

**Santé
mentale**



Souffrances psychiques et **troubles** du développement chez **l'enfant et l'adolescent**

Référentiel d'observation à l'usage des médecins,
pour un repérage précoce

GUIDE DU FORMATEUR



Avant-propos

Ce référentiel a été réalisé par la Fédération française de psychiatrie (FFP), à la demande de la Direction générale de la santé (DGS), dans le but de conduire sur la base de cet outil, une **formation nationale de formateurs** à l'observation et au repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement des enfants et des adolescents.

Cette action, menée en coordination étroite avec la Direction générale des Enseignements Scolaires est inscrite dans le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Elle est développée parallèlement dans la circulaire interministérielle n° DGS/SD6C/DHOS/O2/DESCO/2005/471 du 18 octobre 2005, relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des enfants et adolescents. L'École Nationale de Santé Publique assure la mise en œuvre de cette formation en lien avec la FFP.

Selon l'expertise collective de l'INSERM sur « Les troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent » (février 2003), il est estimé, sur la base de différentes enquêtes épidémiologiques internationales, qu'un enfant sur huit souffrirait en France de troubles mentaux communs.

La nécessité de repérer plus précocement les signes d'appel, afin d'identifier les troubles et permettre leur prise en charge sans retard préjudiciable au développement de l'enfant est une des recommandations fortes.

L'expression de souffrances psychiques des enfants et des jeunes dans tous les champs de leur prise en charge (sanitaire, social, médico-social, éducatif, judiciaire) conduisent à une sollicitation très conséquente des équipes de santé et de soins spécialisés en santé mentale aboutissant à des difficultés pour les publics concernés d'accéder aux soins ou de bénéficier d'une continuité de soins au long des différentes étapes de développement.

Il s'agit par cette action de permettre à des médecins de soins primaires de :

- repérer précocement les signes d'appel de souffrances psychiques chez les enfants et les adolescents, en amont de troubles organisés. La précocité s'entend également au regard de l'âge (depuis la naissance) et a conduit à ouvrir l'action aux médecins de PMI ;
- orienter de la manière la plus adéquate vers les soins spécialisés. La compétence des médecins de première ligne en matière d'évaluation des situations de souffrance psychique est renforcée, des repères sont apportés pour savoir quand assurer le suivi de l'enfant ou de l'adolescent et quand orienter vers des soins spécialisés ;
- constituer des partenariats locaux favorisant le travail en réseau, tout en situant mieux leur rôle dans le champ de la santé mentale.

Ce référentiel est destiné aux « **professionnels formateurs** » constitués en équipes régionales, issus de différentes institutions : médecins et psychologues de psychiatrie infanto-juvénile, médecins de PMI et de l'Éducation nationale, à charge pour eux de redéployer des formations locales auprès d'autres médecins de première ligne.

Cet outil n'a pas vocation à être largement diffusé. **Il est réservé à l'usage des « professionnels formateurs »** souhaitant organiser des sessions de formations locales en liaison avec les DRASS, les services déconcentrés de l'Éducation nationale ou les services des conseils généraux.

Ce document s'accompagne d'une édition courte du référentiel qui est à remettre aux médecins de soins primaires formés dans le cadre du redéploiement local de ces formations.



Réalisé par le Collège de pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie, à la demande

- du ministère de la Santé et des Solidarités ;
- du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Ce document a été élaboré par les membres du collège de pédopsychiatrie (FFP)

- Denis BOCHEREAU : Institut Mutualiste Montsouris
- Michel BOUVET : CHU de Reims
- Florent COSSERON : Fondation Santé des Étudiants de France
- Bernard DURAND : Fédération Croix Marine d'Aide à la Santé Mentale
- Bernard GIBELLO : Laboratoire IPSE, Université Paris X
- Yves GLOANEC : CHU de Nantes
- Patrice HUERRE : Fondation Santé des Étudiants de France
- Bernard LAMOULIE : Secteur de pédopsychiatrie de Sète
- Michèle MAURY : CHU de Montpellier
- Alain PLANTADE : Société Française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Michel POTENCIER : EPS de Saint-Venant
- Jean-François ROCHE : CH Esquirol Limoges
- Gérard SCHMIT : CHU de Reims
- Bertrand WELNIARZ : EPS de Ville-Évrard

Ont participé également au groupe de travail

- Charles AUSSILLOUX : Fédération Française de Psychiatrie
- Nicole CATHELIN : CH Henri Laborit Poitiers
- Jeanne-Marie URCUN pour la Direction générale de l'enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale
- Danielle BARICHASSE et Catherine DARTIGUENAVE pour la Direction Générale de la Santé, ministère de la Santé et des Solidarités
- Anne RIFFAUD pour l'ENSP



Page

5

Référentiel court**Du bon usage de ce document**

6

Signes d'appel selon l'âge

7



Page

11

**La consultation pédopsychiatrique
(G. SCHMIT, R. MISES)**

Page

17

**Le secteur de psychiatrie
infanto-juvénile (B. LAMOULIE)**

Page

21

Petite enfance**Développement affectif du nourrisson.****L'installation précoce de la relation mère-enfant
et son importance**

(M. MAURY)

22

Les signes cliniques précoces d'autisme

(B. WELNIARZ)

27

La dépression du nourrisson et du jeune enfant

(M. BOUVET)

30

**Troubles du comportement chez le jeune enfant :
agressivité, opposition, agitation psychomotrice**

(B. WELNIARZ)

32



Page

35

Enfance**La période de latence**

(Y. GLOANEC)

36

Les troubles du langage chez l'enfant

(Y. GLOANEC)

37

Les troubles anxieux

(Y. GLOANEC)

38

L'inhibition en période de latence

(Y. GLOANEC)

39

La dépression chez l'enfant de 6 à 10 ans

(Y. GLOANEC)

40

La phobie scolaire en période de latence

(Y. GLOANEC)

42

Conduites obsessionnelles de l'enfant

(Y. GLOANEC)

43

**De l'instabilité au trouble déficitaire
de l'attention avec hyperactivité**

(Y. GLOANEC)

44

Les états limites de l'enfance

(B. LAMOULIE)

45

Psychose de la phase de latence

(B. LAMOULIE)

47

Déficience mentale, déficience intellectuelle

(B. GIBELLO)

48

**Dysharmonies cognitives pathologiques
et retards globaux d'organisation cognitive**

(B. GIBELLO)

51



Page

53

Adolescence

Reconnaître la crise suicidaire

(F. COSSERON)

54

Schizophrénie :

diagnostic et signes de repérage

(F. COSSERON)

55

Plaintes corporelles à l'adolescence

(J.F. ROCHE)

56

Scarification/carving

(J.F. ROCHE)

57

Troubles de la scolarité à l'adolescence

(J.F. ROCHE)

57

Troubles des conduites alimentaires

(J.F. ROCHE)

59

Troubles des conduites sociales

(J.F. ROCHE)

60

Adolescence et cannabis

(P. HUERRE)

60



Page

63

Maltraitance

Maltraitance à enfants.

Enfants victimes de violences sexuelles

(M. BOUVET)

64

Reconnaître les maltraitements sexuelles

(F. COSSERON)

67



Page

69

Bibliographie



Référentiel court



Référentiel court

Du bon usage de ce document

➤ État d'esprit et cadre

Le recueil d'informations doit être global et reposer sur :

- l'observation directe de l'enfant (activités, jeux, propos, comportements...);
- la recherche de l'information dans le discours des parents ;
- la prise en compte de l'interaction et de l'interrelation de l'enfant avec ses milieux de vie (familial, scolaire, social...).

Il s'agit de co-construire une alliance de travail avec les parents :

- en recherchant leur participation active (y compris à l'adolescence) ;
- en favorisant l'expression de leurs compétences ;
- en étant attentif à leurs inquiétudes.

➤ Facteurs de vulnérabilité à rechercher

Certains contextes psychosociaux fragilisent l'enfant et son environnement proche avec le risque d'aggravation des troubles :

- précarité socio-économique ;
- tensions graves et fragilité dans les liens familiaux et sociaux ;
- traumatismes actuels ou antérieurs (décès, maltraitance, ruptures, maladies organiques...);
- manifestations psychopathologiques d'un ou des parents ;
- carences affectives, éducatives...

Sont aussi facteurs de vulnérabilité :

- l'évitement des soins ;
- le refus d'aide ;
- les ruptures, discontinuités ou incohérences dans les soins.

➤ Précisions sur le repérage des signes

Il s'agit d'un support d'aide au repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement et non d'un outil diagnostique.

En effet, certains signes nécessitent simplement de revoir l'enfant, d'autres demandent une orientation pour diagnostic spécialisé, avis ou prise en charge. Ces signes nécessitent une évaluation somatique, psychiatrique, mais aussi psychologique ou socio-éducative, sans exclusive.

Ne pas oublier :

- le peu de spécificité des symptômes isolés ;
- leur possible appartenance aux variations de l'état normal ou à des étapes de développement ;
- leur variabilité dans le temps ;
- leur appréciation en fonction du contexte.

Signes d'appel selon l'âge

➤ De 0 à 5 ans

Les enjeux

■ Les enjeux en faveur de la santé des nourrissons et des jeunes enfants sont les suivants :

- soutenir la mise en place de la parentalité après évaluation des facteurs qui l'influencent, (individuels, conjugaux, familiaux, sociaux) ;
- savoir évaluer le réseau relationnel de la famille ;
- savoir évaluer la qualité des interactions comportementales et affectives entre le nourrisson et ses partenaires adultes ;
- savoir évaluer les principales composantes du développement du nourrisson : grandes fonctions corporelles (alimentation, sommeil, contrôle sphinctérien), capacités instrumentales (motricité, langage), exploration de l'environnement (espace, objets) émotions et interactions sociales ;
- savoir penser à la maltraitance.

Les signes

■ Le nourrisson de 0 à 2 ans

Dans cette période de construction ou de remaniement de la famille autour de l'arrivée de l'enfant, il convient d'être attentif aux signes pouvant révéler une dépression maternelle et dans tous les cas, il est nécessaire d'approfondir les différents motifs à l'œuvre dans l'inquiétude exprimée par les parents.

- **Les troubles à expression somatique :**
 - troubles durables du comportement alimentaire (refus, vomissements, mérycisme) ;
 - troubles du sommeil persistants ;
 - pleurs inconsolables ;
 - spasmes du sanglot ;
 - manifestations somatiques entraînant des consultations répétées.
- **Les troubles émotionnels et de la relation :**
 - retrait relationnel, pauvreté interactive ;
 - difficultés dans la séparation ;
 - interactions chaotiques ;
 - désintérêt pour le jeu ;
 - absence de recherche de l'objet disparu et du jeu de coucou.

Ils sont à évaluer à travers l'étude de la qualité des échanges de regards, de sourires, de vocalisations, mais aussi l'intérêt pour les objets et le jeu ou la qualité du holding.

- **Les troubles du développement :**
 - retard d'acquisition dans les principaux secteurs (marche, utilisation des objets, langage, jeux et échanges relationnels...) ;
 - particularités tonico-motrices (hypertonie, hypotonie, défaut d'ajustement tonico-postural) ;
 - particularités dans le contact (indifférence au monde sonore et aux personnes, absence de pointage et d'attention conjointe à 18 mois) ;
 - mouvements stéréotypés.

■ Le jeune enfant de 2 à 5 ans

- **Les troubles émotionnels et de la relation vont se manifester à travers divers comportements :**
 - opposition sévère, comportement agressif ;
 - intolérance majeure à la frustration ;

- inhibition, faible intérêt pour le jeu, les activités, la relation ;
- instabilité et troubles de l'attention (à apprécier selon l'âge) ;
- difficultés à la séparation et aux changements d'environnement ;
- troubles de la socialisation ;
- rituels et phobies envahissants.

- **Les troubles à expression somatique :**
 - les mêmes qu'antérieurement ;
 - peuvent s'ajouter des difficultés dans l'acquisition du contrôle sphinctérien :
 - constipation sévère,
 - encoprésie et énurésie (à apprécier selon l'âge).
- **Les troubles du développement :**
Ils s'inscrivent dans la continuité des troubles décrits antérieurement.

Que faire ?

Devant tout signe d'appel, il convient d'évaluer le contexte global d'expression de ce signe, de donner des conseils dans un état d'esprit qui prendra en compte les compétences parentales et il conviendra de réévaluer la situation quelques semaines plus tard.

La persistance des troubles doit conduire le professionnel de santé à accompagner la famille vers une consultation pédopsychiatrique en s'appuyant si possible sur un réseau personnalisé, tout en gardant sa place auprès de cette famille.

Dans le cas de suspicion de maltraitance, il faudra évaluer dans l'urgence, y compris en pédiatrie.

➔ De 6 à 11 ans

Les enjeux

- Aider l'enfant à bien vivre cette période et par là même la protéger (ne pas la raccourcir) ;
- Avoir conscience de l'importance de la socialisation (groupes de pairs), du plaisir de la découverte, de l'organisation de la pensée et les favoriser ;
- Savoir bien soutenir les parents dans un investissement positif de leur enfant ;



Référentiel court

- Être attentif à l'enjeu scolaire et savoir ne pas réduire les problèmes de l'enfant à cet enjeu ;
- Éviter d'accélérer la dynamique pulsionnelle de l'adolescence et préparer celle-ci dans les meilleures conditions.

Les signes

■ L'enfant inhibé

- timide et renfermé ;
- à la participation langagière limitée dans la relation aux adultes, ce jusqu'à l'inhibition complète parfois ;
- différence entre l'enfant mutique qui participe et celui qui ne participe pas, en famille et/ou à l'école.

■ L'enfant isolé

- pas de camarades ;
- tendance à s'isoler en classe et dans la cour, hors de l'école, en famille ;
- recours excessif aux jeux vidéo.

■ L'enfant triste

- ennui ;
- absence de jeu ;
- sentiment d'échec, d'inutilité, de non valeur ;
- propos morbides.

■ L'enfant dit immature

- attaché aux relations et jeux de la petite enfance ;
- pas prêt aux apprentissages (cognitifs, moteurs, sociaux...) ;
- autonomie insuffisante.

■ L'enfant inattentif

- l'inattention gêne les apprentissages, signe fréquemment relevé par les enseignants ;
- enfant présenté comme « papillonnant ».

■ L'enfant bagarreur

- problèmes récurrents de relation avec les autres en milieu scolaire et/ou social et/ou familial ;
- tendance à passer à l'acte.

■ L'enfant perturbateur

- très mobile, bouge tout le temps ;

- fait du bruit, se distrait facilement ;
- est happé par le moindre stimulus extérieur.

■ L'enfant opposant

- de l'opposition à toute proposition d'apprentissage jusqu'au refus scolaire ;
- intolérance à la frustration, colères, hostilité, provocations et menaces.

■ L'enfant en difficulté d'apprentissages scolaires

- lenteur, retard ;
- difficultés en lecture, écriture, calcul ;
- à l'opposé, précocité des acquisitions.

■ L'enfant anxieux

- manque de confiance en lui ;
- association fréquente à des plaintes somatiques et à des difficultés relationnelles ;
- pleurs à la séparation maternelle ;
- présence de rituels, phobies, tics ;
- absentéismes et phobies scolaires.

■ L'enfant au comportement trop sexualisé :

- propos ou comportements ;
- avec éventuelle implication d'autres enfants.

■ L'enfant qui se met en danger

- auto-agression ;
- mise en situation physique dangereuse ;
- fugue ;
- accidents répétés ;
- consommation de toxiques.

■ L'enfant présentant des signes corporels

- plaintes somatiques (douleurs abdominales, céphalées, paralysie fonctionnelle...) ;
- troubles du sommeil ;
- troubles alimentaires ;
- amaigrissement et surpoids ;
- énurésie, encoprésie ;
- absences répétées pour maladies.

■ L'enfant bizarre

- dans son comportement ou ses modes de relation.

Que faire ?

- Analyser les inquiétudes de l'entourage et recueillir les informations auprès de l'enfant et de ses parents ;
- Le revoir en fonction des informations recueillies et notamment si :
 - apparition récente de symptômes,
 - rupture dans le développement,
 - modifications dans les façons d'être de l'enfant ;
- Orienter rapidement vers une consultation spécialisée lorsque :
 - intervenant particulièrement inquiet et intuition d'une souffrance de l'enfant,
 - cumul ou persistance de signes,
 - impact important sur la vie scolaire, familiale et sociale ;
- Et particulièrement pour :
 - conduites bizarres,
 - souffrance dépressive,
 - anxiété importante,
 - signes d'expression corporelle comme l'encoprésie ou l'amaigrissement,
 - la mise en danger,
 - suspicion d'une part psychopathologique dans certains troubles d'apprentissage ou instrumentaux ;
- Prendre en compte les contraintes diverses (temps, transports...) et favoriser les recours à des consultations proches ;
- Savoir accompagner les parents et l'enfant vers cette consultation spécialisée (téléphone, contact préalable...).

➔ Adolescents

Les enjeux

1. Il importe de rappeler la dimension de temporalité longue de l'adolescence portée par deux mouvements parallèles mais de rythmes différents : le processus biologique pubertaire et le processus psychosocial d'adolescence ; le terme de ce double processus est l'accession au statut d'adulte autonome.

2. Cette conception de l'adolescence amène à considérer qu'un travail de repérage et de prévention – s'il ne doit pas méconnaître l'apparition des signes précurseurs de pathologies psychiatriques de l'adulte (en particulier en prêtant attention aux évolutions à bas bruit) – doit surtout s'attacher à tout arrêt du processus dynamique de l'adolescence empêchant à terme la réalisation de cette tâche maturative et entraînant des séquelles développementales (conduites de dépendance infantiles vis-à-vis de la famille ou de la société, restriction des intérêts, appauvrissement de la vie relationnelle, enfermement dans une identité négative, intolérance à la frustration, à l'attente, au compromis).

Les signes

Les signes appelant une réponse immédiate relevant des urgences hospitalières ou de la consultation urgente en psychiatrie, en fonction des dispositifs locaux

1. Les tentatives de suicide, même sans gravité somatique ;
2. La perception d'un risque suicidaire ;
3. Les modifications brutales et inhabituelles de l'apparence, du comportement, des conduites, du discours (négligence corporelle, bizarreries, hallucinations, propos incohérents, propos délirants, troubles majeurs du sommeil, de l'appétit, changement brutal de l'humeur, manifestations d'angoisse majeure, auto ou hétéro agressivité, désinhibition, état d'agitation, état confusionnel, repli, prostration, sidération) ou de l'état somatique.

Les signes devant attirer l'attention et justifiant une appréciation plus fine

Ce paragraphe va comporter l'énumération d'une grande quantité de signes (dans certains cas nous parlerons de particularités pour ne pas induire des normes trop restrictives).

1. Particularités de la vie psychique concernant

- l'estime de soi ;
- l'image de soi ;
- les variations de l'humeur, les angoisses, les phobies, les idées obsédantes, les rituels, les peurs.



Référentiel court

2. Particularités de la vie relationnelle

- vis-à-vis des pairs : isolement ou bande, amitié exclusive ;
- vis-à-vis des adultes : anonymat ou recherche d'exclusivité, opposition ;
- manifestations de la sexualité paraissant inadaptées ;
- difficultés à maintenir des investissements extérieurs.

3. Particularités de la vie familiale

- antécédents familiaux pathogènes ;
- difficultés dans la vie actuelle de la famille, avec les parents, la fratrie, la famille élargie.

4. Signes de la vie scolaire

- résultats et méthodes de travail (trop ou trop peu) ;
- troubles de l'investissement scolaire (rapport au savoir, à l'institution) ;
- hétérogénéité des performances et des comportements scolaires ;
- fragilité de l'inscription personnelle dans les projets scolaires et professionnels.

5. Signes de la vie comportementale

- troubles du comportement alimentaire ;
- consommation de produits licites ou illicites (ou détournés de leurs fonctions) et de médicaments (avec éventuellement trafics, racket) ;
- autres addictions (jeux, activités physiques...) ;
- transgressions et conduites à risque : fugue, délinquance, acte de violence ;
- passivité, instabilité, agitation, tyrannie ;
- dramatisation ou silence sur les crises et traumatismes actuels ou passés.

6. Signes du corps

- fatigue, douleur, variations pondérales, dispense sportive et dopage sportif ;
- signes cutanés : affections dermatologiques, scarifications, mutilations, piercings, marques corporelles (nature et localisation) ;
- exhibition ou dissimulation du corps ;
- accidents à répétition.

7. L'utilisation récente et récurrente (en général inadaptée) de systèmes de consultation et d'urgences

Que faire ?

1. Tentative de suicide, perception d'un risque suicidaire ou modifications brutales et inhabituelles de l'apparence, du comportement, des conduites et du discours appellent une réponse immédiate, aux urgences hospitalières ou dans une consultation psychiatrique.
2. Les situations cliniques rencontrées avec les adolescents nécessitent l'évaluation du degré d'urgence, puis la réponse adaptée :
 - l'évaluation doit être appréciée en fonction du contexte ;
 - chacun d'eux peut appartenir soit à une pathologie sévère, soit à la banalité la plus totale ;
 - des déterminants socioculturels peuvent influencer sur la lecture de ces signes, soit en les banalisant, soit en les dramatisant ;
 - la coexistence de plusieurs signes de registres différents – surtout d'apparition récente – est un indicateur de gravité.
3. La reconnaissance et la prise en compte de certains d'entre eux peut amener à énoncer une nécessité de consultation spécialisée. Du fait des particularités de l'adolescence, une telle prise de position doit être accompagnée par son énonciateur jusqu'à sa réalisation. La réalisation de cette consultation doit aussi concerner, chaque fois que possible, les parents.

➔ Conclusion générale

1. Cette démarche de repérage doit inciter à l'échange entre médecins de divers horizons, et si nécessaire à l'évaluation pluriprofessionnelle de la situation de l'enfant et de l'adolescent.
2. Elle doit garantir l'implication de la famille à toutes les étapes.
3. Elle soutiendra l'effort de personnalisation des contacts et des réseaux.
4. Le médecin doit se donner la possibilité de revoir la situation, de s'informer et d'élaborer une réflexion commune avant de prendre une décision d'orientation.
5. De par son essence, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile est un dispositif particulièrement adapté à soutenir cette démarche de repérage à travers l'originalité de ses réponses locales.



La consultation pédopsychiatrique

G. SCHMIT, R. MISES



La consultation pédopsychiatrique

La consultation pédopsychiatrique est un acte technique hautement spécialisé, de durée assez longue, requérant une grande disponibilité de la part du praticien et impliquant étroitement l'entourage de l'enfant.

Elle se différencie très nettement de la consultation pédiatrique centrée sur l'examen somatique de l'enfant mais aussi de la consultation de psychiatrie adulte caractérisée par une rencontre duelle entre le patient et son psychiatre.

Sa grande spécificité est due :

1. à la particularité du contexte de la consultation ;
2. à la multiplicité des plans d'analyse du symptôme et des difficultés psychopathologiques de l'enfant dans ses interactions avec l'environnement ;
3. à la nécessité d'une méthodologie et de techniques adaptées.

Les objectifs de cette consultation sont l'établissement de possibilité de communication pertinente avec l'enfant et ses parents, le recueil d'informations allant au-delà du seul repérage symptomatique, la construction d'hypothèses diagnostiques sur la nature du problème, la mise en place d'une alliance de travail avec l'enfant et ses parents, et si possible, l'obtention, du fait de la consultation elle-même, d'effets thérapeutiques.

Contexte de la consultation pédopsychiatrique

En règle générale, la demande de consultation ne vient pas du patient lui-même.

L'enfant ou l'adolescent est amené par ses deux parents ou l'un d'eux, à défaut, par un autre adulte responsable (assistante sociale, éducateur, représentant d'une institution, famille accueillante...). Cette implication des parents dans la demande les inclut dans le travail même de la consultation à plusieurs titres : leur inquiétude ou leur questionnement à propos de leur enfant doivent être traités, les parents sont les dépositaires d'un savoir utile sur leur enfant ; ils exercent une action quotidienne sur leur enfant, action dont il convient d'évaluer les effets et dont il convient de tirer un parti thérapeutique ; enfin, ils ont un pouvoir de décision dont dépend grandement la faisabilité d'un projet de soins. Toute approche centrée sur l'enfant seul et négligeant les parents comporte de grands risques d'échec.

Ainsi, la consultation pédopsychiatrique s'intéresse **à l'enfant dans son contexte environnemental**.

Elle se confronte dans un premier temps à une véritable « clinique de situation », tout autant ou parfois même plus qu'à une pathologie individuelle. Dans une visée préventive, devant éviter un excès de « psychiatrisation » ou de « médicalisation » de l'enfant comme une banalisation de ses problèmes, seront distinguées les situations où l'enfant présente une psychopathologie personnelle déjà structurée, celles où l'enfant, par ses symptômes, semble exprimer des difficultés du groupe familial dans son ensemble, celles enfin où s'intriquent pathologie individuelle de l'enfant et difficultés de la famille.

La consultation pédopsychiatrique concerne

donc toujours un groupe, constitué au minimum de l'enfant et de l'un de ses parents, habituellement de l'enfant et de ses deux parents, souvent de l'enfant et de plusieurs membres de sa famille ou de son environnement. La constitution du groupe concerné peut évoluer au fil des consultations successives.

Le diagnostic pédopsychiatrique : un diagnostic à dimensions multiples

Bien que le terme de maladie mentale soit utilisée par commodité, il ne recouvre pas la même réalité que celui de maladie somatique. Le raisonnement médical allant du symptôme, signe de la maladie, au diagnostic de maladie, définissant le problème de santé rencontré par le patient, n'est guère directement transposable en pédopsychiatrie. Ceci est dû à la multiplicité des dimensions ou axes d'analyse requis pour définir la nature des difficultés psychiques produisant des symptômes et/ou de la souffrance chez l'enfant (il en va de même dans le domaine du handicap).

Au moins cinq axes de réflexion s'imposent au clinicien pour la définition du diagnostic pédopsychiatrique :

➤ Axe symptomatique

Rarement signe univoque conforme au modèle médical, le symptôme est habituellement une conduite organisée de l'enfant qui répond à une logique sous-jacente non directement accessible. Il convient de repérer soigneusement ce qui fait symptôme, en sachant que des différences d'appréciation peuvent apparaître entre ce qui inquiète les parents, ce qui fait souffrir l'enfant, ce qui mobilise le clinicien. Au-delà de sa seule existence, le symptôme peut avoir ses propres effets sur la vie psychique du patient (exemple de l'anxiété, de la dépression, de l'inhibition...) mais aussi une tendance propre à la répétition et à l'auto-organisation (ex. : conduites addictives, anorexie, etc.). Il produit des bénéfices primaires et secondaires, à évaluer. **Enfin, le symptôme, expression d'un problème, ne suffit pas à définir la nature du problème.** Ainsi parler d'enfant anxieux, ou inhibé ou hyperactif est un diagnostic très incomplet.

➤ Axe développemental

Le fait que le patient soit un être engagé dans un processus de développement complique toute analyse sémiologique. Toute conduite de l'enfant doit être replacée dans une analyse diachronique tenant compte des enjeux liés au développement,

des éléments de régression ou de fixation à des phases antérieures, des conflits de développement actuels, de l'harmonie ou de la dysharmonie des différentes lignes de développement.

➤ Axe structural

La conduite symptomatique est artificiellement isolée. Elle s'intègre en fait à l'ensemble du fonctionnement mental du sujet. Toute approche compréhensive du symptôme ou de la souffrance de l'enfant passe par une appréciation de son organisation psychique interne.

➤ Axe somatique

La dimension corporelle n'est pas exclue du diagnostic pédopsychiatrique. Elle concerne le retentissement psychique d'affections organiques mais aussi le retentissement sur le corps de difficultés d'ordre psychique (anorexie mentale, tentatives de suicide, conduites d'automutilation, troubles fonctionnels du nourrisson, etc.). Enfin, certains troubles psychiques chez l'enfant ont une expression corporelle. L'examen somatique peut être inclus dans la consultation pédopsychiatrique ou, plus souvent, être confié à un pédiatre.

➤ Axe environnemental

Il concerne les effets sur l'enfant de ses relations avec l'environnement mais aussi la manière dont l'enfant contribue lui-même à influencer cet environnement, essentiellement sa famille. Les phénomènes d'appartenance familiale pendant l'enfance participent fortement à la construction de l'identité et des représentations de soi du sujet/enfant. L'examen pédopsychiatrique s'intéresse donc aux échanges interactifs, aux résonances émotionnelles, à la circulation fantasmatique et aux éléments transgénérationnels, dans le groupe familial.

Ainsi la démarche diagnostique en pédopsychiatrie vise à appréhender les difficultés psychopathologiques de l'enfant dans ces différentes perspectives, à en évaluer les articulations mais aussi à faire évoluer les représentations qu'en ont les différents intéressés, enfant et parents, en vue de la mise en place d'un projet de soins adapté à la spécificité du cas. Elle nécessite une méthodologie adaptée à son objet.



Méthodologie et techniques de l'examen pédopsychiatrique

La méthodologie de l'examen consiste à établir un cadre de rencontre facilitant, entre l'enfant, ses parents et le clinicien, des échanges aussi ouverts que possible, laissant place à l'expression la plus authentique ou la moins défensive possible de la part de chacun, dans le respect de la spécificité des personnes et de leurs liens relationnels.

Les informations utiles à une approche diagnostique concernent le fonctionnement mental de l'enfant mais aussi celui de chacun de ses parents, du moins dans sa partie impliquée dans les fonctions parentales. Aussi, le clinicien est amené à vivre avec l'enfant et ses parents, souvent dans des temps successifs, des expériences relationnelles comportant des aspects interactifs, émotionnels et transférentiels.

Ces expériences ne se limitent pas à une approche objectivante de type linéaire : un véritable travail de co-création vise à la formalisation de représentations, à la mise en lien de différents phénomènes psychiques individuels ou groupaux, à l'élaboration d'émotions et d'affects.

Le déroulement de la consultation et les techniques utilisées varient en fonction de l'âge de l'enfant (du nourrisson à l'adolescent), des situations familiales (enfants adoptés, familles recomposées, enfants placés...), de certains problèmes spécifiques parfois abordés (maltraitance, abandon, inceste...).

Bien que le clinicien doive adapter sa conduite de la consultation à chaque situation, il est possible de décrire plusieurs temps à une consultation-type :

- 1. Le temps initial permet d'établir le contact** avec l'enfant et ses parents; de recueillir des informations sur ce qui a motivé la consultation, de s'enquérir des éléments anamnétiques, « développementaux » et biographiques concernant l'enfant, de préciser les caractéristiques de son environnement familial et socioculturel.
- 2. Le deuxième temps est consacré à l'examen de l'enfant** en utilisant des techniques adaptées à son âge et à ses modalités d'expression personnelle. Les techniques utilisées ne peuvent être ici détaillées. Elles peuvent comporter des médiations, telles le dessin, le jeu créatif,

les jeux de rôle. D'une manière plus générale, le jeu constitue un moyen d'investigation très important dans la mesure où l'enfant l'utilise volontiers pour exprimer ses conflits, son style relationnel, les aspects de sa personnalité propre.

- 3. Le troisième temps est une phase conclusive** où le clinicien participe avec l'enfant et ses parents à l'élaboration du matériel produit, dans le respect de l'intimité psychique de l'enfant. Ceci amène à la proposition de poursuivre le travail entrepris ou à d'autres orientations thérapeutiques, lorsque cela s'avère nécessaire.

La durée de la consultation doit être suffisante. Elle est de l'ordre d'une heure ou plus.

Elle est évaluée par D. Marcelli à environ 90 à 120 minutes pour une première consultation et par J. Constant à une durée d'une à deux heures.

Elle est prolongée par la rédaction d'un compte-rendu et assez souvent par divers contacts avec d'autres professionnels impliqués dans des bilans complémentaires au sein d'équipe multidisciplinaire ou avec d'autres intervenants extérieurs (services sociaux, juges pour enfants, enseignants...).

Dans la plupart des cas, la consultation pédopsychiatrique a tout autant une fonction thérapeutique que des objectifs diagnostiques. Elle doit être répétée de manière régulière tout au long du traitement de l'enfant de façon à maintenir un cadre d'échanges et d'élaboration impliquant l'enfant avec ses parents. Elle constitue une garantie de cohésion et de permanence permettant l'évaluation de l'évolution de l'enfant mais aussi celle de la cohérence et de la pertinence de l'ensemble du projet de soins dans les cas nécessitant le recours à plusieurs approches concomitantes (psychothérapie de l'enfant, rééducation, soins en institutions, etc.).

➔ Bibliographie

Modèles d'examen psychiatrique de l'enfant
Constant J., Comiti F., Encyclopédie
Médico-chirurgicale, Paris, 37-200-B-40, 1993.

Enfance et psychopathologie
5^e édition, Marcelli D., Collection Abrégés
de Médecine, Masson, Paris, 1996, 601 pages.

Peuvent aussi être consultés

*L'examen psychiatrique. In : Traité de Psychiatrie
de l'Enfant et de l'Adolescent*
Houzel D., Paris, PUF, Paris. 1985, Tome 1,
pp 351-364

Entretien avec l'adolescent et son évaluation.
Encyclopédie Médico-chirurgicale
Marcelli D. :, Paris, 37-213 -A -10, 1999

*Classification Française des Troubles Mentaux
de l'Enfant et de l'Adolescent. Présentation générale.*
Mises R. : Neuropsychiatrie Enfance, 1990, 38:523-539





Le secteur
de psychiatrie
infanto-juvénile

B. LAMOULIE



Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile

La mission de service public en Psychiatrie Infanto-juvénile est la mise à disposition de la communauté, d'une équipe dont les objectifs sont autant préventifs que thérapeutiques, dans le cadre de l'individualisation **d'un dispositif de santé mentale destiné spécifiquement aux enfants et aux adolescents (quel que soit leur âge).**

Les cinq actions prioritaires qui doivent être développées en psychiatrie infanto-juvénile (cf. circulaire n°70 du 11/12/92 entre autres) sont :

1. **Accueil et suivi de populations** jusqu'ici difficilement accessibles, telles d'une part les nourrissons et très jeunes enfants et d'autre part les adolescents ou certains groupes très défavorisés ;
2. **Favoriser les interventions** des secteurs de Psychiatrie Infanto-juvénile au sein de la collectivité ;
3. **Développer** les formules de prise en charge à temps partiel ;
4. **Maintenir** un potentiel de soins à temps complet par secteur **ou groupe de secteurs répondant** à un projet thérapeutique et technique précis ;
5. **Promouvoir** des actions partenariales avec l'ensemble des acteurs concernés par les programmes d'action en faveur de l'enfance ou de l'adolescence, au sein des réseaux habituels ou dans des actions finalisées.

Si certains équipements spécialisés peuvent être d'emblée conçus en vocation plurisectorielle (hospitalisation à temps complet pour enfants ou pour adolescents par exemple), il est indispensable que chaque secteur de Psychiatrie Infanto-juvénile dispose de moyens propres.

Soins et prévention

➤ Soins ambulatoires et prévention

De l'analyse du travail des secteurs, il ressort que l'essentiel des soins et interventions est effectué sur un mode ambulatoire, soit dans les structures spécialisées du secteur, soit par des consultations et contacts dans d'autres lieux.

Le Centre Médico-psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA)

Le Centre Médico-psychologique (CMP) pour Enfants et Adolescents occupe une place prépondérante, car assurant une double fonction : accueil du public, mais aussi lieu d'élaboration et de collaboration, au sein de l'équipe comme avec les partenaires extérieurs.

Il se doit d'être aisément accessible, par ses heures d'ouverture, sa localisation et les modalités d'accueil, tout particulièrement lors de la première prise de contact. Il est essentiel de faciliter ainsi la demande des parents, de l'enfant, de l'adolescent vers les structures du secteur.

Les prestations offertes par le Centre Médico-psychologique doivent associer les compétences d'une équipe monodisciplinaire (la pédopsychiatrie en étant la discipline) mais pluricatégorielle (ou pluriprofessionnelle) : pédopsychiatre, psychologue, infirmier, éducateur spécialisé, orthophoniste, psychomotricien, assistant de service social, secrétaire médicale, mais aussi pédagogue, animateur socioculturel... La diversité des intervenants impose qu'ils travaillent de manière étroitement coordonnée et élaborent un projet qui s'inscrit dans le temps et est régulièrement évalué et réajusté.

Si l'équipe est garante de la cohérence du projet, ce dernier ne se conçoit que dans **un dialogue constant avec la famille**. Il s'agit pour les équipes de créer pour l'enfant ou pour l'adolescent un espace de confidentialité, tout en tenant compte du légitime désir d'information des parents et de la nécessité de les éclairer sur les difficultés de leur enfant et de leur apporter conseils et soutien.

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)

Il offre, pour des petits groupes de patients, différentes activités, dans un cadre déterminé et régulier : le plus souvent au CMP et proche du domicile des familles. Il répond aussi aux besoins de certains enfants auxquels il importe de permettre de vivre une expérience nouvelle par une action d'ordre institutionnelle, comportant un temps de présence plus ou moins prolongé.

L'hospitalisation de jour

Cette modalité de soins a considérablement évolué, elle présente désormais plus de souplesse pour les patients. L'hospitalisation de jour assure des soins polyvalents et intensifs, mis en œuvre par une équipe pluricatégorielle, en un lieu ouvert à la journée, mais selon une périodicité déterminée pour chaque enfant, dans la journée comme dans la semaine. L'utilisation de l'hospitalisation de jour répond à des indications cliniques précises, pour une pathologie nécessitant des soins à moyen ou long terme ou parfois pour un séjour d'observation. Il doit s'articuler avec les lieux de vie habituels : milieu scolaire, équipements sociaux et culturels et bien évidemment avec les différents CMP du secteur.

Soins et interventions hors des structures spécialisées

Il s'agit de l'appui technique qui doit être apporté par l'équipe de pédopsychiatrie en dehors des structures propres du secteur pour :

- rendre plus accessible le dispositif de santé mentale aux enfants, aux adolescents et à leurs familles ;
- travailler la qualité du réseau non spécifique dans les lieux de l'enfance et de l'adolescence.

- les visites à domicile ;
- le travail de liaison avec le Centre Hospitalier ;
- Le partenariat avec le milieu scolaire ;
- La collaboration avec les services du département (PMI, ASE, Aide Sociale) et ceux des communes (CCAS, Enfance Jeunesse, enseignement...);
- Les relations avec les services de justice ;
- Les autres interlocuteurs :
 - Centre d'Actions Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ;
 - CMPP ;

- pouponnières, crèches, haltes-garderies, etc. ;
- secteurs de psychiatrie générale ;
- médecins (spécialisés ou non) et paramédicaux privés ;
- institutions médico-sociales ou sociales.

➔ Soins à temps complet

Les soins à temps complet ne doivent pas être une indication par défaut, mais s'inscrire dans un projet thérapeutique précis.

Il s'agit d'instaurer un traitement plus intensif et d'utiliser les effets de séparation qu'implique celui-ci, pour l'enfant ou l'adolescent comme pour la famille.

Les besoins de soins à temps complet

Ces soins à temps complet peuvent exister par secteurs ou groupe de secteurs ; Besoin d'utilisation de lits dans le service de Pédiatrie ou de Médecine interne pour les grands adolescents (voire aux Urgences dans certains cas).

L'Hospitalisation à domicile

L'Hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité de prise en charge qui s'apparente aux visites à domicile (VAD) et aux interventions à domicile (IAD) mais elles concernent les enfants qui nécessitent plus de soins et d'accompagnement par nos services.

Les séjours thérapeutiques

Il s'agit là du déplacement d'une équipe de soins et de patients qu'elle prend en charge pour leur offrir dans un milieu de vie inhabituel des expériences nouvelles, dès lors que ces séjours s'inscrivent dans la continuité d'un projet de soins.

L'accueil familial thérapeutique

En Psychiatrie Infanto-juvénile, le placement d'enfants s'est développé comme alternative à des hospitalisations au long cours et désormais, selon les nouvelles dispositions législatives et réglementaires.

Il constitue une modalité de soins à part entière, (arrêté du 1^{er} octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique).



Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile

Nécessité de développer de nouvelles approches

La pratique nécessite constamment des ajustements des instruments techniques aux progrès réalisés dans l'approche clinique de l'enfant et de son environnement.

Ces dernières années, de nouvelles connaissances ont été particulièrement développées à propos de deux populations isolées comme telles : le groupe des nourrissons et jeunes enfants et le groupe des adolescents.

Coordination avec les différents dispositifs de la communauté

Il est important que dans le cheminement des patients, il puisse y avoir des possibilités de changement et de choix. L'existence à côté du secteur public, d'un secteur associatif et privé libéral permet de répondre à ce souci.

Une coordination du secteur de pédopsychiatrie est donc indispensable :

➔ Avec le monde médical et paramédical

Les médecins et les services hospitaliers, les médecins libéraux, qu'il s'agisse de généralistes ou de spécialistes (et tout particulièrement de pédiatres, gynéo-obstétriciens, ORL, neurologues et psychiatres...);

Avec les paramédicaux et tout particulièrement avec les professionnels d'exercice libéral (orthophonistes, psychomotriciens, psychothérapeutes...);

Elle ne l'est pas moins avec les paramédicaux et tout particulièrement avec les orthophonistes libéraux et autres.

➔ Avec le monde éducatif et scolaire

➔ Avec le dispositif médico-social et social

Les lieux de vie et d'accueil

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)

Les établissements médico-éducatifs

Il importe de poursuivre le développement de la coopération entre secteurs de Psychiatrie Infanto-juvénile et établissements et services relevant de l'annexe XXIV.

Les foyers de l'Enfance et les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS)



Petite enfance



Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère/enfant et son importance

M. MAURY

➤ Généralités

Le développement affectif du nourrisson est à la fois spécifique du génie de l'espèce et intimement lié aux relations avec ses différents partenaires. Les connaissances dans ce domaine se sont transformées ces dernières années et continuent à évoluer. On assiste aussi actuellement à une mise en relation des grands courants théoriques qui contribuent à la compréhension du développement affectif du nourrisson :

- ceux issus de la psychanalyse et de la théorie psychanalytique s'appuyant sur la reconstruction d'un vécu infantile concernant les principales expériences affectives ;
- ceux issus de l'observation directe du comportement des bébés et de leurs interactions.

Le choix des notions présentées ici s'est effectué en fonction des plus immédiatement accessibles en clinique pour le praticien non spécialiste.

La communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né. Elle est déterminante pour le développement de l'ensemble des secteurs de la vie psychique de l'enfant. La découverte par les parents des compétences de leur enfant va faciliter la mise en place des interactions (la relation du nourrisson avec son entourage est conçue comme un processus bidirectionnel. Le bébé est à la fois soumis aux influences de ses parents et entraîne chez eux des modifications) et de l'attachement précoce.

➤ L'attachement

L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. Dans la théorie de l'attachement développée par J. BOWLBY, à partir de travaux d'observation, « la propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existe dès la naissance et se maintient tout au long de la vie ». Le besoin d'attachement est un besoin primaire, inné chez l'homme.

Cet attachement se développe à partir de comportements innés : pleurs, succion, agrippement qui permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée qui est le plus souvent représentée par la mère.

Les fonctions de cet attachement sont la protection, le réconfort et la consolation quand l'individu perçoit des menaces extérieures ou internes. Si les réponses de l'entourage sont adéquates au besoin d'attachement de l'enfant, celui-ci développera une base de sécurité et une image de lui-même positive. À partir de cette base de sécurité, de nouvelles compétences apparaissent : la capacité de se séparer pour explorer l'environnement, la capacité d'attendre une réponse et plus tard de répondre à son tour aux besoins d'attachement d'un plus petit ou d'un plus faible. Ceci caractérise un attachement sécurisé.

Quand les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement ne sont pas adéquates la base de sécurité de l'enfant, l'image de lui-même, sa confiance en lui et en l'autre ne seront pas satisfaisantes. Il va développer un attachement angoissé ambivalent, évitant ou désorganisé.

Chez tout enfant se déroule un processus d'individuation et de séparation (psychique), qui permet le développement du sentiment de conscience de soi. Ce concept introduit par M. MAHLER distingue nettement la naissance biologique de la « naissance psychologique ». Si la coupure du cordon ombilical amène une distanciation physique du bébé par rapport à sa mère, le sentiment d'exister comme être individualisé apparaît progressivement.

Ce processus de séparation-individuation évolue au gré des différentes acquisitions de l'enfant :

- l'utilisation d'un objet transitionnel ;
- le déplacement autonome avec éloignement, grâce à la marche ;
- l'exploration de l'espace et des objets ;
- l'utilisation du langage ;
- le jeu symbolique.

L'évolution du processus d'individuation est bien sûr lié aux réponses de l'entourage, et à la qualité de l'attachement mis en place. Autant dire qu'il est indispensable « de bien s'attacher » pour devenir capable de « bien se détacher » ce qui est la voie normale de l'individuation.

➤ Le nourrisson et ses compétences

Les états de vigilance

Les compétences du nouveau-né s'exercent quand il est en état de vigilance. On décrit six états qui se succèdent rapidement.

L'état n°4 : état d'éveil calme et attentif est celui au cours duquel le bébé montre le mieux ses compétences et ses capacités à percevoir et discriminer les informations venues de l'environnement, à s'en protéger dans certains cas, à manifester ses besoins, ses préférences.

L'état n° 1 correspond à l'état du sommeil, sans mouvement oculaire, sans mouvement corporel, avec une respiration régulière.

L'état n° 6 correspond à un état où l'on observe cris, pleurs, motricité intense, visage rouge et grimaçant.

Le bébé exerce lui-même un contrôle sur ses états de vigilance. La mère influence aussi la succession, la durée et la prééminence de tel ou tel état de vigilance. Ces états de vigilance sont des réalités neurophysiologiques, qui sont souvent interprétés par la mère qui leur attribue une valeur affective dans la relation.

Tel bébé dormeur va être vécu comme paresseux, calme, angoissant, comme son père...

Tel bébé qui au contraire crie beaucoup, va être vécu comme ayant un mauvais caractère, exigeant, capricieux, comme sa grand-mère, ou au contraire rassurant car vivace.

➤ Les compétences sensorielles et sociales du nouveau-né impliquées dans l'interaction

Visuelles

Les perceptions existent dès la naissance. Le nouveau-né a une préférence visuelle pour des modèles proches du visage humain par la forme et la taille. Le bébé suit le modèle du regard, sur 180 degrés. Ses compétences visuelles ne sont pas optimales, notamment quant à l'accommodation qui va se mettre en place dans les semaines suivantes.

Auditives

Le nouveau-né tourne la tête ou les yeux dans la direction d'un son. Dans les premiers jours, la voix humaine comparée à tout autre bruit a des effets spécifiques sur lui. On observe un arrêt de son activité, un ralentissement cardiaque, une augmentation des sourires, il tourne la tête en direction de la voix.

Olfactives

Elles sont les plus proches de celles de l'adulte. Au quatrième jour, il peut discriminer l'odeur du cou ou du sein de sa mère, de l'odeur d'une autre femme.

Gustatives

Il est capable de discriminer quatre saveurs : salé, sucré, amer, acide, avec une préférence pour le sucré.

Motrices

La motricité est essentiellement réflexe : succion, grasping réflexe, réflexes archaïques. Cette motricité réflexe est peu coordonnée, en apparence, désordonnée et massive.

Il faut savoir qu'elle joue un rôle dans l'interaction, qu'elle sert de support aux parents pour forger leurs représentations de l'enfant.

Par exemple quand un bébé serre le doigt de sa mère lors du grasping réflexe, sa mère éprouve une émotion qui selon les cas, peut être rassurante (il tient à moi) ou inquiétante (il ne va pas me lâcher).



Sociales

L'enfant a très tôt des capacités à imiter autrui (tirer la langue à l'adulte qui lui tire la langue) et à coordonner son activité à la voix de son interlocuteur.

➔ La parentalité

La grossesse et la naissance entraînent des remaniements psychiques. Classiquement, cette période est une période de grande malléabilité psychique source à la fois de vulnérabilité et de grandes capacités d'adaptation. On désigne par accès à la parentalité l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher. Ce « travail psychique » peut quelquefois entraîner des états d'angoisse et de dépression plus fréquents chez la mère.

Les facteurs influençant le processus de parentalité sont :

- l'état somatique et l'équipement neurobiologique du bébé, son aspect, son comportement ;
- l'état de santé de la mère en particulier pendant la grossesse et autour de la naissance ;
- la disponibilité et la sécurité affective de la mère, elles-mêmes liées aux conditions de vie matérielle, à la richesse de son réseau relationnel (où le père occupe une place privilégiée), à une éventuelle psychopathologie maternelle ;
- les événements récents ou anciens, ayant un rôle traumatique : décès, séparation, violence, etc.

Dans les conditions de vie actuelle, on observe une implication fréquente du père dans les soins quotidiens au bébé. Père, mère, bébé forment une triade. Cette triade constitue l'unité sociale de base au sein de laquelle le bébé va se développer.

La façon d'être des parents avec leur bébé est tributaire de ce qu'ils ont vécu dans leur propre trajectoire depuis l'enfance. On pourra voir en effet, dans certaines circonstances, des bébés chargés très tôt d'un rôle parental – on parle de « parentification du bébé » –, ou encore de bébés chargés d'un « mandat transgénérationnel » (S. Lebovici, 1983) qui peut être lourd à assumer.

Il est très important de prendre en considération le rôle et les réactions de la fratrie et des grands-parents à la naissance d'un bébé. Les grands-parents peuvent, selon les cas, participer plus ou moins à la prise en charge directe de l'enfant. La place qu'ils occupent « dans la tête des parents » joue un rôle dans leur sentiment de sécurité et de compétence.

Par ailleurs, les bébés de nos jours sont rapidement confrontés à une vie collective avec d'autres enfants.

➔ Les interactions du nourrisson avec son entourage

Parce que la mère est un partenaire privilégié, on décrit classiquement les interactions entre un nourrisson et sa mère. Il ne faut pas perdre de vue qu'un nourrisson est en interaction avec d'autres partenaires qui vont aussi influencer son développement affectif.

On distingue trois niveaux d'interaction : comportementales, affectives, imaginaires.

Les interactions comportementales

Elles sont caractérisées par la manière dont le comportement de l'enfant et celui de sa mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. La situation de repas est une excellente occasion d'observer les différentes interactions entre une mère et son bébé. Elles fourniront des informations sur la qualité des échanges affectifs entre le bébé et sa mère.

Ces interactions vont s'exprimer par divers canaux :

■ Les interactions visuelles

Pendant la tétée, dès le 15^e jour, la mère et le bébé tendent à se regarder. On parle de regard mutuel. Le regard du bébé a des effets importants sur la mère. Le regard est généralement perçu comme gratifiant, valorisant et fait monter chez la mère les premiers sentiments d'amour.

■ Les interactions vocales

Les cris et les pleurs du bébé constituent un véritable « cordon ombilical acoustique ». Ils déclenchent des affects intenses avec un sentiment d'urgence

qui pousse la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé. Le bébé par ses cris et ses pleurs déclenche l'interaction et suscite la proximité de la mère.

Le vécu parental des cris du bébé est influencé par la fréquence et la durée, qui varient d'un nourrisson à un autre. Les mères peuvent avoir, selon les cas, un sentiment de doute sur leur compétence, un sentiment d'agressivité, un sentiment de désespoir.

Le langage de la mère à son bébé : les mères parlent à leur bébé dès les premiers instants en utilisant « le parler bébé » adapté à l'âge du nourrisson. On a observé que le nouveau-né paraissait entraîné dans sa motricité par le langage maternel, et paraissait en synchronie avec la parole de la mère.

Les bébés sont influencés par les caractères physiques du langage, à savoir la prosodie : le rythme, le timbre, les intonations et non par le contenu du discours qui est inaccessible à la compréhension du bébé.

Les travaux de D. Stern sur la prosodie maternelle ont démontré une évolution de celle-ci au fil des mois. Le « parler bébé » (simplification syntaxique, répétition des mots, lenteur, augmentation de la hauteur du timbre) est adapté à l'âge :

- chez le nouveau-né : les pauses silencieuses sont plus longues que l'émission langagière, le rythme est régulier, adapté au rythme du bébé ;
- vers 4 mois : les mots sont souvent répétés, les mimiques renforcées, les bébés sont intéressés par la mimique, la mère exerce des variations prosodiques et rythmiques importantes pour maintenir l'intérêt de l'enfant.
- de 12 à 24 mois : le contenu du langage de la mère change, désormais, elle désigne les objets de l'environnement à l'enfant et communique à leur propos. La parole maternelle facilite et soutient l'exploration de l'environnement.

■ Les interactions corporelles et cutanées

On désigne ainsi l'ensemble des échanges, médiatisés par la façon dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par la mère, et dont il y répond. On parlera d'ajustement corporel qui est une composante du holding* et de dialogue tonique.

On peut observer ainsi une détente corporelle ou un raidissement qui peut affecter l'un ou l'autre, ou les deux partenaires. On a également rapidement une perception du confort ou de l'inconfort du bébé dans les bras de sa mère. Le bébé y participe activement, soit il se « love », se blottit, s'ajuste au corps de sa mère, ou au contraire il peut se raidir, s'arc-bouter.

Les contacts peau à peau sont également très importants. Il s'agit de caresses, de chatouillements, de baisers. Les réponses de l'enfant sont perçues comme une invite ou un refus à poursuivre.

Une étude sur le développement des comportements de tendresse a pu mettre en évidence que l'enfant, vers 7/8 mois, répond aux bras tendus de l'adulte en tendant lui-même les bras, et à la fin de la première année, il initie un tel échange qu'il complète par une étreinte.

■ Le sourire

Il est bien évidemment un comportement extrêmement efficace et gratifiant du bébé à l'égard de sa mère ou d'un autre interlocuteur.

On peut imaginer comment une mère peut être gratifiée par un bébé souriant, qui la regarde, qui se blottit bien dans ses bras, et comment une autre pourra être fortement inquiétée par un bébé qui évite de la regarder, qui se « love » mal dans ses bras, qui pousse beaucoup de cris et sourit rarement.

Les interactions affectives

Ces interactions affectives sont caractérisées par l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère.

On a vu comment les interactions comportementales servent de support aux interactions affectives.

Par ailleurs, les mères parlent à leur bébé de leurs émotions et de leurs sentiments.

La mère regarde son bébé, et grâce à ses capacités d'empathie* elle perçoit ce que ressent son bébé et lui en propose une interprétation par des mots, des gestes... : « tu es content », « tu es fâché », « tu as envie de... », « maman est contente de te voir content », etc.



Petite enfance

Le bébé, à son tour, perçoit dans une certaine mesure, l'état affectif de sa mère. En effet, il peut reconnaître si la mère est « comme d'habitude ou pas ».

Dans les premiers mois, c'est la prosodie et l'ajustement tonico-postural, qui sont des indices pour le bébé de l'état affectif de sa mère bien avant qu'il ne puisse comprendre le sens des paroles qu'elle lui adresse.

Dans les situations favorables on observe ce que D. Stern a décrit sous le terme d'accordage affectif. À un affect d'un certain type, exprimé par le bébé, la mère répond par un affect équivalent. On dit que le bébé et la mère sont accordés.

Des observations précises ont permis de montrer le degré de sensibilité extrême d'un bébé à l'état affectif de son partenaire. On a pu observer des dyades mère/nourrisson dans la situation expérimentale dite du « visage impassible » : un bébé de 3 mois est installé confortablement en face de sa mère, à qui il est demandé de jouer avec lui. Au bout d'un moment, la mère doit cesser toute activité de jeu et montrer à l'enfant un visage impassible. La survenue de ce comportement inattendu entraîne chez tous les bébés une réaction immédiate, faite d'abord d'une recherche active du sourire de la mère et de sa réaction, suivie rapidement d'un état de désarroi et de malaise.

Le bébé est lui-même capable d'exprimer des affects diversifiés. Le visage du nouveau-né exprime tout à tour l'intérêt, le dégoût, la détresse la surprise. Vers le 4^e mois vont s'ajouter la colère, la joie, un peu plus tard, la peur.

Les interactions imaginaires et fantasmatiques

La vie imaginaire et fantasmatique des parents est très liée à leur vie affective, mais aussi plus profondément à leur propre histoire et à leur relation avec leurs propres images parentales.

La vie imaginaire et fantasmatique du bébé se construit progressivement à partir de celle de ses parents. Dans cette optique, certains auteurs parlent d'interactions imaginaires et fantasmatiques. Par exemple : un fantasme maternel portant sur le danger de se séparer influence le comportement de la mère à l'égard de son bébé particulièrement dans une situation de séparation ; le comportement angoissé du bébé à ce moment-là

amène à penser qu'il partage avec sa mère une expérience émotionnelle de dangerosité qui contribue à la constitution de sa propre vie fantasmatique.

Chez un nourrisson en bonne santé, les interactions qui vont faciliter un développement affectif harmonieux sont caractérisées par :

- une disponibilité affective de l'adulte ;
- une souplesse des réponses de l'adulte ;
- de la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les interactions seront perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. On verra apparaître des symptômes cliniques chez le nourrisson (troubles psychologiques à expression somatique, dépression du nourrisson...) pouvant signifier soit :

- une insuffisance dans l'attachement avec carence affective ;
- un défaut de protection avec envahissement de la relation par les angoisses de l'adulte.

➔ Glossaire

Objet transitionnel

Terme introduit par D.W. Winnicott pour désigner un objet matériel (un coin de couverture, un serviette qu'il suçote ou garde contre lui) qui a une valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment lors de l'endormissement.

S'il constitue une partie presque inséparable de l'enfant, se distinguant en cela du futur jouet, il est aussi la première possession de quelque chose « qui n'est pas moi ». Il permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation symbiotique à la mère et la relation à l'autre.

Holding

Capacité de maintenir un enfant dans les bras. Ce terme est utilisé pour désigner les soins physiques (le maintien) mais aussi psychologiques visant en particulier à protéger l'enfant de sollicitations externes trop fortes ou d'angoisses internes.

Empathie

Mode de compréhension intuitive d'autrui et de ses sentiments.

➤ Bibliographie

L'enfant de 0 à 2 ans
M. David - Éd. Privat.

Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant
P. Mazet, S. Stoleru - Abrégés Masson.

Les interactions du nourrisson avec ses partenaires
M. Lamour, S. Lebovici - EMC Psychiatrie 37190 B60.

Vocabulaire de la Psychanalyse
J. Laplanche, J.B. Pontalis - PUF, Paris.

Le développement affectif et intellectuel de l'enfant
B. Golse, Masson, Médecine et psychothérapie Paris, 1989.

L'attachement – Concept et applications
N. Guedeney, A. Guedeney, Masson, 2002

Développement affectif du nourrisson et interactions précoces
M. Maury, M. Paradis-Guennou, In La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Ed In Press, août 2002

Les signes cliniques précoces d'autisme

B. WELNIARZ

➤ Introduction

Parmi les grandes problématiques actuelles concernant l'autisme, Bernard GOLSE et Pierre DELION soulignent la question d'une prévention possible en amont de l'enkystement autistique tout en s'interrogeant sur les dispositifs de dépistage et d'intervention précoce les plus adéquats.

Le repérage précoce des troubles autistiques revêt une importance particulière dans la mesure où il y aurait, avant la fixation des troubles autistiques, une période que Jacques HOCHMAN appelle « processus autistisant », durant laquelle une certaine plasticité des troubles serait encore possible, et cela sans préjuger de leur étiologie. Tout se passe alors comme si les premiers dysfonctionnements interactifs de l'enfant venaient perturber l'adéquation des réponses de l'adulte avec très vite création d'une spirale auto aggravante.

Tous les progrès à attendre dans le dépistage précoce de l'autisme dépendent de la coopération entre les équipes de psychiatrie et les professionnels responsables de la surveillance sanitaire des jeunes enfants : PMI, pédiatres, etc.

La possibilité de mise en place de soins chez le très jeune enfant qui peuvent infléchir le pronostic justifie une démarche de repérage précoce. Mais l'évocation du diagnostic d'autisme nécessite une démarche clinique extrêmement rigoureuse et prudente car elle se situe dans une période vulnérable et l'avenir ne peut être enfermé dans un devenir trop étroitement étiqueté.

Le repérage ne peut se faire sur une seule rencontre qui peut être trompeuse car il peut y avoir des variations des compétences d'un examen sur l'autre chez le jeune enfant. En outre il est souvent difficile de distinguer chez un jeune enfant un syndrome de retrait symptomatique d'une dépression ou de carences, de signes cliniques d'autisme ou de Troubles Envahissants du Développement (TED).



Le clinicien expérimenté percevra une nature particulière du contre transfert avec l'impression d'être « exclu ou rejeté de la relation » avec les enfants autistes.

Au stade du repérage des troubles, la prudence quant à l'évocation d'un diagnostic devant les parents est donc indispensable. Rappelons que les critères des classifications usuelles (CIM 10, CFTMEA, DSM IV) ne permettent pas de faire un diagnostic avant l'âge de deux ans et demi/trois ans.

➤ Les signes d'alerte

Les signes cliniques isolés n'ont pas de valeur diagnostique ; c'est leur association et leur persistance qui devra attirer l'attention.

Une étude a montré que les parents fixent le début des troubles à la fin de la 1^{re} année dans 30 % des cas, de la seconde année dans 41 % des cas, entre 2 et 3 ans dans 16 % des cas, 5 % au-delà.

Globalement trois modalités de début des troubles sont rapportées :

- d'emblée et progressive dès le deuxième trimestre ;
- régressive vers 18 mois ;
- plus rarement entre 6 et 18 mois alternances entre des moments où l'enfant semble interagir normalement et des moments où il présente des signes évocateurs d'autisme.

Deux moments semblent donc très importants pour le dépistage : la fin de la première année et le milieu de la seconde.

Durant le premier semestre

Les signes observés durant les premiers mois de la vie de l'enfant sont rarement des signes qui vont permettre de repérer le syndrome autistique ; c'est plus tard qu'ils prendront une valeur rétrospective. Ils sont souvent discrets et difficiles à distinguer de signes de dépression ou de ceux que l'on observe lors de déprivation affective ou lors d'atteintes sensorielles.

- **Perturbations des interactions sociales :** indifférence à la voix et au visage de la mère, absence d'échange de regard avec celle-ci, manque de sourire social, pauvreté des expressions faciales, réactions d'orientation au nom moins fréquentes.

- **Absence de sourire au visage humain**, qui apparaît normalement vers le 2^e/3^e mois et qui constitue un bon signe des capacités relationnelles de l'enfant (premier organisateur de Spitz).

- **Anomalie du regard :** strabisme persistant mais variable.

- **Indifférence au monde sonore** et impression de surdité, absence ou pauvreté des vocalisations.

- **Troubles du comportement :** soit sagesse excessive : enfant « trop calme » restant sans bouger soit au contraire, agitation désordonnée, enfant « trop excité ».

• Troubles psychomoteurs :

- défaut d'ajustement postural et d'agrippement lors de la prise de l'enfant par l'adulte : enfant « poupée de son » ;
- absence d'attitude anticipatrice de l'enfant lorsque l'on ébauche le mouvement de le prendre dans les bras (normalement, l'enfant accompagne le mouvement en tendant les bras) ;
- Troubles du tonus : hypotonie le plus souvent (hypertonie parfois) ;
- Asymétrie toniques **portant sur le côté droit** chez le nourrisson couché lorsqu'il passe sur le ventre, en position assise, puis lors de la marche à quatre pattes ou de la position debout ;
- Troubles oro-alimentaires avec défaut de succion.

• Troubles graves et précoces du sommeil :

- insomnies calmes, les yeux grands ouverts ;
- ou au contraire, insomnies avec agitation.

Durant le second semestre

Durant cette période, les signes précédents se confirment (inintérêt pour les personnes, défaut d'ajustement postural, indifférence au monde sonore et visuel), mais **d'autres signes apparaissent :**

- **quête active de stimuli sensoriels** entraînant une sorte d'état extatique (fixation du regard sur des lumières, des objets qui tournent, jeux de doigts devant les yeux) ;
- **intérêt compulsif pour des objets insolites**, souvent durs, contrastant avec le désintérêt général pour le monde environnant et l'utilisation d'objets dans le jeu ;

- **absence de participation** à des activités comme « faire coucou », « bonjour » (n'imité pas) ;
- **absence d'angoisse lors de la séparation** d'avec les personnes qui s'occupent habituellement de lui.
- **absence d'angoisse de l'étranger** (deuxième organisateur de Spitz).

Durant la deuxième année

Les signes précédents se confirment, notamment le désintérêt pour les personnes, une fascination trop vive pour les stimulations sensorielles.

D'autres signes peuvent être notés à cette période :

- **absence de « pointage »** c'est-à-dire d'utilisation, à partir de 9-14 mois, de l'index pour indiquer à une autre personne un objet source d'intérêt ; on distingue :
 - le pointage proto-impératif : l'enfant désigne du doigt un objet qu'il veut. Apparaissant vers 9 mois ce pointage est présent à 12 mois chez 50 % des enfants,
 - le pointage proto-déclaratif : l'enfant désigne du doigt une situation qu'il veut regarder avec l'adulte,
 - l'absence de pointage est considérée comme très caractéristique d'autisme ;
- **absence de jeux de « faire semblant »** (c'est-à-dire de jeux symboliques, apparaissant dès l'âge de 12-15 mois, dans lesquels les objets sont utilisés comme s'ils avaient d'autres propriétés) également très spécifique ;
- **les troubles du langage +++, constants :**
 - peu ou pas de gazouillis ;
 - apparition tardive des premiers mots (après 18 mois),
 - absence d'utilisation du « je »,
 - écholalie ;
- **pauvreté des jeux, absence d'imitation** des mimiques, des gestes... ;
- **anomalies de la marche** avec évitement de l'appui plantaire en position debout entraînant une marche sur la pointe des pieds ;
- **phobies de certains bruits** (en particulier les bruits mécaniques) ;
- **manifestations d'autoagressivité**, automutilations ;
- **stéréotypies gestuelles.**

➤ Les principaux diagnostics différentiels

L'évocation précoce du diagnostic d'autisme est difficile. Il convient d'évoquer plusieurs diagnostics différentiels tout en sachant que les déficiences sensorielles et le retard mental peuvent coexister avec un syndrome autistique. Et que certains symptômes de carence affective grave peuvent évoquer des troubles autistiques (balancements, autostimulations, etc.).

- **Les déficiences sensorielles**
 - surdité,
 - cécité ;
- **Le retard mental ;**
- **Les carences affectives précoces ;**
- **Les dépressions infantiles.**

Le diagnostic ne peut s'appuyer que sur la présence d'une constellation de signes et surtout sur l'impression persistante de difficultés majeures de la communication de la part de l'enfant.

Ce diagnostic, nous le rappelons à nouveau, doit être très prudent et peut nécessiter une période d'observation, soit au domicile de la famille, soit dans une structure d'accueil à temps partiel.

Néanmoins le repérage de signes évocateurs d'autisme par un intervenant de première ligne doit orienter vers une consultation pédopsychiatrique.



➔ Les outils de dépistage

Le repérage précoce peut être facilité par l'utilisation d'outils de dépistage.

À l'heure actuelle le seul outil de dépistage précoce validé de l'autisme est le CHAT (Check-list for autism in toddlers) qui permet de repérer à 18 mois 20 % des enfants qui recevront ultérieurement un diagnostic d'autisme.

L'échelle ERCA-N de l'équipe de Tours (Sauvage 1988) est un instrument facilitant le repérage précoce des signes d'autisme.

Des travaux actuels (Bursztejn et col., Bruitelaar) devraient permettre dans un proche avenir de fournir des instruments de repérage à partir du 12^e mois.

Finalement nous pouvons citer l'échelle ADBB (Alarme Détresse Bébé <http://adbb.net/>) réalisée par A. Guedeney qui n'est pas spécifique de l'autisme mais qui est une échelle validée et qui permet très précocement au cours d'un examen de PMI de repérer un retrait relationnel du nourrisson.

➔ Bibliographie

Autisme état des lieux

Golse B., Delion P., Eres 2005, 267p

Les troubles autistiques ; du repérage précoce à la prise en charge

Lazartigues A., Lemonier E., Ellipses 2005, 174 p.

Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant

Malka J., Duverger P., Université d'Angers
www.med.univ-angers.fr

Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme infantile et des autres TED

2006, ffpsychiatrie@wanadoo.fr

La dépression du nourrisson et du jeune enfant

M. BOUVET

➔ Introduction

La dépression de l'enfant se manifeste d'abord par une position subjective particulière, noyau de base de la dépression quel que soit l'âge du sujet : l'autre n'apparaît plus comme secourable, le sujet se trouve dans un état de solitude absolue.

Par ailleurs cette dépression chez l'enfant se traduit par une série de symptômes spécifiques exprimant les troubles de l'humeur, traduisant les changements marqués et prolongés des émotions. L'expression sera différente selon l'âge. Les sentiments de désespoir prédominent avec un manque d'intérêt, une réduction des activités, s'y associent de l'irritabilité, de l'agitation ou un ralentissement psychomoteur, un manque d'énergie.

Cette pathologie se présente sur un mode aigu ou chronique.

➔ Historique

L'existence de la dépression chez l'enfant a été longtemps méconnue, voire niée, d'un point de vue clinique, alors qu'elle était au centre des réflexions psychodynamiques dès les premiers travaux des psychanalystes d'enfants.

Il semble qu'il a été longtemps difficile de concevoir chez l'enfant des symptômes analogues à ceux rencontrés chez l'adulte, tout autant qu'il était difficile de concevoir et d'accepter qu'un enfant puisse être déprimé, ce qui s'oppose aux représentations sociales classiques d'insouciance et de bonheur que l'enfant véhicule habituellement. Le polymorphisme de la symptomatologie a également contribué à masquer l'existence de la souffrance dépressive. La clinique de la dépression de l'enfant est relativement récente et date des années 50 où elle est réellement reconnue.

➔ Clinique de la dépression du nourrisson et du jeune enfant

La dépression du nourrisson

La symptomatologie se traduit par un état de retrait, et d'indifférence, allant jusqu'à la dépression anaclitique en cas de carences graves.

Une phase de désespoir succède à une phase de prostration et de tristesse. Ce tableau a été décrit par Spitz et Bowlby. Le bébé est prostré, abattu, son regard est éteint. Il ne joue pas. Il présente des auto-stimulations avec des rythmiques pouvant aller jusqu'à des conduites auto-agressives. Les grandes acquisitions sont retardées, la marche mais surtout le langage. Nous pouvons repérer alors la triade du symptôme dépressif du nourrisson décrit par Kreisler, qui associe atonie avec athymie, inertie motrice, et pauvreté interactive. Parfois le tableau est moins massif, dominé surtout par des désordres psychosomatiques.

La dépression du jeune enfant

Les manifestations sur le plan clinique sont alors particulièrement variées.

Le retrait reste l'élément de base et on constate plutôt des conduites de lutte contre les affects dépressifs, il faut insister sur la tristesse.

Les perturbations comportementales sont en premier plan avec un isolement, parfois au contraire une instabilité importante, un aspect chaotique de l'état affectif.

Les acquisitions sociales habituelles sont troublées, l'enfant ne joue pas, s'intègre difficilement dans les groupes.

La mise à l'école maternelle est difficile. Les troubles psychosomatiques sont également fréquents.

Discussion clinique

Dans le cadre de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent de R. Mises, la dépression se repère dans trois chapitres, d'abord dans celui des psychoses où sont définies les **psychoses dysthymiques**, dans le cadre des pathologies de la personnalité hors névroses et psychoses, où se repèrent les **pathologies narcissiques, ou/et – anaclitiques – les dépressions chroniques – l'abandonnisme**, et enfin dans les troubles réactionnels où on isole les **dépressions réactionnelles**.

Dans le cadre des classifications du D.S.M. 4 et de la C.I.M. 10, on évoque deux types de syndromes, le **trouble dépressif majeur** lorsque l'épisode est unique et le **trouble dysthymique** lorsque l'épisode est récurrent.

Diagnostic référentiel

Chez le nourrisson il y a parfois lieu de discuter une pathologie autistique devant l'aspect sévère du retrait. Chez le petit enfant, il faut discuter surtout l'agitation anxieuse de nature névrotique. À ces âges, il faut également éliminer une douleur physique, et en particulier une douleur chronique.

Fréquence et évolution

Les troubles de l'humeur font partie des psychopathologies les plus fréquentes de l'enfant. Globalement, on évalue actuellement cette fréquence aux alentours de 0,5 et 2 à 3 % de la population.

Le risque évolutif est non négligeable, soit sur le plan dépressif, soit sur le plan des troubles du comportement.

➔ Bibliographie

Dépression chez le nourrisson

Golse B., Édition Technique - Encycl. Méd. Chir. (Paris-France) Psychiatrie. 37-201- A - 10 1997

Dépression chez l'Enfant

Marcelli D., Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris) Psychiatrie 37- 201 - A - 20, 1998



Troubles du comportement chez le jeune enfant : agressivité, opposition, agitation psychomotrice

B. WELNIARZ

L'agressivité ou la violence ne sont pas des diagnostics psychiatriques mais peuvent être le signe d'une souffrance psychique.

Le recours à l'agressivité est normal chez le jeune enfant. Mais ce comportement décroît entre 3 et 6 ans au fur et à mesure que les enfants découvrent et intériorisent des règles interpersonnelles, qu'ils acquièrent des comportements prosociaux. Il n'y a qu'une minorité d'enfant (3 à 11 % selon les études) qui maintiennent un niveau élevé d'agressivité.

De nos jours les motifs principaux de consultation pédopsychiatrique pour les jeunes enfants sont – en dehors des TED et retards de développement – essentiellement l'agressivité, l'agitation et les comportements d'opposition.

Il convient de bien distinguer cliniquement ces trois types de comportement :

- l'agressivité se manifeste selon l'âge par des morsures, des bousculades, des poussées, puis par des coups (essentiellement coups de pied). D'autres enfants inquiètent car ils projettent des objets ou peuvent s'armer d'objets contondants (ciseaux par exemple) ;
- les comportements d'opposition apparaissent normalement durant la seconde année avec le « Non » qui est considéré comme le troisième organisateur de Spitz. Certains enfants présentent ces comportements de façon intense et surtout persistante : cris, colères, opposition systématique, injures, crachats, etc. ;
- un certain degré d'agitation psychomotrice peut être sans signification pathologique chez le jeune enfant ; mais là aussi, une agitation intense, persistante, désordonnée, perturbant les fonctions d'attention et les apprentissages cognitifs doit attirer l'attention.

Le développement du langage avec l'accès au registre symbolique qu'il présuppose est un facteur essentiel de régulation des conflits sans le recours systématique à l'agir.

Il n'y a pas une étiologie univoque de ces troubles de même que cette expression symptomatique peut recouvrir diverses configurations psychopathologiques : dépression, angoisse, trouble du développement de la personnalité, etc. Néanmoins pour apprécier le risque d'installation durable des troubles du comportement on pourra apprécier la convergence de facteurs de risque et de vulnérabilité :

Durant la période néonatale

- Usage de substances psychoactives pendant la grossesse : rôle du tabagisme maternel actuellement discuté, consommation d'alcool, cannabis (impulsivité, difficulté d'attention), cocaïne (troubles externalisés) ;
- Prématurité ;
- Faible poids à la naissance, (également incriminé dans hyperactivité) ;
- Maternité précoce < 18 ans ;
- Traumatisme cérébral au cours de la petite enfance.

Conditions environnementales défavorables

- Conflits parentaux, violence conjugale ;
- Dépression maternelle du *post-partum* ;
- Maltraitements, carences ;
- Personnalité antisociale chez les parents ;
- Dépendance à l'alcool, toxicomanie ;
- Troubles mentaux chez les parents ;
- Permissivité, absence de limites éducatives ;
- Visionnage de spectacles violents à la TV.

La qualité de l'attachement développé par l'enfant peut représenter un facteur de vulnérabilité supplémentaire : attachement **insécure** surtout désorganisé ; ou un facteur de résilience : attachement **sécure**¹.

Il est important de ne pas banaliser les troubles externalisés du jeune enfant surtout s'ils atteignent une intensité ayant un retentissement social (plaintes des autres parents, plaintes répétées des membres de l'équipe de la crèche ou de l'école qui accueille l'enfant).

À partir de l'expression du symptôme comportemental, et de la convergence de facteurs de vulnérabilité, l'important est de repérer les situations où l'étayage psychosocial, le soutien à la parentalité, ne permettent pas une évolution sensiblement positive du comportement de l'enfant.

L'intérêt du dépistage et de la mise en place d'une prise en charge précoce pour les enfants qui maintiennent un comportement agressif est de prévenir l'évolution vers des formes plus graves de trouble du comportement².

Il importe de ne pas stigmatiser une population et de faire de la prédiction mais de repérer les cas où on a à faire à un échec ou à une distorsion du développement de l'enfant, signe d'appel d'une souffrance psychique de l'enfant et de sa famille.

➔ Bibliographie

Attachement et troubles du comportement
à paraître dans Perspectives Psy
Guedeney A., Dugravier R.

Trouble des conduites chez les enfants et les adolescents
INSERM Expertise collective

L'enfant de trois ans violent
Welniarz B.
L'Information Psychiatrique 1998, vol 74, n°9, p.888-896

Étude des comportements violents chez l'enfant : évaluation d'une série de 10 cas cliniques à trois et à six ans
Welniarz B.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.
2002 ; 50(6-7) : 525-530.

¹ L'attachement de type sécure s'accompagne, chez l'enfant, d'une meilleure estime de soi et de la capacité de faire appel lorsqu'il en a besoin. Il favorise également la capacité d'exploration. L'enfant manifeste une forme de protestation lors des séparations et accueille sa mère avec plaisir, à son retour.

L'attachement de type insécure évitant : l'enfant ne fait pas appel à autrui au fur et à mesure que son stress augmente. Il a tendance à masquer sa détresse émotionnelle, ou à se sentir invulnérable, et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il essaye de garder le contrôle dans les situations de détresse en diminuant la réactivité du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse en direction des parents.

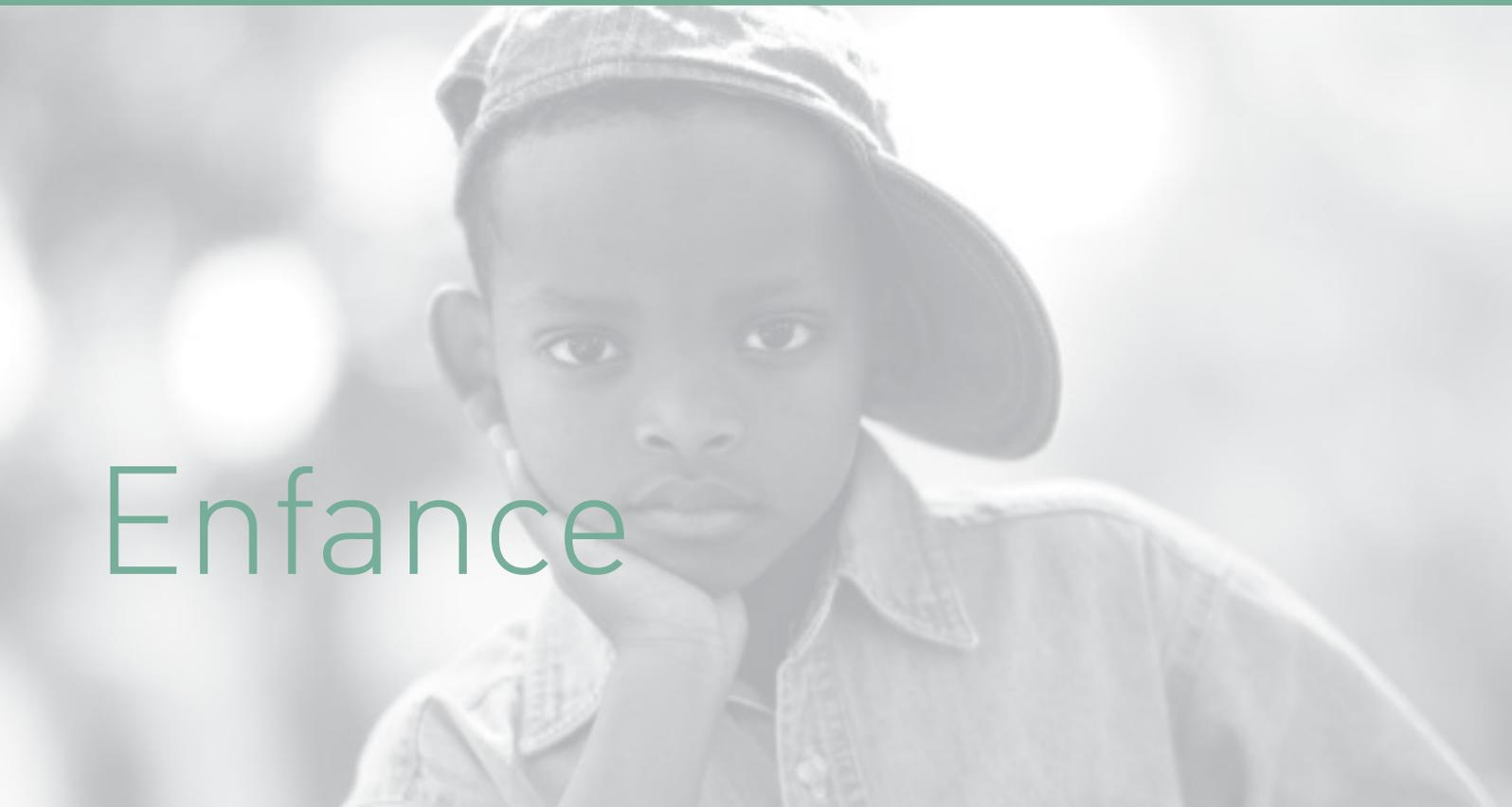
L'attachement de type insécure ambivalent ou résistant. L'enfant se montre très ambivalent en situation de stress, comme s'ils résistait à son besoin d'être réconforté. Il adopte une stratégie d'augmentation de fonctionnement du système d'attachement et d'augmentation des signaux. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux, des difficultés à être réconforté.

L'attachement dit désorganisé (enfants avec une stratégie incohérente) correspondant, chez les adultes à la catégorie « non résolue » en lien avec un deuil ou un traumatisme. La désorganisation correspondrait à un conflit entre deux stratégies incompatibles et se traduirait par une interruption prématurée du comportement d'attachement ou par l'activation simultanée de comportements contradictoires de recherche et de fuite, ou encore par des manifestations d'effroi. Cette incapacité à développer une stratégie comportementale organisée serait due à l'impossibilité pour l'enfant de trouver une protection auprès de sa figure d'attachement. En effet, ces enfants ont subi beaucoup plus de violences ou d'abus physiques ou sexuels ou ont davantage été exposés de façon terrifiante à des parents eux-mêmes terrifiés. L'enfant est alors dans une situation paradoxale, puisqu'il est pris entre son besoin d'attachement et de sécurité, et la peur vis-à-vis d'un parent maltraitant ou lui-même désorganisé.

² Des études épidémiologiques ont montré la possible évolution vers le « trouble des conduites (CIM 10, DSMIV) » des enfants qui présentent une agressivité importante dès la petite enfance surtout si cette agressivité s'accompagne d'opposition, d'impulsivité, d'agitation psychomotrice, et d'un faible niveau verbal.

Les risques évolutifs, si on se réfère à la CFTMEA, sont l'évolution vers la « Pathologie limite à dominante comportementale » ou les troubles hyperkinétiques.





Enfance



La période de latence

Y. GLOANEC

La période dite de latence est la terminologie habituelle pour la tranche d'âge de 6 à 10 ans.

Cette période a été définie en relation à l'évolution de la sexualité de l'enfant qui devient alors plus souterraine (déclin du complexe d'Œdipe). L'enfant est éduicable et se rend disponible à l'acquisition de nombreux apprentissages par un renoncement à des souhaits œdipiens. Les enfants parlent moins de sexualité et en exhibent moins les manifestations. D'explicite, l'organisation œdipienne devient implicite.

Les enfants supportent mal ce qu'ils perçoivent de sexuel chez les adultes (gêne, désapprobation), pendant cette période de refoulement partiel de la sexualité.

Il est pertinent de séparer les mécanismes de refoulement et ceux de répression durant cette période (P. Denis).

- Le refoulement amène une image plus tranquille et fait passer en arrière plan les représentations plus excitantes (représentations substitutives des jeux). On passe ainsi d'un registre à l'autre sans privation et les éléments de substitution sont porteurs d'un certain plaisir (définition du jeu).
- À l'inverse, les mécanismes de répression sont pauvres en plaisir, limitent les représentations (comme dans les phobies scolaires), utilisent des comportements moteurs, d'excitation et de provocation. Cette excitation envahit l'ensemble du psychisme et prédispose l'enfant aux passages à l'acte, aux psychopathies, aux somatisations.

La principale névrose de l'enfant en période de latence est l'inhibition, en particulier intellectuelle (S. Lebovici), avec une souffrance atténuée.

Cette période se caractérise également par le prévalence des conduites obsessionnelles, mais aussi parfois par des symptômes plus massifs et rigides.

Ce moment de développement doit être bien vécu par l'enfant. L'adulte protégera le plaisir de découvrir (curiosité) de l'enfant et évitera d'accélérer la dynamique pulsionnelle propre à l'adolescence.

Il est nécessaire d'être attentif aux signes de souffrance de l'enfant à cette période, et de savoir engager un contact voire plusieurs consultations thérapeutiques avec l'enfant et sa famille.

Un délai excessif entre la demande et la consultation décourage et peut entraîner l'abandon de l'idée de consultation. La qualité et les conditions de ce premier accueil sont essentiels sans un systématisme de bilans par plusieurs professionnels.

Un soin de proximité est également à privilégier pour qu'il soit perçu comme une réponse simple sans contraintes majeures.

Les troubles du langage chez l'enfant

Y. GLOANEC

➤ Motif fréquent de consultation en pédopsychiatrie

Les troubles du langage restent un motif fréquent de consultation pédopsychiatrique dont le tiers présente en certain degré de gravité.

Les troubles sévères sont assez fréquemment associés à d'autres pathologies (psychotiques, autistiques, déficitaires...).

Les pédopsychiatres notent toute l'importance du corps, de l'accrochage affectif, de l'échange émotionnel, et des jeux communs dans l'acquisition du langage.

Le langage, activité symbolique

Le langage est une activité symbolique par la possibilité qu'a l'enfant de se représenter les choses, les idées, les faits par des sons, des gestes, des signes ou des objets.

L'enfant apprend à parler en entendant parler. Deux périodes sont différenciées ; prélinguistique (babillage, lallation, gazouillis...) et linguistique (mots isolés – mots phrases – intériorisation du langage, mis en place de la syntaxe).

À l'âge préscolaire, le langage accompagne plutôt l'action que la pensée intérieure. Plus tard, l'écriture et la lecture permettent à l'enfant d'analyser son langage et d'organiser sa pensée jusqu'à une véritable pensée abstraite (11-12 ans).

Le langage permet l'accession à la singularité, à l'individuation et l'enfant s'humanise en prenant conscience de soi, des autres et du monde.

Comment ça marche ?

L'acquisition du langage nécessite le bon état des systèmes neurologiques, praxiques et gnosiques, des capacités mémorielles ainsi qu'un environnement accueillant.

Des « compétences » sont nécessaires pour accéder aux capacités fondamentales : l'attention visuelle et conjointe, l'élan à l'interaction (le pointage), l'organisation du geste, l'imitation immédiate et différée.

Ces capacités fondamentales permettent d'associer et de symboliser, d'organiser des représentations mentales, de structurer l'espace et le temps, d'intérioriser, d'automatiser et de planifier.

Quelques repères quand tout marche bien

La compréhension du langage est précoce (300 mots à 24 mois) avec forte corrélation avec la production et l'émission (50 mots à 18 mois).

À 2 ans, l'enfant découvre qu'un nom est associé à toute chose, il utilise la prosodie pour marquer les modalités, il organise ses phrases à partir d'un stock minimal de mots.

L'absence de structuration mélodique et temporelle durant la période prélinguistique serait un bon indicateur de dysfonctionnement ou retard de développement du langage.

L'altération d'une fonction (sensorialité, motricité...), des troubles de la personnalité et des interactions négatives avec l'environnement peuvent altérer le langage.

Les troubles de la parole et du langage peuvent se prolonger au delà de 6 ans

Ils s'accompagnent fréquemment de troubles associés, de perturbations dans les relations interpersonnelles et ont souvent des conséquences sur la scolarité.

Ces troubles envisagés dans une perspective descriptive, comprennent :

- le trouble isolé de l'articulation ; déformation d'un ou plusieurs phonèmes ;
- le retard de parole ; persistance, au delà de 4 ans, d'altérations phonétiques, association fréquente à des signes d'immaturation affective ;
- la dysphasie, considérée comme un trouble isolé et sévère de la structure du langage, avec réduction de celui-ci, erreurs syntaxiques, troubles de la compréhension des éléments phonétiques et dyspraxies bucco-faciales fréquentes ;



- le bégaiement, associant souvent les formes toniques et cloniques ;
- le mutisme sélectif, le plus souvent extra-familial, voire total, à la suite d'un événement à valeur traumatique mais aussi dans le cadre de tableaux cliniques psychotiques.

Savoir faire une évaluation clinique large de la situation de l'enfant

Une grande partie de ces troubles sont pris en compte dans le cadre de réponses rééducatives, libérales en particulier. Certains cependant nécessitent notre évaluation diagnostique large et éventuellement un suivi dans un dispositif pédopsychiatrique dans la mesure de la sévérité, de l'importance des troubles associés, de nos apports soignants spécifiques (psychomotricité, petits groupes thérapeutiques...), ou même de nos capacités de soutien à l'environnement familial et scolaire.

Plusieurs centres de référence hospitaliers pour le diagnostic et l'orientation des enfants souffrant de troubles sévères du langage ont été créés en France, et s'inscrivent dans des réseaux de rééducations. Certains services de pédopsychiatrie y ont trouvé une place ou précisé leur liaison (évaluation diagnostique complémentaire, prises en charge à orientation psychomotricité...).

La pédopsychiatrie peut ainsi offrir ses compétences sans surinvestir des aspects psycho-affectifs du trouble. Une bonne évaluation clinique de la situation permet de différencier les aspects neurologiques, sensoriels, affectifs et environnementaux tout en acceptant de ne pas trop médicaliser ce vaste domaine, ni de multiplier les projets thérapeutiques à partir de chaque symptôme.

Les troubles anxieux

Y. GLOANEC

La classification française (CTFMEA-R) situe l'anxiété de l'enfant dans les troubles névrotiques à dominante anxieuse, les troubles à expression somatique et comportementale (angoisse de séparation) où même dans les variations de la normale (angoisses, rituels, peurs). Les troubles névrotiques ont en commun plusieurs caractéristiques dont celles du peu de lien avec des événements récents, de la répétition des conduites, de la souffrance psychique, et de la restriction des capacités, tout en préservant le contact avec le réel. Sont inclus les états anxieux, l'anxiété généralisée, la panique, les équivalents d'angoisse.

La CIM 10 situe l'anxiété dans les troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance (angoisse de séparation, trouble anxieux phobique, anxiété sociale de l'enfance...).

L'émergence de l'angoisse va être à l'origine des conduites psychologiques de l'enfant et de la constitution de sa personnalité. Dans un premier temps, cette angoisse est « déplacée » au travers d'un symptôme et chaque enfant transforme celle-ci de manière commune mais aussi singulière, dans le vaste champ du normal au pathologique.

Chez l'enfant, au delà de 6 ans, on peut trouver des manifestations d'anxiété chronique ainsi que des attaques de panique. L'enfant hyperanxieux vit en permanence avec un sentiment vague d'appréhension. Il est inquiet pour son avenir, craint les accidents, recherche un tiers rassurant, supporte mal les interdictions, a des pensées dépressives et reste trop sensible à tout changement. Cela peut retentir sur les performances scolaires, le sommeil, entraîner de la fatigue et provoquer de l'agitation. Le trouble anxieux de séparation débute vers 6-7 ans, l'hyperanxiété autour de 8-9 ans et les attaques de panique plus tardivement.

Il est classique de séparer l'angoisse (avec manifestations somatiques), l'anxiété (affect pénible) et la peur (face à une situation précise). Cependant, chez l'enfant, il s'agit plutôt d'une continuité de l'état physiologique (stress) à l'état mentalisé (fantasme).

Chez l'enfant jeune, on notera l'importance des réactions somatiques (vomissements, douleurs abdominales, fatigue...) et l'exigence de la présence d'un parent. Plus tard (vers 10 ans) le passage à l'acte sous des formes diverses peut devenir le corollaire de la crise d'angoisse.

L'anxiété de l'enfant est un symptôme fréquent de consultation pédopsychiatrique lors des conflits de couple (mésentente et/ou séparation). Il se présente tel quel où le plus souvent transformé dans des réactions liées au niveau de son développement psycho-affectif ; plaintes hypochondriaques chez le jeune enfant démuné dans ses capacités d'élaboration du conflit parental, puis mouvement de culpabilité, et plus tard état dépressif, conduites d'échec, hyper maturité.

Les discussions théoriques sont très ouvertes quant à la place qu'occupe l'angoisse dans le développement de l'enfant (S. FREUD : Inhibition, Symptômes et Angoisse). L'intérêt des auteurs va de l'angoisse comme donnée existentielle de base (M. KLEIN) jusqu'aux manifestations neurophysiologiques d'un malaise.

Cela nous ramène au problème de la nature normale ou pathologique des symptômes de l'enfant et de l'anxiété en particulier. Aussi l'observation clinique dont s'inscrire dans une perspective dynamique pour toute prédiction sur l'équilibre psychique ultérieur de l'enfant.

L'inhibition en période de latence

Y. GLOANEC

L'inhibition est une notion clinique qui se rapproche de celle de symptôme (inhibition motrice) et parcourt l'ensemble de la pédopsychiatrie (inhibition dans les névroses, les psychoses, la dépression, etc.).

Au niveau psychopathologique, elle constitue un mécanisme régulateur des conflits intra-psychiques et s'inscrit alors dans une problématique « d'ordre névrotique ». Il s'agit d'une réaction à l'angoisse sous jacente.

Motif assez fréquent de consultation pédopsychiatrique (enfant trop sage mais angoissé) pendant la période de latence, elle peut aussi passer inaperçue par les adultes.

L'enfant n'arrive pas à réaliser une conduite dans une situation donnée alors que celle-ci est fonctionnellement réalisable.

Le concept d'inhibition est plutôt référé à un simple abaissement d'une fonction alors que le symptôme engage une modification de celle-ci (S. FREUD). Cependant, la clinique actuelle tend à parler d'inhibition au même titre qu'un symptôme notamment dans les cas d'inhibitions massives et globales.

Les inhibitions globales se rapportent aux états dépressifs graves ou psychotiques. L'inhibition affecte alors l'ensemble de l'activité (enfant éteint, absent) alors que les inhibitions partielles touchent soit les conduites extérieures socialisées, soit les conduites internes mentalisées (D. MARCELLI).

Pour les conduites externes socialisées

- Une atteinte de la sphère comportementale : enfant trop sage avec des capacités intellectuelles préservées, trop isolé (préforme de phobie sociale), mutique (totalement ou partiellement hors du domicile) ;
- Une atteinte de la sphère motrice : enfant peu actif, aux mouvements maladroits, avec une impression figée ;
- Des inhibitions isolées comme l'atteinte de l'écriture, du dessin.



Pour les conduites internes mentalisées

- L'inhibition des processus mentaux ; pauvreté du jeu (scénarios identiques) incapacité à rêver, discours pauvre, limitation des échanges, retrait, gel de la relation, manque d'humour, habitudes trop conformistes ;
- L'inhibition des fonctions intellectuelles, motif fréquent de consultation ; enfant en retrait, qui fait des efforts pour éviter l'échec scolaire (plus difficile à éviter dans le secondaire), altération de l'initiative et de la réflexion personnelle.

L'abord psychopathologique articule inhibition et angoisse.

L'enfant préfère renoncer à la satisfaction de certaines pulsions, au risque de provoquer de l'angoisse source de culpabilité. Ainsi l'inhibition est une fuite, un évitement, pour ne pas avoir à mobiliser toute la chaîne inconsciente. Elle permet de maintenir une position minimale sécurisante, mais non satisfaisante.

L'inhibition se fait au prix d'une grande rétention pulsionnelle alors que le symptôme est le substitut d'une satisfaction pulsionnelle. Lorsque l'inhibition s'atténue, elle laisse souvent place à d'autres conduites, obsessionnelles, phobiques ou agressives.

L'inhibition est considérée comme un processus symptomatologique d'une problématique d'ordre névrotique et est l'illustration même de la névrose de l'enfant pendant la période de latence (S. Lebovici).

Il vaut mieux porter le diagnostic d'inhibition pathologique à tort, puis considérer secondairement cette inhibition comme normale.

La dépression chez l'enfant de 6 à 10 ans

Y. GLOANEC

Les travaux concernant les symptômes dépressifs des enfants pré pubères remontent à 1970, avec correspondances et particularités vis-à-vis de la pathologie des adultes.

Parmi les signes cliniques principaux : difficulté à se concentrer, à penser, incapacité d'apprendre, tristesse, repli, limitation du contact. Parfois instabilité, troubles de l'appétit, de sommeil.

La dimension de dévalorisation est très présente, accompagnée d'une impuissance parentale. À noter le changement fréquent avec l'état antérieur et une souffrance fréquemment reliée à des événements.

La dépression doit être replacée dans une compréhension globale du développement de l'enfant dans la mesure de la possibilité de moments dépressifs, limités dans le temps et compris comme des aménagements dans le développement.

Les classifications actuelles présentent la dépression avec des différences notables ; fonction du contexte psychopathologique pour la classification française (CFTMEA), description commune des troubles dépressifs de l'enfants, de l'adolescent ou de l'adulte pour le DMS IV et la CIM 10 (dans les chapitres : troubles de l'humeur, troubles de l'adaptation...).

La prévalence se situe sous les 3 % pour les 6-12 ans (peut-être plus élevée pour les garçons) mais est un diagnostic fréquent dans le cadre des consultations pédiopsychiatriques.

La co-morbidité associée à la dépression anxieuse et troubles comportementaux, alors que le suicide est extrêmement rare chez l'enfant de 6 à 10 ans. Les idéations suicidaires sont cependant à rechercher.

Les épisodes dépressifs se différencient de la façon suivante

- Soit humeur dépressive dans un mouvement de remaniement interne sans perturbation totale de la personnalité et nécessitant des mesures simples ;
- Soit épisode dépressif dans une pathologie limite avec retard de développement affectif, angoisses d'abandon, dépendances massives, passages à l'acte, sidération, engageant des mesures précoces et multiples ;
- Soit épisode inscrit dans une organisation névrotique, traduit le plus souvent par une inhibition, un désintérêt, des ruminations, un malaise corporel, la recherche de punitions.

Sur le plan thérapeutique

- Les indications de psychothérapie analytique concernent les contextes névrotiques et réactionnels ;
- Le recours à un dispositif institutionnel se justifie dans le cas d'une souffrance dépressive intense, de passages à l'acte dangereux, d'un entourage peu aidant. Cette mesure de protection outre ses effets thérapeutiques propres, permet d'organiser une prise en charge secondaire adaptée ;
- L'abord familial reste essentiel afin de restaurer les qualités soignantes inhérentes à la fonction parentale ;
- Des thérapies, de type cognitif ou comportemental, sont parfois engagées dans le sens d'une meilleure appropriation de la symptomatologie où de renforcement des aspects positifs ;
- La place de la chimiothérapie est très limitée (tableaux sévères et durables), et son efficacité peu évidente, du moins la prescription ne doit se faire en première intention et toujours accompagnée d'un soutien psychologique. Si nécessaire, il peut être utile de l'instaurer dans le cadre d'une hospitalisation.

Aucun conseil génétique n'est envisageable, même si l'attention portée aux enfants de parents présentant des troubles bipolaires est utile. Des facteurs périnataux ne peuvent être impliqués et les événements angoissants sont une variable avancée.

Il est souligné l'importance de certaines caractéristiques familiales, en particulier une psychopathologie autour de la dépression. Toute carence peut avoir des effets dans ce sens.

Dans la majorité des cas, la dépression à l'âge adulte ne serait pas précédée de troubles dépressifs dans l'enfance.

La dépression relève de causes multiples et leur reconnaissance permet des actions de prévention.

L'école, sans être un lieu de diagnostic, est un lieu où les troubles dépressifs peuvent être observés et reconnus. Si elle est elle-même facteur de risque (conséquences des échecs scolaires sur l'estime de soi), elle offre par ailleurs un système de protection important.

Le repérage plutôt que le dépistage systématique paraît indiqué dans ce champ spécifique.

Leur bonne connaissance de l'histoire d'un enfant et de sa famille met les médecins en situation privilégiée dans le dépistage des premiers symptômes dépressifs (douleurs abdominales, céphalées...).

Tout affect dépressif durable, résistant à une première approche, justifie un recours à un avis spécialisé. Le contact préalable entre le médecin et le praticien indiqué facilitera l'engagement des parents.

La capacité qu'à en propre l'enfant de surmonter cet épisode reste dépendante des aides fournies.



La phobie scolaire en période de latence

Y. GLOANEC

Les enfants de 6 à 11 ans expriment en général des phobies simples, d'un objet ou d'une situation, puis, vers 12 ans, des peurs du contact avec les autres enfants (phobies sociales).

La confrontation à l'objet ou la situation phobogène est pour l'enfant source d'une réaction intense d'angoisse. L'enfant met en place des modalités défensives telles que l'évitement ou l'utilisation d'objets contraphobiques. L'évaluation économique et dynamique du symptôme peut aider à différencier phobies normales ou pathologiques. Il est habituel de distinguer les phobies archaïques des phobies œdipiennes selon le niveau de maturation du moi.

On doit également tenir compte du comportement de la famille dans le sens où une attitude contraignante peut potentialiser l'angoisse phobique de l'enfant.

La phobie scolaire (Johnson 1941) se définit par un refus d'aller à l'école pour des raisons irrationnelles avec des vives réactions d'anxiété quand on tente de forcer l'enfant. L'expression refus scolaire anxieux (Last 1987) est une dénomination plus neutre et plus descriptive sans connotation d'émblée pathologisante.

Ce trouble est présent dans 5 % de la population consultante en pédopsychiatrie et on noterait des pics de fréquence vers 5-7 ans puis 10-11 ans.

Chez le jeune enfant, l'angoisse de séparation est la problématique dominante.

L'enfant s'agite lors du départ vers l'école, le raisonnement n'a pas de prise et la situation prend rapidement une tournure dramatique. S'associent fréquemment des plaintes somatiques et parfois des conduites agressives témoins d'une grande détresse. En dehors de cette situation l'enfant est plutôt facile et ne refuse pas le travail scolaire à la maison.

D'autres manifestations de la série obsessionnelle, agressives, ou même dépressives s'ajoutent à ce tableau clinique.

Le refus scolaire ne présente pas cette réaction d'angoisse intense.

Cette constatation soulève la question de la continuité de l'angoisse de séparation développementale à la forme dite pathologique. La phobie scolaire s'intègre à une organisation névrotique phobique ou à des niveaux d'organisations plus psychotiques.

Elle peut résulter de difficultés identificatoires à une mère phobique et un père absent avec position passive de l'enfant.

Dans la plupart des cas, les phobies s'atténuent vers 7-8 ans, voire disparaissent (au moins en apparence). Quelques enfants conservent des conduites fixées jusqu'à l'adolescence et l'attitude des parents joue en rôle considérable dans la fixation ou non de ces comportements.

À noter que certaines phobies de l'école restent immuables.

Conduites obsessionnelles de l'enfant

Y. GLOANEC

L'obsession est une idée qui assiège l'enfant avec un sentiment de malaise anxieux.

Les comportements ou modalités relationnelles sont dominées par le doute, la vérification, l'ambivalence, les rituels d'ordre et de propreté. L'activité compulsive porte sur les idées obsédantes et/ou les rituels conjuratoires.

À noter que de nombreux rituels existent chez l'enfant sans lutte anxieuse et que les pensées obsédantes sont plus rares avant la puberté.

Les troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.) apparaissent en fin de période de latence et ressemblent aux formes adultes, les obsessions concernant habituellement la propreté, la crainte de catastrophes, les thèmes sexuels ou religieux. Les gestes rituels exagérés de lavage et de vérification s'intègrent dans la partie compulsive du trouble.

Les signes d'appel sont très peu spécifiques à type de lenteur ou de difficultés scolaires et la distinction avec les rituels comportementaux n'est pas toujours évidente. D'autres signes cliniques sont fréquemment associés comme les tics ou les affects dépressifs.

Les rituels succèdent aux phobies pour maîtriser l'anxiété et disparaissent généralement vers 7-8 ans. Par ailleurs, ces conduites perdurent dans un environnement familial obsessionnalisé.

Dans d'autres situations plus psychotiques, la fonction du rituel est alors de contenir des pulsions vécues comme dangereuses.

L'utilisation de mécanismes de contrôle, d'isolation et d'annulation est particulièrement fréquente dans cette période dite de latence où le moi connaît une poussée maturative en même temps qu'il se plie aux exigences de la socialisation tout en contenant les besoins pulsionnels.

Dans un contexte névrotique, ces symptômes n'entravent pas trop le développement mais gênent la vie de l'enfant par des sentiments de honte et de culpabilité, la fatigue parfois constante dans les efforts de mise à distance ainsi que les périodes de régression.

Le soutien psychologique et l'accompagnement de la famille à mener dans le cadre d'une consultation pédopsychiatrique reste long, difficile avec des périodes d'échec.



De l'instabilité au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Y. GLOANEC

L'instabilité psychomotrice chez l'enfant est décrite avec des différences notables, aujourd'hui différemment, plus pour les perspectives nosographiques et étiopathologiques que pour les signes cliniques.

L'hyperactivité de l'enfant de 6 ans est habituellement composée des symptômes d'agitation, d'inattention et d'impulsivité. Ainsi, l'enfant envahit les lieux par un comportement moteur et sonore, il passe d'une activité à l'autre, ne peut travailler seul, intègre mal les règles, oblige à répéter, réagit trop vite à toute sollicitation, interrompt les autres et se fait rejeter par les enfants et les adultes.

De plus, l'activité motrice augmente dans les contextes d'insécurité, la labilité émotionnelle et l'hyperémotivité rendent l'enfant très réactionnel, l'aspect dépressif peut être présent, le langage est souvent peu investi et on retrouve fréquemment une vulnérabilité sur le plan somatique.

L'hyperactivité peut être appréhendée en tant que syndrome de dysrégulation motrice, cognitive, mais aussi de dysrégulation des affects, et d'échec de la fonction réflexive dans laquelle les difficultés de l'attachement précoce auraient pu jouer un rôle.

Dans une perspective psychopathologique, il est important d'explorer les facteurs qui influencent l'évolution du trouble et d'approfondir la place relationnelle de l'enfant hyperactif.

Les évaluations neuropsychologiques relèvent un dysfonctionnement des fonctions exécutives et un échec du processus d'inhibition chez les enfants hyperactifs.

Les critères diagnostics sont plus ou moins restrictifs selon les classifications utilisées.

La DSM 4 individualise 3 sous-types cliniques

- Inattentif (enfant rêveur qui consulte tardivement pour un échec scolaire) ;
- Hyperactif/impulsif (détection plus précoce) ;
- Mixte.

Les symptômes doivent persister plus de six mois, altérer significativement le fonctionnement social et scolaire et ils s'associent fréquemment à d'autres perturbations comportementales ou de l'humeur.

La CIM 10 n'individualise pas de sous-types cliniques. Elle maintient le terme de trouble hyperkinétique et caractérise un syndrome spécifique, « trouble hyperkinétique avec trouble des conduites » lors de manifestations comportementales agressives.

Pour la CFTMEA, le diagnostic d'instabilité psychomotrice ou trouble hyperkinétique n'est qu'une catégorie complémentaire d'un diagnostic structural, avec variabilité de la symptomatologie selon le contexte.

Sont considérés comme « faux hyperactifs » les enfants turbulents ou à l'hyperactivité secondaire à une pathologie somatique, des traitements médicamenteux (psychotropes, corticoïdes...) un état dépressif (agitation, perte d'attention) ou un retard mental.

Sur le plan psychothérapique, situer tout d'abord l'aide psychologique à apporter à l'enfant et ses parents pour ajuster au mieux les relations dans un quotidien difficile. Des méthodes psychoéducatives sont parfois proposées. Des rééducations, en particulier de la psychomotricité, sont appropriées dans le cadre de difficultés d'apprentissages, et parfois des psychothérapies lors de perte d'estime ou d'affects dépressifs.

Des psychostimulants sont actuellement prescrits avec des effets sur l'agitation motrice (plutôt que sur la réussite scolaire ou l'intégration sociale). Le méthylphénidate (autorisation en 1995) est réservé aux enfants de plus de 6 ans, pour un traitement au long cours (surveillance d'effets secondaires).

Ce syndrome pose cependant une série de questions

- La difficulté de situer la limite entre ce qui correspondrait à un trouble pathologique et les variations normales du développement de la motricité et de l'action ;
- L'association du comportement hyperactif, qui peut s'observer seul, à d'autres manifestations psychopathologiques ;
- Le risque de son extension à toute agitation ;
- L'implication excessive du milieu enseignant à un avis clinique (tests) ;
- L'approche trop exclusivement médicamenteuse ;
- L'assimilation de catégories décrites dans la DSM 4 ou la CIM 10 à des maladies.

Aussi l'approche thérapeutique doit rester individualisée et comprendre selon le contexte clinique, les approches éducatives, psychothérapeutiques et pharmacologiques.

Les états limites de l'enfance

B. LAMOULIE

Tout symptôme psychiatrique peut se rencontrer dans les états limites. Ce polymorphisme clinique et symptomatique, véritable procession de diagnostics et de formations symptomatiques, trouve sa source dans l'incapacité du patient à mettre en place des mécanismes défensifs stables ou des compromis symptomatiques efficaces. Le diagnostic peut se conduire de deux manières différentes :

La présentation clinique d'un patient état limite, peut poser successivement la question de son appartenance au registre des dépressions, d'une psychose, d'une névrose (hystérique, d'angoisse, phobique, obsessionnelle), des personnalités pathologiques (histrionique, schizotypique, paranoïaque, narcissique, dyssociale, dépendante). On peut donc aboutir au diagnostic après une errance nosologique, ce qui revient à définir l'état limite par ce qu'il n'est pas : il s'agit d'un état clinique qui n'est ni une névrose, ni une psychose, ni une perversion, ni un trouble de la personnalité classique, ni un état dépressif typique.

Une autre manière d'aborder le diagnostic, est de tenter de définir le concept d'état limite, de tenter de repérer des constantes, des caractéristiques permettant un diagnostic positif, et non un diagnostic d'élimination. Les travaux effectués dans ce sens ont permis de dégager quelques éléments cliniques évocateurs du diagnostic :

■ L'angoisse

Elle est diffuse, flottante, se caractérise par la facilité avec laquelle elle envahit le patient, et par sa labilité. Elle témoigne de l'incapacité du sujet à la lier efficacement et à la contrôler par la mise en place d'opérations défensives stables ou par des compromis symptomatiques efficaces.

■ Les symptômes d'apparence névrotique

Ceux-ci sont fluctuants dans le temps, associés de façon variable.

- les symptômes d'allure phobique ;
- les symptômes d'allure obsessionnelle ;
- les symptômes de conversion ;
- les symptômes hypocondriaques.



■ Les troubles thymiques

La prévalence des troubles dépressifs est telle (40 à 60 % des patients états limites souffrent d'un syndrome dépressif majeur), que certains auteurs comme Bergeret en ont fait l'élément central de l'organisation structurelle du patient limite.

■ Les troubles du comportement de type impulsif

Ils touchent l'ensemble de la vie du sujet : instabilité affective, professionnelle, etc. Chez ces patients, la symbolisation fait défaut, et le passage à l'acte fait partie intégrale de leur mode relationnel, soulignant la fragilité du moi, et l'alternance entre dépendance/autosuffisance, fusion/fuite, idéalisation/dévalorisation, demandes massives/angoisse d'abandon. La manipulation agressive de l'autre caractérise leur mode relationnel.

Les passages à l'acte

Ils ont principalement auto agressifs à type d'automutilation, de tentatives de suicide, d'ivresse aiguës, surdosage de toxiques ou de médicaments, d'accès boulimiques, d'accidents de la voie publique ou autres conduites à risque récurrentes.

Ils peuvent être également hétéro agressifs à type de colères, violences, vols...

Les passages à l'acte touchent également la vie sociale du patient avec ruptures sentimentales, ruptures professionnelles à répétition malgré une bonne qualité d'investissement.

Kernberg a précisé que le passage à l'acte est égosyntonique, c'est-à-dire qu'au moment où le patient passe à l'acte, il obtient une satisfaction pulsionnelle, un soulagement, avec à distance une critique sévère de son geste.

Cependant, aucune élaboration n'est possible d'un passage à l'acte à un autre, du fait du clivage défensif et de l'absence d'intégration des instances surmoïques, entretenant les répétitions.

Les conduites de dépendance

Kernberg parle de « prothèse externe » à propos de ces conduites.

■ Les états psychiatriques aigus

- traduisent une avidité de demande d'aide en urgence, avec un apaisement rapide ;
- à type de tentative de suicide ;
- à type d'attaque de panique ;
- ou bien des expériences délirantes transitoires répondant bien à l'hospitalisation : paranoïaques non hallucinatoires, pensées bizarres.

Le traitement exclut les mesures ponctuelles centrées sur les seuls symptômes et la cure doit conserver une orientation psychothérapique qui permet de soutenir la recherche des mutations structurales y compris dans les cas où il est nécessaire d'introduire des supports pédagogiques ou rééducatifs, éventuellement en s'appuyant sur des dispositifs institutionnels. Les supports proposés pour ces thérapies institutionnelles revêtent des aspects divers ; à l'hospitalisation complète, on préfère d'ordinaire l'hospitalisation de jour.

Dans toutes ces éventualités les moyens employés, même s'ils sont appliqués de façon intermittente, garantissent à l'enfant une continuité dans l'étayage et l'élaboration du processus, cela à travers des interventions souples qui, débordant le sujet, incluent la famille, l'école, le cadre social.

L'action pluridimensionnelle permet également l'ajustement des mesures pédagogiques ou rééducatives que justifient certains enfants touchés par des limitations de leurs fonctions instrumentales ou cognitives mais sans perdre de vue l'indispensable orientation psychothérapeutique.

Les enfants présentant des états limites, plutôt que d'une thérapie univoque, relèvent à l'évidence d'approches multidimensionnelles.

Psychose de la phase de latence

B. LAMOULIE

La phase de latence concerne l'enfant entre 6 ans et la puberté. Les psychoses à cette période sont soit des psychoses précoces qui continuent à évoluer, soit des psychoses qui se manifestent au-delà de 6 ans. Dans ce dernier cas, on notera une rupture de la courbe de développement de l'enfant, progressive ou brutale. Ces enfants ont acquis le langage et ont été confrontés à un mode de vie familial et social assez développé. On pourra donc avoir toutes sortes d'éléments cliniques, comme par exemple des symptômes névrotiques, caractériels ou déficitaires.

Il n'en reste pas moins certains traits spécifiques à la psychose :

Isolement et syndrome inhibition/dépression

Type autisme précoce, isolement dont l'évolution ira en augmentant. On pourra aussi avoir des perturbations du contact avec autrui, comprenant mutisme, phobies graves, conduites régressives (avoir peur de tout, adopter un comportement de bébé...), perte des modes usuels de communication, mise en évidence à l'école d'une mauvaise intégration groupale et scolaire. Il y aura alors peu d'intérêt pour le travail, un retrait ou de l'inhibition. L'apparence sera triste. Parfois l'échange avec les autres continuera mais avec toutefois une discordance dans les propos. Le refus observé à l'école se traduira à la maison par un refus de manger, de se laver ; l'enfant s'enferme, ou erre dans l'espace. On pourra observer un retour à l'encoprésie, ainsi que d'autres sortes de régressions. Notons aussi une perte majeure d'initiative, de l'inhibition, de l'apragmatisme ainsi que de la dépression. Tout ce qui est nouveau provoque de l'angoisse et de la tristesse.

Instabilité et excitation psychique

Importante agitation avec difficultés de concentration, turbulence, incontinence émotionnelle, soliloques, manipulations incessantes d'objets, etc. mais les attitudes peuvent être élaborées, voire ludiques. On aura aussi de l'agressivité, de l'impulsivité, des colères et violences verbales ou gestuelles,

des actes immotivés créés par le raptus anxieux (invasion de l'angoisse).

Élaboration et expression fantasmatisques

Ce sont des enfants qui rêvent, imaginent, pensent, mais on notera une certaine dépersonnalisation. Normalement, l'enfant sait, quand il joue, que c'est pour « faire semblant ». On notera chez l'enfant psychotique son adhésion à sa rêverie. Il va subir de plus en plus son imaginaire, vécu comme réel, et qui prendra vite une tournure angoissante. On notera aussi un état de confusion onirique, où l'enfant ne sait plus où il en est. Il semble lointain, perplexe, et tient des propos interrogatifs que les réponses ne satisfont pas. Dans les jeux, on aura beaucoup de fantasmes de morcellement, de destruction, avec une forte symbolique corporelle. Mais ce sera un jeu où l'Autre n'a pas sa place. Idem pour les dessins.

Anxiété et symptômes d'allure caractérielle et névrotique

On note une certaine dépersonnalisation, accompagnée de phobies avec rituels de vérification. Ces phobies mettent l'entourage en état d'alerte, sans pouvoir contenir l'anxiété. Plusieurs éléments feront penser à la psychose. Ces symptômes pourront être les phobies scolaires, les phobies de l'empoisonnement, les tics, la coprolalie, les obsessions au niveau des idées, les phénomènes de ritualisation, la conversion hystérique. Le passage à l'acte, la violence sans culpabilité ni demande de réparation, un aspect figé, des expressions discordantes par rapport aux affects exprimés...

Troubles du langage

Ce seront soit des troubles anciens dus à une psychose précoce, l'enfant grandissant avec ce retard, soit une psychose déclenchée à la phase de latence. C'est alors le cas de l'enfant qui devient mutique (mutisme secondaire), de façon totale ou partielle. Ce mutisme peut alterner avec d'autres symptômes comme l'anorexie, l'agitation, l'agressivité, etc., l'enfant pourra continuer à faire de nouvelles acquisitions, avec une activité intellectuelle conservée. On pourra observer des phénomènes de régression du langage, de déformation des mots, d'altération de la syntaxe.



Troubles psychomoteurs

Ces troubles comprennent l'échopraxie (gestes en mimique), les troubles de la mimique, la non reconnaissance dans le miroir, les gestes précieusement et maniérés. Il y aura aussi des troubles à type d'inhibition, comme ces enfants qu'on trouve gauches, maladroits alors que certains gestes sont très précis. On pourra aussi avoir des troubles psychomoteurs sur un secteur particulier (pieds, mains, etc.) : ces troubles renvoient à un schéma corporel perturbé.

Manifestations de la série déficitaire

En fait tout ce qui se rapporte à de l'inhibition intellectuelle, à un trouble de la compréhension.

Le traitement de l'enfant psychotique va être long, utilisera de manière plus ou moins combinée (selon les cas et les moyens des secteurs) les ressources d'une intervention psychothérapeutique très spécialisée et d'un environnement institutionnel adéquat donnant peu à peu l'occasion à l'enfant de vivre des néorelations structurantes le conduisant à abandonner non sans difficultés ses positions psychotiques et à reprendre une individuation véritable.

Déficiência mentale Déficiência intellectuelle

B. GIBELLO

➤ Introduction

La déficiência mentale – synonyme déficiência intellectuelle – a été reconnue au début du XIX^e siècle. Ses différentes formes cliniques ont été peu à peu précisées depuis.

Elle consiste en médiocrité de l'intelligence.

Il importe de définir l'intelligence. « *Nous entendons là toutes les conduites, tous les comportements par lesquels un sujet manifeste son intelligence des situations dans lesquelles il se trouve, ses capacités d'identifier les choses et les gens de son environnement, de percevoir les structures, d'interpréter les symboles, d'anticiper des conséquences d'une action, d'une situation ou d'un événement ; ce sont les conduites par lesquelles il se montre capable de se souvenir d'expériences passées pour organiser son activité actuelle et prévoir son activité future, de découvrir des moyens nouveaux pour réaliser ses projets, ou d'apprendre ce que ses maîtres lui enseignent, et en général de participer de sa culture et d'organiser sa vie, ses actions, ses relations aux autres et de réagir à des situations nouvelles d'une manière que son entourage et lui même jugent adéquate et pertinente, et qui, en pratique, se révèle telle.* »

« *C'est dire que sans entrer dans les disputes concernant la définition de l'intelligence en général, nous nous bornerons à examiner si un enfant a, ou n'a pas, en référence à ce qu'il est habituel d'observer à son âge, l'intelligence des circonstances dans lesquelles il se trouve, l'intelligence des conduites à mettre en œuvre dans ces circonstances, et l'intelligence du contenu pédagogique qu'on lui propose.* »

Gibello Bernard, *L'enfant à l'intelligence troublée*, Bayard éd. Paris 1995, p. 40.

➔ Clinique

Le diagnostic de déficience intellectuelle se fonde sur trois critères cliniques essentiels :

- les capacités d'expression par le langage ou ses précurseurs ;
- les capacités d'apprentissages ;
- les capacités d'autonomisation.

Ces trois capacités se manifestent de manières très différentes aux différents moments de l'enfance et de l'adolescence. Toutefois, elles ont en commun de se développer **en retard** par rapport à la normale.

Très schématiquement :

- chez le bébé, le développement sensori-moteur est retardé dans tous ses aspects, et généralement facile à mettre en évidence grâce aux échelles de développement. Son activité motrice, ses interactions avec les personnes et les objets sont peu nombreuses, la curiosité semble absente ;
- à l'âge où les enfants parlent, l'enfant déficient mental ne parle pas encore ou parle mal. Il est maladroit, et il acquiert laborieusement les apprentissages banals habituels ;
- il nécessite une surveillance constante car il prend souvent des initiatives fâcheuses et se met souvent en danger. Sa socialisation est médiocre, comme sa compréhension des situations collectives ;
- à l'âge de la scolarité, celle-ci est gênée par le retard de langage parlé, et les difficultés d'acquisition du langage écrit ;
- la scolarité elle-même se fait avec un retard de plusieurs années dans l'acquisition des connaissances.

L'examen clinique peut être complété par un examen psychologique spécialisé, avec passation d'épreuves psychométriques (tests de Wechsler, de Kaufman) et projectives explorant la personnalité.

Noter que le « *Quotient Intellectuel* » peut varier d'un examen à l'autre. Sa valeur prédictive est d'autant plus faible que l'enfant est plus jeune.

Formes cliniques

- On distingue les déficiences qui se sont manifestées depuis le début de la vie, qui caractérisent les défibilités intellectuelles ;
- Les déficiences apparues après un premier début de développement normal. L'enfant perd progressivement ses acquisitions : il s'agit alors de processus démentiels, comme ceux qu'on observe au cours d'épilepsies graves, du syndrome de Landau-Kleffner, de certaines psychoses infantiles...

Suivant la gravité, on distingue :

■ Les arriérations mentales profondes

Ce sont des enfants sans langage, s'exprimant par des grognements ou des cris, capables d'acquérir des apprentissages élémentaires pour s'alimenter, s'habiller, impossibles à scolariser. Ils relèvent d'institutions spécialisées.

■ Les arriérations mentales moyennes

Ces enfants apprennent à parler avec retard, leur langage demeure rudimentaire, ils n'acquièrent pas le langage écrit. Ils sont capables d'apprentissages sensori-moteurs et sociaux de base. Mais leur pensée demeure intuitive et concrète. Leur scolarisation relève d'enseignants spécialisés, leur insertion professionnelle est fort problématique.

■ Les défibilités légères

Ces enfants apprennent à parler avec retard, ils maîtrisent mal le langage écrit, le calcul, la connaissance de l'espace et du temps, leur pensée ne dépasse pas le niveau de la logique concrète. Ils peuvent suivre les programmes d'enseignement normal, mais avec lenteur, de telle façon qu'ils ont cumulé à l'âge de 15 ans trois à quatre années de retard. Ils sont capables d'apprentissages professionnels simples, et peuvent avoir une insertion sociale banale, avec épisodiquement l'aide de travailleurs sociaux.

■ Les « sujets à l'intelligence de niveau limite »

Cette catégorie a été retirée des classifications des maladies mentales. Cependant, on y rencontre essentiellement deux types d'enfants : les uns ont des capacités intellectuelles et d'apprentissage médiocres, qui les amènent à des résultats scolaires médiocres, mais ils peuvent avoir une bonne insertion professionnelle dans des professions manuelles.



Les autres sont des enfants présentant des troubles mentaux méconnus ou négligés, entraînant secondairement des désordres de l'intelligence. Il faut savoir y penser afin de traiter la maladie mentale.

Formes étiologiques

Dans de nombreux cas, on ignore l'étiologie des déficits intellectuels.

Schématiquement, les causes connues peuvent être classées en quatre groupes :

- causes anténatales, liées à des infections virales ou parasitaires de la mère comme rougeole, rubéole pendant la grossesse, ou à un grave alcoolisme maternel ;
- causes périnatales par des traumatismes obstétricaux, anoxies, hémorragies cérébrales, etc. ;
- causes liées à des maladies des gènes, dont la plus connue est la trisomie 21, mais il en existe bien d'autres. D'autres causes sont des déficits enzymatiques comme dans l'idiotie phényl-pyruvique, normalement dépistée à la naissance, ou encore des déficits thyroïdiens ;
- causes métaboliques ou toxiques, telles le kwashiorkor (par carence grave en protéines), le saturnisme ;
- causes liées à des maladies mentales telles que dysharmonie évolutive, psychose ou autisme infantile.

Diagnostic différentiel

- Déficit sensoriel du nourrisson, comme surdité, cécité, troubles graves de la réfraction ;
- Hospitalisme : enfant mal traité, laissé sans soin, sans affection ;
- Inhibitions intellectuelles des enfants déprimés, névroses infantiles, psychoses ;
- Dysharmonies cognitives et retards des processus cognitifs (voir ces mots).

➔ Conclusion

Les troubles de l'intelligence sont fréquents, environ 2 à 3 % de la population. Ils ne sont pas tous irréversibles, et presque tous les enfants qui en sont atteints trouvent de grands avantages à suivre une scolarité tenant compte de leurs possibilités.

➔ Bibliographie

L'enfant à l'intelligence troublée
Gibello Bernard – Bayard éd. Paris 1995

L'évaluation clinique de l'intelligence de l'enfant
Grégoire Jacques – (Théorie et pratique du Wisc-III), Mardaga 2000.

Dysharmonies cognitives pathologiques et retards globaux d'organisation cognitive

B. GIBELLO

➤ Introduction

Le développement cognitif se fait par des suites d'acquisitions de connaissances dans divers domaines : représentation de l'espace, d'abord morcelé, puis unifié, représentation du temps, des durées, des rythmes, représentation des objets, découverte que l'objet qui n'est plus perçu est peut-être caché, mais toujours présent (permanence de l'objet), que les propriétés de l'objet peuvent être indépendantes de sa forme (poids, volume, vitesse), découverte que des nombres peuvent donner des caractéristiques intéressantes des collections d'objets, etc. Représentation aussi de son propre corps et de ses mouvements, rapportés à la perception de l'espace et des successions dans le temps, découvertes aussi de la permanence de certaines significations des objets perçus, etc.

Il y a lieu de distinguer les capacités et les déficiences intellectuelles (voir ces mots) d'une part, et le développement, ou les anomalies du développement des processus cognitifs. En effet, le développement cognitif se fait habituellement en stades repérés, avec selon les individus quelques disparités mineures telles que certains domaines sont précocement maîtrisés, d'autres en retard. Ce sont les « dysharmonies cognitives banales ». Il arrive aussi qu'il se fasse d'une façon extrêmement disparate selon les domaines, entraînant des difficultés sévères d'apprentissage, beaucoup moins familières que les déficiences intellectuelles, mais tout autant handicapantes.

Le développement disparate des divers domaines cognitifs est désigné sous le nom de « *dysharmonies cognitives pathologiques* ». Il arrive aussi que chez certains sujets, le développement des processus cognitifs soit très en retard, sans que le langage et la curiosité ne soient affectés. Ce sont des « *retards d'organisation cognitive* ».

➤ Les dysharmonies cognitives pathologiques

Formes cliniques

Ce sont des enfants qui ont en commun un échec scolaire important dans certains domaines, et de bons résultats dans d'autres. Il en existe trois formes bien individualisées :

- Les enfants **dyspraxiques**, présentant un syndrome dyspraxique global, avec maladresse gestuelle, hypertonie musculaire et grande difficulté à se décontracter, persistance de syncinésies anormales. Ils ne peuvent pas imiter correctement des gestes ou des postures qu'on leur présente, conséquence de leur très mauvaise représentation de leurs propres postures et mouvements. Ils se repèrent mal dans l'espace, les itinéraires et les plans. Ce sont des enfants calmes, habituellement respectueux des règles, bien socialisés, scolairement bons élèves dans le domaine du langage parlé et de la littérature, et très mauvais en mathématique, spécialement en géométrie. Leur personnalité peut être banale, leurs difficultés relèvent de rééducation psychomotrice. Elle peut aussi être sévèrement perturbée, sur le mode des dysharmonies d'évolution, et relève d'une psychothérapie.
- Les enfants **dysgnosiques** sont tout autres : ils s'expriment mal avec un vocabulaire imprécis, une syntaxe approximative, ils ont souvent présenté un retard d'apprentissage du langage. Ils sont peu respectueux des personnes et des lieux. Ils comprennent mal les raisonnements, les règles et les usages. À l'école, ils sont dissipés, comprennent mal les leçons, et en général ils ont des difficultés surprenantes à reconnaître les objets et les personnes qui devraient leur être familiers. Souvent, ils présentent des conduites délinquantes ou prédélinquantes. Une part importante des « mineurs de justice », en danger moral ou délinquants sont des enfants dysharmoniques dysgnosiques.



- Les **enfants instables** constituent un autre tableau. Ils ont depuis toujours une impossibilité à tenir en place, à être attentifs, à se tenir à une tâche ou un amusement. Ils commencent tout et ne finissent rien. Ils sont très actifs, cependant leur motricité fine est de médiocre qualité. Mais cette instabilité est souvent inexistante lors d'une consultation, pendant laquelle ils donnent souvent l'impression d'être des enfants calmes et pleins de curiosité, surprenant leurs parents du calme dans lequel l'examen s'est déroulé. Lors de l'examen, on peut aisément mettre en évidence leurs très grandes difficultés à penser le domaine du temps : il leur est pratiquement impossible de penser normalement les durées, les chronologies, les successions, le temps nécessaire pour accomplir une tâche, particulièrement lorsqu'ils sont concernés, par exemple par les différences d'âge dans leur famille. La même difficulté apparaît dans le langage, où les adverbes de temps, les temps des verbes sont mal employés, les noms des jours de la semaine, des mois de l'année, des saisons sont acquis bien après les enfants de leur âge. Ce syndrome de dyschronie des enfants instables est peu décrit dans la littérature, bien qu'il suffise de le rechercher pour le trouver dans presque tous les cas. L'école américaine a baptisé l'instabilité motrice de divers noms issus du DSMIV, en insistant sur les troubles de l'attention. Il semble plutôt s'agir d'anomalies de la mémoire active, dont l'empan serait plus faibles chez ces enfants.

Étiologie

Quoiqu'il en soit, l'instabilité motrice, la dysgnosies ou la dyspraxie sont des dysharmonies cognitives pathologiques. Elles constituent des troubles des processus cognitifs d'étiologies multiples, où les caractéristiques génétiques sont probablement cause de vulnérabilité à de nombreux facteurs, certains en rapport avec les interactions de la première enfance, et aussi à d'autres facteurs encore inconnus.

Il est important de repérer ces dysharmonies, car elles entraînent souvent un échec scolaire et professionnel grave, alors que les troubles présentés par l'enfant semblent plutôt bénins lors de la consultation. Il est important également d'en reconnaître l'origine, afin de mettre en œuvre les traitements appropriés.

➔ Les retards globaux d'organisation cognitive

Ces troubles sont rares, ou rarement diagnostiqués. Ils ne se manifestent guère que par un échec scolaire important, contrastant avec un bon niveau verbal des sujets, dont la pensée semble normale en première apparence. À peine note-t-on parfois une certaine niaiserie. Mais c'est la discordance entre un niveau scolaire proche du cours préparatoire à l'âge de 15 ans, avec un bon, voire excellent niveau verbal qui doit attirer l'attention sur les processus cognitifs. On a la surprise alors de constater que le sujet est capable de parler apparemment intelligemment de choses dont il ne comprend rien : il répète, tant bien que mal, ce qu'il a entendu ou lu. Si on lui demande de discuter les informations ou les considérations qu'il nous rapporte, il le fait avec des raisonnements infantiles, sans logique et sans cohérence.

La personnalité de ces adolescents est immature, avec une souffrance narcissique importante, dont il est bien difficile de dire si elle est à l'origine ou une conséquence des troubles cognitifs.

Le diagnostic doit être confirmé par un examen psychologique, qui vérifiera la normalité des capacités intellectuelles, l'infantilisme de la pensée et recherchera une anomalie psychopathologique éventuelle.

➔ Conclusion

Dysharmonies cognitives pathologiques et Retards d'organisation cognitive sont des troubles en apparence bénins, dans la mesure où ils ne se présentent pas avec des signes patents de pathologie de la personnalité, mais seulement avec un retard scolaire et des troubles mineurs du comportement. Mais ils sont redoutables par les désordres qu'ils entraînent pour l'enfant et sa famille, et surtout par le pronostic social catastrophique sans traitement.

➔ Bibliographie

| *La pensée décontenancée*

| B. Gibello (1995), Coll. Cogito, Bayard Presse : Paris



Adolescence



Reconnaître la crise suicidaire

F. COSSERON

La crise suicidaire est difficile à cerner. Ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents et lorsqu'ils existent, ils se manifestent par des signes peu spécifiques qui permettent peu de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée, ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte.

Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état reste réversible et temporaire. Une partie de l'action thérapeutique et quelquefois même la possibilité de cette action dépendent de l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement.

➔ Comment repérer une crise suicidaire et quelle est la première attitude ?

Le repérage des crises suicidaires s'appuie sur différentes manifestations : l'expression d'idées et d'intentions suicidaires, des manifestations de crise psychique dans un contexte de vulnérabilité.

Le contexte suicidaire

- La présence d'idées ou leur fréquence ;
- L'intention communiquée au praticien ou à des tiers directement ou indirectement ;
- Le sentiment de désespoir, des conduites de préparation de l'acte.

Les signes de vulnérabilité psychique comme

- Des troubles de l'image de soi ;
- Des signes d'impulsivité ;
- De l'agressivité dont on sait qu'elle facilite le passage à l'acte ;
- Une instabilité comportementale ;
- Une tendance à l'anxiété notamment des attaques de panique.

Les manifestations de crise qui peuvent être repérées

- Par une modification des comportements ;
- Ou par une modification de la vie relationnelle ;
- Ou par l'apparition de conduites à risque.

Chez l'adolescent, l'expression d'idées et d'intentions suicidaires était jadis jugée « banale » à l'adolescence. On s'accorde actuellement à les considérer comme un motif suffisant d'intervention et de prévention.

La crise psychique peut s'exprimer par :

- un infléchissement des résultats scolaires ;
- des conduites excessives ou déviantes ;
- une hyperactivité ;
- une attirance pour la marginalité ;
- des conduites ordaliques ;
- des conduites d'anorexie et de boulimie ;
- des prises de risque inconsidérées, notamment au niveau sexuel ;
- une violence sur soi et sur autrui ;
- des fugues.

L'adolescence est toujours une période de particulière vulnérabilité à laquelle peuvent se surajouter l'isolement affectif, les ruptures sentimentales et les échecs, notamment scolaires et les conflits d'autorité.

➔ Il apparaît important d'apprécier la dangerosité et l'urgence

Il est souhaitable d'explorer 6 éléments

Le niveau de souffrance

- Désarroi ou désespoir ;
- Repli sur soi ;
- Isolement relationnel ;
- Sentiment de dévalorisation ou d'impuissance ;
- Sentiment de culpabilité.

Le degré d'intentionnalité

- Idées envahissantes ;
- Ruminations ;
- Recherche ou non d'aide ;
- Attitude par rapport à des propositions de soins ;
- Dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).

Les éléments d'impulsivité

- Tension psychique ;
- Instabilité comportementale ;
- Agitation motrice ;
- État de panique ;
- Antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.

Un éventuel élément précipitant

- Conflit ;
- Échec ;
- Rupture ;
- Perte, etc.

La présence de moyens létaux à disposition

- Armes ;
- Médicaments, etc.

La qualité du soutien de l'entourage proche

- Capacité de soutien ;
- Ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ».

Schizophrénie : diagnostic et signes de repérage

F. COSSERON

On désigne sous le terme de schizophrénie un ensemble d'affections dont la prévalence est habituellement estimée à 1 % de la population générale partout dans le monde.

Les caractéristiques cliniques permettant d'évoquer une schizophrénie lors de l'apparition d'un premier épisode psychotique aigu sont les psychoses délirantes aiguës qui se caractérisent par leur début brutal. Le délire est intense et polymorphe dans ses mécanismes et dans ses thèmes. Il faut souligner que la majorité des schizophrénies débutantes prennent des formes progressives et insidieuses.

➔ Quels sont les signes cliniques des formes de début insidieuses des schizophrénies ?

1. Une phase prodromique faite des premiers signes précurseurs ou prémonitoires où les symptômes négatifs précèdent souvent les symptômes positifs. Cette phase prodromique est la phase où apparaissent les premiers symptômes négatifs mais qui restent encore limités par rapport à d'autres symptômes non spécifiques :
 - thymiques ;
 - pseudo névrotiques ;
 - modifications du comportement avec irritabilité, rires immotivés ;
 - épisodes de dépersonnalisation *a minima* avec impression d'avoir changé ;
 - intérêt pour l'occultisme, la magie, les sectes ;
 - baisse des aptitudes cognitives, de l'exercice de la volonté ;
 - symptômes physiques.

On situe souvent à l'adolescence cette phase prodromique et le diagnostic en est difficile.



2. L'apparition de symptômes positifs, en général peu nombreux et peu marqués dans un premier temps, conditionne le repérage du premier épisode psychotique. Ils sont principalement représentés par des idées délirantes de référence ou de persécution. Les hallucinations, surtout auditives, apparaissent ensuite, avec ou sans syndrome d'influence ou d'automatisme mental.

➤ Peut-on repérer les formes de début de schizophrénie des troubles de l'humeur ?

Il est souvent difficile de distinguer la sémiologie négative de la symptomatologie thymique dépressive : apathie, retrait, anhédonie, peuvent appartenir aux deux registres.

Compte tenu de la difficulté du diagnostic différentiel entre schizophrénie et trouble bipolaire, les travaux actuels amènent à recommander de prendre davantage en compte le risque de schizophrénie, considéré comme le plus redoutable.

Un autre critère de repérage des troubles schizophréniques à leur démarrage réside dans la notion d'un changement exprimé soit par le malade soit par l'entourage, notamment sa famille, soit par les deux.

Certains sujets peuvent être identifiés comme étant à plus haut risque de schizophrénie :

- les sujets ayant présenté une bouffée délirante brève ;
- les sujets délirants sans hallucinations ;
- les sujets présentant des antécédents familiaux ou un fonctionnement social altéré.

Plaintes corporelles à l'adolescence

J.F. ROCHE

Les plaintes corporelles sont un motif de consultation fréquente à l'adolescence. Les préoccupations quant à la santé et aux risques dans ce domaine sont retrouvées de manière significative dans les enquêtes épidémiologiques en population générale.

Elles ne peuvent être considérées comme fonctionnelles qu'au terme d'un examen clinique somatique complet.

Deux types de plaintes fonctionnelles sont à différencier :

- plaintes passagères dont le retentissement sur la vie ordinaire de l'adolescent et de sa famille est minime et où un lien entre somatisations et situations de difficultés psychologiques est accessible de manière assez facile à l'adolescent ;
- plaintes somatiques persistantes et systématisées entraînant un retentissement majeur sur la vie sociale de l'adolescent et de sa famille. Sont alors mis en avant l'absence de tout conflit et la nécessaire recherche d'une cause somatique (entraînant fréquemment un nomadisme médical).

Sont également à repérer :

- les doléances portant sur l'aspect et la fonctionnalité du corps (peau, dysmorphophobie...) témoignant fréquemment de troubles assez sévères et processuels;
- les déséquilibres brutaux lors de maladies chroniques (diabète, néphropathies...) témoignant de l'utilisation de la maladie et du corps malade dans des passages à l'acte visant à répondre aux remaniements de l'adolescence, leurs conséquences peuvent être sévères.

Ne pas oublier que certaines de ces doléances quant à la santé (fatigue, sommeil, nervosité) sont le prétexte à des prises médicamenteuses (psychotropes) tout à fait inadaptées (et renforcées par le nomadisme médical et l'automédication).

Scarification/carving

J.F. ROCHE

Syndrome fréquent, souvent spectaculaire et susceptible d'évolution par épidémies institutionnelles (hôpital, foyers, prisons).

Coupures cutanées simples sans atteinte du réseau veineux ; elles peuvent s'accompagner d'autres actes auto-vulnérants (brûlures de cigarettes, tatouage, etc.) ; elles sont à distinguer des phlébotomies.

Leurs fonctions sont :

- de soulager une souffrance psychique vécue comme intolérable ;
- de donner un espace de communication (souvent très aléatoire, dialectique de l'exhibé et du caché) ;
- de permettre une continuité de vie sociale (contrairement à la tentative de suicide) ;
- de retrouver une sensation d'exister et un recentrage sur lui-même à travers la sensation corporelle qu'elles provoquent pour l'adolescent qui les pratique.

Les structures psychopathologiques en cause sont multiples ; les traitements à envisager sont ceux qui correspondent à la personnalité sous jacente.

En premier accueil de ces symptômes, il est utile :

- d'accueillir la marque corporelle et donc de proposer des soins somatiques (souvent amorce d'une relation ultérieure) ;
- de travailler de manière précise la sémiologie :
 - circonstance de survenue,
 - état d'esprit avant et après l'acte,
 - utilisation du symptôme – exhibé ou caché.

Ceci donne des éléments d'une première accroche possible de soins.

Troubles de la scolarité à l'adolescence

J.F. ROCHE

➤ Rappel

La scolarité repose sur deux principes fondamentaux :

- séparation du milieu familial et intégration à un groupe de pairs ;
- acquisition d'apprentissages véhiculés par le langage et les représentations mentales.

Ces deux éléments sont particulièrement sensibles aux remaniements psychiques de l'adolescent.

➤ Difficultés scolaires transitoires

Fléchissement scolaire

- Suppose une scolarité antérieure satisfaisante ;
- S'observe de manière plus ou moins patente chez tous les adolescents ;
- *A priori* sans troubles associés si ce n'est des éléments dépressifs (morosité, dévalorisation) ;
- Le risque est essentiellement social (et souvent surdéterminé par des attitudes du milieu extérieur parents et enseignants) :
 - identification au « mauvais élève » pouvant entraîner un décrochage progressif,
 - choix d'orientation par défaut.

Hyper investissement scolaire

- Attire peu l'attention mais attention au :
 - temps passé aux études (charge de travail),
 - renoncement aux activités de loisirs,
 - renoncement à toute vie sociale (pairs/famille) ;
- Dans les cas extrêmes, risque évolutif grave vers une pathologie de la dépendance (troubles des conduites alimentaires, addictions, phobies scolaires...).



Phobie scolaire

- « Refus anxieux de l'école » des Anglo-saxons ;
- Adolescents qui refusent d'aller à l'école (motifs irrationnels) et présentent des réactions anxieuses si on les force à y aller ;
- Trois pics de fréquence : petite enfance (5-7 ans), préadolescence (10-11 ans), adolescence (12-15 ans) ;
- À l'adolescence plus particulièrement :
 - difficultés, impossibilité de se rendre à l'école, d'installation brutale ou insidieuse avec éventuellement des plaintes somatiques,
 - troubles émotionnels liés à ce refus,
 - complicité tacite du milieu familial (qui participe à la rationalisation) ;
 - fréquence de troubles associés (à rechercher systématiquement) :
 - autres manifestations anxieuses (souvent en continuité de l'enfance) autour de l'angoisse de séparation,
 - troubles du comportement en milieu familial (de type maîtrise/emprise),
 - éléments de la série dépressive ;
- Le pronostic est très réservé et porte sur deux axes :
 - scolaire et social : si la reprise scolaire tarde (surtout chez l'adolescent) évolution vers désinvestissement scolaire et marginalisation sociale,
 - psychiatrique discuté : fréquences des structurations de type état limite ; peu de cas décrits de pathologies psychiatriques processuelles ;
- Le traitement est souvent décevant, marqué par les interruptions thérapeutiques, *a priori*, il est toujours multifocal (institutionnel scolaire et hospitalier, psychothérapique, médicamenteux éventuel).

Décrochage ou rupture scolaire

- Situation dont le point commun est le refus de la scolarité à la fois dans sa dimension d'apprentissage et de socialisation. On peut différencier décrocheurs internes (toujours scolarisés sans investissement) et décrocheurs externes (rupture de la fréquentation scolaire) ;
- L'installation est le plus souvent torpide dans le continuum du cursus scolaire ;
- Sont considérés par de nombreux auteurs comme des adolescents ayant vécu une sommation d'événements de vie négatifs (familiaux, sociaux, maladie...) ayant entraîné un affaiblissement de l'estime de soi et une faible capacité de résilience ;
- Nécessité d'un travail multipartenarial (et souvent décevant) pour rétablir l'estime de soi et ouvrir des perspectives (scolaires aménagées, perspectives de métier, intégration à des groupes sportifs ou culturels) ;
- Évolution péjorative avec installation d'états dépressifs sévères et mise en œuvre de solutions d'auto-thérapie (alcool, toxiques, errance...) ou d'auto-sabotage.

Troubles des conduites alimentaires

J.F. ROCHE

Chapitre important de l'expression psychologique et/ou somatique des troubles psychiques de l'adolescence.

Ces troubles posent un problème de diagnostic majeur dans la temporalité de celui-ci vis-à-vis du trouble soit retardé (le plus souvent devant des explorations « raisonnables ») soit très précoces (et tendant alors soit à donner une existence réelle à un trouble mineur ou réactionnel soit au contraire à donner des éléments de refus de soins devant un trouble réel). Le problème majeur est alors celui des réponses proposées lors de ces difficultés diagnostiques qui sont souvent erronées et contribuent à la pérennisation de la pathologie.

Le point commun de ces troubles est une distorsion majeure de la perception de l'image du corps et en corollaire une distorsion de la représentation des aliments.

Bien qu'ensemble de maladies à connotation extrêmement sociale (répartition géographique et sociologique des troubles), elles n'en restent pas moins fondamentalement des maladies de l'adolescence (corrélations à la puberté, représentation de l'image du corps, pathologie de la dépendance).

Posent le problème de la prise en compte des perturbations des conduites alimentaires fréquentes à cet âge (hyperplagie, fringales, prises pondérales, régimes...) qui peuvent précéder des troubles cliniquement patents.

➔ Anorexie mentale

Le diagnostic repose sur des critères cliniques (qui se recoupent selon différentes classifications) :

- ➔ refus de maintenir un poids corporel « normal » (cf. BMI peur de grossir, recherche de l'amaigrissement) ;
- ➔ altération de la perception de l'image de son corps ;
- ➔ aménorrhée primaire ou secondaire (ou déterminisme extrêmement complexe neuro-psychobiologique) ;

- ➔ modalités comportementales associées : hyperactivité intellectuelle et physique, désintérêt pour la sexualité, pauvreté des relations sociales.

Il est classique de différencier des formes purement restrictives et des formes avec boulimie, vomissement, prise de laxatifs.

La co-morbidité psychiatrique est sans doute importante mais difficile à préciser (peu d'études représentatives).

L'évolution (sur des études portant sur des suivis supérieurs à 4 ans) se répartit schématiquement en 1/3 d'évolutions favorables, 1/3 d'évolutions franchement défavorables, et 1/3 d'évolutions intermédiaires.

La prise en charge repose essentiellement sur une dialectisation et une individualisation du cadre thérapeutique (hospitalisation, contrats, abords psychothérapeutiques, traitements médicamenteux éventuels).

➔ Boulimie nerveuse

« Syndrome de remplissage addictif » ; deux pics dans l'adolescence, puberté et fin des études. La prédominance féminine s'accroît avec l'âge.

Définie par la crise boulimique avec ses trois composantes : compulsions à absorber une grande quantité d'aliments, manœuvre pour éviter une prise de poids (vomissements, laxatifs, régimes, sport), rapport négatif au corps et à l'image du corps.

Malgré les intrications avec les syndromes anorectiques (succession de l'une à l'autre, alternance), l'évolution des différents mécanismes psychopathologiques en font des entités bien individualisées.

L'évolution au long cours est mal connue de même que l'épidémiologie ; l'évolution des prises en charge thérapeutiques est par là même très aléatoire. Il semble intéressant de proposer des abords multifocaux pour réduire la fréquence des passages à l'acte (ou dans un registre identique l'arrêt du traitement).



Troubles des conduites sociales

J.F. ROCHE

Troubles fréquemment rencontrés en psychiatrie de l'adolescent, ils posent la difficulté importante de leur définition dans la mesure où ils interfèrent sur plusieurs champs sociaux (scolaire, administratif, judiciaire, médical). À ce titre, ils donnent lieu à des instrumentalisation mutuelles des différents protagonistes (école, services sociaux, services hospitaliers). Leur prise en charge oscille de manière habituelle entre l'urgence (sans sens réel pour l'adolescent) et l'abandon plus ou moins larvé.

Le risque majeur à l'adolescence (en particulier en début d'adolescence) est l'organisation de ces comportements comme modalité ordinaire et exclusive de résolution des tensions psychiques.

La prise en charge psychiatrique relève d'abord d'une clinique très précise visant à retrouver l'individu sous l'étiquette comportementale (biographie, place dans la famille, circonstances des conduites, structure de personnalité sous-jacente).

Les traitements sont difficiles et longs, ils reposent essentiellement sur des prises en charge multifocales de réseaux et de partenariat (dépendant des conditions locales).

Le pronostic à terme est celui :

- de la structure de personnalité ;
- des séquelles des conduites (somatiques, judiciaires...) ;
- de la possibilité d'une continuité de prise en charge ;
- de certaines capacités personnelles de résilience.

Adolescence et cannabis

P. HUERRE

L'usage du cannabis, et plus largement de produits psychotropes (alcool, tabac, médicaments...) est de plus en plus répandu chez les jeunes. Il pose des vraies questions de santé publique qui concernent autant les « spécialistes » dans certains cas que tous les professionnels de l'adolescence, et plus largement les parents. Pour y apporter des réponses adaptées, tant sur un plan préventif que parfois curatif, il importe de bien identifier ce qui – à cet âge – génère l'appétence à ces substances.

- En premier lieu relevons **les questions relatives à l'identité** :
Tout d'abord le fameux « qui suis-je ? ». Il faudra encore un certain nombre d'années pour préciser les contours d'une identité personnelle qui paraît bien longue à définir. Dans l'intervalle il faut supporter l'incertitude, les hésitations et les détours. Beaucoup ont recours durant cette période à des identités provisoires leur permettant d'attendre. D'autres, moins nombreux, adopteront comme certaines des identités leur permettant de clôturer l'attente : ils peuvent alors adopter par exemple celles de toxicomanes, de décrocheur, de pitre...
- Ensuite, dominant à cet âge, la question de l'identité sexuelle occupe les fantasmes, les rêves ou les cauchemars. Elle organise bon nombre de conduites et d'expériences relationnelles, de doutes et d'inquiétudes, de replis ou de passages à l'acte. Suis-je un homme ou une femme ? Suis-je plus attiré par le même sexe ou l'autre sexe ? Tous les adolescents à un moment ou un autre de leur développement se posent cette question. Là encore, certains pourront être tentés de l'écarter en la mettant à distance derrière des actes qui seraient censés apporter la réponse attendue, ou des consommations qui conduisent à une auto satisfaction écartant du même coup le besoin de l'autre.

Ou encore l'identité sociale, largement indéterminée chez la plupart des lycéens, en dehors de ceux habités par une vocation, ou inscrits dans la continuité des trajectoires de vie

de leurs ascendants. Les questions d'orientation et de projets professionnels interviennent souvent à un âge où les hypothèses d'avenir demeurent encore largement ouvertes dans les esprits, alors que les possibles se réduisent dans la réalité. D'où certains découragements ou sentiments de ne pouvoir réaliser ses choix de vie qui conduisent certains jeunes vers des impasses telles que des conduites addictives leur permettant à court terme d'éviter d'être confrontés à ces difficultés.

- Mais il s'agit aussi à cet âge de **se différencier** de la génération précédente, en particulier de ses parents, et de la suivante, l'enfance. Comment se débarrasser de l'enfant que l'on était sans perdre l'infantile en soi. Comment retrouver et garder intactes des sources de satisfaction archaïques tout en aspirant à être reconnu comme un jeune adulte ? Bon nombre de satisfactions « orales » procurées par l'usage du tabac, de l'alcool, du cannabis, comme d'autres produits, tentent transitoirement ou durablement chez certains, de répondre à ces questions.
- L'autre grand enjeu est celui de l'**autonomisation** et de l'aspiration à une indépendance qui, sous forme matérielle, cache évidemment celle relative à une autonomie psychique et affective. Il faut souvent longtemps en fin d'adolescence pour différencier les termes « séparation » et « rupture ». Entre le maintien d'une relation étroite durable avec les parents, même si elle est conflictuelle, et la tentation de la rupture au prix parfois de la fugue, ou de la marginalisation, se situe la zone du jeu relationnel complexe à cet âge. L'opération consistant à prendre ses distances dans tous les domaines prend du temps, ce qui est souvent difficilement accepté par les adolescents. Ils préfèrent, à chaque fois que possible, la satisfaction rapide de leurs attentes. Là encore, le recours à des substances remplit cette mission, quitte à remettre à plus tard l'évaluation du prix à payer. Par ailleurs il est d'autant plus facile de prendre ses distances que l'on n'a pas le sentiment pour autant de trop risquer de perdre ses bases : c'est dire l'importance du stock de confiance en soi dont on dispose alors, autrement dit de la solidité et de la fiabilité des assises narcissiques constituées dès les premiers temps de la vie. Et l'on voit bien tous les jours dans la pratique combien elles

peuvent être différentes d'une personne à l'autre. Pour certains les traversées difficiles n'ébranlent pas trop la confiance qu'ils ont dans leur capacité à s'en sortir, tandis que pour d'autres elles mettent en péril les fondements de leur personne et les poussent à des actes de sauvegarde immédiate. Il est possible de dire en outre que, plus un jeune se trouve dépendant d'un adulte, parents comme professionnels, moins il le supporte et plus il cherchera à s'en dégager, y compris par l'évitement (pouvant occasionner un absentéisme par exemple) ou la recherche d'un conflit (pouvant conduire à des sanctions disciplinaires par exemple). Avoir besoin de l'adulte est souvent insupportable alors, au point que l'on peut dire que plus un adolescent investit un adulte, plus il peut être tenté de mettre à mal la relation avec lui. C'est pourquoi, contrairement à ce que nous pouvons penser de manière habituelle, les adolescents provocateurs ou insupportables peuvent être considérés comme ceux qui investissent le plus la relation avec les adultes qu'ils mettent en difficulté.

- Mais il faut voir que, **au-delà de ces enjeux actuels, d'autres plus anciens sont réactivés** : c'est le cas par exemple des traces, dans la mémoire profonde, des premières expériences de séparation qui ont pu marquer l'histoire des parents et de l'enfant. Ainsi un accouchement inquiétant ou traumatique, des difficultés marquées lors de l'entrée en crèche et/ou en maternelle, des placements ou des séparations difficiles à vivre. Ces expériences, à défaut d'avoir été élaborées, rendent l'autonomisation en fin d'adolescence d'autant plus difficile, alors même qu'objectivement il n'y aurait pas de raison pour cela à présent. Là encore il y a un risque plus grand de glisser d'une dépendance aux parents à une autre forme de dépendance qui pourra apparaître comme indépendance : « Je ne dépends plus de vous, mes parents ; quant aux produits que vous me reprochez de consommer, je n'en suis pas dépendant. Je peux m'en séparer quand je veux. ». Ce mouvement répond par ailleurs à l'intérêt très grand à l'adolescence de quitter une position passive pour une active, même si elle est illusoire.
- S'ajoutent à toutes ces raisons celles relevant des **effets de groupe**. Il est souvent bien difficile à cet âge de s'émanciper de l'appréciation



Adolescence

des camarades, surtout lorsque l'on a acquis une certaine image, une réputation, qui sert de refuge et de prothèse identitaire. Il n'est pas simple de soutenir que l'on a changé sa manière de voir, d'agir, et d'être. En effet cela remet les autres en question et souligne a contrario leur immobilité. Sur un plan groupal, les réactions défensives peuvent alors être vives.

La tentation du recours à des substances psychoactives, comme leur usage, trouve donc ses raisons d'être autant dans l'actualité des questions adolescentes et des doutes identitaires que dans l'histoire du jeune et de ses parents. La scène scolaire est le lieu où tous ces enjeux se manifestent, se réactivent, se résolvent ou se figent.

Pour certains cela reste au stade de la tentation ou peut conduire à un recours transitoire, le temps de conforter d'autres modes de relations à soi et au monde.

Pour d'autres, les fragilités personnelles qui sont les leurs trouvent une réponse artificielle, apaisante à bon compte, à condition d'entrer dans un système de dépendance aux produits. Pour d'autres encore, minoritaires, l'usage de drogues cherche à colmater des brèches et une psycho pathologie, avec le risque d'en différer la prise en charge.

Dans tous les cas, l'expérience montre combien l'usage, lorsqu'il est régulier, occasionne des effets problématiques sur la motivation, l'investissement des apprentissages, les capacités de concentration et de mémorisation. Les signes visibles bien connus à présent prennent donc souvent la forme d'une baisse du rendement scolaire et des résultats, ainsi que de l'attention voire de la présence physique. Solution « économique » à court terme pour les adolescents, en particulier les plus fragiles, la consommation de produits psychoactifs trouve là ses raisons d'être, autant que le danger qu'elles représentent. À nous, les professionnels, de mieux la repérer, pour, en comprenant mieux les raisons, ouvrir aux adolescents dont on a la charge, des potentialités évolutives ouvertes sans entretenir l'illusion qu'il serait possible de grandir et de devenir adulte en faisant l'économie de la rencontre avec des questions dont la résolution prend du temps et ne peut que partiellement emprunter aux réponses trouvées par la génération précédente.



Maltraitance



Maltraitance à enfants. Enfants victimes de violences sexuelles

Docteur M. BOUVET

Nous traiterons en deux parties séparées la maltraitance à enfants et les abus sexuels, même si parfois ces deux problématiques sont liées. Il s'agit de questions complexes, à la croisée de multiples chemins, soumises à de multiples déterminants et faisant appel plus que tout autre problème de santé publique à un travail trans-disciplinaire en réseau.

Le praticien doit savoir assurer la sécurité de l'enfant, sa protection mais aussi le soin et à l'enfant et à la famille.

➔ Maltraitance et enfant en danger

Il s'agit d'une problématique dont la reconnaissance est relativement tardive, en raison d'une reconnaissance progressive de la dimension des droits de l'enfant, en raison d'une levée très progressive des résistances concernant ces questions.

Définition

La maltraitance à enfants regroupe des conduites qui, par leurs violences ou leurs répétitions, sont susceptibles de retentir sur l'état général des enfants et de nuire gravement à leurs développements physique et psychologique. Cette définition s'applique aux sévices physiques, aux sévices par négligence ou carence de soins, aux sévices psychologiques, aux abus, aux sévices sexuels et aux sévices par procuration (syndrome de *Münchhausen*).

Il n'existe aucun critère clinique, ni aucune définition juridique de la maltraitance à enfants, comme il n'existe aucune corrélation entre la gravité des lésions et leurs conséquences psychologiques. La notion de mineurs en danger est juridique, l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) dans un but épidémiologique considère que les enfants en danger regroupent les enfants maltraités et les enfants à risque.

Fréquence

Dans son rapport annuel de 2003, l'ODAS recensait 86 000 enfants signalés à l'aide sociale à l'enfance autrement dit en danger. Parmi eux, 49 000 ont été l'objet de mesures judiciaires, 18 300 étaient considérés comme réellement mal traités dont les 2/3 âgés de moins de 4 ans.

Facteurs de vulnérabilité

Un certain nombre de facteurs sont à relever :

■ Du côté des parents

Les auteurs de sévices à enfants sont généralement les parents entre lesquels existe une complicité plus ou moins consciente. Plusieurs facteurs de vulnérabilité sont actuellement connus. On note d'abord les pathologies psychiatriques avérées, des troubles de la personnalité et en particulier des pathologies dites « narcissiques », ainsi que des antécédents de traumatismes psychologiques (maltraitance en particulier). Il faut insister sur les difficultés graves de la grossesse et du *post-partum*, et il peut être évoqué également les conditions socio-économiques difficiles. Du côté de la fratrie, il faut noter l'importance des antécédents de mort subite inexplicé.

■ Du côté de l'enfant

Il faut insister sur la notion « d'enfant cible ». Souvent un seul enfant de la fratrie subit les sévices. Insistons sur la prématurité, qui peut fragiliser la qualité du lien d'attachement, et est retrouvée dans 20 % environ des enfants maltraités. Insistons également sur toute situation de séparation précoce, mais aussi sur le statut particulier que l'enfant peut avoir au sein de la famille (handicap, enfant adultérin...).

■ On peut décrire une interaction maltraitante

Processus circulaire et auto-entretenu entre l'enfant et ses parents. Les parents ont des difficultés à s'identifier à l'enfant, à reconnaître ses besoins, ses rythmes et ses désirs ainsi que ses manifestations émotionnelles. Il devient pour ses parents comme étranger suscitant intolérance à toute manifestation d'autonomie. Ces parents étaient souvent en quête d'objet consolateur idéal qu'ils n'ont jamais su rencontrer, ni garder et sont sans cesse déçus avec un sentiment d'injustice et de persécution attribuant à autrui la cause de leur malheur.

Face aux exigences éducatives et excessives, l'enfant déploie des défenses comportementales par une opposition active ou passive qui va majorer les réactions négatives parentales. L'enfant, par ailleurs, progressivement est profondément convaincu que les punitions reçues sont toujours méritées et il protège ses parents par son silence. L'enfant construit une image dévalorisée de lui-même et pérennise par ses comportements le phénomène de la maltraitance.

Le diagnostic

■ **L'examen de l'enfant**

C'est souvent lors d'une hospitalisation en urgence que la maltraitance est suspectée. Il existe des signes d'alerte, certaines lésions cutanées, des brûlures, une alopecie, certains types de fractures en particulier entrant dans le cadre du « syndrome de Silverman » (lésions radiologiques caractéristiques de fractures multiples d'âges différents). Évoquons l'hématome sous dural, parfois observé chez les nourrissons de moins d'un an. Dans le « syndrome du bébé secoué » la présence d'un HSD signe dans 80 % des cas un coup direct passé inaperçu. Évoquons également des lésions viscérales, des signes généraux. Il existe des signes comportementaux là aussi non spécifiques parfois discrets. Chez le nourrisson, évoquons un certain évitement du regard, une « vigilance gelée » chez un nourrisson sur le qui-vive en permanence. On peut évoquer également une instabilité ou bien un ralentissement psychomoteur associé souvent à une anorexie. Les troubles du sommeil peuvent être fréquents. Tous ces signes rentrent souvent dans le cadre d'une dépression du nourrisson. Chez l'enfant plus âgé, évoquons les troubles des apprentissages scolaires.

■ **Le contexte familial**

Les parents sont souvent dans une attitude de négation de la maltraitance avec des discordances dans le discours, parfois des fluctuations dans les versions données.

Les conséquences sur l'enfant

À cours et moyen terme, les conséquences sur le plan physique sont parfois le décès de l'enfant (2 à 10 % des cas). Sur le plan psychique, la maltraitance conduit à un authentique traumatisme, caractérisé par un afflux excessif d'excitation psychique que le sujet n'a pas la capacité d'assimiler. Les relations parents/enfants se structurent sur un mode sado-masochiste très intense, la violence reste une modalité privilégiée d'échanges entre l'enfant et ses parents et devient pour l'enfant la seule manifestation ayant pour lui valeur d'attention à son égard.

À long terme, le devenir de l'enfant victime de sévices dépend de nombreux facteurs. Outre les conséquences et les séquelles physiques, le pronostic psychique est lié à la précocité de la révélation et des mesures qui peuvent être mises en place de protection et thérapeutique, il est lié aussi à l'âge auquel la maltraitance a débuté. Sur le plan des relations intra-familiales, le lien sado-masochiste peut se structurer de manière durable. Ce lien pourra se retrouver lorsque l'enfant victime deviendra parent à son tour. Sur le plan de la personnalité de l'enfant, l'évolution peut être grave vers de sérieuses difficultés de personnalité, des pathologies de la dépendance, des pathologies du passage à l'acte associées à d'importantes difficultés d'intégration sociale, scolaire et professionnelle.

➔ Abus sexuels sur enfant

Définition

Selon la loi, ils incluent les relations physiques à caractère sexuel entre l'auteur et le mineur de moins de 18 ans, ou pour tout mineur par un ascendant, par une personne ayant autorité sur le mineur, par une pluralité d'auteurs ou sous la menace d'une arme. Ils incluent également tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que se soit, commis sur le mineur par violence, contrainte, menace ou surprise. Il peut s'agir d'appels téléphoniques obscènes, d'outrages à la pudeur, de voyeurisme, d'exhibitionnisme, de participation à des films pornographiques, d'incitation à la prostitution, de simples attouchements ou de viols, soit dans le cadre d'un inceste, soit dans le cadre d'actes pédophiles.



Fréquence

Des enquêtes faites en milieu scolaire et universitaire indiqueraient qu'actuellement une fille sur huit et un garçon sur dix sont victimes d'un abus sexuel avant l'âge de 18 ans.

Examen clinique et complémentaire

Une suspicion de viol, d'attouchements, constitue une urgence médico-légale. Cet examen nécessite souvent une approche pluridisciplinaire pédiatrique, pédopsychiatrique et sociale, réalisé souvent en milieu hospitalier.

Des examens complémentaires seront souvent nécessaires (recherche de sperme dans certains cas, de maladies sexuellement transmissibles...).

Les auteurs d'abus sexuels

Souvent, l'auteur d'abus sexuel a installé progressivement une relation d'emprise vis-à-vis de sa victime. Le passage à l'acte pédophile est un comportement qui s'inscrit dans des contextes psycho-pathologiques variés, depuis le pervers jusqu'à l'immature affectif avec souvent des antécédents de maltraitance dans l'enfance. Trois fois sur quatre, cet abus est exercé par un membre de la famille ou un proche.

L'inceste

Cet abus sexuel touche majoritairement des filles victimes d'un inceste avec le père dans la moitié des cas. Il concerne surtout le groupe d'âge des 11/15 ans (dans la moitié des cas), suivi des 6/10 ans (45 % des cas). Accident parfois isolé, il dure en général plusieurs années.

Les pères sont souvent décrits comme des êtres immatures exerçant un pouvoir tyrannique sur leur fille, les mères lorsqu'elles découvrent l'inceste s'y résignent souvent.

La révélation de l'inceste est toujours dramatique pour l'ensemble du système familial.

➔ Aspects médico-légaux et signalement – prise en charge

Devant toute suspicion de maltraitance ou d'abus sexuel, devant toute confirmation se pose le problème à la fois de la protection de l'enfant, et la question de la mise en place des soins psychiques à l'enfant.

La question de la protection

Elle doit être traitée dans un premier temps. Elle repose dans le système français de protection des enfants sur le signalement, aux autorités administratives dans les cas mineurs, mais la plupart du temps aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la république. L'hospitalisation de l'enfant en pédiatrie peut être le tout premier temps de mise à l'abri efficace.

Le code de déontologie médicale dans son article 4 précise la notion de secret médical, institué dans l'intérêt des patients et qui s'impose à tout médecin. Dans son article 44, il autorise la levée du secret en cas de maltraitance à enfant.

Le code pénal précise l'obligation de signaler dans son article 434.3, il précise les dérogations pour les personnes tenues au secret professionnel. L'article 226.13 impose à certaines professions dont le médecin le secret professionnel. L'article 226.14 autorise les personnes tenues au secret professionnel, et défini par l'article précédent à faire un signalement dans le cas de violence aux mineurs (depuis la loi du 2 janvier 2004, la limite pour les signalements de mineurs est passée à 18 ans).

L'article 223.6 concerne la non assistance à personne en danger. Cet article ne prévoit aucune exception.

La mise en place de la protection, initiée par l'hospitalisation voire par le signalement sera suivie d'un temps diagnostic réalisé au mieux dans le cadre d'un travail pluri disciplinaire.

Certaines réponses judiciaires ou sociales peuvent alors être posées.

La prise en charge psychologique de l'enfant maltraité ou de sa famille

Elle constitue un des volets de ces réponses.

Le premier moment, lié à la protection vise à restaurer un certain sentiment de sécurité. Les parents ne doivent pas être écartés des mesures prises. Malgré les mesures de protection à prendre, il faut veiller à maintenir des liens, à reconnaître les parentalités défaillantes, à travailler à la coordination des différents intervenants, souvent multiples, impliqués dans ces situations.

Les équipes de secteurs travaillant en coordination avec les équipes de pédiatrie sont alors les plus à même d'élaborer les modalités de prise en charge indiquées à chaque cas, adaptées aux mesures de protection engagées.

➤ Bibliographie

Maltraitance, répétition, évaluation
Gabel M., Lebovici S., Mazet P.
Coll. Psychopédagogie, 305 p. Paris, éd. Fleurus, 1996.

Les enfants victimes de sévices
Kreisler L.
Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
p 2364 – 8, Paris, PUF, 1995.

Sévices à enfant
Ferrari P.
Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Médecine et science. éd. Flammarion 2001.

Reconnaître les maltraitements sexuels

F. COSSERON

Pour faciliter la reconnaissance des maltraitements sexuels, il importe dans un premier temps d'y penser. Le fait d'y penser implique les professionnels de santé à un décloisonnement de leurs pratiques puisque s'impose un travail de partenariat et en réseau avec l'école, les services socio-éducatifs, les associations mais aussi la justice et la police.

De plus, ces maltraitements imposent aux soignants l'impérieuse nécessité de la protection des droits de la personne : droit au respect de la personne dans son intégrité physique comme psychique, qui rappelle que la non ingérence dans le cercle privé de la famille ou de l'institution s'arrête là où commence la non assistance à personne en péril quand quelqu'un, et notamment un enfant ou une personne vulnérable, est victime de maltraitements sexuels.

Dans la pratique, il faut noter d'emblée la diversité des situations selon la nature de la maltraitance sexuelle, selon l'âge de la personne victime et selon les modalités de l'accueil, de l'orientation, de l'accompagnement et de la prise en charge. Mais au-delà, il s'agit toujours de repérer systématiquement des signes éventuels de maltraitance sexuelle quels que soient les motifs avancés par la consultation et de prendre en compte les trois dimensions potentielles : médicale et de soin, judiciaire et sociale, plus ou moins imbriquées dans une telle situation.

➤ Reconnaître une maltraitance sexuelle

Le premier mode de reconnaissance passe par la révélation d'une maltraitance sexuelle ou sa découverte inopinée par un tiers. Dès lors, c'est une situation de crise qui dans la confusion ou au risque de l'aggraver, appelle à prendre sans délai des décisions médico-psycho-judiciaires mais de manière réfléchie, maîtrisée, non précipitée.



Maltraitance

Il convient à cet égard que les réponses soient organisées et individualisées au sein d'un cadre institutionnel offrant des garanties de sécurité et de protection pour l'enfant ou l'adolescent victime de maltraitance sexuelle.

Il convient que les entretiens ne soient ni suggestifs, ni intrusifs, ni humiliants. Ils ne peuvent se limiter au seul récit des circonstances et des symptômes actuels mais faire une large place au vécu et à l'histoire du sujet et de sa famille. L'examen clinique doit être prudent, respectueux, commenté et les gestes annoncés par des explications pour ne pas répéter la violence du traumatisme.

Comment reconnaître une maltraitance sexuelle ?

La symptomatologie traumatique au niveau de la sphère génito-anales est rare.

Le diagnostic se fait plutôt sur des signes non spécifiques qui marquent une rupture avec le comportement antérieur de la personne. Chaque médecin devant une symptomatologie clinique inhabituelle, durable, non expliquée par les étiologies habituelles, doit penser à la possibilité de maltraitements sexuelles.

Chez les plus jeunes sont décrits

- les troubles fonctionnels dans lesquels le corps est particulièrement impliqué ;
- des épisodes régressifs ;
- des troubles relationnels, voire des troubles graves du développement psychique.

Chez l'enfant en période de latence, ce sont plutôt

- des troubles de la socialisation et des apprentissages.

Chez l'adolescent

- des troubles du comportement ;
- des conduites impulsives auto-agressives, addictives ;
- des fugues.

En ce qui concerne les adultes, toute la psychopathologie peut être retrouvée. Il faut savoir penser à une maltraitance sexuelle ancienne devant toute pathologie psychosomatique, les troubles addictifs et les troubles graves de la personnalité. Ainsi, chaque médecin doit pouvoir penser à une maltraitance sexuelle devant des symptômes inhabituels :

- en présence de personnes vulnérables : enfants, personnes handicapées ;
- dans des lieux à risque : institution, mais aussi en face de familles gravement désorganisées ;
- dans des moments de vulnérabilité où une maltraitance sexuelle ancienne selon un effet d'après coup est susceptible de resurgir : la grossesse, les périodes post-natales. Ces périodes sont en effet des périodes de risque de maltraitance conjugale et le point de départ de maltraitements à l'égard des enfants.



Bibliographie



Bibliographie

Guérir les souffrances familiales

Angel P. Mazet Ph. (sous la direction de)
PUF, 2004

Psychopathologie de la scolarité

Catheline N.
Col. Les âges de la vie, Masson, 2003

0 à 2 ans Vie affective et problèmes familiaux

David M.
Privat, 1978.

2 à 6 ans Vie affective et problèmes familiaux

David M.
Privat, 1978

Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Ferrari P., Epelbaum C.
Médecine-Sciences Flammarion, 1994

Trois essais sur la théorie de la sexualité

Freud S.
Tr. fr. Gallimard, 1962.

Alternatives à l'hospitalisation pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

N.Garret-Gloannec, J.C. Pascal, A.C. Simonot
EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37 – 210 A 35, 2003

Le développement affectif et intellectuel de l'enfant

Golse B.
Masson, 1996.

Dictionnaire de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

Houzel D., Emmanuelli M., Moggio F.
(sous la direction de)
PUF, 2000

Cannabis et adolescence, les liaisons dangereuses

P. Huerre et F. Marty (sous la direction de)
ouvrage collectif
Albin Michel, 2004

Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Lebovici S., Diatkine R., Soule M.
PUF 1995

Enfance et psychopathologie

Marcelli D.
Masson, 1996

Adolescence et psychopathologie

Marcelli D., Braconnier A.
Masson, 1995.

Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant

Mazet Ph., Stoleru S.
Masson, 1993

Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

Classification internationale des maladies

Mises R., Quemada N.

R - 2000.

CIM 10 Chapitre V Troubles mentaux et du comportement.

Édition du CTNERHI (Centre Technique National

d'Étude et de Recherche sur les Handicaps

et les Inadaptations – 01 45 65 59 24)

Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie Clinique

Postel J. (sous la direction de)
Larousse, 1993.

De la Pédiatrie à la Psychanalyse

Winnicott D.W.
tr. fr. Payot, 1975.

Direction générale de la Santé

14, avenue Duquesne - 75007 Paris
Téléphone : 01 40 56 60 00 - Fax : 01 40 56 40 56

www.sante.gouv.fr
www.sante.fr

Dans la même collection :



Formation à l'intervention
de crise suicidaire



Jeunes en grande difficulté :
prise en charge concertée
des troubles psychiques



Souffrances ou troubles
psychiques : rôle et place
du travailleur social



Direction des Enseignements
scolaires (DESco)



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES