur le territoire national
- identifier des causes multiples et intriquées à l'origine des comportements-défis, hiérarchiser les interventions diagnostiques et thérapeutiques, et proposer un organigramme décisionnel
- axer sur la formation des professionnels (se former, progresser, évoluer dans un cadre sécurisant) et offrir des outils alternatifs à l'isolement, à la contention, et au risque de surenchère des médicaments (prescription médicamenteuse rationnelle)
- offrir un parcours de soins coordonné, s'appuyer sur les réseaux et centres ressources existants

DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

PNDS comportements-défis (CD), partie Argumentaire (HAS, 2025)
Podcast DéfiCast CD, épisode 17, Filière DéfiScience

CONCEPTS CLÉS ET RÉALITÉS CLINIQUES

COMPORTEMENTS DÉFIS

« Comportements d'une intensité, fréquence ou durée, telles que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise en danger » (Emerson, 1995).

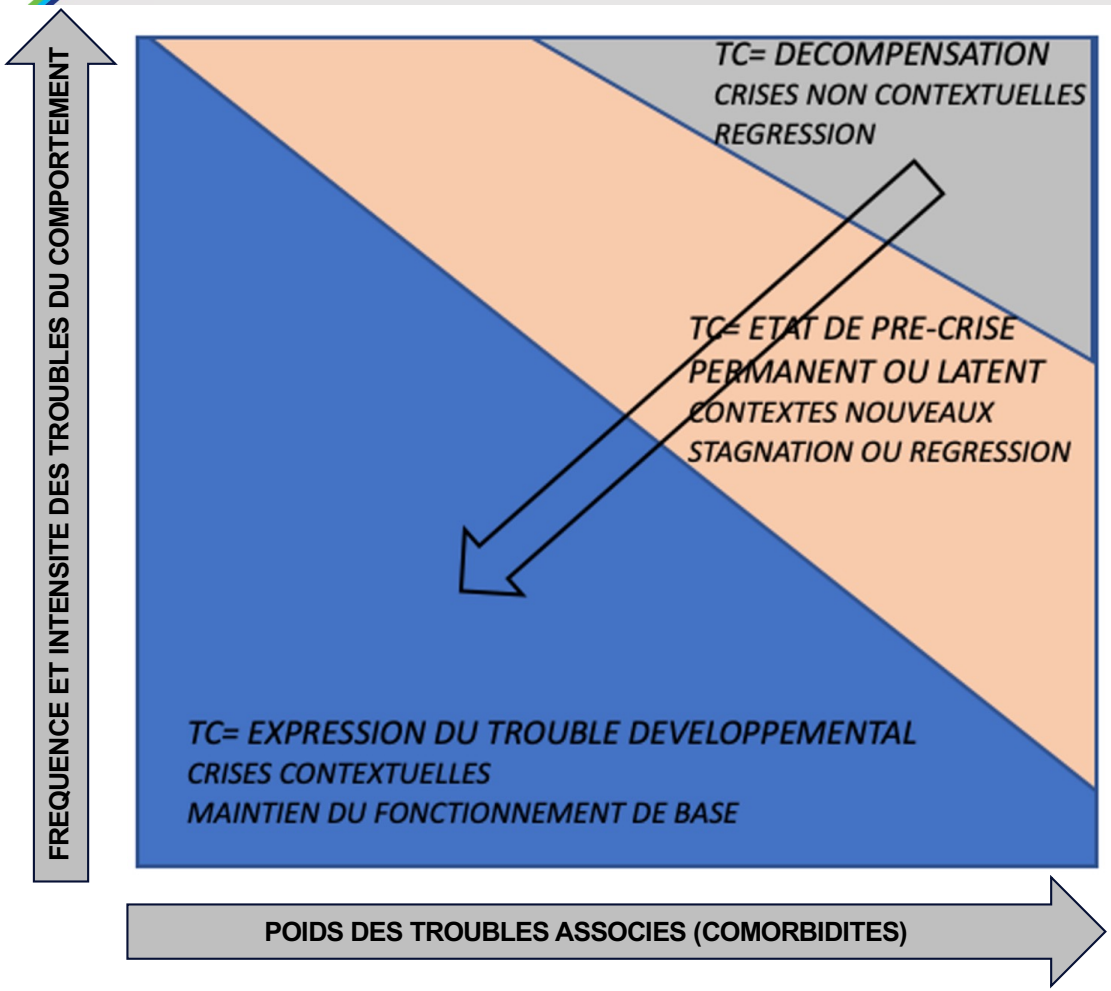
Ex : auto-agressivité/automutilations, hétéro-agressivité, crises clastiques/destructions, troubles sévères du sommeil, de l'alimentation, comportements sexuels inappropriés, irritabilité, catatonie...

Fréquents chez les personnes avec un TSA/TDI et pouvant présenter d'autres TND, mais ne font pas partie de leur définition diagnostique.

TND SÉVÈRES & COMPLEXES

- Perte de visibilité du fonctionnement de base en raison de la persistance des comportements-défis
- Présentations cliniques atypiques et défis diagnostiques
- Accès limité à des soins de santé appropriés
- Niveaux élevés de souffrance et de handicap
- Risque de polymédication, d'exposition prolongée aux psychotropes
- Réactions indésirables aux médicaments
- Hospitalisations récurrentes
- Source d'inquiétude, d'épuisement et de stress, impact majeur sur les aidants et le système de santé

DIFFERENCIER LES COMPORTEMENTS-DÉFIS : fonctionnement de base *vs* détérioration



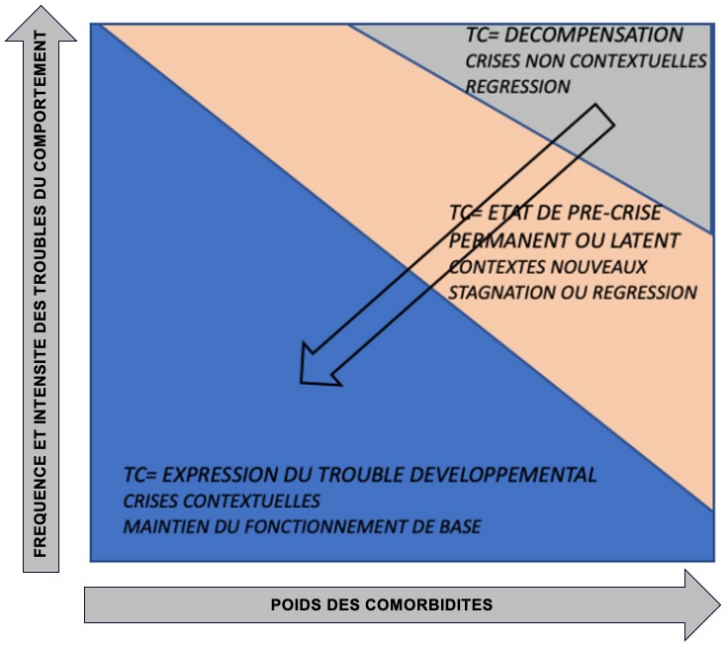
3) Des crises à répétition (décompensation cognitivo-comportementale)
Etat de pré-crise permanent avec régression du développement.
Approche médicale (comorbidités +++, iatrogénie), puis psychoéducative.

Cas particulier : catatonie
Syndrome psychomoteur sévère, avec risque vital.
Plus fréquent chez le sujet avec TSA, TDI, épilepsie et syndromes génétiques (ex : SHANK3, Down…)
Cf. PNDS Syndrome catatonique

2) Des crises avec altération du comportement de l'individu
Séquences de comportements paroxystiques nouveaux ou s'aggravant, se déroulant en plusieurs phases (cf. étapes d'une crise comportementale).
Approche mixte : médicale (recherche de comorbidités) et psychoéducative couplée.

1) Des gestes isolés
Ponctuels, contextualisés, ayant « toujours existé ».
Ils nécessitent avant tout une approche psycho-éducative.

DIFFERENCIER LES COMPORTEMENTS-DÉFIS : fonctionnement de base *vs* détérioration



1) Des gestes isolés

Ponctuels, contextualisés, ayant « toujours existé ».
Ils représentent souvent un besoin développemental non satisfait/non repéré et nécessitent avant tout une approche psycho-éducative.

Connaître l'étiologie des TND (TSA/TDI) :

- syndromes associés à des particularités comportementales et neuro-psychiatriques spécifiques (ex : Prader-Willi, Angelman, microdélétion 22q11, Smith-Magenis, Williams-Beuren…)
- connue : se renseigner sur l'étiologie sous-tendant le(s) TND : orphanet, PNDS de la maladie rare, revue de la littérature
- inconnue : explorations génétique (X-fra, ACPA, NGS), neurométabolique, auto-immune…

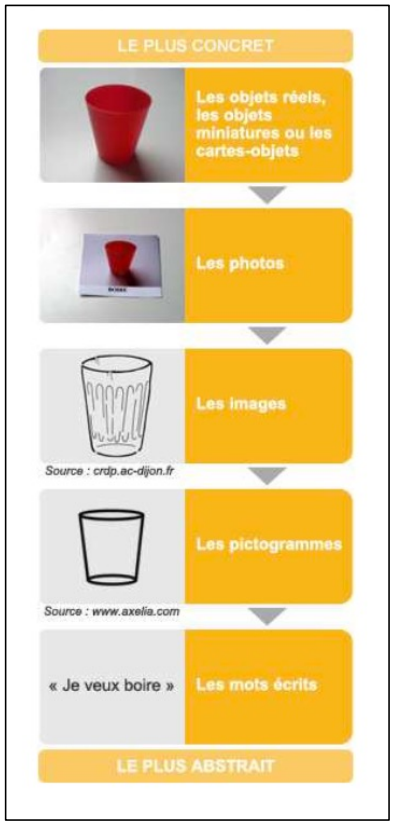
Définir le fonctionnement de base du sujet (fondamental) :

- anamnèse développementale +++, même chez l'adulte
- cognitif et socio-adaptatif → évaluation psychologique (ex : WNV, PEP-3, Vineland-II), évaluation éducative
- sensori-psychomoteur → évaluation psychomotrice (ex : BSM) et sensorielle (ex : Dunn, EPSA, ESA), ergothérapique
- communicationnel : expressif, réceptif, non verbal → évaluation orthophonique (ex : COMVOOR)
- émotionnel (ex : SED-S)

DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

Recommandations HAS 2005, 2010, 2011, 2018, 2022 ; Inserm 2016 ; Filière DéfiScience 2022 ; ANESM 2017

Définir le fonctionnement de base – évaluation fonctionnelle



Orthophonie

* COMVOOR (communication)

Psychologique

- ADI-R / CARS
- WNV, PEP-3, AAPEP ou TTAP, VABS-II
- SED-S (échelle de développement émotionnel/TDI) – tous âges



Psychomotricité

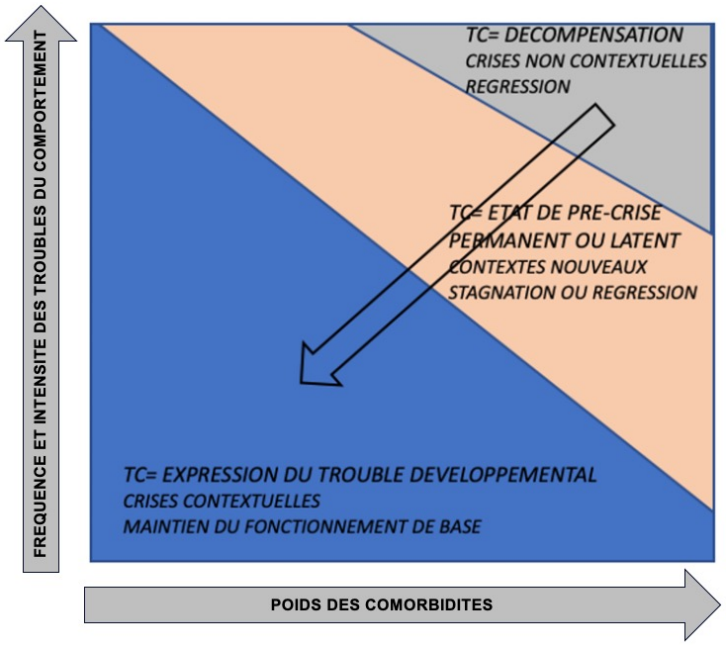
* Profil sensoriel (Dunn)
* EPSA (Echelle des Particularités Sensoripsychomotrices dans l'Autisme) – enfants-ados
* ESA (Evaluation Sensorielle dans l'Autisme) – tous âges



Éducative

* EFL (Essential For Living/TDI) – tous âges
* TTAP (autonomie) – ados/adultes
* EFI (Evaluation des compétences Fonctionnelles pour l'Intervention) – adultes

DIFFERENCIER LES COMPORTEMENTS-DÉFIS : fonctionnement de base *vs* détérioration



1) Des gestes isolés
Ponctuels, contextualisés, ayant « toujours existé ».
Ils représentent souvent un besoin développemental non satisfait/non repéré et nécessitent avant tout une approche psycho-éducative.

Traitement : proposer des rééducations fonctionnelles/projets et des adaptations au plus près des âges de développement (fondamental) :

- communication → **orthophonie / CAA, analyse fonctionnelle et adaptations**
- motricité, sensorialité → **psychomotricité**, ergo-, kinésithérapie, **et adaptations**
- cognition, socio-adaptation, développement émotionnel (âges développementaux) → **interventions précoces, développementales et comportementales (cf. recommandations dans le TSA/TDI ; + ayant prouvé une efficacité sur les comportements-défis, ex : ABA, PBS…)**, **adaptation environnementale**, projet **psycho-éducatif** individualisé

Ex : entraînement des compétences avec structuration de l'environnement, de l'espace et du temps (ex : supports visuels, routines, anticipation, séquençage des tâches quotidiennes), tenant compte du rythme, des besoins sensoriels ou relationnels de la personne, avec soutien à la compréhension des transitions (ex : TEACCH, CAA, PECS, Makaton, FCT), pairing, reconnaissance et régulation des émotions, entraînements aux habiletés sociales…

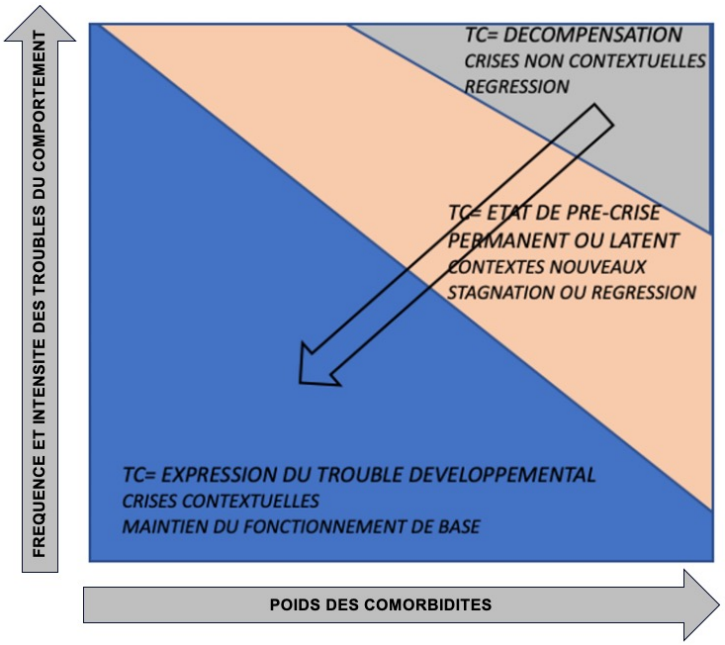
Intérêt de l'analyse fonctionnelle du comportement

Discuter éventuellement en complément un antipsychotique atypique (APA), conservé si et seulement si bien toléré, et à dose minimale efficace. Attention au risque de iatrogénie.

DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

Recommandations HAS 2005, 2010, 2011, 2018, 2022 ; Inserm 2016 ; Filière DéfiScience 2022 ; ANESM 2017

TYPOLOGIE DES COMPORTEMENTS-DÉFIS : fonctionnement de base *vs* détérioration



3) Des crises à répétition (décompensation cognitivo-comportementale)
Etat de pré-crise permanent avec régression du développement.
Crises non contextuelles.
Approche médicale (comorbidités +++, iatrogénie), puis psychoéducative.

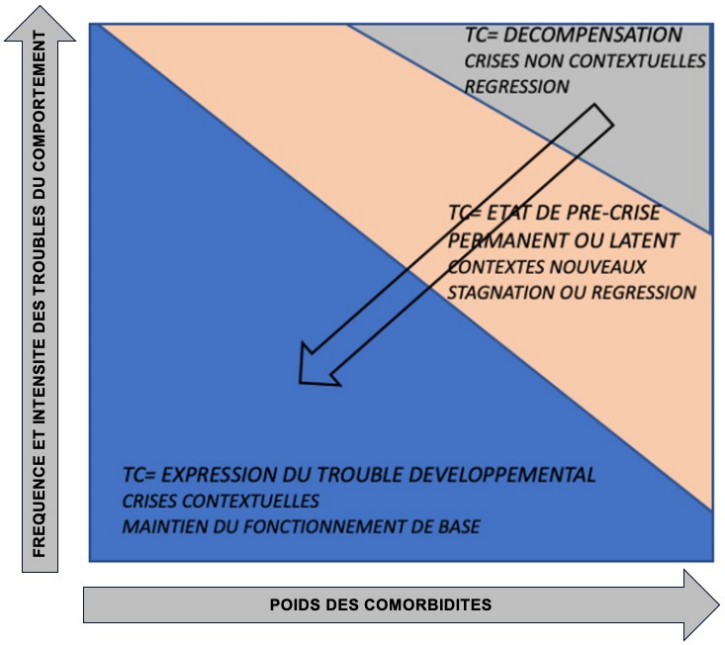
- **Faire décrire précisément les comportements-défis permet d'élaborer des hypothèses diagnostiques sur ce qui les sous-tend, et d'orienter les soins**
- **Importance de définir un fonctionnement stable chez l'individu et de décrire un infléchissement de la ligne de base**
- Elaboration d'un modèle de **raisonnement systématique,** mais aussi **ciblé en fonction de la topographie des comportements-défis**

Traitement des troubles associés :
Somatiques :
ex : laxatif en cas de constipation
ex : antiacide en cas de gastrite, éradication d'une infection à *Helicobacter pylori*
ex : antiépileptique en cas d'épilepsie

Traitement des troubles associés :
Psychiatriques :
ex : mélatonine en cas de troubles du sommeil
ex : psychostimulant en cas de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)
ex : antidépresseur en cas de trouble anxieux, d'épisode dépressif, ou d'équivalent (irritabilité de l'humeur, compulsions/rituels, automutilations)
ex : thymorégulateur (+/- antipsychotique) en cas de trouble bipolaire
ex : lorazepam à forte dose en cas de catatonie
ex : antipsychotique en cas de troubles du spectre de la schizophrénie

DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

TYPOLOGIE DES COMPORTEMENTS-DÉFIS : fonctionnement de base *vs* détérioration



3) Des crises à répétition (décompensation cognitivo-comportementale)
Etat de pré-crise permanent avec régression du développement.
Crises non contextuelles.
Approche médicale (comorbidités +++, iatrogénie), puis psychoéducative.

- **Faire décrire précisément les comportements-défis permet d'élaborer des hypothèses diagnostiques sur ce qui les sous-tend, et d'orienter les soins**
- **Importance de définir un fonctionnement stable chez l'individu et de décrire un infléchissement de la ligne de base**
- Elaboration d'un modèle de **raisonnement systématique,** mais aussi **ciblé en fonction de la topographie des comportements-défis**

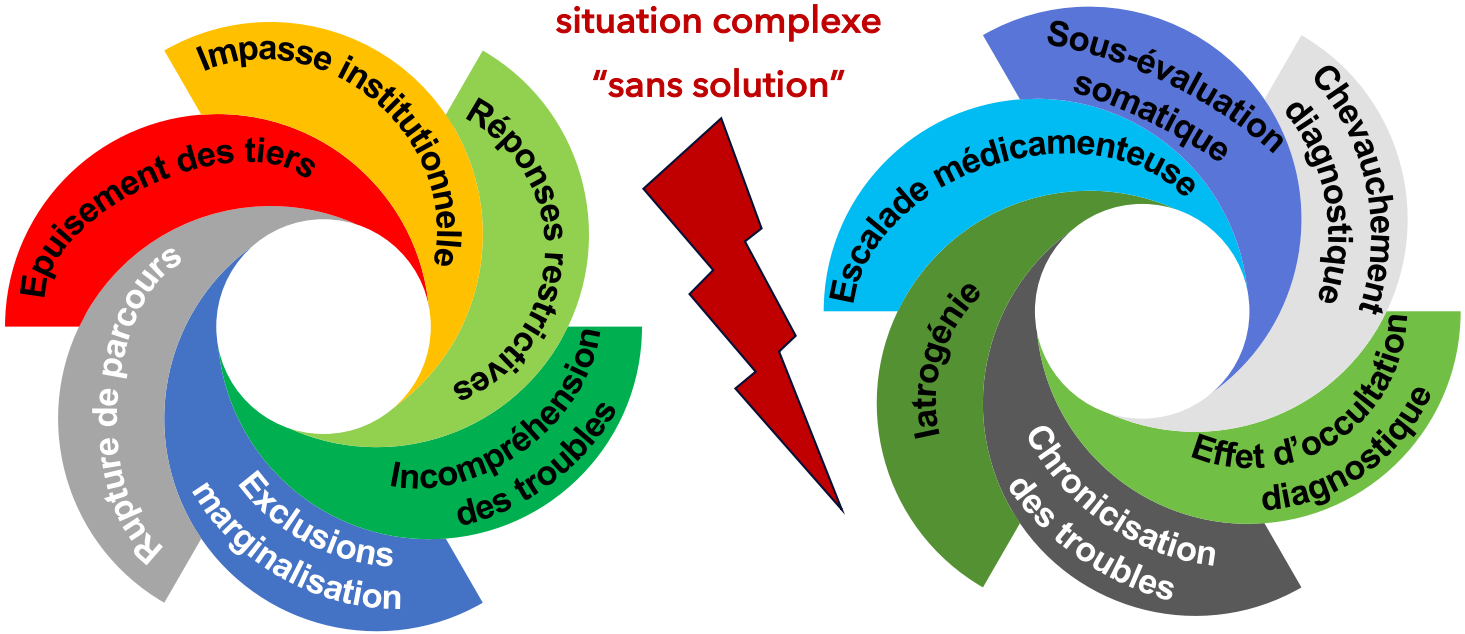
Traitement des troubles associés somatiques et/ou psychiatriques
Limiter la iatrogénie

Puis traitement habituel : proposer des prises en charge au plus près des âges de développement :
- communication → **orthophonie / CAA, analyse fonctionnelle et adaptations**
- motricité, sensorialité → **psychomotricité**, ergo-, kinésithérapie, **et adaptations**
- cognition, socio-adaptation, développement émotionnel (âges développementaux) → **interventions précoces, développementales et comportementales (cf. recommandations dans le TSA/TDI ; + ayant prouvé une efficacité sur les comportements-défis, ex : ABA, PBS…)**, **adaptation environnementale**, projet **psycho-éducatif** individualisé

Analyse fonctionnelle du comportement en cas de comportements-défis résiduels

DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

L'ÉMERGENCE DES SITUATIONS COMPLEXES (TSA/TDI/maladies rares) : le modèle de la double spirale évolutive



Spirale psychosociale et sociétale

Spirale médicale

Défi Science
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

Courtesy: V. Guinchat



L'ÉMERGENCE DES SITUATIONS COMPLEXES (TSA/TDI/maladies rares) : les résultats de la recherche francilienne SCATED (UMI – USIDATU, N = 452)

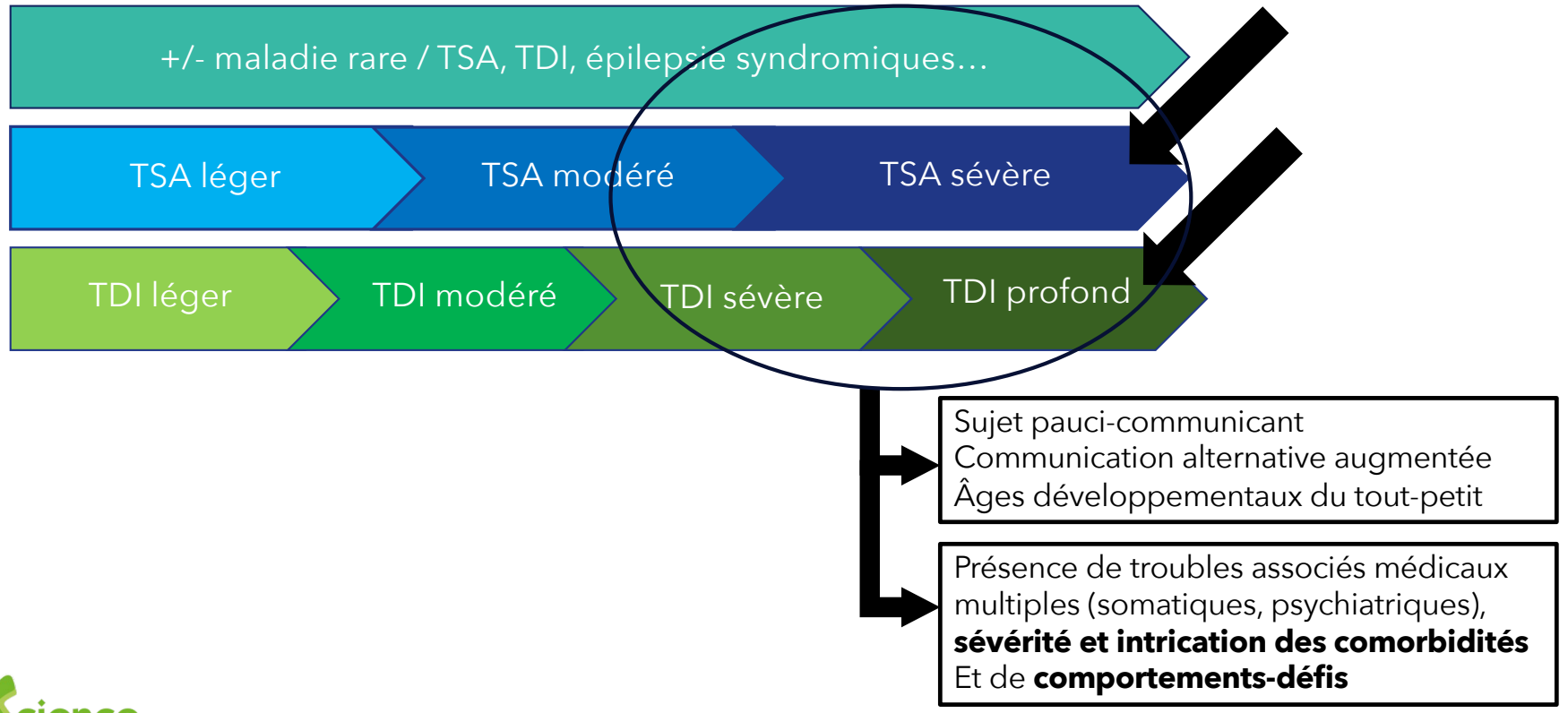
- **Partie quantitative :** étude de cohorte rétrospective sur un échantillon randomisé de 452 situations (≃150/UMI) parmi 1200 situations suivies par le dispositif SCATED entre 2015 et 2018, et analyse des données cliniques et environnementales (données socio-démographiques, parcours institutionnels : continuité/ruptures de parcours)
- **Partie qualitative :** basée sur des entretiens de familles et de professionnels référents (N=11, ≃4/UMI), représentatives de la diversité des situations suivies

- **Sept dimensions sont associées aux situations complexes :**

1. les ressources humaines, culturelles et financières à disposition des familles
2. les conditions de vie
3. **la sévérité et l'intrication des comorbidités → repérer et traiter les comorbidités**
4. l'analyse des comportements problématiques (qui n'est pas évidente)
5. **les ruptures de prises en charge institutionnelle → les éviter**
6. le niveau de tolérance des professionnels et des familles
7. **la coopération entre les acteurs de la prise en charge → se connaître et améliorer la communication**

MÉDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ — CREAI ILE DE FRANCE Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité — IReSP Institut pour la Recherche en Santé Publique — cnsa Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

LES SITUATIONS COMPLEXES (TSA/TDI/maladies rares) : une population clinique spécifique



DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

INSERM, SU, CREAI, IReSP. Recherche SCATED, 2022



LES SITUATIONS COMPLEXES (TSA/TDI/maladies rares) : une population clinique spécifique
FACTEURS COMPLIQUANT LA PROCEDURE DIAGNOSTIQUE

- Atypicité de réponse à la douleur, localisation de la douleur
- Communication de la plainte
- Compliance à l'examen clinique
- Accès aux services de soins
- Maladies rares, tableaux cliniques complexes
- Chronicité et intrications causales
- Chevauchements symptomatiques

→ Démarche d'enquête étiologique, d'anamnèse, voire de monitoring des comportements-défis basée sur le croisement des données / des sources (famille, institution, collègues…), l'approche éthologique se basant sur un comportement observable, et la séméiologie des comportements-défis (ex : type de CD, association de CD, topographie)

DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

LA PLUPART DES SUJETS (TSA/TDI/MALADIES RARES) AGITÉS ET VIOLENTS SONT GÊNÉS OU DOULOUREUX

Ophtalmologique : cataracte, décollement de rétine, déficit visuel

Neurologique : migraine, névralgie, épilepsie

O.R.L : otite, sinusite

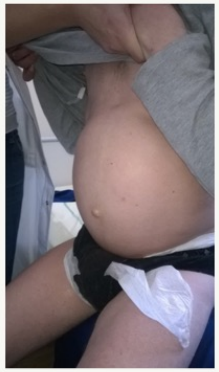
Bucco-dentaire : bruxisme, troubles de la déglutition, caries

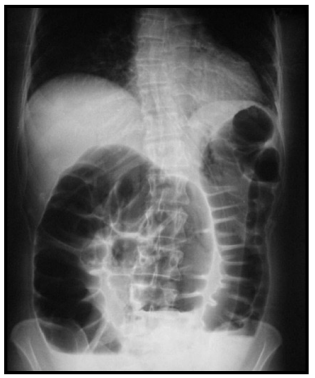
Cardiaque

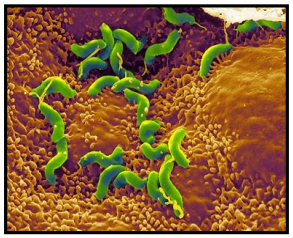
Abdominal : RGO, œsophagite, gastrite, constipation chronique

Uro-génital (rétention, infection) **et endocrinien**

Appareil locomoteur : point d'appel douloureux, scoliose, rétractions tendineuses, hyperlaxité









Tonus, posture, équilibre
Neuropathie périphérique ?
Dysautonomie ?
« Douleur aiguë » ?
Désorganisation proprioceptive ?

Ne pas passer à côté d'une constipation chronique, d'une gastrite (avec ou sans Hp)

Autres : dermatologique, iatrogénie, malformations…

Chez le sujet pauci-communicant, la douleur et/ou certaines manifestations épileptiques sont agies plutôt qu'exprimées

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE SELON LA SÉMÉIOLOGIE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT DU SUJET AVEC TSA/TDI/MALADIE RARE NON OU PEU VERBAL

Somatique

Comorbidités	Manifestations comportementales contrastant avec l'état habituel	Examens complémentaires
conditions douloureuses		
migraine	tournoiements/recherche de stimulations vestibulaires, se tape la tête, s'isole, se met sous une couverture, se met dans le noir (phono-photophobie)	
ophtalmologique (ex : allergie, abrasion de cornée, décollement de rétine)	frottements ; automutilations	
otite, sinusite	automutilations localisées (à l'oreille en cas d'otite, au nez/pommettes/front en cas de sinusite)	otoscopie scanner des sinus
stomatologique (ex : caries dentaires, abcès, parodontite)	perte d'appétit, refus alimentaire, morsures	panoramique dentaire
inflammation digestive haute (ex : reflux gastro-oesophagien, oesophagite, gastrite, ulcère)	vomissements, mérycisme, bruxisme, toux nocturne, troubles de l'endomissement ; pica, hyperphagie, agrippements, déshabillage, crachats, troubles du comportement au moment des repas	NFS (anémie), carence en fer fibroscopie oeso-gastro-duodénale sous anesthésie générale (AG), avec biopsies à la recherche d'Helicobacter pylori et antibiogramme
constipation, sub-occlusion	déshabillage, instabilité psychomotrice, efforts de poussée, manipulations digitales anales, fausse diarrhée du constipé, encoprésie secondaire, étalements de selles, coprophagie, météorisme abdominal, perte d'appétit, agressivité explosive	radiographie (abdomen sans préparation), voire scanner abdominal, si nécessaire cure de laxatifs immédiate intérêt d'un traitement laxatif systématique
syndrome prémenstruel, menstruations	céphalées/se tape la tête, douleurs abdominales/balancements du haut du corps d'avant en arrière/se presse le ventre, mastodynie/se touche la poitrine, sueurs, nausées, hypersialie, irritabilité, gémissements, pleurs ; survenue de menstruations	
urologique (ex : rétention urinaire chronique ; infection urinaire, prostatite)	irritabilité, instabilité psychomotrice, cris, crises clastiques, jets d'objets, antéflexion du tronc, autoagressivité (ex : coups/pincements de l'adomen/cuisses/pubis/tête), agrippements, signes fonctionnels urinaires (ex : dysurie, pollakiurie, énurésie secondaire/incontinence, rétention aiguë d'urines avec globe vésical...)	bladder-scan avec évaluation du résidu post-mictionnel (anormal si > 50 mL ; > 300 mL : rétention urinaire chronique) ; analyse d'urines (BU, ECBU)
fracture osseuse	gonflement, ecchymose, hématome, déformation ; l'impotence fonctionnelle n'est pas forcément au 1er plan (ex : usage du membre fracturé) ; irritabilité, crises clastiques, retentissement sur le sommeil, l'alimentation, l'état général possibles	imagerie incluant les articulations sus et sous-jacentes

Guinchat V, Cravero C, Lefèvre-Utile J, Cohen D. Handb Clin Neurol, 2020; PNDS CD, HAS 2025

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE SELON LA SÉMÉIOLOGIE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT DU SUJET AVEC TSA/TDI/MALADIE RARE NON OU PEU VERBAL

Somatique

comorbidités neurologiques		
épilepsie (ex : crises partielles simples, crises partielles complexes)	antécédents évocateurs : répétition d'épisodes stéréotypés ; symptomatologie clinique en "on/off", sans facteur déclenchant, inhabituelle ; manifestations diurnes ou nocturnes ; modification du contact, comportement moteur inhabituel (ex : immobilité ou déambulation sans objet, gestes automatiques, automatismes oro-alimentaires, onomatopées/mots dépourvus de sens (si sujet verbal), posture anormale d'un membre pendant l'épisode, irritabilité temporaire (auto-, hétéro-agressivité et/ou crises clastiques, plus rarement sthénicité/grasping), manifestations végétatives (ex : hyperventilation, pâleur ou rougeur du visage, dilatation pupillaire, hypersalivation, vomissements) ; fin de l'épisode marquée par une confusion, perplexité, anxiété, besoin de se reposer ou de dormir, des céphalées... ; vidéos de l'entourage évocatrices (famille, professionnels) ; persistance de ces épisodes malgré une prise en charge psychiatrique bien conduite	EEG standard EEG de sieste (après privation de sommeil) vidéo-EEG uniquement en cas d'épisodes très fréquents sur 24h EEG de longue durée avec caméra parfois proposés par certaines sociétés de prestation de services à répéter En cas de diagnostic d'épilepsie : IRM cérébrale sous AG (ou au minimum : scanner cérébral injecté, avec prémédication, voire sous AG)
autre état neurologique aigu	examen neurologique	IRM cérébrale sous AG TEP scan cérébral PL avec étude du LCR et mise en banque

Guinchat V, Cravero C, Lefèvre-Utile J, Cohen D. Handb Clin Neurol, 2020;
PNDS CD, HAS 2025

Dispositifs d'aide à la réalisation des soins

- anxiolyse/sédation réalisée par prémédication
- antalgie et anesthésie locale par crème anesthésiante ou patch transdermique de lidocaïne/prilocaïne (EMLA)
- anxiolyse et analgésie par MEOPA
- anesthésie générale

- papoose-board :



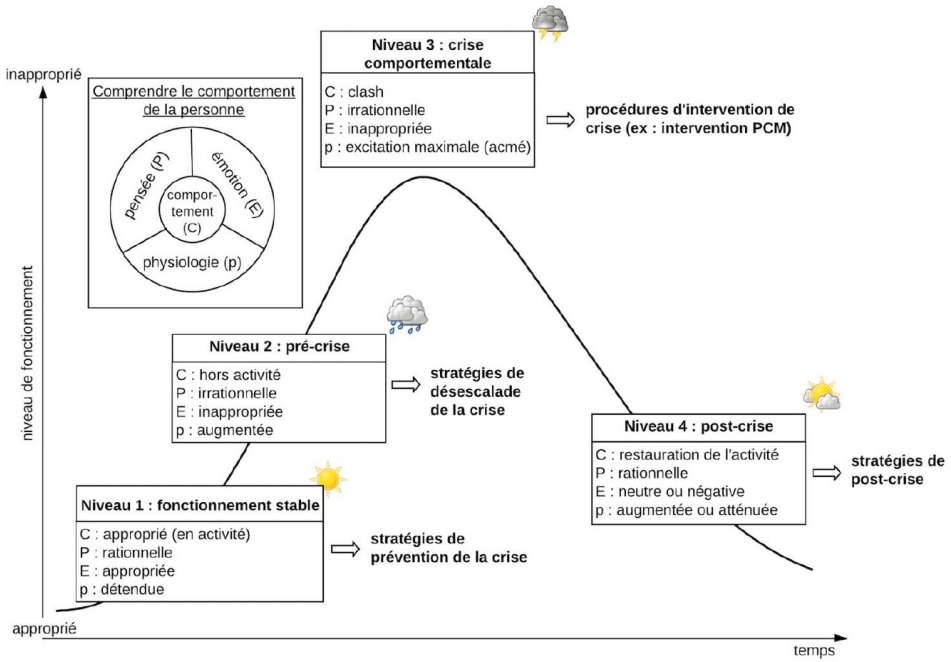


Psychiatrique

comorbidités psychiatriques		
trouble anxieux	signes neurovégétatifs (ex : tachycardie, dyspnée, tremblements, pâleur, sueurs), conduites d'évitement, ou en alerte/hypervigilance, onychophagie, dermatillomanie	monitoring des constantes (ex : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire)
épiode dépressif	hypomimie, pleurs, irritabilité, rigidification cognitive, persévérations/augmentation des rituels et des stéréotypies motrices, retrait/isolement, apparition d'autoagressivité/d'hétéroagressivité, perte des intérêts électifs, opposition, intolérance à la frustration, tyrannisme ; certains mots déclenchent des crises clastiques (mots interdits) répétition de propos dépréciatifs anciens (ordres, impératifs, interdits) (si sujet verbal)	
trouble bipolaire (ex : de type 1, épisode maniaque)	troubles instinctuels (sommeil, alimentation, sexualité) avec souvent insomnie sans fatigue diurne, diminution de l'appétit, désinhibition, conduites masturbatoires ; plus d'irritabilité de l'humeur que d'exaltation ou d'euphorie, agitation psychomotrice/déambulation incessantes, transvasements/déplacements/déménagement d'objets, fouille, augmentation des productions (ex : dessins, gribouillages)	
catatonie	signes psychomoteurs	échelle de catatonie pédiatrique (enfants, adolescents) échelle de Bush-Francis (adultes)
troubles du spectre de la schizophrénie	désorganisation, hermétisme, attitudes d'écoute, dégradation cognitive	
iatrogénie		
conséquences de l'utilisation de psychotropes	surveillance de toutes les prescriptions	fenêtre thérapeutique dosage plasmatique si indiqué analyse pharmacogénétique si indiquée

Guinchat V, Cravero C, Lefèvre-Utile J, Cohen D. Handb Clin Neurol, 2020;
PNDS CD, HAS 2025

AUGMENTER LE SENTIMENT DE SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS POUR ÉVITER LES CONTRE-ATTITUDES ET LE RECOURS AUX MESURES DE CONTRAINTE





Méthodes concertées de gestion de la violence : réponses adaptées en fonction du stade de la crise comportementale

Réponses graduées, bienveillance et respect de la dignité de la personne, stratégies de styles d'interactions à faible niveau d'excitation

DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

ANESM, 2017
PNDS CD, HAS 2025

AUGMENTER LE SENTIMENT DE SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS POUR ÉVITER LES CONTRE-ATTITUDES ET LE RECOURS AUX MESURES DE CONTRAINTE



Adaptation et sécurisation des locaux

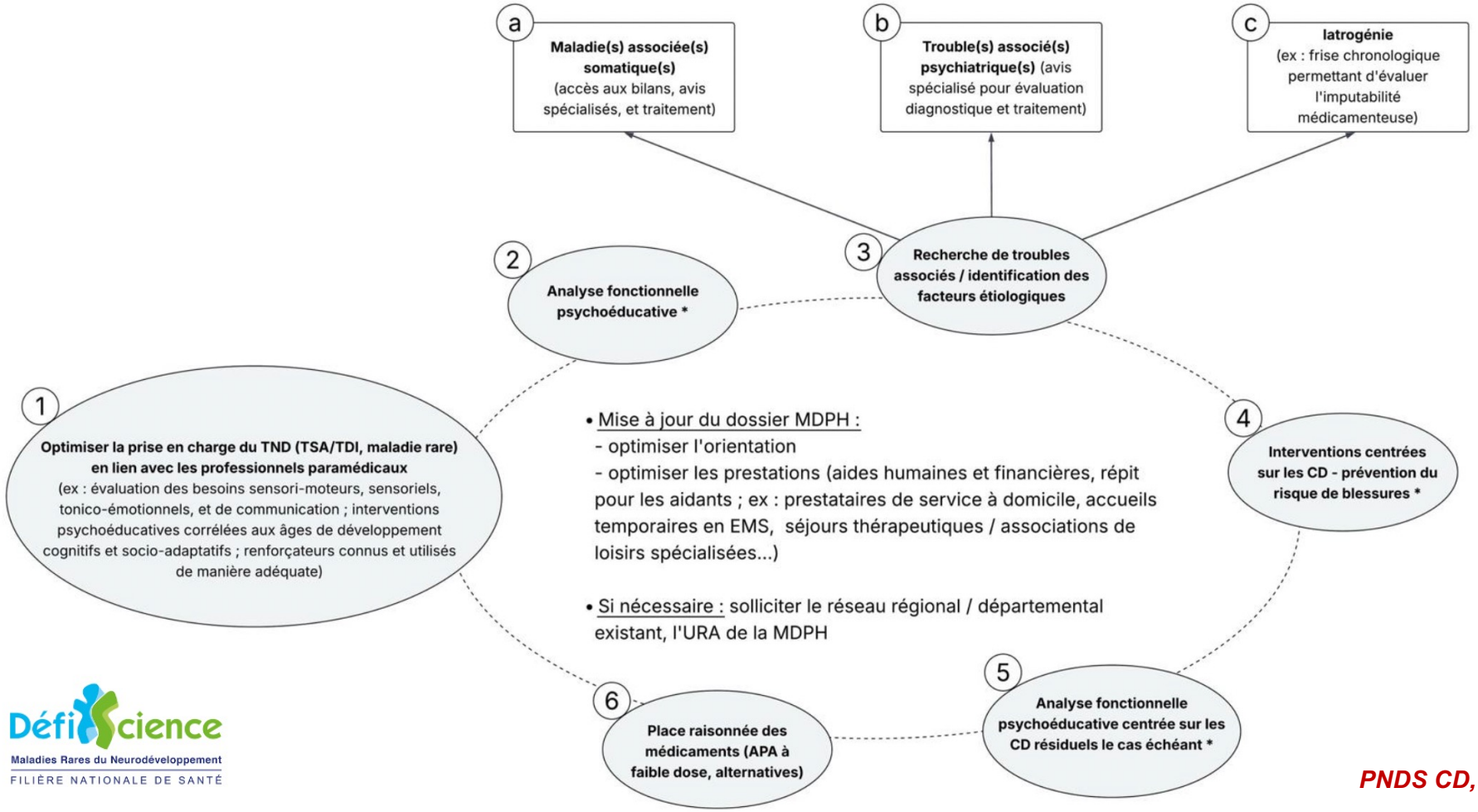


Equipements de protection individuelle (EPI) et alternatives à la contention

Défi Science
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

PNDS CD, HAS 2025

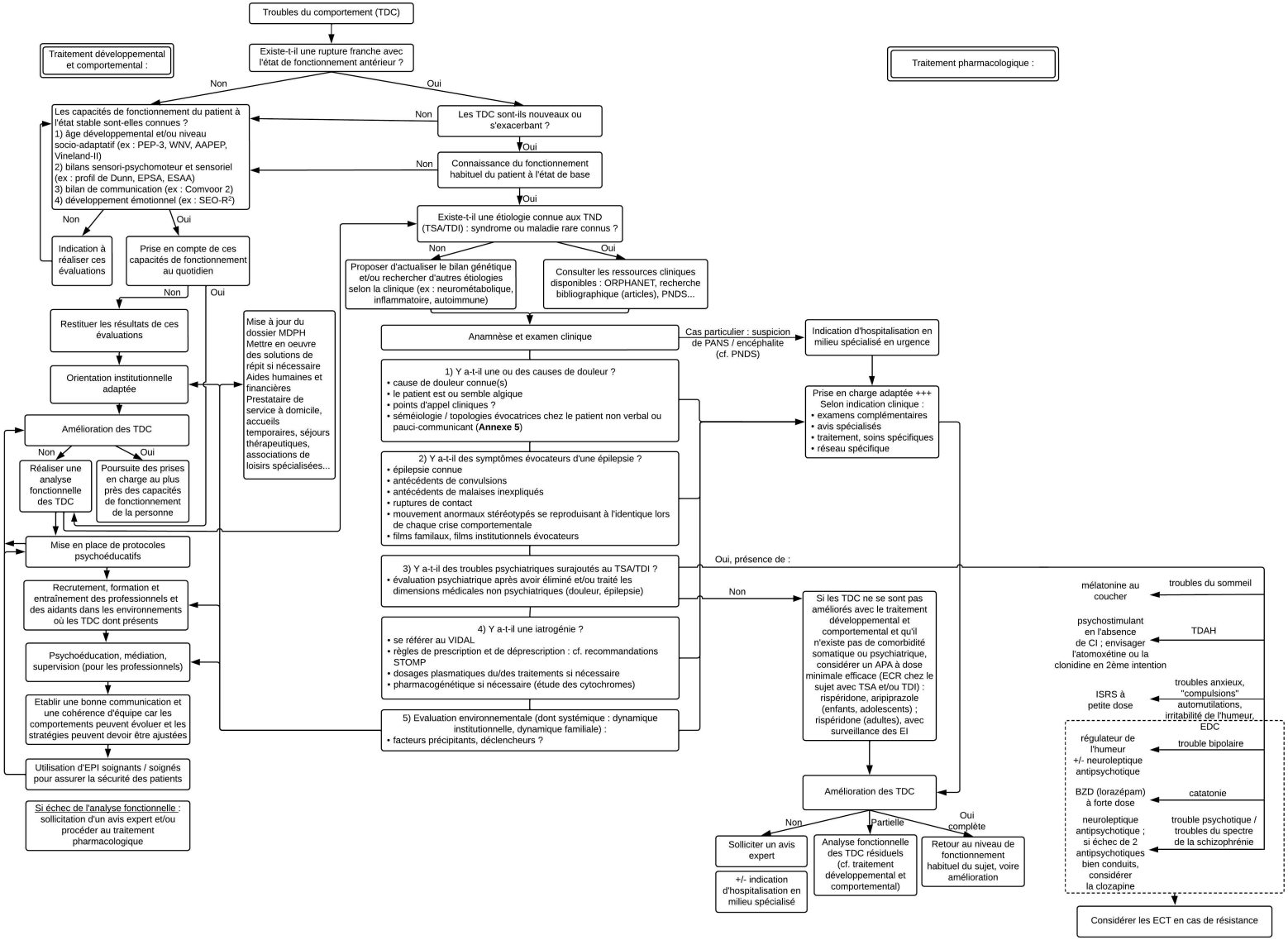
CONDUITE À TENIR FACE AUX COMPORTEMENTS-DÉFIS



DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

PNDS CD, HAS 2025

Algorithme décisionnel



PNDS CD, HAS 2025

TAKE HOME MESSAGE

- Les comportements-défis ne sont jamais un « symptôme isolé » ni une fatalité, mais un signal d'alerte qui doit être décodé, et bien souvent le résultat de facteurs multiples : développementaux, somatiques, psychiatriques, iatrogènes, environnementaux, systémiques.
- Repérer, diagnostiquer, les troubles associés ou comorbidités, qui se surajoutent au TSA/TDI/maladie rare, et qui relèvent bien souvent d'un traitement spécifique ou ciblé est essentiel.
- La littérature scientifique confirme que cette approche réduit considérablement le recours au mésusage de psychotropes et à la contention.
- Cette prise en charge ne peut réussir sans une coordination fluide entre professionnels et une alliance étroite avec les familles.
- Lorsque toutes ces dimensions sont identifiées et traitées suffisamment tôt, la majorité des situations complexes évolue (très) favorablement en ambulatoire.

DéfiScience
Maladies Rares du Neurodéveloppement
FILIÈRE NATIONALE DE SANTÉ

MANY THANKS



Groupe de travail multidisciplinaire

Filière nationale de santé maladies rares du neurodéveloppement DéfiScience, Centres de référence, Centres de compétence ; Collaborateurs nationaux et internationaux :

Dr Isabelle AN, Dr Moïse ASSOULINE, Pr Amaria BAGHDADLI, Pr Catherine BARTHELEMY, Dr Xavier BENAROUS, Dr Grégoire BENVEGNU, Pr Boris CHAUMETTE, Dr Pauline CHAUMETTE, Pr David COHEN, Pr Angèle CONSOLI, Dr Cora CRAVERO, Charlotte DANSET, Pr Vincent DES PORTES, Pr Clément DONDE, Filippia DOULOU, Dr Claire EICHHOLTZER, Dr Arnaud FERNANDEZ, Dr Marianna GIANNITELLI, Dr Vincent GUINCHAT, Dr Hervé JAVELOT, Claire JUTARD, Jean LEFEVRE-UTILE, Pr Lisa OUSS, Romane SAVATTE, Pr Carmen SCHRÖDER, Dr Arnaud SOURTY, Dr Suzanne THUMMLER, Anne VACHEZ-GATECEL, Caroline VIAUD, Dr Hélène VULSER, Pr Lee WACHTEL, Pr Jean XAVIER

Associations de patients :

Amis de ADNP France, Carole HERMAN ; AFSA, Lara HERMANN ; Génération 22, Sandrine DAUGY ; Réseau-Lucioles, Jean-Marie LACAU ; ASTB France, Nathalie RUDELLE

PNDS, HAS 2025. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-12/dir2/pnds_comportements-defis_dans_les_troubles_du_neurodeveloppement_2025.pdf